

**GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH
GESCHÄFTSBEREICH ÖBIG**



Bericht zur Drogensituation 2007

**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 2007

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

Unter Mitarbeit von
Sonja Kamper

Wien, Oktober 2007

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

ISBN 10 3-85159-096-1

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 2006/07. Ergänzend werden jährlich wechselnde Schwerpunkte behandelt, wobei dieses Jahr die Themen „Öffentliche Ausgaben“, „Gefährdete Gruppen von Jugendlichen“ und „Drogenbezogene Forschung“ vertiefend dargestellt werden.

Zusammenfassung und Diskussion der wichtigsten Trends

Es liegen dieses Jahr erstmals Daten aus dem bundesweiten Dokumentationssystem zu den Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI) vor. Trotz einiger methodologischer Einschränkungen aufgrund des ersten Erhebungs- und Auswertungsjahres erlauben diese Daten ein umfassendes Bild zu Lebenssituation und Konsummustern der in Drogeneinrichtungen betreuten Personen sowie die Überprüfung einiger Beobachtungen und Trends der Vorjahre:

Etwa ein Viertel bis ein Fünftel der betreuten Personen ist unter 20 Jahre alt und etwa die Hälfte in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre zu finden. Es bestätigt sich auch im DOKLI, dass die soziale Situation (Wohnsituation, Schulbildung, Erwerbstätigkeit etc.) der vom österreichischen Drogenhilfssystem erfassten Personen relativ zur Gesamtgesellschaft eindeutig schlechter ist. Rund zehn Prozent der längerfristig betreuten Klientinnen und Klienten und fast die Hälfte jener in niederschwelliger Begleitung leben in einer unsicheren Wohnsituation.

Der Frauenanteil unter der erfassten Klientel liegt zwischen 25 und 30 Prozent. Dieser Prozentsatz entspricht den bisherigen Erfahrungen und dürfte in erster Linie die Geschlechterverteilung bei Personen mit problematischem Konsum illegaler Substanzen widerspiegeln. Frauen weisen hinsichtlich der meisten Substanzen ein niedrigeres Alter beim Erstkonsum auf und steigen auch etwas früher in den intravenösen Drogenkonsum ein als Männer. Insgesamt stehen diese Daten im Einklang mit Studien und Analysen aus den letzten Jahren.

Opiate dominieren im Behandlungsbereich als vorrangige Problemdroge („Leitdroge“) stark, während Kokain entgegen den Erwartungen als Leitdroge nur eine untergeordnete Rolle spielt. Es zeigt sich damit, dass in Österreich im Gegensatz zu manchen EU-Ländern Opiate beim behandlungsrelevanten Drogenkonsum (immer noch) deutlich im Vordergrund stehen (vgl. z. B. EBDD 2006). Bei Personen mit Cannabis als (alleiniger) Leitdroge findet sich sehr häufig eine Therapieauflage, d. h. ein Zusammenhang mit einer Anzeige nach dem Suchtmittelgesetz.

Die DOKLI-Daten bestätigen weiters den Befund aus den Wiener Einrichtungsdaten, wonach „Sniffen“ eine relevante Einnahmeform – auch von Heroin – darstellt. Die frühere Einschätzung, dass vor allem Opiate im Rahmen des problematischen Konsums primär intravenös verabreicht werden, kann damit für die aktuelle Situation revidiert werden. Allerdings berichten je nach Betreuungssetting weiterhin zwischen 44 (kurzfristiger Kontakt) und 82 Prozent (stationäre Behandlung) der Klientel von intravenösem Konsum. Darüber hinaus zeigt sich,

dass mit zunehmendem Alter der Prozentsatz der intravenös Konsumierenden stark steigt. Dies deutet darauf hin, dass mit zunehmender Dauer der Drogenkarriere ein Umstieg vom Sniffen auf den intravenösen Drogenkonsum erfolgt.

Vor dem Hintergrund der gesundheitlichen Folgen des intravenösen Konsums (insb. Infektionskrankheiten, Überdosierungen) sollten diese Erkenntnisse für zielgerichtete Maßnahmen genutzt werden. Im DOKLI wurden auch Daten zu den Infektionskrankheiten erhoben. Diese bestätigen die bisher auf Basis einiger kleinerer Samples dokumentierten Prävalenzraten (HIV: max. 6 %; Hepatitis C-Antikörper: rund 50 %, Hepatitis B: unter 30 %).

Die Zahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle ist mit 197 Fällen im Jahr 2006 (2005: 191) seit 2002 zum vierten Mal in Folge gestiegen. Die gleichzeitige kontinuierliche Reduktion des Durchschnittsalters der an einer Suchtgiftintoxikation verstorbenen Personen und die Zusammenschau mit anderen Daten sprechen dafür, dass in der Gruppe der jungen Drogenkonsumierenden bzw. -abhängigen die hochriskanten Konsummuster ansteigen.

Mit dem Inkrafttreten der Novelle der Suchtgiftverordnung und der Weiterbildungsverordnung orale Substitution am 1. März 2007 wurde die seit längerem geplante Änderung der Rechtsbasis für die Substitutionsbehandlung umgesetzt und die bisher fehlende unmittelbare Rechtsverbindlichkeit für die behandelnde Ärzteschaft sichergestellt. Ziel der Änderungen ist eine verbesserte Qualität der Behandlung. Dies soll insbesondere durch die verpflichtende Weiterbildung für substituierende Ärztinnen und Ärzte und die Aufwertung der Rolle der Gesundheitsbehörden gewährleistet werden. Von einem generellen Verbot der retardierten Morphine wurde im Sinne der Behandlungsvielfalt Abstand genommen, allerdings gilt diese Gruppe von Substitutionsmitteln nicht als „erste Wahl“ und ist in einigen Bereichen strenger geregelt als Methadon und Buprenorphin. Die neuen rechtlichen Rahmenbedingungen werden von Fachleuten weiterhin sehr kontroversiell diskutiert.

Im Regierungsprogramm der neuen Bundesregierung sind unter anderem die Erarbeitung einer „Nationalen Sucht- und Alkoholstrategie für junge Menschen“ sowie verstärkte Maßnahmen zur Prävention von Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie Nikotin- und Spielsucht vorgesehen. In Kärnten wurde im November 2006 von der Landesregierung der Suchtplan 2006 bis 2010 beschlossen, der auf allen Ebenen der Maßnahmenplanung neben illegalen Substanzen auch legale Substanzen und Verhaltenssuchte mit einbezieht. Die Umsetzung wird durch den Steuerertrag des Landes aus dem kleinen Glücksspiel finanziert. Es setzt sich damit generell der Trend zur integrierten Befassung mit legalen wie illegalen Substanzen bzw. verschiedenen Suchtformen fort. Damit im Einklang steht auch die Beobachtung, dass im Berichtszeitraum legale Substanzen stärker im Mittelpunkt der politischen wie medialen Diskussionen standen („Komatrinken“, „Nichtraucherschutz“) als illegale Substanzen.

Eine Reihe von neuen bzw. adaptierten Angeboten in fast allen Bundesländern zeigt, dass es weiterhin einen Ausbau der gesundheitspolitischen Maßnahmen gibt. Im Präventionsbereich fällt auf, dass der Fokus – im Einklang mit den politischen Schwerpunkten – aktuell auf den legalen Drogen Alkohol und Nikotin liegt. Darüber hinaus werden zunehmend Aktivitäten gesetzt, die sowohl Elemente der allgemeinen und spezifischen Prävention als auch der Früherkennung und Frühintervention einbeziehen. 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. Auffällig ist dabei – in Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen wie im niederschweligen Bereich – eine Reihe von Aktivitäten und Angeboten, die sich insbesondere an Frauen richten.

Schwerpunkt „Öffentliche Ausgaben“

In Österreich ist keine routinemäßige Erfassung der Ausgaben für Drogeneinrichtungen, Prävention von Suchtmittelmissbrauch und andere direkt oder indirekt durch Drogenkonsum entstehende Kosten vorhanden. In den Budgets der verschiedenen Gebietskörperschaften sind nur wenige Ausgaben als drogenspezifisch gekennzeichnet. Eine Schätzung der Ausgaben gestaltet sich aufgrund von vielen methodischen Problemen ebenfalls sehr schwierig. Es ist daher nicht möglich, nur annähernd zuverlässige Aussagen über die öffentlichen drogenbezogenen Ausgaben in Österreich im Jahr 2005 zu machen. Die letzte entsprechende Studie – beschränkt auf den Bereich der Nachfragereduktion – wurde vom ÖBIG im Rahmen des Berichts zur Drogensituation 2002 durchgeführt.

Schwerpunkt „Gefährdete Gruppen von Jugendlichen“

Es liegen für Österreich keine Studien vor, die sich ausdrücklich mit – in Hinblick auf Drogenmissbrauch – gefährdeten Gruppen und deren Profil beschäftigen. Informationen zum Thema lassen sich daher nur anhand von Arbeiten ableiten, die ihren Schwerpunkt in anderen Bereichen haben – dazu zählen insbesondere Erhebungen bei Personen(gruppen), die bereits problematischen Drogenkonsum aufweisen. Demnach stellen massive Probleme in der Herkunftsfamilie, damit einhergehend fehlender sozialer Rückhalt, Heimaufenthalte, niedriges Bildungsniveau und daraus resultierende Arbeitslosigkeit sowie eine ungesicherte Wohnsituation Risikofaktoren für den sozialen Ausschluss von (jungen) Menschen und in der Folge auch eine Gefährdung bezüglich Drogenproblemen dar. Reaktionen und Maßnahmen im Zusammenhang mit Drogenkonsum bzw. -problemen unter gefährdeten Gruppen betreffen vor allem die Schaffung adäquater politischer und rechtlicher Rahmenbedingungen sowie Aktivitäten im Bereich Prävention und Behandlung. Große Bedeutung haben diesbezüglich integrative Ansätze, die als Priorität einen Verbleib der betroffenen Kinder und Jugendlichen in der Herkunftsfamilie bzw. in der Ausbildung (Schule, Lehrstelle) anstreben.

Schwerpunkt „Drogenbezogene Forschung“

In Österreich findet sich auf dem Feld der drogenbezogenen Forschung ein vielfältiges Spektrum an Forschungszugängen auf nationaler wie bundesländerspezifischer Ebene. Die etablierten Forschungsschwerpunkte decken klinische Studien im Bereich der Substitutionsmittel und Neurobiologie genauso ab wie Studien zu Konsummustern und sozialen Folgen des Drogenkonsums, Bedarfserhebungen, Evaluationsstudien und Forschungsarbeiten im Zuge des Routinemonitorings. Die Finanzierung drogenbezogener Forschung erfolgt auf nationaler Ebene über einzelne Ministerien und Förderinstitutionen, indirekt über die Mittel der Universitäten, weiters über Fördergelder aus den Bundesländern bzw. über EU-Förderungen. Forschungsergebnisse werden in Form von Publikationen in Fachzeitschriften, durch Forschungsberichte sowie über das Internet verbreitet.

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	9
2 Drogenkonsum in der Bevölkerung	12
2.1 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung	12
2.2 Drogenkonsum bei Jugendlichen.....	14
2.3 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen.....	15
3 Prävention	17
3.1 Allgemeine Prävention	18
3.2 Selektive Prävention	20
3.3 Indizierte Prävention	22
4 Problematischer Drogenkonsum	23
4.1 Prävalenz- und Inzidenzschätzungen	23
4.2 Charakteristika und Konsummuster der Klientel drogenspezifischer Einrichtungen	24
4.3 Charakteristika und Konsummuster auf Basis anderer Datenquellen	31
5 Drogenbezogene Behandlungen	33
5.1 Behandlungssysteme.....	33
5.2 Abstinenzorientierte Behandlung	35
5.3 Substitutionsbehandlung.....	38
6 Gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen	43
6.1 Suchtgiftbezogene Todesfälle und Mortalität.....	43
6.2 Drogenbezogene Infektionskrankheiten	46
6.3 Psychiatrische Komorbidität.....	47
6.4 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen	48
7 Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen	51
7.1 Prävention von suchtgiftbezogenen Todesfällen	51
7.2 Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten	51
7.3 Interventionen in Bezug auf psychiatrische Komorbidität	55
7.4 Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen	55

8 Soziale Zusammenhänge und Folgen	57
8.1 Soziale Problemlagen	57
8.2 Drogenbezogene Kriminalität.....	58
8.3 Drogenkonsum im Gefängnis.....	61
8.4 Soziale Kosten	61
9 Maßnahmen in Hinblick auf soziale Zusammenhänge und Folgen	62
9.1 Soziale (Re-)Integration	62
9.2 Prävention von drogenbezogener Kriminalität.....	64
10 Drogenmärkte	66
10.1 Sicherstellungen.....	66
10.2 Reinheit und Preis.....	67
 TEIL 2: Schwerpunktthemen	
11 Öffentliche Ausgaben	71
11.1 Schätzungen der drogenbezogenen öffentlichen Ausgaben anhand des Budgets.....	71
11.2 Schätzung der drogenbezogenen Ausgaben.....	72
11.3 Nationale Studien zu drogenbezogenen öffentlichen Ausgaben	73
12 Gefährdete Gruppen von jungen Menschen	74
12.1 Epidemiologie betreffend gefährdete Gruppen	74
12.2 Antworten auf Drogenprobleme unter gefährdeten Gruppen	79
13 Drogenbezogene Forschung	82
13.1 Strukturen für Forschung	82
13.2 Relevante Studien und Publikationen	84
13.3 Sammlung und Verbreitung von Forschungsergebnissen.....	90
Quellenverzeichnis	93
Anhang	111

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen:

Tabelle 6.1:	Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C-Antikörper und HIV, 2006.....	46
Tabelle 6.2:	Aktuelle gesundheitliche Probleme in Prozent im Vergleich 2002–2005 (n = 2.244 für 2005), Klientinnen- und Klientenjahrgang 2005.....	49
Tabelle 10.1:	Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm/Stück) der diversen Drogen im Straßenverkauf, 2006	68
Tabelle 11.1:	Stationäre Aufenthalte und Betteninanspruchnahme betreffend Patienten/Patientinnen mit Drogenabhängigkeit/Toxikomanie in der Hauptdiagnose, 1999–2005.....	73
Tabelle 12.1:	Prävalenzwerte im Zusammenhang mit der angegebenen Anzahl der Tage, an denen in den letzten 30 Tagen Schule geschwänzt wurde (Angaben in Prozent; n = 5.270).....	75
Tabelle 12.2:	Ausgewählte soziodemographische Parameter für Angehörige der betrachteten Zielgruppen, die sich in niederschwelliger Begleitung (n = 563) bzw. längerfristiger ambulanter Betreuung (n = 4.200) befinden, nach Alter und Geschlecht (Angaben in Prozent).....	76
Tabelle 12.3:	Leitdrogen der unter 20-Jährigen in ungesicherter Wohnsituation, verglichen mit den von derselben Altersgruppe in gesicherter Wohnsituation genannten Leitdrogen im Rahmen der niederschwelligen Begleitung, nach Geschlecht (Angaben in Prozent; n = 120).....	77
Tabelle 12.4:	Vorwiegende Einnahmeformen bei unter 20-Jährigen in ungesicherter Wohnsituation, verglichen mit den von derselben Altersgruppe in gesicherter Wohnsituation genannten Konsumformen im Rahmen längerfristiger ambulanter Betreuung, nach Geschlecht (Angaben in Prozent)	77
Tabelle A1:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich aus den Jahren 2000 bis 2007.....	115
Tabelle A2:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 1999 bis 2006.....	116
Tabelle A3:	Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 1997–2006	117
Tabelle A4:	Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Bundesland, 1997–2006	117
Tabelle A5:	Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 1997–2006	117
Tabelle A6:	Verteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Alter, 2006.....	118
Tabelle A7:	Verteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Bundesland, 2006	119
Tabelle A8:	Entwicklung der Aids-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation, 1997–2006	119
Tabelle A9:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/ Suchtmittelgesetz in Österreich nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen, 1997–2006.....	120
Tabelle A10:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/ Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) in Österreich nach Bundesland, 1997–2006	120

Tabelle A11: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/ Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1997–2006.....	120
Tabelle A12: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes und Bundesland, 2006	121
Tabelle A13: Verurteilungen nach dem Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 1997–2006	121
Tabelle A14: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz Verurteilte nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2005	122
Tabelle A15: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2006.....	122
Tabelle A16: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1997–2006	123
Tabelle A17: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 1997–2006	123
Tabelle A18: Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge, 1997–2006	123
Tabelle A19: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy gekauften Proben in Prozent, 1999–2006	124
Tabelle A20: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 1999–2006	124
Tabelle A21: Anzahl der dem BMGFJ gemeldeten aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen und nach Bundesländern, 2006.....	125
Tabelle A22: Aktuelle gesundheitliche Probleme nach Altersgruppen und Geschlecht in Prozent (n = 2.244), Klientinnen- und Klientenjahrgang 2006	125
Tabelle A23: Personen, die im Jahr 2006 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Geschlecht in Prozent	126
Tabelle A24: Personen, die im Jahr 2006 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensunterhalt und Geschlecht in Prozent.....	127
Tabelle A25: Personen, die im Jahr 2006 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensmittelpunkt und Geschlecht in Prozent	127
Tabelle A26: Personen, die im Jahr 2006 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation und Geschlecht in Prozent	128
Tabelle A27: Personen, die im Jahr 2006 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdrogen und Geschlecht in Prozent.....	129
Tabelle A28: Personen, die im Jahr 2006 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum und Alter in Prozent	130
Tabelle A29: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2005 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht	130

Abbildungen:

Abbildung 1.1: Vergleichende, indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1998–2006.....	6
Abbildung 1.2: Überblick über die organisatorische Struktur des Drogenbereichs in Österreich	8

Abbildung 1.3: Einstellung der oberösterreichischen Bevölkerung zu drogenpolitischen Maßnahmen im Zeitvergleich 2003–2006 (Zustimmung zu Maßnahmen in Prozent).....	10
Abbildung 2.1: Konsumerfahrungen der oberösterreichischen Bevölkerung in den letzten 12 Monaten mit illegalen Drogen im Zeitvergleich 2003–2006 (in Prozent).....	13
Abbildung 2.2: Konsumerfahrungen der 15- bis 24-jährigen oberösterreichischen Bevölkerung in den letzten 12 Monaten mit illegalen Drogen im Zeitvergleich 2003–2006 (in Prozent)	15
Abbildung 4.1: Anzahl der Personen, die 2006 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung	25
Abbildung 4.2: Anteil der Frauen an den Personen, die 2006 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung	25
Abbildung 4.3: Personen, die 2006 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge und Art der Betreuung	27
Abbildung 4.4: Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2006 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht	28
Abbildung 4.5: Vorwiegende Einnahmeform von Heroin (n = 1.892) und Kokain (n = 1.999) bei Personen, die 2006 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach dem Alter.....	28
Abbildung 4.6: Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 1997–2006.....	30
Abbildung 4.7: Lebenszeitbezogen erstmalige Substitutionsbehandlungen nach Alter, 1997–2006	31
Abbildung 5.1: Entwicklung der bei der Erstbehandlung verwendeten Substitutionsmittel in den Jahren 1999–2006	41
Abbildung 6.1: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 1997–2006	44
Abbildung 6.2: Altersverteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich, 1997–2006	44
Abbildung 7.1: Spritzenabgabe in der Einrichtung Komfüdro, 2000–2006.....	52
Abbildung 8.1: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/ Suchtmittelgesetz nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen in Österreich, 1997–2006	59
Abbildung 8.2: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/ Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1997–2006.....	60
Abbildung 10.1: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften in Österreich, 1997–2006	66

Karten:

Karte 5.1: Spezialisierte Einrichtungen zur Behandlung, Betreuung und Begleitung von Drogenkonsumierenden bzw. Drogenkranken.....	36
Karte 5.2: Spezialisierte Angebote zur Behandlung, Betreuung und Begleitung von Drogenkonsumierenden bzw. Drogenkranken.....	37
Karte A1: Übersichtskarte mit Bundesländern, Landeshauptstädten und Bezirken	131

Einleitung

Der an der GÖG/ÖBIG eingerichtete REITOX Focal Point legt hiermit zum zwölften 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 2006) 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 2006) auf und bezieht sich auf den Berichtszeitraum Sommer 2006 bis Sommer 2007 bzw. hinsichtlich der Routinestatistiken auf das Jahr 2006. Im zweiten Teil werden ausgewählte Schwerpunktthemen ausführlicher behandelt. Im vorliegenden Bericht sind dies die Themen „Öffentliche Ausgaben“, „Gefährdete Gruppen von Jugendlichen“ und „Drogenbezogene Forschung“. 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 entsprechend verwiesen. Ein Überblick über alle „Standard Tables“ (= ST) und „Structured Questionnaires“ (= SQ) findet sich im Anhang C.

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

Besonderer Dank gilt den Mitgliedern der beratenden Arbeitsgruppe des REITOX Focal Point Österreich, Michael Dressel (Wiener Drogenkoordinator und Vertreter der Länder), Thomas Neubacher (Drogenkoordinator des Landes Vorarlberg und Vertreter der Länder), Franz Pietsch (Bundesdrogenkoordinator und Vorsitzender der Bundesdrogenkoordination), Robert Scharinger (BMGFJ), Johanna Schopper (Leiterin der Abteilung Drogen und Suchtmittel im BMGFJ) und Wolfgang Werdenich (BMJ), deren Anmerkungen und Ergänzungen zum Bericht eine wertvolle Unterstützung darstellten.

TEIL 1

**Neue Entwicklungen
und Trends**

1 Politischer und organisatorischer Rahmen

Einen zentralen Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das seit 1998 geltende Suchtmittelgesetz (SMG). Das SMG differenziert vorrangig nach der Menge und – mit Ausnahme einer Sonderbestimmung zu Cannabis – nicht nach der 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. Abbildung 1.2). 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. Im öffentlichen Diskurs sind Drogen vorrangig im Zusammenhang mit Fragen der öffentlichen Sicherheit und Kriminalität ein Thema. 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

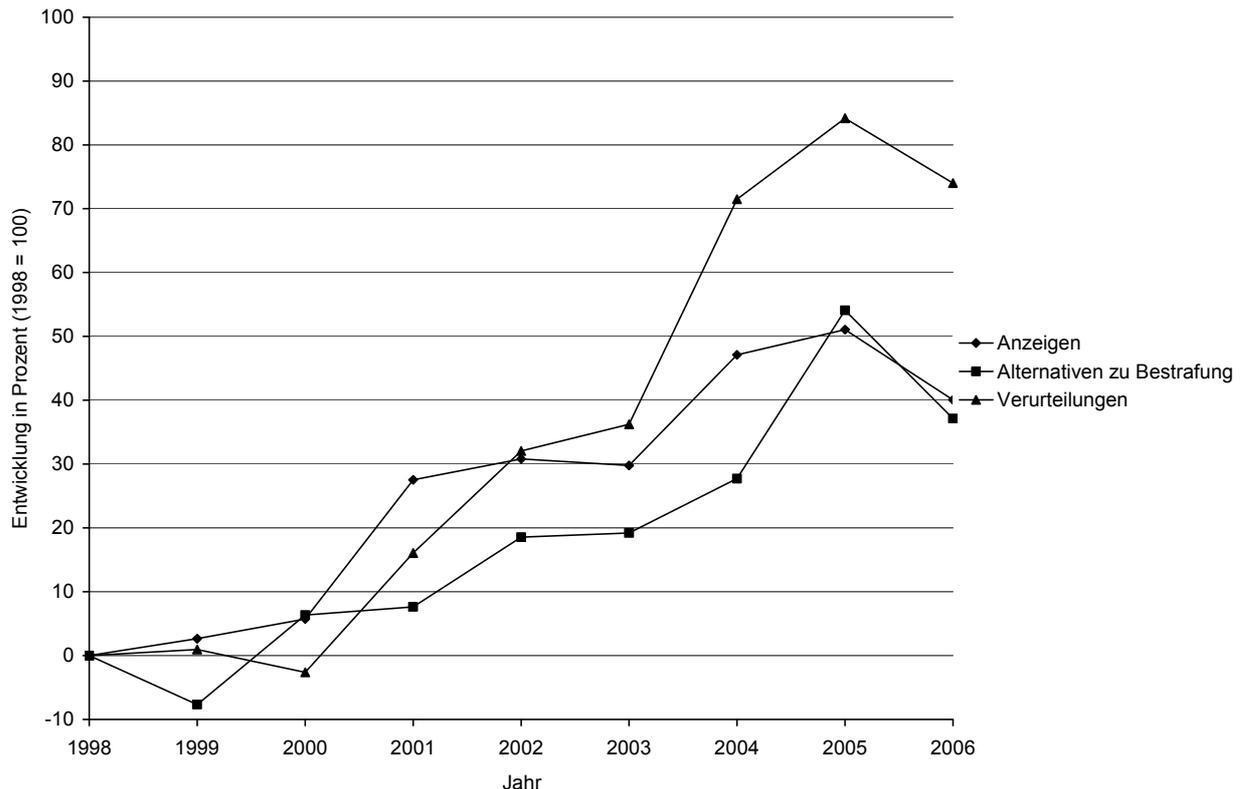
Es gab im Berichtszeitraum keine Veränderungen des Suchtmittelgesetzes (SMG). Aufgrund des Endes der Legislaturperiode auf Bundesebene kam es zu Verzögerungen bei der Umsetzung des „Rahmenbeschlusses zur Festlegung von Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich des illegalen Handels mit Drogen“ der EU (Rat der Europäischen Union 2003), der eine Anpassung des SMG erforderlich macht. Der Entwurf einer entsprechenden SMG-Novelle ging nunmehr im Herbst 2007 in Begutachtung.

Die bereits im Vorjahr ausführlich dargestellten Pläne zu veränderten rechtlichen Grundlagen im Bereich der Substitutionsbehandlung (vgl. ÖBIG 2005 sowie GÖG/ÖBIG 2006) wurden im Berichtszeitraum umgesetzt. Am 1. März 2007 sind die Änderung der Suchtgiftverordnung (BGBl II 2006/451 bzw. 2007/50) und die Weiterbildungsverordnung orale Substitution (BGBl II 2006/449) in Kraft getreten (vgl. auch Kap. 5.3). Mit der Festlegung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung im Rahmen der Suchtgiftverordnung wurde die – bisher fehlende – unmittelbare Rechtsverbindlichkeit für die behandelnde Ärzteschaft sichergestellt.

Im 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). Die entsprechenden Zahlen sind im Jahr 2006 – ebenso wie die Anzeigen und die Verurteilungen (vgl. Kap. 8.2) – im Vergleich zum Vorjahr gesunken (von 11.660 auf 10.379 Fälle). Der Rückgang bezog sich ausschließlich auf die – seit vielen Jahren kontinuierlich gestiegenen – Anzeigenzurücklegungen, während die Zahl der Verfahrenseinstellungen erstmals seit 2002 wieder gestiegen ist (vgl. auch Tabelle A 16 im Anhang A).

Interessant ist ein Vergleich der Entwicklung von Anzeigen, Verurteilungen (vgl. Kap. 8.2) sowie Alternativen zur Bestrafung. Basierend auf einem Index, der auf hundert Prozent im Jahr 1998 – dem Inkrafttreten des SMG – festgelegt wurde, sieht man, dass im Analysezeitraum 1998 bis 2006 anteilmäßig die Verurteilungen 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 ausfiel (vgl. Abbildung 1.1).

Abbildung 1.1: Vergleichende, indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1998–2006



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

Die Gründe für die unverhältnismäßig starke Zunahme der Verurteilungen sind unklar. Sie ist jedenfalls nicht durch eine Zunahme der Verbrechenstatbestände (im Vergleich zu den Vergehenstatbeständen; vgl. Abbildung 8.1 auf Seite 59) zu erklären. Der Anstieg könnte aber teilweise durch – im Rahmen der SMG-Novelle von 2001 erfolgte – geänderte gesetzliche Bestimmungen bedingt sein, wonach die vorläufige Zurücklegung der Anzeige in gewissen Bereichen nicht mehr verpflichtend vorgesehen ist, sondern im Ermessen der Staatsanwaltschaft liegt. Es fehlt derzeit aber noch eine zuverlässige Datenbasis für eine eingehendere Betrachtung dieser Entwicklung. Seitens des Gesundheitsressorts ist aber eine Modernisierung und Verbesserung der Suchtmitteldatenbank – die eine wesentliche Datenbasis darstellt – in Vorbereitung, die in Zukunft aussagekräftige Analysen erlauben wird.

Aus Salzburg liegen ergänzend wieder Analysen der Ergebnisse der Begutachtungen nach § 12 SMG vor (vgl. auch Kap. 2.1 und 4.3), die exemplarische Einblicke in die Vollziehungs-

praxis der Gesundheitsbehörden erlauben (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2007). Im Jahr 2006 wurden bei 32 Prozent der Begutachteten eine gesundheitsbezogene Maßnahme empfohlen und bei 54 Prozent mehrere Maßnahmen, bei 15 Prozent wurde keine Maßnahme als notwendig erachtet. Dies entspricht im Wesentlichen den Werten des Vorjahrs. Die „ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes“ (75 %) ist wie bereits 2005 die am häufigsten empfohlene gesundheitsbezogene Maßnahme, während der Anteil der Empfehlung von „psychosozialer Beratung und Betreuung“ weiter gesunken ist (2004: 71 %, 2005: 62 %, 2006: 51 %). Auch aus Kärnten liegen Auswertungen zu den Begutachtungen nach § 12 SMG vor. Hier wurde im Jahr 2006 nur bei rund der Hälfte der Begutachteten eine gesundheitsbezogene Maßnahme empfohlen, bei 47,5 Prozent wurde keine als notwendig erachtet (Prehslauer, persönliche Mitteilung).

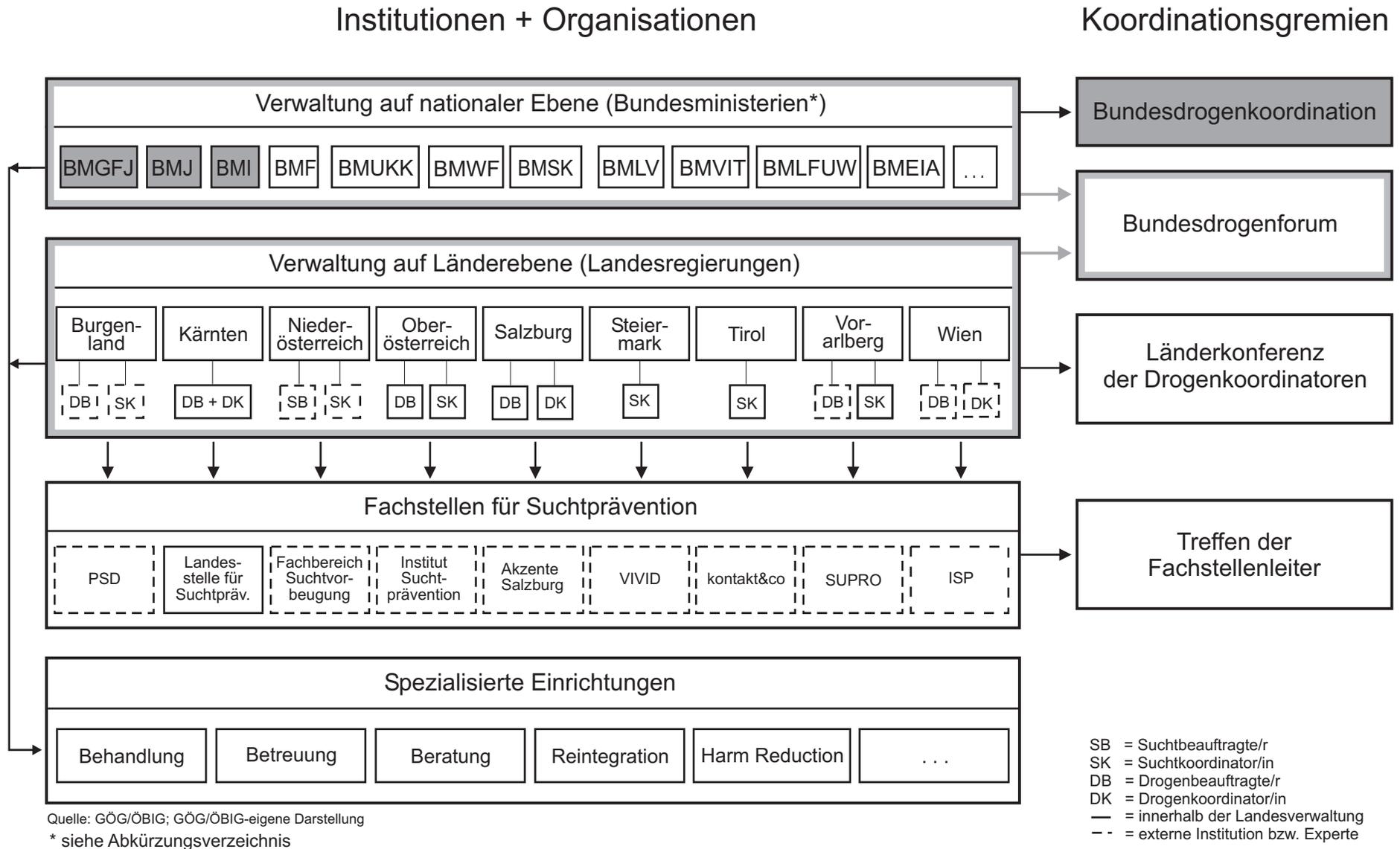
Aufgrund von – bereits im Vorjahr dargestellten (vgl. GÖG/ÖBIG 2006) – Bedenken, ob die Begutachtungspraxis der Bezirksgesundheitsbehörden Österreich ausreichend vereinheitlicht ist, gibt es nunmehr Pläne auf Bundesebene zur Entwicklung von diesbezüglichen Standards. Es wurde eine Arbeitsgruppe unter Einbindung von Vertreterinnen und Vertretern der Länder wie der mit der Begutachtung Befassten gebildet, die Vorschläge erarbeiten soll.

1.2 Politische und administrative Rahmenbedingungen

Die politischen und administrativen Rahmenbedingungen wurden im Berichtszeitraum im Wesentlichen beibehalten (vgl. auch SQ32). Im Herbst 2006 gab es Neuwahlen auf Bundesebene in Österreich. Am 11. Jänner 2007 wurde die neue Regierung angelobt. Das Gesundheitsressort – das federführend für die Bundesdrogenkoordination zuständig ist – ist im nunmehrigen Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ) angesiedelt. Im Regierungsprogramm (Bundeskanzleramt 2007) werden zu mehreren Themenbereichen Ziele bzw. Regierungsvorhaben im Zusammenhang mit der Drogenthematik genannt:

Im Kapitel Gesundheit findet sich eine „Nationale Sucht- und Alkoholstrategie für junge Menschen“ als geplante Maßnahme sowie ein Verweis auf Suchtverhalten im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Förderung gesunder Lebensstile. Im Kapitel Jugendpolitische Maßnahmen gibt es einen eigenen Abschnitt zum „Schutz vor Alkohol- und Drogenmissbrauch und Gewaltverherrlichung“, in dem verstärkte Maßnahmen zur Prävention von Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie von Nikotin- und Spielsucht vorgesehen sind. Ergänzend wird im Kapitel Innere Sicherheit ein Ausbau der Maßnahmen im Bereich der Drogenprävention angeführt, und im Kapitel Außenpolitik wird auf die Kooperation mit den Vereinten Nationen unter anderem im Hinblick auf den Kampf gegen den Drogenhandel verwiesen. Im Vergleich zu den letzten Regierungsprogrammen liegt der Fokus in den Bereichen Gesundheit und Jugend nicht mehr vorrangig auf illegalen Drogen – legalen Substanzen und anderen Suchtformen wird ein größerer Stellenwert eingeräumt. Dies steht im Einklang mit den geänderten Schwerpunkten in der politischen und medialen Diskussion (vgl. Kap. 1.4).

Abbildung 1.2: Überblick über die organisatorische Struktur des Drogenbereichs in Österreich



Das Bundesdrogenforum (vgl. Abbildung 1.2 auf der vorigen Seite) trat im Berichtszeitraum zweimal (November 2006, April 2007) regulär zusammen. Auf der Tagesordnung standen wiederum unter anderem die Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung (vgl. Kap. 1.1 und 5.3), drogenrelevante rechtliche Fragen (inkl. der Umsetzung des EU-Rahmenbeschlusses; vgl. Kap. 1.1), die Weiterentwicklung des Drogenmonitorings und internationale Kooperationen. Im Juni 2007 fand weiters eine außerordentliche Sitzung des Bundesdrogenforums zum Thema „Schadensminimierende Angebote im Österreichischen Drogenhilfssystem“ (vgl. Kap. 7.2) statt.

Auf Bundesländerebene gab es im Berichtszeitraum ebenfalls nur wenige Veränderungen. In Kärnten wurde im November 2006 von der Landesregierung der Suchtplan 2006 bis 2010 beschlossen (Prehslauer, persönliche Mitteilung). Der neue Suchtplan baut auf dem Rahmenplan Suchtprävention und Drogenhilfe 2001 bis 2005 auf. Die Umsetzung wird durch den Steuerertrag des Landes aus dem kleinen Glücksspiel finanziert und von einer Steuergruppe aus Vertreterinnen und Vertretern der Abteilungen Gesundheit und Soziales koordiniert. Der Suchtplan orientiert sich an der EU-Drogenstrategie und der Kärntner Patientencharta sowie an internationalen Behandlungsstandards. Legale Substanzen und Verhaltenssüchte wurden neben illegalen Substanzen auf allen Ebenen der Maßnahmenplanung mit einbezogen.

In Niederösterreich (NÖ) wurde die im Jahr 2005 begonnene Umstrukturierung (vgl. GÖG/ÖBIG 2006) des Suchtbereichs, die vor allem auch die Suchtkoordination betraf, abgeschlossen. In Salzburg wurde der Drogenpolitische Beirat des Landes erweitert (u. a. um Bewährungshilfe und Vorsorgemedizin). 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.

1.3 Budgets und Finanzierungsregelungen

Es gab im Berichtszeitraum keine wesentlichen Änderungen der Finanzierungsregelungen im Drogenbereich. Bemerkenswert ist aber, dass die Umsetzung des Kärntner Suchtplans 2006 bis 2010 durch den Steuerertrag des Landes aus dem kleinen Glücksspiel finanziert wird (vgl. auch Kap. 1.2). Zu den Budgets liegen nur vereinzelt Informationen vor, die keinen umfassenden Überblick erlauben (vgl. Schwerpunktkapitel 11).

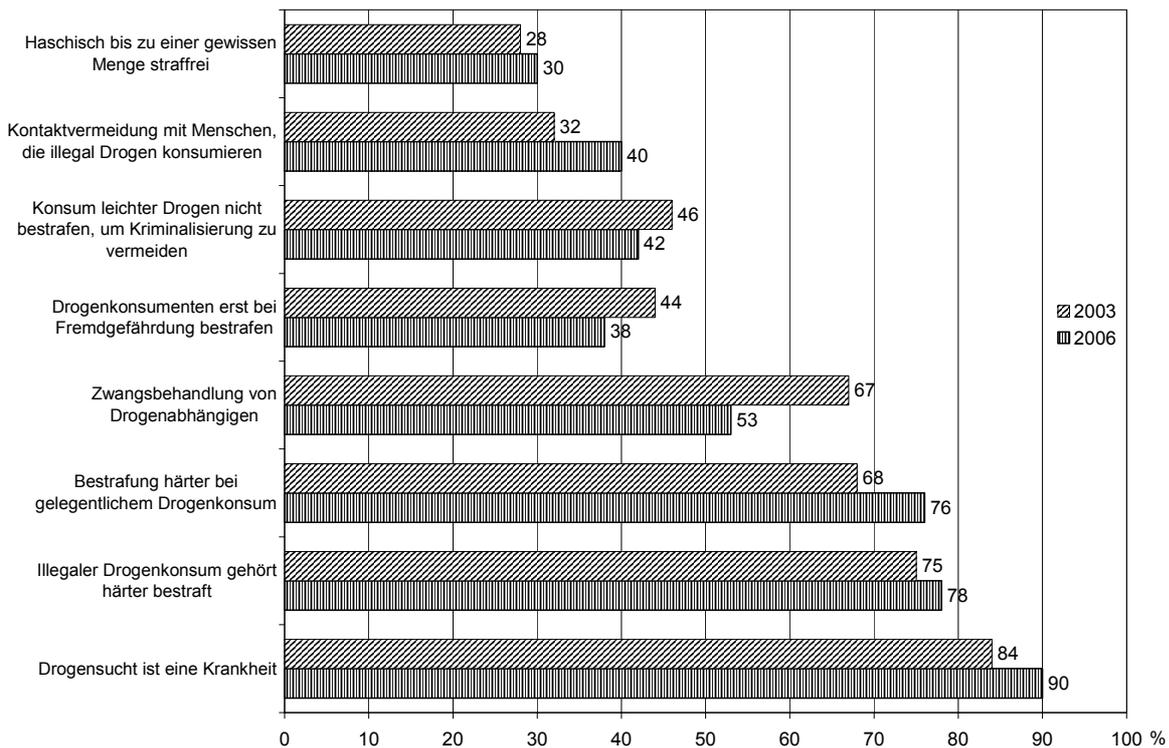
1.4 Sozialer und kultureller Kontext

In Oberösterreich wurde die Bevölkerungserhebung¹ im Rahmen des Drogenmonitorings im Jahr 2006 zum dritten Mal wiederholt (Seyer et al. 2007) und inkludierte wiederum Fragen zu den drogenpolitischen Einstellungen der Bevölkerung. Die Ergebnisse zeigen keine ausgeprägten Unterschiede im Vergleich zu 2003 (vgl. Abbildung 1.3 auf der nächsten Seite). Eine

¹ Die Bevölkerungsbefragung wurde in OÖ im Mai 2006 bei insgesamt 1.507 Personen im Alter ab 15 Jahren in Form von Face-to-face-Interviews durchgeführt (vgl. auch Kap. 2.1 und 2.2). Die Erhebung fand bereits in den Jahren 2000 und 2003 mit vergleichbarer Methodik statt.

große Mehrheit stimmt zu, dass Drogensucht eine Krankheit ist (90 %), sehr viele schließen sich aber auch der Meinung an, dass illegaler Drogenkonsum härter zu bestrafen sei (78 %). Rund ein Viertel findet Straffreiheit von Haschisch bis zu einer gewissen Menge sinnvoll, und fast die Hälfte unterstützt, dass der Konsum leichter Drogen nicht bestraft werden sollte, um Kriminalisierung zu vermeiden (46 %), bzw. dass Drogenkonsumierende erst bei Fremdgefährdung bestraft werden sollten (44 %).

Abbildung 1.3: Einstellung der oberösterreichischen Bevölkerung zu drogenpolitischen Maßnahmen im Zeitvergleich 2003–2006 (Zustimmung zu Maßnahmen in Prozent)



Quelle: Seyer et al. 2007; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Auf Basis der Aussagen wurden in der weiteren Analyse Kategorien in Hinblick auf die drogenpolitischen Einstellungen gebildet, wobei zwischen liberal, Mitte und repressiv unterschieden wurde. Insgesamt rund 18 Prozent der Befragten konnten der Kategorie „liberal“ zugeordnet werden, rund 37 Prozent der Kategorie „repressiv“ und der große Rest der Kategorie „Mitte“. Mit zunehmendem Alter tendieren die drogenpolitischen Einstellungen in Richtung repressive Maßnahmen. Je besser der drogenspezifische Wissensstand der Befragten, desto liberaler sind ihre Einstellungen.

In der Studie wurde auch die Einschätzung der Gefährlichkeit unterschiedlicher Substanzen erhoben. Am gefährlichsten wird Heroin (89 % sehr gefährlich) wahrgenommen, gefolgt von LSD (83 %), Kokain (81 %) und Ecstasy (69 %). Cannabis (38 %) und legale Substanzen (Nikotin: 23 %; Schnaps: 27 %; Bier: 7 %; Wein: 6 %) werden deutlich seltener als sehr gefährlich eingeschätzt. Zur Erfassung des gesellschaftlichen Problembewusstseins bezüglich verschiedener Substanzen wurden zu Beginn der Befragung auch Spontannennungen von Drogen erhoben. Am häufigsten wird dabei Heroin genannt (55 %), gefolgt von Kokain (52 %) und Haschisch (47 %). Bei der ergänzenden, gestützten Frage nach Substanzen, die

die Befragten als Drogen bezeichnen würden, liegen Heroin, Kokain und Ecstasy (96 % bis 97 %) an der Spitze. Cannabis wurde etwas häufiger als im Jahr 2003 genannt (90 % vs. 84 %). Weiters zeigen die deutlich gestiegenen Werte für Alkohol und Nikotin (76 % bzw. 74 % im Jahr 2006 vs. 67 % bzw. 66 % im Jahr 2003), dass diese in der Öffentlichkeit als Drogen präsenter sind als in der Vergangenheit.

Dies steht im Einklang mit den intensivierten öffentlichen Diskussionen zu den legalen Substanzen. Im Berichtszeitraum und vor allem im Frühjahr 2007 waren Alkohol (vor allem „Kohmatrinken“) und Nikotin (vor allem Nichtraucherschutz in Lokalen) in den Medien deutlich präsenter als illegale Drogen. Zu Alkohol wurden sowohl 2006 als auch 2007 auch auf Jugendliche ausgerichtete massenmediale Kampagnen² durchgeführt, zu illegalen Drogen gab es – durchaus im Einklang mit den Grundsätzen der Suchtprävention, die stattdessen auf umfassende und nachhaltige Maßnahmen setzen (vgl. Kap. 3) – keine Kampagnen.

² siehe www.fgoe.org

2 Drogenkonsum in der Bevölkerung

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen finden sich in Österreich am häufigsten bezüglich Cannabis mit Prävalenzraten von etwa 30 bis 40 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 Substanzspektrums 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.

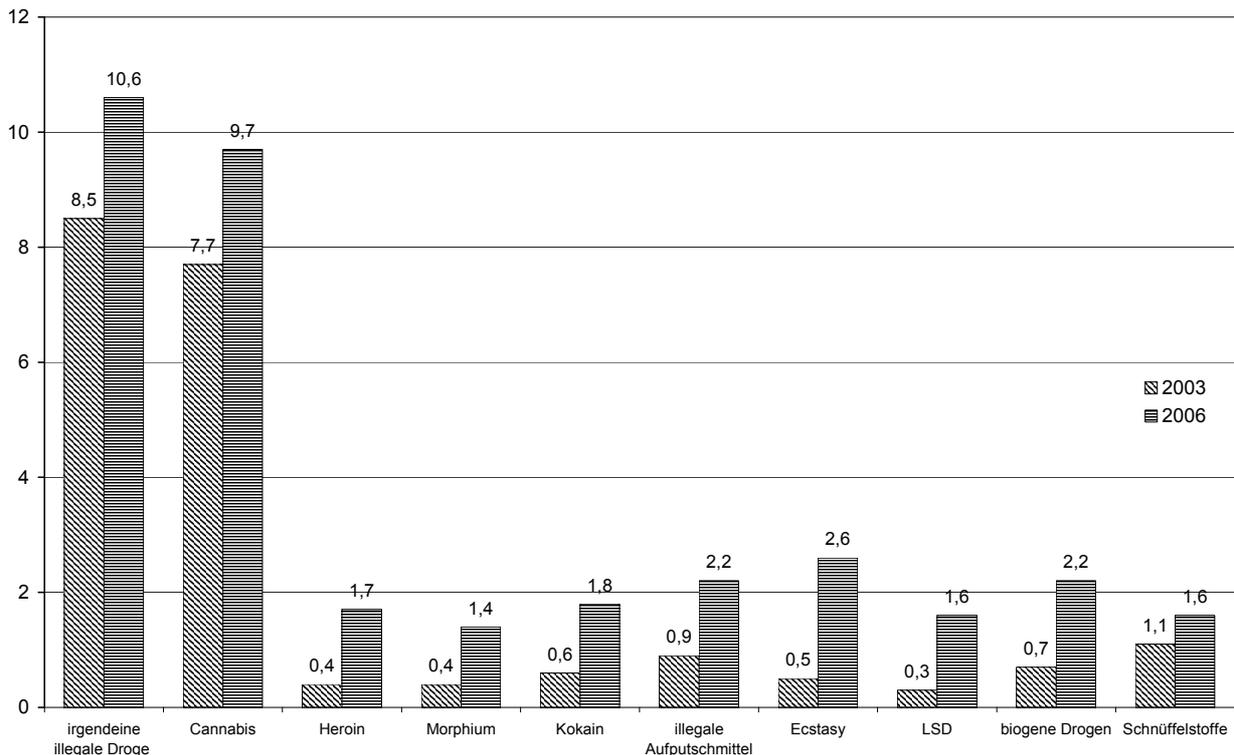
2.1 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung

In Oberösterreich (OÖ) wurde die repräsentative Bevölkerungsbefragung³ im Jahr 2006 zum dritten Mal wiederholt (vgl. Seyer et al. 2007). In Vergleich zu den früheren Erhebungen (2000 und 2003) zeigt sich durchgängig ein Anstieg bei den Lebenszeiterfahrungen mit illegalen Drogen (vgl. Tabelle A1 im Anhang A). Rund 28 Prozent (2000: 24 %) der Befragten gaben an, bereits einmal Cannabis konsumiert zu haben, rund sieben Prozent Ecstasy und Amphetamine und rund sechs Prozent Kokain. Die Werte bezüglich der anderen Substanzen (Heroin, Morphin, LSD) liegen zwischen vier und fünf Prozent. Schnüffelstoffe (8 %) und biogene Drogen (7 %), die keine „illegalisierten“ Substanzen sind, liegen etwa auf dem Wert von Ecstasy und Amphetaminen (vgl. ST1). Diese Prävalenzraten erscheinen im Vergleich mit anderen Repräsentativerhebungen sehr hoch: So fand sich in der Bevölkerungsbefragung Österreich 2004 beispielsweise eine Lebenszeitprävalenz für Cannabis von rund zwanzig Prozent und für Ecstasy, Amphetamine und Kokain von rund zwei bis drei Prozent (vgl. Tabelle A1 im Anhang A). Da außerdem eine zur Kontrolle abgefragte „Fantasiedroge“ ebenfalls von rund drei Prozent der Befragten als bereits konsumiert angegeben wurde, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu betrachten. Weiters weisen die Autoren des Berichts darauf hin, dass die Lebenszeitprävalenz aktuell schon aufgrund der Tatsache steigt, dass bei jeder Befragung der Anteil der älteren, wenig drogenerfahrenen Bevölkerung sinkt, während zugleich der Anteil der jüngeren, stärker drogenerfahrenen Bevölkerung steigt.

Interessanter ist daher auch eine Betrachtung des aktuellen Konsums (Konsum in den letzten zwölf Monaten). Dieser liegt naturgemäß deutlich niedriger (Cannabis: rund 10 %, Ecstasy: rund 3 %, alle anderen Substanzen: max. rund 2 %) als der Lebenszeitkonsum, ist allerdings im Vergleich zu 2003 auch für alle Substanzen gestiegen (vgl. Abbildung 2.1).

³ Die Bevölkerungsbefragung wurde bei insgesamt 1.507 Personen im Alter ab 15 Jahren durchgeführt (vgl. auch Kap. 1.4 und 2.2). Für die Auswertung der Ergebnisse zu den Konsumerfahrungen wurden die Daten auf die Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen (n = 1.284) eingeschränkt.

Abbildung 2.1: Konsumerfahrungen der oberösterreichischen Bevölkerung in den letzten 12 Monaten mit illegalen Drogen im Zeitvergleich 2003–2006 (in Prozent)



Quelle: Seyer et al. 2007, GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Ein so starker Anstieg innerhalb von nur drei Jahren erscheint wenig plausibel. Vermutlich ist auf Basis der Daten aber von einem gewissen Anstieg des aktuellen Konsums von illegalen Substanzen auszugehen. Männer weisen bei fast allen Substanzen höhere Werte auf als Frauen (z. B. Cannabis: 12 % vs. 7 % beim Konsum in den letzten zwölf Monaten). Weiters zeigt die Zwölf-Monats-Prävalenz, dass der aktuelle Gebrauch von illegalen Substanzen vor allem bis zum dreißigsten Lebensjahr stattfindet, danach ist ein starker Rückgang des aktuellen Drogenkonsums zu verzeichnen (Seyer et al. 2007).

Deutlich unter den in OÖ erhobenen Werten liegen die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung Österreich⁴ (Klimont et al. 2007). Rund zehn Prozent der Befragten im Alter von 15 bis 64 Jahren gaben Lebenszeiterfahrungen mit Cannabis an. Die höchste Lebenszeitprävalenz findet sich bei den 25- bis 34-Jährigen mit 15 Prozent (vgl. Tabelle A1 im Anhang A). Konsum in den letzten zwölf Monaten wird insgesamt nur von 1,3 Prozent der Befragten berichtet – am häufigsten in der jüngsten Altersgruppe (15 bis 24 Jahre: 2,7 %). Frauen haben durchgängig eine geringere Prävalenz als Männer. Die Prävalenzraten sind damit niedriger als in allen suchtmittelspezifischen Studie der letzten Jahre (vgl. Tabelle A1 im Anhang A). Es erscheint plausibel, dass der Erhebungsrahmen (wenige Fragen zu Cannabis im Rahmen

⁴ Im Rahmen der Gesundheitsbefragung Österreich (ATHIS) wurden im Zeitraum 2006/07 österreichweit insgesamt 15.492 Personen ab 15 Jahren (15 bis 64 Jahre: n = 11.822) zu ihrem Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten befragt. Gesundheitsbefragungen werden seit 1973 in unregelmäßigen Abständen durchgeführt. Die aktuelle Befragung folgte erstmals den auf EU-Ebene (Eurostat) entwickelten Modulen für einheitliche Health Interview Surveys (HIS) und beinhaltete einige Fragen zu Cannabis sowie zu den legalen Substanzen Alkohol und Nikotin.

einer Befragung zu Gesundheit) zu einer geringeren „Bekannterquote“ führt und damit die Prävalenz unterschätzt wird.

In Salzburg wird auf Basis eines mehrjährigen Vergleichs der Begutachtungsergebnisse (vgl. Kap. 1.1) der Bezirksgesundheitsbehörden geschlossen, dass es einen Trend zur kontinuierlichen Zunahme des Anteils von Kokain gibt, während der Anteil von Cannabis und Halluzinogenen stabil und die Entwicklung beim Konsum von Ecstasy eher rückläufig ist. Der Konsum von Opiaten scheint nach anfänglichem Rückgang eher wieder ansteigend zu sein (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2007). Dies stellt einen Überschneidungsbereich zum problematischen Konsum dar (siehe auch Kapitel 4.3).

2.2 Drogenkonsum bei Jugendlichen

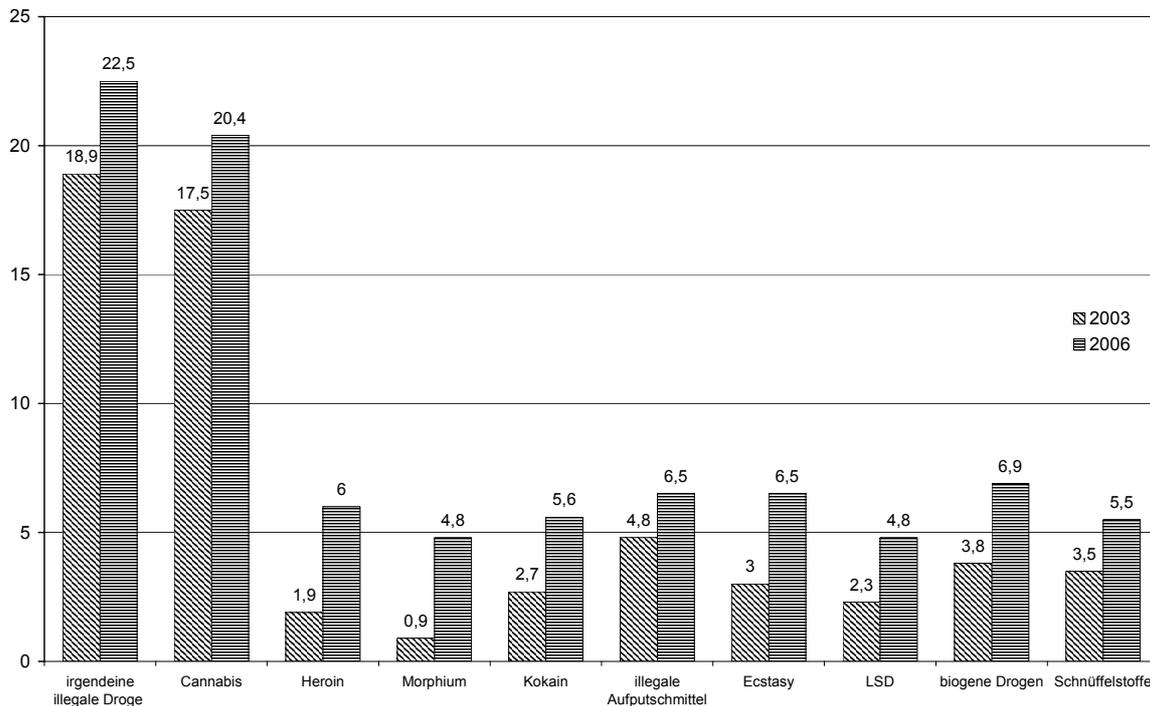
Da Konsumerfahrungen bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen am häufigsten sind (vgl. oben), wurde bei der oberösterreichischen Bevölkerungsbefragung⁵ die Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen auch getrennt ausgewertet (vgl. Seyer et al. 2007). Es finden sich in dieser Gruppe erwartungsgemäß höhere Prävalenzraten als für die Gesamtbevölkerung und ebenfalls ein Anstieg im Vergleich zu 2003 (vgl. Tabelle A2 im Anhang A). Deutlich führend ist wieder Cannabis mit Lebenszeiterfahrungen von rund 37 Prozent. Die Lebenszeitprävalenz von Ecstasy und Amphetaminen liegt bei rund acht bis neun Prozent, jene für Schnüffelfstoffe (13 %) und biogene Drogen (10 %) etwas darüber (vgl. ST1). Die hohen Prävalenzraten in dieser Altersgruppe müssen aber stark relativiert werden, da die zur Überprüfung der Glaubwürdigkeit der Angaben ebenfalls erfragte „Fantasiedroge“ hier sogar von rund sieben Prozent der Befragten angegeben wurde. Daraus kann geschlossen werden, dass die tatsächlichen Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen vermutlich geringer sind als ausgewiesen. Mit ein Grund für die vergleichsweise hohen Werte könnte auch die Erhebungsmethode sein: Es wurde darauf geachtet, dass das Alter der Interviewerinnen und Interviewer mit dem Alter der Interviewten übereinstimmt, um eine gute Vertrauensbasis zu schaffen.

Auch bei den 15- bis 24-Jährigen finden sich geringere Prävalenzraten für den aktuellen Konsums (Konsum in den letzten zwölf Monaten; vgl. Abbildung 2.2), allerdings ist der Unterschied zum Lebenszeitkonsum weniger ausgeprägt als bei der Gesamtpopulation (vgl. Kap 2.1). Weiters sind die Unterschiede nach Geschlecht bei den 15- bis 24-Jährigen weniger deutlich als in der Gesamtbevölkerung. Im Vergleich zu 2003 ist wiederum ein deutlicher Anstieg zu vermerken.

Es wurde weiters auch der Konsum im letzten Monat erhoben, der aber aufgrund der geringen Prävalenzraten keine genauere Analyse erlaubt. Feststellen lässt sich dabei jedenfalls, dass der Höhepunkt der 30-Tage-Prävalenz zwischen dem 18. und 19. Lebensjahr liegt – 22 Prozent der Jugendlichen in diesem Alter gaben an, im letzten Monat eine illegale Substanz konsumiert zu haben. Es muss aber generell nochmals betont werden, dass diese Zahlen mit großer Vorsicht zu interpretieren sind und vermutlich eine Überschätzung des tatsächlichen Konsums darstellen.

⁵ Die Bevölkerungsbefragung wurde bei insgesamt 1.507 Personen im Alter ab 15 Jahren durchgeführt (vgl. auch Kap. 1.4 und 2.1). Das Sample für die Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen wurde überrepräsentiert (n = 669) und getrennt ausgewertet.

Abbildung 2.2: Konsumerfahrungen der 15- bis 24-jährigen oberösterreichischen Bevölkerung in den letzten 12 Monaten mit illegalen Drogen im Zeitvergleich 2003–2006 (in Prozent)



Quelle: Seyer et al. 2007; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Aktuell liegen weiters auch Ergebnisse des internationalen WHO-HBSC-Survey 2006⁶ (Dür und Griebler 2007) vor. Rund sieben Prozent der befragten 15-Jährigen gaben dabei an, bereits ein- bis zweimal Cannabis konsumiert zu haben, weitere etwa sieben Prozent schon mindestens dreimal (vgl. ST2). Im Vergleich zu 2001 (8 % ein- bis zweimal, 6 % mindestens dreimal) gibt es damit kaum Veränderungen (vgl. Tabelle A2 im Anhang A). Verdoppelt hat sich hingegen der Anteil der 15-Jährigen, die über einen Alkoholrausch berichteten (2001: 28 %, 2006: 57 %).

2.3 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen

Bezüglich des Drogenkonsums in spezifischen Gruppen (wie Grundwehriener, ethnische Minderheiten, Zuwanderer etc.) lagen in den letzten Jahren für Österreich fast ausschließlich Daten zu spezifischen Jugendszenen vor (vgl. z. B. ÖBIG 2004). Eine Darstellung des Konsums in Gruppen von „gefährdeten“ Jugendlichen findet sich in Schwerpunkt Kapitel 12.

Aktuell findet sich darüber hinaus eine Diplomarbeit zu „Ketamin als Partydroge“, im Rahmen derer Personen, die bereits Erfahrungen mit dem Konsum von Ketamin haben, befragt wurden (Baumgartner 2007). Die Untersuchung hatte damit keine Repräsentativität zum Ziel,

⁶ Das WHO-Projekt „Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC)“ befasst sich mit dem Gesundheitszustand und -verhalten von Schulkindern und wird in Österreich seit dem Schuljahr 1983/84 regelmäßig durchgeführt. Bei der Befragung im Schuljahr 2005/2006 wurde zum zweiten Mal nach 2001/02 bei den 15-Jährigen (n = 1.239) auch der Cannabiskonsum erhoben (Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür und Griebler 2007).

sondern ein verbessertes Verständnis der Konsummuster sowie der Motive für den und der Erfahrungen mit dem Konsum von Ketamin – vor allem auch in Hinblick auf sekundärpräventive und sozialarbeiterische Angebote (vgl. Kap. 3.2 und 7.2). Die Erhebung wurde direkt bei Veranstaltungen der Freetekno- und der Goa-Szene, die beide in Hinblick auf Ketaminkonsum von besonderer Relevanz sind, durchgeführt. Insgesamt konnten 62 Personen befragt werden, die hohe Konsumraten für verschiedenste Substanzen aufweisen. So konsumierte der Großteil in den letzten dreißig Tagen Alkohol (94 %), Zigaretten (86 %) und Cannabis (77 %) und rund die Hälfte Amphetamin (58 %) und Kokain (53 %). Ecstasy (27 %), Ketamin (23 %), Pilze und LSD (je 21 %) wurden etwas seltener konsumiert. Ketamin wird überwiegend nasal (85 %) und häufig in einem zeitlichen Zusammenhang (innerhalb von sechs Stunden davor oder danach) mit anderen Substanzen konsumiert – vor allem mit Alkohol, Cannabis und Speed, wobei vor allem Risiken des Mischkonsums mit Alkohol unterschätzt werden dürften.

Ketamin wird besonders wegen der Mischung aus psychodelischer Wirkung einerseits und sedierender Wirkung andererseits von den Konsumierenden als interessant erachtet. Neugierde war das wichtigste Motiv für den Erstkonsum, der bei den Befragten mit durchschnittlich zwanzig Jahren stattfand. Der Großteil der Befragten hat nach eigenen Angaben keine negativen Erfahrungen mit Ketamin gemacht, rund ein Drittel hingegen schon. Der Großteil sieht auch keine Veränderungen im Leben durch Ketaminkonsum. Allerdings vermerken fast achtzig Prozent eine negative Stimmungsänderung (drückend, gereizt, aggressiv etc.) auf Parties, auf denen viel Ketamin konsumiert wird.

3 Prävention

Dieses Kapitel ist entsprechend der EBDD-Klassifikation der Suchtprävention in die drei Unterkapitel allgemeine, selektive und indizierte Prävention⁷ geteilt. Diese Systematik weicht von der bisher im Vordergrund stehenden Einteilung in Primär- und Sekundärprävention⁸ ab. Entsprechend dem erweiterten Suchtbegriff sind viele Maßnahmen nicht substanzspezifisch ausgerichtet bzw. beziehen sich auch auf substanzungebundene Süchte. 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. 1.2), in Salzburg und Wien das Forum Suchtprävention und regionale Koordinierungsgremien (Salzburg) eine zentrale Rolle einnehmen. Grundsätzlich wird ein hohes Maß an Langfristigkeit und Nachhaltigkeit der Präventionsmaßnahmen angestrebt. Neben einigen Standardprogrammen, die flächendeckend und routinemäßig durchgeführt werden, gibt es eine Vielzahl an regionalen Projekten bzw. Maßnahmen, die ebenfalls bereits über einen längeren Zeitraum erfolgreich eingesetzt und laufend weiterentwickelt werden. Zusätzlich werden laufend neue Konzepte und Ansätze entwickelt, um die Qualität der Präventionsarbeit zu optimieren. 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 zu Methoden der Suchtprävention im Herbst 2006 in Bozen.

Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt auf der Darstellung neuer Entwicklungen. Das breite Spektrum der österreichischen Präventionsmaßnahmen, darunter auch die im Bericht angeführten Aktivitäten, wird ausführlich 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 in der EDDRA-Datenbank dargestellt (siehe Quellenverzeichnis). Auffällig war im Berichtszeitraum einerseits der starke Fokus der Präventionsaktivitäten auf den legalen Drogen Alkohol und Nikotin (vgl. Kap. 1.4), die aber nicht weiter dargestellt werden. Andererseits werden zunehmend Aktivitäten gesetzt, die sowohl Elemente der allgemeinen und spezifischen Prävention als auch der Früherkennung und Frühintervention bis hin zu Betreuungs- und Behandlungsangeboten umfassen.

⁷ **Allgemeine** Prävention richtet sich demnach 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. ADHS – gestellt wurde.

⁸ **Primärprävention** richtet sich auf die Verhinderung der Entstehung einer Erkrankung, 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.

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 hier Suchtprävention im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitsförderung⁹ 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 Lehrkräfte, Direktorinnen und Direktoren, Schulärztinnen und -ärzte¹⁰ angeboten. Neue Broschüren des BMUKK erleichtern die Auseinandersetzung mit dem Thema und den Überblick über die verschiedenen Möglichkeiten (Haller, persönliche Mitteilung). Bei einem von BMUKK und GÖG/FGÖ organisierten Workshop mit Fachleuten zum Thema „Seelische Gesundheit in der Schule“ wurden Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Themas erarbeitet (Dür und Griebler 2007a). Dazu gehört unter anderem ein Masterplan mit Leitlinien und Standards für die Implementierung der Gesundheitsförderung und die Einbindung der Schulärztinnen und -ärzte. In Salzburg wird an der Etablierung der strukturellen Grundlagen für eine vorausschauende Gesamtplanung der schulischen Suchtprävention gearbeitet (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2007). In diesem Zusammenhang organisiert die Kontaktstelle in Sucht- und Gesundheitsfragen (KIS) ab dem Jahr 2007 den Aufbau eines neuen Systems der Gesundheitsreferentinnen und -referenten an Schulen. Diese sollen mit den Themen Ernährung, Bewegung und Lebenskompetenzstärkung – darunter fällt auch schulische Suchtprävention – betraut werden. In der Steiermark wurde ein neues Curriculum entwickelt, wodurch ab Herbst 2007 in der Basisausbildung für Volksschule, Hauptschule und Sonderschule der individuelle Schwerpunkt „Drogen- und Suchtprävention im schulischen Kontext“ gesetzt werden kann (Ederer, persönliche Mitteilung). In Wien bietet der Verein Dialog seit Herbst 2006 über die Servicestelle für Prävention und Früherkennung Unterstützung bei der Entwicklung und Umsetzung maßgeschneiderter Projekte bzw. des § 13 SMG, Schulungsmaßnahmen, aber auch die Vermittlung von Betreuungsplätzen für Jugendliche an¹¹. Das internetbasierte Computerprogramm „feel ok“, das auf 12- bis 18-jährige Schülerinnen und Schüler ausgerichtet ist, wird mittlerweile in den meisten Bundesländern angeboten, das Projekt „Eigenständig werden“ (vgl. MUSTAP-Programme¹²) wurde in NÖ landesweit implementiert (Mellish, persönliche Mitteilung). Von der ARGE Suchtvorbeugung wurde ein vierjähriges Präventionsprogramm („plus“) für Schulen entwickelt, das die psychosoziale Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung von Sucht-, Gewalt- und Suizidthemen fördern will und derzeit in Tirol getestet wird¹³. Das Programm basiert auf dem Lebenskompetenzansatz, ist ressourcen-, erfahrungs- und

⁹ 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.

¹⁰ Angebote finden sich z. B. auf www.schulpsychologie.at.

¹¹ www.dialog-on.at (1. 8. 2007)

¹² Darunter versteht die EBDD Programme, die für jede Unterrichtseinheit einen Inhalt definiert haben und für Lehrende und Lernende gedrucktes Material zur Verfügung stellen. Anpassungen an lokale Bedürfnisse sind möglich.

¹³ www.kontaktco.at (25. 5. 2007)

erlebnisorientiert, berücksichtigt geschlechtsspezifische Bedürfnisse und folgt einem partizipativen Ansatz. Zielgruppe sind 10- bis 14-jährige Schülerinnen und Schüler, die Umsetzung erfolgt durch Klassenvorstände bzw. Fachlehrkräfte.

Im Bereich **Kindergarten** liegt der Schwerpunkt nach wie vor auf Fortbildungsmaßnahmen, der Bereitstellung von Informationsmaterial sowie Elternarbeit. Hinsichtlich neuer Entwicklungen ist nur vom Fortbildungslehrgang für Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen zu berichten, der seit 2006 in OÖ angeboten wird¹⁴. Er besteht aus fünf Modulen und umfasst Basiswissen und Selbstreflexion zum Thema Sucht und Suchtprävention, Umgang mit Problemsituationen, Umsetzungsmöglichkeiten von suchtpreventiven Inhalten sowie die Vorstellung von konkreten Projekten.

Maßnahmen für die Zielgruppe **Eltern** bestehen vor allem aus Informationsveranstaltungen zum Thema Sucht und Prävention. Seit Beginn 2007 gibt es beispielsweise in der Steiermark eine Kooperationsvereinbarung zwischen Fachstelle und Exekutive, in deren Rahmen speziell ausgebildete Exekutivbeamtinnen und -beamten Elterninformationsabende durchführen (vgl. SQ22/25). Die ebenfalls von der Exekutive angebotenen Workshops für Schülerinnen und Schüler ergänzt die Fachstelle mit Seminaren für Lehrkräfte, um die Weiterbearbeitung des Themas im Unterricht zu ermöglichen. Neu sind weiters Angebote für Eltern von Jugendlichen in der Steiermark („Was geht ab?!“, VIVID 2007a) und in NÖ (Mellish, persönliche Mitteilung). Die Elternarbeit stellt einen neuen Arbeitsschwerpunkt des Forum Suchtprävention in Salzburg dar (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2007). Der Aufbau von Informationsstrukturen, vor allem hinsichtlich bildungsferner Gruppen, sowie die Erstellung inhaltlicher Standards für die Elternbildung sind die wesentlichen Ziele. Im Pinzgau (Salzburg) wurde eine größere regionale Informationskampagne für Eltern zum Thema Schnüffelstoffe initiiert (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2007).

Suchtpräventive Maßnahmen gibt es auch für **Betriebe**, wobei hier Lehrlinge die wesentliche Zielgruppe darstellen. Der Schwerpunkt liegt auf Fortbildungsmaßnahmen für Auszubildende (neu z. B. seit 2006 in der Steiermark), es werden aber auch Seminare für Führungskräfte und die Entwicklung von betriebsinternen Stufenplänen für den Umgang mit auffälligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern angeboten. In Salzburg wird dazu im Rahmen eines EuRegio-Projektes und einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit mit Bayern eine mobile Informations- und Beratungsstelle für betriebliche Suchtprävention für Klein- und Mittelunternehmen (KMU) aufgebaut (GÖG/FGÖ 2007). In Vorarlberg wurde ein Leitfaden für Lehrlingsauszubildner herausgegeben („Drogenkonsum während der Lehrzeit“), der ebenfalls diese vielfältige Unterstützung bieten soll¹⁵. Das Salzburger Projekt „Lehrlinge ins Zentrum!“ wurde 2006 auf betrieblicher Ebene durch Workshops und Fokusgruppen für Auszubildende und Lehrlinge ergänzt (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2007).

Auch in der **außerschulischen Jugendarbeit** liegt der Fokus auf Fortbildungsmaßnahmen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Im Berichtszeitraum wurde vor allem mit Jugendtrainerinnen und -trainern des NÖ Fußballverbandes und Jugendbeauftragten des steirischen Landesfeuerwehrverbandes gearbeitet (Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination

¹⁴ www.praevention.at (4. 6. 2007)

¹⁵ www.supro.at (4. 6. 2007)

und Beratung 2007, VIVID 2007b). Das seit 2004 laufende „Amstettner Modell“ zur schulischen Suchtvorbeugung wurde auf den Bereich der außerschulischen Jugendarbeit ausgedehnt (Mellish, persönliche Mitteilung). Neben Fortbildungen, Aktionstagen und Elternabenden ist die Vernetzungsarbeit mit den sozialen Einrichtungen der Stadt Bestandteil des Projektes.

Deutlich zugenommen haben in den letzten Jahren in Österreich Aktivitäten bezüglich **gemeindeorientierter Suchtprävention**, die neben einer Sensibilisierung der Bevölkerung die Entwicklung und Umsetzung von konkreten, an die spezifische regionale Situation angepassten Maßnahmen zum Ziel haben. Hinsichtlich der Nachhaltigkeit der Projekte gibt es unterschiedliche Erfahrungen: Die Projektgruppen der Salzburger Guat-beinand-Gemeinden (vgl. GÖG/ÖBIG 2006) stellen auch nach Projektende eine wichtige Unterstützung für suchtpreventive Maßnahmen dar, während die Erfahrung mit den regionalen Koordinierungsgremien gezeigt hat, dass die Langfristigkeit der Projekte durch die begrenzten personellen und zeitlichen Ressourcen erschwert wird (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2007). Ein neues gemeindeorientiertes Projekt wurde im Herbst 2006 vom ISP OÖ in Kooperation mit der Gemeinde Freistadt („Suchtprävention in Freistadt“) begonnen, das unter anderem Einzelprojekte im Jugendbereich, Vorträge und Infoveranstaltungen im öffentlichen Raum und Weiterbildungsangebote umfasst¹⁶.

Weitere Aktivitäten im Berichtszeitraum waren Vorträge zum Thema Sucht und Suchtvorbeugung, die in NÖ in Kooperation mit dem Militärkommando für alle männlichen Jugendlichen abgehalten werden, die kurz vor oder am Beginn ihrer Wehrdienstzeit stehen. Ziel ist einerseits die Vermittlung von relevantem Basiswissen und eine Sensibilisierung der Zielgruppe, andererseits ein Abbau von Vorurteilen und Vorbehalten gegenüber hilfestellenden Einrichtungen (Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung 2007). Vom ISP OÖ wurde in Kooperation mit dem Landestheater Linz das Theaterstück „Motte & Co“ entwickelt, das Kindern und deren Eltern Schutzfaktoren wie Selbstvertrauen, Konfliktfähigkeit und angemessener Umgang mit schwierigen Gefühlen näherbringen will. In Kooperation mit dem BildungsMedienZentrum wurde ein neuer Medien-Folder zum Thema Suchtprävention erstellt¹⁷. Die ARGE Suchtprävention erstellte neue Suchtinfoblätter und sogenannte Katerkarten, die gut verständliche Informationen zu Wirkungen und Risiken, Konsummuster und Prävalenz sowie Prävention in Bezug auf Alkohol und Nikotin bzw. diverse illegale Suchtmittel beinhalten.

3.2 Selektive Prävention

Auch im Bereich der selektiven Prävention (vgl. auch SQ26) lag im Berichtszeitraum durch die Aktivitäten des ENCARE-Netzwerkes ein Schwerpunkt auf Alkohol, d. h. auf Kindern in alkoholbelasteten Familien. Um dieses Netzwerk mit einem erweiterten Fokus auf die regionale Ebene zu bringen, wurden von den Fachstellen bundeslandbezogene Netzwerke zu **Kindern in suchbelasteten Familien** aufgebaut (ENCARE Österreich 2006). Dazu fanden

¹⁶ www.praevention.at (2. 10. 2006)

¹⁷ www.praevention.at (5. 4. 2007)

im Herbst 2006 bzw. Frühjahr 2007 erste ENCARE-Regionaltreffen statt (ENCARE Österreich 2007), bei denen die Basis für die weitere Zusammenarbeit gelegt und verschiedenste Aktivitäten geplant wurden. Unter anderem wurde ein Bedarf an nachhaltigen und kostenlosen Angeboten für Erwachsene und Kinder, insbesondere für nach außen hin unauffällige Kinder, sowie an Fortbildungsangeboten zur Förderung der Handlungskompetenzen bei den relevanten Berufsgruppen (z. B. zu „Motivational Interviewing“) formuliert. Entwickelt wurden ein Konzept bzw. ein Leitfaden für die Zusammenarbeit von Helfersystemen (Steiermark, Tirol) sowie spezifische Angebote für Kinder aus Suchtfamilien (Steiermark, Vorarlberg). Geplant sind weitere Fachtagungen, Bestandsaufnahmen und der Ausbau des Vorarlberger Projektes Kasulino (vgl. GÖG/ÖBIG 2006) auf das gesamte Bundesland. Für den überregionalen Informationsaustausch im Rahmen von ENCARE Österreich gibt es seit Anfang 2007 eine neue Homepage¹⁸, ein überregionales Treffen hat im Juni 2007 stattgefunden.

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, wo Sucht bzw. der Konsum von Suchtmitteln zwar nicht primär im Vordergrund steht, jedoch immer wieder thematisiert wird. In NÖ wächst das Streetwork-Angebot, neu ist GOOSTAV in Deutsch-Wagram (GOOSTAV 2007) während MOJA seine Arbeit auf weitere Gemeinden ausdehnt (MOJA 2007). Neue Ansätze der Sekundärprävention wurden bei der Arbeitstagung „Aktuelle Entwicklungen in der Arbeit mit suchtgefährdeten Jugendlichen“ in Wien diskutiert (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2007).

Als eine spezifische Risikogruppe gelten die Besucherinnen und Besucher der **Club- und Partyszene**. Die Tiroler Einrichtung MDA basecamp hat im Jahr 2006 ihren Schwerpunkt auf das Thema Mädchen und junge Frauen gesetzt (MDA basecamp 2007). Nachdem festgestellt wurde, dass der Anteil von Konsumentinnen in der Jugend-Drogenberatungsstelle und bei der Onlineberatung des MDA basecamp wesentlich höher ist als am Infostand auf Partys und Events, soll in Kooperation mit entsprechenden Einrichtungen und auf Basis einer Fragebogenerhebung bei Mädchen und jungen Frauen ein spezifisches Beratungs- und Informationsangebot konzipiert werden. Hinsichtlich Ketaminkonsumierender (vgl. Kap. 2.3 und 7.2) in der Freeteknoszene wurde von Baumgartner (2007) eine spezifische Eventbetreuung vorgeschlagen. Wesentliche Kriterien dieser Betreuung sollten die Einbindung von Ärztinnen und Ärzten – aufgrund der relativ häufigen medizinischen Notfälle –, die Kombination mit einem Informations- und Beratungsangebot und der häufige Besuch der Veranstaltungen (drei- bis viermal pro Monat) sein. Letzteres ist notwendig, um den Kontakt nicht zu verlieren, da die Veranstaltungen meist unangemeldet und auf entlegenen Plätzen stattfinden. Das sekundärpräventive Projekt ChEck iT! war im Sommer 2007 erstmalig bei einer Freeteknoparty anwesend und konnte verhältnismäßig viele Proben analysieren, aber auch Informations- und Beratungsgespräche führen (VWS 2007b). Seit Anfang 2007 hat ChEck iT! eine Anlaufstelle (Homepage) in Wien, wo neben diversen Beratungsangeboten regelmäßig Themenabende veranstaltet werden. Weiters wurden im Jahr 2006 Fact Sheets zu verschiedenen Freizeit-

¹⁸ www.encare.at

drogen erstellt. Für die nächsten Jahre sind die Weiterentwicklung des toxikologischen Analyseverfahrens und Interventionsforschung geplant (VWS 2007a). Dazu wurde ein Fragebogen zur Nutzung der ChEck-iT!-Homepage entwickelt und online gestellt.

Erstauffällige Jugendliche mit bestimmten Problemlagen bilden die Zielgruppe des Projektes Jugendorientierung der Supro, Vorarlberg. Mithilfe von Frühintervention und Früherkennung, Kriseninterventionen und Vernetzung von Systempartnerinnen und -partnern in der Gemeinde soll ihnen gezielte Unterstützung angeboten werden¹⁹. Neben einem Gruppentraining zur Frühintervention, das in Kooperation mit Gerichten, Polizei und ambulanten Suchtberatungsstellen durchgeführt wird, werden auf Basis einer Bedarfsanalyse spezifische Maßnahmen und neue Angebote entwickelt und die Jugendlichen in sozialpädagogischen Einrichtungen begleitet.

Migrantinnen und Migranten sind Zielgruppe der Vorarlberger Plattform Migration & Sucht, die einerseits verstärkt türkische Eltern und Jugendliche für das Thema Sucht sensibilisieren, andererseits betroffenen Jugendlichen und deren Eltern den Zugang zu Informationen und vorhandenen Hilfsangeboten erleichtern will²⁰. Drei Arbeitsgruppen sollen nun entsprechende Maßnahmen und Projekte planen und umsetzen.

3.3 Indizierte Prävention

Indizierte Prävention entsprechend der EBDD-Definition (vgl. vorne) wird in Österreich bisher weder diskutiert noch umgesetzt. Dies hat sich nach Rücksprache mit Fachleuten aus den Bereichen Suchtforschung und Suchtprävention bestätigt. In Österreich werden neben der allgemeinen Prävention Maßnahmen für spezifische Zielgruppen umgesetzt, die jedoch immer aufgrund von sozialen Faktoren bestimmt werden (z. B. Kinder in suchtbelasteten Familien). Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten wie z. B. ADHS wird in Österreich nicht als Suchtprävention definiert.

Am ehesten könnte diesem Ansatz die seit Herbst 2005 bestehende Kooperation der Drogenberatung Steiermark mit der Neuropsychiatrischen Kinder- und Jugendabteilung der Landesnervenklinik Sigmund Freud zugeordnet werden, deren Ziel der möglichst frühzeitige Kontakt mit suchtmittelmissbrauchenden Jugendlichen in stationärer Behandlung bzw. Betreuung in einer Tagesklinik ist. Die regelmäßige Präsenz der Drogenberatung vor Ort wird positiv aufgenommen und erleichtert es den Jugendlichen, während bzw. nach dem stationären Aufenthalt den Kontakt zur Beratungsstelle aufzunehmen (Drogenberatung des Landes Steiermark 2007). Allerdings variieren die Gründe für die stationäre Aufnahme der Jugendlichen sehr stark, teilweise sind es Verhaltensauffälligkeiten aufgrund eines Substanzkonsums, teilweise steht anderes wie z. B. selbstverletzendes Verhalten oder Abgängigkeit im Vordergrund, und der Substanzkonsum wird erst während des stationären Aufenthaltes zum Thema. Daher entspricht auch dieses Angebot nicht exakt der EBDD-Definition für indizierte Prävention.

¹⁹ www.mariaebene.at (24. 5. 2007)

²⁰ www.mariaebene.at (4. 6. 2007)

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 12) einhergeht. Es ist aber zu berücksichtigen, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen an sich 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 verstärkte Relevanz gewonnen. Die erstmals für Gesamtösterreich vorliegenden Daten zu Konsummustern von im Jahr 2006 in drogenspezifischer Betreuung befindlichen Personen zeigen jedoch, dass Opiate als Leitdroge weiterhin eine dominierende Rolle spielen.

Aktuelle Schätzungen machen eine Prävalenzrate von 25.000 bis maximal 35.000 Personen mit problematischem Opiatkonsum – in den meisten Fällen vermutlich im Rahmen des polytoxikomanen Konsums – für Gesamtösterreich plausibel. Allerdings sind Prävalenzschätzungen des problematischen Drogenkonsums aufgrund ihrer Komplexität mit einer Reihe von methodischen Problemen verbunden, die ihre 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 des problematischen Konsums liegen in Österreich nur für Opiate bzw. für den polytoxikomanen Konsum mit Beteiligung von Opiaten vor. Die aktuellsten derzeit verfügbaren Zahlen (siehe oben) betreffen das Jahr 2004 und wurden im Bericht zur Drogensituation 2006 (GÖG/ÖBIG 2006) bereits ausführlich dargestellt (vgl. ST7). Wichtige Erkenntnisse zur Interpretation der Ergebnisse der Prävalenzschätzungen liefern die Daten, die im Rahmen der Dokumentation der Klientinnen und Klienten der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI)²¹ gesammelt werden. Hier zeigt sich einerseits, dass beim behandlungsrelevanten Drogenkonsum Opiate die dominierende Rolle spielen. Dies bedeutet, dass die oben referierte Prävalenzschätzung den größten Teil des behand-

²¹ Im vom BMGFJ in Auftrag gegebenen und finanzierten Dokumentationssystem DOKLI werden österreichweit aggregierte, den EBDD-Dokumentationsstandards entsprechende Daten zu Klientinnen und Klienten der Einrichtungen der Drogenhilfe zentral an der GÖG/ÖBIG gesammelt und ausgewertet (Details siehe <http://tdi.oebig.at> und GÖG/ÖBIG in Vorbereitung). Mit Ausnahme des Bundeslandes Vorarlberg, aus dem nur Daten vom stationären Bereich der Drogenhilfe übermittelt wurden, ist der größte Teil der österreichischen Drogenhilfe im DOKLI-System vertreten. Es kann daher von einer sehr guten Repräsentativität der Daten hinsichtlich des Systems der österreichischen Drogenhilfe ausgegangen werden. Ergebnisse aus dem DOKLI finden sich in den Kapiteln 4.2, 6, 8, 12 und in ST3 und ST34. Ein eigener Bericht ist in Vorbereitung (GÖG/ÖBIG 2007a).

lungsrelevanten Drogenkonsums abdeckt. Andererseits ergibt sich, dass der nasale Konsum von Opiaten besonders bei jüngeren Opiatabhängigen eine wichtige Rolle spielt (vgl. Kap. 12.1). Daher können die ermittelten Prävalenzzahlen nicht wie früher angenommen mit der Prävalenz des intravenösen Drogenkonsums gleichgesetzt werden (vgl. Kap. 4.2).

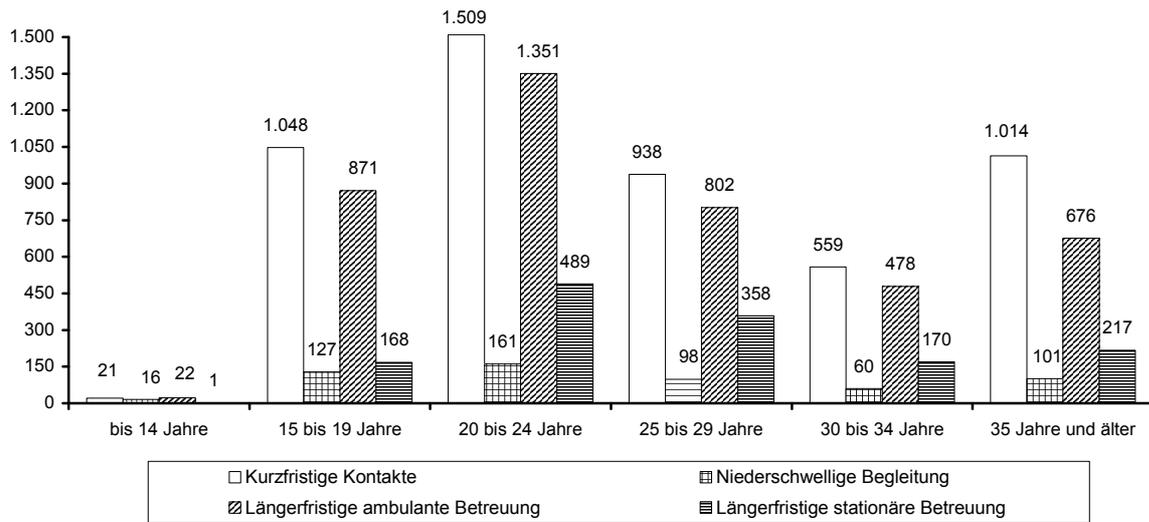
4.2 Charakteristika und Konsummuster der Klientel drogenspezifischer Einrichtungen

Mit dem Klientenjahrgang 2006 liegen erstmals Daten des österreichweiten Dokumentationssystems der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe DOKLI vor. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist darauf zu achten, dass Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten auf Einrichtungsebene zwar ausgeschlossen werden können, Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die 2006 in mehreren Einrichtungen betreut wurden, hingegen aufgrund des aggregierten Charakters der Daten nicht zu verhindern sind. Wie hoch der Anteil an solchen Mehrfachbetreuungen ist, kann nur vermutet werden. Ein grober Richtwert ist dem Wiener BADO-Bericht zu entnehmen, da in diesem (vgl. GÖG/ÖBIG 2006, IFES 2005b) Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Referenzzeitraum in mehreren Drogeneinrichtungen betreut wurden, über einen Identifier eruiert werden können. Im Jahr 2004 wurden 14 Prozent der in der BADO erfassten Klientinnen und Klienten in mehr als einer Einrichtung betreut (10 % in zwei Einrichtungen, 4 % in mehr als zwei – IFES 2005b). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Drogeneinrichtungen in Wien aufgrund der räumlichen Konzentration höher ist als in ländlichen Gebieten und daher der Anteil an Doppelzählungen für Gesamtösterreich möglicherweise etwas geringer ist.

Da 2006 bereits laufende Betreuungen nur teilweise rückwirkend dokumentiert wurden, beziehen sich alle DOKLI-Daten auf jene Personen, die 2006 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben (= all treatments). Aus den im Rahmen des DOKLI erfassten Einrichtungen der Drogenhilfe in Österreich liegen Daten von insgesamt 4.200 Personen vor, die im Jahr 2006 eine **längerfristige ambulante Betreuung** begonnen haben. 1.949 dieser Klientinnen und Klienten unterziehen sich erstmals in ihrem Leben einer drogenspezifischen Betreuung (= first treatments). Eine längerfristige **stationäre Betreuung** haben 1.403 begonnen, bei 211 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 563 Personen, die eine **niederschwellige Begleitung** begonnen haben, und 5.089 Personen, die eine drogenspezifische Betreuung in Form eines **kurzfristigen Kontakts** in Anspruch genommen haben, erfasst.

Etwa ein Viertel bis ein Fünftel der betreuten Personen mit Ausnahme des stationären Settings, wo der Anteil zwölf Prozent beträgt, ist unter 20 Jahre alt. Etwa die Hälfte der Klientel ist in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre zu finden (vgl. Abbildung 4.1 und Tabelle A23 im Anhang A).

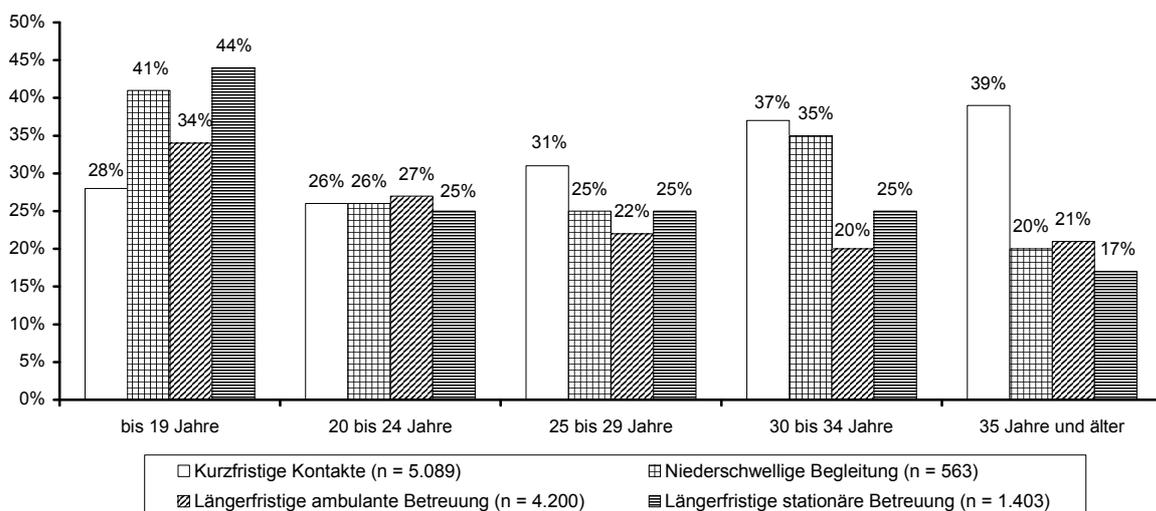
Abbildung 4.1: Anzahl der Personen, die 2006 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2006; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

In allen betrachteten Settings beträgt der Anteil an Frauen zwischen 25 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 ansteigendem Alter abnimmt (vgl. Abbildung 4.2).

Abbildung 4.2: Anteil der Frauen an den Personen, die 2006 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2006; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

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 2006). 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 Schwangerschaft begründet sein kann (EBDD 2006, GÖG/ÖBIG 2007a, Haas 2005).

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.

Die eigene Initiative stellt meist den Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme mit der Drogenhilfeeinrichtung dar: Bei niederschwelliger Begleitung und stationärer Behandlung ist dies für fast die Hälfte der Klientinnen und Klienten der zentrale Grund, in ambulanter Betreuung für rund ein Viertel. Ausnahme sind die kurzfristigen Kontakte, bei denen ein Justizzusammenhang (Weisung, Therapieaufgabe; 58 %) den Hauptanstoß darstellt, alle anderen Gründe spielen nur eine geringe Rolle. Die Justiz ist auch bei der längerfristigen ambulanten (23 %) und stationären (19 %) Betreuung von Relevanz, nicht hingegen bei der niederschweligen Begleitung.

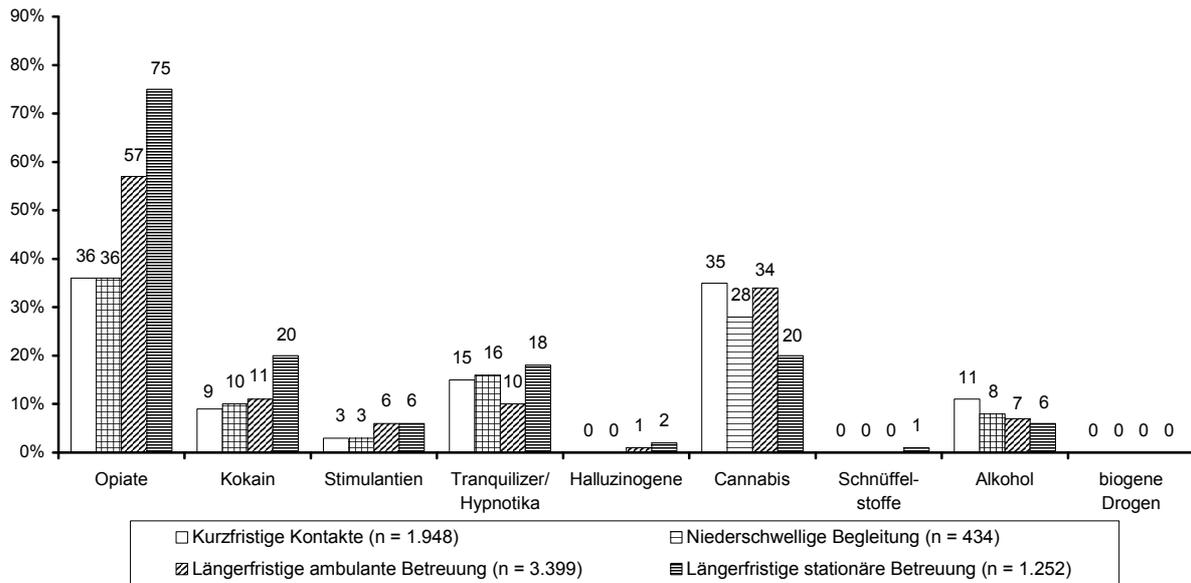
Der Anteil an Personen mit intravenösem Konsum (bezogen auf die Lebenszeit) ist nach Setting sehr unterschiedlich (kurzfristige Kontakte: 44 %, niederschwellige Begleitung: 66 %, ambulante längerfristige Betreuung: 46 %, stationäre Betreuung: 82 %; vgl. Tabelle A28 im Anhang A). Frauen dürften früher intravenös Drogen konsumieren. 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: 64 % versus 51 %). 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).

Opiate dominieren im klassischen Behandlungsbereich als Leitdroge²² sehr stark. Etwas überraschend ist, dass Kokain als Leitdroge nur eine sehr untergeordnete Rolle spielt (vgl. Abbildung 4.3 und Tabelle A27 im Anhang A).

²² 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 hier 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 2007a).

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 2006). In allen Settings ist der hohe Prozentsatz an Cannabis als Leitdroge überraschend. Dies ist allerdings zum Teil durch die Tatsache zu relativieren, dass der Prozentsatz an Personen mit Therapieaufgabe in der Gruppe mit Cannabis als alleiniger Leitdroge sehr hoch ist. Er beträgt beispielsweise bei den längerfristigen ambulanten Betreuungen 61 Prozent.

Abbildung 4.3: Personen, die 2006 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge und Art der Betreuung



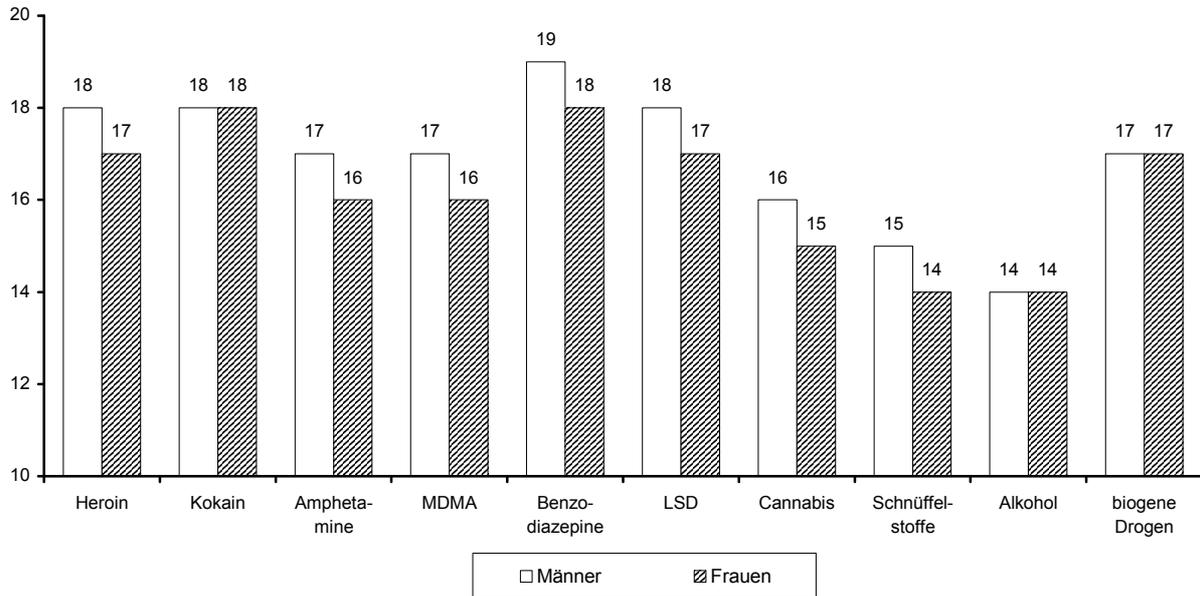
Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2006; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

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

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 oben) ist, dass Frauen in der Regel um ein Jahr jünger als Männer beim ersten Drogenkonsum sind (vgl. Abbildung 4.4).

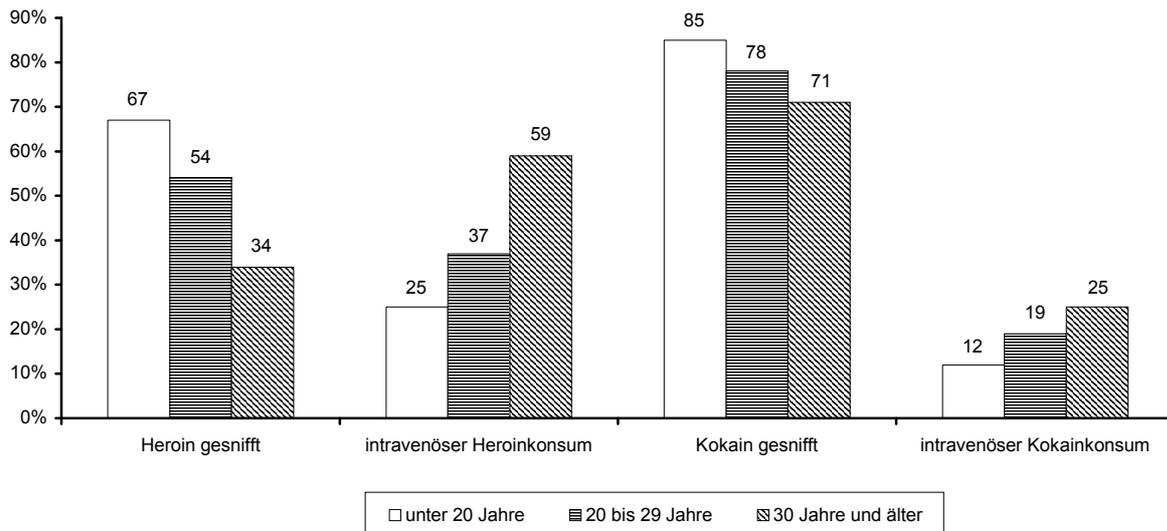
Abbildung 4.4: Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2006 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2006; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Bei der vorwiegenden Einnahmeform von Heroin bestätigt sich für die ambulanten längerfristigen Betreuungen die in der Wiener BADO schon in den Vorjahren gemachte überraschende Beobachtung, dass Sniffen mit 50 Prozent öfter genannt wird als intravenöser Konsum (42 %).

Abbildung 4.5: Vorwiegende Einnahmeform von Heroin (n = 1.892) und Kokain (n = 1.999) bei Personen, die 2006 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach dem Alter



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2006; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Bei den stationären Betreuungen überwiegt zwar der intravenöse Konsum (54 %), dennoch ist auch hier ein hoher Anteil an „Sniffen“ (41 %) zu beobachten. Es zeigt sich allerdings, dass sich mit zunehmendem Alter der Prozentsatz der intravenös Konsumierenden stark erhöht (vgl. Abbildung 4.5). Diese Beobachtungen können darauf hindeuten, dass mit zunehmender Dauer der Drogenkarriere ein Umstieg vom „Sniffen“ auf den intravenösen Drogenkonsum erfolgt. Kokain wird von Klientinnen und Klienten in ambulanter Betreuung zu 20 Prozent und von Klientinnen und Klienten in stationärer Betreuung zu 40 Prozent intravenös konsumiert. Auch bei dieser Droge zeigt sich ein Anstieg des intravenösen Konsums mit dem Alter der Klientel. Amphetamine werden zu etwa zwei Dritteln gesnifft und zu einem Drittel oral konsumiert.

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. Ein wesentliches Manko hinsichtlich der Datenqualität stellte die „ghost case“-Problematik²³ dar. Um dieses Problem in den Griff zu bekommen, wurden vom BMGFJ im Jahr 2007 umfangreiche Korrekturmaßnahmen, basierend auf Nachfragen bei den behandelnden Ärzten, durchgeführt. Es ist auch davon auszugehen, dass die am 1. März 2007 in Kraft getretene Novelle der Suchtgiftverordnung (vgl. Kap. 5.3) die Coverage der Meldungen verbessert hat.

Aufgrund dieser Korrekturen und Neuerungen ergeben sich einige Änderungen zu den in den Vorjahren referierten Zahlen, die jedoch auf die berichteten Trends kaum Auswirkungen haben. Lediglich der Anstieg der Zahl der gemeldeten Behandlungen und insbesondere der Erstbehandlungen vom Jahr 2005 zum Jahr 2006 könnte (zum Teil) durch die Erhöhung der Coverage der Meldungen (mit-)verursacht sein.

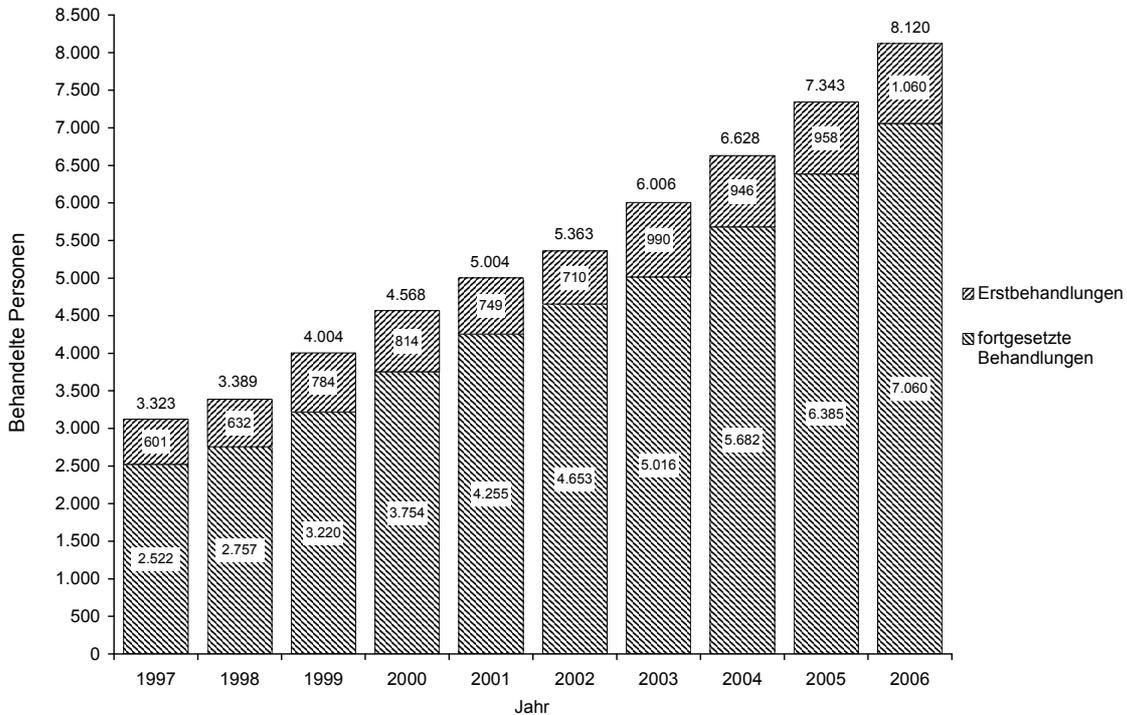
Die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlungen zeigt sich an der jährlich steigenden Zahl der Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen (vgl. Abbildung 4.6).

Wie Abbildung 4.7 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. Der Anteil dieser beiden Altersgruppen lag von 1995 bis 2000 zwischen 35 und 40 Prozent und ist dann bis 2004 kontinuierlich auf 52 Prozent angestiegen. 2006 betrug der Anteil dieser Altersgruppen 50 Prozent. Einerseits kann dies als Indikator für eine leichtere Zugänglichkeit zur Substitutionsbehandlung für junge Personen mit Opiatkonsum interpretiert werden. Andererseits kann der Anstieg aber auch ein Hinweis auf eine steigende Prävalenz des (polytoxikomanen) Drogenkonsums mit Beteiligung von Opiaten sein (vgl. GÖG/ÖBIG 2006). Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass der Anstieg bei den Erstbehandlungen regional sehr unterschiedlich ist. Während beispielsweise in Kärnten, Oberösterreich und Salzburg die Zahlen in etwa gleich geblieben sind, ist in Niederösterreich, in der Steiermark und in Wien ein Anstieg zu verzeichnen (BMGFJ, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen; vgl.

²³ 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).

Tabelle A21 im Anhang A). In diesem Zusammenhang ist jedoch nochmals auf die (möglicherweise bundeslandspezifischen) Auswirkungen der Novelle der Suchtgiftverordnung (Meldepflicht von Substitutionsbehandlungen) zu verweisen.

Abbildung 4.6: Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 1997–2006

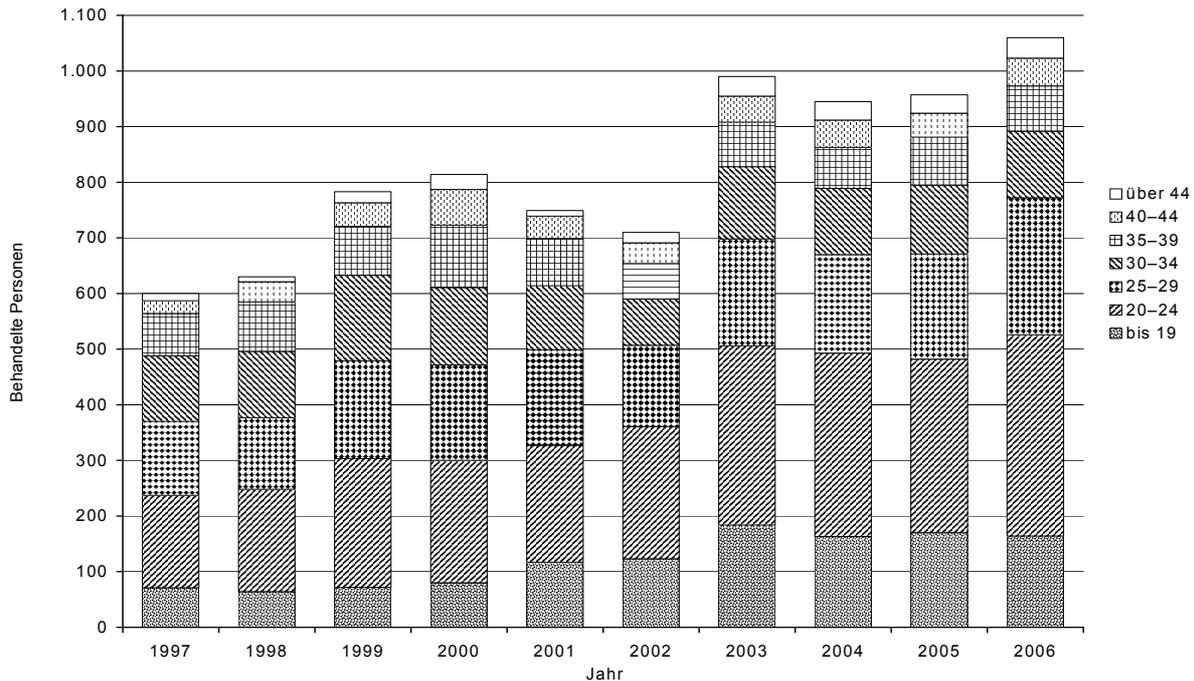


Anmerkung: **Fortgesetzte Behandlungen** sind Behandlungen, die vor dem jeweiligen Jahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, welche früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren. **Erstbehandlung** bedeutet, dass die entsprechenden Personen bisher noch nie in Substitutionsbehandlung waren. Diskrepanzen zu den in den Vorjahren referierten Zahlen (GÖG/ÖBIG 2006) sind durch Korrekturmaßnahmen des BMGFJ zu erklären.

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

Geschlechtsspezifische Analysen zeigen, dass der Anteil der Frauen an jenen Personen, die erstmals eine Substitutionsbehandlung beginnen, über die Jahre zwischen 25 und 35 Prozent liegt. Im Jahr 2006 liegt er mit 22 Prozent etwas darunter. Wie in den Vorjahren zeigt sich auch bei den Erstbehandlungen des Jahres 2006, dass der Frauenanteil bei den unter 20-Jährigen mit 37 Prozent größer ist als bei den anderen Altersgruppen, wo sich ein deutliches Übergewicht der Männer zeigt (vgl. auch ST3). Diese Beobachtung stellt eine Parallele zu den bereits oben dargestellten und interpretierten Befunden aus dem DOKLI-System dar.

Abbildung 4.7: Lebenszeitbezogen erstmalige Substitutionsbehandlungen nach Alter, 1997–2006



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

4.3 Charakteristika und Konsummuster auf Basis anderer Datenquellen

Analysen zu den Konsummustern von nach § 12 SMG begutachteten Personen (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) liegen aus Salzburg (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2007) und Kärnten (Prehslauer, persönliche Mitteilung; vgl. Kap. 1.1 und 2.1) vor. Es zeigt sich, dass bei dieser Personengruppe der Konsum von Cannabis im Vordergrund steht (Salzburg: 89 Prozent von 379 Begutachtungen, Kärnten: 76 Prozent von 805 Begutachtungen). Auf Opiate beziehen sich 11 Prozent der Begutachtungen in Salzburg und sechs Prozent in Kärnten. Für Kokain lauten die entsprechenden Prozentsätze 13 Prozent und sieben Prozent.

Aus Graz liegen die Ergebnisse einer nicht repräsentativen Szenestudie unter intravenös Drogen konsumierenden Personen vor, die im Rahmen der Konzepterstellung einer drogen-therapeutischen Anlaufstelle (vgl. Kap. 7.2) durchgeführt wurde. Insgesamt wurden 102 intravenös Drogen konsumierende Klientinnen und Klienten (71 % Männer, 29 % Frauen) der niederschweligen Einrichtungen Kontaktladen und Streetwork befragt. Der Altersmittelwert beträgt 27 Jahre. 75 Prozent der Befragten befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung im Substitutionsprogramm. 98 Prozent der Befragten berichten über Erfahrungen mit Heroin (durchschnittliches Alter beim Erstkonsum: 18 Jahre), 95 Prozent über Erfahrungen mit Kokain (durchschnittliches Alter beim Erstkonsum: 18 Jahre), 99 Prozent über Erfahrungen mit Substitutionsmitteln (durchschnittliches Alter beim Erstkonsum: 22 Jahre) und 86 Prozent über Erfahrungen mit Benzodiazepinen (durchschnittliches Alter beim Erstkonsum: 20 Jah-

re). Intravenösen Gebrauch als favorisierte Konsumform geben sowohl bei Substitutionsmitteln als auch bei Kokain 72 Prozent der Befragten an (Angaben zur favorisierten Konsumform bei Heroin fehlen). Neun Prozent bezeichnen Heroin, 99 Prozent Substitutionsmittel und 23 Prozent Benzodiazepine als Hauptdroge (Angaben zu Kokain als Hauptdroge fehlen; Zeder 2007).

Die seit einigen Jahren vorliegenden qualitativen Berichte aus einigen Bundesländern mit Hinweisen auf einen möglichen Missbrauch von Substitutionsmitteln im Rahmen des Opiatkonsums (z. B. Neubacher, persönliche Mitteilung; Mentvilla, persönliche Mitteilung) werden durch die Szenestudie unter intravenös konsumierenden Personen in Graz (Zeder 2007) und durch den in Kapitel 10.1 referierten Anstieg der Anzahl von Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten gestützt (vgl. auch Kap. 5.3).

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 in Österreich 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 (z. B. psychiatrische Krankenhäuser, psychosoziale Dienste, niedergelassener Bereich) bereitgestellt. Diese Angebote umfassen – vor allem im ambulanten, zunehmend aber auch im stationären Bereich – sowohl abstinenzorientierte als auch substituierende Maßnahmen und sind daher nur bedingt eindeutig zuordenbar. Da das Ziel die Schaffung 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 gesamte Spektrum des Drogenhilfesystems bietet der Suchthilfekompass²⁴. Weiters werden die Angebote auf den Websites, in den Jahresberichten und Newsletters der Einrichtungen, aber auch in früheren Berichten des ÖBIG und in der EDDRA-Datenbank ausführlich beschrieben (siehe Quellenverzeichnis).

5.1 Behandlungssysteme

Einrichtungen der drogenspezifischen Beratung, Betreuung und Behandlung finden sich in Österreich inzwischen fast flächendeckend (vgl. Karten 5.1. und 5.2). Im Jahr 2006 wurde an insgesamt 194 spezialisierten Einrichtungen stationäre oder ambulante Behandlung bzw. Beratung im Zusammenhang mit Sucht und illegalen Substanzen durchgeführt (GÖG/ÖBIG-eigene Erhebungen). Wie in den letzten Jahren existieren nach wie vor Wartelisten und Wartezeiten (vgl. GÖG/ÖBIG 2006), die je nach Region für Erstgespräche bis zu sechs Wochen, für Therapieplätze bis zu acht Wochen und für stationäre Entzugsbehandlung sogar bis zu vier Monate betragen. Aus mehreren Einrichtungen wird berichtet, dass die Anzahl betreuungsintensiver Klientinnen und Klienten und der damit zusammenhängende Zeitaufwand zugenommen hat. Die Beratungsstelle Landeck (Tirol) z. B. wurde vermehrt von Kokainkonsumentenden aufgesucht (B.I.T 2007).

Ein Ausbau des Beratungs- und Behandlungsangebotes erfolgte im Berichtszeitraum in Kärnten und NÖ. Das neue Ambulatorium für Drogenkranke in Villach (ROOTS) bietet Bera-

²⁴ <http://suchthilfekompass.oebig.at>

tung, Diagnostik, Betreuung und Behandlung an (Prehslauer, persönliche Mitteilung). In NÖ wurde mit dem Neubau einer Bettenstation für den Bereich Drogenentzug im Krankenhaus Amstetten/Mauer begonnen (Hörhan, persönliche Mitteilung).

Das Beratungs- und Betreuungsangebot spezifischer auf die Zielgruppen auszurichten bzw. neue Zielgruppen zu erreichen war und ist ebenfalls das Ziel etlicher Bemühungen. So hat sich beispielsweise das Konzept der nachgehenden psychosozialen Betreuung (Bezugsbetreuerprojekt), das als Kooperation des Ambulatoriums für Drogenkranke Klagenfurt und des Vereins Neustart für Personen mit starker Drogenabhängigkeit entwickelt wurde, bewährt und wird nun in beiden Kärntner Drogenambulanzen angeboten (Prehslauer, persönliche Mitteilung). Die suchtspezifische Betreuung von Jugendlichen soll laut neuem Suchtplan in Kärnten (vgl. Kap. 1.2) zukünftig in Einrichtungen der Jugendwohlfahrt verlagert werden, um deren soziale Integration zu fördern. An jugendliche Konsumentinnen und Konsumenten von Designerdrogen richtet sich das neue Konzept für ein „Beratungssetting bei XTC-Konsum als Leitproblem“, das eine Projektgruppe zum Thema „Uppers“ in Tirol erarbeitet hat (B.I.T. 2007). Gezieltere Beratungs- und Behandlungspläne sollen im Verein B.I.T. durch Verbesserungen in der klinisch-psychologischen Diagnostik erstellt werden können. In Graz wird im Rahmen einer Kooperation von Magistrat und LKH ein Handlungskonzept zur rechtzeitigen pränatalen Betreuung und postnatalen Begleitung von substituierten Müttern erarbeitet. Außerdem soll die Arbeit mit Migrantinnen und Migranten durch einen Abbau der Sprachbarrieren und eine Förderung des Wissens zu soziokulturellen und migrationsspezifischen Hintergründen verbessert werden (Drogenberatung des Landes Steiermark 2007). Um das Angebot für Frauen in der Steiermark auszuweiten, wurde am Aufbau eines „Frauen-Suchtspezifischen Netzwerkes“ (vgl. Kap. 7.4) gearbeitet. Eine Kooperation von Therapiestation Walkabout und Kontaktladen (Graz), in deren Rahmen monatliche Informationsgespräche zum Thema Entzug und Entwöhnung im Kontaktladen angeboten werden, soll die Kontakthanbahnung (vgl. ÖBIG 2005) fördern (Kontaktladen 2007). Die Förderung von regional angepassten Angeboten soll in NÖ durch die Installierung von Suchtmittelbeiräten in Gemeinden erreicht werden. In Wien wurden Guidelines für Gender Mainstreaming in der Sucht- und Drogenarbeit veröffentlicht (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2006), die zukünftig eine gendersensible Ausrichtung der Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, der Angebote und der Forschung sicherstellen sollen. Ein wichtiger Bereich der Beratungsstellen ist schließlich die Angehörigenarbeit, die einen immer größeren Raum einnimmt. Vom API wurde im Herbst 2006 ein erstes Netzwerktreffen (ANGNET) organisiert, um sämtliche in der Angehörigenarbeit tätigen Organisationen zu vernetzen, die existierenden Angebote bekanntzumachen und Zukunftsperspektiven zu entwickeln (ENCARE Österreich 2006). Dabei wurden Forderungskataloge zu Themen wie z. B. der Finanzierung der Betreuung von Angehörigen von Suchtkranken erstellt.

Die steirische Gesellschaft für Suchtfragen, b.a.s., hat ein Grundsatzpapier²⁵ veröffentlicht, das die ethischen Grundhaltungen der Gesellschaft im Zusammenhang mit illegalisierten Drogen transparent machen soll. Demnach ist zwar die Abstinenzorientierung ein Ziel, zu Beginn der Behandlung steht jedoch der Dialog zwischen Beraterin/Berater und Klientin/

²⁵ www.bas.at (25. 5. 2007)

Klient im Vordergrund. Dessen Ergebnisse beeinflussen die weitere Gestaltung des Behandlungsprozesses.

Im Berichtszeitraum wurden wieder etliche Veranstaltungen durchgeführt, deren Ziel eine Verbesserung der Vernetzung und Kooperation, die Analyse bestehender Situationen und Angebote und deren mögliche Verbesserungen sowie inhaltliche Diskussionen waren. Weiters ist eine Neuauflage der Publikation „Opiatabhängigkeit“ von Beubler et al. (2007) erschienen, deren Ziel die Förderung eines rationalen Umgangs mit Opiatabhängigkeit ist. Die Publikation wurde daher um Beiträge zu verschiedenen medizinischen Problemstellungen, zur Begutachtungspraxis, Fahrtauglichkeit und psychosozialen Betreuung sowie zur Behandlung mit Heroin erweitert.

5.2 Abstinenzorientierte Behandlung

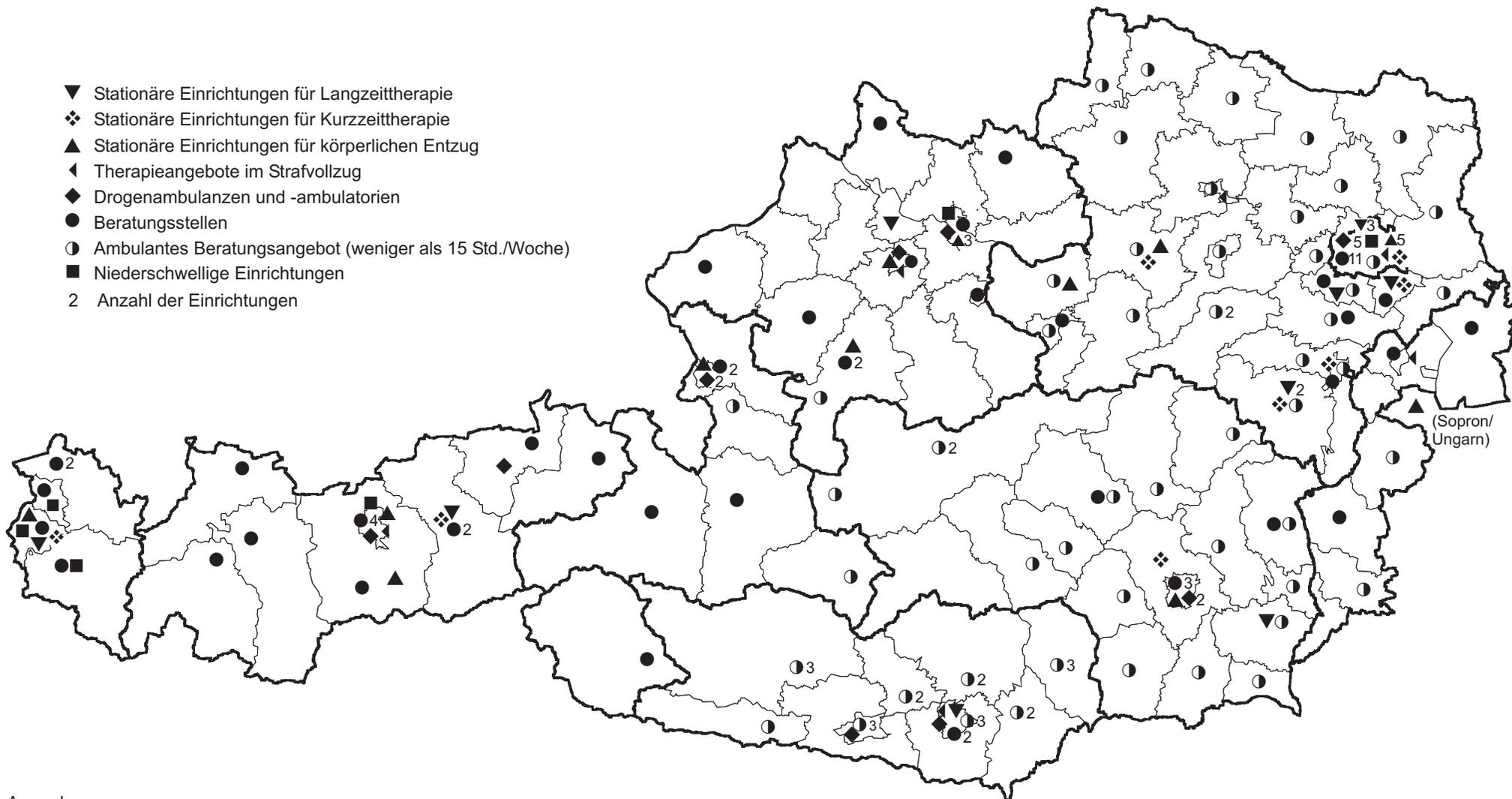
Es gab keine relevanten Veränderungen im Bereich der abstinenzorientierten Behandlung. Drogenentzugsbehandlungen werden in Österreich primär stationär, zunehmend aber auch ambulant durchgeführt. Generell setzt sich in Österreich der Trend zu flexibleren Programmen mit unterschiedlichen Laufzeiten fort. Die dreimonatige Kurzzeittherapie für Personen, die den Entzug an einer anderen Einrichtung durchgeführt haben, wird vom Anton-Proksch-Institut (API) aufgrund geringer Inanspruchnahme nicht mehr angeboten. Von mehreren Einrichtungen wurde festgestellt, dass ein höherer Bedarf an Plätzen für die Entzugsbehandlung gegeben ist. Auch ein Bedarf an stationären Alternativen dazu wurde registriert, der am API zukünftig mit einem Programm zur Stabilisierung und psychischen Erholung im Rahmen eines drogenfreien und unterstützenden Schutzraumes mit der Möglichkeit für einen Teilentzug (z. B. Alkohol, Kokain) abgedeckt werden soll (API 2007). Zusätzlich ist eine stationäre Krisenintervention und Rückfallbehandlung sowie ein spezielles Angebot für Kokainkonsumierende geplant. Für alle Angebote wird eine begrenzte Anzahl an Plätzen für Jugendliche reserviert. Ein erster Schritt ist die Erhöhung der Bettenzahl der Entzugsstation auf 20 bis 24 Betten. Mittelfristig sind jedoch bauliche Änderungen notwendig, um das Nebeneinander der verschiedenen Behandlungsangebote zu ermöglichen. Aus Sicht des API ist zukünftig mit einer Zunahme der sechsmonatigen Programme auf Kosten der zwölfmonatigen Programme in der stationären Langzeittherapie zu rechnen und sind Konzepte für chronifizierte Krankheitsverläufe zu überdenken.

In der Therapiestation Lukasfeld (Vorarlberg) hat sich die Partizipation von Patientinnen und Patienten an Entscheidungsabläufen bewährt²⁶. Im Jahr 2006 wurde eine Arbeitsgruppe zum Thema „Selbstverletzendes Verhalten“ installiert und mit einer systematischen Erhebung unter den behandelten Personen begonnen.

Ein State-of-the-Art-Papier der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) hält fest, dass in der Opiatentzugsbehandlung als State of the Art die Gabe von Opioiden in sinkender Dosierung gilt (Fischer und Kayer 2006). Buprenorphin scheint die dafür am besten geeignete Substanz zu sein.

²⁶ www.mariaebene.at (24. 5. 2007)

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

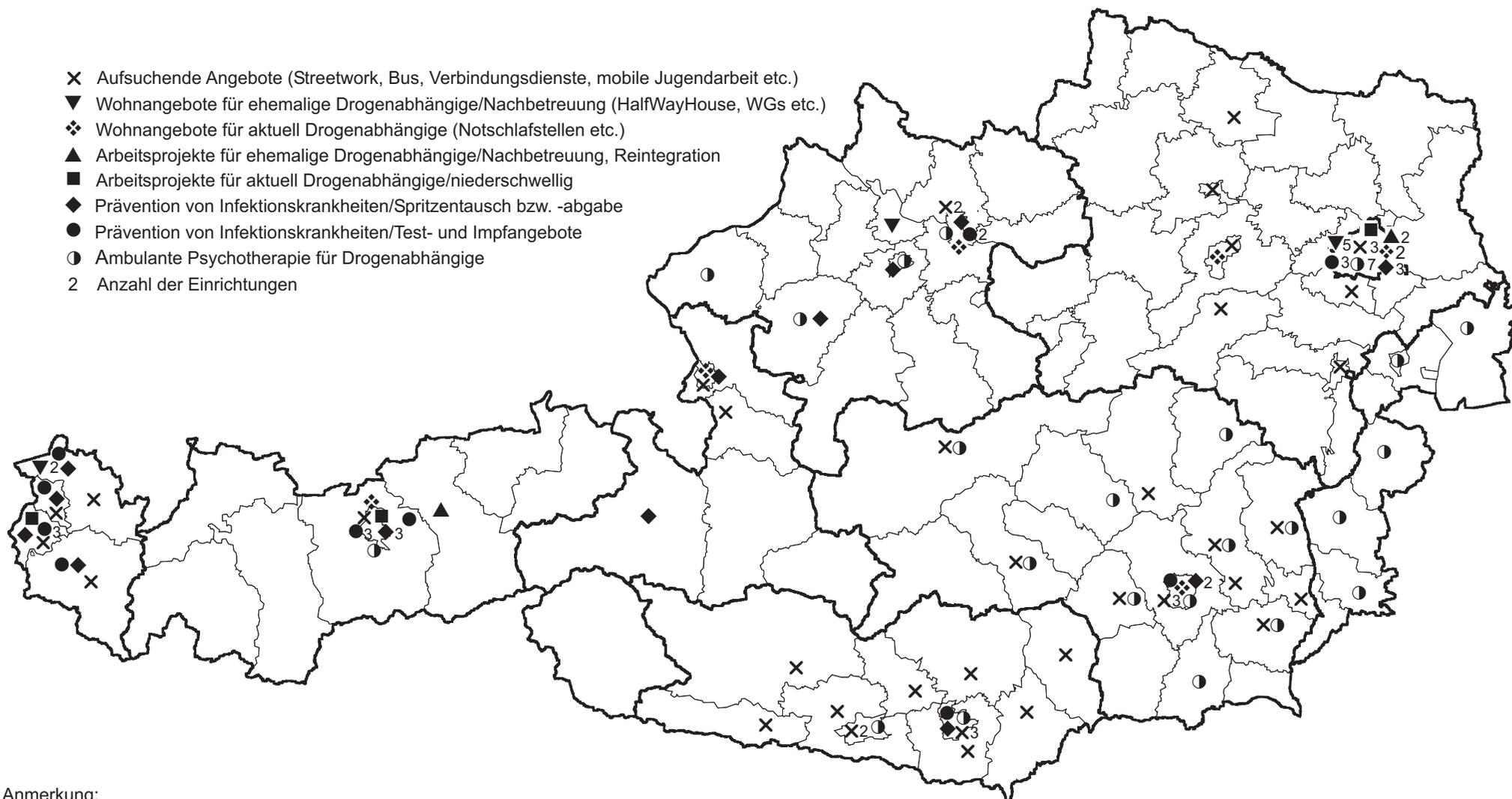


Anmerkung:

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.) auf wenige Stunden pro Woche beschränkt 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 (z. B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenanstalten) gibt, 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 2007; 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 (z. B. Arbeitsmarktservice, Notschlafstellen) gibt, 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 2007; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

5.3 Substitutionsbehandlung

Die Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung haben sich durch die mit 1. März 2007 in Kraft getretenen Verordnungen²⁷ geändert (vgl. Kap. 1.1). Die Änderungen wurden in einem Einführungserlass des BMGFJ vom 26. 4. 2007 erläutert und kundgetan. Ziel ist die Vereinheitlichung und Optimierung der Substitutionsbehandlung sowie die Reduktion des Missbrauchs von retardierten Morphinen (vgl. Kap. 4.3), die Änderungen werden jedoch unter den Fachleuten weiterhin kontroversiell diskutiert (GÖG/ÖBIG 2006). Im Folgenden werden die wesentlichen Details der Novelle zur Substitutionsbehandlung kurz dargestellt; die Weiterbildungsverordnung wurde bereits im letztjährigen Bericht beschrieben.

Bei Personen mit noch relativ kurzer Dauer der Opioidabhängigkeit (< 2 Jahre) und bei sehr jungen Personen (unter dem 20. Lebensjahr) sind im Rahmen der Indikationsstellung abstinenzorientierte Behandlungsalternativen besonders sorgfältig zu prüfen. Bei Personen unter 18 Jahren soll die Substitutionsbehandlung nur dann eingesetzt werden, wenn sie die einzige Möglichkeit darstellt, weitere abhängigkeitsbedingte Schäden zu verhindern. In diesen Fällen ist eine psychiatrische bzw. jugendpsychiatrische Fachmeinung (ersatzweise auch die Fachmeinung einer Ärztin bzw. eines Arztes aus einer geeigneten Einrichtung gemäß § 15 SMG) einzuholen.

Als Mittel der ersten Wahl sind Methadon und Buprenorphin vorgesehen. Der Einsatz von retardierten Morphinen oder anderen Substanzen ist nur möglich, wenn die Behandlung mit Methadon oder Buprenorphin nicht indiziert ist. Von der einstellenden Person ist ein Substitutionsnachweis auszufertigen (mit Angabe von Substitutionsmittel und Tagesdosis), der jeder weiterbehandelnden Person zur Kontrolle bzw. Ergänzung vorgelegt werden muss. Jede substituierte Person muss von der einstellenden bzw. behandelnden Person beim Substitutionsregister des BMGFJ gemeldet werden.

Die behandelnde Person hat die täglich kontrollierte Einnahme des Substitutionsmittels unter Aufsicht zu verordnen. Eine Ausnahme davon ist – abgesehen von der Verordnung von Buprenorphin sowie an Wochenenden und Feiertagen – grundsätzlich nur dann möglich, wenn im konkreten Einzelfall die substituierte Person stabil ist und aus nachweisbaren berufsbedingten, aus-/weiterbildungsbedingten oder aus bestimmten zeitlich begrenzten (z. B. Urlaub, Erkrankung) oder auch längerfristig besonders berücksichtigungswürdigen Gründen nicht in der Lage ist, das Substitutionsmittel täglich unter Aufsicht einzunehmen. Im Fall von retardierten Morphinen ist eine Mitgabe nur dann möglich, wenn keine andere, die kontrollierte Einnahme sicherstellende Versorgung mit dem Substitutionsmittel möglich ist und die substituierte Person bereits seit mindestens sechs Monaten von ein- und derselben Person behandelt wird (bei anderen Substitutionsmitteln zwölf Wochen). Ausnahmen (hinsichtlich Tagesdosen und Mindestdauer der Behandlung) sind – in Absprache mit Amtsärztin bzw. Amtsarzt – möglich, wenn dies von der behandelnden Person als notwendig erachtet und die Begründung dokumentiert wird. Dadurch soll die Mitgabe von Substitutionsmitteln nur auf jene Fälle beschränkt werden, in denen Stabilisierung und psychosoziale Reintegration fortge-

²⁷ Novelle zur Suchtgiftverordnung, BGBl II 2006/451, und Weiterbildungsverordnung orale Substitution, BGBl II 2006/449

schritten sind und keine Hinweise auf eine nicht bestimmungsgemäße Verwendung des Substitutionsmittels, die zu einer Diversion in den Schwarzmarkt führen könnte, vorliegen.

Die oben skizzierte Verordnung stellt aus Sicht mancher Ärztinnen und Ärzte einen schweren Eingriff in ihre Behandlungskompetenz dar, aber auch datenschutzrechtliche Bedenken werden geäußert. Schließlich wird kritisiert, dass hinsichtlich der psychosozialen Begleitung die Muss-Bestimmung in eine Kann-Bestimmung umgewandelt wurde. Es gibt jedoch auch etliche Befürworter unter den betroffenen Fachleuten, die z. B. hinsichtlich des Datenschutzes ebenso wie das Gesundheitsressort einen stärkeren Austausch zwischen den beteiligten Stellen als notwendig erachten. Auf Länderebene ist ein Fehlermanagement in Form von Sachverständigenkommissionen mit Sucht- bzw. Drogenkoordination, Ärztekammer und Landessanitätsdirektion vorgesehen, in dem jene Fälle, in denen dieser Austausch nicht funktioniert, behandelt werden. Auf Bundesebene wurde ein Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung eingerichtet, der sich vor dem Hintergrund des aktuellen wissenschaftlichen Stands mit Fragen und Problemstellungen zur Substitutionsbehandlung auseinandersetzen soll.

Eine Evaluierung der Auswirkungen der neuen Verordnung muss bis 30. Juni 2008 vom BMGFJ durchgeführt werden. Manche Bundesländer berichten von einem Rückgang der niedergelassenen substituierenden Ärztinnen und Ärzte (z. B. NÖ, OÖ) und damit einhergehenden Versorgungsengpässen bzw. der Verhinderung der Bemühungen zur Verbreiterung der Behandlungsbasis (z. B. Salzburg). Dies wird zum Teil auf den erhöhten bürokratischen Aufwand bzw. die Weiterbildungsverpflichtung zurückgeführt. In manchen Regionen ist das Interesse an Weiterbildungen hingegen vorhanden, so haben sich z. B. in der Steiermark 50 Ärztinnen und Ärzte sowie 20 Amtsärztinnen und -ärzte für die Weiterbildung angemeldet (Ederer, persönliche Mitteilung). Bezüglich Wien wird berichtet, dass infolge der Anwendung der strengeren Mitgaberegulierung die Fälle mit kontrollierter Einnahme deutlich gestiegen sind. Dennoch wurden weitere Zuwächse bei der Zahl der Substituierten in Wien verzeichnet (Pietsch, persönliche Mitteilung).

Zeitgleich mit dem Inkrafttreten der Novelle wurde in Tirol eine eigene Honorarbasis – ähnlich der in Wien existierenden Leistungshonorierung – eingeführt, mit der die Drogenersatztherapie abgerechnet werden kann.

Zur Qualitätssicherung in der Behandlung wurde in Kärnten im Herbst 2006 der erste suchtmedizinische Qualitätszirkel gegründet und eine Checkliste zu Sicherheitskriterien erarbeitet, die bei Fragen hinsichtlich der Mitgabe von Substitutionsmitteln unterstützen soll. Weiters wurden ein Behandlungsstandard für die Ambulanzen und unter dem Titel „SV – Substitutionsbehandlung. Arbeitsbehelf für Amtsärzte“ Regeln für den Kommunikationsfluss zwischen behandelnden und kontrollierenden Ärztinnen und Ärzten festgelegt. Ein Expertenstatement zu den Neuerungen in der Substitutionstherapie und dem praktischen Umgang damit wurde von der neu gegründeten Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS; vgl. Kap. 7.2) verfasst²⁸.

²⁸ www.medical-tribune.at (4. 6. 2007)

In dem bereits zitierten State-of-the-Art-Papier der ÖGPP (Fischer und Kayer 2006) wird festgestellt, dass in der psychopharmakologischen Behandlung zwar nach wie vor als Langzeitziel die Medikamentenfreiheit gilt, dass sich jedoch die Langzeiterhaltungstherapie mit begleitender Psychoedukation als State-of-the-Art-Therapie etabliert hat. Eine schrittweise und langsame Reduktion des verschriebenen Opioids sollte erst nach einer langjährigen Behandlung (mehrere Jahre bis Jahrzehnte) bei Freiheit von Zusatzkonsum von anderen nicht verschriebenen Substanzen begonnen werden. Kurzzeitinterventionen werden als nicht zielführend (in Hinblick auf anhaltende Abstinenz) bzw. mit der Gefahr erhöhter Akutmortalität verbunden gesehen. Eine eindeutige Empfehlung für ein Mittel der ersten Wahl wird abgelehnt. Hinsichtlich der Mitgabe von Substitutionsmitteln wird festgehalten, dass sie in verschiedenen Fällen sinnvoll ist und dazu beiträgt, die Eigenverantwortung der Substituierten zu stärken. Davon abgeraten wird lediglich in den ersten drei Wochen der Therapie bzw. bei Unregelmäßigkeiten oder einem verschlechterten psychopathologischen Befund. In Bezug auf retardierte Morphine wird eine besondere Sorgfaltshaltung empfohlen.

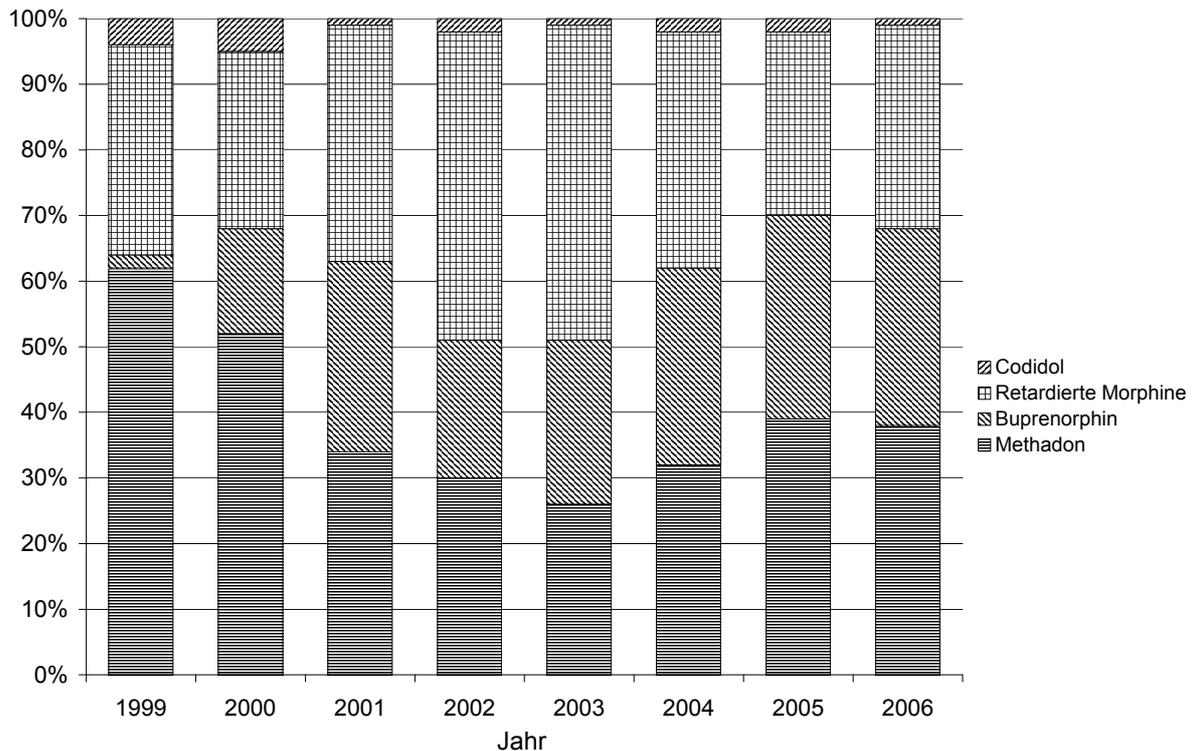
Die Erfahrungen der Drogenberatungsstelle H.I.O.B. (Vorarlberg) mit der „intensive care substitution“ (vgl. GÖG/ÖBIG 2006) zeigen, dass bei gleichzeitiger engagierter medizinisch-psychologischer Betreuung eine qualitativ hochwertige Substitutionstherapie ausschließlich mit Methadon und Buprenorphin möglich ist (Mayrhofer, persönliche Mitteilung). Aufgrund von beobachteten Problemen mit retardierten Morphinen (vgl. GÖG/ÖBIG 2006) wurden im ersten Halbjahr 2006 sämtliche mit retardierten Morphinen substituierten Personen auf Methadon umgestellt. Daraus entstanden keine negativen Konsequenzen, bei einigen Personen wurden sogar positive Entwicklungen beobachtet. Der Schwerpunkt in der Umsetzung der „intensive care substitution“ lag zuletzt auf dem Aufbau einer funktionierenden interdisziplinären Zusammenarbeit im gesamten Team, wobei ein einheitlicher formaler Rahmen geschaffen und die Anwendung einheitlicher Methoden sichergestellt werden musste (H.I.O.B. 2007).

Der im letzten Bericht dargestellte Rückgang der österreichweit gemeldeten Erstbehandlungen mit retardierten Morphinen (vgl. GÖG/ÖBIG 2006) hat sich nicht fortgesetzt. Im Jahr 2006 betrug der Anteil der mit Methadon Substituierten an den österreichweit gemeldeten Erstbehandlungen 38 Prozent, 31 Prozent wurden mit retardiertem Morphin, 30 Prozent mit Buprenorphin und ein Prozent mit Codein behandelt (vgl. Abbildung 5.1).

Auswertungen der DOKLI-Daten (vgl. Kap. 4.1 und 4.2) zeigen jedoch, dass in der dadurch erfassten Gruppe von Substituierten retardierte Morphine am häufigsten eingesetzt werden: bei 55 % der niederschwellig begleiteten und bei 66 % der ambulant längerfristig betreuten Personen. Mit Methadon wird nur jeweils rund ein Viertel der Substituierten behandelt, Buprenorphin spielt in erster Linie in der jüngsten Altersgruppe eine Rolle. Diese Zahlen weichen von den Daten des BMGFJ-Substitutionsmonitorings ab, wofür verschiedene Ursachen infrage kommen. Zum einen werden im DOKLI – im Unterschied zum BMGFJ-Substitutionsmonitoring – die Informationen zu den Substituierten nicht nur für die Erstbehandlungen analysiert, zum anderen war die Meldung an das BMGFJ-Substitutionsregister bis 1. März 2007 nicht für alle Behandelnden verpflichtend, die Daten sind somit unvollständig (vgl. Kap. 4.2). Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass im DOKLI die Daten aus dem niedergelassenen Bereich fehlen und, da es sich um den ersten Auswertungsjahrgang handelt, keine Kontrollmöglichkeit über Jahresvergleiche besteht. Gründe für die Differenzen könnten eine unter-

schiedliche Verschreibungspraxis in niederschweligen bzw. Beratungs- und Behandlungseinrichtungen und dem niedergelassenen Bereich sowie die Auswirkungen der rechtlichen Änderungen bei Neubehandlungen sein. Dies wird sich jedoch erst in den Folgejahren und in der Zusammenschau mit anderen Datenquellen verifizieren lassen. Eine weiterführende Interpretation der Daten ist derzeit nicht sinnvoll.

Abbildung 5.1: Entwicklung der bei der Erstbehandlung verwendeten Substitutionsmittel in den Jahren 1999–2006



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

Zuletzt soll noch auf zwei Studien hingewiesen werden, die die aktuelle Lebenssituation von Substituierten näher beleuchten. Die Studie von Angerer und Popig (2007)²⁹ zeigt, dass die Substitutionsbehandlung eine Reihe von positiven Veränderungen der Lebenssituation zur Folge hat. Langfristige Ziele sind für fast alle der Befragten die Verbesserung der körperlichen und der psychischen Befindlichkeit. Der Zugang zur Substitutionsbehandlung wird großteils als leicht und angemessen erlebt. Mit rund 83 Prozent ist die Zufriedenheit mit Substanz, Dosierung und oraler Einnahmeform sehr groß, wobei es keinen Zusammenhang mit der Dauer der Substitutionsbehandlung gibt. Verbesserungsmöglichkeiten sehen die Befragten vor allem hinsichtlich der Mitgaberegulungen, aber auch in Bezug auf ein breiteres Angebot an Substitutionsmitteln. Viele vertreten die Meinung, dass durch eine kontrollierte Heroinabgabe mehr Opiatabhängige erreicht werden könnten.

²⁹ Die Studie wurde in den Jahren 2005/2006 durchgeführt und basiert auf Interviews mit Fachleuten zur Vorerhebung sowie einer quantitativen standardisierten Befragung jener Personen, die sich zum Untersuchungszeitpunkt in Oberösterreich in Substitutionsbehandlung befanden. Von 829 Fragebögen wurden 429 retourniert und mittels SPSS ausgewertet.

Die Studie von Huber (2006)³⁰, die sich auf die persönlichen Perspektiven von Substituierten in ihrem soziokulturellen Kontext konzentriert, bestätigt die als positiv erlebten Auswirkungen der in Kombination mit psychosozialer Begleitung durchgeführten Substitutionsbehandlung. Wesentlich für eine Integration der Substituierten sind neben den Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen des Substitutionsprogrammes auch zusätzlich verfügbare Ressourcen. Suchtkranke, die keine familiäre Unterstützung erwarten können, sind besonders auf die psychosoziale Betreuung im Rahmen der Substitutionstherapie angewiesen.

³⁰ Die Studie wurde in den Jahren 2005/2006 durchgeführt und basiert auf einer qualitativen Befragung von sechs ausgewählten Personen, die sich zum Untersuchungszeitpunkt im SMZ-Liebenau, Steiermark, in Substitutionstherapie befanden. Die Auswahlkriterien waren unter anderem Geschlecht, sozialer Hintergrund, Alter, Dauer des Drogenkonsums, aber auch Zuverlässigkeit, d. h. „Einhaltenkönnen“ von Terminen.

6 Gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Seit 1989 werden in Österreich vom Gesundheitsressort Daten zu suchtgiftbezogenen Todesfällen gesammelt. Ab Mitte der 1990er Jahre sank zunächst die Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle, in den letzten Jahren musste jedoch wieder ein Anstieg festgestellt werden.

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 (1 % bis 6 %). Die Prävalenzrate für Hepatitis C-Antikörper pendelt sich bei um die 50 Prozent ein. Die Prävalenzrate für Hepatitis B liegt bei unter 30 Prozent.

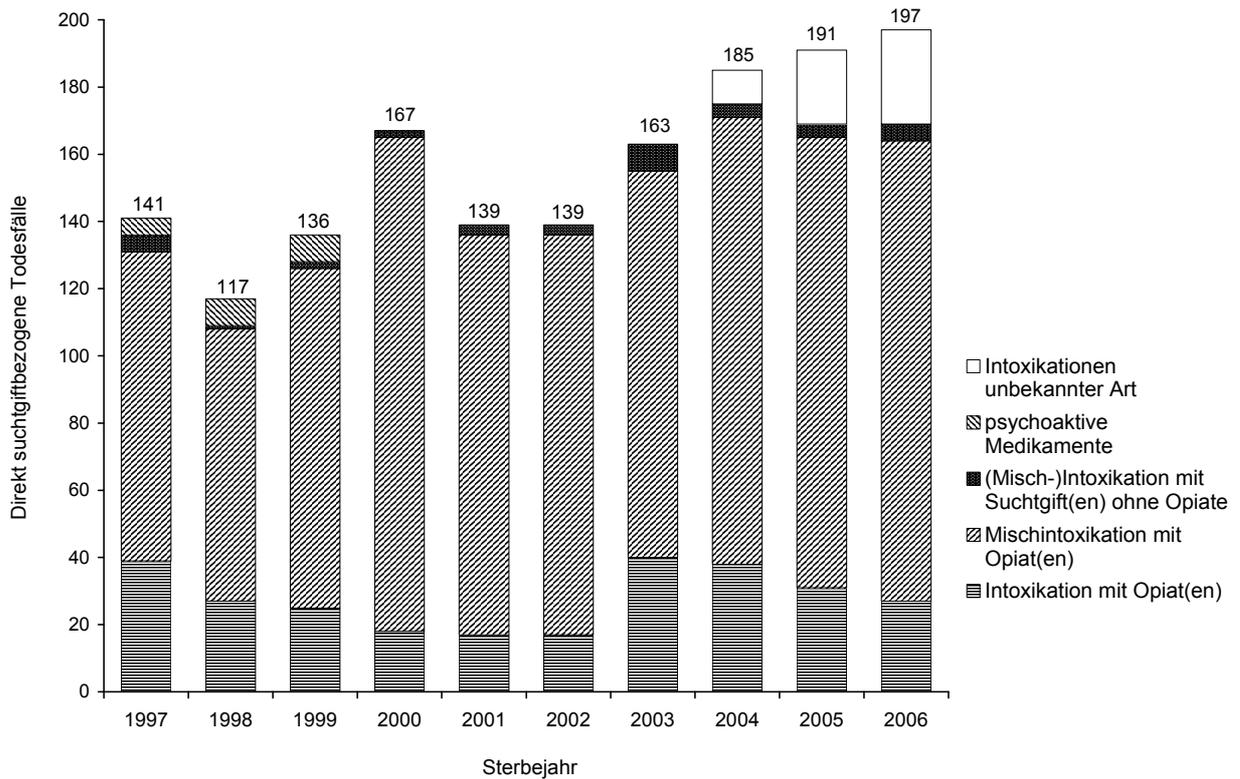
Psychiatrische Komorbidität rückt im Kontext der Drogenabhängigkeit in Österreich zunehmend in den Blickpunkt. Es gibt dazu zwar keine Routinedaten, jedoch eine Vielzahl von Daten und Berichten aus dem Behandlungsbereich. Auf Basis dieser Daten muss bei Menschen mit problematischem Drogenkonsum von einer 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. Die Darstellung der indirekt suchtgiftbezogenen Todesfälle erfolgt in Kapitel 6.4.

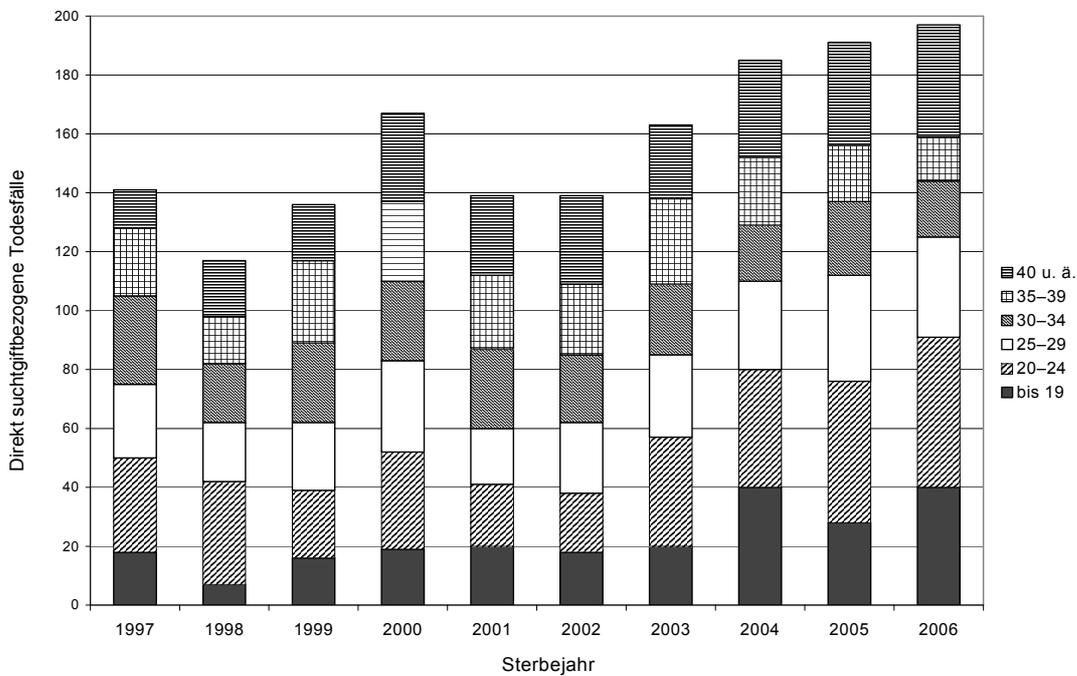
Die Zahl der direkt an den Folgen von Drogenkonsum (Intoxikation) verstorbenen Personen ist im Jahr 2006 auf 197 gestiegen (2005: 191 Fälle; vgl. Tabelle A3 und A4 im Anhang A; ST5 GÖG/ÖBIG 2007b). In 23 Prozent der Fälle wurden bei der Toxikologie ausschließlich illegale Drogen (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination) festgestellt. Zusätzlich wurden in 47 Prozent der Fälle auch psychoaktive Medikamente, in 14 Prozent der Fälle auch Alkohol und zu 17 Prozent beides – Alkohol und psychoaktive Medikamente – nachgewiesen (vgl. Tabellen A6 und A7 im Anhang A). Wie in den Vorjahren zeigt sich ein starkes Überwiegen der Mischintoxikationen unter Beteiligung von Opiaten (81 % der Intoxikationen mit bekannten Substanzen; vgl. Abbildung 6.1). Der Anteil reiner Opiatintoxikationen ist mit rund 16 Prozent im Vergleich zu den Jahren davor leicht gesunken (2003: 25 %, 2004: 22 %, 2005: 18 %). 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, 1997–2006



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

Abbildung 6.2: Altersverteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich, 1997–2006



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

Das Durchschnittsalter der direkt an den Folgen des Drogenkonsums verstorbenen Personen ist bis zum Jahr 2002 gestiegen. Seit dem Jahr 2003 ist eine stetige Verringerung des gruppierten Medians³¹ festzustellen, im Jahr 2006 betrug dieser 24,6 Jahre (2003: 28,4, 2004: 26,1, 2005: 25,9). Der Anteil der Gruppe der Personen unter 20 Jahren liegt in der Schwankungsbreite der letzten Jahre (2003: 12 %, 2004: 22 %, 2005: 15 %; vgl. Abbildung 6.2). Der Anteil der 20- bis 24-Jährigen liegt mit 25 Prozent im Durchschnitt der letzten Jahre (2003: 23 %, 2004: 22 %, 2005: 25 %). Der Anteil der Frauen bei den direkt an den Folgen des Drogenkonsums verstorbenen Personen entspricht mit 21 Prozent dem langjährigen Durchschnitt.

Die meisten suchtgiftbezogenen Todesfälle verzeichnete im Jahr 2006 das Bundesland Wien, was nicht überrascht, da bekanntermaßen in Großstädten und Ballungszentren die Drogenproblematik verschärft auftritt. In Wien wurden 2006 (vgl. Tabelle A4 und A7 im Anhang A) 8,4 direkt suchtgiftbezogene Todesfälle pro 100.000 Personen in der Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren gezählt, gefolgt von Niederösterreich mit 3,6 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (GÖG/ÖBIG 2007b). Der österreichische Durchschnitt lag 2006 bei 3,5 suchtgiftbezogenen Todesfällen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Zum zweiten Mal wurde auch der Auffindungsort der einzelnen Personen systematisch erfasst. Dieser liefert wichtige Informationen über den räumlichen Kontext, in dem tödlich verlaufende Überdosierungen vorkommen. Bereits bei der ersten Analyse 2005 zeigte sich, dass die Mehrheit der Personen in einer Wohnung verstarben, dies setzt sich auch 2006 fort (79 %; ÖBIG 2006, GÖG/ÖBIG 2007b). Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Großteil des hochriskanten Drogenkonsums im privaten Rahmen stattfindet, dieser Kontext aber das Ausbleiben von rascher Hilfe bei Intoxikationen bedeutet und sich damit das Risiko einer tödlich verlaufenden Überdosierung erhöht. Zusätzlich wurde eine Analyse der Begleiterkrankungen von direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen vorgenommen (vgl. Kap. 6.4).

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. Da im Jahr 2006 im vierten Jahr in Folge ein Anstieg der Zahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle zu beobachten ist, kann von einer Verschlechterung der Situation hinsichtlich direkt suchtgiftbezogener Todesfälle ausgegangen werden. Das sollte Anlass sein, sich gezielte gesundheitspolitische Maßnahmen zur Risikominimierung in diesem Bereich zu überlegen. In Zusammenschau mit anderen Befunden aus dem Drogenmonitoring (Prävalenzschätzungen, Daten aus dem Behandlungsbereich; vgl. Kap. 4) lässt sich der Anstieg der Anzahl suchtgiftbezogener Todesfälle (auch unter Berücksichtigung der Verringerung des Durchschnittsalters auf einen bisherigen Tiefststand) als Indikator für einen Anstieg des problematischen Opiatkonsums in Österreich interpretieren.

³¹ Der gruppierte Median ist jener Wert, bei dem 50 Prozent der Fälle niedriger und 50 Prozent der Fälle höher liegen.

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 5 und 27 Prozent streut (2005: 0 bis 28 %). Die Hepatitis-C-Antikörper-(HCV-Ab-)Prävalenz liegt im Jahr 2006 mit 38 bis 55 Prozent unter dem letztjährigen Niveau von 50 bis 60 Prozent. Auch bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen findet sich diese leicht gesunkene Prävalenzrate der HCV-Ab wieder (2005: 32 bzw. 48 Prozent, 2006: 19 bzw. 32 Prozent als Ober- bzw. Untergrenze der Prävalenzrate). Aus den Einrichtungen wird weiterhin eine niedrige HIV-Prävalenz zwischen 0 und 3 Prozent berichtet, auch die Gutachten der suchtgiftbezogenen Todesfälle weisen auf eine HIV-Prävalenz zwischen 4 und 7 Prozent hin (2005: 7 bis 12 %). Die im letztjährigen Drogenbericht angedeutete Steigerung der HIV-Rate v. a. bei jungen intravenös Konsumierenden ist auf Basis der diesjährigen Daten nicht zu bestätigen (GÖG/ÖBIG 2006). Generell bestätigen die über DOKLI erstmals erhobenen österreichweiten Einrichtungsdaten zu den Infektionskrankheiten die bisher über den ST9 verfügbaren Prävalenzraten zu HIV, HCV-Ab und HBV (vgl. Tab. 6.1; Kap. 4.2).

Tabelle 6.1: Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C-Ab und HIV, 2006

Datenquelle	HBV-Rate	HCV-Ab-Rate ¹	HIV-Rate
Therapiestation Lukasfeld	7 % (2/29) ²	38 % (11/29)	0 % (0/29)
Langzeittherapiestation des Anton-Proksch-Instituts (API)	17 % (12/72) ³	43 % (31/72)	1 % (1/72)
Sozialmedizinische Beratungsstelle Ganslwirt	27 % (20/73) ⁴	55 % (44/80)	2 % (2/113)
Caritas Marienambulanz	5 % (5/97) ⁵	52 % (50/97)	0 % (0/97)
Drogenambulanz AKH	nicht erfasst	44 % (33/75)	3 % (2/71)
DOKLI ⁶	21 % (61/288)	54 % (195/359)	1% (2/359)
Suchtgiftbezogene Todesfälle (Intoxikationen) 2006	nicht erfasst	19 % (37/197) ⁷ 32 % (37/116) ⁷	4 % (8/197) ⁷ 7 % (8/112) ⁷

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 gegen Hepatitis B nachgewiesen wurden und die nachweislich nicht geimpft bzw. ausgeheilt waren.

⁴ Dieser Prozentsatz bezieht sich auf Personen, bei denen Antikörper oder Antigene gegen Hepatitis B nachgewiesen wurden und die noch nicht gegen Hepatitis B geimpft waren (Daten aus dem Impfprojekt des Ganslwirt).

⁵ Die positiven Testergebnisse beziehen sich nur auf HBVcAb- und HBVsAb-positive Ergebnisse. Im Berichtsjahr gab es niemanden mit HBVsAg-positiver Konstellation.

⁶ Die Daten beziehen sich auf jene Personen mit intravenösem Drogenkonsum, die im Jahr 2006 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben und entweder durch einen Statustest oder anamnestisch erhoben wurden.

⁷ Nur in 116 bzw. 112 von 197 Gutachten zu den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen fand der Infektionsstatus von HCV-Ab und 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 und HIV dar.

Quellen: Duspara, Stolz-Gombocz, Haltmayer, Anderwald, Bauer, Fischer, persönliche Mitteilungen; GÖG/ÖBIG 2007a, GÖG/ÖBIG 2007b; vgl. auch ST9; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Die Selbstauskunft der Klientinnen und Klienten der Wiener BADO weist auf eine HCV-Prävalenz von 35 Prozent und auf eine HBV-Prävalenz von 4 Prozent hin, hinsichtlich HIV-Infektionen ist weiterhin ein deutlicher Altersunterschied ersichtlich. Nur 1 Prozent der unter 18-

Jährigen, aber 7 Prozent der über 40-Jährigen geben eine HIV-Infektion an. Besonders betroffen ist die Gruppe der auf der Straße Lebenden, von denen 18 Prozent eine HIV-Infektion aufweisen (IFES 2006).

Bezüglich Hepatitis C sind auch dieses Jahr die Prävalenzen zum HCV-Antikörpernachweis (HCV-Ab) und zur HCV-RNA gesondert dokumentiert. Dies ist insofern von Interesse, als hauptsächlich eine – auf Basis eines PCR-Tests festgestellte – HCV-RNA-Positivität den chronischen Verlauf der HCV beschreibt. Die einzelnen HCV-RNA-Prävalenzen, bezogen auf alle HCV-Ab-Positiven, streuen zwischen 88 und 35 Prozent. Bezüglich der HCV-Genotypisierung wird aus Vorarlberg (Lukasfeld) berichtet, dass bei zwei von insgesamt neun HCV-RNA-Positiven der Genotyp 1, bei zwei Personen der Genotyp 1a und bei fünf Personen der Genotyp 3 nachweisbar ist³².

Allgemein muss darauf hingewiesen werden, dass verlässliche Aussagen über Veränderungen und Trends hinsichtlich der genannten Infektionskrankheiten aufgrund der mangelnden Repräsentativität der Datenquellen weiterhin nicht möglich sind.

Von den insgesamt 267 im DOKLI-System dokumentierten Personen mit positivem Hepatitis-C-Status findet sich bei 89 eine konkrete Angabe über eine manifeste Lebererkrankung, wobei es sich bei 71 dieser 89 um eine manifeste Leberentzündung handelt. Zur Aids-Erkrankung liegen Daten von sechs der zwölf HIV-Positiven vor, bei fünf Personen besteht eine manifeste Aids-Erkrankung (vgl. Kap. 4.2; GÖG/ÖBIG 2007a). Bei acht HIV-infizierten Personen wurde in den gerichtsmedizinischen Gutachten zu den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen eine Aids-Erkrankung diagnostiziert.

Für das Berichtsjahr 2006 liegen in den DOKLI-Daten TBC-Angaben von 36 Personen vor mit einer Prävalenz von null Prozent. TBC stellt demnach in Österreich weiterhin kein Problem dar. Nur unter zehn Prozent der Personen mit gültigen Angaben weisen eine TBC-Grundimmunisierung durch eine vorangegangene Impfung auf (vgl. Kap. 4.2; GÖG/ÖBIG 2007a). Bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen (n = 197) wurde in zwei Fällen im Rahmen der gerichtlichen Obduktion der Organe eine begleitende Lungentuberkulose diagnostiziert (GÖG/ÖBIG 2007b).

6.3 Psychiatrische Komorbidität

Aus dem Behandlungsbereich liegen erstmals österreichweite Daten zu den Nebendiagnosen (ICD-10-Code) vor³³, die eine hohe Prävalenz der psychiatrischen Komorbidität bestätigten. Neben Diagnosen aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen (F00-F99) finden sich bei 127 (62 %) der 206 Personen mit nicht suchtspezifischen ICD-10-Nebendiagnosen. Es handelt sich dabei in erster Linie um affektive Störungen wie z. B. Depression und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (vgl. Kap.4.2; GÖG/ÖBIG 2007a).

Auch aus einzelnen Einrichtungen gibt es aktuelle Daten zur psychiatrischen Komorbidität.

³² Details über die einzelnen drogenbezogenen Infektionskrankheiten, zur HCV-RNA-Prävalenz bzw. zu den HCV-Genotypisierungen vgl. auch ST 9

³³ Im DOKLI-System können zusätzlich zu den suchtspezifischen ICD-10-Codes bis maximal zehn weitere ICD-10-Diagnosen vergeben werden. Insgesamt wurde bei 206 der insgesamt 1.048 Personen, von denen im Berichtsjahr 2006 medizinische Daten vorliegen, mindestens eine solche Diagnose vergeben.

Von 72 Neuaufnahmen des Anton-Proksch-Instituts (API) im Jahr 2006 nahmen 52 Personen an der klinisch-psychologischen Untersuchung teil. Bei rund 11 Prozent zeigt sich eine Persönlichkeitsstörung und bei 85 Prozent zwei bis drei Störungsbilder nach DSM-IV³⁴. Nur rund 4 Prozent weisen keine Persönlichkeitsstörung auf. Bezüglich den Diagnosen überwiegen mit 36 Prozent antisoziale Persönlichkeitsstörungen, beginnend nach dem 15. Lebensjahr, gefolgt von antisozialen Persönlichkeitsstörungen, beginnend vor dem 15. Lebensjahr (23 %), und Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit 19 Prozent Anteil (API 2007). Der Grüne Kreis betreute im Jahr 2006 104 Personen, bei denen zusätzlich zu ihrer Suchtproblematik eine weitere psychische Erkrankung diagnostiziert wurde. Hinsichtlich der Diagnosen nach ICD-10³⁵ lassen sich hauptsächlich affektive Störungen (32 %), gefolgt von Persönlichkeitsstörungen (30 %) und schizophrenen Störungen (28 %), feststellen. Neurotische Störungen (8 %) und Essstörungen (3 %) wurden weniger häufig diagnostiziert, wobei vor allem die Essstörungen bei Frauen signifikant häufiger festgestellt werden als bei Männern (Grüner Kreis 2007a).

Wie im Vorjahr berichtet rund ein Fünftel der Klientinnen und Klienten der Wiener Drogenhilfseinrichtungen (vgl. Kap. 4.2), innerhalb der letzten zwölf Monate vor Betreuungsbeginn in psychiatrischer Behandlung gewesen zu sein (vgl. GÖG/ÖBIG 2006). Unterschiede hinsichtlich des Alters der Personen sind nicht erkennbar, wohl aber in Bezug auf das Geschlecht und das Behandlungssetting. Während bei den Männern der Anteil der stationär Betreuten überwiegt (stationär: 64 %, ambulant: 50 %), halten sich bei den Frauen die ambulante und die stationäre Behandlung in etwa die Waage (stationär: 61 %, ambulant: 59 %). Eine aktuelle psychiatrische Erkrankung geben 10 Prozent der Neuzugänge an (vgl. Tabelle 6.2 auf der nächsten Seite). Insgesamt weisen auch die Angaben im Rahmen der BADO über andere Hilfeleistungen außerhalb der aktuellen Betreuung auf die Relevanz der psychiatrischen Komorbidität hin. Von insgesamt 2.252 Personen nehmen 53 Prozent entsprechende Hilfeleistungen in Anspruch, wobei sich 15 Prozent auf medizinisch-psychiatrische, 4 Prozent auf psychologische und 8 Prozent auf psychotherapeutische Hilfeleistungen beziehen (IFES 2006).

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 i. v. Konsumierenden anzuführen.

Die folgende Darstellung bezüglich körperlicher Komorbidität (begleitende Organerkrankungen) basiert auf den Befunden (makroskopische und mikroskopisch-histologische Untersuchungsergebnisse der inneren Organe) von 197 gerichtsmedizinischen Gutachten der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle, wobei in 186 Gutachten Aussagen zu Begleiterkrankungen

³⁴ Vierte Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen

³⁵ Zehnte Ausgabe der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10)

gemacht werden (vgl. Kap. 6.1, GÖG/ÖBIG 2007b). In 41 der 186 Gutachten wurde keine abnorme Veränderung an den körperlichen Organen beschrieben, und in 40 Fällen wird ein Organ als geschädigt diagnostiziert. 77 Personen weisen zwei bzw. drei geschädigte Organe auf, 24 Personen mehr als vier erkrankte Organe, und bei vier Personen wurden in den Gutachten sechs in Mitleidenschaft gezogene Organe vermerkt.

Auf Basis der gerichtsmedizinischen Gutachten der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle zeigt sich wie im Vorjahr eine ausgeprägte körperliche Schädigung (vgl. GÖG/ÖBIG 2006, GÖG/ÖBIG 2007b). Insgesamt 31 Todesfälle wurden im Jahr 2006 als indirekt suchtgiftbezogene Todesopfer verifiziert³⁶. Die meisten indirekt suchtgiftbezogenen Todesfälle (18 Personen) starben an Krankheiten wie z. B. Myokarditis, Leberzirrhose oder Krebs. Sieben Personen begingen Selbstmord, fünf kamen bei Unfällen ums Leben, vier davon bei Verkehrsunfällen. Eine weitere Person wurde erstochen.

In der Statistik der Wiener BADO geben 65 Prozent der erfassten Personen aktuelle gesundheitliche Probleme an. Dies ist eine Steigerung von sechs Prozent im Vergleich zum Vorjahr und widerspricht dem beobachteten Trend der vorangegangenen Berichtsjahre, der ein Sinken der gesundheitlichen Probleme angedeutet hatte (vgl. GÖG/ÖBIG 2006; vgl. Tabelle 6.2 und Tabelle A22 im Anhang A).

Tabelle 6.2: Aktuelle gesundheitliche Probleme in Prozent im Vergleich 2002–2005 (n = 2.244 für 2005), Klientinnen- und Klientenjahrgang 2005

Gesundheitliche Probleme	2002	2003	2004	2005
Aktuelle gesundheitliche Probleme	70	66	59	65
Chronische Hepatitis C	42	39	30	35
Zahnprobleme	22	22	19	23
Magen-, Darmprobleme	12	13	11	16
Psychiatrische Erkrankung	11	9	9	10
Haut, Venen	8	9	7	10
Krampfanfälle, epileptische Anfälle	6	7	5	6
AIDS/HIV-Infektion	7	5	4	4
Chronische Hepatitis B	5	5	4	4
Gynäkologische Probleme	1	3	2	4
Invalidität	2	1	1	1
STD (sexuell übertragbare Krankheiten)	1	1	0	1
Andere	7	10	9	8
Keine aktuellen gesundheitlichen Probleme	30	34	41	35

Quelle: IFES 2006; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Nicht suchtspezifische Nebendiagnosen, die im Rahmen des DOKLI erstmals erhoben wurden, beschreiben neben den ICD-Diagnosen zur psychiatrischen Komorbidität (vgl. Kap. 6.3) vor allem Diagnosen hinsichtlich Virushepatitis (24 %). Diagnosen bezüglich Rehabilitationsmaßnahmen bei Arzneimittel- und Drogenabhängigkeit wurden bei 17 Prozent, Diagnosen

³⁶ 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)

betreffend Erkrankungen der Atemwege und Diagnosen bei episodischen und paroxysmalen Krankheiten des Nervensystems wie z. B. Epilepsie bei jeweils 5 Prozent der 206 Personen gestellt. Alle anderen Nebendiagnosen kommen mit einer Häufigkeit von unter 5 Prozent vor (vgl. Kap. 4.2; GÖG/ÖBIG 2007a).

Von niederschweligen Einrichtungen in Wien werden im Berichtsjahr 72 lebensrettende Maßnahmen gemeldet, bei denen entweder die Rettung gerufen wurde oder eine Beatmung notwendig war. Die Zahl der Wiener Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Überdosierung wegen illegaler Substanzen beläuft sich im Jahr 2006 laut Statistik der Wiener Rettung auf 546 (VWS 2007a, Sucht- und Drogenkoordination Wien 2007).

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)³⁷. Die Behandlung von gesundheitlichen Folgen wird hauptsächlich vom allgemeinen Gesundheitssystem abgedeckt (z. B. Notfallmedizin, Psychiatrie). In den letzten Jahren wurde die Aufmerksamkeit zunehmend auf die Prävention von Überdosierungen und das Thema Komorbidität gerichtet. Hinsichtlich der allgemeinen Gesundheit von Drogenkonsumentinnen rückt vermehrt das Thema Gynäkologie und Schwangerschaft in das Zentrum von frauenspezifischen Angeboten. Schulungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Spritzentausch und -verkauf werden vor allem in niederschweligen Einrichtungen regelmäßig angeboten.

7.1 Prävention von suchtgiftbezogenen Todesfällen

In einigen Bundesländern gibt es aktuell Initiativen zur Prävention von Überdosierungen. Im Burgenland arbeitet man derzeit an einem Konzept für Erste-Hilfe-Kurse für ein breites Spektrum von Betroffenen, wie Konsumierende, Angehörige und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen im Drogenbereich. In Oberösterreich werden von Einrichtungen kleine Broschüren und Schlüsselbänder mit Informationen und Notrufnummer an Drogenkonsumierende ausgeteilt. Aus der Praxis berichtet man weiterhin bundesländerspezifisch von problematischen Konsequenzen eines Überdosierungs-Notrufs. Zum einen wird fallweise vonseiten der Rettung die Polizei verständigt, zum anderen, wie z. B. in Niederösterreich, der Rettungseinsatz den Betroffenen in Rechnung gestellt. Allgemein kann gesagt werden, dass das Maßnahmenspektrum bezüglich der Prävention von suchtgiftbezogenen Todesfällen unzureichend ist.

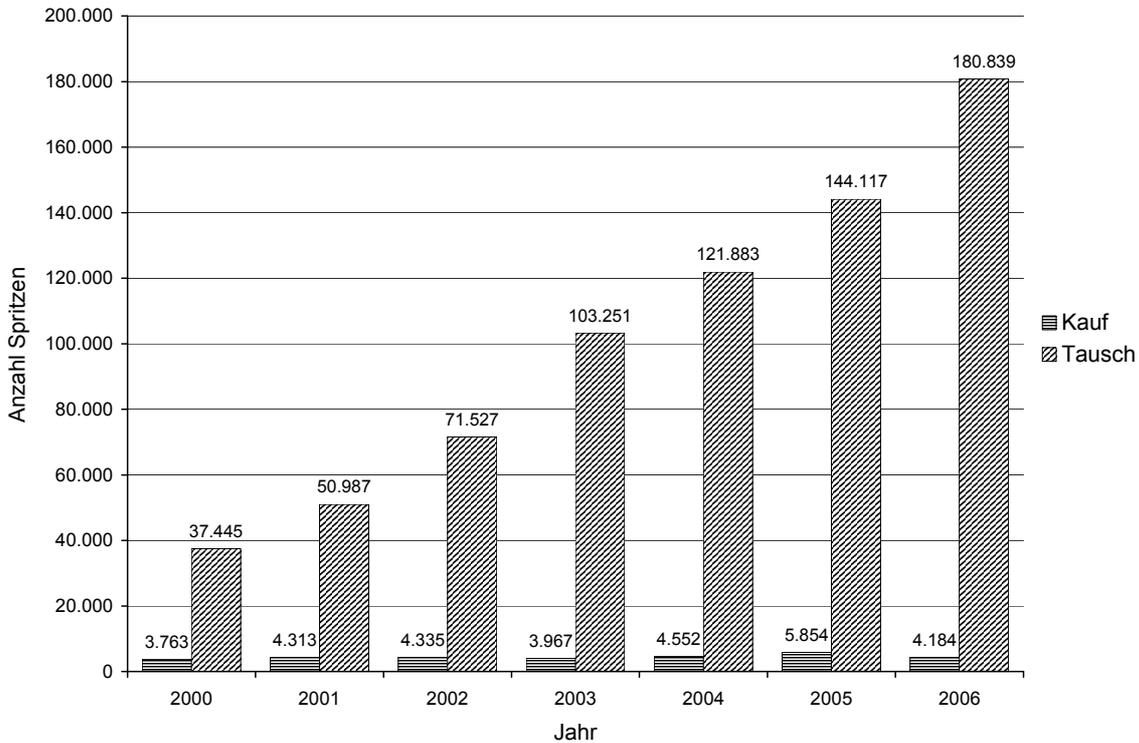
7.2 Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Die Infektionsprophylaxe ist eine wesentliche Aufgabe von niederschweligen Einrichtungen und aufsuchenden Angeboten, wobei v. a. dem Spritzentausch und -verkauf ein wichtiger Stellenwert zukommt. In Österreich gibt es diesbezüglich keine nationalen Programme, die Umsetzung erfolgt auf Länderebene. Im Berichtszeitraum gibt es hinsichtlich des Angebots keine aktuellen Veränderungen (vgl. GÖG/ÖBIG 2006). In der Steiermark bestehen vonseiten der Suchtkoordination in Zusammenarbeit mit der Bundesgemeinschaft Streetwork

³⁷ <http://suchthilfekompass.oebig.at>

(BAST) Bestrebungen, das Thema Drogen im Rahmen des Jugendstreetworks auf Basis gemeinsamer Qualitätsstandards überregional zu implementieren. Vor allem die Bereiche Beratung, Aufklärung und schadensminimierende Maßnahmen auch mit Spritzentausch sollen in das gängige Streetwork-Konzept integriert werden. Notwendig wurde diese Konzepterarbeitung dadurch, dass bereits jetzt dreißig Prozent der Arbeitszeit des Jugendstreetworks dem Thema Drogen gewidmet ist (Ederer, persönliche Mitteilung).

Abbildung 7.1: Spritzenabgabe in der Einrichtung Komfüdro, 2000–2006



Quelle: Komfüdro 2007; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Das niederschwellige Angebot Komfüdro (Tirol; vgl. Abbildung 7.1) wird von Drogenkonsumierenden aus dem ganzen Bundesland Tirol in Anspruch genommen. Zur Erweiterung des Spritzenangebots wurde versuchsweise einmal pro Woche eine abendliche Öffnungszeit für den Spritzentausch eingeführt und mangels Nutzung nach vier Monaten wieder eingestellt.

All jene Einrichtungen, von denen aus dem Berichtsjahr Zahlen zum Spritzentausch vorliegen, berichten von weiteren Steigerungen bei den Kauf-, aber auch Tauschzahlen und einer gleichbleibend guten Rücklaufquote zwischen 94 und 98 Prozent. Der Trend der letzten Jahre hält somit an (vgl. GÖG/ÖBIG 2006). Vonseiten des Vereins Wiener Sozialprojekte (VWS) gibt es zu diesen Steigerungen (2005: 1.667.845; 2006: 1.902.001) folgende Überlegungen: Neben der Annahme, dass die Zahl der i. v. Konsumierenden steigt und dass durch den vermehrten Konsum von Kokain in der Straßenszene auch die i. v. Applikation von Substanzen zunimmt, wird vermutet, dass die Safer-Use-Aufklärung greift und Needle-Sharing immer seltener praktiziert wird. Weiters zeigen die Erfahrungen aus der Praxis, dass sich der Kundinnen- und Kundenkreis des Spritzentauschprogramms erweitert und vermehrt sozial relativ integrierte Konsumierende dieses Angebot in Anspruch nehmen (VWS 2007a).

Neben den gängigen bundesländerspezifischen Programmen zum Spritzentausch und -verkauf gibt es in Österreich die Möglichkeit, Spritzen und Nadeln in Apotheken zu erwerben. In Graz werden monatlich rund 13.000 Spritzen über Apotheken erworben. In Salzburg wurde in Kooperation von Drogenberatung Salzburg und Apothekerkammer eine diesbezügliche Umfrage in Apotheken gestartet. In der Stadt Salzburg werden pro Apotheke im Monat durchschnittlich 10 bis 80 Stück verkauft, an bestimmten Brennpunkten kann die Zahl der verkauften Spritzen auch 900 Stück erreichen. In Salzburg Land wurden durchschnittlich 10 Stück verkauft (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2007). Aus Oberösterreich wird das Problem berichtet, dass vereinzelt Apotheken den Verkauf von Spritzen an Drogenkonsumierende verweigern (Schwarzenbrunner, persönliche Mitteilung).

Eine zweite wesentliche Maßnahme im Bereich der Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten stellen regionale und einrichtungsspezifische Hepatitis-Impfprojekte dar (vgl. auch GÖG/ÖBIG 2006). 30 Prozent der Patientinnen und Patienten des API weisen eine HBV-Immunsierung auf, was im Vergleich zum Vorjahr (19 %) eine höhere Impfquote darstellt. Alle nicht bereits immunisierten Patientinnen und Patienten wurden vom API grundimmunisiert (API 2007). Die Drogenambulanz Innsbruck führte 2006 insgesamt dreißig HBV-Impfungen durch (Giacomuzzi, persönliche Mitteilung), und auch das Hepatitis-A- und -B-Impfprogramm des Ganslwrirts (Wien) läuft weiter. Die beim DOKLI vorliegenden Angaben über den Impfstatus³⁸ zeigen, dass der Anteil der HAV- bzw. HBV-immunisierten Personen unter den erfassten i. v. Konsumierenden geringer ist als bei der Grundgesamtheit aller erfassten Personen (HAV: 18 % vs. 23 %; HBV: 25 % vs. 29 %; vgl. Kap. 4.2; GÖG/ÖBIG 2007a).

In Wien wurde Ende 2006 eine Initiative zur Optimierung von Diagnostik und Behandlung bei HCV-positiven Drogenkonsumierenden gestartet. Als Träger und Veranstalter fungiert die interdisziplinär ausgerichtete Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS) in Kooperation mit der Ärztekammer Wien (vgl. Kap. 5.3). Im Rahmen dieses sozialmedizinischen Behandlungsnetzwerkes finden vierteljährlich Qualitätszirkel statt, die neben der Verbesserung der Kommunikation zwischen betreuungsrelevanten Bereichen eine Optimierung von Betreuung und Behandlung HCV-positiver Drogenkonsumierender, das Entwickeln eines Krisenmanagements, den fachspezifischen Austausch und die Identifizierung und Beseitigung von Behandlungsbarrieren zum Ziel hat. An den regelmäßigen Treffen nehmen ärztliche Vertreterinnen und Vertreter aus spezifischen Hepatitis-Ambulanzen bzw. Drogenambulanzen, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Selbsthilfegruppen sowie substituierende Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner und Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie aus dem niedergelassenen Bereich teil. Der interdisziplinäre Ausbau dieses Netzwerkes erleichtert mittel- und langfristig fächerübergreifende Kooperationen, die, wie aus der Praxis bereits bekannt, v. a. in der Behandlung von Drogenkonsumierenden greifen. Aufgrund des positiven Effekts wurde im Juli 2007 in Innsbruck ein zweiter Qualitätszirkel gestartet (Haltmayer, persönliche Mitteilung).

³⁸ Angaben über den Impfstatus hinsichtlich HAV liegen von 330 und jene hinsichtlich HBV von 326 Personen vor.

Als ergänzende schadensminimierende Maßnahme hinsichtlich Neuinfektionen wurde die Etablierung von Konsumräumen in Österreich erneut diskutiert. Ausgelöst wurde diese Diskussion durch eine Bedarfsanalyse, die im Juni 2006 in Kooperation zwischen dem Drogenkoordinator der Stadt Graz, dem Kontaktladen und der Suchtkoordination Steiermark, basierend auf 102 Interviews von i. v. Konsumierenden in Graz, durchgeführt wurde (vgl. Kap. 4.3). Die Auswertung der Interviews zeichnet folgendes Bild: Ein Großteil der Befragten gibt an, Zeit und Ort des Konsums im Voraus zu planen, und beinahe die Hälfte konsumiert fallweise bis fast ausschließlich in öffentlichen Toilettenanlagen bzw. manche auch im Freien oder in Parks. Über 50 Prozent berichten, dass sie bereits einen Drogenotfall erlitten haben. Die Frage nach dem Bedarf eines Konsumraums in Graz wurde von 90 Prozent der Befragten positiv beantwortet, und rund 72 Prozent können sich vorstellen, diesen in Anspruch zu nehmen. Auf Basis der Ergebnisse wurde aktuell ein Durchführungskonzept für eine drogentherapeutische Anlaufstelle (DTA), die in das vorhandene niederschwellige und ambulante Angebot integriert ist, ausgearbeitet (Kontaktladen 2007; Zeder 2007). Auf Bundesebene nahm sich anlassbezogen das Bundesdrogenforum im April 2007 dieses Themas an. Aufgrund der Aktualität wurde im Juni 2007 ein Sonderbundesdrogenforum zum Thema schadensminimierende Maßnahmen mit dem Ziel eines ersten Austausches der Positionen zum Thema Konsumräume einberufen. Generell ist die Diskussion zur Implementierung von Konsumräumen weiterhin kontroversiell, so wird z. B. derzeit weder seitens des Bundes noch der Stadt Wien eine Notwendigkeit dafür gesehen.

Gespräche über Safer Use und Safer Sex sind weiterhin wesentliche Themen der aufsuchenden Drogenarbeit und finden in der Regel direkt beim Spritzentausch statt. Die niederschweligen Wiener Angebote führten im Berichtszeitraum rund 4.650 Gespräche (2005: 3.800), die Harm-Reduction-Botschaften im Zusammenhang mit Drogenkonsum beinhalteten (VWS 2007a). Im Zuge der Umgestaltung der Beratungsstelle am Karlsplatz (Wien) wurde die wöchentliche Veranstaltungsreihe „Zur Sache“ initiiert, die inhaltlich das schadensminimierende Themenfeld fokussiert: Safer Use, HIV- und HCV-Infektionen und Erste Hilfe waren Inhalte der ersten Veranstaltungen. Regelmäßige Informationen zu Safer Use finden sich auch in der Zeitung des Wiener Ganslwrirts, die u. a. in einer Ausgabe unter dem Titel „Märchen und Mythen“ in der Szene gängige Fehlinformationen berichtigt (VWS 2006a). Trotz des langjährigen Fokus auf Safer Use in den Einrichtungen zeigen Erfahrungen aus dem niederschweligen Bereich, dass Safer-Use-Maßnahmen nicht ausreichend angewendet werden. Klientinnen und Klienten berichten u. a., dass Spritzen, aber auch Filter von einer Person mehrmals benutzt werden, dass nur die Nadel, aber nicht die Pumpe gewechselt und häufig in dieselbe Stelle gestochen wird (Schwarzenbrunner, persönliche Mitteilung). Eine genauere Betrachtung dieser Diskrepanz zwischen Wissen und Anwendung wäre hinsichtlich einer Optimierung von Präventionsmaßnahmen zielführend. Mit dem Thema Safer Use und Risk Reduction in der Partyszene, speziell hinsichtlich des Konsums von Ketamin, beschäftigt sich eine in Zusammenarbeit mit ChEcki! (Wien) veröffentlichte Diplomarbeit mit dem Titel „Ketamin als Partydroge“ (Baumgartner 2007; vgl. Kap. 2.3; vgl. Kap. 3.2).

7.3 Interventionen in Bezug auf psychiatrische Komorbidität

Alle Einrichtungen der Drogenhilfe bieten für ihre Klientel Versorgungsstrukturen hinsichtlich psychiatrischer Komorbidität an (vgl. GÖG/ÖBIG 2006).

Rund 15 Prozent aller betreuten und behandelten Personen im Grünen Kreis haben eine Diagnose im Bereich der psychiatrischen Komorbidität. Im Behandlungs- und Betreuungssetting bedarf dies eines aufwändigen medizinischen Managements, da eine regelmäßige allgemeinmedizinische Behandlung sowie psychiatrische Betreuung bzw. Krisenintervention erforderlich sind. Bei den meisten Patientinnen und Patienten besteht eine neuroleptische, antidepressive und/oder phasenprophylaktische Medikation, die häufige Laborkontrollen, EKG und EEG notwendig macht (Grüner Kreis 2007a).

Das Bundesland Kärnten sieht in seinem Suchtplan 2006–2010 eine Diversifizierung der Präventions- und Betreuungsangebote vor und inkludiert dabei auch die Zielgruppe der chronisch Suchtkranken mit psychiatrischer Komorbidität (Prehslauer, persönliche Mitteilung; vgl. Kap. 1.2). In Innsbruck bietet die ambulante Suchtpräventionsstelle des Sozial- und Gesundheitssprengels der Stadt für Drogenkonsumierende eine ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung an. Im Jahr 2006 wurden insgesamt 125 Personen betreut und 2.250 Einzeltherapiestunden sowie 45 Stunden für Beratungs- und Informationsgespräche mit Angehörigen durchgeführt (Kern, persönliche Mitteilung).

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. So wurden z. B. in Kärnten aufgrund des allgemein schlechten Gesundheitszustands der Drogenkonsumierenden Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner in die Drogenambulanzen integriert. Im Rahmen der Nachbetreuungsangebote des API wurde im Jahr 2006 ein Arbeitsschwerpunkt auf das Thema Gesundheit gelegt, da die psychische und somatische Stabilisierung, Krisen, Interferonbehandlung, Ernährung, Bewegung, Stress, Medikamente und deren Bedeutung als wiederkehrende Themen in der Nachbetreuung erkannt werden (API 2007). Im Ambulatorium der niederschweligen Einrichtung Ganslwirt (Wien) stellte auch 2006 die medikamentöse Behandlung (4.187-mal) die häufigste Leistung dar, gefolgt von der Behandlung akuter Entzugssymptomatik (1.423-mal), Überbrückungsbehandlungen (1.127-mal) und ärztlichen Gesprächen (863-mal) (vgl. VWS 2007a).

Neben den Angeboten zur allgemeinen Gesundheit findet sich auf Einrichtungsebene vermehrt das Thema Safer Sex in Verbindung mit Beschaffungsprostitution. In Wien werden seit Ende 2006 in der Ganslwirt-Zeitung regelmäßig „Stricher-Tipps“ publiziert, und auch die mobile Anlaufstelle am Karlsplatz (Wien) hat seit ihrer Neueröffnung mehrmals wöchentlich auch am späten Abend geöffnet, um vermehrt die Beschaffungsprostitutionsszene zu erreichen. Wöchentlich stattfindende Informationsveranstaltungen mit dem Titel „Zur Sache“ fokussieren nicht nur auf spezifische schadensminimierende Themenfelder wie Safer Use,

HIV- und HCV-Infektionen, sondern auch Safer Sex getrennt für Männer und Frauen (VWS 2006b). Vonseiten der ambulanten Drogenhilfe in Vorarlberg wurde das Projektkonzept zum Thema Prostitution ausgeweitet, das in adäquater Weise Betroffene in ihren häufig kombinierten Problemlagen, wie etwa Traumatisierungen, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen, Drogenabhängigkeit, Infektionskrankheiten, psychische Störungen, unterstützen soll (Stiftung Maria Ebene 2007).

Auch die Bereiche Frauengesundheit, Gynäkologie und Schwangerschaft/Kinder werden vermehrt in der Arbeit mit Drogenkonsumentinnen thematisiert. In Tirol, Vorarlberg und der Steiermark existieren seit geraumer Zeit Frauennetzwerke, die eine professionelle Auseinandersetzung mit dem Themenfeld Frauen und Substanzkonsum vorantreiben, auf struktureller Ebene notwendige Handlungsfelder betrachten, benennen und konkrete Umsetzungsmöglichkeiten ausarbeiten bzw. auf Klientinnenebene konkrete Angebote setzen (vgl. Kap. 5.1). Die ambulante Drogenhilfe in Vorarlberg setzt ihre Arbeit zum Thema Schwangerschaft/Mutterschaft fort (vgl. GÖG/ÖBIG 2006). Das Augenmerk lag 2006 auf der Gewährleistung einer gynäkologischen Versorgung in allen Bezirken für konsumierende Frauen und im Aufbau von Kontaktpersonen in Geburtsstationen der Krankenhäuser bzw. im Aufbau einer Kooperation mit der Jugendwohlfahrt. Im Oktober 2006 fand in Zusammenarbeit von Drogenhilfe, Medizin und Jugendwohlfahrt die Konferenz zum Thema „Sucht, Elternschaft und Kindeswohl“ statt, an der mehr als achtzig Personen teilnahmen. Aus dieser Veranstaltung resultiert eine Projektgruppe, die einen Handlungsleitfaden für die Zusammenarbeit der beteiligten sozialen Einrichtung und eine Kooperationsvereinbarung im Interesse der drogenkonsumierenden Eltern bzw. ihrer Kinder erarbeitet (Stiftung Maria Ebene 2007). Auch das niederschwellige Setting widmet sich mit spezifischen Angeboten dem Themenfeld Frauengesundheit und Schwangerschaft. Eine Fortbildung für drogenkonsumierende Frauen, von Komfüdro (Innsbruck) in Zusammenarbeit mit der Aids-Hilfe Tirol veranstaltet, legte das Augenmerk auf die sexuelle Gesundheit (Komfüdro 2007). In der Zeitung des Wiener Ganslwirts findet sich ein ausführlicher Artikel zu Empfängnisverhütung und Schwangerschaft bzw. war Schwangerschaft und Drogen auch Teil der regelmäßigen Veranstaltungsreihe „Zur Sache“ (VWS 2006b). 2006 wurden im Ganslwirt 68 Schwangerschaftstests vorgenommen (2005: 56 Tests). Sieben Patientinnen wurden unter der Diagnose Schwangerschaft behandelt, wobei die Diagnose nicht immer über das einrichtungsinterne Testangebot erfolgte. In Graz wurde das frauenspezifische Angebot im Kontaktladen um eine monatlich stattfindende gynäkologische Sprechstunde erweitert und zudem eine Kooperation mit der Drogenberatung Steiermark aufgebaut, die den Fokus auf die gemeinsame Betreuung von konsumierenden Frauen und ihre Kinder legt (Drogenberatung des Landes Steiermark 2007, Kontaktladen 2007).

8 Soziale Zusammenhänge und Folgen

Die wichtigsten sozialen Probleme von Drogenkonsumierenden betreffen weiterhin besonders Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit und Schulden, wobei dies im Wesentlichen für schwer Drogenabhängige aus der Straßenszene gilt (vgl. auch Kap. 12). Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) ist 2006 erstmals seit 2003 zurückgegangen, wobei besonders die Abnahme im Zusammenhang mit Cannabis auffällt. Ebenso ist ein Rückgang der SMG-spezifischen Verurteilungen nach Vergehenstatbeständen zu beobachten, während die Zahl der Verurteilungen nach Verbrechenstatbeständen gegenüber 2005 nahezu gleich geblieben ist.

8.1 Soziale Problemlagen

Betrachtet man den Klientinnen- und Klientenjahrgang 2006 der österreichischen DOKLI (vgl. Kap. 4.2), so zeigt sich, dass der Anteil der Erwerbstätigen im stationären Bereich am geringsten ist (13 %), wobei hier auch die meisten Personen angeben, arbeitslos zu sein (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. Eine Betrachtung der Entwicklung der Einkommensquellen, wie sie derzeit nur im Rahmen der Wiener BADO³⁹ möglich ist, zeigt, dass der Anteil der Erwerbstätigen von 2003 bis 2005 gleich geblieben ist. Stark gesunken sind dagegen die Anteile jener Personen, die Arbeitslosenunterstützung (2003: 20 %; 2005: 13 %) oder Notstandshilfe (2003: 30 %; 2005: 23 %) beziehen. Parallel dazu ist der Anteil jener Klientinnen und Klienten der BADO, die über keine Einkommensquelle verfügen, stark gestiegen (2003: 9 %; 2005: 31 %). Im Rahmen des DOKLI erfasste Personen in niederschwelliger Begleitung gaben im Schnitt zu 53 Prozent an, in einer gesicherten Wohnsituation zu leben. Dagegen geben 90 Prozent aus der Gruppe der längerfristig betreuten Personen diese Wohnsituation an. Hinsichtlich höchster abgeschlossener Schulbildung gaben die über 19-jährigen Klientinnen und Klienten der österreichischen Drogenbetreuungseinrichtungen zu mehr als der Hälfte einen Hauptschulabschluss als höchste abgeschlossene Schulbildung 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 (IFES 2006, GÖG/ÖBIG 2007a).

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

³⁹ Vom Wiener Arbeitskreis für Dokumentation erarbeitete Basisdokumentation der Klientinnen und Klienten der Betreuungseinrichtungen des Wiener Suchtkrankenhilfesystems. An der Basisdokumentation des Jahres 2005 haben sich 28 Einrichtungen mit Datensätzen von 3.452 Personen beteiligt. Die Daten der BADO (Klientinnen- und Klientenjahrgang 2006) fließen auch in die DOKLI-Daten ein und sind daher in den DOKLI-spezifischen Auswertungen enthalten.

zunächst nur, dass diese Gruppe eher vom Drogenhilfssystem erfasst wird als jene Personen, die (noch) über soziale und finanzielle Ressourcen verfügen (vgl. Kapitel 4.2).

Eine aktuelle Diplomarbeit⁴⁰ liefert Informationen zum Thema soziale Ausgrenzung und damit im Zusammenhang stehende Interaktion der betroffenen Gruppen – in diesem Fall: Polizei, Sozialarbeit, Drogenklientel. Dabei zeigte sich auch die Schwierigkeit der Sozialarbeit, besonders aber der Polizei, die Grenzen des Tätigkeitsbereichs der jeweils anderen Gruppe zu erkennen und zu respektieren. Durch die Verhängung einer Schutzzone am Karlsplatz im Jahr 2005 wurden die Aufenthaltsmöglichkeiten für die Drogenszene stark eingeschränkt, wodurch der Druck auf die Angehörigen dieser Szene gestiegen ist (vgl. ÖBIG 2005). In den durchgeführten Interviews ist zu erfahren, dass sich am Karlsplatz nicht nur Angehörige der Drogenszene, sondern allgemein ausgegrenzte Personen wie Obdachlose, Entmündigte und sozial auffällige Menschen im weitesten Sinn aufhalten (Etl 2006).

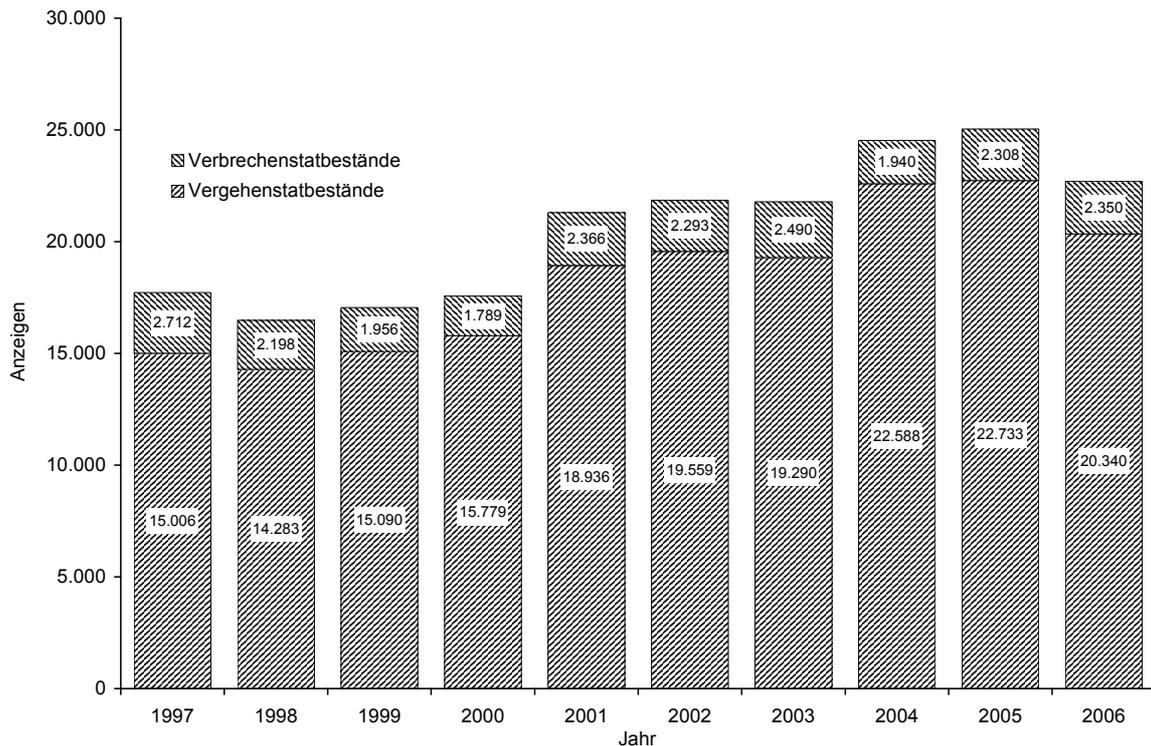
Ebenfalls im Jahr 2005 wurde im Auftrag des Fonds Soziales Wien (FSW) vom TEAM FOCUS eine generelle Analyse der Nutzung des öffentlichen Raums und des sozialen Geschehens im Gebiet um den Karlsplatz durchgeführt. Dabei lag der Schwerpunkt auf Berührungspunkten und Konflikten zwischen Benutzerinnen-/Benutzergruppen und daraus möglicherweise resultierenden Störungen. Der Projektbericht bestätigt die von Etl 2006 festgehaltenen Aussagen, wonach das Gebiet um den Karlsplatz ausgegrenzten Personengruppen wie z. B. Wohnungslosen, Migrantinnen/Migranten, Alkoholabhängigen und psychisch kranken Personen als Treffpunkt und Schlafplatz dient. In jüngster Zeit sind auch vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene am Karlsplatz anzutreffen, die sich jedoch durch ihr Verhalten von der etablierten Szene unterscheiden (FSW/Team Focus 2005, GÖG/ÖBIG 2007a; vgl. dazu auch Kap. 12).

8.2 Drogenbezogene Kriminalität

Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) betrug 2006 24.008 (2005: 25.892; vgl. auch Tabelle A9 im Anhang A und ST11) und ist damit im Vergleich zum Vorjahr gesunken. Insgesamt 22.690 Anzeigen bezogen sich auf Suchtgifte, der Rest auf psychotrope Stoffe. Differenziert man nach der Art der Anzeige (vgl. Abbildung 8.1), so kam es 2006 im Vergleich zu 2005 zu einem deutlichen Rückgang der Anzeigen bei Vergehenstatbeständen (Besitz und Kleinhandel – § 27 SMG) und zu einem geringfügigen Anstieg bei Verbrechenstatbeständen (Handel großer Mengen, professioneller Handel – § 28 SMG). Damit setzt sich die Entwicklung der Anzeigen bei Verbrechenstatbeständen – wenn auch abgeschwächt – fort, während die Zahl der Anzeigen bei Vergehenstatbeständen um elf Prozent gesunken ist (vgl. Kap. 1.1).

⁴⁰ Im Rahmen eines qualitativen Forschungsdesigns wurden von Sabine Etl hauptsächlich am Karlsplatz (traditioneller Treffpunkt der offenen Drogenszene in Wien), aber auch im Autobus der Streetworker am Westbahnhof Gespräche mit Angehörigen von Polizei, Sozialarbeit und Drogenszene geführt.

Abbildung 8.1: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen in Österreich, 1997–2006



Anmerkung: Das Suchtgiftgesetz wurde am 1. Jänner 1998 durch das Suchtmittelgesetz abgelöst. Zu Vergleichszwecken wurden in dieser Abbildung für 1998 bis 2001 nur Suchtgift-Anzeigen berücksichtigt. Die Differenz zur Gesamtzahl der Anzeigen ergibt sich durch nicht zuordenbare Anzeigen.

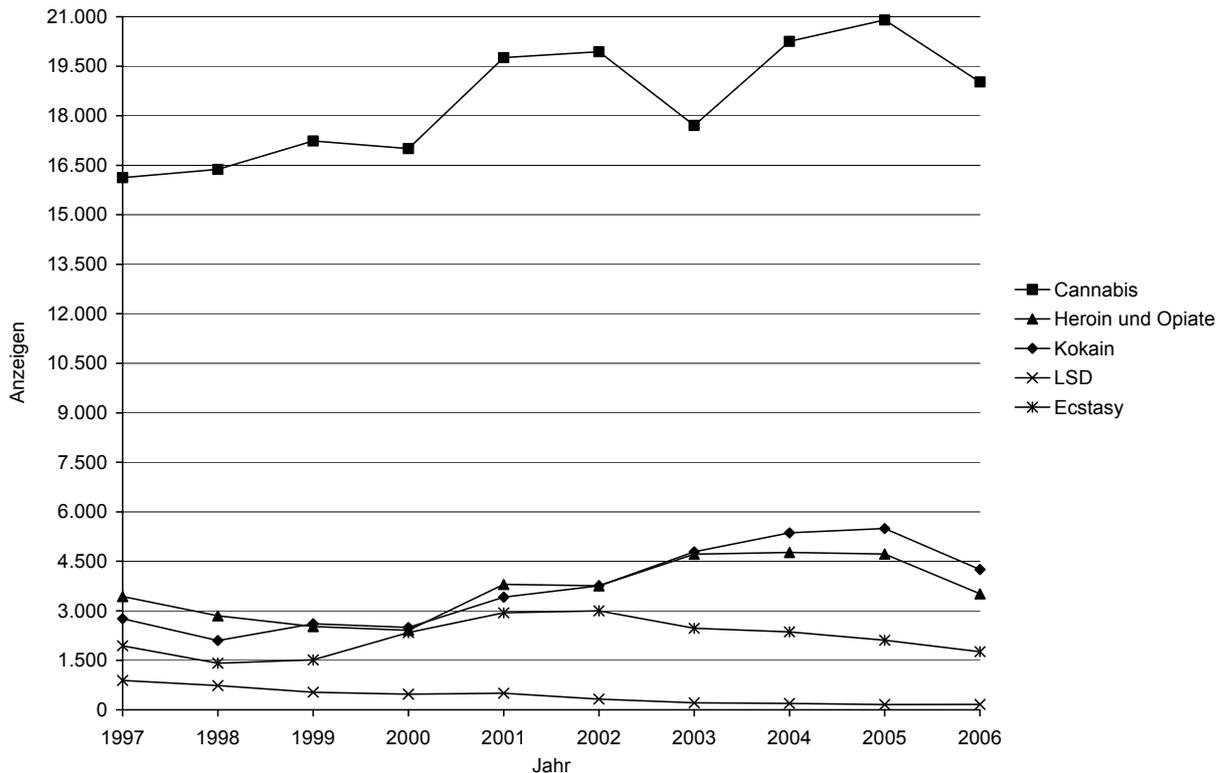
Quelle: BMI/Bundeskriminalamt; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Unterscheidet man nach involvierten Substanzen (vgl. Tabelle A11 im Anhang A und ST11), so fanden sich im Vergleich zum Vorjahr bei allen Substanzen mit Ausnahme von LSD, psychotropen Stoffen sowie sonstigen Substanzen geringfügige Rückgänge der Anzeigenzahlen (vgl. Abbildung 8.2 auf der nächsten Seite). Somit setzt sich der bereits im Jahr 2005 zu beobachtende Rückgang bei den Anzeigen wegen Heroins und Opiaten im Jahr 2006 wesentlich deutlicher fort. Parallel dazu steigt allerdings die Anzahl der Anzeigen im Zusammenhang mit opioidhaltigen Arzneimitteln (vgl. Kap. 10.1). Wie schon im Vorjahr sind die Anzeigen wegen Ecstasy weiter zurückgegangen – eine Entwicklung, die sich seit 2005 auch bei den Anzeigen wegen Amphetaminen zeigt.

Den 24.008 Anzeigen standen im Jahr 2006 insgesamt 3.292 Festnahmen (2005: 3.929) im Zusammenhang mit Suchtmittelermittlungen 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 2007), erlaubt die Anzeigenstatistik aber nur bedingt Rückschlüsse auf die Entwicklung des Konsums und Missbrauchs illegaler Drogen, da sie in erster Linie Intensität und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden widerspiegelt.

Abbildung 8.2: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1997–2006



Anmerkung: Das Suchtgiftgesetz wurde am 1. Jänner 1998 durch das Suchtmittelgesetz abgelöst.

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

Die Anzahl der Verurteilungen (5.795) nach SMG ist im Jahr 2006 ebenso gesunken wie die Zahl der unbedingten Freiheitsstrafen (1.499). Mit dem Rückgang der Gesamtzahl der Verurteilungen nach dem SMG ist für 2006 auch ein Einfrieren des in den letzten Jahren beobachteten Anstiegs des Anteils dieser Verurteilungen an allen Verurteilungen zu erkennen (1999: 5,4 %; 2005: 13,4 %; 2006: 13,3 %; vgl. Tabelle A13 im Anhang A).

Weiterhin besteht ein deutlicher Überhang von Vergehen (§ 27 SMG – Besitz und Kleinhandel) mit 4.246 Fällen (2005: 4.702) im Vergleich zu Verbrechen (§ 28 SMG – Handel) mit 1.464 Fällen (2005: 1.357; vgl. Tabelle A14 im Anhang A). Sowohl für Jugendliche als auch für Erwachsene ist die Anzahl der Verurteilungen wegen Verbrechen im Vergleich zum Vorjahr annähernd gleich geblieben, während diese Zahlen bei den Vergehen für beide Altersgruppen leicht gesunken sind. 66 Prozent aller Verurteilten (2005: 70 %) erhielten Freiheitsstrafen (vgl. Tabelle A15 im Anhang A), wobei der Anteil der bedingten an allen Freiheitsstrafen 44 Prozent betrug (2006: 42 %) und damit im Vergleich zu den Vorjahren wieder leicht angestiegen ist.

Ergänzend zu den Verurteilungen sind auch die Daten bezüglich der vorläufigen (probeweisen) Anzeigenzurücklegungen (§ 35 SMG) und Verfahrenseinstellungen (§ 37 SMG) von Relevanz (vgl. Kap. 1.1 und Tabelle A16 im Anhang A). Zum Aufschieben des Strafvollzugs im Rahmen des Prinzips „Therapie statt Strafe“ (§ 39 SMG) liegen bisher keine verlässlichen Daten vor. Diese würden aber eine wichtige Informationsquelle über die praktische Umsetzung darstellen.

Zur Beschaffungs- und Begleitkriminalität liegen weiterhin keine Daten vor.

Im Rahmen einer Studie zeigte sich aber, dass Drogenkonsumentinnen und -konsumenten selbst häufig Opfer von kleineren oder größeren Straftaten sind. Davon sind besonders Frauen, Obdachlose und Personen mit beeinträchtiger psychischer Gesundheit betroffen⁴¹. Das Durchschnittsalter der österreichischen Stichprobe war 27,2 Jahre, der Männeranteil lag bei 80 Prozent, 86 Prozent waren arbeitslos. Für Österreich ergab sich innerhalb der untersuchten Länder die niedrigste Wahrscheinlichkeit, jemals Opfer geworden zu sein – immerhin noch 60 Prozent (Stevens et al. 2007; vgl. Kap 13.2).

8.3 Drogenkonsum im Gefängnis

Die vorhandenen Informationen zum Drogenkonsum im Strafvollzug wurden im Jahr 2001 im Schwerpunktkapitel „Drogenkonsum im Gefängnis“ ausführlich dargestellt (ÖBIG 2001a). Aktuellen Meldungen zufolge wird in Österreich etwa einem Drittel der Gefängnisinsassen mit Opiatabhängigkeit eine Drogensersatztherapie angeboten. Insgesamt ist die Gruppe der Personen, die in den österreichischen Gefängnissen eine Strafe verbüßt **und** eine diagnostizierte Drogensucht aufweist, in den letzten Jahren stark angewachsen. In der Haftanstalt Jakomini in Graz beträgt die Quote dieser Gruppe etwa dreißig Prozent der inhaftierten Personen (Kontaktladen 2007).

8.4 Soziale Kosten

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

Eine Studie über die Kosten von Gehirnerkrankungen in Österreich im Jahr 2004 beinhaltete allerdings auch die Kategorie „Sucht“ (Wancata et al. 2007). Interessant ist hier, dass von den Gesamtkosten aufgrund von „Sucht“ 1.444 Millionen Euro (in PPP⁴²) anfielen, davon jedoch der größte Teil (1.043 Millionen Euro) indirekten Kosten (z. B. durch Krankenstände, frühzeitige Pensionierungen) zuzuordnen war.

⁴¹ Von 2003 bis 2004 wurden im Rahmen einer Studie, die in Deutschland, England, Österreich und der Schweiz durchgeführt wurde, insgesamt 545 Personen (davon 150 in Österreich) interviewt. Diese Personengruppe setzte sich aus sogenannten Zwangsklientinnen und -klienten und „freiwilligen“ Klientinnen bzw. Klienten von Drogeneinrichtungen zusammen.

⁴² PPP ist die Purchasing Power Parity, die die Kaufkraft in einem Land berücksichtigt, um länderübergreifende Vergleiche zu ermöglichen.

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, (Aus-)Bildung (vgl. SQ28, letztes Update). 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** wurden einige der in den Vorjahren beschriebenen Projekte wie z. B. `drugaddicts@work` abgeschlossen. Andere – etwa „fix und fertig“ – wurden erfolgreich weitergeführt und dabei das im Jahr 2005 begonnene Personalentwicklungskonzept fortgesetzt (GÖG/ÖBIG 2006). So haben 2006 vier Berufsorientierungsmaßnahmen und drei Bewerbungstrainings stattgefunden. Im Rahmen der Einzelberatung wurden von Mai bis Dezember 2006 120 Beratungsgespräche mit 23 Klientinnen/Klienten geführt. Die durchschnittliche Verweildauer der Klientinnen/Klienten betrug zwölf Monate, wobei 9 von 27 dieser Personen in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden konnten. Drei weitere galten als „jobready“, fanden jedoch keine Arbeit, eine Person begann eine Therapie. Wendet man die im Jahr 2005 erarbeitete Zielevaluierung an, zeigen sich in den Bereichen „Arbeit/Ausbildung“ und „Finanzielle Situation“ beispielhaft folgende Ergebnisse: Bei 21 von 24 Transitarbeitskräften wurden die Ziele in Bezug auf die arbeitskulturellen Fähigkeiten (teilweise) erreicht. Ähnliche Werte gibt es im Zusammenhang mit Bewerbungsfähigkeit und „Outplacement Readiness“. Elf Personen haben eine Qualifizierung bzw. ein Praktikum erfolgreich absolviert. Auch beim Umgang mit dem Einkommen bzw. mit finanziellen Krisen wurden Erfolge erzielt, bei zehn Personen gab es Fortschritte bei der Schuldenregulierung (VWS 2007a).

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 Berührungsgängste bezüglich suchtkranker Menschen oftmals zu stark sind. Eine gute Zusammenarbeit konnte mit einem Bauunternehmer hergestellt werden, zu dem über AMS-Förderung einzelne Klienten vermittelt werden konnten. Ansonsten wurde der Kontakt zu den Sozialökonomischen Betrieben (SÖB) verstärkt und der zu den Outplacern/Outplacern intensiviert (Wiener BerufsBörse 2007).

Durch die enge Kooperation zwischen Wiener BerufsBörse und dem Verein „Grüner Kreis“ wurden für die Patientinnen und Patienten weitreichende Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten geschaffen. Auch steht im Rahmen der Möglichkeiten Weiterqualifizierung im Vordergrund, wobei u. a. Berufsorientierung, Bewerbungstraining und externe Berufspraktika angeboten werden. Um die Qualität der arbeitstherapeutischen Leistungen weiter zu verbessern, werden in einem gemeinsamen Projekt zwischen dem Verein „Grüner Kreis“ und diepartner seit über einem Jahr Informationen zum Bereich Qualifizierung und Beschäftigung erhoben, analysiert und ausgewertet. In das Projekt sind sowohl Klientinnen/Klienten als auch Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter einbezogen, um Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung besser realisieren zu können und die Identifikation zu stärken (Grüner Kreis 2007b).

Die für November 2007 geplante zweite Suchthilfemesse steht unter dem Motto „Arbeits-Re-Integration von Suchtkranken“, wobei auch Qualifizierungsmaßnahmen und Tagelöhnerangebote für (ehemals) drogengebrauchende Personen, die sich aufgrund ihrer Suchterkrankung in (medizinischer) Behandlung/Betreuung befinden, vorgestellt werden. Bei der Messe werden österreichische sozialökonomische Beschäftigungsbetriebe und Unternehmen sowie Angebote des Arbeitsmarktservices präsentiert. Zusätzlich finden Vorträge zum Thema statt.

Zum Thema **Wohnen** wurde für Patientinnen/Patienten des Vereins „Grüner Kreis“, bei denen eine Suchterkrankung und eine psychiatrische Störung (Komorbidität) vorliegt, das Heimstättenmodell geschaffen. Nach einer stationären Langzeittherapie finden für die Betroffenen Abende, Nächte und verbleibende Freizeit außerhalb der stationären Einrichtung statt, während die gesamte Tagesstruktur inklusive therapeutischer Betreuung und Verpflegung in dieser Einrichtung wahrgenommen wird. Zu diesem Zweck mietet der Verein „Grüner Kreis“ Wohnungen in der Umgebung seiner stationären Einrichtungen an, die den Heimstätten-Patientinnen/Patienten zur Verfügung gestellt werden. Im Jahr 2006 wurden acht Personen (davon zwei Frauen) in dieser Form betreut, wobei die durchschnittliche Betreuungsdauer etwa vierzig Monate beträgt (Grüner Kreis 2007).

Bezüglich mittelfristiger Unterkünfte ist zu berichten, dass die drei großen Übergangswohnheime der Stadt Wien (Haus Hernals, Haus Siemensstraße, Haus Wurlitzergasse) teilweise auch für Drogenkonsumierende geöffnet wurden. Eine Kontingentregelung sieht vor, dass maximal zwanzig Prozent der Plätze von Klientinnen/Klienten mit Drogenproblematik beansprucht werden können. Außerdem stellt das Frauenwohntzentrum eine wichtige Möglichkeit für die Unterbringung obdachloser Drogenkonsumentinnen dar (VWS 2007a).

Das Jahr 2006 war für Betreutes Wohnen ein besonders erfolgreiches Jahr, da im Berichtsjahr neun (von 15) Betreuungen regulär mit Vermittlung in eine Gemeindewohnung beendet werden konnten. In den zehn Jahren des Bestehens von Betreutes Wohnen konnte etwa die Hälfte der Betreuungen auf diese Weise abgeschlossen werden (zwei Drittel der Frauen und fast die Hälfte der Männer), wobei die vorherige Betreuungsdauer im Schnitt 22 Monate betragen hatte. Im Jahr 2006 wurde beschlossen, sechs der 15 Wohnplätze (40 Prozent) vorzugsweise an Frauen abzugeben, um unter den Bewohnerinnen/Bewohnern ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis herzustellen (VWS 2007a).

Da soziale Integration über das Vorhandensein einer Wohnung und finanzieller sowie sozialrechtlicher Absicherung hinausgeht, bietet Betreutes Wohnen seit Mai 2006 monatliche **Freizeitaktivitäten** für alle Bewohnerinnen/Bewohner an. So haben bis Ende 2006 neun solcher

Aktivitäten mit insgesamt 19 Teilnehmerinnen/Teilnehmern stattgefunden. Dabei wurde z. B. auf der Donauinsel gegrillt und Rad gefahren, eine Ausstellung und der Tiergarten Schönbrunn besucht sowie Bowling und Billard gespielt (VWS 2007a).

Im Rahmen der sozialen Integration und als wesentlichen Schwerpunkt der Nachbetreuung betreibt das Anton-Proksch-Institut LOG IN, ein Netzwerk unterstützender Integrationsmaßnahmen und gesundheitsorientierter Sport- und Kulturangebote. Im Jänner 2006 wurde als Kooperationsprojekt von ASKÖ Wien und LOG IN zusätzlich eine Fußballgruppe eingerichtet, wobei sieben Personen bei regelmäßiger Trainingsteilnahme den Kern der Fußballgruppe bilden. Das abstinenzgestützte Umfeld wird dabei als identitätsstiftend und schützend erlebt (API 2007; vgl. EDDRA).

Die bereits im September 2005 von den Wiener Linien gemeinsam mit der Sucht- und Drogenkoordination als Pilotprojekt gestartete Aktivität „Help U“ stellt zwar keine Maßnahme im Bereich der sozialen (Re-)Integration dar, trägt aber zur Erhöhung des subjektiven Sicherheitsgefühls und zur Vermeidung sozialer Störungen im öffentlichen Raum bei. Von Oktober bis Dezember 2006 hat das Team von „Help U“, das ab Mai 2007 personell verstärkt wurde, in mehr als 7.500 Fällen interveniert, wobei dies in siebzig Prozent der Fälle auf eigene Initiative geschah. Von den ansässigen Geschäftsleuten wurde „Help U“ telefonisch und persönlich vermehrt in Anspruch genommen, und die Kontrollgänge wurden zeitlich bis 22 Uhr ausgedehnt. Das Projekt wurde aufgrund des Erfolgs und der positiven Evaluation in den Regelbetrieb übernommen (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2007; vgl. ÖBIG 2005).

9.2 Prävention von drogenbezogener Kriminalität

Die rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der drogenspezifischen Maßnahmen im Strafvollzug haben sich im Berichtszeitraum nicht geändert und wurden im Drogenbericht 2001 (ÖBIG 2001a) ausführlich erläutert. Aktuelle Daten sowie Informationen zeigen, dass im Strafvollzug die Haft wegen SMG-Delikten weiterhin eine relevante Rolle spielt (vgl. Kap. 8.2).

Im September 2007 fand in Innsbruck die Elfte Wissenschaftliche Fachtagung der Neuen Kriminologischen Gesellschaft zum Thema Drogen – Sucht – Kriminalität statt (Haller, persönliche Mitteilung).

Aufgrund der Personalsituation in den österreichischen Haftanstalten können diese den Auftrag der Resozialisierung zum Teil nicht ausreichend wahrnehmen. Ein Grund dafür ist, dass sich einerseits der Aufgabenbereich der Anstaltspsychologen durch Projekte wie Suizid-screening oder „Drogenfreie Zonen“ vergrößert hat, andererseits sind immer mehr Insassen psychisch extrem auffällig – nicht zuletzt auch durch Suchtprobleme. So kommen z. B. in der JA Suben 280 Häftlinge auf einen ausgebildeten Sozialarbeiter oder in Klagenfurt 300 Häftlinge auf eine Psychologin.⁴³ In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass von der Justizministerin die Schließung zweier Wiener JA – Favoriten und Mittersteig – wegen schwerer

⁴³ „Salzburger Nachrichten“ vom 24. Mai 2007

Sanierungsbedürftigkeit angedacht wurde, wobei es sich bei der JA Favoriten um eine Sondervollzugsanstalt handelt, die auf Suchttherapie spezialisiert ist⁴⁴.

Eine gewisse Entlastung für das Personal der JA ergibt sich durch die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Suchthilfe. So hat die Anzahl der Haftbesuche von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Drogenberatung des Landes Steiermark in der JA Jakomini im Jahr 2006 stark zugenommen – 66 Besuche bei 16 Männern und acht Frauen. Bei diesen Besuchen werden Klientinnen/Klienten, die bereits in der Drogenberatung behandelt wurden, weiterbetreut und andere Inhaftierte versorgt. Dabei werden ihnen sowohl verschiedene Therapiemöglichkeiten als auch die Möglichkeiten zur Durchführung von „Therapie statt Strafe“ nach dem SMG erklärt. Zusätzlich wird an der Therapiemotivation und möglichen Therapiezielen gearbeitet (ÖBIG 2002a; Drogenberatung des Landes Steiermark 2007).

Das Prinzip „Therapie statt Strafe“ stellt weiterhin einen wichtigen Bestandteil aller Drogen- bzw. Suchtkonzepte und -pläne in Österreich dar (ÖBIG 2002a). Die Umsetzung der Maßnahmen erfolgt in Österreich nicht im Rahmen von Spezialeinrichtungen, vielmehr steht dazu das gesamte Spektrum der Drogenhilfe zur Verfügung (vgl. dazu Kap. 5).

Um ein flexibles und noch individuelleres Behandlungs- und Betreuungsprogramm anbieten zu können, ohne die jeweiligen Beraterinnen/Berater wechseln zu müssen, und vor allem um ein auf Justizklientinnen/-klienten abgestimmtes Therapiemodell zur Verfügung zu haben, wurde ein Kooperationsvertrag zwischen den beiden Vereinen „Grüner Kreis“ und B.A.S.I.S. geschlossen. Durch die Zusammenarbeit können die vorhandenen Ressourcen und Synergien bestmöglich genutzt und den Wünschen der Justiz nach Kostenoptimierung entsprochen werden, ohne Behandlungsqualität einzubüßen. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit profitieren die Justizklientinnen/-klienten u. a. durch kürzere Wartezeiten und lückenlose Betreuung/Behandlung.⁴⁵

Bemängelt wird, dass in Österreich die Auswahl an Therapieeinrichtungen und damit die Anzahl der zur Verfügung stehenden Betten eher begrenzt und vor allem das Angebot für junge Konsumierende wenig differenziert ist. Weiter geschmälert wird diese Auswahl oft durch uneinheitliche Vertragsverhältnisse zwischen Justizministerium und Therapieeinrichtungen bezüglich Kostenübernahme (Kontaktladen 2007).

⁴⁴ „Salzburger Nachrichten“ vom 21. Juli 2007

⁴⁵ www.vereinbasis.com (3. 8. 2007)

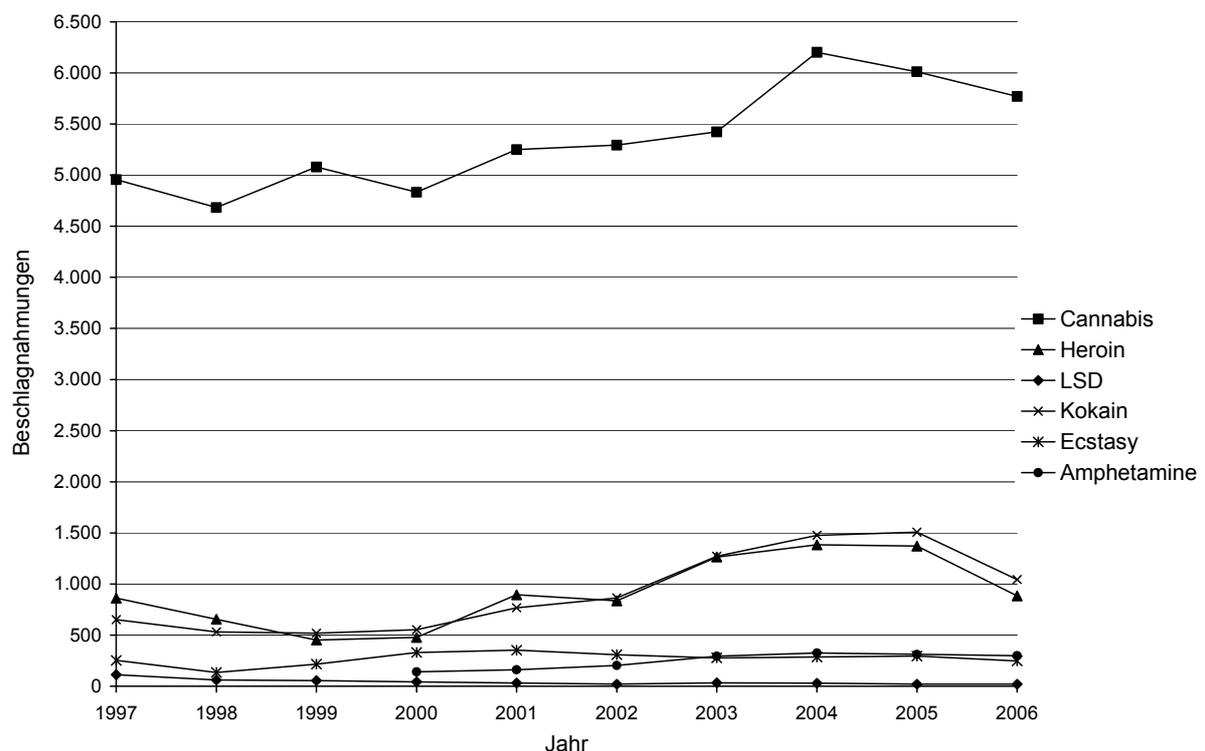
10 Drogenmärkte

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) wurde im Jahr 2006 ein Rückgang der Zahl der Sicherstellungen bei allen Drogen mit Ausnahme von Amphetaminen und LSD festgestellt (vgl. Abbildung 10.1 und Tabelle A17 im Anhang A).

Abbildung 10.1: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften in Österreich, 1997–2006



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

Diese Tendenzen spiegeln sich nur bedingt in der Menge der beschlagnahmten Substanzen wider, da diese sehr stark von einzelnen Aufgriffen großer Drogenmengen geprägt wird (BMI 2007, vgl. Tabelle 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 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 größtenteils aus den Niederlanden importiert (BMI 2007).

Eine 2007 vom BMI erstmals durchgeführte Sonderauswertung der Beschlagnahmungen suchtgifthaltiger Medikamente zeigt, dass sich 1.530 Sicherstellungen auf Substitutionsmedikamente beziehen. Die Anzahl der Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten ist über die Jahre stark angestiegen (2002: 328; 2004: 783; 2005: 1.081).

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 2006 bei insgesamt acht Musikveranstaltungen (Freetekno, Goa, Techno, Electronic) in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich und Wien 134 als Ecstasy und 75 als Speed gekaufte Proben analysiert (VWS 2007a). Der Prozentsatz der als Ecstasy gekauften Tabletten, die außer MDMA, MDE oder MDA keine psychotropen Substanzen enthielten, ist in etwa gleich wie im Vorjahr (77 %). Wie im Vorjahr fällt eine extreme Schwankungsbreite des Reinheitsgehalts pro Tablette auf (14 bis 97 mg).

Die als Speed gekauften und von ChEck iT! analysierten Substanzen enthielten nur zu 24 Prozent ausschließlich Amphetamin, zu 29 Prozent Amphetamin und Koffein und zu 24 Prozent Amphetamin, gemischt mit anderen psychotropen Substanzen (vgl. Tabellen A19 und A20 im Anhang A ST15). Nach wie vor stellen sogenannte unbekannte Amphetaminderivate 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 2007a).

Wie im Vorjahr wurde 2006 sowohl über Beschlagnahmungen als auch über den Konsum von Ecstasytabletten mit dem Inhaltsstoff mCPP berichtet. mCPP weist im Vergleich zu MDMA eine vergleichsweise schwache psychoaktive Wirkung, aber sehr häufig unangenehme Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Nierenschmerzen, Nervosität, Schweratmigkeit, Müdigkeit und ein mehrere Tage anhaltendes „hangover“ auf. Zusätzlich kann es bei gleichzeitigem Konsum von MDMA zu Krampfanfällen kommen (vgl. z. B. VWS 2007a). Auch über den Verkauf der noch kaum erforschten Droge 1-(3-Trifluoromethylphenyl-)Piperazin (Gruppe der BZP) als Amphetamin und von Dihydrofuran-2-on (GBL – einem Vorläuferstoff von GHB) als GHB wurde berichtet.

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, 2006

		Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	Braunes Heroin*	Weißes Heroin*	Kokain*	Ampheta- mine*	Ecstasy**	LSD**
Reinheit	Untergrenze	0,1 %	0,04 %	0,2 %	–	0,5 %	0,7 %	12 %	–
	Obergrenze	22 %	19 %	39 %	–	93 %	97 %	100 %	–
	Typisch	6 %	5 %	6 %	–	32 %	19 %	33 %	–
Preis	Untergrenze	3	6	40	80	50	15	7	30
	Obergrenze	4	8	70	90	70	25	10	35
	Typisch	4	7	60	85	65	20	10	30

Anmerkung: Die Daten beruhen auf Informationen und Scheinkäufen aus verdeckten Ermittlungen. Die Anzahl der Reinheitsanalysen bei den unterschiedlichen Drogen bewegt sich zwischen 76 und 423.

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

TEIL 2

Schwerpunktthemen

11 Öffentliche Ausgaben

Vonseiten der EBDD wurde vorgeschlagen, drogenbezogene Ausgaben anhand der COFOG-Klassifizierung⁴⁶ aus dem Budget zu erfassen (labelled-expenditure). Nicht als solche klassifizierte drogenbezogene Ausgaben (z. B. im Justizbereich) sollen mithilfe von Expertenschätzungen aus dem Budget errechnet werden. Diese von der EBDD vorgeschlagene Methodologie, mit der anhand des Budgets die Ausgaben geschätzt werden sollen, wurde am Beispiels des Fiskaljahres 2005 getestet und zeigte sich für Österreich als unangemessen (vgl. Kap. 11.1).

11.1 Schätzungen der drogenbezogenen öffentlichen Ausgaben anhand des Budgets

Die Budgetvoranschläge der Bundesländer und der Bundesrechnungsabschluss für das Jahr 2005 wurden nach drogenspezifischen bzw. suchtspezifischen Ausgaben durchsucht. Bei näherer Betrachtung der unterschiedlichen Budgets zeichnen sich unterschiedliche Klassifizierungspraktiken und Bezeichnungen von Budgetposten ab. So haben Wien⁴⁷ als größtes Bundesland und auch das Burgenland⁴⁸ keine expliziten Budgetposten für Sucht oder drogenspezifische Maßnahmen, sondern inkludieren diese Posten z. B. in den Gesundheits-, Sozial- und Bildungsausgaben. Explizit angeführte Ausgaben für Drogentherapieeinrichtungen und Suchtmittelmissbrauch finden sich nur in der Steiermark⁴⁹ (für Drogentherapie), in Tirol⁵⁰ (für die Notschlafstelle Mentlvilla), in Kärnten⁵¹ (Drogenkoordination und Drogenambulanz), in Niederösterreich⁵² (Drogenberatung) und beim Bund⁵³ (BMGFJ: Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauches). In Salzburg⁵⁴, Vorarlberg^{55, 56}, Oberösterreich⁵⁷, Kärnten und Tirol gibt es Budgetposten für Sucht allgemein bzw. Sucht und Drogen in einem. Nimmt man nur die explizit drogenspezifisch klassifizierte Ausgaben für das Jahr 2005 her, so ergeben sich verhältnismäßig geringe Aufwendungen in Höhe von vier Millionen Euro in Österreich (wobei der größte Teil vom Bund ausgewiesen wird), da der Großteil der entsprechenden Ausgaben

⁴⁶ COFOG ist die Classification of Functions of Government (Klassifikationen der Ausgaben des Staates nach Aufgabenbereichen) und umfasst zehn Abteilungen, die weiters in Gruppen und Klassen unterteilt werden. In Österreich sind derzeit nur die Ausgaben nach den zehn COFOG-Abteilungen ohne Gruppen und Klassen verfügbar.

⁴⁷ <http://www.wien.gv.at/finanzen/budget/va05/> (27. 7. 2007)

⁴⁸ http://www.burgenland.at/media/file/124_budg5.pdf (27. 7. 2007)

⁴⁹ <https://sterz.stmk.gv.at/lve/public/SiteCostEstimation.do> (27. 7. 2007)

⁵⁰ <http://www.tirol.gv.at/fileadmin/www.tirol.gv.at/themen/zahlen-und-fakten/budget/downloads/2005/budgeta05oah.pdf> (27. 7. 2007)

⁵¹ http://www.kaerntner-landtag.ktn.gv.at/cgi-bin/evoweb.dll/web/akl/11660_DE-Budget-Landesvoranschlag-2005.htm (27. 7. 2007)

⁵² http://www.noe.gv.at/SERVICE/F/F1/Budget/voranschlag/2005/VA_Hauptteil.pdf (27. 7. 2007)

⁵³ http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/BRA/BRA_2005/BRA2005_Band_1.pdf (27. 7. 2007)

⁵⁴ http://www.salzburg.gv.at/erlaeuterungen_landesvoranschlag2005.pdf (27. 7. 2007)

⁵⁵ <http://www.vorarlberg.at/pdf/kurzinformationzumentwur1.pdf> (27. 7. 2007)

⁵⁶ http://vlb-lotus.vorarlberg.at/vlr/vlr_gov.nsf/vlr/vlr_gov.nsf/40C1FFFAB4B3D2EEC125717A00714273?OpenDocument (27. 7. 2007)

⁵⁷ <http://www1.land-oberoesterreich.gv.at/budget/> (27. 7. 2007)

unter anderen Budgetansätzen ausgewiesen ist (vgl. Kap. 11.2). Vergleicht man diese Zahl mit der letzten verfügbaren Schätzung von 67 Millionen Euro im Jahr 2001 (ÖBIG 2002a), zeigt sich, dass die aus dem Budget verfügbaren Zahlen keinesfalls aussagekräftig sind.

11.2 Schätzung der drogenbezogenen Ausgaben

Im Jahr 2002 führte das ÖBIG eine Erhebung der öffentlichen Ausgaben für drogenbezogene Nachfragereduktion durch. Wie bereits im Bericht zur Drogensituation 2002 festgehalten, sind Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherung und Arbeitsmarktservice (AMS) die wichtigsten Finanzierungsträger im Bereich der drogenbezogenen Nachfragereduktion, wobei der Studie zufolge den Ländern (ca. 43 %), gefolgt von den Sozialversicherungsträgern (ca. 22 %), die bedeutendste Rolle zukommt. Der Bund trägt laut Studie lediglich 13 Prozent des geschätzten Gesamtaufwandes im Bereich der drogenbezogenen Nachfragereduktion. Die Gesamtausgaben für drogenbezogene Nachfragereduktion beliefen sich im Jahr 2001 auf circa 67 Millionen Euro (ÖBIG 2002a).

Wie bereits im Jahr 2002 zeigte sich bei der weiter gefassten und auch den Bereich der Angebotsreduktion mit einschließenden Recherche im Jahr 2007, dass die Ausgaben im Drogenbereich von den öffentlichen Kostenträgern strukturell sehr unterschiedlich erfasst werden. Auf Bundesebene finden sich explizit zum Titel Suchtmittel bzw. Drogen veranschlagte Mittel bzw. Ausgaben in Bezug auf das Bundesministerium für Gesundheit, Jugend und Familie. Für dieses Ministerium werden sowohl im Bundesvoranschlag als auch im Bundesrechnungsabschluss diverse Mittel bzw. Ausgaben unter dem Ansatz „Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauches“ ausgewiesen, welche z. B. der Förderung von Präventions- und Drogenhilfeeinrichtungen, der Finanzierung gesetzlicher Vollzugsaufgaben (Bereitstellung von Suchtgiftrezepten) und einschlägigen Projekten (z. B. Herstellung von Informationsmaterialien, Vergabe bestimmter Forschungs- und Entwicklungsaufträge etc.) gewidmet sind. Allerdings ist eine stringente methodologische Zuordnung spezifisch zum (illegalen) Drogenbereich schon deshalb nicht möglich, weil die Mittel teilweise umfassendere Zwecke mit abdecken. So bietet etwa die aus diesem Ansatz finanzierte Broschüre „Zum Thema Sucht“ Aufklärung und Information, welche nicht nur auf illegale Drogen abzielt, sondern den Bereich der psychoaktiven Substanzen insgesamt bzw. teilweise auch den Bereich der Verhaltenssuchte mit abdeckt. Es werden auch nicht alle drogenrelevanten Ausgaben unter diesem Ansatz erfasst: So wird die Dotierung von Forschungseinrichtungen u. ä., wie insbesondere auch des REITOX Focal Point, wiederum – weil nicht aufgabenspezifisch – nicht unter diesem, sondern unter einem anderen Ansatz erfasst. Unschärfen ergeben sich etwa auch aus der nicht aufgabenspezifisch gegliederten Erfassung der Personalausgaben, sodass der Personalaufwand im illegalen Drogenbereich allenfalls grob geschätzt werden kann.

Die Ausgaben zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität im Bundesministerium für Inneres können ebenfalls nicht angegeben werden. Probleme verursacht hier der Umstand, dass die Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität oftmals von Aktivitäten hinsichtlich Bekämpfung anderer Kriminalitätsformen nicht zu unterscheiden bzw. zu trennen und somit auch nicht messbar sind (Mader, persönliche Mitteilung). Auch für den Strafvollzug und die im Zusammenhang mit Strafverfahren entstehenden Kosten (drogenspezifische Delikte) ist es nicht möglich, sinnvolle und aussagekräftige Angaben zu kalkulieren oder zu schätzen. Es sind

jedoch derzeit Erfassungssysteme in Erarbeitung, die eventuell in Zukunft eine Kostenschätzung der Personen im Strafvollzug mit Verstößen gegen das Suchtmittelgesetz ermöglichen (Kahl, persönliche Mitteilung).

Zusammenfassend lässt sich daher sagen, dass der Bund einen Teil der dem Drogenbereich gewidmeten öffentlichen Aufwendungen trägt, die Gliederung der Mittel aber den haushaltsgesetzlichen Vorgaben unterliegt und daher eine direkte Zuordnung zum Drogenbereich nicht stringent bzw. durchgehend durchführbar ist.

Eine Schätzung der Kosten im Bereich der Krankenversicherungsträger ist nicht möglich, Ausgaben für stationäre Behandlung in Krankenanstalten können jedoch dargestellt werden. In Tabelle 11.1 wurde eine Berechnung der Kosten für stationäre Aufnahme und Betteninanspruchnahme betreffend Patienten mit Drogenabhängigkeit/Toxikomanie in der Hautdiagnose vorgenommen. Im Jahr 2005 sind 98.571 Pflēgetage für drogenspezifische Hauptdiagnosen angefallen, dies ergibt geschätzte Ausgaben von 24,1 Millionen Euro.

Tabelle 11.1: Stationäre Aufenthalte und Betteninanspruchnahme betreffend Patienten/Patientinnen mit Drogenabhängigkeit/Toxikomanie** in der Hauptdiagnose, 1999–2005*

Indikator / Jahr	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Stationäre Aufenthalte	4.466	4.704	4.795	4.981	4.984	5.258	5.252
Pflēgetage	86.335	87.196	84.299	88.481	89.638	93.745	98.571
Ausgabenschätzung***	17,8	18,5	18,4	19,9	20,7	22,2	24,1

* exkl. Patienten/Patientinnen mit Aufenthaltsdauer über 365 Tage

** Auswahl entsprechend Diagnosengruppe „Drug dependence, toxicomania“ gemäß European Shortlist (ICD-10 F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19)

*** in Mio. EUR

Quellen: BMGFJ – DLD 1999–2005; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

11.3 Nationale Studien zu drogenbezogenen öffentlichen Ausgaben

Studien zu öffentlichen drogenspezifischen Ausgaben werden in Österreich kaum durchgeführt, entsprechende Daten liegen nicht routinemäßig vor.

Die wenigen verfügbaren Studien sind bereits im Schwerpunktskapitel des Drogenberichts 2002 dargestellt. Eine Studie zu sozialen Kosten bei Suchterkrankungen findet sich in Kapitel 8.4.

12 Gefährdete Gruppen von jungen Menschen

Für Österreich liegen keine Studien vor, die dazu geeignet wären, den Vorgaben der EBDD im Zusammenhang mit dem vorliegenden Kapitel vollinhaltlich zu entsprechen. Auch fehlt ein System, das der im Vereinigten Königreich verwendeten ACORN-Klassifikation⁵⁸ entspricht. Da die EBDD-Richtlinien an der österreichischen Realität mit ihrem integrativen Ansatz vorbeigehen und damit nicht eingehalten werden können, wird im Folgenden versucht, aufgrund der vorhandenen Datenlage eine Annäherung an das Thema zu bewerkstelligen.

12.1 Epidemiologie betreffend gefährdete Gruppen

Obwohl, wie erwähnt, für Österreich keine Literatur vorliegt, die sich ausdrücklich mit **gefährdeten Gruppen und deren Profil** beschäftigt, lassen sich aufgrund von Arbeiten, die ihren Schwerpunkt in anderen Bereichen haben, Aussagen zum Thema finden. So ist z. B. die Beschreibung der Klientel der Innsbrucker Notschlafstelle Mentlvilla gut dazu geeignet, ein allgemein gültiges Profil der besonders gefährdeten Gruppen zu zeichnen. Die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner der Mentlvilla ist 18 bis 27 Jahre alt und bereits seit mehreren Jahren drogenabhängig – hat also minderjährig mit dem Konsum begonnen. Zusätzlich haben die betroffenen Personen bereits einige Zeit auf der Straße gelebt. Diese jungen Menschen sind oft in wechselnden Pflegefamilien bzw. Heimen aufgewachsen oder kommen aus sozial benachteiligten Familien mit geringer Schul- und Berufsausbildung, in denen bereits die Eltern Abhängigkeitserkrankungen aufgewiesen haben. Hier muss aber auch erwähnt werden, dass grundsätzlich jeder Jugendliche potenziell von einer Abhängigkeitserkrankung betroffen sein kann (Mentlvilla, persönliche Mitteilung).

Es zeigt sich, dass viele der jugendlichen Drogenkonsumentinnen und -konsumenten schon früh mit dem Gesetz in Konflikt kommen (siehe auch weiter unten) und dass sich die Delinquenz (häufig nur im Rahmen von Kleinkriminalität) später weiter fortsetzen kann. In diesem Zusammenhang ist jedoch darauf hinzuweisen, dass jugendliche Drogenkonsumierende – abgesehen von ihrem meist illegalen Drogenkonsum – nicht per se kriminell sind. Häufig besteht zwischen Jugenddelinquenz und Drogenkonsum kein oder ein sehr komplexer Zusammenhang, da beides oft Symptome derselben Ursachen sind: Chancen- und Perspektivenlosigkeit, mangelndes Selbstwertgefühl, der Wunsch nach Angenommensein, nach Liebe, Familie, einem geregelten Leben etc.

Eine Risikogruppe, die immer deutlicher wahrnehmbar ist, sind Flüchtlinge, Asylwerberinnen/-werber und sich illegal in Österreich aufhaltende Migrantinnen/Migranten. Aus Sicht der Betreuungseinrichtungen lässt sich zwar meist nicht sagen, ob diese Personen erst in Österreich abhängig wurden oder dies schon vor ihrer Ankunft gewesen sind. Aber auch hier leistet die meist triste und perspektivenlose Situation, in der sich viele dieser Personen befinden,

⁵⁸ Die im Vereinigten Königreich verwendete ACORN-Klassifikation stellt das führende geodemographische Werkzeug dar, um die Bevölkerung und ihren Bedarf an Gütern und Dienstleistungen zu beschreiben, wofür u. a. 287 Lebensstil-Variablen zur Verfügung stehen. Zusätzlich bietet HealthACORN die Möglichkeit, den Personenmix auf Ebene der sogenannten „neighbourhoods“ zu beschreiben und dabei je nach Krankheitsstatus und Lebensstil vier Gruppen zu identifizieren.

der Entstehung einer Abhängigkeitsproblematik wie auch -gefährdung deutlichen Vorschub (Mentvilla, persönliche Mitteilung).

Betrachtet man in der ESPAD-Studie⁵⁹ des Jahres 2003 (Uhl et al. 2005b) den Substanzkonsum im Zusammenhang mit Schulschwänzen (Tabelle 12.1), so zeigt sich, dass Personen, die seltener Schule schwänzen, eine niedrigere Lebenszeitprävalenz für den Konsum illegaler Drogen aufweisen als jene, die öfter schwänzen. Bei den Angaben ist aber das möglicherweise mit einem Bias behaftete Antwortverhalten der Schülerinnen/Schüler zu bedenken. Auch wird darauf hingewiesen, dass es sich zum Teil um geringe Fallzahlen handelt.

Tabelle 12.1: Prävalenzwerte im Zusammenhang mit der angegebenen Anzahl der Tage, an denen in den letzten 30 Tagen Schule geschwänzt wurde (Angaben in Prozent; n = 5.270)

Anzahl der geschwänzten Tage in den letzten 30 Tagen	Lebenszeitprävalenz		
	Cannabiskonsum Durchschnittswert: 22 %	Illegale Drogen außer Cannabis Durchschnittswert: 10 %	Cannabis und Alkohol Durchschnittswert: 17 %
Keiner	17,1	7,4	12,4
Ein Tag	30,2	13,6	24,7
Zwei Tage	38,4	16,7	33,8
Drei bis vier Tage	46,9	22,3	33,7
Fünf bis sechs Tage	54,0	21,6	46,9
Sieben und mehr Tage	55,8	34,2	46,7

Quelle: Uhl et al. 2005b; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Die Frage, ob aus dem Zusammenhang zwischen Schulschwänzen und genanntem Substanzkonsum auf einen späteren problematischen Konsum geschlossen werden kann, ist aufgrund der vorliegenden Studien nicht zu beantworten. Die ESPAD-Studie erscheint wenig geeignet, Informationen zum Thema der (möglichen) sozialen Ausgrenzung zu gewinnen, da sich die Gruppe der massiv Drogen missbrauchenden Jugendlichen größtenteils nicht aus Schülerinnen und Schülern zusammensetzt. Dagegen wurde als Klammer über die verschiedenen psychischen und sozialen Risikofaktoren ein Mangel an Zuwendung, Struktur, Orientierung und positiven Bindungen wie Perspektiven bei den betroffenen Jugendlichen festgestellt. Wobei in Bezug auf Suchtentstehung nicht einzelne Risikofaktoren, sondern die Kumulation von Problemlagen bei gleichzeitigem Mangel an Ressourcen (Schutzfaktoren) ausschlaggebend sind (ÖBIG 2002b). Dieser Umstand wird auch von einer NÖ-Studie⁶⁰ bestätigt, die Ende des Jahres 2005 zum Thema Substanzkonsum durchgeführt wurde. Nach Angaben der Autorinnen spielten Opiate, Kokain und andere „harte“ Drogen bei den Jugendlichen kaum eine Rolle, wobei auch der Probierkonsum gering ausfiel. Nur wenige gefährdete Jugendliche, bei denen mehrere belastende und suchtfördernde Faktoren zusammenkommen, scheinen zu solchen Drogen zu greifen bzw. davon abhängig zu werden (Gartner-Schiller und Neumayr 2006).

Als besonders **gefährdete Gruppen innerhalb der in Betreuung/Behandlung befindlichen Personen** gelten solche ohne Berufsausbildung oder Erwerbstätigkeit sowie die in un-

⁵⁹ Im Rahmen der ESPAD-Studie wurden im Jahr 2003 in Österreich 5.270 Schülerinnen und Schüler der neunten und zehnten Schulstufe zu Alkohol und anderen Drogen befragt.

⁶⁰ Im Rahmen einer Studie der Beratungsstelle Auftrieb in Wiener Neustadt und Umgebung (NÖ) wurden 1.404 Jugendliche im Alter von 12 bis 19 Jahren befragt.

gesicherter Wohnsituation. Sind von diesen Faktoren bereits Menschen in jungen Jahren betroffen, kann von einer in jeder Hinsicht (z. B. sozialer Ausschluss durch Obdachlosigkeit, Krankheit etc.) gefährdeten Gruppe gesprochen werden (vgl. auch GÖG/ÖBIG 2006). Daher wird diesem Teil der in Behandlung befindlichen Personen im Folgenden besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Um die Entwicklung der Behandlungs-/Betreuungsdaten über die Zeit darzustellen zu können, wird die seit 2002 in Wien angewendete BADO⁶¹ herangezogen (IFES 2006). Dabei werden allerdings nur jene Daten berichtet, die eine Darstellung nach Altersklassen beinhalten.

Ein Viertel der 16- bis 20-Jährigen, die in den Wiener Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe betreut werden, hat nur die Volksschule positiv abgeschlossen, was den hohen Anteil an Personen, die bereits frühzeitig aus dem Schulsystem herausgefallen sind, widerspiegelt. 42 Prozent dieser Altersgruppe haben höchstens die Hauptschule absolviert, ein weiteres Fünftel die Polytechnische Schule. Rund 80 Prozent der 16- bis 20-Jährigen geben an, nicht berufstätig zu sein. In dieser Altersgruppe werden 14 Prozent der Klientinnen und Klienten stationär betreut, wobei die Hälfte der Personen dieser Altersgruppe aktuell in Substitution ist – ein Wert, der sich seit 2002 mehr als verdoppelt hat. Für 59 Prozent ist es eine erstmalige Betreuung in Institutionen der Suchthilfe.

In Österreich wurde, beginnend mit dem Klientinnen- und Klientenjahrgang 2006, das landesweite Dokumentationssystem DOKLI⁶² der in den Einrichtungen der Drogenhilfe betreuten Personen etabliert (vgl. Kap. 4.2; GÖG/ÖBIG 2007a). Um Aussagen über die Gruppen der wohnungslosen und erwerbslosen Personen unter zwanzig Jahren im österreichischen Suchthilfesystem treffen zu können, wurden zusätzliche Auswertungen durchgeführt.

Tabelle 12.2: Ausgewählte soziodemographische Parameter für Angehörige der betrachteten Zielgruppen, die sich in niederschwelliger Begleitung (n = 563) bzw. längerfristiger ambulanter Betreuung** (n = 4.200) befinden, nach Alter und Geschlecht (Angaben in Prozent)*

Ausgewählte soziodemographische Parameter	Alter und Geschlecht					
	Unter 20 Jahren		20 Jahre und älter		Alle Altersgruppen	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Wohnsituation*: ungesichert (n = 417)	25	27	51	41	44	35
Erwerbstätigkeit*: nein (n = 354)	77	85	80	88	79	87
Auflage/Weisung**: ja (n = 3.856)	49	32	37	26	40	27

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2006; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle 12.2 lässt deutlich erkennen, dass die nicht vorhandene Erwerbstätigkeit sowie besonders die ungesicherte Wohnsituation mit steigendem Alter der Betreuten vermehrt gegeben sind, während eine Auflage/Weisung – im Sinne der erhobenen Straftatbestände – eher in jungen Jahren und häufiger bei Männern vorliegt.

⁶¹ Vom Wiener Arbeitskreis für Dokumentation erarbeitete Basisdokumentation der Klientinnen und Klienten der Betreuungseinrichtungen des Wiener Suchtkrankenhilfesystems. An der Basisdokumentation des Jahres 2005 haben sich 28 Einrichtungen mit Datensätzen von 3.452 Personen beteiligt. Die Daten der BADO (Klientinnen- und Klientenjahrgang 2006) fließen auch in die DOKLI-Daten ein und sind daher in den DOKLI-spezifischen Auswertungen enthalten.

⁶² Aus den im Rahmen von DOKLI erfassten Einrichtungen der Drogenhilfe in Österreich liegen Daten von insgesamt 4.200 Personen vor, die im Jahr 2006 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben. 1.403 Personen haben eine längerfristige stationäre Betreuung und 563 eine niederschwellige Begleitung begonnen. 5.069 Personen haben eine drogen-spezifische Betreuung in Form eines kurzfristigen Kontakts in Anspruch genommen.

Tabelle 12.3: Leitdrogen der unter 20-Jährigen in ungesicherter Wohnsituation, verglichen mit den von derselben Altersgruppe in gesicherter Wohnsituation genannten Leitdrogen im Rahmen der niederschweligen Begleitung, nach Geschlecht (Angaben in Prozent; n = 120)

Leitdrogen (Mehrfachnennungen waren möglich)	Wohnsituation der unter 20-Jährigen, nach Geschlecht			
	Ungesichert		Gesichert	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Opiate	58	33	7	26
Kokaingruppe	0	17	2	0
Stimulanzien	0	0	2	3
Tranquilizer/Hypnotika	37	25	2	0
Halluzinogene	0	0	0	0
Cannabis	21	25	75	74
Schnüffelstoffe	0	0	0	0
Alkohol	11	17	20	24

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2006; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Bezüglich der in Tabelle 12.3 genannten Leitdrogen (Mehrfachnennungen waren möglich) bestehen zwischen Personen in ungesicherter und denen in gesicherter Wohnsituation zum Teil erhebliche Unterschiede. Während in der ungesicherten Wohnsituation Opiate und Tranquilizer/Hypnotika eine große Rolle spielen, werden in der gesicherten Wohnsituation Cannabis und Alkohol – von den Frauen auch Opiate – bevorzugt.

Tabelle 12.4: Vorwiegende Einnahmeformen bei unter 20-Jährigen in ungesicherter Wohnsituation, verglichen mit den von derselben Altersgruppe in gesicherter Wohnsituation genannten Konsumformen im Rahmen längerfristiger ambulanter Betreuung, nach Geschlecht (Angaben in Prozent)

Vorwiegende Einnahmeformen	Wohnsituation der unter 20-Jährigen, nach Geschlecht			
	Ungesichert		Gesichert	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Heroin (n = 310)				
Injizieren	56	20	21	27
Rauchen	0	20	9	5
Sniffen	44	60	69	66
Substitutionsmittel (n = 235)				
Injizieren	38	38	37	38
Essen und Trinken (oral)	63	38	53	44
Sniffen	0	25	9	15
Kokain (n = 325)				
Injizieren	25	14	8	15
Sniffen	75	86	89	81
Amphetamine (n = 283)				
Injizieren	10	0	1	0
Essen und Trinken (oral)	20	50	30	38
Sniffen	70	50	7	60

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2006; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Zur Konsumform befragt, gibt die Gruppe der Männer in ungesicherter Wohnsituation an, Substanzen eher zu injizieren (vgl. Tab. 12.4). Von der Gruppe der Personen in gesicherter Wohnsituation werden Heroin sowie Kokain vorwiegend gesniffen. Substitutionsmittel werden

in beiden Gruppen von Frauen eher injiziert oder gesniff als von Männern, die diese Substanzen lieber oral einnehmen (GÖG/ÖBIG 2007a).

Bei der Häufigkeit des Drogenkonsums in den letzten dreißig Tagen zeigen sich für die Personengruppe in unsicherer Wohnsituation bei den meisten Substanzen deutlich höhere Konsumfrequenzen (GÖG/ÖBIG 2007a).

Einen aufschlussreichen Einblick in die Lebenswelt von obdachlosen Drogenkonsumentinnen und -konsumenten liefert die Diplomarbeit von Margit Putre (2006)⁶³. Sie zeigt auf, dass die meisten der sog. „Vielschläferinnen/-schläfer“ schon in ihrer Jugend eine Drogenabhängigkeit ausgebildet haben (Altersschnitt beim Problemkonsum: 17 Jahre) und bereits eine lange Drogenkarriere aufweisen, wobei der Erstkontakt mit dem Ganslwirt im Schnitt sieben Jahre nach der ersten Problemkonsumphase erfolgte. Im Rahmen der Diplomarbeit kommen vier wohnungslose Drogenkonsumierende zu Wort, die zur Zeit der Interviews 22 bis 38 Jahre alt sind und damit nicht mehr im Altersbereich der speziellen Zielgruppe des Kapitels liegen. Ihre Berichte werden dennoch hier wiedergegeben, da sie bereits in jungen Jahren Drogen konsumiert haben und just die retrospektive Betrachtung ihrer bisherigen Lebensverläufe ein eindrucksvolles Bild der untersuchten Gruppe zeichnet.

Eine der vier interviewten Personen ist weiblich, was etwa der durchschnittlichen Geschlechterverteilung der im Suchthilfesystem erfassten Personen entspricht (vgl. Kap. 4.2). Alle vier haben im Alter von 16 bis 18 Jahren mit dem Konsum von illegalen Drogen begonnen, Alkoholkonsum wird von einer Person ab neun Jahren genannt. Der Beginn des i. v. Konsums fand im Alter von etwa zwanzig Jahren statt. Konsumiert wurden Cannabis, Alkohol mit Medikamenten, Heroin/Morphin, Ecstasy, LSD, Speed und Kokain. Alle vier Personen sind aktuell in Substitutionsbehandlung mit mehr oder weniger hohem Beikonsum von z. B. Alkohol und Benzodiazepinen. Die Dauer der Obdachlosigkeit reicht von ein paar Monaten bis zu 17 Jahren, wobei sie im letzten Fall durch Haft- und Krankenhausaufenthalte unterbrochen war. In den Interviews wurden belastende Familiensituationen mit einem dominanten gewalttätigen Vater, mit Vernachlässigung durch eine alkohol- und medikamentenabhängige Mutter und mit Heimunterbringung sowie Beruhigungsmitteln wegen Hyperaktivität ab dem zehnten Lebensjahr berichtet. Auslöser für die Obdachlosigkeit ist ein Bruch mit dem Herkunftssystem bzw. mit wichtigen Bezugspersonen, wodurch stützende Ressourcen wegfielen. Bei den männlichen Befragten bestand die Drogenabhängigkeit bereits vor der Obdachlosigkeit, bei der weiblichen Befragten folgte die Abhängigkeit dem Verlust von Familie und Wohnplatz. Die Personen leiden u. a. an Hepatitis und Leberzirrhose oder sind HIV-positiv (Putre 2006).

Vom Drogenkonsum als Bewältigungsstrategie im Zusammenhang mit sozialen Schwierigkeiten teilweise zu unterscheiden ist die große Zahl derer, die unter sog. „Doppeldiagnosen“ leiden – Abhängigkeitserkrankungen, gepaart mit psychiatrischen Erkrankungen (Depression, Psychose, Borderline-Persönlichkeit etc.), wobei teilweise der Griff zur Droge einer Selbstmedikation im Sinne einer bewussten Verdrängungsstrategie gleichkommt. Auch infizieren sich immer noch viele jugendliche Drogenkonsumierende durch unsauberen i. v. Kon-

⁶³ Margit Putre – Leiterin der sozialmedizinischen Drogenberatungsstelle Ganslwirt – hat in ihrer Diplomarbeit u. a. problemzentrierte Interviews mit vier repräsentativen Personen – ausgewählt aus 41 Personen, die die Notschlafstelle des Ganslwirts besonders oft in Anspruch nehmen – geführt.

sum mit Hepatitis C. Außerdem kommt es zu Verhärtungen und Entzündungen der Venen und zu Spritzenabszessen (Drogenberatung im Z6 und Mentvilla, persönliche Mitteilungen).

In einer Studie zur selbstberichteten Delinquenz von Jugendlichen in Österreich⁶⁴ wird festgehalten, dass Jugendliche, bei denen das Delikt „leichter Diebstahl“ vorliegt, zu 27 Prozent Erfahrungen mit Alkohol und Drogen angeben. Bei schwerem Diebstahl beträgt dieser Wert 46 Prozent. Befragte, die vermehrt „Kriminalität“ im Freundeskreis beobachtet haben, geben zu 23 Prozent auch Erfahrungen mit Alkohol und Drogen an. Zusätzlich werden sowohl bei Delinquenz- als auch bei Alkohol- und Drogenerfahrungen Probleme mit den Eltern berichtet (Hager und Stummvoll 2006).

12.2 Antworten auf Drogenprobleme unter gefährdeten Gruppen

Reaktionen und Maßnahmen im Zusammenhang mit Drogenproblemen unter gefährdeten Gruppen betreffen einerseits die Schaffung adäquater politischer und rechtlicher Rahmenbedingungen wie auch Aktivitäten im Bereich Prävention und Behandlung. So sieht z. B. das Wiener Drogenkonzept vor, Mitglieder der Gesellschaft, die an den sozialen Rand geraten sind, wieder in die Gesellschaft zu integrieren bzw. die soziale Gefährdung so weit wie möglich zu verhindern (Bäcker und Magnus 2006). Große Bedeutung haben diesbezüglich besonders integrative Ansätze, die – wenn möglich – einen Verbleib der betroffenen Kinder und Jugendlichen in der Herkunftsfamilie anstreben. Zusätzlich ist abhängigkeiterkrankten Jugendlichen durch Anbieten eines ausreichenden Netzes von Wohn- und Betreuungseinrichtungen die Möglichkeit zu geben, Ruhe zu finden und den Konsum in den Griff zu bekommen (Mentvilla, persönliche Mitteilung).

Die rechtliche Entwicklung sieht vor, die jugendgerichtlichen Strukturen an den Sitzen der Landesgerichte zu verbessern. Gleichzeitig soll ein Standort im dritten Wiener Gemeindebezirk genutzt werden, um wieder einen Jugendgerichtshof mit angeschlossener Jugendvollzugsanstalt (mit ca. 350 Haftplätzen) samt Zusatzeinrichtungen zu schaffen.⁶⁵ Der seit dem Jahr 1929 bestehende Jugendgerichtshof, an dem durch speziell ausgebildete Staatsanwältinnen/-anwälte und Richterinnen/Richter den Besonderheiten entwicklungsbedingter Kriminalität Rechnung getragen worden war, wurde mit Jänner 2003 geschlossen.

Weiters sind durch § 13 des Suchtmittelgesetzes (SMG) Schulen verpflichtet, Schülerinnen und Schülern, die im Sinne eines Substanzmissbrauchs auffällig werden, gezielte Hilfe anzubieten. In diesem Fall hat die Schulleitung den Jugendlichen einer schulärztlichen bzw. schulpsychologischen Untersuchung zuzuführen. Je nach Ausgang der Untersuchung ist gegebenenfalls eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2 SMG notwendig. Werden die angeordneten Untersuchungen vom Jugendlichen absolviert, besteht vonseiten der Schule keinerlei Meldepflicht gegenüber den Behörden. Somit wird der Verbleib der

⁶⁴ In der Studie, die das Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie gemeinsam mit dem Österreichischen Institut für Jugendforschung durchgeführt hat, wurden 3.009 Schülerinnen und Schüler aus österreichischen Groß- und Kleinstädten zum Thema Delinquenz befragt.

⁶⁵ www.jusline.at, Pressemitteilung vom 20. Juli 2007

Schülerin bzw. des Schülers in der Schule gefördert und eine mögliche soziale Ausgrenzung aufgrund des Konsums von Drogen verhindert (GÖG/ÖBIG 2006).

Im schulischen Bereich ist auch das sekundärpräventive Projekt „Step by Step“ angesiedelt, das auf die Umsetzung des erwähnten § 13 SMG abzielt. Es bietet Unterrichtspersonal Hilfestellungen beim Umgang mit verhaltensauffälligen oder suchtmittelkonsumierenden Schülerinnen/Schülern und soll so zur Früherfassung und Krisenintervention beitragen. Außerdem besteht in der Vernetzung mit maßgeblichen Personen, Einrichtungen und Institutionen die Möglichkeit, innerschulische Kriseninterventionsteams zu bilden, die auf Wunsch kostenlos von Expertinnen/Experten der Fachstellen für Suchtvorbeugung gecoacht werden.⁶⁶

Schwierigkeiten bei der Umsetzung des bestehenden Handlungsmodells nach § 13 SMG ergeben sich durch den kurzen Aufenthalt der Schülerinnen und Schüler an Berufsschulen, die im ländlichen Raum meist als Internatsbetrieb mit Unterricht in Form eines Ausbildungsblocks pro Semester geführt werden. Hier bestehen Probleme bei der Umsetzung eines Frühwarnsystems und bei der langfristigen Begleitung der Fälle (Hutsteiner et al. 2005).

Im Rahmen der Betreuung von Neugeborenen (in Wien pro Jahr etwa 50 bis 60) substanzabhängiger Mütter gilt, dass eine Entscheidung über eine Trennung der Kinder von ihren Müttern bzw. Eltern nicht als großzügige Primärstrategie getroffen werden soll. Vielmehr sollen die Möglichkeiten einer Stabilisierung der einzelnen Lebenssituationen durch adäquate multidisziplinäre Unterstützungen ausgelotet und eine Fremdunterbringung der Kinder durch entsprechende Hilfe für Mütter bzw. Eltern vermieden werden, was bei etwa einem Drittel der betroffenen Kinder gelingt. Bei einem weiteren Drittel erfolgt sofort eine primäre Überstellung weg von der Mutter und beim restlichen Drittel eine Fremdunterbringung in den ersten Lebensjahren (Berger und Elstner 2002; Bäcker und Magnus 2006).

Ein integrativer Ansatz wird auch in der Praxis der Jugendwohlfahrt angewendet, wobei innerhalb der MAG ELF in Form des Drogenkompetenzzentrums eine Schnittstelle zwischen Drogenhilfe und Jugendwohlfahrt besteht. Auftrag des Zentrums ist es, die Kinder zu schützen, was immer mit dem gelindesten Mittel geschehen soll. Dabei ist man bemüht, eine Lösung zu finden, die möglichst nah an der betroffenen Familie liegt. Nur im Notfall wird das Kind der Familie entzogen (Bäcker, persönliche Mitteilung). Auch in der Steiermark gibt es seit einigen Jahren eine Kompetenzgruppe, in der Personen aus den Bereichen Suchthilfe und Jugendwohlfahrt regelmäßig im Rahmen eines lösungs- und ressourcenorientierten Miteinanders zusammenarbeiten (Drogenberatung des Landes Steiermark 2007). Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang auch die Aktivitäten von ENCARE, wo bundeslandbezogene Netzwerke mit dem Schwerpunkt „Kinder in suchbelasteten Familien“ aufgebaut werden (vgl. Kap 3.2).

Fachleute nehmen an, dass – neben langen Wartezeiten auf Entzugs- und Therapieplätze durch immer kompliziertere Behördengänge – fehlende Einrichtungen, die junge Menschen nach einer Langzeittherapie auffangen, ein großes Problem darstellen. Zusätzlich wären weitere Streetworkprojekte zu fördern, da Streetworker durch ihre aufsuchende und teilweise auch nachgehende Arbeit und immer wieder neue Beziehungsangebote den jugendlichen

⁶⁶ www.Suchtvorbeugung.at (26. 7. 2007)

Drogenkonsumentinnen und -konsumenten alternative Ideale vermitteln können. Es bedarf auch vermehrt der Einrichtungen, die den Jugendlichen in entsprechender Weise Möglichkeiten bieten, erneut eine positive Tagesstruktur zu entwickeln, abgebrochene Schul- und Ausbildungszeiten abzuschließen und sie in den Arbeitsmarkt zu integrieren (Mentvilla, persönliche Mitteilung).

Es existiert eine Reihe von Notschlafstellen, die nicht ausdrücklich suchtspezifisch ausgerichtet sind, in denen aber Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit keinen Ausschließungsgrund für eine Aufnahme darstellt. Eine solche Einrichtung stellt z. B. die Wiener Notschlafstelle a_way dar, die obdachlosen Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren eine niederschwellige Notunterkunft bietet (vgl. GÖG/ÖBIG 2006).

Im Jahr 1997 ist vom VWS streetwork im Auftrag der MA 15, Abteilung Gesundheitsplanung, ein Konzept zur Planung von Sozialarbeit im Bereich männlicher Prostitution erstellt worden, das allerdings bis heute nicht umgesetzt ist. Die betroffenen Personen sind junge Männer im Alter von 14 bis 25 Jahren, die teilweise bereits harte Drogen konsumieren. Um die Ziele STD-Prävention, psychosoziale Stützung, Verhinderung von Verwahrlosung und Verelendung sowie Unterstützung bei der Reintegration zu erreichen, bedarf es einer multifunktionalen Anlaufstelle für männliche Prostituierte inklusive eines Telefonberatungsdiensts. Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Kooperationspartner im Gesundheitsbereich, im medizinischen sowie rechtlichen und sozialen Bereich ist zur Setzung weiterführender Maßnahmen unerlässlich (VWS 2000).

Das im Jahr 2002 gestartete Projekt „Way out“ wurde durch einen unbefristeten Vertrag mit dem Kooperationspartner NEUSTART in ein laufendes Projekt umgewandelt und bietet in Kärnten eine regionale jugendadäquate Versorgung an. Das sekundärpräventive Projekt für Jugendliche und junge Erwachsene von 14 bis 21 Jahren ist ein Frühinterventionsangebot für junge erstauffällige Drogenkonsumierende und basiert auf dem Grundsatz „Helfen vor Strafen“. Es stellt ein etwa sechs Monate dauerndes, gezielt auferlegtes Hilfsangebot im Sinne einer gesundheitsbezogenen Maßnahme dar, das bei Bedarf regional in allen Bezirken Kärntens durchgeführt wird (Drobesch, persönliche Mitteilung; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2006; EDDRA).

Seit Juni 2006 befasst sich die Tiroler Suchtberatungsstelle B.I.T. auch eingehend mit der Situation von Kindern und Jugendlichen in suchtblasteten Familien. Die dafür eingerichtete Arbeitsgruppe besteht aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Jugendwohlfahrt, Einrichtungen der Suchthilfe und Kontakt & Co als Suchtpräventionsstelle. Ziel ist es, einen verbindlichen Kooperationsleitfaden zu erstellen, der einen Standard für die tägliche praktische Arbeit darstellen soll (B.I.T., persönliche Mitteilung).

13 Drogenbezogene Forschung

Im vorliegenden Schwerpunktkapitel wird nach den Vorgaben der EBDD versucht, einen Überblick über nationale und regionale Strukturen der drogen- und suchtbetragenen Forschung⁶⁷ in Österreich zu geben. Ziel ist es, sowohl Einblick in politische Zuständigkeiten, in Implementierungsstrukturen und Finanzierungsformen von drogenbezogener Forschungsförderung zu gewähren, als auch die österreichische Forschungslandschaft überblicksartig durch Präsentation fünf relevanter Forschungsprojekte und zudem durch im Jahr 2006 publizierte Artikel österreichischer Forscher in (internationalen) Fachzeitschriften zu skizzieren. Schlussendlich richtet sich der Blick auf nationale und regionale Strukturen der Verbreitung von Forschungsergebnissen.

13.1 Strukturen für Forschung

Betrachtet man in Österreich das Themengebiet der drogenbezogenen Forschung, so wird ersichtlich, dass es sich hier um ein wenig einheitliches und wenig gesteuertes Forschungsfeld handelt, das hauptsächlich von Initiativen einzelner Institutionen oder Forscherinnen und Forschern geprägt ist. Relevant ist die Unterscheidung zwischen Auftragsforschung und geförderter Forschung. Erstere wird im Drogen- und Suchtbereich überwiegend vom Bund (z. B. Konsumerhebungen in der Gesamtbevölkerung und im Schulbereich; vgl. Kap. 13.2) bzw. vonseiten der Länder (z. B. Evaluationsstudien, Bedarfserhebungen) beauftragt. Das Gesundheitsministerium finanziert beispielsweise Repräsentativerhebungen und das Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung. Um Forschungsförderung wird v. a. vonseiten des Forschungsbereiches angesucht. Die Wechselwirkung zwischen Politik, Praxis und Forschung hat keine etablierten Strukturen in Österreich, aber speziell im Bereich der Auftragsforschung fließen Ergebnisse in politische Entscheidungen mit ein. Allgemein kann gesagt werden, dass in Österreich weder auf nationaler noch auf Länderebene eine Forschungsstrategie bzw. eine Koordinationsstelle für Forschung im Drogen- und Suchtbereich existiert.

In Österreich gibt es zwei interdisziplinäre Forschungsinstitutionen, die sich speziell mit der Abhängigkeitsthematik beschäftigen. Das Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung⁶⁸ (LBISucht) beruht auf einer Kooperation zwischen dem Anton-Proksch-Institut, der größten österreichischen Therapieeinrichtung für Alkohol- und Drogenabhängige, und der Ludwig-Boltzmann-Gesellschaft, österreichische Vereinigung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung. Das Institut gibt die vierteljährliche erscheinende „Wiener Zeitschrift für Suchtforschung“ heraus. Forschungsschwerpunkte des Instituts liegen auf den Gebieten Epidemiologie, drogenbedingte Problemfelder (z. B. Verkehrssicherheit), Drogenpolitik, Sozialgeschichte, Evaluationsforschung, Studien zur Drogenbehandlung und Prävention, Arbeiten im statistischen und methodologischen Bereich. In den letzten Jahren wurden verstärkt Forschungsaktivitäten in internationalen Studien auf dem Gebiet der Evaluation von Primär-

⁶⁷ Darunter wird vonseiten der EBDD Forschung über den Gebrauch von Drogen, Abhängigkeit und daraus resultierende Konsequenzen, aber auch spezifische Maßnahmen und drogenbezogene Problemlagen verstanden. Die Definition inkludiert Grundlagen- und anwendungsbezogene Forschung.

⁶⁸ www.api.or.at/lbi

prävention betrieben. Das Institut für Suchtforschung⁶⁹ wurde 1990 als Außenstelle der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck mit Sitz am Krankenhaus Maria Ebene, dem Vorarlberger Behandlungszentrum für Suchtkranke, eingerichtet. Das Institut legt seinen Forschungsschwerpunkt auf körperliche, psychische und soziale Störungen bzw. Krankheiten, die im Zusammenhang mit Alkohol, Nikotin, illegalen Drogen sowie psychotropen Substanzen stehen.

Auf universitärer Ebene findet sich drogenbezogene Forschung vor allem im klinisch-medizinischen Bereich wieder. Erwähnenswert sind hier die psychiatrischen Institute der Medizinischen Universitäten Wien und Innsbruck, die schwerpunktmäßig im Bereich der Substitution kontinuierlich Forschung betreiben (vgl. Kap. 13.2). Grundlagenforschung zu sozialen Fragestellungen findet sich vereinzelt in den sozialwissenschaftlichen Instituten der Universitäten. Auch im Rahmen von Diplomarbeiten und Dissertationen werden sucht- und drogenspezifische Fragestellungen behandelt, im Kontext der sozialen Auswirkungen vor allem auf den Fachhochschulen für Sozialarbeit, im Kontext von Public Health in den Fachhochschulen zu Gesundheitsmanagement. Einzelne Einrichtungen der Drogenhilfe, wie z. B. ChEck iT!, widmen sich forschungsrelevanten Fragestellungen, und in zunehmendem Maße nehmen auch private Institute im Bereich der drogenbezogenen Forschung Aufträge an. Auch die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) führt Forschungen im Drogen- und Suchtkontext durch. Zu nennen wären hier exemplarisch zwei Studien zu Präventionserfordernissen bei suchtgefährdeten Jugendlichen und die Prävalenzschätzungen des problematischen Drogenkonsums (vgl. ÖBIG 2001b, ÖBIG 2002b, GÖG/ ÖBIG 2006).

Es gibt in Österreich keine spezifische Institution, die für eine zentralisierte Mittelvergabe für drogen- bzw. suchtrelevante Fragestellungen zuständig ist. Drogenbezogene Forschung ist demnach an die allgemeine Struktur der Forschungsförderung in Österreich gebunden, wobei sich die Zuständigkeit im Bereich der Grundlagenforschung auf Bundesebene konzentriert. Die Höhe der Förderungen ist aufgrund der umfangreichen Fördergeber weder für den gesamten Forschungsbereich noch gesondert für drogenspezifische Forschung zu beziffern.

Auf Bundesebene gibt es neben Forschungsförderungen in den Bundesministerien auch große Förderungsinstitutionen, bei denen drogenbezogene Forschungsprojekte je nach inhaltlicher Schwerpunktsetzung eingereicht werden können. Darunter fällt die Österreichische Forschungsförderungsgesellschaft (FFG)⁷⁰, die hierzulande die zentrale Organisation zur Förderung von Forschung und Innovation ist. Der Schwerpunkt liegt in der Unterstützung wirtschaftsnaher und anwendungsorientierter Forschung. Der Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (FWF)⁷¹ ist Österreichs zentrale Einrichtung zur Förderung der Grundlagenforschung. Er ist allen Wissenschaften in gleicher Weise verpflichtet und orientiert sich in seiner Tätigkeit ausschließlich an den Maßstäben der internationalen Scientific Community. Die Österreichische Nationalbank (OeNB) hat im Jahre 1966 den Jubiläumsfonds für die Förderung von Forschungs- und Lehraufgaben der Wissenschaft gegründet. Die vergebenen Mittel werden schwerpunktmäßig an wissenschaftliche Arbeiten hoher Quali-

⁶⁹ www.suchtforschung.at

⁷⁰ www.ffg.at

⁷¹ www.fwf.ac.at

tät aus den Bereichen Wirtschaftswissenschaft, Medizinische Wissenschaft sowie Sozial- und Geisteswissenschaften vergeben.⁷² Speziell im Gesundheitsbereich fördert auch der Fonds Gesundes Österreich (GÖG/FGÖ) anwendungsorientierte Forschungsprojekte und Studien zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und der umfassenden Primärprävention sowie der Epidemiologie, Evaluation und Qualitätssicherung in diesem Bereich.⁷³ Weitere Fördermittelgeber für die sucht- und drogenbezogene Forschung finden sich auf Ebene der Bundesländer und in den Förderprogrammen der Europäischen Union (EU). Die Vielzahl von involvierten strukturellen Ebenen (Bund, Länder, EU) und unterschiedlichen Forschungstöpfen erschwert einen Überblick über die österreichische Forschungsförderungslandschaft. Einige Internetportale bieten Hilfe zur besseren Überschaubarkeit, zudem informiert jede Förderungsinstitution mit einer eigenen Internetseite. So bieten z. B. die Homepage der Gemeinde Wien⁷⁴ und der Förderkompass⁷⁵ des Bundesministeriums für Verkehr, Innovation und Technologie (BMVIT) ein allgemeines Navigationssystem zur österreichweiten Forschungsförderung.

13.2 Relevante Studien und Publikationen

In Österreich bietet sich auf dem Feld der drogenbezogenen Forschung ein vielfältiges Spektrum an Forschungszugängen auf nationaler und bundesländerspezifischer Ebene dar. Neben Evaluationsstudien, klinischen Vergleichsstudien (z. B. zur Substitution) und Bevölkerungserhebungen (z. B. Suchtmittelmonitoring Wien, ESPAD, Bevölkerungsbefragung Österreich; vgl. auch Tabelle A1 und A2 im Anhang A) finden sich auch qualitative Forschungszugänge (z. B. zur Lebenssituation von Konsumierenden). Im Folgenden werden fünf relevante Studien präsentiert, die seit 2000 durchgeführt wurden. Um dem breiten Spektrum an drogenbezogenen Forschungszugängen gerecht zu werden, liegt das Auswahlkriterium auf der Präsentation von Diversität im Forschungsbereich zum Thema Drogen und Sucht.

Die europäische Studie **QUASI-Compulsory Treatment (QCT) of Drug Addicted Offenders** wurde vom European Institute of Social Services (EISS) insgesamt und österreichspezifisch vom Ordinariat Klinische Psychologie der Universität Wien koordiniert. Das Studienprojekt wurde vom European Commission's Fifth Framework Research Programme finanziert und hatte eine Laufzeit von drei Jahren (10/03 bis 9/05)⁷⁶. Die QCT-Europe-Studie erforschte als erste systematisch vergleichende Evaluationsstudie auf nationalem und europäischem Level unter Einbeziehung von Großbritannien, den Niederlanden, Deutschland, Italien, Schweiz und Österreich die Wirksamkeit und Effektivität bestehender QCT-Systeme. Darunter sind angewandte therapeutische und psychosoziale Interventionen infolge drogenbezogener Kriminalität (Therapieauflagen, Therapie statt Strafe, Zwangstherapie, Drogentherapie im Gefängnis) zu verstehen, mit dem Ziel einer sozialen Integration drogenabhängiger Straftäte-

⁷² www.oenb.at/de/ueber_die_oenb/foerderung/jubilaefonds/jubilaefonds.jsp

⁷³ www.fgoe.org/projektfoerderung

⁷⁴ www.wien.gv.at/forschung/foerderungen/index.html

⁷⁵ www.foerderkompass.at

⁷⁶ www.kent.ac.uk/eiss/projects

rinnen und -täter und dem Erhalt der Legalbewährung bzw. einer längerfristigen Perspektive von Drogenfreiheit.

Für den österreichischen Teil dieser Längsschnittstudie wurde ein quasi-experimentelles Design gewählt, das mit entsprechenden Kontrollgruppen freiwillige Therapieteilnehmende mit Teilnehmenden justizieller Maßnahmen verglich. Im Befragungszeitraum Juli 2003 bis Januar 2005 wurde eine qualitative und quantitative Erstbefragung nach Eintritt in die Behandlung (n = 150) und Nachbefragungen nach sechs, zwölf und 18 Monaten (n = 67) unabhängig vom Behandlungsverlauf durchgeführt. Als Befragungsinstrumente wurde der European Addiction Severity Index (EuropASI) und der Fragebogen zum wahrgenommenen Zwang eingesetzt. Verglichen wurde bei der Erstbefragung der Zwangsklientel mit „Freiwilligen“ hinsichtlich Drogenkonsums, kriminellen Verhaltens, psychologischer und medizinischer Problematik und wahrgenommenen Zwangs. Die Nachbefragung richtete den Blick v. a. auf die Indikatoren Therapiebeendigung und Therapieerfolg im Zusammenhang mit Drogenkonsum, kriminellem Verhalten, psychischer und physischer Gesundheit und sozialer Integration. Die Ergebnisse weisen auf keine Veränderungen im Gesamtausmaß des wahrgenommenen Zwangs hin. Die Klientinnen und Klienten erleben sich unter beiden Bedingungen unter Zwang, und es wurde kein Unterschied zwischen erlebtem gesellschaftlichem Druck und justiziellem Zwang festgestellt. Es gibt demnach keinen negativen Zusammenhang zwischen indirektem justiziellem Zwang und der Therapieabbruchquote (Werdenich, persönliche Mitteilung).

A. Stevens, D. Berto, U. Frick, V. Kersch, T. McSweeney, S. Schaaf, M. Tartari, P. Turnbull, B. Trinkl, A. Uchtenhagen, G. Waidner, W. Werdenich (forthcoming). The victimisation of dependent drug users: Findings from a European Study. *European Journal of Criminology*, 4,4 (erscheint im Oktober 2007)

A. Stevens, D. Berto, U. Frick, N. Hunt, V. Kersch, T. McSweeney, K. Oeuvray, I. Puppo, A. Santa Maria, S. Schaaf, B. Trinkl, A. Uchtenhagen, W. Werdenich (2006). The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: Results from a European study of quasi-compulsory treatment. *European Addiction Research*, 12/2006, 197-209

Die Europäische Kommission finanzierte auch die Querschnittsstudie **Cocaine Use in Europe – A Multi-Centre Study**, die den Kokainkonsum in drei wesentlichen Konsumgruppen untersucht. Neben Wien waren weitere neun europäische Städte (Hamburg, Stockholm, London, Barcelona, Zürich, Dublin, Rom, Budapest) an dem Studienprojekt beteiligt⁷⁷.

Der österreichische Teil der Studie wurde von der Universitätsklinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität Wien unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer koordiniert, das genaue Budget ist nicht bekannt. Ziel war es, die derzeitige Situation von Kokainkonsumierenden, die Einschätzung des Kokainproblems aus Sicht von Expertinnen und Experten und objektivierbare Befunde von Kokainkonsum zu erheben. Die Datenerhebung erfolgte mittels strukturierter Interviews von 211 Kokainkonsumierenden, die in eine Treatment-Gruppe (n = 70), eine Szene-Gruppe (n = 71) und eine Party-Gruppe (n = 70) eingeteilt waren. Zudem wurden soziodemographische Daten wie Alter, Bildung, Berufstätigkeit, monatliche Ausgaben für Kokain und Crack und Daten zum Konsummuster zur physischen und psychischen Gesundheit erhoben. Weiters wurden harntoxikologische Untersuchungen auf Kokain in die Analyse mit einbezogen. Die Ergebnisse zeigen, dass Mitglieder der Szene-

⁷⁷ www.meduniwien.ac.at/psychiatrie/

Gruppe mit rund 29 Jahren am ältesten sind, die höchste Rate an Beschäftigungslosen haben und zudem die längste Konsumdauer und die häufigste Konsumfrequenz (22 Tage/Monat) aufweisen. In der Treatment-Gruppe wiederum findet sich die schlechteste Schulbildung in Jahren; auffällig ist aber, dass Mitglieder dieser Gruppe die größte Einsicht hinsichtlich ihrer Konsumproblematik haben. Die Party-Gruppe im Vergleich dazu unterschätzt das Ausmaß ihres Drogenkonsums in hohem Maße. Der europäische Trend eines gestiegenen Kokainkonsums kann mit dieser Studie auch für Wien bestätigt werden. Eines der größten Probleme hinsichtlich der Einrichtung von adäquaten Behandlungsstrukturen ist die schwere Erreichbarkeit dieser Personengruppe. Zusätzlich ist eines der wesentlichen Muster des Kokainkonsums der multiple Substanzgebrauch, und dieser Aspekt sollte auch in die Behandlungsangebote mit einbezogen werden (Fischer, persönliche Mitteilung).

A. Bawert, N. Primus, R. Jagsch, H. Eder, M. Zanki, K. Thau, G. Fischer (2006). Cocaine abuse in Vienna and European cities – a multi-center study. Wiener Klinische Wochenschrift., 118 (17-18)/2006, 521-530

C. Haasen, M. Prinzleve, H. Zurhold, J. Rehm, F. Güttinger, G. Fischer, R. Jagsch, B. Olsson, M. Ekendahl, A. Vester, A. Camposeragna, A. M. Pezous, M. Gosop, V. Manning, G. Cox, N. Ryder, J. Gerevich, E. Bacskai, M. Casas, J. L. Matali, M. Krausz (2004). Cocaine Use in Europe – A Multi-Centre Study. European Addiction Research, 10/2004, 139-146

An der Universitätsklinik für Psychiatrie, Bereich Experimentelle Psychiatrie, der Medizinischen Universität Innsbruck unter Studienleitung von Univ.-Prof. Dr. Gerald Zernig-Grubinger läuft derzeit ein Forschungsprojekt (März 2006 bis März 2008) zum Thema **Nucleus accumbens Acetylcholine bei Substanzabhängigkeit**, das vom FWF finanziert wird⁷⁸.

Ziel des auf Tierversuchen basierenden Projektes ist die Identifizierung neuer pharmakotherapeutischer und psychotherapeutischer Ansätze zur Behandlung der Substanzabhängigkeit. Unter den Hirnregionen, die die deletäre Präferenz des Abhängigen für das Suchtmittel vermitteln, nimmt der nucleus accumbens eine zentrale Rolle ein. Bei der Messung der Neurotransmitter-Freisetzung im Kern des nucleus accumbens während der Entwicklung des Verstärkungseffektes von Remifentanil, einem μ -Opioid-Agonisten, mittels In-vivo-Mikrodialyse und tandem-massenspektrometrischer (LC/MS/MS-)Bestimmung von Dopamin, Acetylcholin und Remifentanil zeigte sich, dass die Entwicklung des Verstärkungseffektes mit einer Zunahme der Acetylcholin-Freisetzung einhergeht, während die Freisetzung von Dopamin, des erwarteten Neurotransmitter-Hauptkandidaten, sich nicht ändert. Diese Ergebnisse erfordern eine wesentliche Modifikation der „Dopamin-Theorie der Belohnung“, zumindest was die Initialstadien der Suchtentwicklung betrifft. Derzeit wird untersucht, welche neuronalen Zellantworten die accumbale Acetylcholinrezeptor-Aktivierung nach sich zieht und welche Formen des „Suchtgedächtnisses“ dadurch beeinflusst werden können. Im Rahmen dieses Forschungsprojektes wurde außerdem der internationale State of the Art in der klinischen und präklinischen Suchtforschung kritisch evaluiert: Ein 15-köpfiges internationales Autorinnen- und Autorenteam führt besonders die mit der Materie nicht so vertrauten Interessierten in die derzeit favorisierten Erklärungsmodelle zum Anstieg des Drogenkonsums bei Abhängigen ein und erörtert die diesen Modellen zugrundeliegende klinische und präklinische Evidenz (Zernig-Grubinger, persönliche Mitteilung).

⁷⁸ www.plasmaspiegel.at/forschung.htm

J. A. Crespo, K. Sturm, A. Saria, G. Zernig (2006). Activation of Muscarinic and Nicotinic Acetylcholine Receptors in the Nucleus Accumbens Core Is Necessary for the Acquisition of Drug Reinforcement. The Journal of Neuroscience, 26(22)/ 2006, 6004-6010

G. Zernig, S. H. Ahmed, R. N. Cardinal, D. Morgan, E. Acquas, R. W. Foltin, P. Vezina, S. S. Negus, J. A. Crespo, P. Stöckl, P. Grubinger, E. Madlung, C. Haring, M. Kurz, A. Saria (2007). Explaining the Escalation of Drug Use in Substance Dependence: Models and Appropriate Animal Laboratory Tests. Pharmacology, 80/ 2007, 65-119

Die Wiener Drug-Checking-Einrichtung ChEck iT! führte in den Jahren 1998 und 2001 bis 2003 eine Fragebogenstudie zum **Konsumverhalten von Freizeitdrogen-KonsumentInnen** durch, die aus dem laufenden Einrichtungsbudget finanziert wurde.⁷⁹

Ziel der Untersuchung war die Identifikation und Erhebung von Konsumtrends unter Besucherinnen und Besuchern von großen, kommerziellen Rave-Veranstaltungen mit dem Blick weg von primären Ecstasy-Konsummustern hin zu einem breiterem Spektrum an Substanzen und einem vielfältigeren Forschungsdesign. Im Rahmen der durchgeführten Sekundäranalyse der auf Veranstaltungen erhobenen Fragebögen (n = 827) wurde zum einen die Entwicklung der Prävalenzen unterschiedlicher Substanzen über die Jahre untersucht, zum anderen wird auf Basis der Angaben zur Konsumfrequenz bei einzelnen Substanzen in den letzten Tagen im Zuge einer Clusteranalyse das Phänomen Freizeitdrogenkonsum genauer beleuchtet. Der Großteil der Daten stammt von Veranstaltungen in Wien und Umgebung, ein kleiner Teil aus Linz und Innsbruck. Die Clusteranalyse kommt zu dem Ergebnis, dass Freizeitkonsumierende keine homogene Gruppe darstellen, sondern sich grob in vier Konsumgruppen aufteilen lassen. Die erste Gruppe (n = 225) beschreibt „Nichtkonsumierende“ illegaler Drogen, die sich aus Nichtkonsumierenden, Experimental- und Exkonsumierenden illegaler Substanzen zusammensetzt. In der zweiten Gruppe (n = 295) der Gelegenheitskonsumierenden wird neben Alkohol gelegentlich auch Cannabis und Ecstasy, seltener auch Speed konsumiert. Die dritte Gruppe (n = 196) umfasst Cannabiskonsumierende mit Gelegenheitskonsum anderer Freizeitdrogen. Im Vergleich zur zweiten Gruppe wird hier regelmäßiger Cannabis und vermehrt Speed, Ecstasy und auch Pilze konsumiert. In der vierten Gruppe (n = 111), der Hochrisikogruppe, werden mit Ausnahme von Alkohol und Cannabis sämtliche Substanzen häufiger konsumiert als in allen anderen Gruppen, und diese Gruppe besucht auch Rave-Veranstaltungen häufiger als andere Gruppen. Zur (Weiter-)Entwicklung spezifischer Präventionsmaßnahmen erscheint eine eingehende Betrachtung dieser vier unterschiedlichen Konsumgruppen sinnvoll. Vor allem zwei der vier Gruppen (Gruppe 3 und 4) zeigen problematische Konsummuster und benötigen über Vor-Ort-Angeboten hinausgehende spezifische Betreuungsangebote (Eggerth et al. 2005a).

A. Eggerth, M. Keller-Ressel, S. Lachout, R. Schmid (2005b). Konsumtypen bei Freizeitdrogenkonsumenten in Österreich. Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 51/2005, 88-96

Das Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie führte in Kooperation mit dem LBISucht zwischen März 2003 und Dezember 2005 das Projekt **Die Wiener Drogenpolitik der letzten dreißig Jahre im Urteil ihrer Adressaten und Akteure** unter Studienleitung von Univ.-Prof.

⁷⁹ www.vws.or.at/images/stories/ChEck%20iT_Sekundaeranalyse.pdf

Dr. Irmgard Eisenbach-Stangl und Univ.-Doz. Dr. Arno Pilgram durch⁸⁰. Finanziert wurde das Projekt vom Fonds Soziales Wien (FSW), wobei die genaue Fördersumme nicht bekannt ist.

Ziel des Projektes war es, die Entwicklung der regionaler Wiener Drogenpolitik und -kontrolle zwischen 1970 und 2002 in einer Phase der „Europäisierung“ nationaler Drogenstrategien und -kontrollen herauszuarbeiten. Auch die Wahrnehmung von Drogenpolitik vonseiten der betroffenen Drogenkonsumierenden und ihrer Angehörigen (Politikadressaten) bzw. vonseiten derjenigen, die sie umsetzen (Akteure), war Teil der Analyse. Die erste Projektphase (2003) konzentrierte sich auf eine Dokumentenanalyse und Rekonstruktion der Drogenpolitik in Wien seit 1970 anhand von Gesetzestexten, amtlichen Berichten, Berichten von Einrichtungen der Drogenarbeit, Statistiken und Studien. Im zweiten Projektabschnitt (2004) wurden Leitfaden-Interviews (je n = 50) mit Akteuren der Gesundheits-, Rechts- und Sicherheitspolitik auf staatlicher wie kommunaler Ebene und mit Personen aus dem Präventions- und Behandlungssystem von Polizei, Justiz und Strafvollzug bzw. mit Adressaten der Drogenpolitik durchgeführt. Die Interviews wurden einer Textanalyse unterzogen, die bei den Akteuren der Drogenpolitik auf die Definition der eigenen Rolle, den Blick auf Drogenkonsumierende und ihre gesellschaftliche Umwelt fokussierte. Bei den Adressaten konzentrierte sich die Auswertung auf die Selbstwahrnehmung von Drogenkonsumenten in Abhängigkeit von Kontakten mit Kontrollinstanzen sowie auf die Wahrnehmung von drogenpolitischen Maßnahmen und Angeboten in Wien zu verschiedenen Zeiten und im Vergleich mit anderen Orten. Die Studienergebnisse zeigen, dass sich die Wiener Drogenpolitik durch fünf Phasen auszeichnet. In der ersten Phase fand Drogenpolitik ausschließlich auf nationaler Ebene im Rahmen von Strafmaßnahmen statt. Während der zweiten Phase wurden drogenbezogene Behandlungsmaßnahmen vorsichtig zu polizeilichen Maßnahmen hinzugefügt. Dies war der Ausgangspunkt für die Involvierung auf regionaler Ebene. In der dritten Phase wurden Behandlungsangebote zum Hauptlösungsansatz bei gleichzeitiger Stärkung der regionalen Drogenstrategie. Daraus resultiert in der vierten Phase die Etablierung von regionalen Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren, die für alle Maßnahmen im Drogenbereich zuständig wurden, mit Ausnahme von Strafmaßnahmen und der aufkommenden Suchtprävention. Die fünfte Phase ist charakterisiert durch die Integration der regionalen Drogenpolitik in die regionale Sozialpolitik⁸¹. Die Ergebnisse des Forschungsprojekts wurden nicht in Fachzeitschriften publiziert.

Ein relevanter Forschungsschwerpunkt findet sich in Österreich auch im Bereich der Studien bzw. Vergleichsstudien zu den verschiedenen Substitutionsmitteln. Diese werden vor allem von der Universitätsklinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität Wien und von der Klinischen Abteilung für allgemeine Psychiatrie der Medizinischen Universität Innsbruck durchgeführt und auch international publiziert (vgl. Publikationsliste).

⁸⁰ http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=430

⁸¹ www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=430 bzw. www.irks.at/forsch_frame.html

Auswahl der in den Jahren 2006 und 2007 erschienenen extern begutachteten Fachartikel in internationalen Fachzeitschriften

- P. Baumann, C. Hiemke, S. Ulrich, G. Eckermann, H. L. Kuss, G. Laux, B. Müller-Oerlinghausen, M. L. Rao, P. Riederer, G. Zernig (2006). Therapeutic Drug Monitoring (TDM) of psychotropic drugs: a consensus guideline of the AGNP-TDM group. *Revue Médicale Suisse*, May 24; 2 (67), 1413-8, 1429-2, 1424-6
- A. Bawert, N. Primus, R. Jagsch, H. Eder, M. Zanki, K. Thau, G. Fischer (2006). Cocaine abuse in Vienna and European cities – a multi-center study. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 118 (17-18)/2006, 521-530
- M. Busch (2006). Der epidemiologische Schlüsselindikator „Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität von Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten“ in der Europäischen Union und in Norwegen. *Suchttherapie*, 7/2006, 154-161
- J. A. Crespo, K. Sturm, A. Saria, G. Zernig (2006). Activation of Muscarinic and Nicotinic Acetylcholine Receptors in the Nucleus Accumbens Core is Necessary for the Acquisition of Drug Reinforcement. *The Journal of Neuroscience*, 26(22)/2006, 6004-6010
- M. Ertl, S. Giacomuzzi, Y. Riemer, A. Vigl, G. Kemmler, H. Hinterhuber, M. Kurz (2006). Abstinenzsüversicht und Beikonsumverhalten substituierter Drogenabhängiger in Abhängigkeit vom Beschäftigungsstatus. *Neuropsychiatrie*, 4/ 2006, 265-272
- G. Fischer (2007). Influence of Peak and Trough Levels of Opioid Maintenance Therapy on Driving Aptitude. *European Addiction Research*, 13/ 2007, 127-135
- G. Fischer, B. Kayer (2006). Substanzabhängigkeit vom Morphintyp – State of the Art: Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden. *Psychiatrie und Psychotherapie*, 2/2 2006, 39-54
- G. Fischer, R. Ortner, K. Rohrmeister, R. Jagsch, A. Baewert, M. Langer, H. Aschauer (2006). Methadone versus buprenorphine in pregnant addicts: a double-blind, double-dummy comparison study. *Addiction*, 101(2)/2006, 275-281
- S. Giacomuzzi, M. Pavlic, K. Libiseller, Y. Riemer (2007). Intramuskulärer Beikonsum von retardiertem Morphin bei ambulanter Opiatsubstitution mit Buprenorphin. *Suchttherapie*, 8/2007, 41-42
- S. Giacomuzzi, M. Ertl, M. Pavlic, K. Libiseller, Y. Riemer, G. Kemmler, H. Rössler, P. Grubwieser, W. Rabl, H. Hinterhuber (2006). Maintenance Treatment of Opioid Dependence and Patterns of Non-prescribed Drug Use: Results of a 4-Year Trial. *Letters in Drug Design & Discovery*, 3 (10)/2006, 731-740
- S. Giacomuzzi, G. Kemmler, M. Ertl, Y. Riemer (2006). Opioid Addicts at Admission versus Slow-Release Oral Morphine, Methadone and Sublingual Buprenorphine Maintenance Treatment Programme Participants. *Substance Use & Misuse*, 41(2)/2006, 223-244
- B. Haas, F. Popp (2006). Why Do People Injure Themselves? *Psychopathology*, 39/2006, 10-18
- R. Haller, H. Hinterhuber, K. Mann (2006). Maintenance pharmacotherapies for opioid dependence: Recommendations. *Neuropsychiatrie*, 20/ 2006, 140-150
- W. Jessner, M. Strasser, I. Graziadei, F. Berr, W. Vogel (2006). Sustained remission of chronic hepatitis C after acute hepatitis B superinfection. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 38 (9)/2006, 818-821
- N. D. Kapusta, K. Ramskogler, I. Hertlinger, R. Schmid, A. Dvorak, H. Walter, O. M. Lesch (2006). Epidemiology of substance use in a representative sample of 18-year-old males. *Alcohol and Alcoholism*, 41 (29)/2006, 188-192
- L. Kraus, A. Uhl (2006). Substanzkonsum und Sterblichkeit: Das Dilemma der Kausalität. *Suchttherapie*, 4/2006, 162-172
- L. Kraus, A. Uhl (2006). Wie nahe kommt die Forschungsrealität dem Wunsch, kausale Beziehungen zwischen Substanzkonsum und Tod herzustellen? *Suchttherapie*, 4/2006, 141-142
- E. Madlung, D. Dunkel, C. Haring (2006). Substitutionsmittel und Beikonsum bei Opiatabhängigen. *Suchttherapie*, 7/2006, 18-23
- E. Madlung, C. Haring, J. A. Crespo, A. Saria, P. Grubinger, G. Zernig (2006). Methadone doses upon multiple readmissions to inpatient detoxification: Clinical evidence for very moderate opioid tolerance. *Pharmacology*, 78(1)/2006, 38-43
- G. Rumpold, M. Klingseis, K. Dornauer, M. Kopp, S. Doering, S. Hofer, B. Mumelter, G. Schussler (2006). Psychotropic substance abuse among adolescents: a structural equation model on risk and protective factors. *Substance Use and Misuse*, 41 (8)/2006, 1155-1169
- A. Stevens, D. Berto, U. Frick, N. Hunt, V. Kersch, T. McSweeney, K. Oeuvray, I. Puppo, A. Santa Maria, S. Schaaf, B. Trinkl, A. Uchtenhagen, W. Werdenich (2006). The Relationship between Legal Status, Percieved Pressure and Motivation in Treatment for Drug Dependence: Results from a European Study of Quasi-Compulsory Treatment. *European Addiction Research*, 12 (4)/2006, 197-209
- A. Uhl (2006). Darstellung und kritische Analyse von Kostenrechnungen im Bereich des Substanzmissbrauchs. *Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 52 (2)/2006, 121-132
- C. G. Widschwendter, G. Zernig, A. Hofer (2007). Quetiapine cross reactivity with urine methadone immunoassays. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (1)/2007, 172
- B. Winklbaur, N. Ebner, G. Sachs, K. Thau, G. Fischer (2006). Substance abuse in patients with schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8 (1)/2006, 37-43
- G. Zernig, S. H. Ahmed, R. N. Cardinal, D. Morgan, E. Acquas, R. W. Foltin, P. Vezina, S. S. Negus, J. A. Crespo, P. Stöckl, P. Grubinger, E. Madlung, C. Haring, M. Kurz, A. Saria (2007). Explaining the Escalation of Drug Use in Substance Dependence: Models and Appropriate Animal Laboratory Tests. *Pharmacology*, 80/2007, 65-119

Publikationen, die im Jahr 2006 von österreichischen Forscherinnen und Forschern in internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht wurden, werden in der Publikationsliste (siehe vorherige Seite) dargestellt. Die Zusammenstellung basiert auf einer ausführlichen Internet-Recherche im Österreichischen Bibliothekenverbund, in der National Library of Medicine (NLM) und in der Medpilot Metadatenbank. Weiters wurden Ausgaben von drogenbezogenen Fachzeitschriften, aber auch die Leistungsdokumentationen einzelner Universitätskliniken in Österreich und der suchtspezifischen Forschungsinstitute eingesehen. Auch der vom REITOX Focal Point Österreich (GÖG/ÖBIG) herausgegebene Newsletter DrugNet Austria wurde für die Recherche herangezogen. Die im Folgenden dargestellte Publikationsliste enthält ausschließlich Veröffentlichungen in Zeitschriften mit Peer-Review.

13.3 Sammlung und Verbreitung von Forschungsergebnissen

Die Gesundheit Österreich GmbH mit ihrem Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) in seiner Funktion als REITOX Focal Point der EBDD hat regelmäßigen Kontakt zu relevanten Forschungsinstitutionen und Fachleuten. Der Newsletter DrugNet Austria, der vierteljährlich in elektronischer Form an über 600 Personen ausgesandt wird, bietet zudem die Möglichkeit, Studien und Forschungsergebnisse in Kurzform zu präsentieren. Auch im nationalen Drogenbericht werden jährlich aktuelle Studien, Forschungsprojekte bzw. -ergebnisse zu den unterschiedlichen suchtbefragten Themen vorgestellt.

Die Wiener Zeitschrift für Suchtforschung ist in Österreich die einzige wissenschaftlich anerkannte Fachpublikation mit dem Fokus auf Sucht- und Drogenthematik. Herausgegeben wird sie seit 1977 vierteljährlich vom Anton-Proksch-Institut, gemeinsam mit dem Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht). Zur Darstellung gebracht werden Ereignisse zur interdisziplinären Forschung über Gebrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen sowie über Theorie und Praxis der Behandlung der Suchtkrankheit. Thematisch offene Hefte wechseln mit inhaltlichen Schwerpunkten ab, wie z. B. „Methadon“ oder „Alkohol am Arbeitsplatz“. Die Artikel durchlaufen ein externes Begutachtungsverfahren, und zumindest das Abstract erscheint auch in englischer Sprache.

Artikel zum Themenbereich Sucht und Drogen werden weiters in unten angeführten österreichischen Fachzeitschriften mit klinisch-medizinischem oder sozialwissenschaftlichem Bezug veröffentlicht:

Wiener Zeitschrift für Suchtforschung – www.api.or.at/wzfs/

<u>Herausgeber</u>	API und LBISucht
<u>Inhalt:</u>	Interdisziplinäre Forschung über Gebrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen; Theorie und Praxis der Behandlung der Suchtkrankheit; abwechselnd thematisch offene bzw. Schwerpunktheft (z. B. Methadon, Alkohol am Arbeitsplatz)
<u>Disziplin:</u>	multidisziplinär
<u>Sprache:</u>	deutsch mit englischem Abstract
<u>Ausgaben/Jahr</u>	4
<u>Peer-Review</u>	ja

Neuropsychiatrie: Psychiatrie, Psychotherapie und Public Mental Health

www.dustri.de/zd/ne/44welcome.htm

Herausgeber Hartmann Hinterhuber und Ullrich Meise, beide Innsbruck
Inhalt: Übersichten, Originalarbeiten, Kasuistiken, aktuelle, kurze wissenschaftliche Mitteilungen, Fragen aus der Praxis, Briefe an die Herausgeber, Leserfragen aus der Praxis mit Antworten, Berufspolitik, Standesfragen und Personalien, Kongressankündigungen, Buchbesprechungen etc. aus allen Bereichen der Neurologie und Psychiatrie
Disziplin: Neurologie, Psychiatrie
Sprache: deutsch mit englischem Abstract
Ausgaben/Jahr 4
Peer-Review ja

Wiener klinische Wochenschrift – The Middle European Journal of Medicine

<http://springerlink.metapress.com/content/112448/>

Herausgeber Mitglieder der Medizinischen Universität in Wien und der Gesellschaft der Ärzte in Wien unter Mitwirkung der Mitglieder der medizinischen Universitäten in Graz und Innsbruck
Inhalt: medizinisch-wissenschaftliche Zeitschrift, die das gesamte Spektrum der klinischen Medizin und medizinisch-gesellschaftliche Randbereiche abdeckt, wie Ethik in der Medizin, Sozialmedizin, Geschichte der Medizin. Editorials und Leitartikel zu aktuellen Themen, Übersichten, Fallberichte und ein breites Spektrum von Sonderthemen; Schwerpunkt auf dem mitteleuropäischen Raum
Disziplin: klinisch-medizinisch
Sprache: deutsch, englisch
Ausgaben/Jahr 1 Band mit 24 Heften
Peer-Review ja

Wiener Medizinische Wochenschrift – www.springerlink.com/content/112449/

Herausgeber Institute und Kliniken der medizinischen Universitäten Wien, Graz und Innsbruck und der Wissenschaftlichen Gesellschaft der Ärzte in der Steiermark
Inhalt: medizinisch-wissenschaftliche Zeitschrift mit europäischen Beiträgen. Die Artikel decken ein breites europaweites Spektrum der klinischen und präklinischen Medizin ab
Disziplin: klinisch-medizinisch
Sprache: deutsch, englisch
Ausgaben/Jahr 1 Band mit 24 Heften
Peer-Review ja

Österreichische Zeitschrift für Soziologie – www.soz.univie.ac.at/oezs/

Herausgeber Österreichische Gesellschaft für Soziologie
Inhalt: Artikel, Forschungsinformationen über abgeschlossene Forschungsprojekte, Berichte über Veranstaltungen, Kurzbeschreibungen soziologischer Institute, Buchbesprechungen, Diskussionsbeiträge zu soziologischen Themen. Abwechselnd inhaltlich offen bzw. mit thematischem Schwerpunkt
Disziplin: Soziologie, Sozialwissenschaften
Sprache: deutsch mit englischem Abstract
Ausgaben/Jahr 4
Peer-Review ja

Kontraste – www.gespol.jku.at/e1275/index_ger.html

Herausgeber Sozialwissenschaftliche Vereinigung und Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik – Universität Linz
Inhalt: Berichterstattung im sozialpolitischen Bereich, von der Armuts- und Arbeitsmarktpolitik über Probleme des Gesundheitswesens und der Sozialversicherung bis hin zu Frauenpolitik und Menschenrechtsfragen
Disziplin: Sozialwissenschaften
Sprache: deutsch mit englischem Abstract
Ausgaben/Jahr 10
Peer-Review nein

Darüber hinaus werden Studien und aktuelle Forschungsergebnisse in Österreich auch in Büchern publiziert (vgl. zum Beispiel Beubler, Haltmayer, Springer 2007; Eisenbach-Stangl,

Lentner, Mader 2005), und die meisten Forschungsinstitutionen präsentieren ihre wissenschaftlichen Arbeiten auf ihren eigenen Websites (vgl. angeführte Websites in diesem Kapitel). Auf nationaler Ebene gibt es keine regelmäßig stattfindende österreichische Suchtforschungskonferenz, aber unterschiedliche Fachtagungen und Konferenzen zu spezifischen Fragestellungen mit regionaler bzw. internationaler Ausrichtung (z. B. ReDUse – New Aspects and Developments in Recreational Drug Use⁸² im Oktober 2007 in Wien; Sucht, Komorbidität und Behandlung – Neue Wege in der Behandlung von Suchtkranken⁸³ im Januar 2008 in Wien).

⁸² www.checkyourdrugs.at/data_static/reduse/

⁸³ www.api.or.at/pdfs/vorankuendigung_2008.pdf

Quellenverzeichnis

BIBLIOGRAPHIE

- Angerer, K., und Popig, M. (2007). Forschung und Entwicklung „Lebenswelt von Substituierten in Oberösterreich“. Endbericht, April 2007. Linz
- API (2007). Jahresbericht 2006 der Abteilung V – Drogenabteilung. Anton-Proksch-Institut Klinikum. Wien
- Bäcker, W., Magnus, A. (2006). Tagungsband zur Arbeitstagung „Aktuelle Entwicklungen in der Arbeit mit suchtfährdeten Jugendlichen – Multiprofessionalität und Kooperationen“. September 2006. Wien
- Baumgartner, E. (2007). Ketamin als Partydroge. Zum Risiko konsumbedingter sozial-pathologischer Veränderungen und spezifischer Konfliktmuster sowie deren Relevanz für sekundärpräventive Einrichtungen. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- Berger, E., Elstner, T. (2002). Entwicklung von Kindern substanzabhängiger Mütter. Kinderneuropsychiatrische Evaluationsstudie des Wiener Comprehensive Care Projects 2002. Wien
- Beubler, E., Haltmayer, H., Springer, A. (Hg.) (2007²). Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis. Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg, New York
- BGBI II 2006/49: Weiterbildungsverordnung orale Substitution. Ausgegeben am 23. November 2006
- BGBI II 2006/51: Änderung der Suchtgiftverordnung. Ausgegeben am 23. November 2006
- B.I.T. (2007). Jahresbericht 2006 der Drogen- und Suchtberatung B.I.T. Tirol. Verein B.I.T. – Suchtberatung. Volders
- BMI (2007). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2006. Bundesministerium für Inneres/Bundeskriminalamt. Wien
- Bundeskanzleramt (2007). Regierungsprogramm 2007–2010. Regierungsprogramm für die XXII. Gesetzgebungsperiode. Wien
- Drogenberatung des Landes Steiermark (2007). Jahresbericht 2006. Graz
- Drogenkoordination des Landes Salzburg (2007). Bericht zur Drogensituation im Land Salzburg. Jahresbericht 2006. 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 Griebler, R. (2007a). Bericht zum ExpertInnenworkshop. „Seelische Gesundheit im schulischen Setting“. Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann Institutes für Medizin und Gesundheitssoziologie (LBIMGS).
- 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 (2006). Jahresbericht 2006. Stand der Drogenproblematik in Europa. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon
- Eggerth, A., Keller-Ressel, M., Lachout, S., Schmid R. (2005a). Daten zum Konsumverhalten von Freizeitdrogen-KonsumentInnen. Eine Sekundäranalyse der Fragebogenstudie 1998 und 2001 bis 2003. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

- Eggerth, A., Keller-Ressel, M., Lachout, S., Schmid, R. (2005b). Konsumtypen bei Freizeitdrogenkonsumenten in Österreich. Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 51/2005, S. 88–96
- Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S., Mader, R. (Hg.) (2005). Männer, Frauen, Sucht. Facultas. Wien
- ENCARE Österreich (2006). Newsletter 4/2006, Wien
- ENCARE Österreich (2007). Newsletter 1/2007, Linz
- Etl, Sabine (2006). Drogenszene Karlsplatz – Das Verhältnis von Polizei und Sozialarbeit im Drogenmilieu. Diplomarbeit, eingereicht im Jahr 2006 an der Fakultät für Sozialwissenschaften der Universität Wien.
- Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung (2007). Jahresbericht 2006. St. Pölten
- Fischer, G., und Kayer, B. (2006). Substanzabhängigkeit vom Morphintyp – State of the Art: Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden. *Psychiatrie & Psychotherapie* (2006) 2/2, S. 13–28
- FSW/Team Focus (2005). Wien 1 & 4 – Karlsplatz. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Berichtszeitraum: Jänner bis Juni 2005.
- FSW und IFES (2002). Suchtmittel-Studie. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Oktober/November 2001. Institut für empirische Studien. Wien
- Gartner-Schiller, A., und Neumayr, H. (2006). Studie zum Substanzkonsum von Jugendlichen aus Wiener Neustadt und Umgebung 2005/2006. Verein Jugend und Kultur. Wiener Neustadt
- GÖG/FGÖ (2007). Jahresbericht des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien
- GÖG/ÖBIG (2006). Bericht zur Drogensituation 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2007a). Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI) – Klientenjahrgang 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien 2007.
- GÖG/ÖBIG (2007b). Suchtgiftbezogene Todesfälle 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien 2007.
- GOOSTAV (2007). Jahresbericht 2006. TENDER Verein für Jugendarbeit, Deutsch-Wagram
- Grüner Kreis (2007a). Tätigkeitsbericht 2006. Verein Grüner Kreis. Wien
- Grüner Kreis (2007b). Magazin. Sommer 2007, No. 62. 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
- Hager, I., Stummvoll, G. (2006). Sonderauswertung zur ISRD-2-Studie in Österreich. Jugenddelinquenz in Österreich – ein Beitrag zur zweiten internationalen „Self-Report-Delinquency Study“. Gefördert von Jubiläumsfonds der ÖNB und bmbwk. Wien (unveröffentlicht)

- H.I.O.B. (2007). Intensive Care Substitution. Ambulante Substitution mit niederschwelligem Zugang. Zwischenbericht Oktober 2004 – April 2007. Feldkirch
- Huber, A. S. (2006). Ganz normal eben. Soziokulturelle Aspekte des Alltags von SubstitutionspatientInnen. Graz
- 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 (2004a). Suchtmittel-Monitoring 2003. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2005a). Suchtmittel-Monitoring 2005. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2005b). BADO – Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2004. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Wien
- IFES (2006). BADO – Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2005. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Wien
- Klimont, J., Kytir, J., Leitner, B. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
- Klopf, J., und Weinlich, C. (2004). Fragebogenstudie über den Gebrauch von Alkohol, Drogen und Tabak unter Lehrlingen (unveröffentlicht)
- Komfüdro (2007). Jahresbericht 2007. Komfüdro. Innsbruck
- Kontaktladen (2007). Jahresbericht 2006 Kontaktladen / Streetwork. Caritas. Graz
- market (2000). Die Drogensituation in Oberösterreich. Ergebnisse einer Face-to-face-Befragung im August/September 2000. Kommentarbericht. Linz
- MDA basecamp (2007). Tätigkeitsbericht 2006. Innsbruck
- MOJA (2007). Jahresbericht 2006. TENDER – verein für Jugendarbeit. Wiener Neudorf
- ÖBIG (2001a). Bericht zur Drogensituation 2001. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖBIG (2001b). Drogenspezifische Problemlagen und Präventionserfordernisse bei Jugendlichen. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖBIG (2002a). Bericht zur Drogensituation 2002. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖBIG (2002b). Die Rolle der außerschulischen Jugendarbeit in Hinblick auf suchtgefährdete Jugendliche. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖBIG (2003). Bericht zur Drogensituation 2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖBIG (2004). Bericht zur Drogensituation 2004. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖBIG (2005). Bericht zur Drogensituation 2005. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖBIG (2006). Suchtgiftbezogene Todesfälle 2005. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

Putre, M. (2006). Obdachlosigkeit bei KonsumentInnen illegaler Drogen – Eine Analyse der Lebenswelt und der Hilfsressourcen von obdachlosen DrogenkonsumentInnen in Wien. Diplomarbeit, eingereicht zur Erlangung des Grades Magistra (FH) der Sozialwissenschaften an der Fachhochschule St. Pölten im Mai 2006.

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

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

Schüßler, G., Rumpold, G., Dornauer, K., und Klingseis, M. (2000). Das Drogenrisiko Jugendlicher und die Differenzierbarkeit des Rauschmittelkonsums. Eine empirische Arbeit über das Verständnis des qualitativen Suchtverhaltens am Beispiel Tiroler Jugendlicher. Innsbruck

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., Gschwandtmer, F., und Paulik, R. (2007). Bericht zum Drogenmonitoring 2006. Institut für Suchtprävention/Pro Mente OÖ. Linz (in Vorbereitung)

Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Kerschl, V., MCSweeney, T., Schaaf, S., Tartari, M., Turnbull, P., Trinkl, B., Uchtenhagen, A., Waidner, G., Werdenich, W. (2007). The Victimization of Dependent Drug Users – Findings from a European Study. European Journal of Criminology 4 (4). Voraussichtlich Oktober 2007. Oxford, UK.

Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Hunt, N., Kerschl, V., McSweeney, T., Oeuvray, K., Puppo, I., Santa Maria, A., Schaaf, S., Trinkl, B., Uchtenhagen, A., Werdenich, W. (2006). The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: Results from a European study of quasi-compulsory treatment. European Addiction Research, 12/2006, S. 197–209

Stiftung Maria Ebene (2007). Jahresbericht 2006. Stiftung Maria Ebene. Frastanz

Sucht- und Drogenkoordination Wien (2006). Gender-Mainstreaming in der Sucht- und Drogenarbeit. Wien

Sucht- und Drogenkoordination Wien (2007). Österreichischer Drogenbericht. Input zur Drogensituation Wien. Wien

Uhl, A., Springer, A., Kobrna, U., Gnambs, T., Pfarrhofer, D. (2005a). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien

Uhl, A., Bohrn, K., Fenk, R., Grimm, G., Kobrna, U., Springer, A., Lantschik, E. (2005b): ESPAD Austria 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien

VIVID (2007a). Primäre Suchtprävention an steirischen Schulen. Infoletter 2007. Graz

VIVID (2007b): Jahresbericht 2006. Graz

VWS (2000). Sozialarbeit im Bereich männlicher Prostitution – Abschlussbericht. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS (2006a). GawiNews, Nr. 22 / August 2006. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS (2006b). GawiNews, Nr. 23 / Dezember 2006. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS (2007a). Bericht 2006. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS (2007b). Eventbericht 2. 6. 2007. ChEck iT!. Wien

Wancata, J., Sobocki, P., Katschnig, H. (2007). Die Kosten von „Gehirnerkrankungen“ in Österreich im Jahr 2004. Wiener Klinische Wochenschrift 119/3–4, S. 91–98.

Wiener BerufsBörse (2007). Jahrsbericht 2006. Wiener BerufsBörse. Wien.

Zeder, U. (2007). Eine Drogentherapeutische Anlaufstelle (DTA) für Graz. Suchtkoordination der Stadt Graz. Graz

Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Namen und Seitenzahlen

Anderwald, DGKS Christine (S. 46)
 B.I.T. (S. 81)
 Bäcker, Wolfgang (S. 80)

Bauer, Prim. Dr. Bernhard (S. 46)
 Drobesch, Dr. Barbara (S. 81)

Drogenberatungsstelle des Jugendzentrums Z6 (S. 79)

Duspara, Vinko (S. 46)
 Ederer, DSA Klaus Peter (S. 18, 39, 52)
 Fischer, Univ.-Prof. Dr. Gabriele (S. 46, 86)
 Giacomuzzi, DDr. Salvatore M. (S. 53)

Haller, Dr. Beatrix (S. 18)
 Haller, Univ.-Prof. Dr. Reinhard (S. 64)

Haltmayer, Dr. Hans (S. 46, 53)
 Hörhan, Mag. Dr. Ursula (S. 34)
 Kahl, DSA Walter (S. 73)
 Kern, Harald (S. 55)
 Mader, Christian (S. 72)

Mayrhofer, Dr. Herbert (S. 40)
 Mellish, DSA Petra (S. 18, 19, 20)

Mentvilla (S. 32, 74, 75, 79, 81)
 Neubacher, Thomas (S. 32)
 Prehslauer, Dr. Brigitte (S. 7, 9, 31, 34, 55)
 Schwarzenbrunner, Thomas (S. 53, 54)
 Stolz-Gombocz, OA Dr. Ingrid (S. 46)

Werdenich, Dr. Wolfgang (S. 85)
 Zernig-Grubinger, Univ.-Prof. Dr. Gerald (S. 86)

Institutionen bzw. Funktionen

Ambulatorium Caritas Marienambulanz, Graz
 Drogen- und Suchtberatung Tirol
 MAG ELF – Dezernat 6 – Sozialpädagogische Einrichtungen – Kompetenzzentrum Drogenberatungs- und Therapieangebote, Wien

Ambulatorium Caritas Marienambulanz, Graz
 Leiterin der Landesstelle für Suchtprävention in Kärnten

Die Drogenberatungsstelle des Jugendzentrums Z6 bietet Beratung und Begleitung für drogengefährdete und drogenabhängige Jugendliche und Erwachsene sowie Angehörige von Betroffenen

Therapiestation Lukasfeld der Stiftung Maria Ebene
 Suchtkoordinator Steiermark

Klinische Abteilung für Allgemeine Psychiatrie, Drogenambulanz am Allgemeinen Krankenhaus, Wien

Universitätsklinik für Psychiatrie, Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen / Drogenambulanz, Innsbruck

Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
 Institut für Suchtforschung der Medizinischen Universität Innsbruck

Verein Wiener Sozialprojekte
 Suchtkoordinatorin Niederösterreich
 Bundesministerium für Justiz Abt V/1
 Suchtkoordinator Tirol

Bundesministerium für Inneres, Bundeskriminalamt, Suchtmittelkriminalität
 Ärztlicher Leiter von H.I.O.B. (Vorarlberg)

Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, NÖ

Notschlafstelle der Caritas Innsbruck
 Suchtkoordinator Vorarlberg

Drogenkoordinatorin Kärnten
 Sucht- und Drogenkoordinator Oberösterreich

Anton-Proksch-Institut, Langzeittherapiestation für Drogenabhängige mit Persönlichkeitsstörungen, Mödling

Bundesministerium für Justiz, Justizanstalt Favoriten
 Universitätsklinik für Psychiatrie, Bereich experimentelle Psychiatrie, Medizinische Universität Innsbruck

DATENBANKEN

EDDRA = Exchange on Drug Demand Reduction Action

Internet-Datenbank der EBDD: <http://eddra.emcdda.eu.int/eddra>

Österreichische Projekte in der EDDRA-Datenbank (Stand: August 2007):

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)

Drogenfreie Zone in der Justizanstalt Innsbruck
(Justizanstalt Innsbruck, Tirol)

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)

Erlenhof – Therapiestation für Suchtmittelabhängige
(Pro mente Oberösterreich)

Europäische Netzwerkentwicklung in der Suchtprävention
(Institut Suchtprävention, Oberösterreich)

Expertengestützte schulische Suchtinformation
(kontakt&co – Suchtpräventionsstelle, Tirol)

Fantasy statt Ecstasy – Peergroup Education zur Suchtvorbeugung an der HBLA Neumarkt (AKZENTE Salzburg – Suchtprävention, Salzburg)

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

fix und fertig – Sozialökonomischer Betrieb
(Verein Wiener Sozialprojekte)

Fortbildungslehrgang zur Suchtvorbeugung im Kindergarten für Kindergartenpädagogen
(VIVID – Fachstelle für Suchtprävention, Steiermark)

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)

Gesundheit fördern – Sucht verhindern – Aktionsprogramm des Unterrichtsressorts
(Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten)

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)

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 – Stark statt süchtig – Massenmediale Kampagne
(SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe, Vorarlberg)

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
substanz-abhängige 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 – Europäisches Projekt zur Entwicklung innovativer Projekte zur sozialen
und beruflichen Reintegration von Personen mit drogenbezogenen Problemen – Vorarlber-
ger Subprojekt
(Die Fähre, Vorarlberg)

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)

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)

Spielzeugfreier Kindergarten. Suchtprävention durch Lebenskompetenzförderung
(Institut für Suchtprävention, Sucht- und Drogenkoordination Wien – SDW)

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)

URBAN – Wien Gürtel Plus. Sekundäre Suchtprävention bei Jugendlichen im Urbanbereich
(Drogenberatungsstelle Change, Wien)

Viktoria hat Geburtstag
(Fachstelle für Suchtvorbeugung, Niederösterreich)

Way Out – Frühinterventionsangebot für erstauffällige 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.burgenland.at>

Drogenkoordination des Landes Kärnten

www.gesundheit-kaernten.at

Suchtkoordination des Landes Niederösterreich

<http://www.noel.gv.at/service/gs/g4/noesuchtkoordination.htm>

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.jugendweb.at/drogen/drogen_ein_det.asp?ID=19

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>

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/Suchtpraevention.7.0.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>

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>

ARGE Suchtvorbeugung
<http://www.suchtvorbeugung.net>

Anton-Proksch-Institut
<http://www.api.or.at>

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen
<http://www.bas.at>

Blue Monday Gesundheitsmanagement
<http://www.blumonday.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-graz.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- u. Anlaufstelle für Drogenkonsumenten/innen
<http://www.doit.at>

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>

Jugendstreetwork Graz
[http://caritas-
graz.at/home.php?cakt=einr&id=2&einrakt=&narchiv=&armonat=&arjahr=&suche=&einri
d=&ibhid=&mitid](http://caritas-graz.at/home.php?cakt=einr&id=2&einrakt=&narchiv=&armonat=&arjahr=&suche=&einri
d=&ibhid=&mitid)

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

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

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

Verein LOG IN

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

Lukasfeld – Therapiestation

<http://www.mariaebene.at>

Marienambulanz

<http://www.caritas-graz.at/home.php?cakt=einr&id=68>

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/>

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

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>

Schulpsychologie Bildungsberatung

<http://www.schulpsychologie.at>

Schultüte (FSW/ISP Wien)

<http://schultuete.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-graz.at/home.php?cakt=einr&id=11&einrakt=&narchiv=&armonat=&arjahr=&suche=&einrid=&ibhid=&mitid=>

Substanz – Verein für suchtbegleitende Hilfe

<http://www.substanz.at>

Supromobil

<http://www.supromobil.at>

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

Tiroler JugendWeb – Drogen, Sucht, Hilfe
<http://www.jugendweb.at/drogen/>

Verein für eine Legalisierung von Cannabis
<http://www.legalisieren.at>

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>

Verein Jugend & Kultur Wiener Neustadt
<http://www.jugendundkultur.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 2000 bis 2007

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung	
				Altersgruppe	%
Bevölkerungsbefragung OÖ (market 2000)	Oberösterreich 2000 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 1.011)	Cannabis	15 +	21
			Ecstasy	15 +	4
			Amphetamine	15 +	1
			Kokain	15 +	4
			Morphium	15 +	1
			LSD	15 +	3
			Smart Drugs	15 +	1
Wiener Suchtmittelstudie (FSW und IFES 2002)	Wien 2001 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 650)	Cannabis	15 +	14
			Ecstasy	15 +	1
			Amphetamine	15 +	1
			Kokain	15 +	1
			Opiate	15 +	1
Suchtmittelstudie Steier- mark (IFES 2002)	Steiermark 2002 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung von 14 bis 60 Jahre (n = 1.000)	illegale Drogen (gesamt)	14-60	14
			Cannabis	14-60	13
			andere illegale Drogen	14-60	2
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer 2005)	Oberösterreich 2003 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 1.018)	Cannabis	15-59	23,7
			Ecstasy	15-59	3,9
			Amphetamine	15-59	3,6
			Kokain	15-59	3,7
			Heroin	15-59	2,0
			Morphium	15-59	2,1
			LSD	15-59	3,3
			Schnüffelstoffe	15-59	5,8
			biogene Drogen	15-59	3,9
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2004a)	Wien 2003 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 750)	Cannabis	15 +	16
			Ecstasy	15 +	2
			Amphetamine	15 +	2
			Kokain	15 +	3
			Opiate	15 +	1
			biogene Drogen	15 +	3
			andere Drogen (z. B. LSD)	15 +	2
Bevölkerungsbefragung Österreich (Uhl et al. 2005a)	Österreich 2004 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.547)	Cannabis	14 +	20,1
			Ecstasy	14 +	3,0
			Amphetamine	14 +	2,4
			Kokain	14 +	2,3
			Opiate	14 +	0,7
			biogene Drogen	14 +	2,7
			LSD	14 +	1,7
			Schnüffelstoffe	14 +	2,4
			Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2005a)	Wien 2005 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)
Ecstasy	15 +	2			
Amphetamine	15 +	2			
Kokain	15 +	2			
Opiate	15 +	2			
biogene Drogen	15 +	3			
andere Drogen (z. B. LSD)	15 +	2			
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer et al. 2007)	Oberösterreich 2006 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung von 15 bis 59 Jahre (n = 1.125)	Cannabis	15-59	27,6
			Ecstasy	15-59	7,3
			Amphetamine	15-59	7,6
			Kokain	15-59	5,8
			Heroin	15-59	4,2
			Morphium	15-59	4,4
			LSD	15-59	4,6
			Schnüffelstoffe	15-59	8,0
			biogene Drogen	15-59	7,4
Gesundheitsbefragung Österreich (ATHIS) (Klimont et al. 2007)	Österreich 2006/7 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung von 15 bis 64 Jah- ren (n = 11.822)	Cannabis	15 +	9,7
			Cannabis	15-24	13,0
			Cannabis	25-34	15,0
			Cannabis	35-44	10,1
			Cannabis	45-54	6,7
			Cannabis	55-64	2,8

Zusammenstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A2: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 1999 bis 2006

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeit- raum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung	
				Altersgruppe	%
Jugendstudie Tirol (Schüßler et al. 2000)	Innsbruck 1999 (Lebenszeit)	Jugendliche von 14 bis 19 Jahren (n = 493)	Haschisch andere Drogen	14–19 14–19	22 3
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
Berufsschulstudie Salzburg (Klopf und Weinlich 2004)	Salzburg 2003 (Lebenszeit)	Berufsschülerinnen und -schüler im Alter von 15 bis 25 Jahren (n = 609)	Cannabis Ecstasy Kokain LSD halluzinogene Pilze Schnüffelstoffe	15–25 15–25 15–25 15–25 15–25 15–25	31 7 5 5 9 15
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer 2005)	Oberösterreich 2003 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 567)	Cannabis Ecstasy Heroin Amphetamine Kokain LSD Schnüffelstoffe biogene Drogen	15–24 15–24 15–24 15–24 15–24 15–24 15–24 15–24	34,3 8,3 4,7 8,9 6,2 5,7 12,5 10,0
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

Zusammenstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A3: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 1997–2006

Todesursache	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Intoxikation mit Opiat(en)	39	27	25	18	17	17	40	38	31	27
Mischintoxikation mit Opiat(en)	92	81	101	147	119	119	115	133	134	137
(Misch-)Intoxikation mit Suchtgift(en) ohne Opiate	5	1	2	2	3	3	8	4	4	5
Psychoaktive Medikamente	5	8	8	*	*	*	*	*	*	*
Intoxikation unbekannter Art	0	0	0	0	0	0	0	10	22	28
Summe direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	141	117	136	167	139	139	163	185	191	197

* = ab dem Jahr 2000 nicht mehr berücksichtigt

Quelle: BMGFJ, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A4: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Bundesland, 1997–2006

Bundesland	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	1997 - 2006
Burgenland	2	2	0	0	0	0	2	5	3	3	14
Kärnten	3	3	7	2	5	7	6	4	6	7	43
Niederösterreich	12	9	8	11	14	12	13	31	29	38	139
Oberösterreich	6	6	2	11	8	6	13	15	13	14	80
Salzburg	11	11	7	6	7	7	5	7	8	6	69
Steiermark	13	5	6	11	9	13	14	12	17	12	112
Tirol	8	12	14	11	16	13	13	15	17	16	119
Vorarlberg	5	6	5	5	11	6	5	8	6	6	57
Wien	81	63	87	110	69	75	92	88	92	95	757
Gesamt	141	117	136	167	139	139	163	185	191	197	1574

Quelle: BMGFJ, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A5: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 1997–2006

Altersgruppe	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	abs.	%	abs.	%	abs.	abs.	abs.	%												
bis 19	18	12,8	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
20 bis 24	32	22,7	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
25 bis 29	25	17,7	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
30 bis 34	30	21,3	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 bis 39	23	16,3	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
40 und älter	13	9,2	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
Gesamt	141	100	117	100	136	136	167	100	139	100	139	100	163	100	185	100	191	100	197	100
weiblich	23	16,3	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
männlich	118	83,7	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

abs. = in Absolutzahlen

Quelle: BMGFJ, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A6: Verteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Alter, 2006

Todesursache			Altersgruppen								Summe	
			< 15	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49		> 49
Intoxikationen	Opiate	ein Opiat	0	11	5	4	0	2	1	1	2	26
		mehrere Opiate	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		+ Alkohol	0	1	1	6	3	1	3	1	0	16
		+ psychoaktive Medikamente	0	18	17	16	3	2	2	3	1	62
		+ Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	1	5	2	3	3	3	3	0	20
	Opiate und andere Suchtgifte	ausschließlich SG	0	2	5	0	1	1	0	1	1	11
		SG + Alkohol	0	0	2	0	0	1	1	1	0	5
		SG + psychoaktive Medikamente	0	2	5	2	2	1	1	2	0	15
		SG + Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	1	2	0	2	1	1	1	0	8
	Suchtgifte ohne Opiate	ausschließlich SG	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
		SG + Alkohol	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
		SG + psychoaktive Medikamente	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
		SG + Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Suchtgiftintoxikation unbekannter Art		0	4	8	3	5	2	4	2	0	28
	Summe direkt suchtgiftbezogene Todesfälle		0	40	51	34	19	15	16	17	5	197
davon Männer		0	31	36	28	15	13	15	14	4	155	

SG = Suchtgift(e)

Quelle: BMGFJ, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A7: Verteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Bundesland, 2006

Todesursache			Bundesland									
			B	K	N	O	S	St	T	V	W	Ö
Intoxikationen	Opiate	ein Opiat	1	0	7	2	1	0	0	0	15	26
		mehrere Opiate	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		+ Alkohol	1	0	4	0	0	0	7	1	3	16
		+ psychoaktive Medikamente	1	4	12	6	1	9	5	1	23	62
		+ Alkohol & psycho- aktive Medikamente	0	3	3	3	0	2	2	2	5	20
	Opiate und andere Suchtgifte	ausschließlich SG	0	0	1	0	1	0	0	1	8	11
		SG + Alkohol	0	0	1	1	0	0	0	0	3	5
		SG + psychoaktive Medikamente	0	0	5	0	2	0	1	0	7	15
		SG + Alkohol & psycho- aktive Medikamente	0	0	4	1	1	0	1	1	0	8
	Suchtgifte ohne Opiate	ausschließlich SG	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		SG + Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
		SG + psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
		SG + Alkohol & psycho- aktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Suchtgiftintoxikation unbekannter Art		0	0	1	1	0	1	0	0	25	28
	Summe direkt suchtgiftbezogene Todesfälle		3	7	38	14	6	12	16	6	95	197
Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren		1,6	1,9	3,6	1,5	1,7	1,5	3,4	2,4	8,4	3,5	

Quelle: BMGFJ, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A8: Entwicklung der Aids-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation, 1997–2006

Risikosituation	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Homo-/bisexueller Kontakt	26	28	27	12	21	19	7	14	13	16
Intravenöser Drogenkonsum	23	25	28	22	26	20	12	13	13	4
Heterosexueller Kontakt	18	25	31	28	33	39	21	28	17	25
Anders/unbekannt	35	21	15	23	11	15	10	12	12	9
Gesamt	102	99	101	85	91	93	50	67	55	54

Quelle: BMGFJ, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A9: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz in Österreich nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen, 1997–2006

Anzeigen	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Gesamtanzeigen	17.868	17.141	17.597	18.125	21.862	22.422	22.245	25.215	25.892	24.008
Ersttäter	9.278	8.672	9.868	9.343	11.033	11.269	12.117	14.346	15.569	15.808
Wiederholungstäter	8.325	8.228	7.463	8.296	10.052	10.380	9.288	9.990	9.520	7.636

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = unbekannte Täter

Ab 1998: alle Anzeigen, nicht nur Suchtgifte, sondern auch psychotrope Stoffe.

Anmerkung: Das Suchtgiftgesetz wurde am 1. Jänner 1998 durch das Suchtmittelgesetz abgelöst.

Quelle: BMI/Bundeskriminalamt

Tabelle A10: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) in Österreich nach Bundesland, 1997–2006

Bundesland	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Burgenland	759	707	603	843	712	805	984	967	923	1.033
Kärnten	961	1.076	1.208	1.088	1.758	1.676	1.659	1.464	1.529	1.190
Niederösterreich	2.686	2.519	2.389	2.624	2.975	3.319	3.017	3.531	3.632	3.050
Oberösterreich	2.256	2.334	1.946	1.887	2.677	3.054	2.782	3.521	3.769	3.209
Salzburg	855	1.053	840	718	1.471	1.384	868	1.077	1.092	1.001
Steiermark	1.125	973	1.367	1.305	1.601	1.910	1.570	1.705	1.516	1.435
Tirol	2.204	2.212	2.152	2.687	2.449	2.229	2.102	2.695	2.775	2.607
Vorarlberg	933	1.144	1.848	1.183	1.447	1.265	1.146	1.044	1.008	1.240
Wien	6.089	4.606	4.858	5.233	6.212	6.210	7.652	8.524	8.797	7.925
Gesamtanzeigen	17.868	16.624	17.211	17.568	21.302	21.852	21.780	24.528	25.041	22.690

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

Anmerkung: Das Suchtgiftgesetz wurde am 1. Jänner 1998 durch das Suchtmittelgesetz abgelöst und erfasst seither auch psychotrope Stoffe. Zu Vergleichszwecken wurden ab 1998 weiterhin nur Anzeigen wegen Suchtgiften berücksichtigt.

Quelle: BMI/Bundeskriminalamt

Tabelle A11: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1997–2006

Suchtgift/Suchtmittel	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Cannabis	16.124	16.376	17.236	17.001	19.760	19.939	17.706	20.252	20.900	19.021
Heroin und Opiate	3.434	2.850	2.524	2.413	3.802	3.954	4.717	4.770	4.720	3.516
Kokain + Crack	2.764	2.103	2.608	2.494	3.416	3.762	4.785	5.365	5.491	4.252
LSD	893	736	532	477	506	327	214	196	160	164
Ecstasy	1.942	1.411	1.517	2.337	2.940	2.998	2.473	2.362	2.106	1.763
Amphetamine	1.068	–	–	1.041	1.215	1.357	1.619	1.741	1.664	1.503
Psychotrope Stoffe	–	802	750	780	822	736	603	903	1.085	1.701
Sonstige	850	–	–	–	1.288	1.524	1.311	1.826	2.471	3.299

– = nicht getrennt erfasst bzw. ausgewiesen

Anmerkung: Das Suchtgiftgesetz wurde am 1. Jänner 1998 durch das Suchtmittelgesetz abgelöst und erfasst seither auch psychotrope Stoffe. 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, 2006

Suchtgift	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Gesamt
Cannabis	1.078	1.408	2.465	3.244	1.114	1.573	2.805	1.367	3.967	19.021
Heroin und Opiate	87	23	535	492	63	163	168	160	1.825	3.516
Kokain + Crack	140	135	519	367	145	188	434	280	2.044	4.252
LSD	21	3	24	16	4	14	39	29	14	164
Ecstasy	148	59	459	227	87	165	238	140	240	1.763
Amphetamine	111	28	445	379	54	131	78	89	188	1.503
Psychotrope Stoffe	6	14	83	30	3	27	61	12	1.465	1.701

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 Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 1997–2006

Jahr	Gesamtzahl der Verurteilungen nach SGG/SMG	Verurteilungen nach § 12 SGG/ § 28 SMG	Verurteilungen nach § 16 SGG/ § 27 SMG	Verurteilungen in Österreich	
				Gesamtzahl	davon nach SGG/SMG in %
1997	3.797	1.036	2.717	65.040	5,8
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

SGG = Suchtgiftgesetz
SMG = Suchtmittelgesetz

Das Suchtgiftgesetz wurde am 1. Jänner 1998 durch das Suchtmittelgesetz abgelöst.

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

§ 16 SGG / § 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 SGG bzw. SMG.

Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik)

Tabelle A14: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz Verurteilte nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2005

Verurteilungsgrund		14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	1.046	1.883	905	527	814	5.175
	weiblich	145	194	97	61	123	620
§ 28 SMG	männlich	211	422	235	154	277	1.299
	weiblich	32	52	26	19	36	165
§ 27 SMG	männlich	833	1.459	660	360	495	3.807
	weiblich	113	141	68	39	78	439

SMG = Suchtmittelgesetz

§ 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 A15: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2006

Verurteilungsgrund		Geldstrafe	Freiheitsstrafe			sonstige Strafformen ¹	Gesamt
			bedingt	unbedingt	teilbedingt		
SMG gesamt	Jugendliche	161	155	58	39	45	458
	Erwachsene	1.599	1.530	1.441	603	164	5.337
§ 28 SMG (Verbrechen)	Jugendliche	10	26	15	17	4	72
	Erwachsene	54	275	667	343	53	1.392
§ 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	151	129	43	22	41	386
	Erwachsene	1.522	1.220	752	258	108	3.860

Jugendliche = Personen, die zur Zeit der Tat jünger als 19 Jahre waren

SMG = Suchtmittelgesetz

§ 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 § 43 A Abs. 2 StGB), 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 Strafraumen 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, 1997–2006

Anzeigenzurücklegung/ Verfahrenseinstellung	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Gesamt	5.817	7.468	6.989	8.049	8.145	8.974	9.023	9.666	11.660	10.379
§ 35 SMG Anzeigenzurücklegung	–	6.557	5.979	6.924	7.346	7.817	7.902	8.599	10.668	9.173
davon § 35 Abs. 4 SMG (Cannabis)	–	1.380	1.330	1.410	1.570	1.876	1.499	2.016	2.697	1.895
§ 37 SMG Verfahrenseinstellung	–	911	1.010	1.125	799	1.157	1.121	1.067	992	1.206

§ 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: Das Suchtgiftgesetz wurde am 1. Jänner 1998 durch das Suchtmittelgesetz abgelöst. Eine Differenzierung der verschiedenen Alternativen zur Bestrafung ist erst ab dem Jahr 1998 möglich. 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 Beschlagnahmen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 1997–2006

Suchtgift/Suchtmittel	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Cannabis	4.957	4.683	5.079	4.833	5.249	5.294	5.422	6.202	6.012	5.770
Heroin	861	654	452	478	895	836	1.263	1.383	1.371	883
Kokain	651	531	519	554	768	863	1.271	1.475	1.507	1.044
Amphetamine	221	–	–	141	161	202	294	324	312	299
LSD	113	61	56	42	32	20	33	29	20	20
Ecstasy	253	135	215	330	352	308	276	286	295	248
Psychotrope Substanzen	–	14	74	65	1	0	6	5	2	2
Psychotrope Medikamente	–	521	517	501	566	515	432	678	823	1.300

– = nicht (getrennt) erfasst bzw. ausgewiesen

Anmerkung: Das Suchtgiftgesetz wurde am 1. Jänner 1998 durch das Suchtmittelgesetz abgelöst und erfasst seither auch psychotrope Stoffe.

Quelle: BMI/Bundeskriminalamt

Tabelle A18: Beschlagnahmen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge, 1997–2006

Suchtgift/Suchtmittel	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Cannabis (kg)	912	1.336	451	1.806	456	743,1	925,9	1.680,9	819,9	1.880,4
Heroin (kg)	102	118	78	230	288	59,5	42,8	235,0	282,2	34,33
Kokain (kg)	87	99	63	20	108	36,9	58,3	75,5	244,9	61,76
Amphetamine (kg)	7,9	–	–	1	3	9,4	54,2	25,7	8,9	38,17
LSD (Trips)	5.243	2.494	2.811	865	572	851	298	2.227,5	2.108,5	10.831,5
Ecstasy (Stk.)	23.522	114.677	31.129	162.093	256.299	383.451	422.103	122.663	114.103,5	30.854,5
Psychotrope Substanzen (kg)	–	0,128	4,004	1,294	0,002	0	0,2	0,1	0,002	0,032
Psychotrope Medikamente (Stk.)	–	82.018	36.437	38.507	31.377	20.081	15.649	21.119	27.104	44.416

– = nicht (getrennt) erfasst bzw. ausgewiesen

Anmerkung: Das Suchtgiftgesetz wurde am 1. Jänner 1998 durch das Suchtmittelgesetz abgelöst und erfasst seither auch psychotrope Stoffe.

Quelle: BMI/Bundeskriminalamt

Tabelle A19: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy gekauften Proben in Prozent, 1999–2006

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)
MDMA	85,81	81,90	77,12	68,03	83,45	71,58	70,2	74,6
MDMA + MDE	0,00	3,07	2,21	14,13	7,59	9,47	0,0	1,5
MDMA + MDA	0,00	0,92	1,48	6,69	0,00	0,00	0,0	0,7
MDE und/oder MDA	0,65	1,23	7,01	0,37	0,00	7,37	0,0	0,0
MDMA + Koffein	1,29	1,53	0,00	0,74	0,69	1,05	5,3	5,2
MDMA + Amphetamin	0,65	0,61	0,37	0,00	0,69	0,00	1,8	1,5
MDMA + diverse Mischungen*	3,87	2,15	0,37	0,00	3,45	1,05	12,3	0,0
PMA/PMMA	0,00	1,23	0,37	0,00	0,69	0,00	0,0	0,0
Amphetamin	3,87	1,53	0,00	1,86	1,38	0,00	1,8	4,5
Methamphetamin	0,00	0,61	2,58	1,49	0,00	0,00	0,0	0,7
Koffein	0,00	0,92	0,00	1,49	0,00	1,05	0,0	0,7
Chinin/Chinidin	0,00	0,61	1,11	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Diverse Mischungen*	3,87	3,68	7,38	5,20	2,07	8,42	8,8	10,4

* 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, 1999–2006

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)
Amphetamin	53,73	56,99	60,78	45,98	35,09	21,95	33,3	24,0
Amphetamin + Koffein	4,48	9,68	9,80	8,05	15,79	19,51	6,1	29,3
Amphetamin + Methamphetamin	1,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Amphetamin + diverse Mischungen*	20,90	7,53	3,92	17,24	29,82	39,02	24,2	24,0
Methamphetamin	7,46	3,23	1,96	3,45	1,75	2,44	3,0	0,0
Koffein	1,49	3,23	11,76	8,05	0,00	4,88	9,1	1,3
MDMA	2,99	3,23	0,00	1,15	0,00	0,00	6,1	4,0
Ephedrin gesamt	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Diverse Mischungen*	7,46	16,13	11,76	16,09	17,54	12,20	18,2	17,3

* 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, 2006

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W
Fortgesetzte Behandlung	71	221	834	511	380	778	273	408	3576
Erstbehandlung	23	68	201	74	27	157	25	70	410
Gesamt	94	289	1.035	585	407	935	298	478	3.986

Anmerkung: **Fortgesetzte Behandlungen** sind Behandlungen, die vor dem Jahr 2003 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 BMGFJ 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: Aktuelle gesundheitliche Probleme nach Altersgruppen und Geschlecht in Prozent (n = 2.244), Klientinnen- und Klientenjahrgang 2005

Aktuelle gesundheitliche Probleme	Gesamt	Männer	Frauen	Altersgruppen					
				16–20	21–25	26–30	31–35	36–40	> 40
				65	64	68	48	57	69
Chronische Hepatitis C	35	35	34	14	27	39	44	48	47
Zahnprobleme	23	23	22	12	22	29	26	27	25
Magen-, Darmprobleme	16	14	20	15	14	16	15	17	19
Psychiatrische Erkrankungen	10	10	11	10	8	11	10	12	12
Haut, Venen	10	9	12	6	7	10	11	13	16
Aids, HIV-Infektion	4	4	5	1	3	5	6	5	7
Krampfanfälle, epileptische Anfälle	6	5	7	5	6	8	5	6	4
Chronische Hepatitis B	4	4	4	1	3	2	7	6	8
Invalidität	1	2	1	–	2	1	1	3	3
Gynäkologische Probleme	4	*	13	6	5	2	2	3	3
STD (sexuell übertragbare Krankheiten)	1	*	1	*	*	1	1	*	–
Andere	8	9	7	8	6	7	8	8	16
Keine aktuellen gesundheitlichen Probleme	35	36	32	52	43	31	29	25	20

* = Anteil ist kleiner als ein Prozent

– = Anteil ist null Prozent

Quelle: IFES 2006

Tabelle A23: Personen, die im Jahr 2006 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Geschlecht in Prozent

Alter in Jahren	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
0 bis 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 bis 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 bis 14	0	1	0	2	5	3	0	1	1	0	0	0
15 bis 19	22	18	21	19	30	23	19	27	21	9	20	12
20 bis 24	32	25	30	30	25	29	32	34	32	35	34	35
25 bis 29	19	18	18	19	15	17	20	16	19	26	24	26
30 bis 34	10	13	11	10	13	11	12	9	11	12	12	12
35 bis 39	8	10	8	8	7	8	7	6	7	10	5	9
40 bis 44	6	9	7	7	4	6	6	4	5	5	2	4
45 bis 49	3	4	3	4	1	3	3	2	3	2	2	2
50 bis 54	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
55 bis 59	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60 bis 64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
65 bis 69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70 bis 74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75 bis 79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80 und älter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gültige Angaben	3.503	1.586	5.089	398	165	563	3.106	1.094	4.200	1.039	364	1.403
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, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2006

Tabelle A24: Personen, die im Jahr 2006 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensunterhalt und Geschlecht in Prozent

Lebensunterhalt/Erwerbstätigkeit	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	
erwerbstätig	–	–	–	18	12	16	30	26	29	14	11	13
arbeitslos gemeldet	–	–	–	35	29	33	40	28	37	49	32	45
Sozialhilfe	–	–	–	10	18	12	8	12	9	9	17	11
Kind, Schüler/in, Student/in	–	–	–	9	17	11	5	11	6	4	7	5
Präsenz-, Zivildienst, Karenz, Pensionist/in	–	–	–	5	4	5	6	8	6	6	8	7
Haushalt, berufliche Umschulung, Sonstiges	–	–	–	3	3	3	3	7	4	2	2	2
nicht erwerbstätig, keine sonstige Form des Lebensunterhalts	–	–	–	5	3	5	4	3	4	3	3	3
nicht erwerbstätig, sonstige Form des Lebensunterhalts unbekannt	–	–	–	15	14	15	6	4	5	14	19	15
gültige Angaben	–	–	–	278	120	398	2.542	916	3.458	1.010	345	1.355
unbekannt	–	–	–	57	16	73	105	48	153	20	17	37
missing	–	–	–	63	29	92	459	130	589	9	2	11

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, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2006

Tabelle A25: Personen, die im Jahr 2006 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensmittelpunkt und Geschlecht in Prozent

Lebensmittelpunkt	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	
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, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2006

Tabelle A26: Personen, die im Jahr 2006 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/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2006

Tabelle A27: Personen, die im Jahr 2006 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdrogen und Geschlecht in Prozent

Leitdroge (Mehrfachnennungen möglich)	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
Opiate	31	44	36	38	32	36	53	66	57	73	81	75
Heroin	26	40	32	25	22	24	38	47	40	51	55	52
Methadon	2	3	2	4	2	3	5	6	5	15	13	14
andere Substitutionsdrogen	11	11	11	17	14	16	22	30	24	35	40	36
andere bzw. nicht näher spezifizierte Opiate	1	1	1	4	2	3	4	4	4	3	2	2
Kokaingruppe	7	11	9	11	10	10	11	11	11	19	22	20
Kokain	7	11	9	11	10	10	11	10	11	19	22	20
Crack	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1
nicht näher spezifiziertes Kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stimulantien	4	3	3	3	1	3	6	6	6	6	5	6
Amphetamine (z. B. Speed)	2	2	2	2	1	2	4	4	4	5	4	5
MDMA (Ecstasy), andere Designerdrogen	2	2	2	2	0	1	4	4	4	4	4	4
nicht näher spezifiziertes Stimulans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tranquilizer/Hypnotika	9	22	15	15	17	16	9	14	10	18	19	18
Benzodiazepine	9	22	14	15	17	16	9	13	10	17	18	17
Barbiturate	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
andere Hypnotika bzw. Tranquilizer	1	2	2	0	1	0	0	0	0	2	2	2
Halluzinogene	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1	2
LSD	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1	2
nicht näher spezifizierte Halluzinogene	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cannabis	42	25	35	30	23	28	38	23	34	21	15	20
Schnüffelstoffe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Alkohol	9	13	11	7	12	8	7	4	7	7	6	6
biogene Drogen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
andere Drogen	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
nur nicht behandlungsrelevanter Konsum	21	22	21	13	17	15	4	5	4	1	1	1
nur Begleitdroge	3	2	2	14	17	15	5	4	5	5	3	4
gültige Angaben	1.587	1.245	2.832	442	178	620	3.858	1.401	5.259	1.768	601	2.369
Anzahl der Personen mit gültigen Angaben	1.143	805	1.948	304	130	434	2.514	885	3.399	937	315	1.252
unbekannt	2.280	751	3.031	28	11	39	297	125	422	73	35	108
missing	80	30	110	66	24	90	295	84	379	29	14	43

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, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2006

Tabelle A28: Personen, die im Jahr 2006 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum und Alter in Prozent

Intravenöser Drogenkonsum	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Alter in Jahren			Alter in Jahren			Alter in Jahren			Alter in Jahren		
	< 20	20–29	> 29	< 20	20–29	> 29	< 20	20–29	> 29	< 20	20–29	> 29
nein	83	53	30	67	23	14	73	53	39	18	20	14
ja	17	47	70	33	77	86	27	47	61	82	80	86
gültige Angaben	521	814	481	100	149	81	805	1.864	955	149	736	337
unbekannt	39	215	284	32	66	54	76	258	178	17	85	31
missing	509	1.418	808	11	44	26	12	31	21	3	26	19

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, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2006

Tabelle A29: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2005 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppe	männlich	weiblich	gesamt
0 bis unter 5 Jahre	204.801	193.708	398.509
5 bis unter 10 Jahre	221.520	211.142	432.662
10 bis unter 15 Jahre	249.592	236.944	486.536
15 bis unter 20 Jahre	250.435	238.149	488.584
20 bis unter 25 Jahre	266.092	260.410	526.502
25 bis unter 30 Jahre	258.364	253.459	511.823
30 bis unter 35 Jahre	290.984	293.524	584.508
35 bis unter 40 Jahre	351.911	343.612	695.523
40 bis unter 45 Jahre	357.225	347.245	704.470
45 bis unter 50 Jahre	305.728	303.804	609.532
50 bis unter 55 Jahre	251.134	256.487	507.621
55 bis unter 60 Jahre	235.800	243.896	479.696
60 bis unter 65 Jahre	225.017	243.936	468.953
65 bis unter 70 Jahre	185.770	209.578	395.348
70 bis unter 75 Jahre	136.170	172.695	308.865
75 bis unter 80 Jahre	110.578	169.345	279.923
80 bis unter 85 Jahre	66.749	153.259	220.008
85 und mehr Jahre	33.991	100.252	134.243
Gesamt	4.001.861	4.231.445	8.233.306
0 bis unter 15 Jahre	675.913	641.794	1.317.707
15 bis unter 30 Jahre	774.891	752.018	1.526.909
30 bis unter 45 Jahre	1.000.120	984.381	1.984.501
45 bis unter 60 Jahre	792.662	804.187	1.596.849
60 bis unter 75 Jahre	546.957	626.209	1.173.166
75 und mehr Jahre	211.318	422.856	634.174
Gesamt	4.001.861	4.231.445	8.233.306

Quelle: Statistisches Jahrbuch 2007, Statistik Austria, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Karte A1: Übersichtskarte mit Bundesländern, Landeshauptstädten und Bezirken



Maßstab 1:2 500 000

ANHANG B

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom
AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AKH	Allgemeines Krankenhaus
AKIS	Alkohol Koordinations- und Informationsstelle
API	Anton-Proksch-Institut
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
BAST	Bundesgemeinschaft Streetwork
BGBI	Bundesgesetzblatt
BHS	Berufsbildende höhere Schule
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
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit und Konsumentenschutz
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
BZP	Benzylpiperazine
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
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EDDRA	Exchange on Drug Demand Reduction Action
EEG	Elektroenzephalogramm
EKG	Elektrokardiogramm
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
EU	Europäische Union
FFG	Österreichische Forschungsförderungsgesellschaft
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich

FSW	Fonds Soziales Wien
FWF	Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung
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
HBVsAb	Hepatitis B surface antibody
HBVsAg	Hepatitis B surface antigen
HCV	Hepatitis-C-Virus
HCV-Ab	HCV-Antikörper
HCV-RNA	Die 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
i. v.	intravenös
JA	Justizanstalt
JGG	Jugendgerichtsgesetz
LBISucht	Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung
LSD	Lysergsäurediethylamid
MA	Magistratsabteilung
mCPP	Meta-Chlorphenylpiperazin
MDA	3,4-Methylenedioxyamphetamine
MDE	3,4-Methylenedioxy-N-Ethylamphetamine
MDMA	3,4-Methylenedioxy-Methylamphetamine
MUSTAP	Multi-session standardised printed programmes
NGO	Non-governmental Organisation
NLM	National Library of Medicine
NÖ	Niederösterreich, niederösterreichisch
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OeNB	Österreichische Nationalbank
ÖGABS	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
OÖ	Oberösterreich, oberösterreichisch

PAZ	Polizeianhaltezentrum
PCR	Polymerase-Kettenreaktion
QCT	Quasi-Compulsory Treatment
REITOX	Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
RNA	Ribonukleinsäure
SB	Suchtbeauftragte bzw. -beauftragter
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien
SGG	Suchtgiftgesetz
SK	Suchtkoordinatorin bzw. -koordinator
SMG	Suchtmittelgesetz
SÖB	Sozialökonomischer Betrieb
STD	Sexually transmitted diseases
StGB	Strafgesetzbuch
TBC	Tuberkulose
VWS	Verein Wiener Sozialprojekte
WHO	Weltgesundheitsorganisation

ANHANG C

Standard Tables & Structured Questionnaires

Verzeichnis der österreichischen Standard Tables des Jahres 2007 sowie der Structured Questionnaires

Die folgende Liste gibt einen Überblick über alle Standard Tables, die für Österreich im Jahr 2007 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 (Oberösterreich)
- STANDARD TABLES 01: BASIC RESULTS AND METHODOLOGY OF POPULATION SURVEYS ON DRUG USE (Gesundheitsbefragung Österreich)
- STANDARD TABLE 02: METHODOLOGY AND RESULTS OF SCHOOL SURVEYS ON DRUG USE (HBSC)
- 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 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 34: TREATMENT DEMAND INDICATOR (TDI) DATA
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 22/25: UNIVERSAL PREVENTION (letztes Update: 2007)
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 23: HARM REDUCTION MEASURES TO PREVENT INFECTIOUS DISEASES IN INJECTING DRUG USERS (letztes Update: 2006)
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 26: SELECTIVE PREVENTION (letztes Update: 2007)
- 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)
- MUSTAP PROGRAMMES QUESTIONNAIRES: EIGENSTÄNDIG WERDEN (Niederösterreich, Tirol)
- MUSTAP PROGRAMMES QUESTIONNAIRE: EXPERTENGESTÜTZTE SCHULISCHE SUCHTINFORMATION (Tirol)