

**GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH  
GESCHÄFTSBEREICH ÖBIG**



# **Bericht zur Drogensituation 2009**

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



Gesundheit Österreich GmbH  
Geschäftsbereich ÖBIG



# Bericht zur Drogensituation 2009

Marion Weigl  
Martin Busch  
Alexander Eggerth  
Ilonka Horvath  
Christine Knaller  
Elisabeth Türscherl  
Charlotte Wirl

Wien, Oktober 2009

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

ISBN 10-3-85159-133-X

Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, A-1010 Wien, Stubenring 6,  
Telefon +43 1 515 61-0, Fax +43 1 513 84 72, E-Mail: [vorname.nachname@goeg.at](mailto:vorname.nachname@goeg.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 2008/09. Ergänzend werden jährlich wechselnde Schwerpunkte behandelt, wobei dieses Jahr die Themen „Cannabismärkte und -produktion“ sowie „Behandlung und Betreuung von älteren Drogenkonsumierenden“ gewählt wurden.

## Zusammenfassung und Diskussion der wichtigsten Trends

Im Jahr 2008 wurde das Suchtmittelgesetz (SMG) novelliert mit dem Ziel, die Bestimmungen zu „Verkehr und Gebarung mit Suchtmitteln und Drogenausgangsstoffen“ an geltendes EU-Recht anzupassen. Ermöglicht wurde der Anbau von Cannabis zur Wirkstoffgewinnung für die Arzneimittelherstellung. Geschaffen wurden aber auch die Rechtsgrundlagen für die Nutzung der Möglichkeiten des E-Governments im Rahmen der zentralen Suchtmittel-Datenevidenz, ein bundesweites Substitutionsmonitoring und die Regelung des Informationsaustausches innerhalb der koordinierten Gesamtbetreuung des Substitutionspatienten wurden gesetzlich verankert. Weitere Änderungen auf Verordnungsebene bezogen sich auf die Kontrolle von BZP, Oripavin und „Spice“ bzw. „Spice“-ähnlichen Räuchermischungen.

Im Regierungsprogramm der neuen Bundesregierung wird das Thema Sucht nur im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung einer „Nationalen Sucht- und Suizidpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“ sowie einer Strategie für eine gesunde Schule erwähnt. Der politischen Schwerpunktsetzung entsprechend, nehmen legale Substanzen bzw. substanzungebundene Süchte sowohl in der Suchtprävention als auch unter den Angeboten der Suchthilfe einen immer größeren Raum ein. Dies zeigt sich auch daran, dass ergänzend zum Bundesdrogenforum ein Alkoholforum ins Leben gerufen wurde, das bereits Vorarbeiten hinsichtlich einer nationalen Alkoholpräventionsstrategie geleistet hat.

Im Mittelpunkt der drogenpolitischen Diskussionen standen Maßnahmen zur Prävention von drogenbezogenen Todesfällen, aber auch - wie bereits in den Vorjahren – die Substitutionsbehandlung und die Auswirkungen der Verordnungen aus dem Jahr 2007. Berichte aus den Bundesländern dokumentieren unter anderem strukturelle Änderungen, die in der Folge notwendig wurden. Im Berichtszeitraum wurden Empfehlungen erarbeitet, die in eine Novellierung der Suchtgiftverordnung und der Weiterbildungsverordnung orale Substitution einfließen sollen.

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

se beschränkt ist. Die aktuellen Surveys liefern deutlich niedrigere Konsumraten als in den letzten Jahren; der zum Teil unmögliche Rückgang der Lebenszeitprävalenz bedarf jedoch einer ausführlichen methodischen Diskussion. Das Rauchen von „Spice“ war 2008 ein verbreitetes Thema in der Berichterstattung zum Konsum psychoaktiver Substanzen, ob am Schwarzmarkt oder über das Internet bezogenes „Spice“ weiterhin konsumiert wird, ist jedoch unbekannt. Aus der Partyszene liegen Berichte vor, dass als „Ecstasy“ verkaufte Tabletten immer öfter (auch) andere Inhaltsstoffe (z. B. mCPP, PMA) enthalten, die gesundheitlich besonders bedenklich sind. Auch als „Speed“ verkaufte Drogen enthielten nur zu 15 Prozent ausschließlich Amphetamin. Weiters liegen Berichte über den hochriskanten Konsum von GBL (das im Körper zu GHB metabolisiert wird) vor.

Die aktuellsten Prävalenzschätzungen des problematischen Drogenkonsums (in Österreich in erster Linie polytoxikomaner Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten) beziehen sich auf das Jahr 2007 und gehen von rund 22.000 bis 33.000 betroffenen Personen aus.

Mit dem Klientenjahrgang 2008 liegen zum dritten Mal Daten des österreichweiten Dokumentationssystems der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe (DOKLI) vor. Im Behandlungsbereich dominieren Opiate als vorrangige Problemdroge („Leitdroge“) stark, während Kokain nur eine untergeordnete Rolle spielt. Im Gegensatz zu manchen EU-Ländern stehen damit in Österreich die Opiate beim behandlungsrelevanten Drogenkonsum im Vordergrund. Die zweite zahlenmäßig relevante Gruppe im Behandlungssystem stellen Personen mit Leitdroge Cannabis dar. Ob dieses Ausmaß tatsächlich auf durch den Cannabiskonsum bedingten gesundheitlichen oder psychosozialen Problemen beruht oder Folge einer repressiven Cannabispolitik ist, wäre zu diskutieren. Auch ist zu überlegen, ob die Bedürfnisse dieser Gruppe in den Einrichtungen der Drogenhilfe überall adäquat abgedeckt werden. Vertiefende Studien zu den Ergebnissen aus dem Routinemonitoring DOKLI wären zur Abklärung dieser Thematik erforderlich.

Die Datenqualität der Statistik der suchtgiftbezogenen Todesfälle verschlechtert sich, da die Tendenz besteht, immer weniger Verdachtsfälle einer Obduktion zu unterziehen. Die epidemiologische Aussagekraft wird dadurch zusehends eingeschränkt. Um weiterhin eine hohe Qualität bei diesem epidemiologischen Schlüsselindikator zu gewährleisten, sind dringend Aktivitäten auf verschiedenen Ebenen erforderlich. Zu den Prävalenzraten hinsichtlich Infektionskrankheiten liegt nach wie vor keine Datenbasis vor, die verlässliche Aussagen über Ausmaß oder Trends erlauben würde. Der psychiatrischen Komorbidität wird viel Aufmerksamkeit gewidmet, hier zeigt sich weiterhin ein hoher Anteil an zusätzlichen psychischen und Verhaltensstörungen.

In Suchtprävention und Suchthilfe ist als Trend die zunehmende Regionalisierung etwa durch Steuergremien auf Bezirksebene und lokale Maßnahmenpläne zu beobachten. Diese entstehen häufig im Zusammenhang mit gemeindeorientierter Suchtprävention, beziehen sich teilweise aber auch auf Angebote der Suchthilfe. Die Auseinandersetzung mit fachlichen Standards findet in allen Bereichen statt, so wird sowohl an österreichweit einsetzbaren Suchtpräventionsprogrammen als auch an Leitlinien für die Behandlung der Benzodiazepinabhängigkeit gearbeitet. Die Zielgruppen drogenkonsumierende Personen mit Migrationshintergrund und deren Familien werden in der Suchthilfe zunehmend wahrgenommen; um diese Gruppen zu erreichen, werden notwendige Adaptierungen bestehender Angebote vorgenommen. In der Suchthilfe ist regional nach wie vor eine Erhöhung der Kapazitäten notwendig.

Die Gründe dafür sind unter anderem der relativ hohe Anteil an Klientinnen und Klienten mit gesundheitsbezogener Maßnahme aufgrund von Cannabiskonsum, aber auch die Verlagerung der Substitutionsbehandlung in die Drogenambulanzen oder Drogenberatungsstellen. Die Bemühungen zur Verbesserung der Behandlung von Infektionskrankheiten bei Drogenkonsumierenden konzentrieren sich auf die Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und den entsprechenden medizinischen Versorgungsstrukturen. Ausgebaut werden die Aktivitäten zum konfliktfreien Miteinander im öffentlichen Raum – und damit zur Prävention von drogenbezogener Kriminalität –, aber auch jene zur Reintegration durch Beschäftigungsmaßnahmen.

Im Jahr 2008 kam es zu einem – bei Cannabis besonders deutlichen – Rückgang der Anzeigen, der vom Bundesministerium für Inneres (BMI) mit Strukturermittlungen zur gezielten Zerschlagung von Suchtgiftringen begründet wird. Rückschlüsse auf einen verminderten Gebrauch lassen sich daraus allerdings nicht ableiten.

### Schwerpunkt „Cannabismärkte und -produktion“

Laut Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/.BK) ist die Erzeugung von Cannabisprodukten in Österreich im internationalen Vergleich relativ unbedeutend. Cannabisprodukte werden hauptsächlich aus den Niederlanden, aus Ländern des Balkans, den Schengenstaaten, Marokko und der Schweiz nach Österreich eingeführt. Österreich gewinnt als Transitland für Cannabisprodukte aus dem Fernen Osten (Indien, Nepal) nach Westeuropa an Bedeutung. Der Verkauf von Cannabisprodukten erfolgt laut BMI/.BK im gesamten Bundesgebiet, vor allem aber in den Ballungsräumen, sowohl an öffentlichen Plätzen und Straßen als auch in einschlägig bekannten Lokalen. Die meisten Sicherstellungen gibt es bei Marihuana. Sowohl bei der Anzahl der Sicherstellungen als auch bei den sichergestellten Mengen sind über die Jahre jedoch große Schwankungen festzustellen. Im Jahr 2008 betrafen 92 Prozent der cannabisbezogenen Anzeigen den § 27 SMG (unerlaubter Umgang mit Suchtgiften), 3 Prozent den § 28 SMG (Vorbereitung von Suchtgifthandel) und 5 Prozent den § 28a SMG (Suchtgifthandel).

### Schwerpunkt „Behandlung und Betreuung von älteren Drogenkonsumierenden“

Es liegen einige Indizien dafür vor, dass die Zahl der Drogenkonsumierenden im Alter von vierzig Jahren aufwärts ansteigt. Auswertungen der DOKLI-Daten des Klientenjahrgangs 2008 weisen darauf hin, dass Drogenkonsumierende unterschiedlichen Alters sich hinsichtlich ihrer Konsummuster unterscheiden. Hinsichtlich drogenassoziierter Gesundheitsprobleme ist die Situation bei den älteren Betreuten grundsätzlich als wesentlich schlechter einzustufen als bei den jüngeren. Es gilt zu berücksichtigen, dass ältere Drogenkonsumierende in den am DOKLI beteiligten Einrichtungen unterrepräsentiert sind. Über die Ursachen dieses Umstandes kann derzeit nur spekuliert werden. Im österreichischen Drogenhilfesystem gibt es keine speziellen Angebote für die Zielgruppe der älteren Drogenkonsumierenden. Hinsichtlich der Entwicklung von Strategien zur zukünftigen Betreuung und Versorgung älterer Drogenkonsumierender ist das EU-Projekt SDD-Care von zentraler Relevanz.





# Inhaltsverzeichnis

<b>Kurzfassung</b> .....	III
<b>Einleitung</b> .....	1
<b>TEIL 1: Neue Entwicklungen und Trends</b>	
<b>1 Politischer und organisatorischer Rahmen</b> .....	5
1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen .....	5
1.2 Politische und administrative Rahmenbedingungen .....	7
1.3 Budgets und Finanzierungsregelungen .....	10
<b>2 Drogenkonsum in der Bevölkerung</b> .....	11
2.1 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung .....	11
2.2 Drogenkonsum bei Jugendlichen.....	14
2.3 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen .....	14
<b>3 Prävention</b> .....	15
3.1 Universelle Prävention .....	16
3.2 Selektive Prävention .....	19
3.3 Indizierte Prävention .....	21
3.4 Nationale und lokale Medienkampagnen.....	21
<b>4 Problematischer Drogenkonsum</b> .....	22
4.1 Prävalenz- und Inzidenzschätzungen .....	23
4.2 Charakteristika und Konsummuster auf Basis von Datenquellen außerhalb des Behandlungsbereichs .....	23
<b>5 Drogenbezogene Behandlungen</b> .....	26
5.1 Strategie/Politik .....	27
5.2 Behandlungssysteme.....	30
5.3 Charakteristika und Konsummuster der Klientel drogenspezifischer Einrichtungen .....	34
5.4 Trends und Anzahl der betreuten Personen .....	39
<b>6 Gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen</b> .....	43
6.1 Drogenbezogene Infektionskrankheiten .....	44
6.2 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen .....	48
6.3 Suchtgiftbezogene Todesfälle und Mortalität.....	50
<b>7 Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen</b> .....	52
7.1 Prävention von suchtgiftbezogenen Notfällen und Reduktion von Todesfällen.....	52
7.2 Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten .....	53
7.3 Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen .....	55

<b>8 Soziale Zusammenhänge und soziale Reintegration .....</b>	<b>58</b>
8.1 Soziale Problemlagen und Drogengebrauch .....	58
8.2 Soziale (Re-)Integration .....	59
<b>9 Drogenbezogene Kriminalität, deren Prävention und Drogengebrauch im Gefängnis .....</b>	<b>63</b>
9.1 Drogenbezogene Kriminalität.....	63
9.2 Prävention von drogenbezogener Kriminalität.....	66
9.3 Interventionen im System der Strafjustiz .....	67
9.4 (Problematischer) Drogenkonsum in Haft.....	70
9.5 Drogenbezogene gesundheitliche Maßnahmen während der Haft .....	70
9.6 Reintegration von Drogenkonsumierenden nach der Haft.....	72
<b>10 Drogenmärkte .....</b>	<b>73</b>
10.1 Verfügbarkeit und Angebot von Drogen.....	73
10.2 Sicherstellungen.....	74
10.3 Reinheit und Preis.....	75
 <b>TEIL 2: Schwerpunktthemen</b>	
<b>11 Cannabismärkte und -produktion.....</b>	<b>79</b>
11.1 Märkte .....	79
11.2 Beschlagnahmungen .....	81
11.3 Straftaten.....	85
<b>12 Behandlung und Betreuung von älteren Drogenkonsumierenden .....</b>	<b>87</b>
12.1 Altersentwicklung bei Drogenkonsumierenden.....	87
12.2 Drogenkonsum, gesundheitliche und soziale Charakteristika von älteren Drogenkonsumierenden.....	88
12.3 Behandlung, Management und Versorgung von älteren Drogenkonsumierenden.....	94
<b>Quellenverzeichnis.....</b>	<b>99</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>111</b>

# Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

## Tabellen:

Tabelle 6.1: Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C-Antikörper, Hepatitis C-RNA und HIV, 2008 .....	45
Tabelle 6.2: Psychiatrische Komorbidität nach ICD-10-Diagnosen, Stiftung Maria Ebene, Patientenjahrgang 2008.....	48
Tabelle 10.1: Beurteilung der Schwierigkeit, an diverse psychoaktive Substanzen heranzukommen .....	73
Tabelle 10.2: Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm/Stück) der diversen Drogen im Straßenverkauf, 2008.....	76
Tabelle 11.1: Großhandelspreise für Cannabisprodukte im Jahresvergleich (Preis pro kg) .....	80
Tabelle 11.2: Straßenpreise für Cannabisprodukte im Jahresvergleich (Preis pro g).....	80
Tabelle 11.3: Sicherstellungen von Cannabisprodukten im Jahr 2008 .....	82
Tabelle 11.4: Herkunft sichergestellter Cannabisprodukte im Jahr 2004 bis 2008 .....	84
Tabelle 11.5: Anzeigen nach § 27 bis § 29 in den Jahren 2006 bis 2008.....	85
Tabelle 12.1: Anzahl der dem Gesundheitsressort gemeldeten in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen von 2001 bis 2008 nach Altersgruppen.....	87
Tabelle 12.3: Längerfristig ambulant oder stationär betreute Personen mit Leitdroge Opiate und ausgewählte Indikatoren der Soziodemographie und der Lebenssituation nach Alter, 2008 .....	92
Tabelle A1: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich aus den Jahren 2004 bis 2008 .....	121
Tabelle A2: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 2001 bis 2008.....	122
Tabelle A3: Entwicklung der Aids-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation, 1999–2008 .....	123
Tabelle A4: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen, 1999–2008 .....	123
Tabelle A5: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) in Österreich nach Bundesland, 1999–2008.....	123
Tabelle A6: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1999–2008 .....	124
Tabelle A7: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes und Bundesland, 2008 .....	124
Tabelle A8: Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 1999–2008 .....	124
Tabelle A9: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2008 .....	125
Tabelle A10: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2008.....	125
Tabelle A11: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1999–2008 .....	126

Tabelle A12: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 1999–2008.....	126
Tabelle A13: Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge, 1999–2008.....	126
Tabelle A14: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy in Tablettenform gekauften Proben in Prozent, 1999–2008.....	127
Tabelle A15: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 1999–2008.....	127
Tabelle A16: Anzahl der dem BMG gemeldeten aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen und nach Bundesländern, 2008.....	128
Tabelle A17: Personen, die im Jahr 2008 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Geschlecht in Prozent.....	128
Tabelle A18: Personen, die im Jahr 2008 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensunterhalt und Geschlecht in Prozent.....	129
Tabelle A19: Personen, die im Jahr 2008 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensmittelpunkt und Geschlecht in Prozent.....	129
Tabelle A20: Personen, die im Jahr 2008 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation und Geschlecht in Prozent.....	130
Tabelle A21: Personen, die im Jahr 2008 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdrogen und Geschlecht in Prozent.....	131
Tabelle A22: Personen, die im Jahr 2008 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum und Alter in Prozent.....	132
Tabelle A23: Österreichweit eingesetzte standardisierte Interventionen zur Suchtprävention in der Schule, 2008.....	133
Tabelle A24: Ausgewählte bewährte und bereits seit längerem laufende suchtpreventive Interventionen.....	134
Tabelle A25: Behandlungsdauer von Personen mit Leitdroge Opiate, die sich 2008 in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen.....	135
Tabelle A26: Hauptanstoß zur Kontaktaufnahme bei Personen mit Leitdroge Opiate, die sich 2008 in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen.....	135
Tabelle A27: Hauptanstoß zur Kontaktaufnahme bei Personen, die sich 2008 in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen.....	136
Tabelle A28: Art der Einnahmeform von Heroin bei Personen mit Leitdroge Opiate, die sich 2008 in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen.....	136
Tabelle A29: Art der Einnahmeform von Heroin bei Personen, die sich 2008 in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen.....	136
Tabelle A30: Art der Einnahmeform von Kokain bei Personen mit Leitdroge Opiate, die sich 2008 in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen.....	137
Tabelle A31: Art der Einnahmeform von Kokain bei Personen, die sich 2008 in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen.....	137

Tabelle A32: Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen mit Leitdroge Opiate, die sich 2008 in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen .....	137
Tabelle A33: Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die sich 2008 in einer längerfristig ambulanten Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen.....	138
Tabelle A34: Längerfristig ambulant oder stationär betreute Personen 2008 und ausgewählte Indikatoren der Soziodemographie und der Lebenssituation und Alter .....	138
Tabelle A35: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2008 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht .....	139

## Abbildungen:

Abbildung 1.1: Überblick über die organisatorische Struktur des Drogenbereichs in Österreich.....	9
Abbildung 2.1: Konsumerfahrungen mit illegalen Substanzen in der Gesamtbevölkerung, bezogen auf Lebenszeit und die letzten zwölf Monate, 2004 und 2008 in Prozent) .....	12
Abbildung 2.2: Lebenszeiterfahrungen der Wiener Bevölkerung mit illegalen Drogen von 1993 bis 2009 (in Prozent) .....	13
Abbildung 5.1: Anzahl der Personen, die 2008 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung.....	35
Abbildung 5.2: Anteil der Frauen an den Personen, die 2008 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung .....	36
Abbildung 5.3: Personen, die 2008 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung .....	37
Abbildung 5.4: Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2008 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht.....	38
Abbildung 5.5: Vorwiegende Einnahmeform von Heroin (n = 2.235) und Kokain (n = 2.277) bei Personen, die 2008 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach dem Alter.....	39
Abbildung 5.6: Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 1999–2008 .....	40
Abbildung 5.7: Lebenszeitbezogen erstmalige Substitutionsbehandlungen nach Alter, 1999–2008.....	41
Abbildung 5.8: Entwicklung der bei der Erstbehandlung verwendeten Substitutionsmittel in den Jahren 1999–2008 .....	42
Abbildung 6.1: Prävalenz von Hepatitis C-Antikörpern in Österreich, 2004–2008 .....	46
Abbildung 6.2: Prävalenz von Hepatitis B in Österreich, 2004–2008 .....	46
Abbildung 6.3: Prävalenz von HIV in Österreich, 2004–2008 .....	46
Abbildung 7.1: Spritzentausch in der Einrichtung Substanz/ OÖ, 2004–2008 .....	53
Abbildung 9.1: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen in Österreich, 1998–2008 .....	64
Abbildung 9.2: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1999–2008.....	65

Abbildung 9.3: Verurteilungen nach den §§ 27 und 28 des Suchtmittelgesetzes in Österreich 1999 bis 2008.....	66
Abbildung 9.4: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1999 bis 2008 .....	68
Abbildung 10.1: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften in Österreich, 1999–2008 .....	74
Abbildung 11.1: Anzahl der Sicherstellungen von Cannabisprodukten in den Jahren 2005 bis 2008 .....	81
Abbildung 11.2: Sichergestellte Mengen von Cannabisprodukten in den Jahren 2005 bis 2008 in Gramm .....	82
Abbildung 11.3: Verteilung der cannabisbezogenen Anzeigen nach Paragrafen des SMG im Jahr 2008 (n = 15.063) .....	86
Abbildung 12.1: Anzahl der Personen, die 2008 eine drogenspezifische Betreuung in Anspruch genommen haben, nach Alter und Art der Betreuung.....	89
Abbildung 12.2: Personen, die 2008 ambulant oder stationär betreut wurden, nach hierarchischer Leitdroge (EBDD) und Altersgruppen .....	90
Abbildung 12.3: Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen mit Leitdroge Opiate, die sich 2008 in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen.....	91
<b>Karten:</b>	
Karte A1: Übersichtskarte mit Bundesländern, Landeshauptstädten und Bezirken .....	140

# Einleitung

Der an der GÖG/ÖBIG eingerichtete REITOX Focal Point legt hiermit zum 14. Mal den „Bericht zur Drogensituation“ vor, der jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und des für Gesundheit zuständigen Ministeriums verfasst wird. Der REITOX Focal Point dient als zentraler Knotenpunkt eines drogenrelevanten Daten- und Informationsnetzes in Österreich und kooperiert in dieser Rolle eng mit den verantwortlichen Stellen auf Bundes- wie auf Länderebene sowie mit den Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe.

Der Bericht zur Drogensituation in Österreich befasst sich mit dem Bereich der **illegalen Drogen** und dient sowohl als landesinterner Bericht über die österreichische Situation als auch als nationaler Beitrag zur Darstellung der Drogensituation in der Europäischen Union (EU). Vergleichbare Berichte werden von den REITOX Focal Points in allen EU-Mitgliedstaaten und Beitrittskandidatenländern nach einer seitens der EBDD vorgegebenen Struktur verfasst. Sie stellen eine zentrale Grundlage für den Jahresbericht der EBDD zur Drogensituation in Europa dar (zuletzt: EBDD 2008).

Der erste Teil des Berichts befasst sich mit den aktuellen Entwicklungen und Trends in Bezug auf die drogenpolitischen Rahmenbedingungen, die epidemiologische Situation und die gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Nachfragereduktion. Er baut auf den vorhergehenden Berichten auf (zuletzt: GÖG/ÖBIG 2008c) und bezieht sich auf den Berichtszeitraum Sommer 2008 bis Sommer 2009 bzw. hinsichtlich der Routinestatistiken auf das Jahr 2008. Im zweiten Teil werden ausgewählte Schwerpunktthemen ausführlicher behandelt. Im vorliegenden Bericht sind das die Themen „Cannabismärkte und -produktion“ und „Behandlung und Betreuung von älteren Drogenkonsumierenden“. Ergänzend findet sich im Anhang eine Reihe von Tabellen mit detaillierten Informationen und Daten.

Seitens des REITOX Focal Point werden jährlich für die EBDD standardisierte Tabellen und Fragebögen erstellt. Die entsprechenden Daten und Informationen sind in den vorliegenden Bericht eingeflossen, auf sie wird im Text verwiesen. Ein Überblick über alle „Standard Tables“ (= ST) und „Structured Questionnaires“ (= SQ) findet sich im Anhang C.

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

Besonderer Dank gilt den Mitgliedern der beratenden Arbeitsgruppe des REITOX Focal Point Österreich, Michael Dressel (Wiener Drogenkoordinator und Vertreter der Länder), Irmgard Eisenbach-Stangl (Mitglied des wissenschaftlichen Komitees der EBDD), Thomas Neubacher (Drogenkoordinator des Landes Vorarlberg und Vertreter der Länder), Franz Pietsch (Bundesdrogenkoordinator und Vorsitzender der Bundesdrogenkoordination, BMG), Robert Scharinger (BMG) und Johanna Schopper (Leiterin der Abteilung Drogen und Suchtmittel im BMG), deren Anmerkungen und Ergänzungen zum Bericht eine wertvolle Unterstützung darstellten.





**TEIL 1**

**Neue Entwicklungen  
und Trends**



# 1 Politischer und organisatorischer Rahmen

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

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

## 1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Im Berichtszeitraum wurde, wie bereits im Vorjahr angekündigt (GÖG/ÖBIG 2008c), das Suchtmittelgesetz (SMG) novelliert. Hauptzielsetzungen waren die Anpassung der Bestimmungen zu „Verkehr und Gebarung mit Suchtmitteln und Drogenausgangsstoffen“ an geltendes EU-Recht, das Ermöglichen des Cannabisanbaus zur Wirkstoffgewinnung für die Herstellung von Arzneimitteln, das Schaffen der Rechtsgrundlagen für die Nutzung der Möglichkeiten des E-Governments im Rahmen der zentralen Suchtmittel-Datenevidenz sowie die gesetzliche Verankerung eines bundesweiten Substitutionsmonitorings und die Regelung des Informationsaustausches innerhalb einer koordinierten Gesamtbetreuung des Substitutionspatienten. Die SMG-Novelle 2008 (BGBl I 2008/143 v. 19.12.2008) enthält unter anderem folgende Bestimmungen:

- § 6a SMG schafft die Möglichkeit für den Anbau von Pflanzen der Gattung Cannabis zur Gewinnung von Suchtgift für die Herstellung von Arzneimitteln sowie für damit verbundene wissenschaftliche Zwecke durch die Österreichische Agentur für Ernährungssicherheit GmbH (AGES). Die Weitergabe darf nur an Gewerbetreibende mit einer Berechtigung zur Herstellung und zum Großhandel von Arzneimitteln erfolgen.

---

<sup>1</sup> COFOG ist die Classification of Functions of Government (Klassifikation der Ausgaben des Staates nach Aufgabenbereichen) und umfasst zehn Abteilungen, die weiters in Gruppen und Klassen unterteilt werden. In Österreich sind nur die Ausgaben nach den zehn COFOG-Abteilungen ohne Gruppen und Klassen verfügbar.

- § 8a SMG verpflichtet Ärztinnen und Ärzte dazu, Beginn und Ende einer Substitutionsbehandlung unverzüglich an die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde zu melden. Bei Substitutions-Einzelverschreibungen ist auch das Substitutionsmittel bekanntzugeben. Die Weitergabe von Wahrnehmungen im Zusammenhang mit Beratung, Behandlung und/oder Betreuung eines Substituierten darf nur erfolgen nach ausdrücklicher Zustimmung des Betroffenen oder falls die Mitteilung zum Schutz der Gesundheit des Substituierten dringend erforderlich ist. Sollte die Zustimmung des Patienten nicht rechtzeitig eingeholt werden können, so müssen die Gründe dafür dokumentiert werden.
- In § 24 SMG wird festgehalten, dass das Gesundheitsressort ein Suchtmittelregister zur Evidenthaltung von Verstößen gegen das SMG und ein Substitutionsregister zur Verhinderung von Mehrfachbehandlungen mit Substitutionsmitteln zu führen hat. Des Weiteren sind alle Todesfälle zu erfassen und zu analysieren, die in einem kausalen Zusammenhang mit Suchtgiftkonsum stehen. In der Folge wird detailliert geregelt, welche Informationen von wem zu melden sind. Dem Suchtmittelregister (§ 24a) sind unter anderem Straftat, Rechtsgrundlage, sichergestelltes Suchtmittel oder Drogenausgangsstoff sowie Informationen über einen vorläufigen Rücktritt von der Verfolgung oder über Einstellung des Strafverfahrens oder Verurteilung zu melden. Zu nennen sind aber auch jene Personen, deren Begutachtung gemäß § 12 SMG ergeben hat, dass sie Suchtgift missbrauchen. Für das Substitutionsregister (§ 24b) relevant sind die in § 8a genannten Daten sowie die Daten zu behandelnder Ärztin bzw. behandelndem Arzt und meldender Behörde, das Substitutionsmittel bei erstmaliger Substitutions-Dauerverschreibung inklusive Dosis und jede Änderung des Mittels. Bezüglich suchtgiftbezogener Todesfälle (§ 24c) zu melden sind unter anderem Tag und Ort des Todes und der Auffindung des Verstorbenen, die Ergebnisse einer Leichenbeschau, Hinweise auf Suchtgiftüberdosierung oder sonstige konsumierte Substanzen, sonstige Hinweise auf Todesursachen sowie Art und Menge der aufgefundenen Suchtgifte und anderer Substanzen. Sämtliche Daten dürfen für statistische und wissenschaftliche Zwecke, jedoch nicht für personenbezogene Auswertungen verwendet werden.
- § 25 SMG regelt Einrichtung und Betrieb von Suchtmittelregister und Substitutionsregister als elektronische Register durch das Gesundheitsressort sowie den Umgang mit den darin enthaltenen Daten. Demnach sind die Daten für statistische oder wissenschaftliche Zwecke in ein Statistik-Register zu überführen und ist jeder direkte oder indirekte Personenbezug zu löschen. Ein Online-Zugriff auf die Daten ist nur unter spezifischen Voraussetzungen und nach vorheriger Autorisierung per Verordnung durch Gesundheits- und Justizressort möglich. Es wird auch spezifiziert, in welchen Fällen die Daten aus dem Suchtmittelregister unverzüglich (z. B. bei Einstellung des Verfahrens), nach einem Jahr (bei Begutachtung nach § 12 SMG) oder längstens nach fünf Jahren zu löschen sind. Aus dem Substitutionsregister sind die Daten im Todesfall unverzüglich, bei Beendigung einer Behandlung spätestens nach sechs Monaten zu löschen.

Entsprechend der SMG-Novelle 2008 wurde auch eine Novellierung der dazugehörigen Suchtgiftverordnung (BGBl II 2008/480 v. 19. 12. 2008) bzw. Psychotropenverordnung (BGBl II 2008/481 v. 19. 12. 2008) notwendig.

Eine Novelle zur Weiterbildungsverordnung orale Substitution (BGBl II 2009/5 v. 2. 1. 2009) verlängert die für die Übergangsbestimmungen geltende Frist (vgl. GÖG/ÖBIG 2006). Jene

Ärztinnen und Ärzte, deren Eintragung in die Liste der zur Substitutionsbehandlung berechtigten Personen aufgrund einer Berufsausübung erfolgt ist, sind zu streichen, sofern sie nicht bis 31. 12. 2009 den erforderlichen Qualifikationsnachweis erbringen.

Weitere gesetzliche Veränderungen im Berichtszeitraum gab es in Bezug auf die Kontrolle von neuen Substanzen. Nach Bekanntwerden der für die psychoaktive Wirkung von „Spice“ verantwortlichen Substanz wurden Inverkehrbringen, Import und Verbringen von Räuchermischungen, die JWH-018 enthalten, per Verordnung untersagt (BGBl II 2009/6 v. 7. 1. 2009). In der Folge wurden in „Spice“ und „Spice“-ähnlichen Produkten jedoch weitere psychoaktive Substanzen identifiziert, was eine Ausweitung des Verbots auf andere cannabinomimetisch wirksame Stoffe<sup>2</sup> notwendig machte (BGBl II 2009/58 v. 3. 3. 2009). Weitere rechtliche Schritte werden derzeit geprüft.

Ziel der Novelle zur Suchtgiftverordnung (BGBl II 2009/173 v. 15. 6. 2009) sowie der Novelle zur Suchtgift-Grenzmengenverordnung (BGBl II 2009/174 v. 16. 6. 2009) war die Aufnahme von Oripavin und BZP unter das Kontrollregime des SMG und dadurch die Umsetzung der entsprechenden Beschlüsse auf internationaler Ebene. Aufgrund empfindlicherer Messtechniken, die sehr geringe Restmengen an Alkaloiden in dekokainierten und als Aromastoffe verwendeten Extrakten des Cocablattes nachweisen können, enthält die Novelle zur Suchtgiftverordnung auch eine Präzisierung der darin maximal zulässigen Restmenge (in Summe 1,25 ppm oder 1,25 mg/l oder mg/kg).

Bezüglich der mit März 2007 in Kraft getretenen geänderten rechtlichen Grundlagen im Bereich der Substitutionsbehandlung (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b) liefen seit dem Frühjahr 2008 Aktivitäten zur Bestandsaufnahme und Beurteilung der Auswirkungen (vgl. Kap. 5.3). Auf Basis der damit verbundenen Empfehlungen sind Adaptierungen der rechtlichen Grundlagen seit August 2009 in Begutachtung.

## 1.2 Politische und administrative Rahmenbedingungen

Die politischen und administrativen Rahmenbedingungen (vgl. SQ32) wurden im Berichtszeitraum im Wesentlichen beibehalten. Im Herbst 2008 gab es Neuwahlen auf Bundesebene. Am 2. Dezember 2008 wurde die neue Regierung angelobt. Im Regierungsprogramm 2008–2013 (Bundeskanzleramt 2008) wird das Thema Sucht nur im Kapitel Gesundheit erwähnt: Unter dem Punkt „Gesundheitsförderung und Prävention“ findet sich als Vorhaben die Weiterentwicklung der nationalen Sucht- und Suizidpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen. Dies stellt eine Erweiterung der bisher geplanten nationalen Sucht- und Alkoholstrategie dar, für die im Berichtszeitraum im Rahmen des Alkoholforums Vorarbeiten geleistet wurden. Unter dem „Schwerpunkt Kinder-/Jugendgesundheit“ soll die Strategie für eine „gesunde Schule“ weiterentwickelt werden, worin unter anderem auch die Themen psychische Gesundheit und Sucht enthalten sind.

Das Bundesdrogenforum (vgl. Abb. 1.1) trat im Berichtszeitraum zweimal (November 2008, April 2009) regulär zusammen. Auf der Tagesordnung standen unter anderem drogenrele-

---

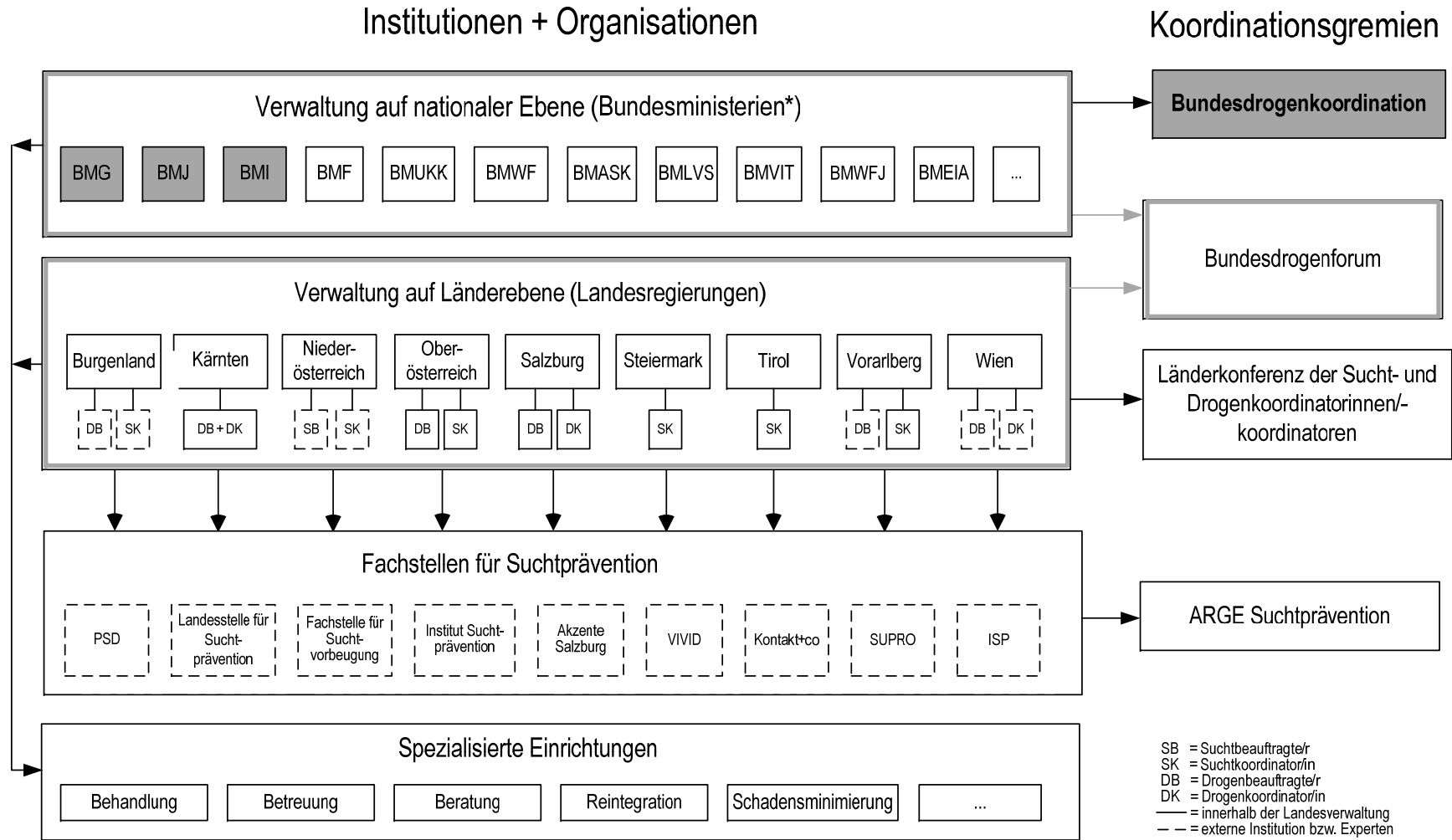
<sup>2</sup> Gemeint sind synthetische Substanzen, die die Wirkung von Cannabis nachahmen.

vante rechtliche Fragen (vgl. Kap. 1.1), die Möglichkeiten für Mindeststandards bei Obduktionsbefunden sowie für schadensminimierende Maßnahmen, die Vorgangsweise hinsichtlich der nationalen Sucht- und Suizidpräventionsstrategie sowie die Entwicklung von Kostenbeteiligungsmodellen zwischen Bund und Ländern (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c). Die vom Bundesdrogenforum eingerichteten Arbeitsgruppen zur Erarbeitung von Richtlinien betreffend eine bundeseinheitliche Vollziehung des § 12 SMG (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c) bzw. zur Evaluierung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung (vgl. Kap. 5) waren im Berichtszeitraum weiterhin tätig. Der neue Arbeitskreis „Jährlicher Tätigkeitsbericht – Suchthilfekompass“ widmet sich der Adaptierung des Suchthilfekompasses an die mit den Tätigkeitsberichten verbundenen Anforderungen. Eine ebenfalls neu geschaffene „Steering Group“ beschäftigt sich mit möglichen Maßnahmen zur Reduzierung von Drogentodesopfern (vgl. Kap. 7.1).

In den Bundesländern haben sich die Rahmenbedingungen im Berichtszeitraum nicht verändert, Neuerungen sind jedoch in Arbeit. So wird beispielsweise in OÖ auf Basis des geltenden Suchtkonzeptes an einem Suchtplan gearbeitet, der die bestehenden Angebote aufzeigen und eine mittelfristige Entwicklung im Suchtbereich vorgeben soll. In der Steiermark wurde ein Suchtkonzept erarbeitet, das im Herbst 2009 von der Landesregierung beschlossen werden soll. In Tirol wird derzeit eine Umfeldanalyse durchgeführt, die gemeinsam mit den bisherigen Evaluationen des geltenden Drogenkonzeptes die Basis für die Entwicklung eines neuen Suchtkonzeptes bilden soll. Darin sollen auch die im Rahmen von bezirkswesischen Informationsveranstaltungen ab Sommer 2009 erfassten regionalen Entwicklungen und Besonderheiten berücksichtigt werden (Kern, persönliche Mitteilung). In Kärnten hat ein Gremium aus Fachleuten des Kärntner Suchtbeirates einen Forderungskatalog erstellt; die Forderungen umfassen unter anderem den Ausbau der Landesstelle Suchtprävention sowie der Jugendwohlfahrtseinrichtungen, die Einrichtung einer Koordinationsstelle zum Thema Kinder suchtkranker Eltern, mehr professionelle suchtspezifische Unterstützung durch personelle Aufstockung der Drogenkoordinationsstelle, die Schaffung spezieller berufsrehabilitativer Angebote und einer Drogenstation für akutstationäre Behandlung von hauptsächlich Opiatabhängigen sowie stärkeres Befassen des Suchtbeirats mit suchtpolitisch relevanten Fragen.

Die Suchtmittelbeiräte auf Gemeindeebene, die in NÖ seit 2008 installiert werden (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c), sollen die Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht fördern. In Mödling wurde als Ergebnis dieser Bemühungen ein lokaler Aktionsplan Sucht erstellt (Hörhan, persönliche Mitteilung). In diese Richtung geht auch der für den Bezirk Vöcklabruck (OÖ) erstellte Maßnahmenplan (vgl. Kap. 3.1), der zwar v. a. Maßnahmen zur Suchtvorbeugung enthält, daneben aber auch die Substitutionsbehandlung anspricht.

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



\* siehe Abkürzungsverzeichnis

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

Für den Ausbau der universellen und selektiven Prävention im Burgenland wurde ein Konzept erstellt (Hausleitner 2008). In diesem wird der Ausbau der Strukturen, Kooperationen und Vernetzung sowie eine Aufstockung der Ressourcen als notwendig erachtet, da die Prävalenzraten von Risikoverhaltensweisen, wie z. B. Konsum von Drogen, gestiegen sind. Vorgeschlagen wird daher ein eigenes Präventionsinstitut, das für alle Präventionsmaßnahmen sowie für deren Konzeption und Koordination mit Kooperationspartnern zuständig ist. Die Durchführung entsprechender Maßnahmen soll durch verschiedene Anbieter erfolgen. Die Umsetzung des Konzeptes ist für die nächsten Jahre geplant.

### **1.3 Budgets und Finanzierungsregelungen**

Es gab im Berichtszeitraum keine Änderungen der Finanzierungsregelungen im Drogenbereich. Einen Überblick über die bestehenden bietet der SQ32. Zu erwähnen ist allenfalls, dass in manchen Bundesländern seit der Neuregelung der Substitutionsbehandlung Verhandlungen mit den Sozialversicherungen geführt bzw. abgeschlossen wurden (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c), die eine Leistungshonorierung für substituierende Ärztinnen und Ärzte ermöglichen (sollen). Die Abrechnung für Personen mit einer Auflage oder Weisung stellt seit etlichen Jahren einen Diskussionspunkt dar und war auch im Berichtszeitraum wieder Thema (vgl. Kap. 1.2). Eine Lösung ist derzeit nicht in Sicht.

Zu den Budgets liegen keine detaillierten Informationen vor, die einen Überblick ermöglichen würden.



## 2 Drogenkonsum in der Bevölkerung

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

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

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen (Lebenszeitprävalenz) finden sich in Österreich am häufigsten bezüglich Cannabis mit Prävalenzraten von etwa dreißig bis vierzig Prozent bei jungen Erwachsenen. In den meisten Repräsentativstudien finden sich weiters Konsumerfahrungen von rund zwei bis vier Prozent für „Ecstasy“, Kokain und Amphetamine und von rund ein bis maximal zwei Prozent für Opiate. In den letzten Jahren wurde beim Probier- und Experimentierkonsum eine Verbreiterung des Substanzenspektrums festgestellt. In bestimmten Szenen und Gruppen von Jugendlichen finden sich dabei hohe Prävalenzraten für eine Reihe von unterschiedlichen Substanzen, darunter auch biogene Drogen und Schnüffelstoffe.

### 2.1 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung

Im Jahr 2008 wurde zum zweiten Mal im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eine Repräsentativstudie<sup>3</sup> zu Prävalenz und Mustern des Konsums von legalen wie illegalen Suchtmitteln durchgeführt.

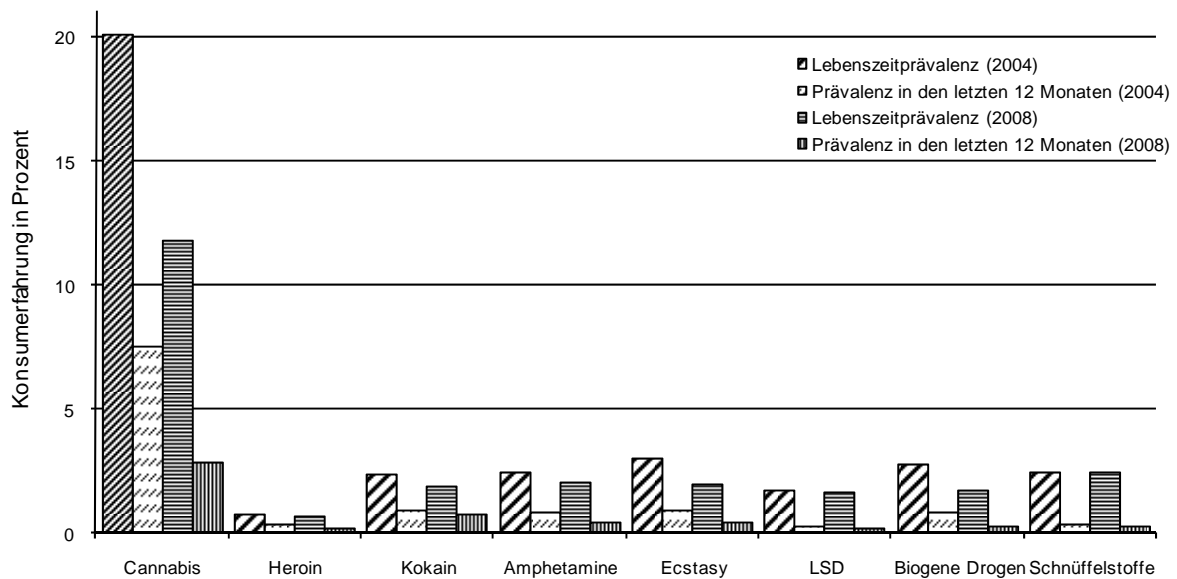
---

<sup>3</sup> Der Fragebogen wurde in Kooperation von LBI-Suchtforschung und GÖG/ÖBIG erstellt. Das Markt- und Meinungsforschungsinstitut „market“ war für die Durchführung der Face-to-Face-Interviews verantwortlich. Nach einem Briefing der Interviewerinnen und Interviewer wurden die Zielpersonen mittels Random-Sampling ausgewählt. Die bei diesem Projekt eingesetzten 593 Interviewerinnen und Interviewer erhielten die Adressen der Zielpersonen und übernahmen Kontaktaufnahme und Durchführung der Interviews. Im Gegensatz zur letzten Erhebung wurden bei diesem Forschungsprojekt zwei gleich große Subsamples unterschieden (Personen zwischen 15 und 24 Jahren und Personen über 24 Jahre). In der Zielgruppe der 25-Jährigen oder Älteren wurde im Haushalt – entsprechend der Geburtstagsmethode – jene Person befragt, die 25 Jahre oder älter war und zuletzt Geburtstag hatte. Beim Set an Adressen für die Stichprobe in der Zielgruppe der 15- bis 24-Jährigen wurde in einem ersten Schritt zunächst geklärt, ob eine entsprechende Person im Haushalt wohnte, und erst in einem zweiten Schritt – bei mehreren Personen in der definierten Altersgruppe – die eben beschriebene Vorgangsweise zur Vereinbarung eines Termins angewandt. Jede Adresse wurde zumindest dreimal kontaktiert (Ausnahmen: keine Zielperson in der Altersgruppe wohnhaft, Interview bereits gegeben oder Verweigerung). Die Beteiligungsquote lag bei 34,4 Prozent und damit deutlich über jener des Jahres 2004. Die Feldphase erfolgte zwischen 27. Oktober und 1. Dezember 2008. Eine telefonische Kontrolle wurde bei 46 Prozent der Interviews durchgeführt. 73 Bögen mussten ausgeschieden werden, und es verblieben 4.196 auswertbare Fragebögen. Auswertung und Berichtslegung erfolgen Ende 2009 durch das LBI-Suchtforschung.

Der Gesamtbericht zu dieser Studie und Detailanalysen werden erst Ende 2009 vorliegen (Uhl et al. 2009, in Vorbereitung), erste Ergebnisse sind aber bereits verfügbar (Tab. A1 im Anhang A bzw. ST1). Im Rahmen der Konsumerhebung wurden insgesamt 4.196 Personen im Alter ab 14 Jahren zu ihren Erfahrungen mit dem Konsum von legalen wie illegalen psychoaktiven Substanzen befragt; 50 Prozent der Stichprobe stammen aus der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen (Oversampling Jugendlicher bzw. junger Erwachsener). Für die Auswertungen hinsichtlich Gesamtpopulation wurde das Oversampling durch Gewichtungen ausgeglichen.

Insgesamt zeigen sich bei fast allen Drogen wesentlich niedrigere Werte als bei der Erhebung im Jahr 2004 (vgl. Abb. 2.1). Bei Cannabis liegt die Lebenszeitprävalenz im Jahr 2008 fast nur mehr auf dem halben Wert von 2004. Ein solcher Rückgang der Lebenszeitprävalenz im Intervall von nur vier Jahren ist unmöglich. Andere Faktoren wie z. B. eine sich verstärkende Tendenz, den Konsum illegaler Drogen zu verschweigen, oder erhebungstechnische Probleme müssen bei diesem „Rückgang“ eine wesentliche Rolle spielen. Die Ergebnisse bedürfen einer ausführlichen Diskussion im Rahmen der österreichischen Experten-Gruppe zu Bevölkerungserhebungen zum Drogenkonsum.

Abbildung 2.1: Konsumerfahrungen mit illegalen Substanzen in der Gesamtbevölkerung, bezogen auf Lebenszeit und die letzten zwölf Monate, 2004 und 2008 (in Prozent)



Quelle: Uhl et al. 2005a und 2009, in Vorbereitung; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Im Vergleich zu den Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen gaben wesentlich mehr Personen an, bereits Alkohol getrunken (95 %) oder Tabak geraucht zu haben (67 %).

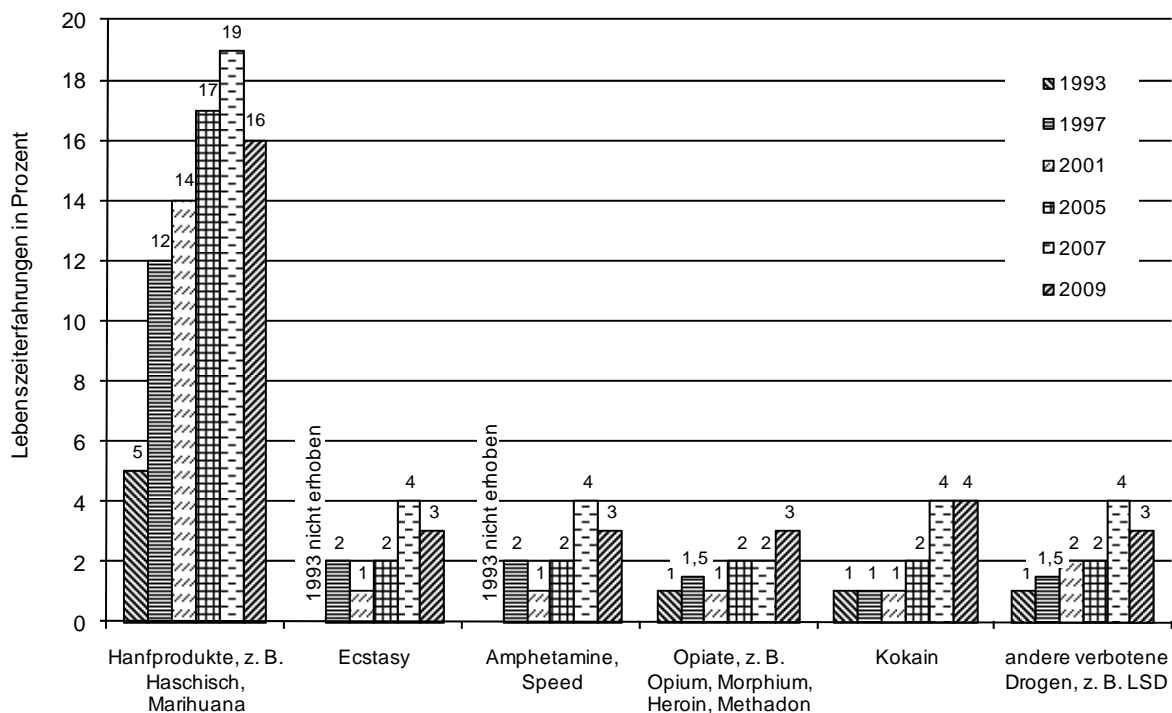
Die Konsumraten für die letzten zwölf Monate (= Jahresprävalenz) sind deutlich geringer. Sie liegen nur für Cannabis (2,8 %; 2004: 7,5 %) über einem Prozent, für alle anderen Substanzen darunter (vgl. Abb. 2.1). Dies bestätigt, dass der Konsum illegaler Drogen meist auf eine begrenzte Lebensphase bzw. auf das Experimentieren beschränkt ist. Allerdings ist auch der starke Rückgang hinsichtlich der Jahresprävalenz bei illegalen Substanzen insgesamt im Vergleich zu 2004 kritisch zu hinterfragen.

Es liegen auch wieder aktuelle Daten aus der Wiener Suchtmittelstudie<sup>4</sup> vor, die eine Analyse von längerfristigen Trends seit dem Jahr 1993 erlauben (IFES 2009; vgl. auch Tab. A1 im Anhang A bzw. ST1).

Die angegebenen Konsumerfahrungen sind im Vergleich zu den früheren Erhebungen mit Ausnahme von Opiaten gesunken oder gleich geblieben (vgl. Abb. 2.2). Bei Cannabis ist der Wert nach einem kontinuierlichen Zuwachs wieder gefallen. Obwohl dieser Rückgang wesentlich geringer ist, stellt dieses Ergebnis eine interessante Parallelität zu der Prävalenzentwicklung bei den oben referierten österreichweiten Bevölkerungserhebungen dar und sollte diskutiert werden.

Von Konsumerfahrungen mit Cannabis berichten bei den unter 30-Jährigen bzw. bei den 30- bis 40-Jährigen 20 Prozent, bei den 40- bis 50-Jährigen 22 Prozent und bei den 50- bis 60-Jährigen 25 Prozent. Von den über 60-Jährigen geben nur drei Prozent Cannabiserfahrungen an. Die Lebenszeitprävalenz liegt in der Regel bei den Männern über jener der Frauen (z. B. Cannabis: 22 % zu 11 %). Ergänzend wurde auch der Konsum in den letzten drei Jahren bzw. in den letzten dreißig Tagen erhoben – hier finden sich deutlich niedrigere Prävalenzraten (z. B. Cannabis 5 % bzw. 3 %) als für den Lebenszeitkonsum.

Abbildung 2.2: Lebenszeiterfahrungen der Wiener Bevölkerung mit illegalen Drogen von 1993 bis 2009 (in Prozent)



Quelle: IFES 2009; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

<sup>4</sup> Die Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2009) wurde im Februar 2009 bei einer repräsentativen Zufallsstichprobe von insgesamt 600 Personen im Alter ab 15 Jahren in Form von mündlichen Interviews durchgeführt. Die Erhebung zu den Konsumerfahrungen findet im Auftrag der Wiener Sucht- und Drogenkoordination gemeinnützige GmbH seit 1993 alle zwei Jahre mit vergleichbarer Methodik statt.

Das Rauchen von „Spice“ (vgl. Kap. 10.3) war 2008 in den Medien einige Zeit ein wichtiges Thema der Berichterstattung zum Konsum psychoaktiver Substanzen. „Spice“ ist mittlerweile verboten (vgl. Kap. 1); ob am Schwarzmarkt oder via Internet erworbenes „Spice“ weiterhin geraucht wird, ist unbekannt.

## 2.2 Drogenkonsum bei Jugendlichen

Im Jahr 2007 wurde in Österreich zum zweiten Mal eine Schulerhebung im Rahmen der ESPAD-Studie<sup>5</sup> durchgeführt (vgl. ST2). Eine umfassende Analyse ist noch ausständig und wird Ende 2009 vorliegen. Erste Ergebnisse zu den Konsumerfahrungen wurden bereits im Bericht zur Drogensituation des letzten Jahres präsentiert (GÖG/ÖBIG 2008c).

## 2.3 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen

Das Tiroler sekundärpräventive Projekt MDA basecamp (vgl. Kap. 3.2 und 7.3) hat 2008 die Erhebung<sup>6</sup> zu Drogenmischkonsum in Partysettings – wo das Projekt vorrangig tätig ist – fortgesetzt (MDA basecamp 2008 und 2009). Die Lebenszeitprävalenzen (Cannabis: 94 %, „Ecstasy“: 72 %, „Speed“: 69 %, Kokain: 66 %, Magic Mushrooms: 64 %, LSD: 45 %) sind vor allem für die typischen Partydrogen – „Speed“, „Ecstasy“, Kokain – sehr hoch. Bei Männern finden sich höhere Prävalenzraten als bei Frauen. 30 Prozent der Befragten konsumieren auf Partys immer illegale Substanzen, weitere 27 Prozent häufig. 88 Prozent geben an, dass einige oder fast alle ihrer Freundinnen und Freunde auf Partys illegale Substanzen konsumieren. 71 Prozent der Befragten haben nach eigener Angabe bereits gleichzeitig oder innerhalb kurzer Zeit zwei oder mehrere illegale Substanzen bzw. Alkohol und Partydrogen kombiniert. Die häufigste Kombination ist Alkohol/Cannabis; werden nur illegale Substanzen berücksichtigt, ist es die Kombination „Speed“/„Ecstasy“ (bei Männern etwa gleichauf mit Cannabis/„Ecstasy“). Die Untersuchung zeigt die Relevanz von Drogenmischkonsum beim Publikum von elektronischen Musikevents und hochsignifikante Zusammenhänge sowohl zwischen eigenem Drogenkonsum und jenem im Freundeskreis als auch zwischen dem Konsum illegaler Substanzen auf Partys und Drogenmischkonsum.

Auch die bei den Gesprächen im Rahmen der Eventbetreuung<sup>7</sup> von ChEck iT! (vgl. Kap. 10.3) thematisierten Drogen zeigen, dass im Partysetting Cannabis im Vordergrund steht, gefolgt von „Ecstasy“, „Speed“ und Kokain. Cannabis war in 47 Prozent, „Ecstasy“ in 36 Prozent, „Speed“ in 32 Prozent und Kokain in 19 Prozent der Gespräche Thema (VWS 2009a).

---

<sup>5</sup> Österreich war 2007 (Strizek et al. 2009, in Vorbereitung) – nach 2003 (vgl. Uhl et al. 2005b) – zum zweiten Mal an der europäischen ESPAD-Studie (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) beteiligt. Es wurden dabei im Jahr 2007 in insgesamt 277 Schulklassen 5.959 Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Schulstufe mit Fragebögen zu ihren Konsumerfahrungen befragt. Die präsentierten Ergebnisse beziehen sich auf 4.574 befragte Schülerinnen und Schüler in der Altersgruppe 15 bis 16 Jahre. Die österreichische ESPAD-Studie wurde vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend finanziert.

<sup>6</sup> Im Zuge der während der ab 2007 laufenden Erhebung mit Papier- und Online-Fragebögen konnten insgesamt 565 Personen – Besucherinnen und Besucher von Partys und Szene-Homepages – zwischen 14 und 45 Jahren (davon 24 % weiblich) befragt werden (MDA basecamp 2009).

<sup>7</sup> Im Rahmen der Eventbetreuung von ChEck iT! wurden 2008 insgesamt 12 Veranstaltungen betreut und 214 Beratungsgespräche geführt.

### 3 Prävention

Dieses Kapitel ist entsprechend der EBDD-Klassifikation der Suchtprävention in universelle, selektive und indizierte Prävention<sup>8</sup> gegliedert, die auch zunehmend in Österreich verwendet wird. Dennoch wird von österreichischen Fachleuten zum Teil die Einteilung in Primär- und Sekundärprävention<sup>9</sup> bevorzugt, da diese Klassifizierung als weniger stigmatisierend empfunden wird. Die Umsetzung von präventiven Maßnahmen erfolgt in Österreich im Einklang mit dem fachlichen Konsens zum Großteil auf lokaler bzw. regionaler Ebene, wobei die auf Länderebene angesiedelten Fachstellen für Suchtprävention (vgl. Abb. 1.1), in Salzburg und Wien das Forum Suchtprävention sowie zunehmend auch regionale Koordinierungs- bzw. Steuergremien (Salzburg) eine wichtige Rolle einnehmen. Grundsätzlich wird ein hohes Maß an Langfristigkeit und Nachhaltigkeit der Präventionsmaßnahmen angestrebt, was in erster Linie durch Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erreicht werden soll. Entsprechend dem erweiterten Suchtbegriff sind viele Maßnahmen nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundene Süchte. In den letzten Jahren nehmen spezifische Interventionen hinsichtlich legaler Substanzen (Alkohol und Nikotin) sowie substanzungebundener Süchte (z. B. pathologisches Glücksspiel) immer mehr Raum ein. Der Fokus dieses Berichtes liegt jedoch auf unspezifischen Maßnahmen bzw. auf solchen, die speziell auf illegale Substanzen ausgerichtet sind.

Neben einigen österreichweiten Standardprogrammen gibt es eine Vielzahl an regionalen Aktivitäten, die ebenfalls seit etlichen Jahren routinemäßig eingesetzt und weiterentwickelt werden (vgl. Tab. A23 und A24 im Anhang A). Beschreibungen laufender Präventionsmaßnahmen finden sich auf den Websites, in den Jahresberichten und Newsletters von Fachstellen, des Unterrichtsressorts und des Fonds Gesundes Österreich (GÖG/FGÖ) sowie weiterer relevanter Einrichtungen, aber auch in früheren Berichten zur Drogensituation und im „Best practice portal“ der EBDD (siehe Quellenverzeichnis). Zusätzlich werden laufend neue Konzepte und Ansätze entwickelt, um die Qualität der Präventionsarbeit zu optimieren und auf die spezifischen Bedürfnisse der verschiedenen Zielgruppen bzw. auf die unterschiedlichen Settings besser eingehen zu können.

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

---

<sup>8</sup> **Universelle** Prävention wendet sich an große Gruppen der Bevölkerung (z. B. Schulgemeinschaft, Gemeinde), die unabhängig von der individuellen Situation dieselbe Wahrscheinlichkeit der Entwicklung eines Substanzkonsums aufweisen. **Selektive** Prävention zielt auf kleinere Gruppen ab, die aufgrund biologischer, psychologischer, sozialer oder umweltbezogener Risikofaktoren – unabhängig von der individuellen Situation – eine höhere Wahrscheinlichkeit der Entwicklung eines Substanzkonsums aufweisen als die allgemeine Bevölkerung (z. B. Kinder suchtkranker Eltern). **Indizierte** Prävention soll einzelne Personen erreichen, die bereits frühe Zeichen eines Substanzkonsums bzw. eines mit Drogenkonsum assoziierten problematischen Verhaltens aufweisen und noch nicht die Kriterien für die Diagnose einer Abhängigkeit erfüllen, aber einem besonders hohen Risiko der Entwicklung eines Suchtverhaltens unterliegen. Voraussetzung ist, dass für diese Personen von medizinischem Fachpersonal bereits eine Diagnose für psychiatrische, soziale oder Verhaltensauffälligkeiten – die erwiesenermaßen einen Risikofaktor für die Entwicklung eines Suchtverhaltens darstellen, z. B. Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS) – gestellt wurde.

<sup>9</sup> **Primärprävention** will das Entstehen einer Erkrankung verhindern, in diesem Fall einer Suchterkrankung, bevor ein Drogenkonsum bzw. -problem vorliegt. **Sekundärprävention** wendet sich an Personen mit Drogenkonsum, bei denen bereits Probleme vorliegen, aber noch nicht voll ausgebildet sind.

zum Thema „State of the Art der Suchtprävention in Österreich“ im Herbst 2008 in Steinach am Brenner in Tirol oder die Tagung „Männersüchte – Frauensüchte. Geschlechtsspezifische Aspekte von Drogenkonsum, Sucht und Prävention“ des Instituts Suchtprävention in Linz (OÖ). Im Berichtszeitraum stand die Qualitätssicherung in der österreichischen Suchtprävention deutlich im Vordergrund, was sowohl die Arbeit an fachlichen Standards als auch an standardisierten Interventionen und Programmen beinhaltet. In NÖ wurden z. B. neue Online-Feedbackbögen entwickelt, die zur Qualitätssicherung beitragen sollen. Bei einer Rücklaufquote von ca. 50 Prozent wurden die Angebote der Fachstelle als sehr gut bewertet (Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung 2009).

### 3.1 Universelle Prävention

Einen Überblick über österreichische Aktivitäten zur universellen Prävention und deren Rahmenbedingungen gibt der SQ22/25. Ein wesentliches Implementierungssetting ist die **Schule**, wobei Suchtprävention im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitsförderung<sup>10</sup> gesetzlich verankert ist. Präventionsmaßnahmen an Schulen sollen unter Einbindung der gesamten Schulgemeinschaft sowie der regionalen suchtspezifischen Fachleute umgesetzt werden. In diesem Sinne werden laufend Suchtpräventionslehrgänge, Fortbildungsveranstaltungen (z. B. die Tagung „Schule gesundheitsfördernd gestalten“ des FGÖ im März 2009), Unterrichtsmaterialien und Projekte sowie konkrete Unterstützung bei der Planung und Umsetzung suchtpreventiver Aktivitäten für alle Beteiligten angeboten. Ziele sind im Wesentlichen eine Sensibilisierung und gesundheitsförderliche Ausrichtung des gesamten Systems sowie eine Stärkung der Lebenskompetenzen bei Schülerinnen und Schülern. In höheren Altersgruppen ist häufig auch die Auseinandersetzung mit Konsumgewohnheiten das Ziel.

Das von der ARGE Suchtprävention unter Federführung von kontakt & co entwickelte Programm „PLUS“ (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b) für 10- bis 14-Jährige wurde im Berichtszeitraum auch in Salzburg und in der Steiermark erfolgreich getestet. Ab Herbst 2009 soll das Programm im Rahmen einer Pilotphase mit wissenschaftlicher Begleitung in allen Bundesländern eingesetzt werden. Es besteht aus einer Kombination von fixen und variabel einsetzbaren Modulen, die sich an die jeweiligen Bedürfnisse der Klasse anpassen lassen. Zum österreichweit eingesetzten Programm „Eigenständig werden“ hat Akzente Salzburg unter dem Titel „Herzens-Bilder“ im Mai 2009 eine Fachveranstaltung angeboten, um den bereits seit längerem praktizierenden Lehrkräften neue Impulse und zusätzliche Motivation für die Umsetzung des Programms zu geben (Rögl, persönliche Mitteilung).

Der Salzburger Angebotskatalog von standardisierten Präventionsmaßnahmen und -projekten für Schulen ist abgeschlossen, für eine umfassende Dokumentation schulischer Suchtprävention wurde ein Rückmeldebogen erarbeitet (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2009). Das Institut für Suchtprävention in Wien (ISP) veranstaltete im November 2008 eine Fachtagung „Suchtprävention mit (der) Klasse – Modelle, Ansätze und Perspektiven der schulischen Suchtprävention“, bei der neben Grundlagen und Qualitätskriterien zeitgemäßer

---

<sup>10</sup> 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.

und wissenschaftlich fundierter Suchtprävention die vorhandenen suchtpräventiven Angebote für Wiener Schulen transparent gemacht werden sollten (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2009b). Dazu wurde auch der „Projektkatalog schulischer Suchtprävention in Wien“ erstellt. Der Trend zum Einsatz von Theaterpädagogik hält an, so wurde z. B. das Musical „Helden – Von Sehnsucht nach Zuversicht“ (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c) im Berichtszeitraum auch in Kärnten aufgeführt. Die Methode Forumtheater wird verstärkt angewendet, wobei sich die bisher entwickelten Modelle (z. B. „Mit Maß und Ziel – Es kotzt mich an“) im Wesentlichen auf Alkohol beziehen.

In OÖ wurde ein Konzept für ein längerfristiges Fachcoaching von schulinternen Projekten an Berufsschulen mit dem Landesschulrat akkordiert (Institut Suchtprävention 2009a). In diesem Rahmen soll die Vermittlung von Basisinformationen, die Entwicklung eines gemeinsamen Vorgehens und Coaching im Anlassfall, die Begleitung bei der Umsetzung von Interventionen sowie Beratung bezüglich Unterrichtsmethoden durch das Institut Suchtprävention erfolgen. Des Weiteren wurde ein Lehrgangskonzept für Berufsschullehrerinnen und -lehrer zu „KoordinatorInnen für Suchtprävention“ entwickelt. In der Steiermark wird aufgrund des großen Interesses von Berufsschulen, ebenfalls in Kooperation mit der Pädagogischen Hochschule, ein Aufbauseminar angeboten (VIVID 2009). Zur Stärkung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen an Kärntner Fachberufsschulen wurde das Projekt „It's my life“ entwickelt und im Schuljahr 2008/2009 an einer Schule getestet (Amt der Kärntner Landesregierung 2009). Die Schülerinnen und Schüler können einen von vier Themenschwerpunkten (Stress, interpersonelle Konflikte, Selbstsicherheit und Konsumverhalten) wählen, die dann gemeinsam mit Fachleuten bearbeitet werden. Es sollen aber auch die Lehrbetriebe und Eltern einbezogen und an jeder Schule, mit Hilfe von Gesundheitszirkel und Steuergruppe, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen geschaffen werden.

In den Bereichen **Kindergarten** und **Familie** laufen die bestehenden Aktivitäten wie Fortbildungsmaßnahmen, Bereitstellung von Informationsmaterialien und Elternabende weiter. Ziel neuer Interventionen ist im Wesentlichen die Förderung der Umsetzung von Suchtvorbeugung in der Familie durch konkrete Tipps und eine Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern, auch im Zusammenhang mit Substanzkonsum. Die ersten fünf Pilotaufführungen des Mitspieltheaters „Echt ... nichts für schwache Nerven!“ für Eltern in NÖ (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c) zeigten, dass das Ziel, Eltern zum Nachdenken über die dargestellten Themen anzuregen, erreicht werden konnte (Mellish, persönliche Mitteilung). Besonders die Kombination mit einem vierstündigen Workshop hat sich bewährt. Neue Folder und/oder Broschüren wurden in OÖ („ABC der Suchtvorbeugung“ für Eltern von Volksschulkindern), der Steiermark („Antworten geSucht?“ für Eltern von Volksschulkindern und „Was geht ab?“ für Eltern von Jugendlichen) sowie in Vorarlberg („8 Sachen, die Erziehung stark machen“) entwickelt. Diese werden zum Teil in Verbindung mit Vortragsreihen (in Vorarlberg „Kinder stark machen“<sup>11</sup>) oder Seminaren („Was geht ab?“ in der Steiermark) eingesetzt. VIVID ist es auch gelungen, eine Kooperation mit dem Pflegeelternverein Steiermark zu etablieren und in diesem Rahmen Seminare zum Thema Sucht durchzuführen. Von Akzente Salzburg wurde in Kooperation mit den deutschen Sucht-Fachambulanzen Traunstein und Bad Reichenhall ein weiteres

<sup>11</sup> [www.supro.at](http://www.supro.at) (Projektbeschreibung vom 14. 5. 2009)

INTERREG-Projekt<sup>12</sup> mit dem Titel „FamilienBande – Was geht ab?!“ gestartet (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2009). Ziele sind, neben den bereits erwähnten, auch die Sensibilisierung der Erwachsenen für ihre Vorbildfunktion und deren Entwicklung eines Risikobewusstseins. Als zentrales Element dienen Eltern-Tische, wo geschulte Personen Gesprächsrunden bei Gasteltern zu Erziehungsfragen im Zusammenhang mit Substanzkonsum, aber auch mit Internet-Spielen moderieren<sup>13</sup>. Ein weiteres Element ist das Kursangebot „Hilfe, mein Kind pubertiert“ für Eltern von 10- bis 16-Jährigen. Mit dem Programm sollen vermehrt jene Eltern angesprochen werden, die sonst eher schwer zu erreichen und motivieren sind. Bisher haben einige Elternintensivkurse stattgefunden, eine verstärkte Umsetzung des Programms ist ab Herbst 2009 geplant.

Suchtpräventive Maßnahmen für **Betriebe** zielen großteils darauf ab, die Entwicklung eines Suchtverhaltens bei Lehrlingen zu verhindern. Aber auch die Verhinderung einer Suchtentwicklung im Arbeitsalltag ist Ziel mancher Interventionen, wobei hier das Thema Alkohol im Vordergrund steht. Die laufenden Fortbildungsmaßnahmen und Seminare für Auszubildende und Führungskräfte wurden in der Steiermark durch Seminare für Erzieherinnen und Erzieher aus Lehrlingshäusern ergänzt.

Für den Bereich der **außerschulischen Jugendarbeit** sind keine neuen Interventionen oder Trends zu nennen, die bestehenden Angebote laufen weiter. In diesem Setting besteht ein Trend zum verstärkten Einsatz von medienpädagogischen Interventionen bzw. zur Vermittlung von suchtpräventiven Anliegen zugleich mit Medienkompetenz. Der Fokus liegt jedoch meist auf dem Thema Alkohol (z. B. „prEvent“ und „BilderRausch“ in Wien, „Reflect and Act“ in Vorarlberg). Eine Studie zur präventiven Rolle der Offenen Jugendarbeit (GÖG/ÖBIG 2009b) zeigt, dass die Offene Jugendarbeit als gesundheitsförderliche Struktur bzw. als Maßnahme einer unspezifischen Prävention gesehen werden kann. Durch ihre spezifischen Haltungen und Methoden hat sie das Potenzial, sucht- bzw. gewaltpräventiv zu wirken. Dieses Potenzial könnte durch entsprechende Maßnahmen (v. a. Fortbildungen, aber auch verstärkte Vernetzung bzw. Kooperation mit Fachleuten aus diesen Bereichen) gestärkt werden, sofern durch ausreichende Ressourcen und Freiräume der dafür notwendige Handlungsrahmen geschaffen wird.

Der Trend zu **gemeindeorientierter Suchtprävention** hält nach wie vor an. Neben einer Sensibilisierung der Bevölkerung ist die Entwicklung und Umsetzung von konkreten, an der spezifischen regionalen Situation orientierten Maßnahmen Ziel der Aktivitäten. Wichtig ist die Initiative aus einer Gemeinde heraus und die Adaptierung an die jeweiligen Bedürfnisse. Unter dem Titel „Wir setzen Zeichen“ läuft kommunale Suchtvorbeugung in OÖ. Für die Umsetzung solcher Initiativen wurde ein Leitfaden entwickelt, der die zu setzenden Schritte auflistet (Institut Suchtprävention 2008). Im Bezirk Vöcklabruck (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c) wurden bis Sommer 2009 verschiedenste Fortbildungsveranstaltungen angeboten, die sich vor allem an die Jugendarbeit, aber auch an Eltern, Pädagoginnen und Pädagogen, Lehrlingsverantwort-

---

<sup>12</sup> Die Gemeinschaftsinitiative INTERREG des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) fördert die verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Regionen der Europäischen Union.

<sup>13</sup> [www.familienbande.cc](http://www.familienbande.cc) (30. 7. 2009)



liche, Entscheidungsträger sowie weitere interessierte Personen wandten<sup>14</sup>. Ein regionaler Maßnahmenplan wurde im Frühjahr 2009 erarbeitet. Darin enthalten sind neben der Förderung von Suchtprävention in Schulen und Kindergärten und Maßnahmen zur Früherkennung und -intervention auch verhältnispräventive Maßnahmen wie der Ausbau der Offenen Jugendarbeit und des Freizeitangebots für Kinder und Jugendliche. Ein Nachfolgeprojekt soll im Herbst 2009 in Wels starten<sup>15</sup>, ein erstes Treffen für Fachleute und interessierte Personen fand bereits im Juni 2009 statt. Akzente Salzburg hat unter dem Titel „PräventionsFrühstück – Prävention, die aufweckt und schmeckt!“ eine Fachveranstaltung mit informellem Charakter ins Leben gerufen, bei der neue Projekte und Informationen einem breiten Kreis an Netzwerkpartnern, Schlüsselpersonen und anderen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren vermittelt werden können (Rögl, persönliche Mitteilung). Diese Veranstaltung hat bisher zweimal stattgefunden und soll künftig fixes Element im Erneuerungskonzept zur Regionalisierung der Suchtprävention in Salzburg sein.

**Weitere Aktivitäten** im Berichtszeitraum waren z. B. das EU-Projekt „Peer Drive Clean“, das im Jahr 2008 als Pilotprojekt in OÖ gestartet wurde<sup>16</sup>. Ziel ist die gezielte Information von jungen Menschen über die Gefahren von Alkohol und Drogen im Straßenverkehr durch den Einsatz von Peers. Dazu werden 18- bis 24-jährige Studentinnen und Studenten durch das Institut Suchtprävention ausgebildet und betreut. Sie gestalten daraufhin jeweils zu zweit eine Einheit von ca. 75 Minuten im Rahmen der obligatorischen Fahrschulaausbildung. Die guten Ergebnisse haben gezeigt, dass der Austausch und das Aktivieren zum Nachdenken durch Gleichaltrige besser funktionieren als im herkömmlichen Unterrichtssetting. Die Fortbildungskurse für Schlüsselpersonen des österreichischen Bundesheeres zu Grundlagen der Suchtprävention wurden im Berichtszeitraum aufgrund des hohen Anteils an auf illegale Substanzen positiv getesteten Personen stärker forciert (Institut Suchtprävention 2009b)<sup>17</sup>.

## 3.2 Selektive Prävention

Einen Überblick über Maßnahmen der selektiven Prävention und deren Rahmenbedingungen bietet der SQ26. Der Aufbau der bundeslandbezogenen Netzwerke zu **Kindern aus suchtbelasteten Familien** läuft weiter. In NÖ wurden fünf Ziele des Netzwerkes erarbeitet: Neben Fortbildung, Vernetzung sowie verstärkter Sensibilisierung und Enttabuisierung des Themas in der Öffentlichkeit wird auch die Etablierung von direkten Angeboten für Kinder aus suchtbelasteten Familien gefordert (Mellish, persönliche Mitteilung). Seit heuer werden im Burgenland eine Fortbildungsreihe zum Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ sowie ein Seminar zum Thema „Schwierige Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen. Erkennen, Verstehen und Handeln“ für (Sozial-)Pädagoginnen und -Pädagogen sowie Personal der Kinder- und Jugendwohlfahrt angeboten (Hausleitner 2009). In Vorarlberg und Kärnten wurde ein Kooperationsstandard bzw. -leitfaden zwischen Jugendwohlfahrt und Drogenhilfe vereinbart, der einen gemeinsamen Betreuungsverlauf bei klaren Zuständigkei-

<sup>14</sup> [www.wirsetzenzeichen.at](http://www.wirsetzenzeichen.at) (30. 7. 2009)

<sup>15</sup> [www.praevention.at](http://www.praevention.at) (News vom 30. 6. 2009)

<sup>16</sup> [www.praevention.at](http://www.praevention.at) (Projektbeschreibung vom 30. 7. 2009)

<sup>17</sup> [www.praevention.at](http://www.praevention.at) (News vom 26. 1. 2009)

ten ermöglichen soll (ENCARE 2009a, 2009b). Ziel ist letztendlich die Optimierung der Versorgung und Betreuung von Kindern suchtkranker Eltern. Einerseits sollen die Kinder in ihrer Entwicklung gefördert und das dauerhafte Zusammenleben mit den Eltern ermöglicht werden. Andererseits soll die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Hilfesystemen erleichtert werden. In Tirol und in der Steiermark wurde eine Weiterbildung für Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen durchgeführt, in der über Sucht und die Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien aufgeklärt wurde (ENCARE 2009a, 2009b). Es wurden aber auch Informationen darüber vermittelt, wie ein Erstgespräch mit Eltern geführt werden kann. Außerdem wurde ein Folder für betroffene Eltern erstellt, der die Bedürfnisse der Kinder aufzeigt und an Eltern appelliert, ihren Kindern Unterstützung zukommen zu lassen.

Neben dem oben genannten Schwerpunkt findet sich in Österreich zielgruppenspezifische Suchtvorbeugung vor allem im **Freizeitbereich**, mit dem Ziel der Vermittlung eines kritischen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz) sowie von Alternativen zum Substanzkonsum. Ein relevantes Setting dafür ist die Club- und Partyszene. MDA basecamp konnte im Jahr 2008 durch Unterstützung des Landes Tirol und der Tiroler Gemeinden das neue Konzept „MDA basecamp flexteam“ als Erweiterung anbieten (MDA basecamp 2009). Dadurch wurde der regelmäßige Besuch von Veranstaltungen in den Tiroler Bezirken ermöglicht. Von ChEck iT! wurde im Zusammenhang mit den Ereignissen rund um „Spice“ (vgl. Kap. 2.1 und 10.3) unter dem Titel „SPICE – Information für Eltern und Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen“ ein Informationsfolder erstellt und im Jänner 2009 ein Informationsabend veranstaltet (VWS 2009a). In Wien wird der Einsatz von Peers im Freizeitbereich umgesetzt, das dazu vom ISP entwickelte Projekt „Party Fit!“ ist allerdings auf Alkohol ausgerichtet (Sucht und Drogenkoordination Wien 2009a).

**Erstauffällige Jugendliche** werden ebenfalls als Risikogruppe definiert, entsprechende Maßnahmen zielen im Wesentlichen auf Früherkennung und -intervention bei Jugendlichen mit riskantem Konsum, jedoch ohne Abhängigkeitsmerkmale ab. Für das EU-weite Frühinterventionsprojekt „FreD goes net“, das in Österreich vom Institut Suchtprävention in Linz koordiniert und derzeit getestet wird (vgl. GÖG/ÖBIG 2008), wurde ein Ausbildungsseminar durchgeführt und die Vorgangsweise konkretisiert. Junge Drogenkonsumierende (14- bis 21-Jährige), die erst- oder zweimalig angezeigt werden, können nach einem Abklärungsgespräch über die Eignung einen FreD-Kurs belegen. Die Kurse finden an Sucht- und Drogenberatungsstellen statt. Das Programm wird von Polizei, Gesundheitsbehörden und Staatsanwaltschaft unterstützt. In Tirol wurde die Zielgruppe des für 14- bis 22-Jährige mit auffälligem Drogenkonsum konzipierten, erlebnispädagogischen Angebots „Walk About“ erweitert (vgl. Kap. 9.3). Erste Ergebnisse zum Programm „ViVA“ (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c) zeigen, dass mit den Einrichtungen, in deren Rahmen das Programm umgesetzt wird, verbindliche und schriftliche Vereinbarungen getroffen werden müssen (SUPRO 2009). Die breitere Umsetzung des Programms „ProFi“ (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c) scheiterte bisher daran, Jugendliche auf freiwilliger Basis – ohne Druckmittel wie z. B. eine gesundheitsbezogene Maßnahme – zu einem Kurs zu motivieren (SUPRO 2009).

Hinsichtlich der Zielgruppe **Migrantinnen und Migranten** wurde das im Vorjahr erwähnte (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c) Vorarlberger Filmprojekt „Anababa – Ailem ve Ben“ Anfang 2009 mit einer Filmpremiere erfolgreich abgeschlossen<sup>18</sup>. Dieser Film wird nun bei entsprechenden Veranstaltungen für Eltern mit türkischem Migrationshintergrund verwendet. In Wien wurde vom ISP mit Vertreterinnen und Vertretern von MA 17 (Integrations- und Diversitätsangelegenheiten) und dem Verein Dialog die Arbeitsgruppe „SUPMIG“ etabliert, die Suchtprävention an Menschen mit Migrationshintergrund vermitteln soll (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2009a).

Eine neue Zielgruppe stellen **gehörlose Menschen** dar, für die das bestehende Informationsangebot zum Thema Suchtprävention unzugänglich bzw. unzureichend ist. Das ISP Wien erarbeitet daher in Kooperation mit dem Verein equalizent spezielles Aufklärungsmaterial in Form einer DVD und einer Broschüre (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2009).

### 3.3 Indizierte Prävention

Indizierte Prävention entsprechend der EBDD-Definition (vgl. Kap. 3) wird in Österreich bisher nicht umgesetzt. Maßnahmen für spezifische Zielgruppen basieren größtenteils auf sozialen Faktoren im Sinne einer selektiven Prävention. Maßnahmen, die aufgrund des Verhaltens Einzelner gesetzt werden, basieren üblicherweise nicht auf einer zusätzlichen medizinischen Diagnose, sondern ausschließlich auf Risiko- bzw. Suchtverhalten und damit auf zusammenhängenden Verhaltensauffälligkeiten. Dies entspricht jedoch nicht der EBDD-Definition von indizierter Prävention, die eine ärztlich gestellte Diagnose voraussetzt.

### 3.4 Nationale und lokale Medienkampagnen

In Österreich werden aufgrund eines Konsenses mit den entsprechenden Fachleuten keine Medienkampagnen zu illegalen Substanzen durchgeführt. Es gibt lediglich im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit einzelne gemeindeorientierte Projekte, die durch Medienkampagnen bekanntgemacht werden sollen (z. B. Vöcklabruck, OÖ).

---

<sup>18</sup> [www.supro.at](http://www.supro.at) (Projektbeschreibung vom 21. 1. 2009)

## 4 Problematischer Drogenkonsum

Die derzeit gültige Definition von problematischem Drogenkonsum seitens der EBDD lautet „injizierender Konsum oder länger dauernder bzw. regelmäßiger Konsum von Opioiden, Kokain und/oder Amphetaminen“<sup>19</sup>. Derzeit wird jedoch auf europäischer Ebene eine Erweiterung dieser Definition (z. B. um den problematischen Cannabiskonsum) diskutiert. Die Definition des problematischen Drogenkonsums in Österreich deckt sich weitgehend mit jener der EBDD. Betont wird jedoch, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen als solche problematisch oder unproblematisch sind. Als problematisch wird Drogenkonsum dann bezeichnet, wenn dieser mit körperlichen, psychischen und/oder sozialen Problemen einhergeht. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als problematisch zu bezeichnen (vgl. z. B. GÖG/ÖBIG 2008d).

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

Traditionell spielt der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten, die häufig intravenös (i. v.) konsumiert werden, in Österreich eine zentrale Rolle. Im letzten Jahrzehnt haben sich die Substanzmuster im Rahmen dieses polytoxikomanen Konsums verbreitert. Auch der i. v. Konsum von Kokain in der Straßenszene hat verstärkt an Relevanz gewonnen. Die DOKLI-Daten zu Konsummustern von Personen, die sich in drogenspezifischer Betreuung befinden, zeigen jedoch, dass Opiate als Leitdroge weiterhin eine dominierende Rolle spielen (z. B. GÖG/ÖBIG 2009a).

Aktuelle Schätzungen machen eine Prävalenzrate von 22.000 bis maximal 33.000 Personen mit problematischem Opiatkonsum – in den meisten Fällen im Rahmen des polytoxikomanen Konsums – für Gesamtösterreich plausibel. Allerdings sind Prävalenzschätzungen für problematischen Drogenkonsum aufgrund ihrer Komplexität mit einer Reihe von methodischen Problemen verbunden, die die Aussagekraft stark einschränken. Die Ergebnisse stellen daher immer nur grobe Annäherungen dar und müssen vorsichtig interpretiert werden. Im Vergleich zu den illegalen Drogen wird die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit in Österreich auf fünf Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahre geschätzt. Demnach sind in Österreich insgesamt 350.000 Personen als Alkoholiker/innen zu bezeichnen (Uhl et al. 2009).

---

<sup>19</sup> [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu) (13. 8. 2009)

## 4.1 Prävalenz- und Inzidenzschätzungen

Wissenschaftliche Schätzungen zur Prävalenz bei problematischem Konsum liegen in Österreich nur für Opiate bzw. für den polytoxikomanen Konsum mit Beteiligung von Opiaten vor. Die aktuellsten Schätzungen beziehen sich auf das Jahr 2007. In Zusammenschau mit anderen Datenquellen kann davon ausgegangen werden, dass die Prävalenz des problematischen Drogenkonsums nach einem Anstieg bis 2004 in den letzten Jahren wieder leicht gesunken ist (Details dazu siehe GÖG/ÖBIG 2008c).

Betrachtet man die Daten aus dem Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI), so fällt auf, dass neben Personen mit (polytoxikomanem) Konsum mit Beteiligung von Opiaten eine weitere relevante Gruppe (zumindest bei den längerfristig ambulant betreuten Personen) im Behandlungssystem aufscheint. Von den Personen, die 2008 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, geben 24 Prozent Cannabis als alleinige Leitdroge an (im stationären Bereich 4 %; vgl. Kap. 5.3 und GÖG/ÖBIG 2009a). Ob dieses Ausmaß tatsächlich auf durch den Cannabiskonsum bedingten gesundheitlichen oder psychosozialen Problemen basiert (und diese Gruppe daher bei Überlegungen hinsichtlich der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums berücksichtigt werden muss) oder Folge einer repressiven Cannabispolitik ist (vgl. Kap. 11), wäre zu diskutieren. Auch ist zu überlegen, ob die Bedürfnisse dieser Klientengruppe in den Einrichtungen der Drogenhilfe adäquat abgedeckt werden. Vertiefende Studien zu diesen im Routinemonitoring DOKLI gefundenen Ergebnissen wären zur Abklärung dieser Thematik erforderlich.

Neben den beiden Gruppen Klientinnen und Klienten mit (polytoxikomanem) Konsum mit Beteiligung von Opiaten bzw. alleiniger Leitdroge Cannabis finden sich nur mehr wenige Personen in den Einrichtungen der Drogenhilfe. Im ambulanten Bereich sind 12 Prozent und im stationären Bereich ebenfalls 12 Prozent keiner der beiden Gruppen zuzurechnen (GÖG/ÖBIG 2009a). Klammert man den Bereich Cannabis aus, kann daraus der Schluss gezogen werden, dass fast alle Personen im Behandlungsbereich Opiatprobleme (im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster) aufweisen. Da genau diese Gruppe im Rahmen der CRC-Schätzungen erfasst wird, kann – unter der Annahme, dass die Klientinnen und Klienten der Einrichtungen der Drogenhilfe hinsichtlich der Konsummuster repräsentativ für alle Personen mit problematischem Drogenkonsum sind – davon ausgegangen werden, dass die errechneten Schätzungen annähernd alle Personen mit problematischem Drogenkonsum in Österreich umfassen.

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

Die Publikation einer aktuellen Multi-City-Studie zu Konsummustern mit Beteiligung von Wien (Eisenbach-Stangl 2009) bietet neben einer Analyse der verfügbaren quantitativen Da-

ten auch die Ergebnisse von qualitativen Interviews zur Beschreibung des Drogenkonsums in Wien<sup>20</sup>. Demnach lässt sich für Wien folgende Typologie erstellen:

**Marginalized poly-drug users:** Diese Gruppe konsumiert vorwiegend Morphin, Benzodiazepine und andere Psychopharmaka sowie Cannabis, fallweise auch Heroin und Kokain. Über zwei Drittel dieser marginalisierten Gruppe sind in drogenspezifischer Betreuung. Die Gruppengröße wird auf 7.500 bis 14.000 Personen geschätzt.

**Cocaine and heroin users:** Im Unterschied zur ersten Gruppe werden vorwiegend Heroin und Kokain oder Morphin konsumiert (oft in Kombination); fallweise Cannabis und Benzodiazepine. Vom Behandlungssystem wird diese marginalisierte Gruppe, deren Größe auf etwa 280 bis 1.000 Personen geschätzt wird, kaum erreicht.

**Cocaine snuffers:** Es wird in erster Linie Kokain gesniff; fallweise wird auch Heroin oder andere Drogen konsumiert. Die Anzahl dieser Personen, die in der Regel sozial privilegiert sind und ihren Drogenkonsum über ihr Einkommen finanzieren, wird auf 30.000 bis 40.000 geschätzt. Im System der Drogenhilfe scheint diese Gruppe kaum auf.

**Recreational drug users:** Diese Gruppe (geschätzte Gruppengröße: 5.000 Personen) konsumiert vorwiegend Cannabis, gelegentlich „Ecstasy“, Amphetamine, Kokain, Schlafmittel, LSD und Drogenpilze, und gehört der „Partyszene“ an. Auch diese Personen sind sozial gut integriert. Im System der Drogenhilfe scheint diese Gruppe selten auf.

**Cannabis smokers:** Als einzige illegale Droge wird Cannabis konsumiert, wobei die Konsumhäufigkeit von gelegentlich bis täglich reicht. Die schätzungsweise 100.000 Personen dieser Gruppe sind sozial gut integriert.

Die dargestellten Gruppen existieren relativ abgegrenzt voneinander. Lediglich der Übergang von „Cocaine and heroin users“ zu „Marginalized poly-drug users“ wird als fließend angesehen.

Vergleicht man die oben dargestellten Gruppen mit den in den GÖG-Prävalenzschätzungen von problematischem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten inkludierten Personen, so zeigt sich, dass sich letztere Schätzungen auf die beiden Gruppen „marginalized poly-drug users“ und „cocaine and heroin users“ beschränken. Auch die in der Studie geschätzte Anzahl stimmt relativ gut mit den Ergebnissen der CRC-Schätzungen überein. Wie groß der Anteil der Personen mit problematischem Drogenkonsum (gesundheitliche oder soziale Probleme wegen des Drogenkonsums) in den restlichen drei Gruppen ist, kann nicht verlässlich geschätzt werden.

Analysen zu den Konsummustern von nach § 12 SMG begutachteten Personen<sup>21</sup> liegen aus Salzburg vor (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2009). Wie in den Vorjahren zeigt

---

<sup>20</sup> Insgesamt wurden 14 semistrukturierte Interviews (12 face-to-face, 2 telefonisch) mit Personen aus den Bereichen Drogenpolitik, Drogentherapie, Polizei, Streetwork, Substitutionsbehandlung, pill-testing, Jugendpsychiatrie, Hanfshops und ein Cannabiskonsuminterviewt. Weiters wurden 30 Interviews mit Drogenkonsumierenden, die im Rahmen eines anderen Projekts durchgeführt worden waren, herangezogen.

<sup>21</sup> Personen, bei denen ein begründeter Verdacht auf Suchtgiftmisbrauch besteht und die aufgrund einer Anzeige, der Meldung eines Schulleiters, einer Militärdienststelle oder der Führerscheinebehörde hinsichtlich des Bedarfs einer gesundheitsbezogenen Maßnahme begutachtet werden.

sich, dass bei dieser Personengruppe der Konsum von Cannabis im Vordergrund steht (88 % von 367 Begutachtungen). Auf Kokain, „Ecstasy“ und Opiate beziehen sich jeweils 12 Prozent, auf „Speed“ 6 und auf Halluzinogene 3 Prozent der Begutachtungen. 72 Prozent der Begutachtungen wurden wegen des Konsums einer Substanz, 17 Prozent wegen des Konsums von zwei Substanzen (meist Cannabis in Kombination mit Opiaten, Kokain oder „Ecstasy“) und acht Prozent wegen des Gebrauchs von drei oder mehr Substanzen durchgeführt. Zu Personen mit problematischen Konsummustern in der Partyszene und mit teilweise problematischem Freizeitkonsum siehe Kapitel 2.3.

Wie bereits in den Vorjahren gab es 2008 mehrere Berichte (z. B. aus St. Pölten, Wien) über den hochriskanten Konsum von GBL-hältigen Substanzen in Szenelokalen (vgl. Kap. 10.3).

## 5 Drogenbezogene Behandlungen

Einrichtungen, die drogenspezifische Beratung, Betreuung und Behandlung anbieten, finden sich in Österreich fast flächendeckend<sup>22</sup>. An insgesamt rund 200 spezialisierten Einrichtungen wird stationäre oder ambulante Behandlung bzw. Beratung im Zusammenhang mit Sucht und illegalen Substanzen durchgeführt (GÖG/ÖBIG-eigene Erhebungen). Angebote zur drogenspezifischen Beratung, Betreuung und Behandlung werden sowohl durch spezialisierte Einrichtungen als auch im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung bereitgestellt (z. B. psychiatrische Krankenhäuser, psychosoziale Dienste, niedergelassener Bereich). Die stationären Angebote stehen Personen aus ganz Österreich, aber auch aus dem Ausland offen. Die Substitutionsbehandlung hat sich zur zahlenmäßig wichtigsten Behandlungsform entwickelt, wobei es laufend Bestrebungen zur Verbesserung gibt.

In Österreich wird großer Wert auf die Diversifikation der Behandlungsmöglichkeiten gelegt. In diesem Sinne war im letzten Jahrzehnt im stationären Bereich eine Entwicklung von Langzeit- zu Kurzzeittherapie und generell eine Flexibilisierung der Therapieangebote durch den Aufbau von Modulsystemen zu beobachten. Substitutionsbehandlungen werden auch stationär angeboten, Entzugsbehandlungen auch ambulant. Ziel dieser Entwicklung ist, auf die individuellen Bedürfnisse und Lebensumstände von Suchtkranken besser eingehen zu können. In diesem Sinn steht auch in der Substitutionsbehandlung eine Reihe von verschiedenen Substanzen zur Verfügung. Da das Ziel das Schaffen eines durchgängigen Betreuungsnetzwerks ist, beinhalten die meisten Angebote auch diverse Vorbereitungs- und Nachbetreuung-, Freizeit- und Reintegrationsmaßnahmen (vgl. Kap. 8.2) sowie Maßnahmen für spezielle Zielgruppen (z. B. Jugendliche, Personen mit psychiatrischer Komorbidität). Einen Überblick über das Drogenhilfesystem bieten ST24, SQ27 und der Suchthilfekompass<sup>23</sup>, der derzeit überarbeitet wird. Die Angebote werden auf den Websites, in den Jahresberichten und Newsletters der Einrichtungen, aber auch in früheren Berichten des ÖBIG und im „Best practice portal“ der EBDD ausführlich beschrieben (siehe Quellenverzeichnis).

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

Daten zur Beschreibung der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe liefert seit 2006 die einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI), an der sich die meisten relevanten Drogeneinrichtungen Österreichs beteiligen. Die Datenerfassung inkludiert alle seitens der EBDD definierten Fragen. Zusätzlich werden auf freiwilliger Basis Daten zu Infektionskrankheiten (ebenfalls gemäß den Richtlinien der EBDD) und ICD-10-Codes erfasst. Eine weitere Datenquelle stellt das Substitutionsregister dar, das seit

---

<sup>22</sup> Die Karten zur regionalen Verteilung der Einrichtungen und Angebote der Suchthilfe werden derzeit überarbeitet und sind daher im diesjährigen Bericht nicht enthalten.

<sup>23</sup> <http://suchthilfekompass.oebig.at>



1989 am BMG geführt wird. Hinsichtlich Charakteristika der Klientinnen und Klienten werden jedoch nur Geschlecht, Alter und Bundesland des Lebensmittelpunkts erhoben.

## 5.1 Strategie/Politik

Die Behandlungsstrategien sind in den Drogen- bzw. Suchtkonzepten oder -plänen der Bundesländer bzw. in den relevanten Gesetzestexten (vgl. Kap. 1) festgelegt. Im Berichtszeitraum hat es keine wesentlichen Änderungen gegeben, jedoch eine Reihe an Untersuchungen und Vorschlägen für Verbesserungen in der Suchtbehandlung. In Kärnten z. B. wurde in einer Expertise festgestellt, dass die integrierte Versorgung Suchtkranker anzustreben ist (Prehslauer, persönliche Mitteilung). Um die entsprechenden suchtspezifischen Kompetenzen in den Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung aufzubauen, werden geeignete Maßnahmen benötigt (vgl. Kap. 1.2). Aber auch das Schaffen von spezifischen Therapieangeboten für Kinder und Familien mit suchtkrankem Elternteil wird gefordert.

Der Großteil der Untersuchungen und Vorschläge bezieht sich jedoch auf die Substitutionsbehandlung. Mit Hilfe der Sachverständigenkommissionen der Bundesländer (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c) wurden im Jahr 2008 Berichte zu den Auswirkungen der Neuregelung der Substitutionsbehandlung erstellt, die in Empfehlungen der Arbeitsgruppe des Bundesdrogenforums mündeten (vgl. Kap. 1.2). Weitere Empfehlungen wurden von der „Kommission zur Qualitätssicherung in der Suchterkrankung“ des Obersten Sanitätsrats erarbeitet. Beide Empfehlungen bilden nun die Basis für eine weitere Novellierung im Herbst 2009.

Die Berichte aus den Bundesländern bestätigen die bereits in den Vorjahren genannten Auswirkungen (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c): einen Rückgang an substituierenden Ärztinnen und Ärzten (NÖ, OÖ), Bezirke mit zum Teil unzureichender Versorgung (NÖ, OÖ, Tirol), eine verstärkte Inanspruchnahme der Drogenambulanzen, verbunden mit langen Wartezeiten und Engpässen bei anderen Leistungen der Drogenhilfe (OÖ, Salzburg). Von den derzeit noch substituierenden Ärztinnen und Ärzten ist teilweise bereits bekannt, dass sie keine Weiterbildung absolvieren wollen und daher nach der Übergangsfrist keine Substitutionsbehandlung mehr durchführen werden (OÖ). Es gibt aber auch Bundesländer (Wien, Vorarlberg), in denen kein Rückgang an substituierenden Ärztinnen und Ärzten zu beobachten ist. Aus manchen Bundesländern wird berichtet, dass die Anzahl an Mitgaben von Substitutionsmitteln sinkt, während gleichzeitig die Anzahl an kontrollierten Einnahmen in Apotheken steigt (Wien, Steiermark). In OÖ scheint das nicht der Fall zu sein. Von den Ländern wurden bzw. werden verschiedenste Maßnahmen gesetzt, um eine ausreichende Versorgung aufrechtzuerhalten. Dazu gehören finanzielle Anreize, die nach dem Beispiel Wiens durch Honorarvereinbarungen zwischen Ärztekammern und Gebietskrankenkassen erzielt wurden (OÖ, Salzburg) bzw. werden sollen (NÖ), aber auch das Absehen von einer Veröffentlichung der laut Weiterbildungsverordnung orale Substitution zu führenden Listen der für die Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte (OÖ). In einigen Bundesländern sollen zusätzliche Kapazitäten v. a. für die Indikations- und Ersteinstellung geschaffen werden. In OÖ soll dies wie in Salzburg (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c) durch spezialisierte Ärztinnen und Ärzte, die an regional bestehenden Beratungsstellen tätig werden, erfolgen (Sturm und Schwarzenbrunner 2008). Die Umsetzung dieses Konzeptes ist jedoch in beiden Bundesländern noch nicht (vollständig) gelungen. In der Steiermark und in Tirol wird an zusätzliche bzw. an den Aus-

bau bestehender Fachambulanzen gedacht (Ederer, persönliche Mitteilung; Ärztekammer Tirol 2008).

Zusätzlich wird eine Reihe von Vorschlägen zur Verbesserung der derzeitigen Situation genannt. Dazu gehören unter anderem eine Reduktion der Ausbildungserfordernisse (d. h. der dafür vorgesehenen Stunden) und eine Ausbildungsverpflichtung ausschließlich für einstellende Ärztinnen und Ärzte, aber auch die Sicherstellung eines diversifizierten Angebots (Auswahl an unterschiedlichen Substitutionsmitteln), Angebote von niedergelassenen Psychiatern für Drogenabhängige mit psychiatrischer Komorbidität bzw. spezialisierte Angebote von Drogenambulanzen für „schwierige“ Behandlungsverläufe sowie stationäre und teilstationäre Behandlungsangebote für Substituierte. Die Festlegung eines Mittels der ersten Wahl in einer Verordnung wird nach wie vor kontroversiell diskutiert (vgl. GÖG/ÖBIG 2007). Als problematisch wird z. B. beschrieben, dass psychische Unverträglichkeiten von Methadon im Gegensatz zu somatischen nicht objektivierbar sind (Sturm und Schwarzenbrunner 2008). Schlussendlich wird auch das Fehlen von österreichweiten Richtlinien, die z. B. Maßnahmen für Problemfälle beinhalten, kritisiert (Sturm und Schwarzenbrunner 2008).

In diesem Zusammenhang sind einige Studien interessant, die sich mit der Praxis der Substitutionsbehandlung in Österreich beschäftigen. Allerdings ist zu beachten, dass die Erhebungen dazu noch vor den Änderungen der Rahmenbedingungen im Jahr 2007 erfolgt sind. Eine Querschnittstudie<sup>24</sup> von Springer et al. (2009) zeigt hinsichtlich der Bewertung der verfügbaren Substitutionsmittel durch Behandelnde und Behandelte ein differenziertes Bild: Während Morphin retard hinsichtlich der Unterdrückung der Entzugssymptome, der Haltekraft und der Patientenpräferenz am besten beurteilt wird, wird Buprenorphin bezüglich des geringeren Missbrauchspotenzials besser bewertet. In der Gesamtbeurteilung werden Morphin retard und Buprenorphin vergleichbar positiv, Methadon jedoch signifikant ungünstiger bewertet. Auch von den behandelten Personen selbst wird Methadon am negativsten beurteilt. In welchem Ausmaß das Ergebnis durch die subjektive Erwartungshaltung der Befragten und/oder durch objektive Wirkungen der Substanzen zu erklären ist, konnte nicht beantwortet werden. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt aber auch eine Vergleichsstudie<sup>25</sup> der Einrichtung Schweizer Haus Hadersdorf (SHH 2009) zur Substitutionsbehandlung mit Morphin retard und Methadon. Mit Morphin retard behandelte Personen fühlen sich eindeutig besser, es kann eine raschere und bessere Stabilisierung erreicht werden. Im Gegensatz zur Behandlung mit Methadon kann bei fortlaufender Behandlung sowohl psychopathologisches Verhalten als auch die aktuelle Situation verbessert werden. Die Faktoren Drogenkonsum, familiäre/soziale und psychische Situation können unter Morphin-retard-Behandlung im Vergleich mit Methadon deutlicher verbessert werden, wobei die Unterschiede bei der globalen Belastungstendenz und den allgemeinen Stimmungszuständen am größten sind. Ähnliche Ergeb-

---

<sup>24</sup> Im Rahmen der Studie des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung – gefördert von der Ludwig-Boltzmann Gesellschaft, dem Anton-Proksch Institut und der Firma Mundipharma – wurden mit 176 substituierenden Ärztinnen und Ärzten, die mehr als 2 bzw. 4 Substituierte betreuten (in Ordination bzw. Einrichtung), Interviews geführt. Die Befragten sollten anschließend jeweils 3 bis 5 Substituierte zufällig auswählen und jeweils einen Fragebogen anhand von Anamnesedaten und einen durch Befragung der Betroffenen ausfüllen. Ein weiterer Fragebogen sollte von den Betroffenen selbst beantwortet werden. Letztendlich lagen Protokolle zu 619 Personen in Substitutionsbehandlung vor.

<sup>25</sup> Zwischen Oktober 2003 und Dezember 2005 wurden 48 Personen untersucht bzw. befragt. Davon wurden 23 einer neuerlichen Substitutionstherapie zugeführt und bekamen entweder Methadon oder Morphin retard. Weitere 25 wurden aufgrund einer Methadon-Unverträglichkeit auf Morphin retard umgestellt.

nisse zeigen sich nach einer Umstellung von Methadon auf Morphin retard, wenn auch in abgeschwächter Form. Nebenwirkungen wie Übelkeit und Verstopfung treten bei Methadon etwas häufiger auf als bei Morphin retard.

Laut Springer et al. (2009) scheint die aktuelle Dosierung keinen Einfluss auf die Zufriedenheit der Substituierten zu haben, während Personen, die ihr Medikament wöchentlich oder seltener beziehen, deutlich zufriedener sind als andere. Nach Meinung von Aeschbach Jachmann et al. (2008)<sup>26</sup> hat die Dosis jedoch für die Haltequote und den Erfolg der Substitutionsbehandlung eine große Bedeutung; bei der Dosierung besteht noch Optimierungspotenzial.

Weitere Auswertungen der Querschnittsstudie (Springer und Uhl 2009) zeigen, dass der Zeitaufwand für Substitutionsbehandlungen aufgrund der vielfältigen weiteren Belastungen viel höher ist als bei anderen Patientinnen und Patienten. Jeweils 61 Prozent der substituierenden Allgemeinmediziner/innen und Psychiater/innen führen diese Behandlung bereits länger als zehn Jahre durch. Praktisch alle stellen ein und behandeln anschließend weiter. 84 Prozent der Substituierten werden in Praxen oder Einrichtungen behandelt, die mehr als 100 Personen substituieren. Während nur ein kleiner Anteil der Befragten eine spezifische Aus- und Weiterbildung generell ablehnt, sind viele mit einer 40-stündigen Weiterbildung nicht einverstanden und würden diese im angegebenen Ausmaß nicht erfüllen. Die Zusammenarbeit mit den Amtsärztinnen und -ärzten wird als durchaus zufriedenstellend erlebt. Diese Ergebnisse beziehen sich zwar auf den Zeitraum vor 2006, stimmen jedoch zum Teil mit den Berichten der Bundesländer aus dem Jahr 2008 überein.

Ein weiteres Thema in der Substitutionsbehandlung ist die Verordnung von Benzodiazepinen zusätzlich zum Substitutionsmittel und die damit verbundene Problematik (Wechselwirkungen, Abhängigkeitspotenzial). In OÖ bekommen (Sturm und Schwarzenbrunner 2008) 10 bis 20 Prozent der Personen in Substitutionsbehandlung Benzodiazepine mit verordnet. Laut der Studie von Springer et al. (2009) ist dies bei 23 bzw. 22 Prozent der mit Methadon bzw. Morphin retard Behandelten der Fall, wobei ein Zusammenhang mit einer hohen Dosierung des Substitutionsmittels gegeben zu sein scheint (bei 31 %). Die Studie von Aeschbach Jachmann et al. (2008) stellte fest, dass im Untersuchungszeitraum die Mitverschreibung von Benzodiazepinen gestiegen, gleichzeitig jedoch das Verhältnis von Benzodiazepin-Verschreibungen zu Opioid-Verschreibungen deutlich zurückgegangen ist. Dennoch bekamen im Jahr 2005 durchschnittlich 27 Prozent der behandelten Personen zusätzlich Benzodiazepine verordnet. Hier konnte ein Zusammenhang mit der Art des Substitutionsmittels hergestellt werden (bei retardierten Morphinen die meisten, bei Buprenorphin die wenigsten Rezepte für Benzodiazepine). In der Studie wird bestätigt, dass ein Teil der Personen in Substitutionsbehandlung Benzodiazepine tatsächlich benötigt, dennoch erscheint die Anzahl an Mitverschreibungen zu hoch – vor allem auch vor dem Hintergrund, dass viele Behandelte

---

<sup>26</sup> Es wurden die im 3. Quartal der Jahre 2002 und 2005 ausgestellten und von der WGKK finanzierten Dauerverordnungen für Opiode analysiert. Zusätzlich wurden von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern Daten zu den zusätzlich verordneten Benzodiazepinen geliefert. Die Personen, die zu wenig Substitutionsbehandlungen durchführten (< 11), wurden von der Analyse ausgeschlossen. Das Datenmaterial bestand somit aus 21.145 Verordnungen von 154 Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern. Die Daten der restlichen 151 Behandelnden flossen in die Analyse des Ordnungsverhalten von individuellen Personen ein.

diese Verordnung von einem/einer anderen Allgemeinmediziner/in bekommen. Fischer<sup>27</sup> führt dies in einem Interview zur Studie auch auf eine Korrelation mit der Anzahl an behandelten Suchtkranken pro Arzt zurück. Als Maßnahmen zur Reduktion der Mitverschreibung von Benzodiazepinen empfiehlt Fischer eine verstärkte Weiterbildung der Behandelnden sowie eine Behandlung von Suchtkranken mit zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen (ein häufiger Grund für die Verordnung von Benzodiazepinen) in psychiatrischen Spezialambulanzen. Dadurch würde sichergestellt, dass diese Begleiterkrankungen richtig diagnostiziert, die adäquate Behandlung eingeleitet und auf mögliche Interaktionen zwischen Opioiden und Psychopharmaka geachtet werden. Schließlich fordert sie ein transparentes Fehlermanagement bei den Ärztekammern und eine sinnvolle Limitierung der Anzahl an behandelten Suchtkranken pro Ärztin oder Arzt. Als Richtwert nennt sie 45 bis 50 Personen.

In Wien erarbeitet die Sachverständigenkommission für die Substitutionsbehandlung seit 2008 Leitlinien für die Behandlung der Benzodiazepin-Abhängigkeit (Sucht und Drogenkoordination Wien 2009). Diese Leitlinien befassen sich vor allem mit den zu verschreibenden Rezepten und den daraus entstehenden Kosten sowie mit Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung für verschreibende Ärztinnen und Ärzte. Der Verein Dialog hat bereits eigene Leitlinien für die Behandlung der Benzodiazepin-Abhängigkeit entwickelt und versucht nun, bei jeder behandelten Person auch diese Problematik zu thematisieren und eine Reduktion anzustreben (Dialog 2009b). Dies soll entweder mit ambulanten Reduktionen oder mit stationären Teilentzügen erreicht werden.

## 5.2 Behandlungssysteme

Die Kapazitäten des österreichischen Suchthilfesystems werden laufend ausgebaut, reichen jedoch noch immer nicht aus. Dies zeigt sich an den Wartelisten und Wartezeiten, die je nach Einrichtung für ein Erstgespräch in einer Beratungsstelle bis zu sechs Wochen, für einen Therapieplatz mehrere Monate und für stationäre Entzugsbehandlung bis zu sechs Monate betragen. Die Situation ist regional sehr unterschiedlich; z. B. berichtet die Sucht- und Drogenkoordination Wien, dass in diesem Bundesland keine Wartezeiten bestehen. Die Gründe für eine Überlastung im Bereich der Beratungsstellen sind unverändert geblieben (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c), im Bereich der Ambulanzen machen sich die Veränderungen in der Substitutionsbehandlung bemerkbar (vgl. Kap. 5.1), und im stationären Entzug liegt die Ursache in der zu geringen Bettenzahl. Von der Therapiestation Carina wird außerdem berichtet, dass die Nachfrage nach Therapieplätzen derzeit sehr groß ist, wodurch sich mehrmonatige Wartezeiten ergeben (Stiftung Maria Ebene 2009b). Es wird vermutet, dass sich dies wiederum auf die Therapiedauer auswirken könnte.

Um die Kapazitäten in den verschiedenen Bereichen zu erhöhen, wurden im Berichtszeitraum einige neue Angebote geschaffen bzw. geplant. In Vorarlberg wurde das Konzept für eine an die Therapiestation Lukasfeld angeschlossene Entgiftungsstation beschlossen (Neubacher, persönliche Mitteilung), die Umsetzung soll in den nächsten zwei Jahren erfolgen. Geplant ist ein räumlich getrennter Entzugsbereich mit sieben Betten, die primär für junge

---

<sup>27</sup> [www.drogensubstitution.at](http://www.drogensubstitution.at) (Interview mit Gabriele Fischer vom 14. 5. 2009)

abstinenzorientierte Menschen gedacht sind (Wölfle und Haller 2008). Zusätzlich sollen aber auch Personen behandelt werden, bei denen Teilentzüge, Schadensminimierung, Überlebenssicherung und eine Verringerung des Infektionsrisikos im Vordergrund stehen. Personen mit überwachungsbedürftigen Intoxikations- oder Entzugssyndromen, mit akuten Psychosen, Verwirrheitszuständen, erheblicher Fremd- und Selbstgefährdung sowie schweren körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen, die einer intensiven medizinischen Überwachung bedürfen, sollen weiterhin im LKH Rankweil behandelt werden. Am Anton-Proksch-Institut (API) werden Entzugsbehandlungen aufgrund des Neubaus seit Oktober 2008 an einem anderen Standort durchgeführt. Dabei konnte die Bettenkapazität bereits etwas erhöht und das diversifizierte Behandlungsangebot (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c) umgesetzt werden. In NÖ wurden in Kooperation mit dem API, der Caritas der Diözese St. Pölten und der Psychosoziale Zentren GmbH (PSZ) weitere Suchtberatungsstellen ausgebaut (Hörhan, persönliche Mitteilung), wodurch der geplante Sollausbau im Herbst 2009 in allen Bezirken erreicht wird. Seit November 2008 hat die Suchtberatungsstelle BIZ-Obersteiermark auch die Funktion einer suchtmmedizinischen Ambulanz inne (Ederer, persönliche Mitteilung). Die Angebote werden gut angenommen, sodass nach einem halben Jahr bereits Wartelisten geführt werden. Um die Kapazitäten zu erhöhen, wird einerseits eine Nachbudgetierung gefordert, andererseits eine Kooperation mit der Landesnervenklinik Sigmund Freud (LSF) Graz angestrebt. Die Kooperation zwischen der Drogenberatung des Landes Steiermark und der Drogenambulanz in der LSF Graz wurde verstärkt: Die psychosozialen Einzelberatungen sind nun fixer Bestandteil des Aufnahmeprinzips bei der Ersteinstellung in der Substitutionsbehandlung (Drogenberatung des Landes Steiermark 2009).

Um Vor- und/oder Nachbetreuung zu optimieren, ist von der Therapiestation Walkabout eine eigene Stelle für die Vor- und Nachbetreuung im Zentrum von Graz geplant, die im Herbst 2010 in Betrieb gehen soll (Mahnert, persönliche Mitteilung). An der Therapiestation Carina wurde im Jahr 2008 unter dem Titel „Das Leben nach der Therapie“ ein Treffen für ehemalige und derzeitige Patientinnen und Patienten organisiert, bei dem in drei moderierten Gruppen Erfahrungen mit dem Wechsel vom geschützten Therapieraum zurück in den Lebensalltag ausgetauscht wurden (Stiftung Maria Ebene 2009a). Die Vorbereitungen der Veranstaltung wurden in die laufende Therapie eingebunden und gaben Gelegenheit, sich mit organisatorischen Schwierigkeiten auseinanderzusetzen und mit therapeutischer Unterstützung Lösungen zu finden.

Das Beratungs- und Betreuungsangebot spezifischer auf die Zielgruppen auszurichten bzw. neue zu erreichen, war und ist ebenfalls das Ziel gesetzter Maßnahmen. So bietet beispielsweise die Beratungsstelle OIKOS für den Großraum Klagenfurt die fachärztliche Betreuung von Erwachsenen mit Leitdroge Cannabis an (Prehslauer, persönliche Mitteilung). Dieses Angebot beinhaltet eine vertiefende Diagnostik und Verlaufsbeobachtung sowie eine Behandlung von Drogenproblematik und psychiatrischer Grunderkrankung. Jugendliche werden zur Abklärung nach wie vor an die Ambulanz für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie überwiesen. Das Angebot „Beyond the Line“ für Kokainkonsumierende in Wien (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c und Kap. 7.3) berücksichtigt deren große Berührungängste mit anderen Suchtkranken und findet daher einmal pro Woche außerhalb des Regelbetriebs statt (Dialog 2009b). Im Wartebereich steht aufgrund des häufig stark agitierten Zustands der Klientinnen und Klienten ein/e Mitarbeiter/in für allgemeine Fragen und die Moderation von Gesprächen zur

Verfügung. Die Beratung erfolgt jedoch im Einzelsetting, wobei die Erarbeitung einer Akutstrategie für die nächsten Tage im Mittelpunkt steht. Bei Bedarf wird auch Suchtakupunktur angeboten. Die ersten Erfahrungen zeigen, dass sich die Suchtakupunktur als Einstiegsbehandlung sehr bewährt. Eine Herausforderung ist noch die Öffentlichkeitsarbeit für diese spezielle Zielgruppe. Der Kontaktladen Graz bietet seit Anfang 2009 das zwölfwöchige Konsumkontrollprogramm KISS an (Kontaktladen Graz 2009). In wöchentlichen Sitzungen von 2 ¼ Stunden werden die teilnehmenden Personen dabei unterstützt, sich selbst ein Ziel und eine Zeitspanne für eine Veränderung des Konsumverhaltens zu setzen. Durch dieses Angebot soll die Erreichbarkeit suchtkranker Menschen verbessert, die substanzbezogene Änderungsbereitschaft unterstützt und der Behandlungsprozess gefördert werden. Grundlage des Programms ist die Fähigkeit zum kontrollierten Konsum, die zumindest bei einem Teil der Drogenabhängigen vorliegt.

Die Zielgruppe der Minderjährigen ist Thema der „Arbeitsgruppe Kinder und Jugendliche mit Drogenproblemen“ (Wien), die sich verstärkt mit der Entwicklung von Beratungs- und Betreuungskonzepten für die Übergangsphase von der Jugend- zur Erwachsenenbetreuung auseinandersetzt (Sucht und Drogenkoordination Wien 2009b). Die im Vorjahr geschaffenen eigenen Zugangszeiten für Jugendliche (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c) wurden durch temporäre Umgestaltung des Wartebereichs während dieser Zeiten noch spezifischer auf deren Bedürfnisse ausgerichtet (Dialog 2009b). Erwachsene über 21 Jahren werden zu diesen Zeiten nur nach vorheriger Terminvereinbarung empfangen und müssen gegebenenfalls in einem anderen Bereich warten. Jugendliche wiederum können den offenen Betrieb für Erwachsene nur in besonderen Krisen nutzen. Die Erfahrungen mit dieser Neuregelung sind sehr gut, sowohl vonseiten der Klientinnen und Klienten als auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Drogenberatung des Z6 (Innsbruck) bietet seit Mai 2009 eine Online-Beratung an (Kern, persönliche Mitteilung).

Schwangere und deren Babys sind Zielgruppe des Projekts „Optimierung der stationären Betreuung von Neugeborenen mit substanzabhängigen Müttern“ in Wien, das unter anderem auf eine Verkürzung des Entzugs der Säuglinge sowie die Sicherstellung der Nachbetreuung von Müttern und Kindern abzielt (vgl. Kap. 7.3). In Mödling (NÖ) wird für die Betreuung von alkohol-, drogen- und medikamentenabhängigen Schwangeren das Pilotprojekt DESK (Drogen, Eltern, Sucht, Kinder) aufgebaut (Hörhan, persönliche Mitteilung).

Eine Diplomarbeit<sup>28</sup> zu Drogenkonsumierenden mit Migrationshintergrund (Pajkovic 2008; vgl. auch Kap. 8.1) zeigt, dass es in Österreich bisher wenig fachliche Auseinandersetzung mit dem Thema und dementsprechend auch wenig Angebote für diese Zielgruppe gibt. Um eine verstärkte Inanspruchnahme der Suchthilfe durch suchtkranke Migrantinnen und Migranten zu fördern, müssen die spezifischen Zugangsbarrieren und Hemmschwellen auf beiden Seiten reduziert werden. Als Zugangsbarrieren in den Einrichtungen konnten identifiziert werden: mangelnde Information über Beratungsstellen, nicht vorhandene muttersprachliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Rassismus durch andere Suchtkranke in den Einrichtungen (oft in Kombination mit Nicht-Eingreifen durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter), Ressentiments in den Einrichtungen gegenüber dieser Zielgruppe (Mehraufwand), Exklusion auf-

---

<sup>28</sup> Darin wurden eine Literaturrecherche durchgeführt sowie problemzentrierte Interviews mit Personen der Zielgruppe geführt.

grund der Staatsbürgerschaft und damit nicht vorhandene Ansprüche, ein mittelschichtorientiertes Beratungs- und Therapiekonzept sowie das „Dealer-Image“ der Betroffenen. Als Hemmschwellen bei den Betroffenen genannt werden mangelnde Kenntnis über Beratungsangebote, Angst vor strafrechtlichen Konsequenzen, das Verständnis von Abhängigkeit als Schwäche, der Vorwurf von Vorurteilen und mangelnder Parteilichkeit, mangelndes Vertrauen in Institutionen, abwertende Haltung gegenüber selbstreflexivem Denken und die Bevorzugung von alternativen Konzepten und Heilmethoden in der Heimat. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass vom Verein Dialog als erster Schritt in diese Richtung ein türkischsprachiger Mitarbeiter angestellt wurde (Dialog 2009b). Zusätzlich soll ein Konzept entwickelt werden, das die verschiedenen Problematiken berücksichtigt. Am Standort Hegelgasse wurden mit Hilfe eines Mitarbeiters mit entsprechenden Migrationserfahrungen methodische Inputs erarbeitet, die in der Betreuung von Familien mit Migrationshintergrund hilfreich sind und von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern angewendet werden können. Beim Verein der Wiener Sozialprojekte (VWS) arbeitet seit 2009 eine iranische Mitarbeiterin. Fremdsprachige Angebote im Suchthilfebereich werden in der Neuauflage der Informationsbroschüre „Sucht“, die von der wienXtra – jugendinfo in Kooperation mit der Sucht- und Drogenkoordination Wien erstellt wurde, aufgelistet.

Zur Qualitätssicherung in der Suchtbehandlung gab es neben den Aktivitäten hinsichtlich der Substitutionsbehandlung (vgl. Kap. 5.2) diverse weitere Bemühungen. So wurde z. B. vom Verein Dialog im Frühjahr 2009 ein Handbuch veröffentlicht, das die Qualitätspolitik des Vereins darstellt (Dialog 2009a). Dokumentiert sind darin neben Leitsätzen und Leitbild des Vereins sämtliche Prozesse zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung sowie das interne Wissensmanagement (Kommunikation und Dokumentation), aber auch das Fehler- und Risikomanagement. Für die Einrichtungen der Wiener Sucht- und Drogenhilfe sollen gemeinsame Standards erarbeitet werden, um die Voraussetzungen für eine Umsetzung des Case Management zu schaffen (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2009b). Für den stationären Bereich wurden bereits Zuweisungsformulare und ein Produktkatalog erstellt. Im Verein Dialog wurde im Jahr 2008 ein Abklärungsmodell implementiert. Erhoben werden Konsumformen und Lebenslage (Dialog 2009b); die Ergebnisse sollen im Sinne einer Risikoabschätzung der Konsumententwicklung in die Behandlungsplanung einbezogen werden.

Der Ganslwirt hat im Berichtszeitraum sein Angebot der Substitutionsbehandlung evaluiert (VWS 2009): Die angestrebte Zielgruppe kann zwar in ausreichendem Ausmaß erreicht und Verbesserungen konnten in verschiedenen Bereichen erzielt werden. Als problematisch wird jedoch die oft plötzliche Beendigung der Behandlung erachtet. Durch eine Verringerung der Fluktuation der Betreuerinnen und Betreuer in der Ambulanz soll nun eine persönlichere Basis ermöglicht werden.

Eine neuerliche Evaluation der abstinenzorientierten Therapiestation Carina<sup>29</sup> zeigt für den Jahrgang 2008 eine Haltequote von 67 Prozent und eine durchschnittliche Therapiedauer von rund vier Monaten (Stiftung Maria Ebene 2009b). Dies bestätigt einen Trend zu immer

---

<sup>29</sup> Im Jahr 2008 waren insgesamt 65 Personen in Behandlung, wobei 12 zweimal aufgenommen wurden. 61 Behandlungen wurden im Jahr 2008 abgeschlossen, davon 41 erfolgreich. Die Eingangsdiagnostik erfolgte 2 bis 4 Wochen nach der Aufnahme, die Abschlussdiagnostik 4 bis 2 Wochen vor Abschluss der Therapie. 29 Personen haben einen Abschlussfragebogen ausgefüllt.

kürzeren Langzeittherapien (vgl. S. 26). Die Ergebnisse bekräftigen die letztjährigen Erfahrungen. Die Katamnesebefragung<sup>30</sup> (Klientinnen und Klienten des Jahrgangs 2007) ergab ebenfalls durchwegs positive Entwicklungen (Stiftung Maria Ebene 2009c). Interessant ist aber, dass nach Meinung der Befragten eine Verbesserung des Erfolgs durch eine längere Therapiedauer, mehr Verständnis vonseiten der Therapeutinnen und Therapeuten, ein suchtfreieres Therapieklima sowie eine bessere Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie erreicht werden könnte.

### 5.3 Charakteristika und Konsummuster der Klientel drogenspezifischer Einrichtungen

Mit dem Klientenjahrgang 2008 sind zum dritten Mal Daten des österreichweiten „Dokumentationssystems der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen“ DOKLI verfügbar<sup>31</sup>.

Aus den im Rahmen von DOKLI erfassten Einrichtungen der Drogenhilfe in Österreich liegen Daten von insgesamt 3.959 Personen vor, die im Jahr 2008 eine **längerfristige ambulante Betreuung** begonnen haben. 1.715 dieser Klientinnen und Klienten begaben sich erstmals in ihrem Leben in eine drogenspezifische Betreuung. Eine längerfristige **stationäre Betreuung** haben 1.352 begonnen, bei 168 dieser Klientinnen und Klienten handelt es sich um ihre erste längerfristige drogenspezifische Betreuung. Neben diesen in drogenspezifischer Behandlung im klassischen Sinn befindlichen Personen wurden im DOKLI 691 Personen, die eine **niederschwellige Begleitung**, und 5.129 Personen, die eine drogenspezifische Betreuung in Form eines **kurzfristigen Kontakts** in Anspruch genommen haben, erfasst. Generell entsprechen die für das Jahr 2008 erhobenen Daten jenen der beiden Vorjahre.

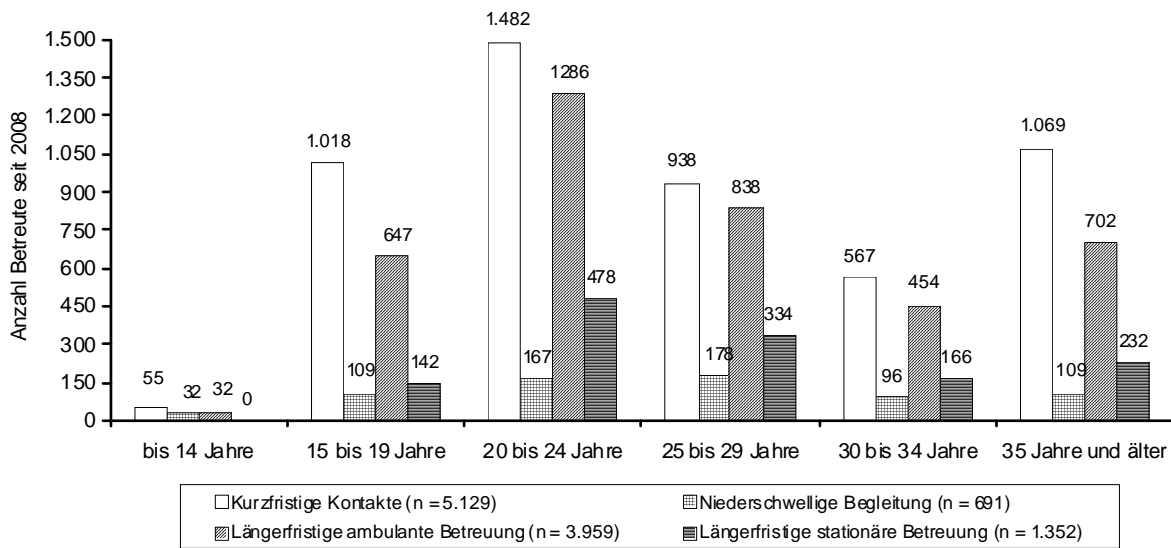
---

<sup>30</sup> Die Katamnesebefragung erfolgt ein Jahr nach Therapieabschluss mittels Telefoninterview. Von 54 Personen, die ihre Therapie im Jahr 2007 erfolgreich abgeschlossen oder abgebrochen haben, konnten 25 befragt werden.

<sup>31</sup> Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten auf Einrichtungsebene zwar ausgeschlossen werden können, Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die 2008 in mehreren Einrichtungen betreut wurden, hingegen aufgrund des aggregierten Charakters der Daten nicht zu verhindern sind. Wie hoch der Anteil an solchen Mehrfachbetreuungen ist, kann nur vermutet werden. Ein grober Richtwert ist dem Wiener BADO-Bericht zu entnehmen, da in diesem Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Referenzzeitraum in mehreren Drogeneinrichtungen betreut wurden, über einen Identifizierer eruiert werden können. Im Jahr 2006 wurden 14 Prozent der in der BADO erfassten Klientinnen und Klienten in mehr als einer Einrichtung betreut (11 % in zwei Einrichtungen, 3 % in mehr als zwei; vgl. GÖG/ÖBIG 2008a, IFES 2007). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Drogeneinrichtungen in Wien aufgrund der räumlichen Konzentration höher ist als in ländlichen Gebieten und daher der Anteil an Doppelzählungen für Gesamtösterreich möglicherweise etwas geringer.



Abbildung 5.1: Anzahl der Personen, die 2008 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung

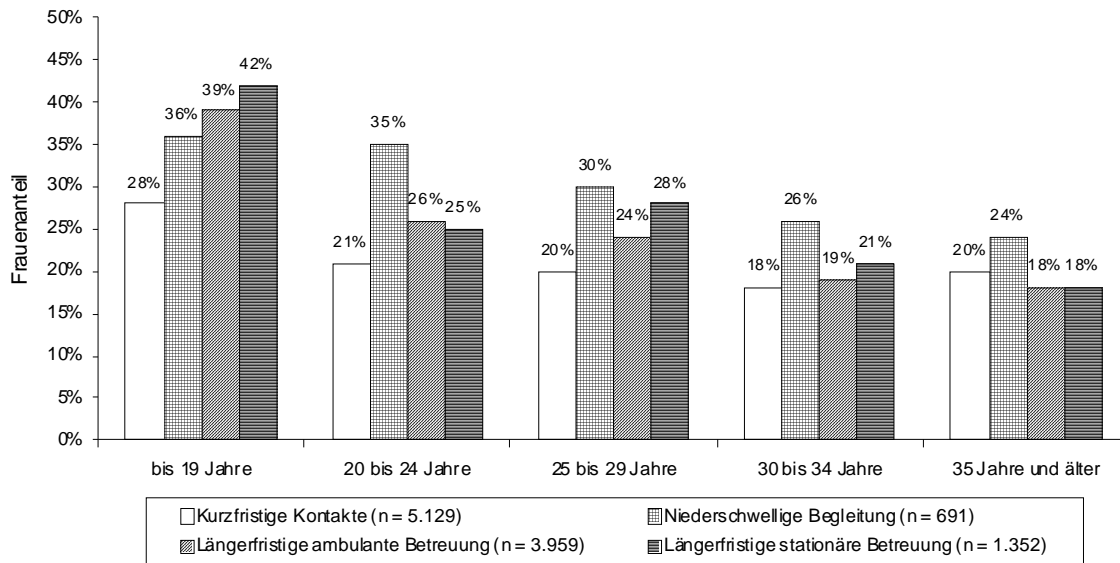


Quelle: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Etwa ein Fünftel der betreuten Personen mit Ausnahme jener in stationären Settings, wo der Anteil 11 Prozent beträgt, ist unter 20 Jahre alt. Zwischen 47 (kurzfristige Kontakte) und 60 Prozent (langfristige stationäre Betreuungen) der Klientel sind in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre zu finden (vgl. Abb. 5.1, Tab. A17 im Anhang A sowie ST3 und ST34).

In allen betrachteten Settings beträgt der Anteil der betreuten Frauen zwischen 22 und 31 Prozent. Dieser Prozentsatz entspricht etwa den bisherigen Erfahrungen (z. B. Geschlechterverteilung bei den Substitutionsbehandlungen – siehe weiter unten – und bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen; vgl. GÖG/ÖBIG 2008b) und dürfte in erster Linie die Geschlechterverteilung bei Personen mit problematischem Konsum illegaler Substanzen widerspiegeln. Generell (mit Ausnahme der kurzfristigen Kontakte) lässt sich die Tendenz beobachten, dass der Anteil der Frauen an den betreuten Personen mit steigendem Alter abnimmt (vgl. Abb. 5.2 und Kap. 12.2). Auch diese Beobachtung lässt sich bei den Daten zu Substitutionsbehandlungen und suchtgiftbezogenen Todesfällen machen und entspricht den Erfahrungen in den meisten Ländern der EU (EBDD 2007). Im Dokumentationssystem 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 (EBDD 2007, GÖG/ÖBIG 2007a, Haas 2005).

Abbildung 5.2: Anteil der Frauen an den Personen, die 2008 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung



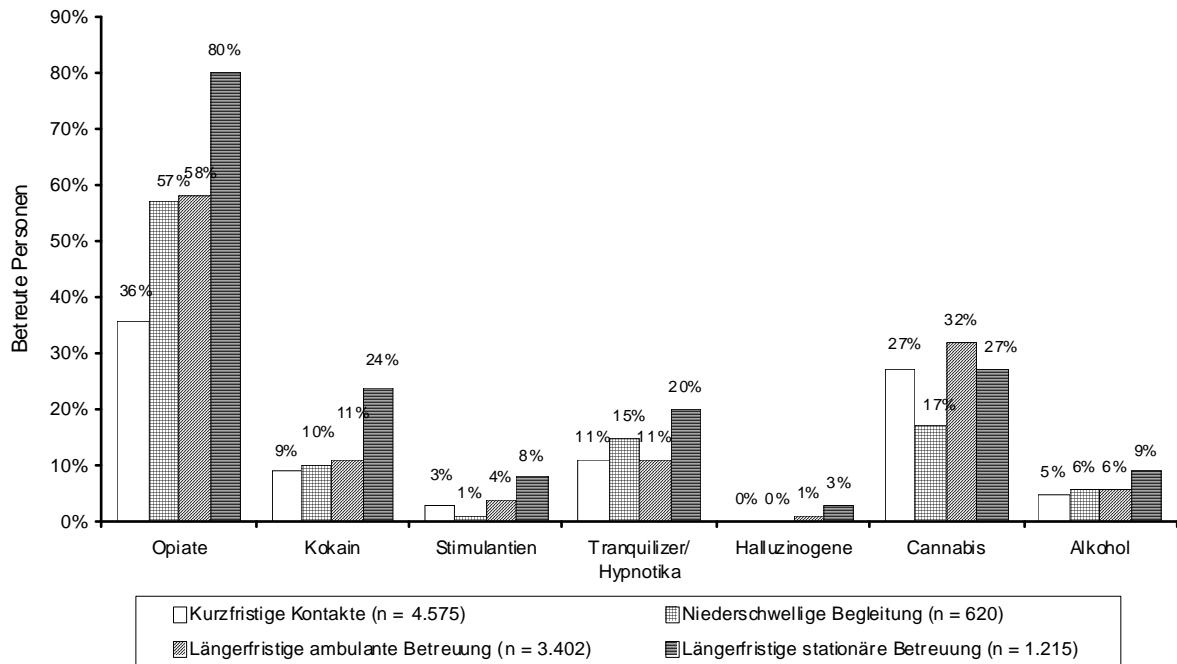
Quelle: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Insgesamt rund die Hälfte der Klientinnen und Klienten (exklusive kurzfristiger Kontakte, bei denen diese Variable nicht erhoben wird) ist zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung (Substitutionsbehandlungen, die erst im Zuge der Betreuung begonnen werden, wurden nicht erfasst), wobei der Anteil der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen mit dem Alter der Klientinnen und Klienten steigt (vgl. Kap. 12.1).

Opiate dominieren im klassischen Behandlungsbereich (längerfristig ambulant bzw. stationär) als Leitdroge<sup>32</sup>. Kokain spielt als Leitdroge nur eine sehr untergeordnete Rolle (vgl. Abb. 5.3 und Tab. A21 im Anhang A). Es zeigt sich damit, dass in Österreich im Gegensatz zu manchen EU-Ländern Opiate (immer noch) die zentrale Rolle beim behandlungsrelevanten Drogenkonsum spielen (vgl. z. B. EBDD 2007). Der Prozentsatz von Cannabis als Leitdroge beträgt je nach Setting zwischen 27 und 32 Prozent. 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 62 Prozent (vgl. auch Kap. 4.1).

<sup>32</sup> Im Rahmen der DOKLI-Drogenanamnese wird zunächst danach gefragt, welche Drogen jemals konsumiert wurden. Danach werden die entsprechenden Drogen hinsichtlich der aktuellen Drogenproblematik als Leitdrogen, Begleitdrogen, Drogen, bei denen lediglich Probierkonsum vorliegt, und nicht behandlungsrelevante Drogen klassifiziert. Unter Leitdroge ist jene Droge zu verstehen, welche der Klientin / dem Klienten aus deren/dessen subjektiver Sicht die meisten Probleme verursacht. Dabei bezieht sich die Problemdefinition – angelehnt an ICD-10 – auf psychosoziale und gesundheitliche und nicht auf rein rechtliche Problemstellungen. In der Regel ist die Leitdroge auch jene Droge, die zur aktuellen Betreuung geführt hat. Kann sich die Klientin / der Klient nicht für eine bestimmte Droge als Leitdroge entscheiden, so können auch mehrere Drogen angekreuzt werden. Unter Begleitdrogen sind jene Drogen zu verstehen, welche die Klientin / der Klient zusätzlich zu der/den Leitdroge/n im letzten halben Jahr konsumiert hat und die der Klientin / dem Klienten ebenfalls Probleme bereiten. Probierkonsum ist anzukreuzen, wenn die Droge im letzten halben Jahr fallweise konsumiert wurde und kein schädlicher Gebrauch bzw. keine Abhängigkeitsproblematik vorliegen. Nicht behandlungsrelevanter Konsum ist anzukreuzen, wenn die Droge bereits länger als ein halbes Jahr fallweise konsumiert wird, aber kein schädlicher Gebrauch bzw. keine Abhängigkeitsproblematik vorliegt, oder die Droge früher konsumiert wurde und im letzten halben Jahr vor der Betreuung nicht (GÖG/ÖBIG 2009a).

Abbildung 5.3: Personen, die 2008 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung

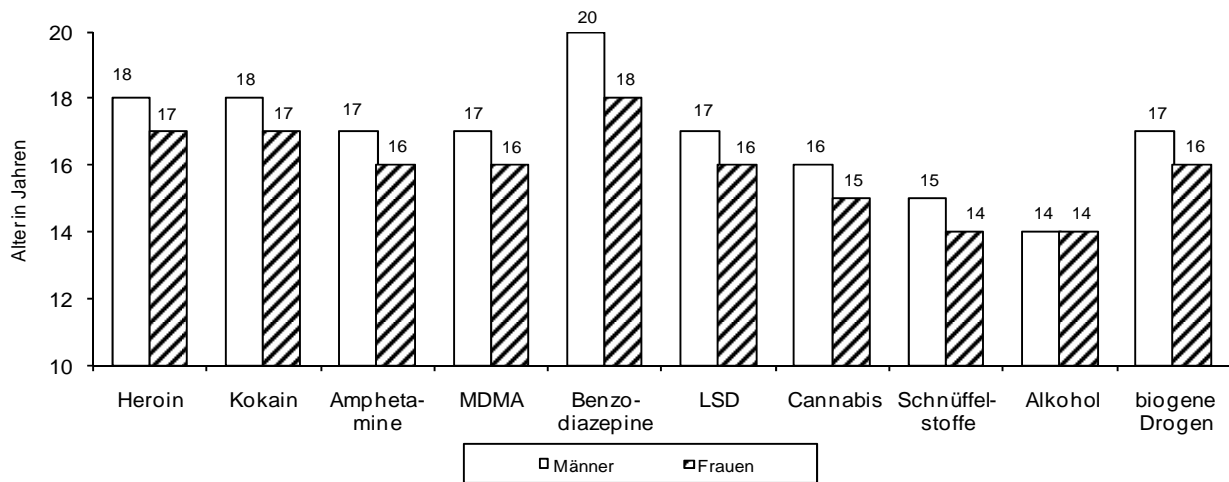


Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008;  
GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Im längerfristig ambulanten und stationären Setting geben Frauen Opiate öfter und Cannabis weniger oft als Leitdroge an als Männer. Opiate, Kokain und Tranquilizer/Hypnotika werden mit zunehmendem Alter häufiger als Leitdroge genannt – mit Ausnahme der stationären Betreuungen. Die Werte bei Cannabis sinken hingegen in allen Settings mit dem Alter (vgl. Kap. 12.2).

Abbildung 5.4: Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2008 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht

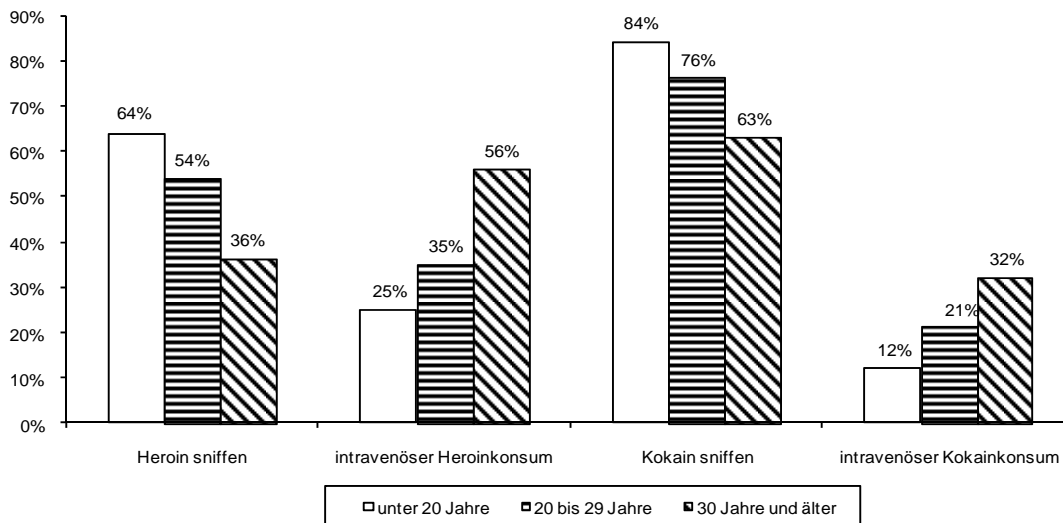


Quelle: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008; GÖG-ÖBIG-eigene Darstellung

Weiterführende Informationen zum Alter beim Erstkonsum und zur vorwiegenden Einnahmeform liegen nur für längerfristige ambulante und stationäre Betreuungen vor. Hinsichtlich des Altersmedians beim Erstkonsum zeigt sich, dass dieser bei den meisten Drogen zwischen 17 und 20 Jahren liegt. Nur bei Alkohol und Schnüffelfstoffen (14 Jahre) und Cannabis (15 Jahre) lässt sich ein geringeres Alter beim Erstkonsum feststellen. Konsistent im Zusammenhang mit den Ergebnissen beim intravenösen Drogenkonsum ist, dass Frauen in der Regel um ein Jahr jünger als Männer beim ersten Drogenkonsum sind (vgl. Abb. 5.4 und Kap. 12.2).

Bei Personen in längerfristiger ambulanter Betreuung stellt Sniffen (50 %) die am öftesten genannte vorwiegende Einnahmeform von Heroin dar, gefolgt von intravenösem Konsum (40 %; vgl. Tab. A22 im Anhang A). Im stationären Bereich erreichen die entsprechenden Werte 36 und 55 Prozent. Dieses interessante Ergebnis wurde im Rahmen des Schwerpunktkapitels des letztjährigen DOKLI-Berichts (GÖG/ÖBIG 2008a) vertiefend analysiert. Es zeigte sich, dass ein nicht unerheblicher Teil von Heroinkonsumierenden über die nasale Applikation in den Konsum einsteigt und erst nach einiger Zeit (wenn überhaupt) auf den intravenösen Drogenkonsum umsteigt (vgl. Abb. 5.5). Zu Möglichkeiten hinsichtlich präventiver Maßnahmen, die sich daraus ergeben, siehe GÖG/ÖBIG 2008a. Kokain wird von Klientinnen und Klienten in ambulanter Betreuung zu 23 Prozent und von Klientinnen und Klienten in stationärer Betreuung zu 44 Prozent vorwiegend intravenös konsumiert. Auch bei dieser Droge zeigt sich ein Anstieg des intravenösen Konsums mit dem Alter der Klientel (vgl. Abb. 5.5). Amphetamine werden zu etwa zwei Dritteln gesniffen und zu einem Drittel oral konsumiert.

Abbildung 5.5: Vorwiegende Einnahmeform von Heroin (n = 2.235) und Kokain (n = 2.277) bei Personen, die 2008 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach dem Alter in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Das Schwerpunktkapitel des diesjährigen DOKLI-Berichts (GÖG/ÖBIG 2009a) beschäftigt sich mit älteren Drogenabhängigen. Hinsichtlich der Ergebnisse wird auf Kapitel 12 verwiesen.

## 5.4 Trends und Anzahl der betreuten Personen

Da DOKLI erst seit 2006 existiert, lassen sich hinsichtlich Trends noch keine Aussagen machen. Eine weit zurückreichende Zeitreihe liegt bezüglich des Monitorings der Substitutionsbehandlungen vor.

Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen wird vom Gesundheitsressort wahrgenommen und basiert auf den Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte<sup>33</sup>. Diese Meldungen sind nicht immer lückenlos und erfolgen oft nicht zeitgerecht (vgl. ÖBIG 2003), dennoch sind daraus grobe Eindrücke sowohl bezüglich der quantitativen Entwicklung als auch bezüglich der Charakteristika der Klientinnen und Klienten zu gewinnen (vgl. ST3 und Abb. 5.6).

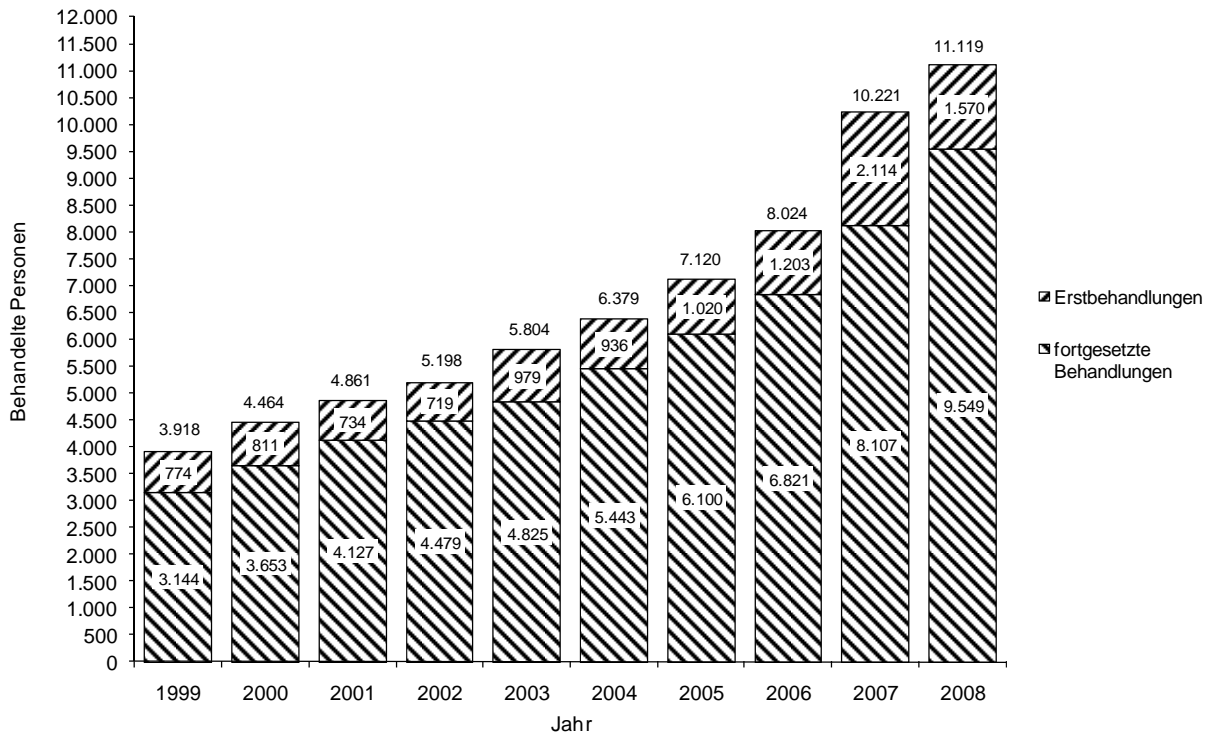
Ein wesentliches Manko hinsichtlich der Datenqualität stellte die „Ghost Case“-Problematik<sup>34</sup> dar. Um dieses Problem in den Griff zu bekommen, wurden vom BMG im Jahr 2007 umfangreiche Korrekturmaßnahmen, basierend auf Nachfragen bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, durchgeführt. Es ist auch davon auszugehen, dass die am 1. März 2007 in Kraft

<sup>33</sup> Seit dem Jahr 2009 erfolgt die Meldung an das Substitutionsregister durch die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde.

<sup>34</sup> Bei Fehlen der Meldung des Betreuungsendes geht die entsprechende Klientin bzw. der entsprechende Klient über die Jahre weiter als in einer laufenden Behandlung befindlich (= „Ghost Case“) in die Statistik ein (Details vgl. GÖG/ÖBIG 2006).

getretene Novelle der Suchtgiftverordnung (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b) die Meldepraxis massiv verbessert hat. Aufgrund dieser Korrekturen und Neuerungen ergeben sich einige Änderungen zu den in den Vorjahren referierten Zahlen. Der Anstieg der Zahl der gemeldeten Behandlungen und insbesondere der Erstbehandlungen vom Jahr 2006 zum Jahr 2007 ist vermutlich größtenteils auf die Erhöhung der Coverage der Meldungen zurückzuführen.

Abbildung 5.6: Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 1999–2008



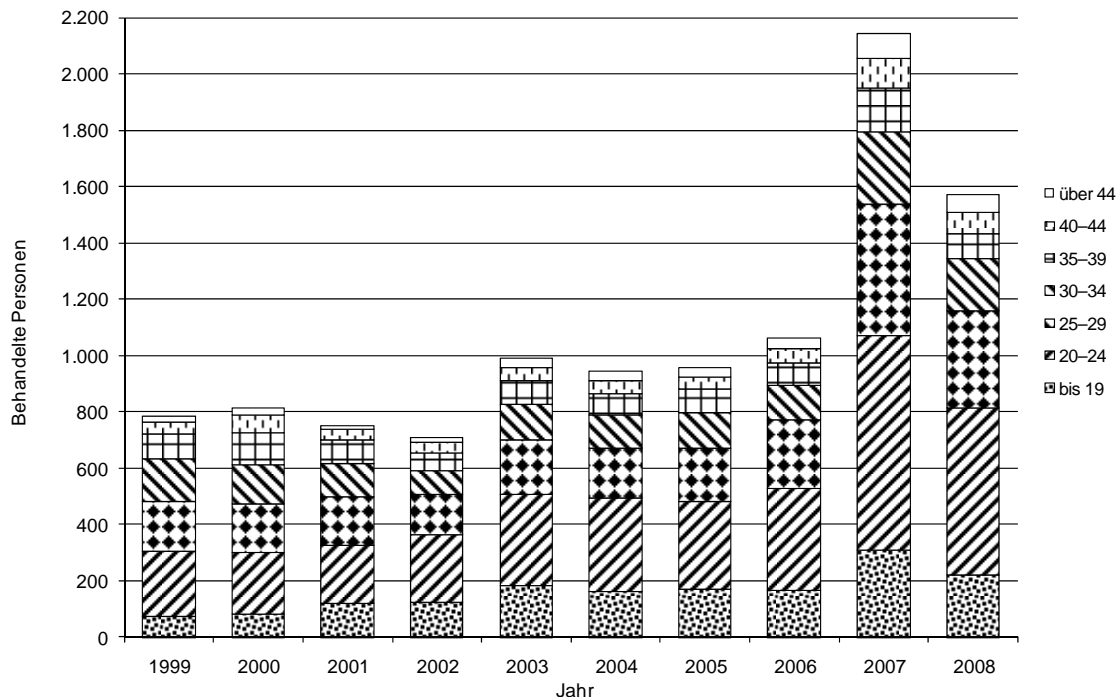
Anmerkung: **Fortgesetzte Behandlungen** sind Behandlungen, die vor dem jeweiligen Jahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, welche früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren. **Erstbehandlung** bedeutet, dass die entsprechenden Personen bisher noch nie in Substitutionsbehandlung waren. Diskrepanzen zu den in den Vorjahren referierten Zahlen (GÖG/ÖBIG 2008) sind durch Korrekturmaßnahmen des BMG zu erklären.

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

Die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlungen zeigt sich an der jährlich steigenden Zahl der Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen (vgl. Abb. 5.6).

Wie Abbildung 5.7 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. 2007 stellt einen massiven Ausreißer dar, da sich die Anzahl der betreuten Personen in fast allen Altersgruppen annähernd verdoppelt hat (Hinweis auf eine verbesserte Coverage). Die Anzahl der gemeldeten Erstbehandlungen ist 2008 zwar wieder zurückgegangen, liegt aber dennoch weit über der Anzahl der Erstbehandlungen des Jahres 2006.

Abbildung 5.7: Lebenszeitbezogen erstmalige Substitutionsbehandlungen nach Alter, 1999–2008



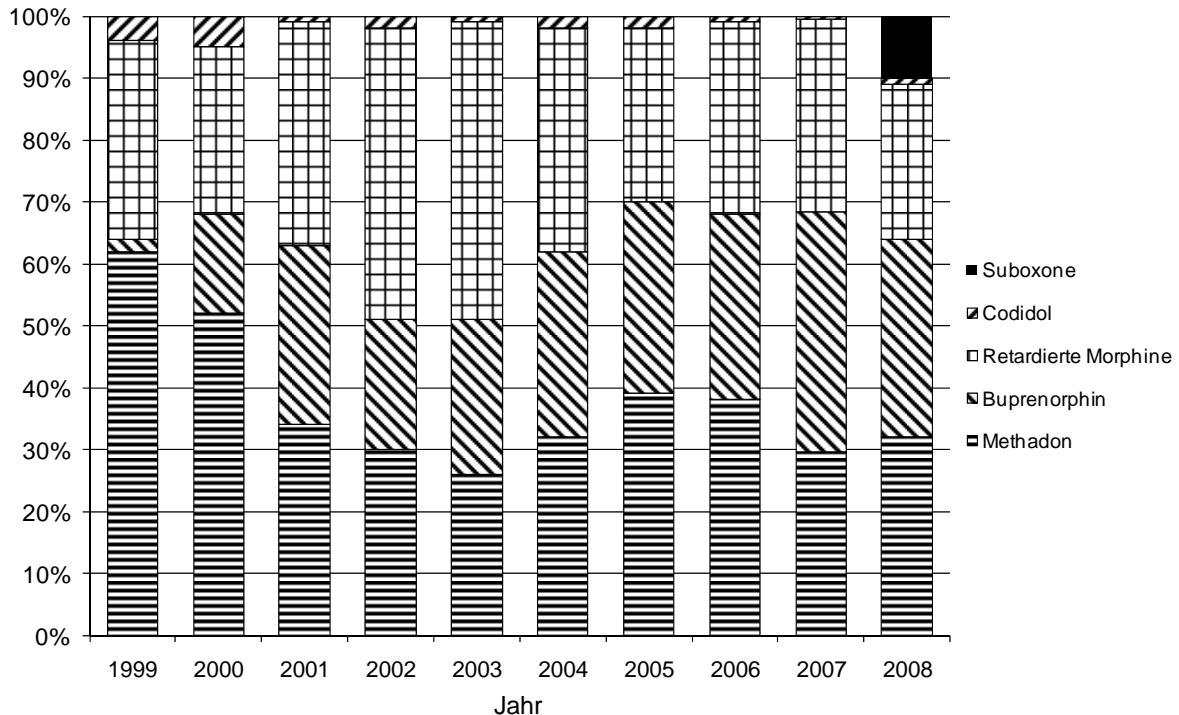
Quelle: BMG, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Eine inhaltliche Interpretation ist derzeit nicht möglich, da nicht abgeschätzt werden kann, in welchem Ausmaß bereits laufende Betreuungen 2007 und 2008 nachgemeldet wurden und daher fälschlicherweise als Erstbetreuungen im Substitutionsregister aufscheinen. Der Anteil der Frauen bei den Erstbehandlungen 2008 beträgt wie in den Vorjahren etwa ein Viertel. Weiterführende Analysen nach Alter und Bundesland sind aufgrund der Veränderung der Coverage inhaltlich nicht sinnvoll. Eine Auflistung der gemeldeten Erstbehandlungen nach Bundesland findet sich in Tabelle A16 im Anhang A.

Auch die Analyse nach bei der Erstbehandlung verordnetem Substitutionsmittel ist mit Vorsicht zu interpretieren, da ein Teil der Behandlungen aufgrund der oben erläuterten Gründe fälschlicherweise den Erstbehandlungen zugerechnet wird. Der Anteil der retardierten Morphine ist im Vergleich zu den Vorjahren weiter gesunken und beträgt nun 25 Prozent (2003: 47 %). Die Verschreibungsrate bei Methadon ist in etwa gleich geblieben, jene von Buprenorphin gesunken. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass das 2008 neu zugelassene Substitutionsmittel Suboxone (Anteil von 10 %) ein Kombinationspräparat aus Buprenorphin und Naloxon ist (vgl. Abb. 5.8). Wie auch in den Vorjahren ergeben aber die Auswertungen der DOKLI-Daten ein anderes Bild. Demnach werden retardierte Morphine am häufigsten eingesetzt (45 % bei den längerfristig ambulant betreuten, 63 % bei den niederschwellig begleiteten und 61 % bei den längerfristig stationär betreuten Personen); mit Methadon werden 18 bis 27 Prozent der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen behandelt und mit Buprenorphin nur 5 bis 21 Prozent (GÖG/ÖBIG 2009a). Buprenorphin wird verstärkt bei der jüngeren Klientel verschrieben.

Es muss allerdings wieder auf die bereits erläuterten Einschränkungen der Vergleichbarkeit hingewiesen werden (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b).

Abbildung 5.8: Entwicklung der bei der Erstbehandlung verwendeten Substitutionsmittel in den Jahren 1999–2008 in Prozent



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

Um eine grobe Schätzung aller in Österreich in drogenspezifischer Behandlung befindlichen Personen zu erhalten, können die Daten aus dem Substitutionsmonitoring und aus DOKLI kombiniert werden. In den DOKLI-Einrichtungen wurden 2008 1.751 Personen stationär und 9.102 Personen längerfristig ambulant betreut (GÖG/ÖBIG 2009a). In Substitutionsbehandlung waren 2008 11.119 Personen gemeldet (vgl. Abb. 5.7). Zur Berechnung einer Gesamtzahl werden nun folgende Vorannahmen bzw. Parameter herangezogen:

- In DOKLI können Mehrfachzählungen von Personen nicht ausgeschlossen werden. Aus dem Wiener BADO-System lässt sich jedoch ein Korrekturfaktor errechnen. Im BADO-System beträgt der Prozentsatz der Mehrfachbetreuungen 14 Prozent (IFES 2007).
- Nicht alle Einrichtungen der Drogenhilfe nehmen an DOKLI teil. Im stationären Bereich dokumentieren 71 Prozent und im ambulanten Bereich 93 Prozent der Einrichtungen mit DOKLI (ST34).
- Die Überschneidung zwischen DOKLI und dem Substitutionsmonitoring kann anhand des DOKLI-Items „zu Beginn der Betreuung in Substitutionsbehandlung“ geschätzt werden (42 Prozent der ambulant betreuten und 50 Prozent der stationär betreuten Personen befinden sich zu Beginn der Betreuung in Substitutionsbehandlung).

Unter Berücksichtigung der Vorannahmen und Parameter erhält man eine Schätzung von etwa 17.000 Personen, die 2008 in Österreich in längerfristiger drogenspezifischer Betreuung waren.



## 6 Gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Infektionskrankheiten sind insbesondere in Hinblick auf die Übertragungsgefahr bei intravenösem Substanzkonsum von Relevanz, wobei diesbezügliche Daten auf nicht repräsentativen Samples aus dem Behandlungsbereich bzw. aus der niederschweligen Betreuung basieren. Lag die HIV-Prävalenzrate Anfang der 1990er Jahre noch bei zirka 20 Prozent, bewegt sie sich seither auf niedrigerem Niveau (0 % bis 2 %). Die Prävalenzrate für Hepatitis B liegt im Berichtsjahr bei unter 20 Prozent. Die Prävalenzrate für Hepatitis C hat sich bei rund 50 Prozent eingependelt. Bezüglich Hepatitis C sind die Prävalenzen zum HCV-Antikörpernachweis (HCV-Ab) und zur HCV-RNA von einzelnen Einrichtungen gesondert dokumentiert. Dies ist insofern von Interesse, als hauptsächlich die – auf Basis eines PCR-Tests festgestellte – HCV-Positivität einen chronischen Verlauf der HCV beschreibt.

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

Seit 1989 werden in Österreich vom Gesundheitsressort Daten zu suchtgiftbezogenen Todesfällen gesammelt. Bei direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen kann ein unmittelbar kausaler Zusammenhang zwischen Tod und Suchtgiftkonsum angenommen werden, die Personen verstarben an einer akuten Intoxikation (Überdosierung). Die Daten der jährlichen Statistik und Analyse basieren auf der Meldepflicht gemäß § 24c des Suchtmittelgesetzes, wonach dem Gesundheitsministerium unverzüglich folgende Informationen zu übermitteln sind: vom Bundesministerium für Inneres (BMI) die einschlägigen Verdachtsmeldungen der Exekutive; von den Instituten für Gerichtsmedizin, den Sanitätsbehörden und den Krankenanstalten die Ergebnisse einer durchgeführten Leichenöffnung bzw. Obduktion samt allfälliger chemisch-toxikologischer Untersuchung; in Fällen, in denen keine Leichenöffnung oder Obduktion vorgenommen wurde, werden vom Gesundheitsministerium bei der Statistik Österreich die Totenbeschauscheine eingeholt. Es ist allerdings festzustellen, dass die Zahl jener Fälle, in denen bei Verdacht auf Überdosierung mit Suchtgiftbeteiligung eine für die Verifizierung und Analyse der Überdosierung ausschlaggebende Leichenöffnung einschließlich toxikologischer Untersuchung durchgeführt wird, deutlich rückläufig ist. So wurde im Jahr 2008 in 32 Fällen, in denen auf dem Totenbeschauschein eine Suchtmittelintoxikation vermerkt ist, keine gerichtliche Obduktion oder sanitätspolizeiliche Leichenöffnung veranlasst; diese Fälle konnten somit nicht als Überdosierungsfälle mit Suchtgiftbeteiligung verifiziert werden, es ist also nicht gesichert, ob es sich dabei tatsächlich um suchtgiftbezogene Todesfälle handelt oder nicht. Dass sich die Zahl der nicht näher untersuchten einschlägigen Verdachtsfälle im letzten Jahr verdreifacht hat, beeinträchtigt nicht nur die Aussagekraft der Statistik, sondern schließt auch die Vergleichbarkeit mit der Statistik der Vorjahre aus. In Wien hat sich die Zahl der keiner Leichenöffnung und toxikologischen Untersuchung unterzogenen Verdachtsfälle nach Änderung des Wiener Leichen- und Bestattungsgesetzes im Jahr 2007 sogar vervierfacht (GÖG/ÖBIG 2008c). Aus diesem Grund kann somit für das Jahr 2008 die Zahl der erwiesenermaßen an einer Überdosierung mit Suchtgiftbeteiligung Verstorbenen nicht mehr

annähernd exakt angegeben werden, weshalb auf eine Darstellung von Zeitreihen und Bundesländervergleichen verzichtet werden muss. Die Statistik liefert aber dennoch gesundheitspolitisch wichtige Erkenntnisse über Konsummuster, Geschlechtsverhältnis und Durchschnittsalter der an einer Suchtgiftintoxikation verstorbenen Personen. Die Verschlechterung der epidemiologischen Aussagekraft der Daten bzw. Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation sind bereits Gegenstand gesundheitspolitischer Diskussionen und Überlegungen. Eine Obduktion bei möglichst allen Verdachtsfällen in Österreich ist aus gesundheitspolitischer Sicht anzustreben, da eine vollständige und aussagekräftige Statistik eine wichtige Grundlage für Entscheidungen und Präventionsmaßnahmen liefert.

## 6.1 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Die im Standard Table 9 (ST9) gesammelten Daten zu den drogenbezogenen Infektionskrankheiten umfassen nationale und subnationale Samples aus der niederschweligen wie auch der stationären Drogenhilfe. Die vorliegenden **Prävalenzen** werden in Tabelle 6.1 dargestellt. Im Berichtsjahr weisen die Daten auf eine Hepatitis-B-(HBV-)Rate hin, die zwischen 2 und 19 Prozent streut. Aus den Einrichtungen wird weiterhin eine niedrige HIV-Prävalenz zwischen 0 und 2 Prozent berichtet (2007: 0 % bis 4 %). Die Hepatitis-C-Antikörper-(HCV-Ab-)Prävalenz liegt im Jahr 2008 bei 22 bis 60 Prozent, wobei hier die Therapiestation Lukasfeld mit 22 Prozent auch dieses Jahr von den restlichen Prävalenzen deutlich abweicht (2007: 20 %). Eine Interpretation dieser Abweichung ist seriöserweise nicht möglich. Es zeichnet sich also weiterhin eine schon in den Vorjahren beobachtete HCV-Ab-Prävalenz um die 50 Prozent ab (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b; GÖG/ÖBIG 2008c).

Bezüglich der HCV-RNA zeigt sich, dass ein hoher Prozentsatz der HCV-Ab-Positiven auch einen chronischen Verlauf entwickelt. Aufgrund der großen Streuung der HCV-RNA-Prävalenz zwischen 38 Prozent im Anton-Proksch-Institut (API) und 75 Prozent in Lukasfeld können diese Daten nicht herangezogen werden, um verallgemeinernde Aussagen hinsichtlich eines chronischen Verlaufs einer Hepatitis-C-Infektion abzuleiten (vgl. Tab. 6.1). Bezüglich der HCV-Genotypisierung gibt es im Berichtsjahr weder nationale Daten noch Einzelmeldungen<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> Details über die einzelnen drogenbezogenen Infektionskrankheiten und zur HCV-RNA-Prävalenz vgl. auch ST9.

Tabelle 6.1: Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C-Antikörper, Hepatitis C-RNA und HIV, 2008

Datenquelle	HBV-Rate	HCV-Antikörper-Rate <sup>1</sup>	HCV-RNA-Rate <sup>6</sup>	HIV-Rate
Therapiestation Lukasfeld	2 % (1/5) <sup>2</sup>	22 % (12/55)	75 % (9/12)	0 % (0/55)
Langzeittherapiestation des Anton-Proksch-Instituts (API)	19 % (13/67) <sup>2</sup>	60 % (44/67)	38 % (10/26)	1 % (1/67)
Sozialmedizinische Beratungsstelle Ganslwirt	8 % (7/89) <sup>3</sup>	43 % (27/63)	Nicht erfasst	2 % (2/108)
Caritas Marienambulanz	13 % (19/121) <sup>4</sup>	60 % (72/121)	67 % (48/72)	0 % (0/121)
DOKLI <sup>5</sup>	19 % (58/306)	47 % (165/350)	66 % (94/143)	1 % (3/317)
Suchtgiftbezogene Todesfälle (Intoxikationen) 2008	Keine Daten	Keine Daten	Keine Daten	Keine Daten

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

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

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

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

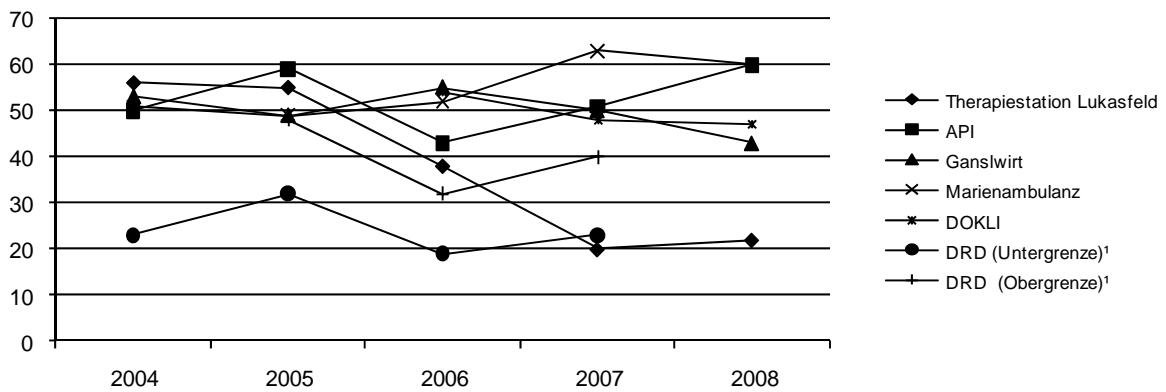
<sup>5</sup> Die Daten beziehen sich auf jene Personen mit intravenösem Drogenkonsum, die im Jahr 2008 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben und getestet wurden.

<sup>6</sup> Die HCV-RNA-Rate bezieht sich auf Personen mit HCV-Antikörper-positivem Status.

Quellen: Duspara, Stolz-Gombocz, Haltmayer, Anderwald, Bauer, persönliche Mitteilungen; GÖG/ÖBIG 2009a; vgl. auch ST9; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Generell ist aufgrund der unterschiedlichen Erhebungspraktiken in den einzelnen Einrichtungen (Routineerhebung vs. freiwilliges Testangebot) auf die eingeschränkte Vergleichbarkeit der einzelnen Prävalenzen wie auch auf die mangelnde Repräsentativität der Datenquellen hinzuweisen. Ein Vergleich der vorhandenen Prävalenzen zu HBV, HCV-Antikörper und HIV im Zeitraum von 2005 bis 2008 (vgl. Abb. 6.1, 6.2 und 6.3) zeigt, wie schwer es ist, auf der verfügbaren Datenbasis verlässliche Aussagen über Veränderungen und Trends hinsichtlich der Risikogruppe der Drogenkonsumierenden zu machen.

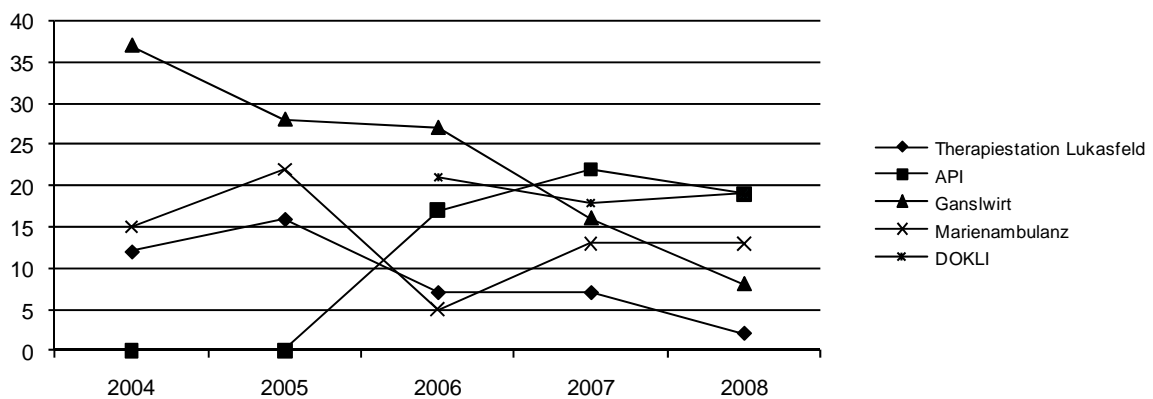
Abbildung 6.1: Prävalenz von Hepatitis C-Antikörper in Österreich, 2004–2008



<sup>1</sup> Nicht alle Gutachten zu den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen (DRD) erwähnen den Infektionsstatus von HCV-Ab. 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 Prävalenzrate zu HCV-Ab dar.

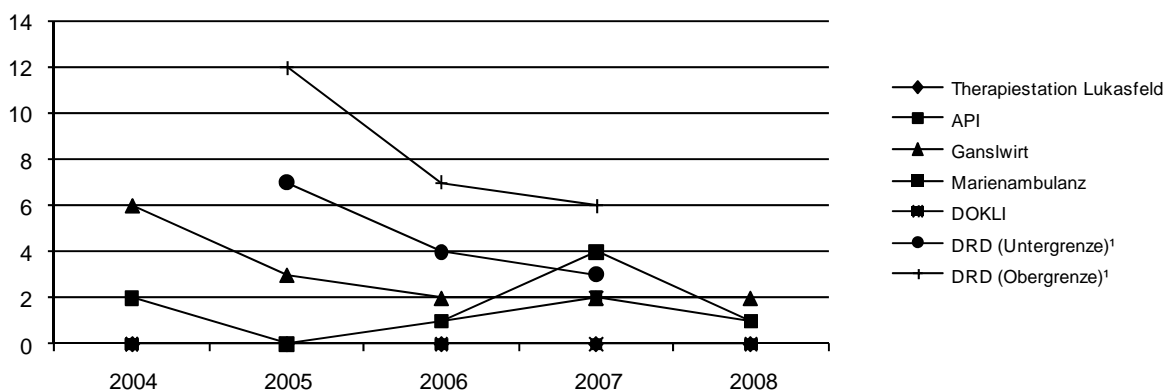
Quelle: ST9, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Abbildung 6.2: Prävalenz von Hepatitis B in Österreich, 2004–2008



Quelle: ST9, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Abbildung 6.3: Prävalenz von HIV in Österreich, 2004–2008



<sup>1</sup> Nicht alle Gutachten zu den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen (DRD) erwähnen den Infektionsstatus von HIV. 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 Prävalenzrate zu HIV dar.

Quelle: ST9, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Bezogen auf die Allgemeinbevölkerung, gab es österreichweit im Jahr 2008 insgesamt 1.048 Meldungen von Hepatitis C. Allein die Spitalsentlassungsstatistik berichtet für 2008 von 212 Patienten mit akuter Virushepatitis C und von 915 Patienten mit chronischer Virushepatitis. Bei 250 Personen wurde im Jahr 2008 eine chronische Virushepatitis C als Haupttodesursache genannt, eine Person verstarb an einer akuten Virushepatitis C. Hinsichtlich Hepatitis B wurden in Österreich 763 Fälle gemeldet. Die Spitalsentlassungsstatistik zeigt für 2008 insgesamt 317 Patienten mit diversen Hepatitis-B-Diagnosen. Bei 24 Personen wurde Hepatitis B als Haupttodesursache genannt. Hepatitis A wurde in 138 Fällen angezeigt, 95 Patienten wurden in der Spitalsentlassungsstatistik und kein Hepatitis-A-Fall wurde in der Todesursachenstatistik dokumentiert (vgl. BMG 2009b; BMG 2009c; Statistik Austria 2009a; Statistik Austria 2009b).

Die oben genannten Daten liegen in aggregierter Form vor und können daher nicht miteinander verknüpft werden. Eine Berechnung von Prävalenz bzw. Inzidenz der Hepatitis in der Gesamtbevölkerung ist anhand dieser Statistiken demnach nicht möglich. Zudem ist trotz bestehender Meldepflicht zumindest bezüglich der HCV von einem Melde-Bias auszugehen (Strauss et al. 2003). Mit dem Ziel, die Meldequalität zu verbessern, wurde Anfang 2009 in Österreich ein „Epidemiologisches Meldesystem“ (EMS) in elektronischer Form eingeführt. In diesem werden monatliche Statistiken zu den Meldungen nach Infektionskrankheit und Bundesland erstellt. Aufgrund fehlender Angaben über den Infektionsweg sind jedoch keine Rückschlüsse auf potenzielle Risikogruppen, wie intravenös (i. v.) Drogenkonsumierende, möglich.

Die Meldungen der kontinuierlichen nationalen Aids-Statistik zeigen, dass i. v. Konsum mit 16 Nennungen als Risikosituation an zweiter Stelle nach heterosexuellen Kontakten ( $n = 25$ ) und vor homosexuellen Kontakten ( $n = 12$ ) steht. Zehn Fälle werden 2008 unter „Anderes/Unbekannt“ gemeldet, und in zwei Fällen wurde das Virus über eine Transfusion übertragen. Hinsichtlich der Aids-Todesfälle nach Risikosituation und Jahr wird ersichtlich, dass von insgesamt 18 gelisteten Todesfällen die Hälfte i. v. Konsumierende betrafen (BMG 2009a; vgl. Tab. A3 Anhang A).

Daten zu weiteren drogenrelevanten Infektionen liegen nur hinsichtlich der Tuberkulose (Tbc) vor. Von 101 Tbc-Angaben im DOKLI-Datensatz ist keine Person Tbc-positiv diagnostiziert worden. Drei Personen geben anamnestisch einen positiven Tbc-Status an. Diese Zahlen belegen, dass Tbc weiterhin in Österreich kein Problem darstellt. Die Tbc-Impfrate basiert auf den Daten von 239 Personen. Auch die diesjährigen Daten bestätigen die geringe Durchimpfungsrate bei Tbc, die 2008 bei fünf Prozent lag; 2007 lag diese bei acht Prozent (vgl. Kap. 5.3; GÖG/ÖBIG 2008a; GÖG/ÖBIG 2009a).

Zum Hepatitis-A-Impfstatus liegen im DOKLI-Datensatz von 420 Personen, zum Hepatitis-B-Impfstatus von 569 Personen Angaben vor. Die **Durchimpfungsrate** von 28 Prozent bei Hepatitis A bzw. von 31 Prozent bei Hepatitis B ist als niedrig zu bezeichnen. Es lässt sich aber erkennen, dass bei Personen unter 20 Jahren eine höhere Impfrate besteht als in den anderen Altersgruppen (vgl. GÖG/ÖBIG 2009a). Die HBV-Durchimpfungsrate deckt sich mit den Angaben der stationären Einrichtungen Lukasfeld (27 %) und API (34 %), nicht aber mit der niederschweligen Einrichtung Marienambulanz, die von 10 Prozent ausgeht (vgl. ST9). Allgemein muss angemerkt werden, dass die genannten Zahlen weniger über einen beste-

henden Impfschutz als vielmehr über eine vorangegangene Impfung aussagen (GÖG/ÖBIG 2009a).

Im Rahmen einer anonymisierten und standardisierten Befragung der Caritas-Drogeneinrichtungen in Innsbruck wurden in einem Zeitraum von einer Woche insgesamt 62 Drogenkonsumierende zu vorangegangenen HIV- und HCV-Statusbestimmungen bzw. HAV/HBV-Impfungen befragt. In diesem Zusammenhang wurde auch das Konsumationsverhalten abgefragt, ferner **verhaltensbezogene Daten** zum Spritzengebrauch bzw. Safer Sex. Die Ergebnisse werden derzeit ausgewertet (Schäfer, persönliche Mitteilung).

## 6.2 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen

Eine systematische Diagnostik der **psychiatrischen Komorbidität** nach ICD-10 in der Therapiestation Carina / Stiftung Maria Ebene zeigt, dass nahezu bei allen Patientinnen und Patienten eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wurde(n). Affektive Störungen wurden bei 18 Prozent aller Behandelten diagnostiziert. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen stellen eine Randerscheinung im vorliegenden Diagnosespektrum dar. Lediglich bei vier Prozent wurde eine Angststörung diagnostiziert (vgl. Tab. 6.2; Stiftung Maria Ebene 2009b).

Tabelle 6.2: Psychiatrische Komorbidität nach ICD-10-Diagnosen, Stiftung Maria Ebene, Patientenjahrgang 2008

ICD-10-Kapitel	Gruppen	Untergruppen	Prozent
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60–F69)	Spezifische Persönlichkeitsstörungen (PS) (F60–)	Paranoide PS (F60.0)	7 % (6/88)
		Dissoziale PS (F60.2)	11 % (10/88)
		Emotional instabile PS (F60.3)	28 % (25/88)
		Histrionische PS (F60.4)	11 % (10/88)
		Ängstlich (vermeidende) PS (F60.6)	9 % (8/88)
		Abhängige (asthenische) PS (F60.7)	7 % (6/88)
		Sonstige spezifische PS (F60.8)	8 % (7/88)
Affektive Störungen (F30–F39)	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen (PS) (F61. –)	Paranoide PS (F61.0)	17 % (15/88)
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48)	Rezidivierende depressive Störungen (F33. –)		16 % (12/77)
	Anhaltende affektive Störungen (F34. –)		3 % (2/77)
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48)	Phobische Störungen (F40. –)	Soziale Phobie (F40.1)	3 % (2/77)
	Andere Angststörungen (F41. –)	Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2)	1 % (1/77)

Quelle: Stiftung Maria Ebene 2009, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Auffällige Geschlechterunterschiede hinsichtlich der gestellten Diagnosen zeigen sich bei den Essstörungen (Frauen: 42 %; Männer: 6 %). In der Diagnoseerstellung wurde bewusst auf das Vorliegen komplexer posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) geachtet. Diese schwerwiegenden Stressfolgeerkrankungen konnten bei 39 Prozent aller Behandelten diagnostiziert werden; bei Frauen liegt der Wert bei 69 Prozent. Daraus kann geschlossen werden, dass über zwei Drittel der behandelten Frauen traumatische Lebenserfahrungen gemacht haben. Unter Berücksichtigung der gestellten ICD-10-Diagnosen sind diese Traumatisierungen häufig als Folge erlittener, lang andauernder Formen sexualisierter und/oder körperlicher Gewalt zu verstehen (vgl. Stiftung Maria Ebene 2009b).

Hinweise zu psychiatrischer Komorbidität finden sich auch in den DOKLI-Daten (vgl. Kap. 5.3). Bei 159 der 239 Personen (66 %) mit gültigen Angaben zumindest einer nichtsuchtspezifischen ICD-10-Diagnose liegen eine psychische und eine Verhaltensstörung vor. Es handelt sich dabei ebenso um affektive Störungen (z. B. Depression), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen wie um neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Im Grünen Kreis wiederum wurden im Berichtsjahr bei 38 Prozent der 102 Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Multimorbidität Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen diagnostiziert. Diese Komorbidität beträgt in der Therapiestation Carina lediglich 4 Prozent aller Behandelten. Bei 33 Prozent der komorbiden Patientinnen und Patienten wurde im Grünen Kreis eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung, bei 32 Prozent eine affektive Störung diagnostiziert (vgl. GÖG/ÖBIG 2009a, Grüner Kreis 2009, Stiftung Maria Ebene 2009b). Die Ergebnisse der retrospektiven Studie zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen der Langzeittherapiestation Mödling/API sind weiterhin nicht publiziert (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c).

Vor allem niederschwellige Einrichtungen schildern die Notwendigkeit von Kriseninterventionen bei ihren Klientinnen und Klienten. Substanz (OÖ) führt im Berichtsjahr 46 akute Krisensituationen an (2007: 16 Krisen), in denen spontane und sofortige Hilfe geleistet werden musste. Diese umfassten Themen wie Betreuung von Hinterbliebenen nach einem Todesfall, Traumatisierungen durch Gewalt in der Szene, Delogierungen und Beziehungskrisen. Das Angebot der psychotherapeutischen Krisenintervention wurde von vier Personen im Jahr 2008 über 50-mal genutzt (Substanz 2009). Aus der Statistik der niederschweligen Wiener Einrichtungen wird deutlich, dass die psychische Gesundheit nach Wohnen und Drogenkonsum an dritter Stelle der Themen in Beratungs- und Betreuungsgesprächen steht. Die Anzahl der Kriseninterventionen ( $n = 371$ ) hat sich im Vergleich zum Vorjahr ( $n = 157$ ) mehr als verdoppelt (VWS 2009a).

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

Von niederschweligen Einrichtungen in Wien werden im Berichtsjahr 97 lebensrettende Maßnahmen gemeldet, was einen leichten Rückgang im Vergleich zum Vorjahr ( $n = 109$ ) darstellt. Die Zahl der Wiener Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Überdosierung wegen illegaler Substanzen beläuft sich im Jahr 2008 laut Statistik der Wiener Rettung auf 897. Das sind 0,5 Prozent der Gesamtpatientinnen und -patienten in diesem Zeitraum. Dieser im Vergleich zum Vorjahr ( $n = 586$ ) beobachtete Anstieg resultiert aus einer modifizierten Dokumentation der Rettungsdaten (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2009; VWS 2009a).

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

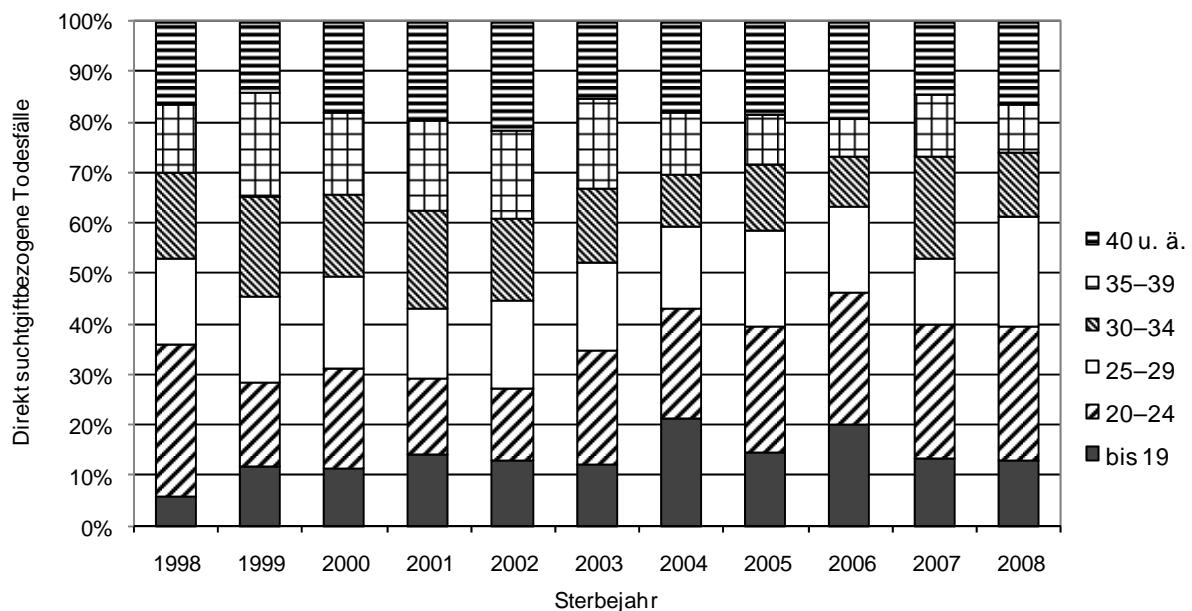
### 6.3 Suchtgiftbezogene Todesfälle und Mortalität

Bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen wird zwischen den direkt und den indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen unterschieden (genaue Methodologie vgl. GÖG/ÖBIG 2009c).

Insgesamt konnten 169 Fälle auf Basis von Obduktionsbefunden als direkt suchtgiftbezogene Todesfälle verifiziert werden. Diese Zahl kann jedoch nur als Untergrenze angesehen werden. Tatsächlich könnten es unter Berücksichtigung auch jener gemeldeten Verdachtsfälle, in denen nur ein Totenbeschauschein (äußere Befundung der Leiche) vorliegt, zwischen 169 und 201 Fälle sein. Damit ist eine Aussage, ob die Zahl niedriger oder höher als im Vorjahr (175) ist, nicht möglich. Über den Trend kann daher nichts ausgesagt werden.

In 12 Prozent der suchtgiftbezogenen Todesfälle wurden bei der Toxikologie ausschließlich illegale Drogen festgestellt (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination). Zusätzlich wurden in 54 Prozent der Fälle auch psychoaktive Medikamente, in 9 Prozent der Fälle auch Alkohol und zu 25 Prozent beides – Alkohol und psychoaktive Medikamente – nachgewiesen. Wie in den Vorjahren zeigt sich ein starkes Überwiegen der Mischintoxikationen unter Beteiligung von Opiaten (97 % der Intoxikationen mit bekannten Substanzen; vgl. Abb. 6.1). Der Anteil reiner Opiatintoxikationen entspricht mit rund 8 Prozent dem Vorjahr (2006: 16 %, 2007: 6 %). 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 6.4: Altersverteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich, in Prozent, 1998–2008



Quelle: GÖG/ÖBIG 2009c; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung



Der gruppierte Median<sup>36</sup> des Sterbealters betrug im Jahre 2008 25,7 Jahre. Somit entspricht der Median des Alters im Beobachtungsjahr den Jahren zuvor, nachdem im letzten Jahr erstmals ein Anstieg des Alters beobachtet worden war (2005: 25,9; 2006: 24,6; 2007: 28,3). Der Anteil der Gruppe der Personen unter 20 Jahren liegt mit 13 Prozent in der Schwankungsbreite der letzten Jahre (2005: 15 %; 2006: 20%; 2007: 14 %; vgl. Abb. 6.4). Der Anteil der 20- bis 24-Jährigen liegt mit 27 Prozent im Durchschnitt der letzten Jahre (2004: 22 %; 2005: 25 %; 2006: 26%; 2007: 26 %). Der Anteil der Frauen bei den direkt an den Folgen des Drogenkonsums verstorbenen Personen entspricht mit 21 Prozent dem langjährigen Durchschnitt.

---

<sup>36</sup> Der gruppierte Median ist jener Wert, bei dem 50 Prozent der Fälle niedriger und 50 Prozent der Fälle höher liegen.

## **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)<sup>37</sup>. Die Behandlung von gesundheitlichen Folgen wird hauptsächlich vom allgemeinen Gesundheitssystem abgedeckt (z. B. Notfallmedizin, Psychiatrie), in zunehmendem Maße auch im Rahmen von Sprechstunden von (Fach-)Ärztinnen und Ärzten in niederschweligen Einrichtungen. Im letzten Jahr wurde die Aufmerksamkeit verstärkt auf die Diagnose und Behandlung von Hepatitis C bzw. auf das Thema Komorbidität gerichtet. Die vorliegenden Informationen und Daten stammen vorwiegend aus Jahresberichten einzelner Einrichtungen bzw. von den Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder.

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

Derzeit wird seitens der vom Bundesdrogenforum (BDF) im Februar 2009 eingesetzten Steering Group eine Sondersitzung des BDF zu möglichen Maßnahmen zur Reduzierung von Drogentodesopfern vorbereitet. Ziel der Veranstaltung soll es sein, ein österreichweites umfassendes Strategiekonzept zur Prävention von suchtgiftbezogenen Todesfällen zu erarbeiten. Konkrete Initiativen zu suchtgiftbezogenen Notfällen bzw. Todesfällen bestehen vor allem im niederschweligen Bereich der Drogenhilfe auf Einrichtungsebene bzw. vereinzelt auch auf Länderebene. In Wien wird derzeit eine Studie zu drogenbezogenen Todesfällen durchgeführt. Ziel ist es, das Wissen über Risikofaktoren qualitativ zu verbessern, um Maßnahmen zur Risikovermeidung und Prävention von Todesfällen entwickeln zu können (Sucht- und Drogenkoordination 2009b).

CONTACT, der Spitalsverbindungsdienst für Drogenabhängige in Wien, wurde im Jahr 2008 zu 386 Einsätzen gerufen (2007: 346). Insgesamt fanden 1.026 Kontakte während des Spitalaufenthaltes und 1.279 Kontakte nach einem solchen statt (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2009a; vgl. auch Kap. 7.3).

Im niederschweligen Bereich wird weiterhin dem Thema Erste Hilfe großer Stellenwert zugeschrieben. Es wird in Form von Informationsmaterial oder -veranstaltungen bzw. hausigen Zeitungen kommuniziert (z. B. im Themenbistro von streetwork/VWS). Für Klientinnen und Klienten des Komfüdro (Tirol) gibt es außerdem die Möglichkeit, Erste-Hilfe-Maß-

---

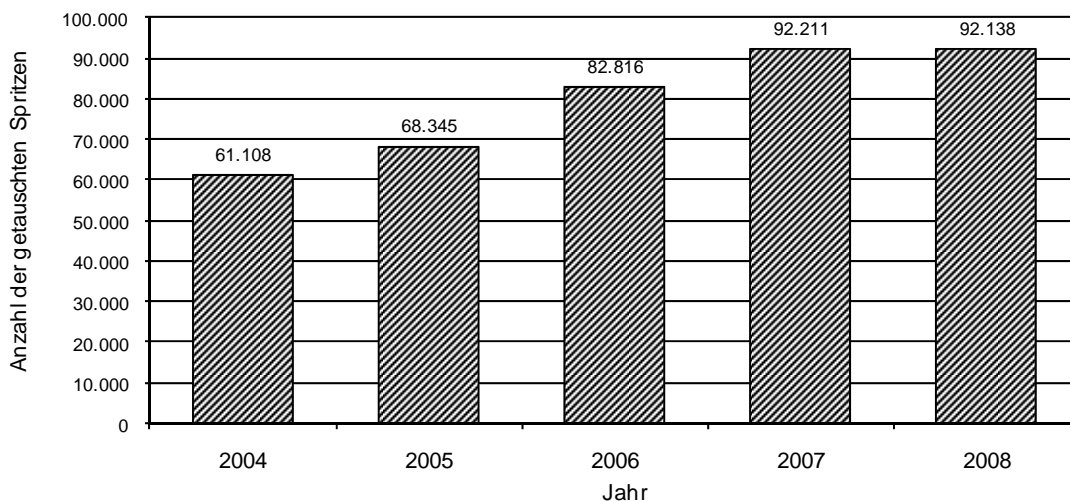
<sup>37</sup> Vgl. <http://suchthilfekompass.oebig.at>

nahmen an einer Übungspuppe praxisnah auszuprobieren. Die Einrichtung organisierte auch im Berichtsjahr wieder einen verpflichtenden Erste-Hilfe-Kurs für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. So kann bei (Drogen-)Notfällen innerhalb der Einrichtung rasch vorgegangen und das Wissen zudem an Klientinnen und Klienten weitergegeben werden (vgl. VWS 2009a; Komfudro 2009).

## 7.2 Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Die Infektionsprophylaxe ist eine wesentliche Aufgabe von niederschweligen Einrichtungen und aufsuchenden Angeboten, wobei v. a. dem **Spritzentausch und -verkauf** ein hoher Stellenwert zukommt. Neben den gängigen bundesländerspezifischen Programmen zum Spritzentausch und -verkauf gibt es in Österreich die Möglichkeit, Spritzen und Nadeln in Apotheken und Automaten zu erwerben. Das bestehende Angebot wurde im Berichtsjahr um einen Spritzenautomaten in Dornbirn erweitert. Es gibt nun insgesamt sieben Spritzenautomaten in Vorarlberg, für die die Kontakt- und Anlaufstelle do it yourself im Rahmen eines Arbeitsprojektes Safer-Sets zusammenstellt (do it yourself 2009). In Salzburg gibt es Bestrebungen, ein niederschwelliges Angebot für Drogenkonsumierende zu implementieren. Derzeit bietet ausschließlich die Aids-Hilfe eine Spritzenabgabe über zwei Automaten bzw. in ihren Räumlichkeiten an (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2009).

Abbildung 7.1: Spritzentausch in der Einrichtung Substanz (OÖ), 2004–2008



Quelle: Substanz 2009; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Systematisch erfasste österreichweite Daten zum Spritzentausch nach Bundesländer beziehen sich auf das Berichtsjahr 2007 (vgl. ST10; GÖG/ÖBIG 2008c). Für das Berichtsjahr liegen nur vereinzelt Daten aus Einrichtungen vor, die von gleichbleibend hohen oder steigenden Zahlen beim Kauf wie auch Tausch von Spritzen berichten. Der Trend der letzten Jahre hält somit an. So wurden beispielsweise in der niederschweligen Einrichtung Substanz (OÖ) 92.138 Sets getauscht. Inkludiert man den Spritzentausch und -verkauf im Café und den Verkauf über den Präventionsautomaten, so konnten insgesamt 98.406 Sets abgegeben werden (vgl. Abb. 7.1; Substanz 2009). Weiterhin werden für intravenös (i. v.) Konsumieren-

de neben Spritzen steriles Injektionsbesteck (z. B. Löffel), Alkoholtupfer, medizinische Filter bzw. Desinfektionsmittel angeboten.

Trotz der hohen Rücklaufquote von über 95 Prozent kommt es immer wieder vor, dass Drogenkonsumierende ihre Konsumutensilien im öffentlichen Raum zurücklassen. Die Einrichtungen des VWS versuchen in diesem Zusammenhang zur Bewusstseinsbildung beizutragen. Dies passiert in individuellen Gesprächen wie auch in Form einer Postkarte, die seit Anfang 2009 verteilt wird (VWS 2009a).

Gespräche über **Safer Use** und **Safer Sex** sind weiterhin wesentliche Themen der aufsuchenden Drogenarbeit und finden in der Regel beim Spritzentausch statt. Es gibt diesbezüglich im Vergleich zu den Vorjahren keine relevanten Veränderungen. Die Wiener Einrichtungen haben 2008 für Konsumierende einen Guide herausgegeben, der sich den Themen i. v. Konsum samt Risiken und Alternativen wie auch einzelnen Substanzen bzw. Safer Sex widmet (VWS 2009b). Der Arbeitsschwerpunkt im Komfüdro (Tirol) lag im Jahr 2008 wiederum auf der Safer-Use-Arbeit und der Hepatitis-C-Prophylaxe. Im Rahmen eines Peer-Education-Projekts wurde mit ausgewählten Klientinnen und Klienten ein Workshop zu Safer Use und Hepatitis veranstaltet. Aufgrund des positiven Feedbacks wird eine Weiterführung dieses Angebots angestrebt. Infektionsprophylaxe bezieht sich im Komfüdro nicht nur auf die Drogenkonsumierenden, sondern wird auch auf Einrichtungsebene durch die Hygienebegehung berücksichtigt. Bei dieser Kontrolle werden täglich wiederkehrende Arbeitsabläufe in der Einrichtung durchgespielt und auf ihre Hygienestandards überprüft (Komfüdro 2009).

Eine weitere wesentliche Maßnahme im Bereich Prävention und Behandlung drogenbezogener Infektionskrankheiten stellen **Hepatitis-Impfprojekte** dar, die ausschließlich regional und einrichtungsspezifisch angeboten werden. Das Impfangebot ist in den meisten Fällen an eine kostenlose Statusbestimmung hinsichtlich HIV und Virushepatitis geknüpft. Beispielsweise wurden im Jahr 2008 im Ganslwirt (Wien) 123, im Kontaktladen (Graz) 58 HAV/HBV-Teilimpfungen und bei do it yourself (Vorarlberg) sechs Hepatitis-Impfungen durchgeführt.

Die **Behandlung von Infektionskrankheiten** bei Drogenkonsumierenden rückt österreichweit zunehmend in den Blickpunkt. Eine wesentliche Voraussetzung für ein Gelingen der Behandlung stellen multiprofessionelle Netzwerke dar, die die Drogenhilfe mit medizinischen Versorgungsstrukturen verknüpfen. So ist in Wien die Behandlung von Drogenkranken mit Hepatitis B oder C in sämtlichen gastroenterologischen Ambulanzen der Wiener Krankenanstalten Routine. Durch die Zusammenarbeit zwischen Drogenhilfe und Medizin im Rahmen von Qualitätszirkeln<sup>38</sup> wird auch in anderen Bundesländern versucht, die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung zu schaffen bzw. die Qualität der Behandlung dieser schwierigen Patientengruppe zu erhöhen. Diesem Bestreben kam auch der fünfte internationale Fachtag Hepatitis C<sup>39</sup> nach, der im Juni 2009 in Wien abgehalten wurde. Auch hinsichtlich einer HIV-Behandlung wird die Zusammenarbeit mit pulmologischen und dermatologischen Ambulanzen und Abteilungen der Wiener Krankenanstalten intensiviert (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c; Sucht- und Drogenkoordination 2009b).

---

<sup>38</sup> [www.oegabs.at](http://www.oegabs.at)

<sup>39</sup> [www.hepatitiscfachtag.org](http://www.hepatitiscfachtag.org)

**Konsumräume** sind weiterhin Thema in Österreich. Im Februar 2009 fand unter dem Titel „Neue Wege in der Drogenpolitik – Konsumräume im internationalen Vergleich“ in Innsbruck eine Tagung statt. Neben dem Austausch internationaler Erfahrungen wurden Themenfelder rund um Konsumräume und Sicherheit bzw. niederschwellige Arbeit, auch hinsichtlich einer Relevanz für Österreich, präsentiert und diskutiert. In diesem Zusammenhang steht das Grazer Konzept einer drogentherapeutischen Anlaufstelle (DTA) aus dem Jahr 2007, das inzwischen überarbeitet wurde und demnächst dem Gesundheitsministerium vorgelegt werden soll. So liegen dem neuen Konzept auf Empfehlung des Bundes etwa ein umfassendes Evaluierungskonzept wie auch die grundsätzlich positiven Unterstützungsbeschlüsse des Grazer Gemeinderates bzw. des Steiermärkischen Landtages bei. Das überarbeitete Konzept wird in der Folge Gegenstand der weiteren Befassung der Bundesdrogenkoordination (BMJ, BMI unter Vorsitz BMG) und des Bundesdrogenforums sein (Zeder, persönliche Mitteilung). Im Rahmen des Wiener Suchtmittelmonitorings wurde die Akzeptanz von Konsumräumen in der Bevölkerung abgefragt. Im Jahr 2009 erachteten lediglich 34 Prozent der Bevölkerung solche für sinnvoll, 22 Prozent standen diesen neutral gegenüber, und 41 Prozent betrachten Konsumräume als nicht sinnvoll. Im Vergleich dazu hat die Abgabe von sterilen Spritzen eine Akzeptanz von 68 Prozent in der Bevölkerung. Interessant ist aber, dass die Errichtung von Konsumräumen mit 34 Prozent im Vergleich zu den Vorjahren die höchste Akzeptanz erreicht hat. Seit 1997 schwankte diese Zustimmung zwischen 20 und 31 Prozent (IFES 2009).

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

Versorgungsstrukturen hinsichtlich **psychiatrischer Komorbidität** sind weiterhin Bestandteil in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Die Angebote unterscheiden sich kaum von den Berichten aus den Vorjahren (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b, GÖG/ÖBIG 2008c). Für Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Komorbidität wurde vom Grünen Kreis im Berichtsjahr eine mobile Dauerbetreuung geschaffen. Die Abstimmung mit individuellen Bedürfnissen soll eine Reintegration in die Arbeitswelt und in ein soziales Umfeld optimieren (Grüner Kreis 2009). Das Ambulatorium für Suchtkranke (ASK) in Wien hat seine multiprofessionelle Diagnostik um zusätzliche Aspekte erweitert. Es werden nun auch psychiatrische Komorbiditäten wie Trauma, Missbrauch oder Schizophrenie sowie suchtbetragene Infektionskrankheiten intensiver bearbeitet. Zu diesen Themen werden Patientinnen und Patienten und ihre Angehörige beraten, im Anlassfall auch behandelt (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2009b). Suchterkrankung und psychiatrische Komorbidität sind auch weiterhin Themen bei Veranstaltungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfe (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c; Hörhan, persönliche Mitteilung).

Interventionen und Maßnahmen, die auf allgemeine **gesundheitliche Aspekte** der Drogenkonsumierenden abzielen, sind in allen Betreuungs- und Behandlungsbereichen der Drogenhilfe integriert und je nach Setting ausgerichtet. Vor allem im niederschweligen Bereich umfasst dieses Angebot u. a. auch Wundversorgung, Gesundheitsinformationen oder Hygienearbeit. Aufgrund der speziellen Klientel spielten z. B. im Ganslwirt Notfallshilfe wie Krisenintervention und Observationen eine besondere Rolle. Generell steht das Thema Gesundheit/Krankheit in diesem Setting im Vordergrund. Diese Einrichtungen bieten zudem Sprech-

stunden von (Fach-)Ärztinnen und Ärzten an. Die medizinischen Leistungen umfassen die Feststellung des Infektionsstatus, Impfungen, Harnkontrollen und Schwangerschaftstests, aber auch medizinische Beratung und Behandlung (vgl. VWS 2009a; Kontaktladen 2009; Substanz 2009).

Das Projekt „Beyond the line“ wurde für die oftmals sozial integrierte, aber schwer erreichbare Gruppe der Kokain-Konsumierenden konzipiert (vgl. Kap. 5.2). Diese zeichnet sich durch eine hohe psychiatrische Komorbidität (Angststörungen, depressive Störungen) und spezifische gesundheitliche Probleme aus (Tachykardie-Neigung, fixierte arterielle Hypertonie). Das Angebot beinhaltet medizinische (somatische und psychopathologische) Abklärung und psychosoziale Beratung. Nötigenfalls werden Begleiterkrankungen akut behandelt bzw. in eine weiterführende fachärztliche Begutachtung und Therapie übergeleitet (Dialog 2009).

Spezifische gesundheitsfördernde Angebote für Frauen sind weiterhin fixer Bestandteil der niederschweligen Drogenhilfe (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c). Die Angebote umfassen Beratung und Unterstützung hinsichtlich frauenspezifischer Themen (z. B. Beschaffungsprostitution, Gewalterfahrungen), die meist in einem klar abgegrenzten Setting stattfinden. Die neu konzeptualisierte Anlaufstelle von streetwork (Wien) bzw. auch Substanz (OÖ) bieten z. B. regelmäßige Frauencafés an. Auch gynäkologische Sprechstunden werden oftmals in Zusammenarbeit mit Fachärztinnen und -ärzten in den Einrichtungen angeboten (z. B. Kontaktladen, Ganslwirt). Ein zentraler Fokus liegt auf umfassender Betreuung von schwangeren Drogenkonsumentinnen und ihren Kindern. War der Zugang zu diesem Problemfeld zunächst hauptsächlich medizinisch ausgerichtet, so werden inzwischen nicht nur andere Berufsgruppen, sondern auch andere Institutionen in ein Betreuungskonzept mit einbezogen. In Wien kooperieren rund um dieses Querschnittsthema Krankenhäuser mit der Sozialarbeit im AKH (DSA im AKH), mit dem Spitalsverbindungsdienst CONTACT und in weiterer Folge auch mit dem Amt für Jugend und Familie (MAG ELF). Ziel ist es, im Rahmen eines Betreuungsnetzwerks die Betreuung von Eltern und Kind während der stationären Entzugsbehandlung des Kindes zu optimieren, die Mutter-Kind-Beziehung zu stärken und eine ambulante Betreuung nach dem stationären Aufenthalt zu gewährleisten. Beratungsstellen übernehmen die als Auflage der MAG ELF geforderte regelmäßige Betreuung der substanzabhängigen Mütter. Diese Auflagen beinhalten diverse entwicklungsdiagnostische und -fördernde Maßnahmen und Therapien für das Kind. Die Arbeit mit den Müttern dreht sich umfassend um das Thema „Leben mit einem Kind“. Der beschriebenen einrichtungsübergreifenden Betreuung liegt ein regelmäßig stattfindendes Netzwerktreffen zugrunde, bei dem die Angebots- und Kooperationsstruktur weiterhin optimiert wird (vgl. Kap. 5.2; Sucht- und Drogenkoordination 2009b; Dialog 2009).

MDA basecamp berichtet, dass in 59 Prozent aller Online-Anfragen um Beratung und Hilfe im Sinne von Unterstützung und Entlastung angefragt bzw. in 21 Prozent der Anfragen medizinische Informationen gewünscht wurden. Schon im Jahr 2007 wurde bei den Anfragen ein Anstieg beim Thema Opiate erkennbar, der sich auch im Berichtsjahr mit 21 Prozent der Anfragen fortgesetzt hat. 24 Prozent der Anfragen betraf Cannabis (vgl. Kap. 4.2; MDA basecamp 2009).

Die Pflege suchtkranker Patientinnen und Patienten wird zunehmend Thema. Das API bietet ab Herbst 2009 einen Lehrgang zur Pflege bei Suchterkrankungen an, in dem u. a. Basis-

wissen zu Sucht, aber auch Wissen zu Pflegeinterventionen bei Entzug und Entwöhnung, Grundprinzipien im Umgang mit Suchtkranken, Gesundheits- und Ressourcenorientierung in der Suchtkrankenpflege und Pflege bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen und psychiatrischer Komorbidität vermittelt wird.<sup>40</sup> Auch der Spitalsverbindungsdienst CONTACT (Wien) führt seit einigen Jahren für das Wiener Krankenhauspersonal Fortbildungen und Einzelgespräche durch, in denen auf die spezifische Pflegesituation von suchtkranken Patientinnen und Patienten eingegangen wird (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c).

---

<sup>40</sup> [www.api.or.at](http://www.api.or.at)

## 8 Soziale Zusammenhänge und soziale Reintegration

Als Quellen für das vorliegende Kapitel standen im Wesentlichen das österreichische Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe (DOKLI), Jahresberichte von Einrichtungen der Suchthilfe und ähnlicher Institutionen sowie Informationen der Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder zur Verfügung.

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

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

### 8.1 Soziale Problemlagen und Drogengebrauch

Betrachtet man den Klientinnen- und Klientenjahrgang 2008 des österreichischen DOKLI (vgl. Kap. 5.3), so zeigt sich, dass der Anteil der Erwerbstätigen im stationären Bereich (13 %) weiterhin am geringsten ist (2007: 10 %). Hier geben auch die meisten Personen an, arbeitslos zu sein (2008: 44 %, 2007: 49 %; 2006: 45 %). Besonders im Bereich der längerfristigen ambulanten Betreuung sind wesentlich weniger Frauen als Männer erwerbstätig (Frauen: 28 %, Männer: 36 %). Während Arbeitslosigkeit von Frauen weitaus seltener genannt wird, beziehen sie öfter Sozialhilfe als Männer (vgl. Tab. A18 im Anhang A). Im Rahmen von DOKLI erfasste Personen in niederschwelliger Begleitung gaben im Schnitt zu 48 Prozent (2007: 51 %) an, in einer gesicherten Wohnsituation zu leben. Aus der Gruppe der längerfristig betreuten Personen geben dagegen weiterhin etwa 90 Prozent diese Wohnsituation an (vgl. Tab. A20 im Anhang A). Hinsichtlich höchster abgeschlossener Schulbildung gaben die über 19-jährigen Klientinnen und Klienten der österreichischen Drogenbetreuungseinrichtungen zu etwa zwei Drittel einen Pflichtschulabschluss an. Eine Lehrabschlussprüfung zu besitzen gaben etwa ein Fünftel der Frauen und etwa ein Viertel der Männer an. Frauen sind hingegen in den Kategorien „Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule“ bzw. „AHS und BHS“ stärker vertreten (GÖG/ÖBIG 2009a).

Weiterhin ist die soziale Situation der vom österreichischen Drogenhilfssystem erfassten Personen relativ zur Gesamtgesellschaft eindeutig schlechter (Wohnsituation, Schulbildung, Erwerbstätigkeit und Einkommen). Daraus folgt aber keineswegs, dass eine Drogenproblematik in erster Linie bei sozial Benachteiligten auftritt. Es bedeutet zunächst nur, dass diese



Gruppe eher vom Drogenhilfssystem erfasst wird als Personen, die (noch) über soziale und finanzielle Ressourcen verfügen (vgl. Kap. 5.3).

Informationen zu Drogengebrauch bzw. zu Suchtgefährdung unter sozial benachteiligten oder ausgeschlossenen Gruppen liefert die Diplomarbeit von Pajkovic (2008)<sup>41</sup>. Die Arbeit beschreibt, dass Personen im Rahmen der Migration mit erheblichen Belastungsfaktoren wie z. B. Identitätskrisen, eingeschränktem Mitbestimmungsrecht, schlechten Wohn-, Arbeits- und Bildungssituationen etc. konfrontiert sind. Dadurch sind besonders Jugendliche und junge Erwachsene erheblichen Risiken in Bezug auf Drogenkonsum ausgesetzt. Bezüglich der Inanspruchnahme von Suchthilfe-Einrichtungen existieren Barrieren, die einerseits Hemmschwellen vonseiten der Klientinnen und Klienten und andererseits Zugangsbarrieren vonseiten der Einrichtungen darstellen (vgl. auch Kap. 5.2).

Bei der Wiener BerufsBörse (WBB) fiel im Jahr 2008 der starke Anstieg von aktiven Zuweisungen durch die Beraterinnen und Berater des AMS auf. Auch die Anzahl der Jugendlichen, die vom AMS für Jugendliche betreut werden, hat sich im Vergleich zu 2007 (von etwas über 40 auf 138 Personen) verdreifacht. Hauptbetreuungsgrund ist mit wenigen Ausnahmen eine Drogenproblematik. In dieser Personengruppe betrug der Frauenanteil 58 Prozent, während dieser Anteil in der gesamten Klientel der WBB bei 27 Prozent lag. Die Hälfte der Gesamtklientel wies eine Dauer der Arbeitslosigkeit von mehr als zwei Jahren auf, und bei fast zwei Dritteln waren Drogen der Hauptbetreuungsgrund (Wiener BerufsBörse 2009).

## 8.2 Soziale (Re-)Integration

Im Zusammenhang mit **Ausbildung und Arbeit** ermöglicht das Arbeitsmarktservice (AMS) seit Anfang 2009 den Eintritt von Personen mit Suchterkrankungen in sozialökonomische Betriebe auch ohne den Status Langzeitbeschäftigungslos (LZBL). Dies erleichtert insbesondere Klientinnen und Klienten nach einer stationären Therapie den direkten Einstieg in den erweiterten Arbeitsmarkt mit dem Ziel, später auch den Übertritt in den Regelarbeitsmarkt zu schaffen (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2009b). Eine mögliche (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt gestaltet sich besonders für ältere Drogenkonsumierende schwierig (vgl. dazu auch 12.3).

Ein wienweites Konzept zur Reintegration von Suchtkranken wird seit Jänner 2008 umgesetzt, dessen Ziel eine bedarfsgerechte Betreuung der Wiener Suchtkranken und eine bessere Vernetzung aller Beteiligten ist. Dabei werden Klientinnen und Klienten zur Diagnose der Arbeits(un)fähigkeit dem Institut für Suchtdiagnostik (ISD) zugewiesen. Diese Zuweisung erfolgt durch das berufliche Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ) im Rahmen eines von der EU geförderten Projektes zur Reintegration von Suchtkranken in den Arbeitsmarkt. Die für die betroffenen Klientinnen und Klienten durchgeführte Diagnostik beinhaltet sozialarbeiterische, psychologische und fachärztliche Teile und führt zu einer suchtspezifischen Stellungnahme und einer Empfehlung betreffend Folgemaßnahmen.

---

<sup>41</sup> Dabei wurden Literaturrecherchen durchgeführt sowie Personen über 5 Monate hinweg begleitet und interviewt.

Dagegen wird von Spirig et al. (2009) berichtet, dass betroffene Drogenkonsumierende aufgrund zahlreicher Unterbrechungen oder des Fehlens von Berufskarrieren oft keinen Anspruch auf Leistungen der Arbeitslosenversicherung geltend machen können. Die Problematik wird beispielsweise durch die Einstufungspraxis des AMS noch verschärft. Die finanzielle Bedürftigkeit von (Langzeit-)Arbeitslosen ist in Österreich durch das Arbeitslosengeld bzw. durch die Notstandshilfe abgedeckt. Voraussetzung für den Bezug von Arbeitslosengeld bzw. von der Notstandshilfe ist unter anderem die Arbeitswilligkeit und -fähigkeit, d. h., die Betroffenen müssen „dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen“ und zumutbare Beschäftigungen annehmen. Laut Spirig et al. (2009) ist beim AMS in Wien zu beobachten, dass Drogenkonsumierende tendenziell als arbeitsunfähig eingestuft werden. Im Zuge dieses administrativen Weges werden sie vom Bezug des Arbeitslosengelds bzw. der Notstandshilfe ausgeschlossen und der Zuständigkeit der Sozialhilfe überlassen. Auch bei gegebener Unterstützung durch die Sozialhilfe ist nicht gewährleistet, dass die Versorgung älterer Drogenkonsumierender ihren Bedürfnissen entspricht (z. B. nicht vollständige Deckung der Pflegeleistungen).

Im Jahr 2008 gelang es dem sozialökonomischen Betrieb gabarage, Kooperationen im Bereich Corporate Social Responsibility (CSR) mit namhaften Unternehmen wie Fernwärme Wien, Fest, TILAK oder Knauf aufzubauen. Die Entwicklung der Einnahmen zeigt von 2006 bis 2008 eine Erhöhung um 66 Prozent auf 120.649 Euro und spiegelt deutlich den Erfolg von gabarage wider (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2009b).

Da es bei regelmäßigem Substanzmissbrauch häufig zu Defiziten der kognitiven Fähigkeiten kommt, wurde von der Einrichtung Dialog (Wien) ein kognitives Training initiiert. Im Rahmen des Projekts Standfest (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c) bietet der Verein Dialog ein vierwöchiges Training der sozialen Kompetenzen an, das in einem tagesstrukturierenden Gruppensetting der Vernetzung dient und anregt, Neues auszuprobieren. Besonders die neu etablierten und fortlaufenden Angebote des Gedächtnistrainings „Use it or lose it“ sowie die Freizeit- und Gesundheitsgruppe sind als Reaktion auf reale Bedürfnisse zu sehen (Dialog 2009).

In Vorarlberg wird von der Caritas unter anderem das Projekt Startbahn – ein niederschwelliges Angebot für Jugendliche zwischen 15 und 25 Jahren – betrieben, bei dem 14 Jugendliche gleichzeitig nach dem Tagelöhnerprinzip arbeiten können (Entlohnung am Ende des Arbeitstages). Erfreulich hoch ist dabei die Anzahl von Jugendlichen, die in eine Lehre, an Firmen oder Ausbildungsplätze vermittelt werden können. Das ebenfalls von der Caritas betriebene Projekt Kompass bietet Arbeitssuchenden Coaching mit dem Ziel der Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Das Projekt wurde 2008 von 167 Menschen in Anspruch genommen (Caritas Vorarlberg 2009).

In Graz wurde 2009 das Projekt Offline – ein Beschäftigungsprojekt für suchtkranke Menschen – gestartet. Das Projekt der Santner Privatstiftung wird von der Caritas Diözese Graz-Seckau im Auftrag der Stiftung durchgeführt und bietet ein individuell gestaltetes niederschwelliges Arbeitsangebot und Arbeitsumfeld für langzeitbeschäftigungslose, suchtkranke Menschen. Ziele sind die Wiedererlangung sozialer und arbeitsmarktrelevanter Fähigkeiten wie z. B. Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit etc. und eine nachhaltige Stabilisierung der Klientinnen und Klienten. Die Arbeitszeiten im Rahmen des Projekts berücksichtigen das Konsumverhalten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die legal beschäftigt sein müssen bzw. zumindest über eine Arbeitserlaubnis verfügen. Teilnehmen können Klientinnen und Klienten

des Aloisianums nach der Stabilisierungsphase und des Kontaktladens sowie Personen, die unabhängig von diesen beiden Einrichtungen auf eigene Initiative ihr Interesse anmelden und bei denen eine Suchtproblematik vorliegt (Caritas Diözese Graz-Seckau 2009).

In Niederösterreich (NÖ) wird derzeit an der Entwicklung eines gemeinsamen Projekts zwischen Suchtkoordination und AMS NÖ gearbeitet, um ehemalige Suchtkranke besser in den Arbeitsmarkt einbinden zu können (Hörhan, persönliche Mitteilung).

Im Jahr 2008 startete das neue Konzept „Therapiebegleitende Ausbildung“ des Vereins Grüner Kreis, in dessen Rahmen im Seminarhotel „Grüner Kreis“ in Mönichkirchen eine Ausbildung zur Cateringexpertin bzw. zum Cateringexperten absolviert werden kann. Dabei wird durch die Zusammenarbeit des Vereins Grüner Kreis mit dem International College of Tourism and Management (ITM) und der Hotelfachschule Semmering sowie dem AMS NÖ eine fundierte und anerkannte Ausbildung geboten. Der Lehrgang ist therapiebegleitend, dient der beruflichen Qualifikation der Patientinnen und Patienten und soll die Möglichkeiten für den beruflichen Wiedereinstieg erweitern. Die Ausbildung wurde im Jahr 2008 von neun Personen abgeschlossen (Grüner Kreis 2009a).

Eine Katamnesebefragung<sup>42</sup> (Klientinnen und Klienten des Jahrgangs 2007; vgl. auch Kap. 5.2) der Therapiestation Carina zeigte, dass ein Jahr nach Ende der Therapie 56 Prozent der Befragten angaben, einer regulären Erwerbstätigkeit nachzugehen. Die Erwerbsquote vor Therapieantritt hatte lediglich 12 Prozent betragen. Dabei sind die Berufsfelder breit gestreut und umfassen auch qualifizierte Arbeitsbereiche mit entsprechenden Ausbildungserfordernissen (Stiftung Maria Ebene 2009c).

Laut DOKLI-Bericht (GÖG/ÖBIG 2009a) und wie in Kapitel 8.1 berichtet, lebt fast die Hälfte der in niederschwelliger Betreuung befindlichen Personen in einer unsicheren Wohnsituation<sup>43</sup>, womit Angeboten zum Thema **Wohnen** besondere Bedeutung zukommt. In Wien wurde der zwischen SDW und der Wieder Wohnen GmbH eingerichtete Liaisondienst Konnex fortgesetzt. Dabei wurden im Herbst 2008 die Leistungen von Konnex für die gesamte Wiener Wohnungslosenhilfe in Form von Einzelveranstaltungen oder Einzelanfragen ausgeweitet und nach einer positiven Evaluation in den Regelbetrieb übernommen (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2009a und 2009b; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2008c).

In Vorarlberg sind Suchtarbeit und Wohnungslosenhilfe seit 2008 Caritas-intern zu einem Fachbereich zusammengefasst, wodurch Ideen und Kräfte besser vernetzt werden können. In der Statistik der von der Caritas Vorarlberg betriebenen Notschlafstelle macht sich tendenziell ein Rückgang bemerkbar, was als Erfolg des präventiven Ansatzes der Arbeit gewertet wird. Dabei gelingt es häufig, durch ambulante Begleitung Wohnraum nachhaltig zu sichern (Caritas Vorarlberg 2009).

---

<sup>42</sup> Die Katamnesebefragung erfolgte ein Jahr nach Therapieabschluss mittels Telefoninterview. Von 54 Personen, die ihre Therapie im Jahr 2007 erfolgreich abgeschlossen oder abgebrochen haben, konnten 25 befragt werden.

<sup>43</sup> Dagegen geben weiterhin etwa 90 Prozent aus der Gruppe der längerfristig betreuten an. Bei der Interpretation der Angaben zur Wohnsituation ist aber zu beachten, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B. wenn die Klientin oder der Klient aufgrund ihrer/seiner Suchterkrankung mangels anderer Alternativen bei den Eltern wohnt).

In Klagenfurt steht im „Eggerheim“ des Kärntner Caritasverbandes eine Notschlafstelle – auch für Personen mit Drogenabhängigkeit – zur Verfügung. Im Jahr 2008 haben 14 Personen von dem Angebot Gebrauch gemacht und insgesamt 2.618-mal dort genächtigt. Zusätzlich haben sieben Personen (2.562 Nächtigungen), die allein nicht wohnfähig waren, ganzjährig in dieser Betreuungseinrichtung gewohnt. Das Angebot wurde in steigender Zahl von verhaltensauffälligen und verwahrlosten jungen Erwachsenen in Anspruch genommen (Kärntner Caritasverband 2009).

## 9 Drogenbezogene Kriminalität, deren Prävention und Drogengebrauch im Gefängnis

Datenquellen für das vorliegende Kapitel lieferten das Bundesministerium für Justiz und die gerichtliche Kriminalstatistik bei der Statistik Austria. Weitere Informationen entstammen einem Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Justiz zur Substitutionsbehandlung in der Haft, Jahresberichten der Einrichtungen der Drogenhilfe sowie Angaben der Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder. Eine ausführliche Darstellung der am 1. Jänner 2008 in Kraft getretenen Novellierung des Suchtmittelgesetzes und der damit verbundenen Änderungen kann dem vorjährigen Bericht (GÖG/ÖBIG 2008c) entnommen werden.

Wie bereits in den Vorjahren ausgeführt und auch vom zuständigen Ressort betont (BMI 2009), erlaubt die Anzeigenstatistik aber nur bedingt Rückschlüsse auf die Entwicklung von Konsum und Missbrauch illegaler Drogen, da sie in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden widerspiegelt.

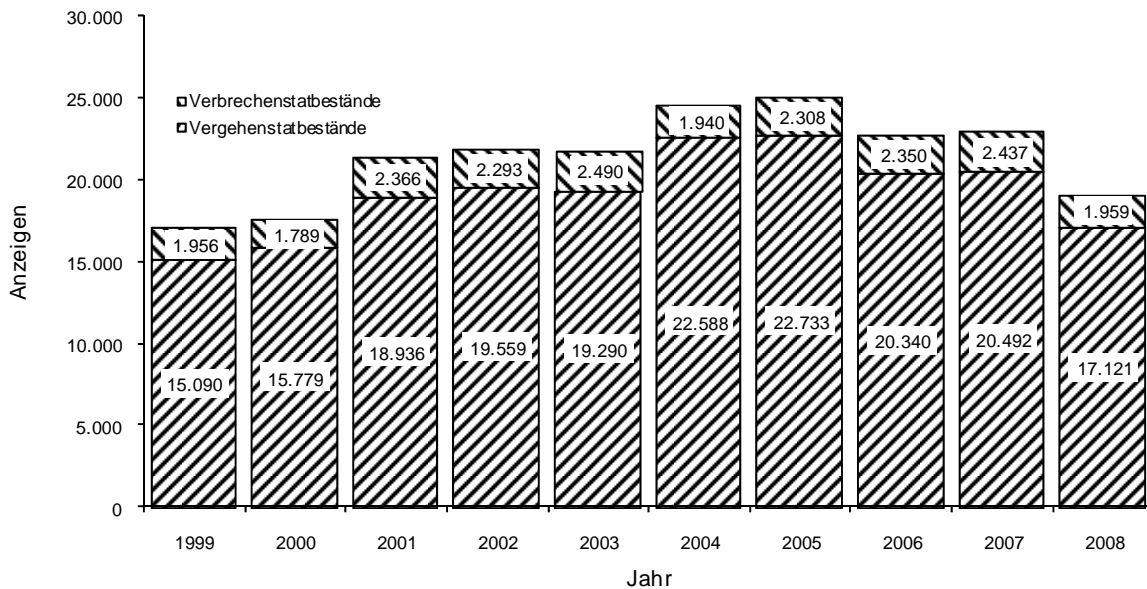
Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) ist 2008 im Vergleich zum Vorjahr stark gesunken. Bei den SMG-spezifischen Verurteilungen nach Vergehenstatbeständen (§ 27) ist ein starker Rückgang gegenüber dem Vergleichszeitraum zu beobachten. Die Zahl der Verurteilungen nach Verbrechenstatbeständen (§ 28) hat gegenüber 2007 nur leicht abgenommen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass im vorliegenden Bericht sämtliche Anzeigen nach dem Straftatbeständen §§ 28 SMG bzw. 28a SMG als „Verbrechen“ bezeichnet werden, Anzeigen nach § 27 als „Vergehen“.

### 9.1 Drogenbezogene Kriminalität

Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) betrug 2008 20.043 (2007: 24.166; vgl. auch Tab. A4 im Anhang A und ST11) und ist damit im Vergleich zu den beiden Vorjahren wesentlich gesunken. Insgesamt 19.080 Anzeigen (2007: 22.929) bezogen sich auf Suchtgifte, der Rest auf psychotrope Stoffe. Differenziert man nach der Art der Anzeige (vgl. Abb. 9.1), so kam es 2008 im Vergleich zu 2007 zu einem deutlichen Rückgang der Anzeigen sowohl bei den Vergehens- (Unerlaubter Umgang mit Suchtgift – § 27 SMG) als auch bei den Verbrechenstatbeständen (Vorbereitung von Suchtgifthandel – § 28 SMG bzw. Suchtgifthandel – § 28a SMG). Damit hat sich die Zahl der Anzeigen bei Verbrechenstatbeständen ebenso wie jene bei Vergehenstatbeständen im Berichtsjahr im Vergleich zum Vorjahr um etwa 20 Prozent verringert (vgl. Kap. 1.1).

Unterscheidet man nach involvierten Substanzen (vgl. Tab. A6 im Anhang A und ST11), so fanden sich im Vergleich zum Vorjahr Rückgänge bei allen Anzeigenzahlen, die bezüglich Cannabis besonders gravierend waren (vgl. Abb. 9.2). Ausführliche Angaben zu Anzeigen im Zusammenhang mit Cannabis können Kapitel 11 des Berichts entnommen werden.

Abbildung 9.1: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen in Österreich, 1998–2008



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

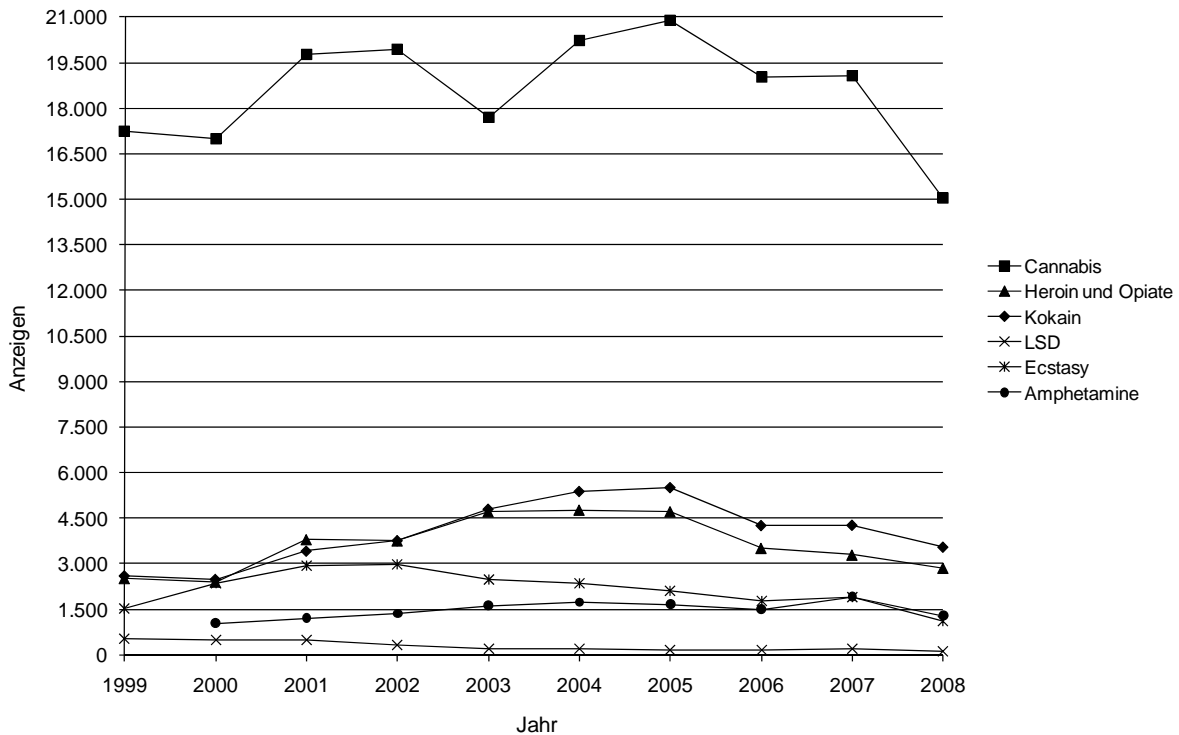
Quelle: BMI/.BK, GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Die Anzeigenzahlen auf Bundesländerebene zeigen im Vergleich zum Vorjahr die gleiche Entwicklung wie die Zahlen auf Bundesebene: In fast allen Bundesländern sind bei nahezu allen Substanzen die Anzeigenzahlen im Berichtsjahr zurückgegangen. Geringfügige Steigerungen zeigen sich lediglich im Burgenland bezüglich Kokain, in Salzburg und Tirol im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen und in Vorarlberg bei Heroin und Opiaten (vgl. Tab. A7 im Anhang A).

Den 20.043 Anzeigen standen im Jahr 2008 insgesamt 2.490 Festnahmen (2007: 3.195) im Zusammenhang mit Suchtmittelerhebungen gegenüber, wobei es zu Letzteren allerdings keine genaueren Aufschlüsselungen (Arten der Vergehen, Substanzen etc.) gibt.

Laut BMI/.BK sind die oben referierten Rückgänge auf Strukturermittlungen zurückzuführen, die zur gezielten Zerschlagung von Suchtgiftringen bei ähnlichen Sicherstellungsmengen wie in den Vorjahren und bei gleichzeitig verringerter Anzahl der Sicherstellungen geführt haben. Auch ist zu bedenken, dass durch die Fußball-Europameisterschaft 2008 Teile der Exekutive für Aufgaben im Rahmen dieses Events abgestellt waren.

Abbildung 9.2: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1999–2008

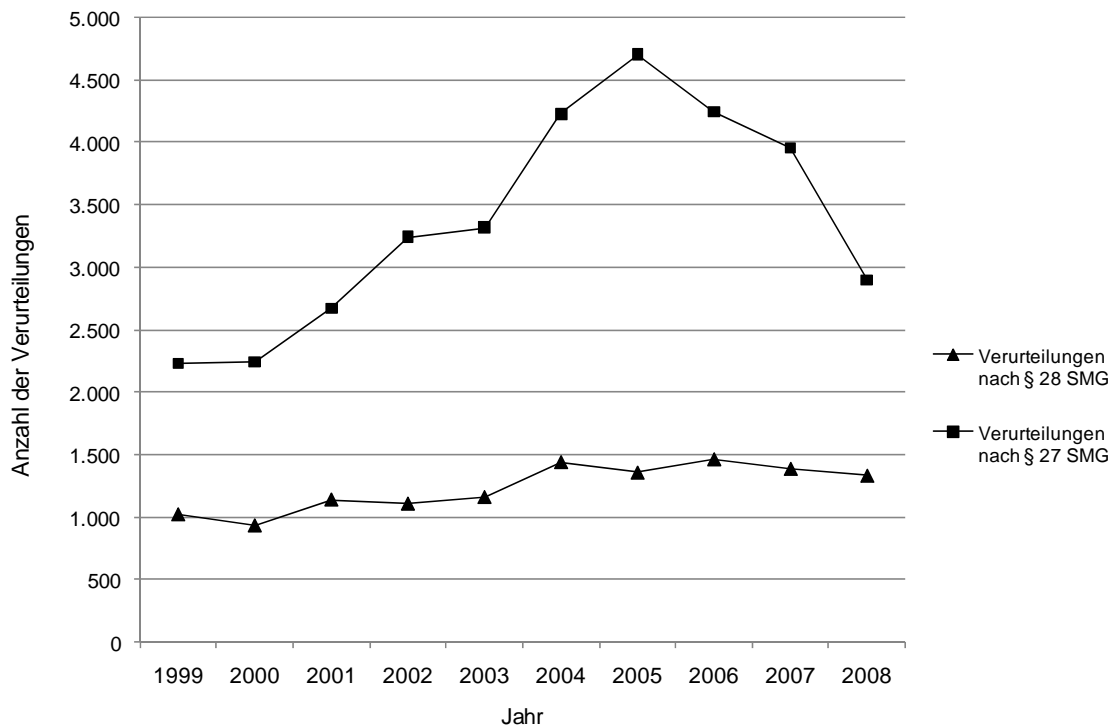


Quelle: BMI/.BK; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Nachfolgende Abbildung 9.3 sowie Tabelle A8 im Anhang A aus der Gerichtlichen Kriminalstatistik zeigen die Entwicklung der Anzahl der Verurteilungen nach § 27 und § 28 des Suchtmittelgesetzes in den letzten zehn Jahren. Im Vergleich zu den Vorjahren ist die Summe der Verurteilungen (n = 4.291) nach dem SMG im Jahr 2008 stark gesunken. Ebenfalls einen Rückgang weist die Zahl der unbedingten Freiheitsstrafen auf (n = 1.247). Mit der fortgesetzten Verringerung der Gesamtzahl der Verurteilungen nach dem SMG ist für 2008 wieder ein deutliches Sinken des Anteils dieser Verurteilungen an allen Verurteilungen zu erkennen. Obwohl im Einzelnen alle Werte gesunken sind, besteht mit 2.899 Fällen weiterhin ein deutlicher Überhang von Vergehen (§ 27 SMG) im Vergleich zu Verbrechen (§ 28 SMG) mit 1.332 Fällen. Während allerdings im Jahr 2007 der Anteil der Verbrechen 26 Prozent der Verurteilungen nach dem SMG ausgemacht hat, liegt er 2008 bei 31 Prozent.

Tabelle A10 im Anhang A gibt einen Überblick darüber, wie sich die Verurteilungen nach Alter und Grund der Verurteilung aufteilen. Dabei zeigt sich, dass die Werte für Jugendliche und Erwachsene im Vorjahr im Vergleich zu 2007 im Wesentlichen gesunken sind – entsprechend der oben dargestellten Entwicklung. Eine Steigerung zeigt sich allerdings bei den gegenüber Erwachsenen verhängten Geldstrafen und bedingten Freiheitsstrafen im Zusammenhang mit Verbrechen. Auch im Zusammenhang mit Vergehen ist eine Steigerung sonstiger Strafformen festzustellen.

Abbildung 9.3: Verurteilungen nach den §§ 27 und 28 des Suchtmittelgesetzes in Österreich 1999 bis 2008



Bis 2007: § 28 SMG = Handel, Besitz etc. von großen Mengen von Suchtgift („professioneller Drogenhandel“)  
 § 27 SMG = Handel, Besitz etc. von kleinen Mengen von Suchtgift

Ab 2008: § 27 SMG = Unerlaubter Umgang mit Suchtgift  
 § 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel  
 § 28a SMG = Suchtgifthandel

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

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

71 Prozent aller Verurteilten (2007: 67 %; 2006: 66 %) erhielten Freiheitsstrafen, wobei der Anteil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen 45 Prozent betrug (2007: 47 %; 2006: 44 %) und damit im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken ist. Der Anteil der Jugendlichen, die zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden, beträgt 3,1 Prozent (2007: 3,4 %); zu einer bedingten Freiheitsstrafe wurden 2,1 Prozent (2007: 2,2 %) verurteilt.

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

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

## 9.2 Prävention von drogenbezogener Kriminalität

Neben einer Reihe von präventiven Einzelinitiativen auf Länder- und Einrichtungsebene gewinnen Maßnahmen zur Erhöhung von Sicherheitsgefühl und Wohlbefinden im öffentlichen Raum zunehmend an Bedeutung. So wurde das im vorjährigen Bericht ausführlich darge-



stellte Projekt SAM 9 im Herbst 2008 extern vom Institut für Konfliktforschung mit positivem Ergebnis evaluiert (vgl. dazu GÖG/ÖBIG 2008c).

Im Zusammenhang mit dem ab 2010 geplanten Umbau des Wiener Karlsplatzes wurde die Arbeitsgruppe „Zukunftsperspektiven Karlsplatz – Entwicklung von Lösungsansätzen“ eingerichtet. Sie soll Verbesserungsvorschläge dahingehend entwickeln, wie der Bereich des Karlsplatzes entlastet und die Klientinnen und Klienten vermehrt in das Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk integriert werden können (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2009b).

Im Oktober 2008 haben die Stadt Wien und der Verein Wiener Sozialprojekte die Broschüre „Derf i des?“ zur Förderung eines verträglichen Miteinanders im öffentlichen Raum herausgegeben. Die Broschüre wendet sich an Menschen, die sich vermehrt im öffentlichen Raum aufhalten und oft nicht wissen, was dort erlaubt ist und was nicht. Daraus können Konflikte unter den unterschiedlichen Nutzerinnen und Nutzern dieses Raumes entstehen. Die Broschüre gibt Auskunft über Rechte und Pflichten im öffentlichen Raum und liegt mittlerweile in neun Fremdsprachen auf (VWS 2009a).

Im Herbst 2008 wurde das Europäische Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung von der Sucht- und Drogenkoordination beauftragt, eine sozialwissenschaftliche Studie „Suchtkranke im öffentlichen Raum“ durchzuführen. Sie soll eine fundierte Grundlage darüber liefern, inwieweit suchtkranke Personen, die sich im öffentlichen Raum aufhalten, in das Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk integriert sind und ob diesbezüglich neue Maßnahmen konzipiert werden müssen. Die Fertigstellung der Studie ist für Herbst 2009 geplant (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2009b).

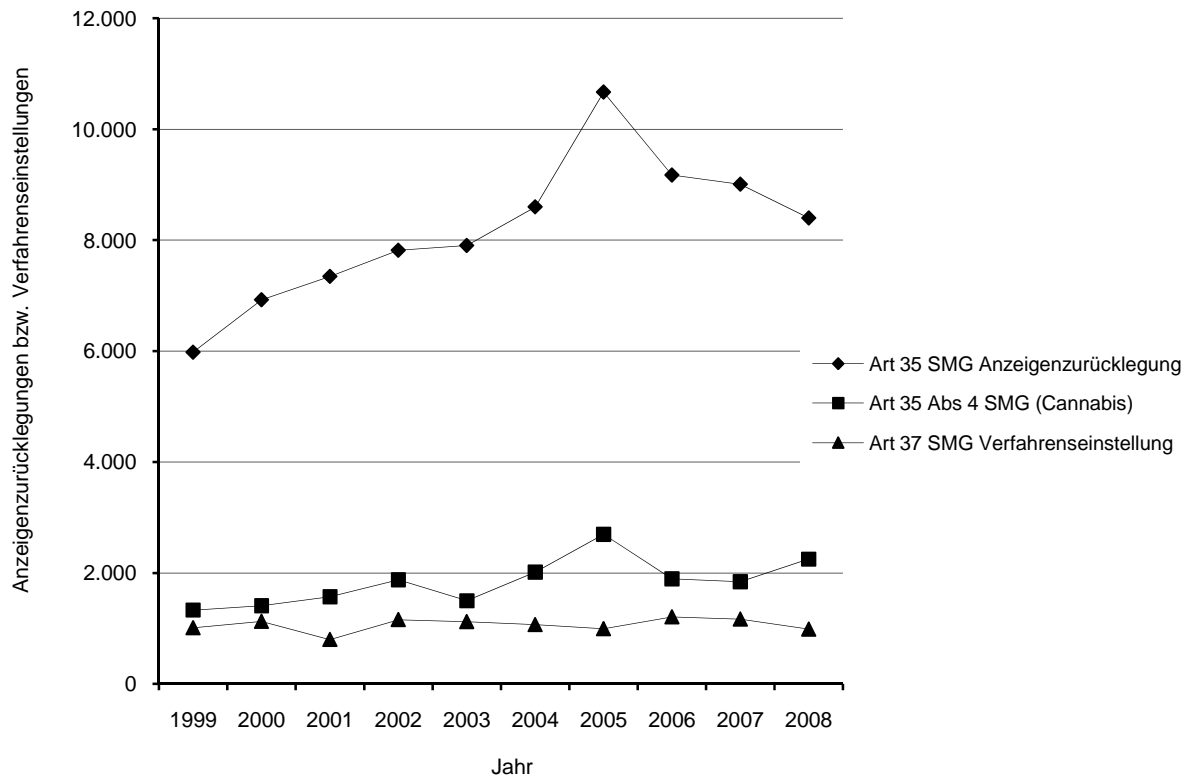
### **9.3 Interventionen im System der Strafjustiz**

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

Im Zusammenhang mit der Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen liegen Informationen zur Anwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Alternativen zur Bestrafung vor (vgl. dazu ausführlich ÖBIG 2004). Ergänzend zu den Verurteilungen (vgl. dazu Kapitel 9.1) werden in Abbildung 9.4 und in Tab. A10 im Anhang A die Daten bezüglich der vorläufigen (probeweisen) Anzeigenzurücklegungen (§ 35 SMG) und Verfahrenseinstellungen (§ 37 SMG) dargestellt.

Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass seit 2005 ein Rückgang der Anzeigenzurücklegungen und seit 2006 auch der Verfahrenseinstellungen stattgefunden hat. Lediglich bei Cannabis ist es nach einem Rückgang von 2005 bis 2007 zu einem Anstieg der Anzeigenzurücklegungen gekommen. Weitere Informationen bezüglich rechtskräftig nach dem SMG verurteilter Personen für 2008 – nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe – können Tabelle A9 im Anhang A entnommen werden.

Abbildung 9.4: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1999 bis 2008



Bis 2007: § 35 SMG = Vorläufige Zurücklegung der Anzeige durch die Staatsanwaltschaft  
 § 35 (4) SMG = Vorläufige Zurücklegung der Anzeige bei Eigengebrauch von geringen Mengen Cannabis  
 § 37 SMG = Vorläufige Einstellung des Strafverfahrens durch das Gericht

Ab 2008: § 35 SMG = Vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft  
 § 35 (4) SMG = Vorläufige Zurücklegung der Anzeige bei Eigengebrauch von geringen Mengen Cannabis  
 § 37 SMG = Vorläufige Einstellung des Strafverfahrens durch das Gericht

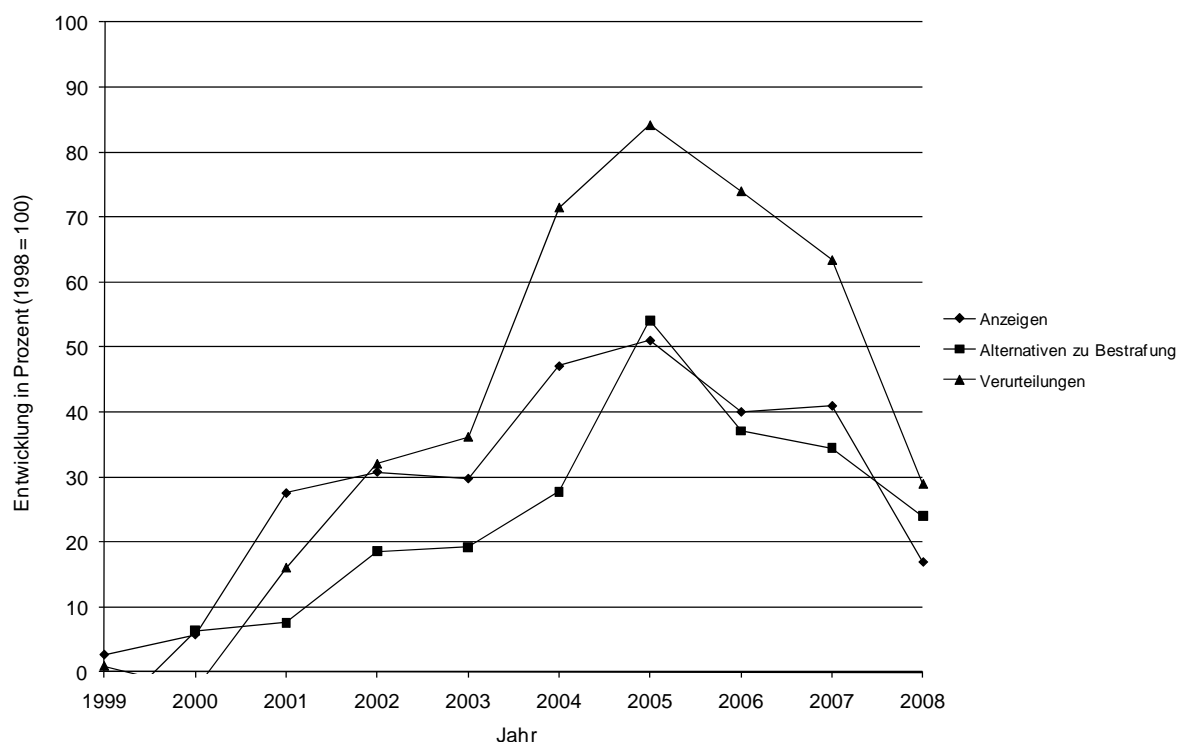
Anmerkung: Daten zu § 39 SMG (Aufschub des Strafvollzugs – „Therapie statt Strafe“) sind derzeit nicht verfügbar.

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

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

Interessant ist ein Vergleich der Entwicklung von Anzeigen, Verurteilungen sowie der Anwendung von Alternativen zur Bestrafung. Basierend auf einem Index, der auf hundert Prozent im Jahr 1998 – dem Jahr des Inkrafttretens des SMG – festgelegt wurde, zeigt Abbildung 9.5, dass im Analysezeitraum 1999 bis 2005 die Verurteilungen anteilmäßig am stärksten gestiegen sind. Ab dem Jahr 2007 kommt es bei Anzeigen und Verurteilungen zu einem anteilmäßig gleichen Rückgang, während die Anwendung der Alternativen zur Bestrafung einen leichten Anstieg zeigt.

Abbildung 9.5: Vergleichende, indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1999–2008



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

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

Seit 2008 haben Jugendliche die Möglichkeit, bei der Drogenberatung des Z6 eine bestehende gerichtliche Auflage durch die Teilnahme am Projekt „Walk About“ zu erfüllen. Das Projekt ist ein Angebot der sekundären Suchtprävention für Jugendliche im Alter von 14 bis 22 Jahren mit bereits auffälligem Drogenkonsum. Im Rahmen des Projekts wird eine mindestens dreitägige Aktion mit einer Gruppe von vier bis sechs Jugendlichen gemeinsam geplant, durchgeführt und reflektiert. Durch diese Form sind ein intensiverer Kontakt zu den Jugendlichen, der schnellere Aufbau einer Vertrauensbasis und eine Einbindung des Freundeskreises möglich. Es können Erfahrungen ohne Drogen gesammelt, alternative Handlungsmuster entwickelt, gruppenspezifische Prozesse sichtbar gemacht und Selbstwahrnehmung, Selbstwert sowie Eigenreflexion gefördert werden. Voraussetzungen für die Teilnahme an „Walk About“, das anstelle der üblichen gesundheitsbezogenen Maßnahmen zur Anwendung kommt, sind einerseits eine stabile Lebenssituation sowie die freiwillige Entscheidung der Klientin bzw. des Klienten für diese Form der gesundheitsbezogenen Maßnahme. Andererseits ist es notwendig, dass keine Suchterkrankung sowie keine psychische Erkrankung vorliegen. Die Gesamtzeit dieser Form der gesundheitsbezogenen Maßnahme sollte vier bis sechs Monate dauern und mindestens fünf Kontakte (inkl. Aktion) beinhalten (Kern, persönliche Mitteilung, Z6 2008).

Das Schweizer Haus Hadersdorf berichtet in seiner Festschrift, die anlässlich des zehnjährigen Bestehens herausgegeben wurde, dass sich durch das Konzept, Substitution auch im stationären Bereich zu ermöglichen, viele Patientinnen und Patienten mit einer gerichtlichen

Weisung gemäß § 39 SMG nach dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“ im Schweizer Haus einfanden. Gerade in diesem Bereich finden sich Drogenabhängige in Substitutionsbehandlung, für die es sonst keine stationären Angebote gab, und so haben heute mehr als drei Viertel der Patientinnen und Patienten den Bund (Gerichte) als Kostenträger (Schweizer Haus Hadersdorf 2009).

## 9.4 (Problematischer) Drogenkonsum in Haft

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

## 9.5 Drogenbezogene gesundheitliche Maßnahmen während der Haft

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

Die unter der Leitung von Gegenbauer et al. (2008) durchgeführte Untersuchung<sup>44</sup> stellt eine repräsentative Darstellung des österreichischen Strafvollzugs dar, nachdem im Rahmen der vorangegangenen Projektphase Insassen und Mitarbeiter/innen in nur drei Justizanstalten im Wiener Raum befragt worden waren. Ziel der Studie war, die Auswirkungen von Substitutionsbehandlung auf drogenabhängige Insassen sowie auf das Gefängnis als Organisation im österreichischen Strafvollzug in der Wahrnehmung der Betroffenen und Beteiligten zu untersuchen. Gleichzeitig sollte die gemeinsame sowie unterschiedliche Praxis hinsichtlich Substitution in den teilnehmenden Justizanstalten aufgezeigt werden.

Die Befragung der Insassen fand in Gruppen von zehn bis zwölf Personen mit einer Interviewerin unter Wahrung der Anonymität statt, wobei die Bögen eigenständig ausgefüllt wurden und die Interviewerin für allfällige Fragen zur Verfügung stand. Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Befragung waren ein Mindestalter von 18 Jahren, das Verbüßen einer Freiheitsstrafe im geschlossenen Vollzug oder der Aufenthalt in Untersuchungshaft sowie die Teilnahme an einem Substitutionsprogramm. Auch ausreichende Deutschkenntnisse mussten vorhanden sein. Zum Zeitpunkt der Befragung erhielten insgesamt 654 Insassen eine Substitutionsbehandlung, von denen sich 183 (28 %) an der Untersuchung beteiligten.

Die Ergebnisse der Studie unterscheiden sich stark sowohl zwischen befragtem Personal und Insassen als auch zwischen den teilnehmenden Justizanstalten, wobei die Insassen die Veränderungen infolge der Substitutionsbehandlung meist deutlich positiver einschätzen als die Bediensteten. Insgesamt sehen Insassen in der Erhaltungstherapie ein wirksames Mittel zur Verringerung des Drogenkonsums und des Drogenhandels im Gefängnis. Das mit dem

---

<sup>44</sup> Nachdem von 2005 bis 2007 ein Forschungsprojekt auf europäischer Ebene stattgefunden hatte, wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Justiz (BMJ) von November 2007 bis Jänner 2008 123 Mitarbeiter/innen (etwa ein Drittel weiblich) und 183 männliche Insassen von Justizanstalten befragt (Gegenhuber et al. 2008).

Konsum verbundene gesundheitsbezogene Risikoverhalten wie intravenöser Konsum oder das Teilen von Spritzen vermindert sich dadurch.

Unter anderem sehen die befragten Bediensteten merklich positive Veränderungen im Bereich des autoaggressiven Verhaltens und eine Verbesserung der körperlichen und psychologischen Verfassung der Insassen. Etwas mehr als ein Fünftel des befragten Personals gibt an, dass sich die allgemeine Arbeitsatmosphäre seit Einführung der Substitutionsbehandlung verbessert hat.

Bei der Untersuchung der Insassen fällt der hohe Prozentsatz an Personen auf, die eine über zehnjährige Haftstrafe verbüßen (mehr als ein Fünftel der Befragten). Die Gesamtrate des angegebenen intravenösen Konsums liegt bei fast 90 Prozent und ist damit außerordentlich hoch. Ein Viertel der Befragten hat die Substitutionsbehandlung erst während des derzeitigen Haftaufenthalts begonnen, wobei mehr als drei Viertel der Befragten angaben, dass es leicht war, im Gefängnis eine solche zu bekommen. Allerdings habe bei der letzten Substitutionsbehandlung vor dem Gefängnisaufenthalt mehr Mitspracherecht bei der Wahl des Mittels bestanden als im Gefängnis (84 % vs. 44 %).

Hinsichtlich der Unterschiede zwischen den Justizanstalten sind vor allem zwei Bereiche auffallend: Die Verwendung verschiedener Substitutionsmittel ist in den teilnehmenden Justizanstalten unterschiedlich geregelt, was zu Problemen bei einer Änderung des Strafvollzugsortes führen kann. Zum Zeitpunkt der Befragung wird in allen Anstalten Methadon zur Substitution verwendet, in elf von 16 Anstalten zusätzlich Buprenorphin und in 13 Anstalten auch retardierte Morphine. In drei Anstalten steht nur Methadon zur Verfügung. Auch die Möglichkeiten, innerhalb des Vollzugs einer Beschäftigung nachzugehen, gestalten sich sehr unterschiedlich, da Insassen in Substitutionsbehandlung teilweise von bestimmten Tätigkeiten ausgeschlossen sind.

Einen Gesamtüberblick über die Substitution im österreichischen Strafvollzug gibt eine Statistik des BMJ, aus der ersichtlich ist, dass sich Ende des Jahres 2007 772 Insassinnen und Insassen in österreichischen Justizanstalten in Substitutionsbehandlung befunden haben. Rechnet man mit einer Belegung von etwa 9.000 Personen, so sind das 8,6 Prozent der Inhaftierten (Kahl, persönliche Mitteilung).

Seit dem Jahr 1995 existieren in Österreich im Rahmen des Strafvollzugs „Drogenfreie Zonen“, die seither kontinuierlich ausgebaut wurden (ÖBIG 1997). Mit der Behandlung Drogenabhängiger im Strafvollzug beschäftigte sich auch eine Publikation des Bundesministeriums für Justiz, die im Drogenbericht des Jahres 2005 (ÖBIG 2005) genauer beschrieben wird.

Weitere Informationen betreffend drogenbezogene Schadensminimierung und Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten in der Haft sowie Prävention von Überdosierungen nach der Entlassung aus der Haft, die derzeit nur spärlich bis gar nicht betrieben wird, finden sich in SQ 23/29. Großflächige HCV-Tests werden bei Personen, die ihren Strafvollzug beginnen, durchgeführt, während individuelle Beratungen bezüglich Infektionskrankheiten im Strafvollzug nur eingeschränkt stattfinden. Das Gleiche gilt für praktische Anleitungen und Training im Zusammenhang mit sicherem Gebrauch. Spritzentauschprogramme in der Haft existieren in Österreich nicht. Trotzdem werden Trainingsprogramme bezüglich Gesundheitsförderung im Hinblick auf Spritzentausch für das Personal der Justizanstalten abgehalten. Informationsmaterial für den Umgang mit akuten drogenbezogenen Notfällen in-

nerhalb des Strafvollzugs liegt nicht auf. Bei der Entlassung aus dem Gefängnis werden HCV-Tests nur in den seltensten Fällen durchgeführt.

Die Förderung und Erhaltung von Gesundheit in Gefängnissen – sowohl für die Gefangenen als auch für die Bediensteten – stand im Zentrum der vierten Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft, die im April 2009 in Wien stattfand (Gesundheitsförderung in Haft 2009).

In Graz werden weiterhin Klientinnen und Klienten des Kontaktladens auch bei eventueller Haft weiterbetreut; dem Thema Gesundheitsförderung in Haft wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Ein diesbezüglich erstellter Folder („Haftinfos des Kontaktladens“; vgl. GÖG/ÖBIG 2008c) wurde im Januar 2009 im Zuge einer Fachveranstaltung der Öffentlichkeit präsentiert. Ziel der Veranstaltung war es, eine Gesprächsbasis mit allen relevanten Institutionen und Personen zu schaffen, um in weiterer Folge Maßnahmen zum Thema Gesundheitsförderung in Haft für Drogenkonsumierende und auch für Bedienstete auf Basis eines breiten Konsenses zu entwickeln (Kontaktladen 2009).

## **9.6 Reintegration von Drogenkonsumierenden nach der Haft**

Spezielle Informationen zur Reintegration von Drogenkonsumierenden nach der Haft sind nicht bekannt. Die meisten Reintegrationsmaßnahmen für Drogenkonsumierende stehen auch Personen mit Hafterfahrung zur Verfügung.

# 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.

Informationen zur Verfügbarkeit von illegalen Drogen bei Jugendlichen liefern einige Fragen des ESPAD-Surveys (Strizek et al. 2009, in Vorbereitung) und der Bevölkerungserhebung 2008 (General Population Survey, Uhl et al. 2009, in Vorbereitung) (vgl. Kap. 2.1). Die in diesem Kapitel referierten Daten zu Sicherstellungen stammen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/.BK), die Daten zu Reinheit und Preis stammen von Projekt ChEck iT! und BMI/.BK.

## 10.1 Verfügbarkeit und Angebot von Drogen

Die Antwortverteilungen auf die ESPAD-Frage „Wie schwierig wäre es deiner Meinung nach, an eine der folgenden Substanzen heranzukommen, wenn du sie möchtest?“, die für unterschiedliche legale und illegale Substanzen gestellt wurde, finden sich in Tabelle 10.1. Während 80 Prozent der Jugendlichen es ziemlich bis sehr einfach finden, an Alkohol heranzukommen (Wein/Sekt: 80 %, Spirituosen: 56 %), liegt der diesbezügliche Prozentsatz für illegale Drogen nur bei Cannabis bei etwas über einem Drittel der Befragten (35 %). „Ecstasy“ und Amphetamine werden jeweils von etwa 20 Prozent als ziemlich bis sehr einfach erhältlich eingeschätzt (Strizek et al. 2009, in Vorbereitung).

Tabelle 10.1: Beurteilung der Schwierigkeit, an diverse psychoaktive Substanzen heranzukommen

Schwierigkeit, an die jeweilige Substanz heranzukommen	Substanz						
	Cannabis	„Ecstasy“	Amphetamine	Tranquilizer/Sedativa	Zigaretten	Wein/Sekt	Spirituosen
unmöglich	17 %	28 %	23 %	28 %	2 %	3 %	6 %
sehr schwierig	13 %	18 %	17 %	20 %	2 %	2 %	10 %
ziemlich schwierig	15 %	14 %	16 %	16 %	3 %	8 %	19 %
ziemlich einfach	24 %	13 %	16 %	10 %	28 %	26 %	30 %
sehr einfach	11 %	8 %	8 %	4 %	57 %	54 %	26 %
weiß nicht	21 %	20 %	20 %	23 %	9 %	7 %	10 %

Quelle: Strizek et al. 2009, in Vorbereitung; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

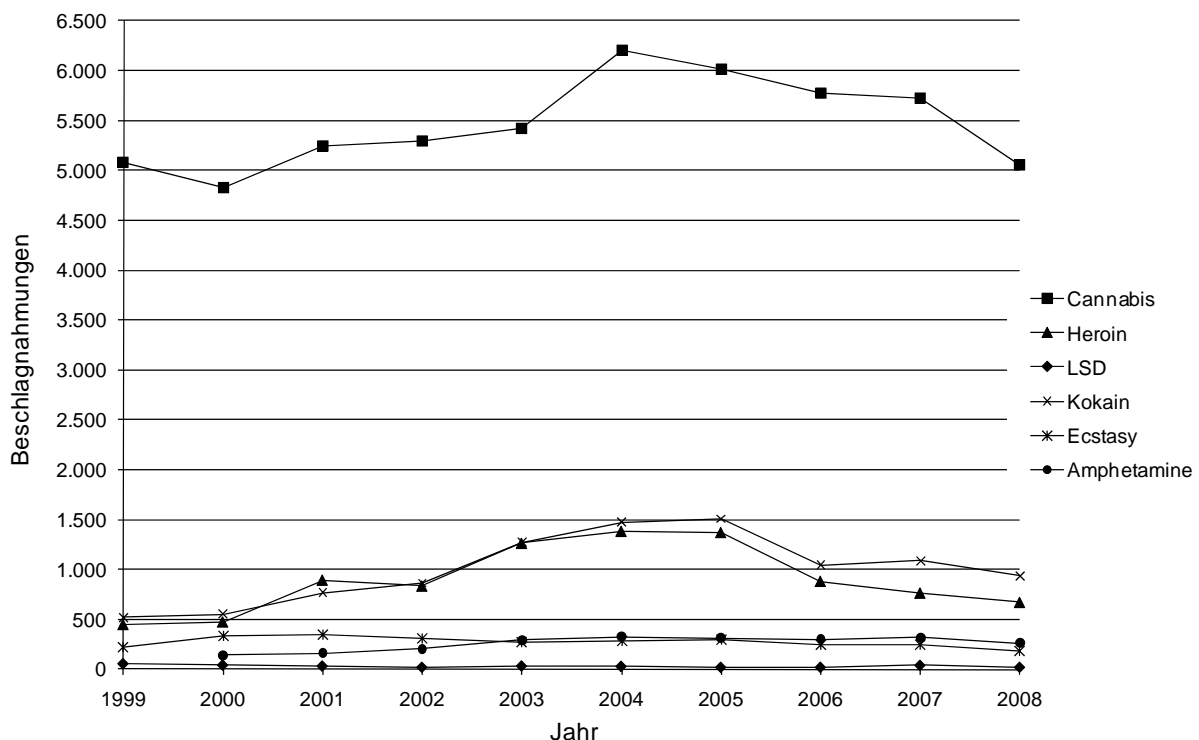
Unerwartete Gratisangebote von illegalen Drogen von fremden Personen haben nach den Ergebnissen der Bevölkerungserhebung 2008 (Uhl et al. 2009, in Vorbereitung) 2,7 Prozent der österreichischen Bevölkerung erhalten. 4,5 Prozent gaben an, unerwartet gratis Drogen

von bekannten Personen angeboten bekommen zu haben. Hinsichtlich unerwarteter Kaufangebote belaufen sich die Zahlen auf 3,7 Prozent (Fremde) bzw. 2,3 Prozent (Bekannte). Als Produktionsland für illegale Drogen spielt Österreich keine Rolle. Während Kokain in erster Linie auf dem See- und Luftweg von Südamerika nach Österreich gelangt, stellt für Heroin weiterhin die sogenannte Balkanroute (Türkei, Bulgarien, Serbien, Kroatien, Slowenien, Österreich) die dominante Schmuggelroute dar. Cannabisprodukte werden aus verschiedenen Ländern bzw. Regionen wie z. B. den Niederlanden, dem Balkan und aus Marokko eingeführt; zu einem geringen, aber wachsenden Anteil stammen sie auch aus Eigenanbau in Österreich. Amphetamine und Amphetamin-Derivate werden großteils aus den Niederlanden importiert (BMI 2009).

## 10.2 Sicherstellungen

Laut Bundesministerium für Inneres (BMI) ist im Jahr 2008 die Zahl der Sicherstellungen bei allen Drogen im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken (vgl. Abbildung 10.1 und Tab. A12 im Anhang A). Der Rückgang an Anzeigen nach dem SMG im Jahr 2008 weist laut BMI nicht auf eine Änderung im Bereich der Suchtmittelkriminalität hin, sondern ist in der Schwerpunktsetzung, die großteils auf Strukturermittlungen lag, begründet (vgl. Kap. 9.1).

Abbildung 10.1: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften in Österreich, 1999–2008



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

Im Vergleich zur Gesamtanzahl der erstatteten Anzeigen hat sich die Menge der sichergestellten Suchtmittel nicht wesentlich verändert (vgl. Tab. A13 im Anhang A und ST13). Von der Meldestelle für Drogenausgangsstoffe im BMI wurden 247 Ermittlungsfälle berichtet, bei zwölf Sicherstellungen wurden rund 22 kg Drogenausgangsstoffe beschlagnahmt. 2008 wurden in Österreich drei Drogenlabors ausgehoben, es handelt sich dabei um kleine sogenann-



te Küchenlabors, die die Betreiber zur Produktion für den Eigenbedarf an Methamphetamin verwendeten.

### 10.3 Reinheit und Preis

Im Kontext des ChEck-iT!-Projekts (vgl. Kap. 2.3), in dessen Rahmen auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene Tests von als „Ecstasy“ oder „Speed“ verkauften Substanzen auf Reinheit und Zusammensetzung durchgeführt werden, wurden im Jahr 2008 bei insgesamt sieben Musikveranstaltungen (Goa, Techno, Electronic) in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich und Wien 146 als „Ecstasy“ (in Tablettenform) und 99 als „Speed“ gekaufte Proben analysiert (VWS 2009a).

Der Prozentsatz der als „Ecstasy“ gekauften Tabletten, die außer MDMA, MDE oder MDA keine psychotropen Substanzen enthielten, ist mit 63 Prozent etwa im Bereich des Vorjahres und niedriger als in den Jahren davor (70 % bis 90 %). Vor mehr als einem Viertel (26 %) der Tabletten, die als „Ecstasy“ gekauft worden waren, musste besonders gewarnt werden. In erster Linie deshalb, da – wie auch im vergangenen Jahr – MDMA häufig durch nicht-kontrollierte Benzylpiperazin-Derivate ersetzt wurde. 26 getestete Tabletten (17 %) enthielten Meta-Chlorophenylpiperazin (mCPP). mCPP weist im Vergleich zu MDMA eine schwächere psychoaktive Wirkung auf, aber sehr häufig unangenehme Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Nierenschmerzen, Nervosität, Schweratmigkeit, Müdigkeit und einen mehrere Tage anhaltenden „hangover“. Zusätzlich kann es bei gleichzeitigem Konsum von MDMA zu Krampfanfällen kommen. 15 der 26 mCPP-haltigen Tabletten enthielten zusätzlich die Substanz Metoclopramid. Dabei handelt es sich um ein Antiemetikum (Mittel gegen Übelkeit und Erbrechen), das vermutlich beigemischt wurde, um Nebenwirkungen von mCPP wie Übelkeit zu unterdrücken. Metoclopramid kann mit vielen anderen Substanzen Wechselwirkungen eingehen und deren Wirkung teilweise beschleunigen; es führt zu einer Verlangsamung des Reaktionsvermögens. Erneut wurde im Jahr 2008 das Pharmazeutikum Buflomedil in „Ecstasy“-Tabletten nachgewiesen. Diese Substanz wird in Medikamenten zur Behandlung peripherer Durchblutungsstörungen eingesetzt (VWS 2009a; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2008).

Im Juli 2009 wurden erstmals seit 2001 wieder PMA-hältige „Ecstasy“-Tabletten entdeckt. Bei PMA (Paramethoxyamphetamin) tritt die Wirkung im Vergleich zu MDMA erst mit Verspätung ein, was die Gefahr mit sich bringt, dass weitere Pillen konsumiert werden, um den beabsichtigten Effekt zu erzielen. Die daraus resultierende Wirkstoffkumulation kann zum Tod führen. Über das an der GÖG/ÖBIG geführte österreichweite Informations- und Frühwarnsystem wurden alle einschlägigen Einrichtungen, Spitäler und Fachleute informiert. Über das Frühwarnsystem der EBDD wurde die Warnung europaweit verbreitet. Im Österreichischen Radio und Fernsehen sowie in zahlreichen Printmedien wurde vor den Tabletten gewarnt.

Die als „Speed“ gekauften und von ChEck iT! analysierten Substanzen enthielten nur zu 15 Prozent ausschließlich Amphetamin, zu 27 Prozent Amphetamin und Koffein und zu 36 Prozent Amphetamin, gemischt mit anderen pharmakologisch aktiven Substanzen (vgl. Tab. A14 und A15 im Anhang A und ST15). Elf Prozent dieser Proben wurden als „gesundheitlich besonders bedenklich“ klassifiziert (VWS 2009a).

Im Herbst 2008 beschäftigten Berichte über den sprunghaft angestiegenen Konsum der zu diesem Zeitpunkt legalen Räuchermischung „Spice“ die Öffentlichkeit. Laut Verpackung sollten die diversen „Spice“-Produkte als Raumduftmittel verwendet und keinesfalls konsumiert werden. In Internetforen wurde jedoch die psychoaktive Wirkung beim Rauchen „beworben“. In Fachkreisen gab es zunächst keine Erklärung für die von den Konsumentinnen und Konsumenten beschriebene cannabisähnliche Wirkung der „Spice“-Produkte. Ende 2008 und Anfang 2009 konnten schließlich mehrere synthetische cannabinomimetische Wirkstoffe (CP-47,497, JWH-018, HU-210) in „Spice“-Produkten nachgewiesen werden (vgl. Kap. 2.1).

Im Frühjahr 2009 mussten mehrere Jugendliche nach dem Konsum von Gamma-Butyrolacton (GBL) ins Spital eingeliefert werden. Laut Informationen aus der Notaufnahme des Wiener AKH sind immer wieder Zwischenfälle mit GBL in Wien zu verzeichnen (Frossard, persönliche Mitteilung). Seit dem Verbot von Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) wird von Konsumentinnen und Konsumenten auf GBL, das in Form von z. B. Felgenreiniger legal erhältlich ist, zurückgegriffen.

Angaben, die vom BMI bezüglich Reinheit und Preis der diversen Drogen auf Straßenverkaufs niveau gemacht werden, finden sich in Tabelle 10.2 (vgl. dazu auch ST14 und ST16). Wie in den Vorjahren zeigt sich eine erhebliche Schwankungsbreite in der Konzentration der für den Straßenhandel bestimmten Drogen. Die Daten bzgl. „Ecstasy“, Amphetamin und Kokain stimmen mit den von ChEck iT! erhobenen Zahlen weitgehend überein (Nagy, persönliche Mitteilung).

Tabelle 10.2: Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm\*/Stück\*\*) der diversen Drogen im Straßenverkauf, 2008

		Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	Braunes Heroin*	Weißes Heroin*	Kokain*	Ampheta- mine*	„Ecstasy“***	LSD**
Reinheit	Untergrenze	0,04 %	0,5 %	0,1 %	–	0,7 %	0,5 %	3,5 %	–
	Obergrenze	50 %	47 %	71 %	–	96 %	66 %	100 %	–
	Typisch	7 %	8 %	9 %	–	27 %	5 %	28 %	–
Preis	Untergrenze	9	8	60	–	60	15	5	30
	Obergrenze	10	10	80	–	90	20	10	35
	Typisch	10	9	80	–	70	20	10	30

Anmerkung: Die Daten beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen. Die Anzahl der Reinheitsanalysen bei den unterschiedlichen Drogen bewegt sich zwischen 40 und 368.

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

## **TEIL 2**

# **Schwerpunktthemen**



# 11 Cannabismärkte und -produktion

Cannabis ist in Österreich das meistkonsumierte illegale Suchtmittel. In diesem Kapitel werden auf Basis der verfügbaren Daten des Bundesministeriums für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/.BK) Cannabis-Produktion und Märkte in Österreich beleuchtet. Die Zahlen wurden der GÖG/ÖBIG vom BMI zur Verfügung gestellt; ein Großteil der Zahlen ist auch in den jährlichen Berichten des BMI über die Suchtmittelkriminalität in Österreich zu finden.

## 11.1 Märkte

Erste wissenschaftliche Berichte über medizinische (Selbst-)Versuche gibt es bereits aus der Mitte des 19. Jahrhunderts (z. B. Schrott 1857). Auch wenn es anekdotische historische Berichte über Anbau und auch Konsum von Hanf in Österreich gibt, spielte der Anbau zumindest seit dem frühen 20. Jahrhundert in Österreich keine wesentliche Rolle (Springer, persönliche Mitteilung). Der Anbau der Cannabispflanze zum Zweck der Suchtstoffgewinnung ist in Österreich laut §§ 27, 28 und 28a des Suchtmittelgesetzes (SMG) verboten. Der Verkauf von noch nicht THC-haltigen, jungen Cannabispflanzen – sogenannten „Stecklingen“ –, aber auch von Samen, kann als Mithilfe bei einer Straftat (in diesem Falle der Erzeugung von Suchtstoff) bzw. als Versuch einer Straftat gewertet werden, was nach § 12 bzw. § 15 des Strafgesetzbuches (StGB, BGBl 1974/60) strafbar ist. Seit 2009 jedoch (BGBl I 2008/143) ist der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH oder einer zu diesem Zweck gegründeten Tochtergesellschaft der Anbau von Cannabispflanzen für die Herstellung von Arzneimitteln sowie für damit verbundene wissenschaftliche Zwecke gestattet (vgl. Kap. 1.1).

Außer den Pflanzen selbst können sämtliche für den Hanfanbau nötigen Utensilien in sogenannten Growshops bezogen werden. Hanfsamen und/oder Stecklinge werden nur mehr in wenigen Growshops angeboten. Das typische Sortiment der Growshops umfasst neben Anbau- und Rauchtensilien zumeist eine Vielzahl von legalen ethnobotanischen Produkten, zumeist psychoaktive Pflanzen bzw. Pflanzenprodukte aus aller Welt. In Österreich gab es im Jahr 2005 rund 60 Growshops, allein 20 davon in Wien (BMI 2006); aktuellere Zahlen liegen dazu nicht vor, die Anzahl dürfte jedoch in etwa gleich geblieben sein.

Während Cannabis früher in erster Linie nach Österreich importiert wurde, ist laut Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/.BK) in den letzten Jahren eine steigende Eigenproduktion mittels Indoor- und Outdooranlagen zu verzeichnen. Die Erträge dieser Produktionsstätten sind laut BMI/.BK qualitativ hochwertig und dienen nicht nur dem Eigengebrauch bzw. der Weitergabe im Bekanntenkreis, sondern werden zunehmend auch gewinnorientiert verkauft. Professionelle illegale Indooranlagen wurden im Jahr 2008 nicht nur von österreichischen Staatsbürgerinnen und Staatsbürgern, sondern auch von Personen aus verschiedenen anderen Ländern betrieben. Insgesamt ist laut BMI/.BK jedoch die Erzeugung von Cannabisprodukten in Österreich im internationalen Vergleich nach wie vor unbedeutend. Aufgrund der Anzahl der polizeilichen Sicherstellungen kann darauf geschlossen werden, dass mehr Marihuana als Haschisch in Österreich produziert wird bzw. im Umlauf ist; gesicherte Zahlen zu den Marktanteilen einzelner Produkte liegen für Österreich jedoch nicht vor. Obwohl einige Sicherstellungen mit sehr hohem THC-Gehalt verzeichnet wurden, sind

Sinsemilla – die besonders THC-reichen Blütenstände speziell angebaute, unbefruchteter weiblicher Cannabis-Pflanzen – laut BMI/.BK in Österreich kein Thema.

Nach Angaben des BMI/.BK sorgen organisierte Gruppen für die Einfuhr von Cannabisprodukten nach und für den Straßenverkauf in Österreich. Die Cannabisprodukte werden hauptsächlich aus den Niederlanden, den Ländern des Balkans, den Schengenstaaten, Marokko und der Schweiz nach Österreich eingeführt. Österreich gewinnt auch als Transitland für Cannabisprodukte aus dem Fernen Osten (Indien, Nepal) nach Westeuropa immer mehr an Bedeutung. Der Verkauf der Cannabisprodukte erfolgt laut BMI/.BK im gesamten Bundesgebiet, vor allem aber in den Ballungsräumen sowohl an öffentlichen Plätzen und Straßen als auch in einschlägig bekannten Lokalen. Neben österreichischen Dealern sind Dealergruppen, bestehend aus türkisch- und jugoslawischstämmigen Österreichern der dritten Generation, Staatsangehörige aus dem ehemaligen Jugoslawien, Personen aus westafrikanischen Ländern und – besonders im Raum Innsbruck, Graz und Wien organisierte – nordafrikanische Gruppierungen in den Cannabishandel involviert. Während einzelne Dealer bzw. Gruppen auf Cannabis spezialisiert zu sein scheinen, bieten andere Dealer bzw. Gruppen auch andere Substanzen an. Zum Marktanteil der einzelnen Gruppen gibt es keine Informationen. Zu welchem Anteil der Konsum in Österreich aus Eigenanbau, Teilen im Bekanntenkreis oder Kauf gedeckt wird, ist nicht bekannt. Erworbene Mengen scheinen individuell sehr verschieden zu sein.

Tabelle 11.1 und 11.2 geben die Großhandels- und Straßenhandelspreise für Cannabis und Marihuana wieder, insgesamt scheinen die Preise für alle Cannabisprodukte über die Jahre angestiegen zu sein. Die Daten zu den Cannabispreisen stammen aus verdeckten Ermittlungen der Polizei, informieren also über die Preise, zu denen Cannabis den verdeckten Ermittlern von Dealern angeboten wurden. Diese Daten wurden früher vierteljährlich und werden nun ein- bis zweimal im Jahr vom Büro für Suchtmittelkriminalität des Bundeskriminalamtes erhoben. Weitere Datenquellen sind Suchtmittelanzeigen und routinemäßige Erhebungen.

*Tabelle 11.1: Großhandelspreise für Cannabisprodukte im Jahresvergleich (Preis in Euro pro kg)*

Produkt	2004	2005	2006	2007	2008
Haschisch	2.000–2.500	2.000–2.500	1.500–2.500	2.000–3.500	3.500–4.500
Marihuana	700–1.000	700–1.000	700–1.000	2.500–3.500	4.000–5.000
in der EU produziertes Marihuana	300–600	300–600	300–600	2.500–3.500	4.000–6.000

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

*Tabelle 11.2: Straßenpreise für Cannabisprodukte im Jahresvergleich (Preis in Euro pro g)*

Produkt	2004	2005	2006	2007	2008
Haschisch	7–8	7–8	6–8	8–10	8–10
Marihuana	3–4	3–4	3–4	9–10	9–10
in der EU produziertes Marihuana	3–4	3–4	3–4	9–10	9–10

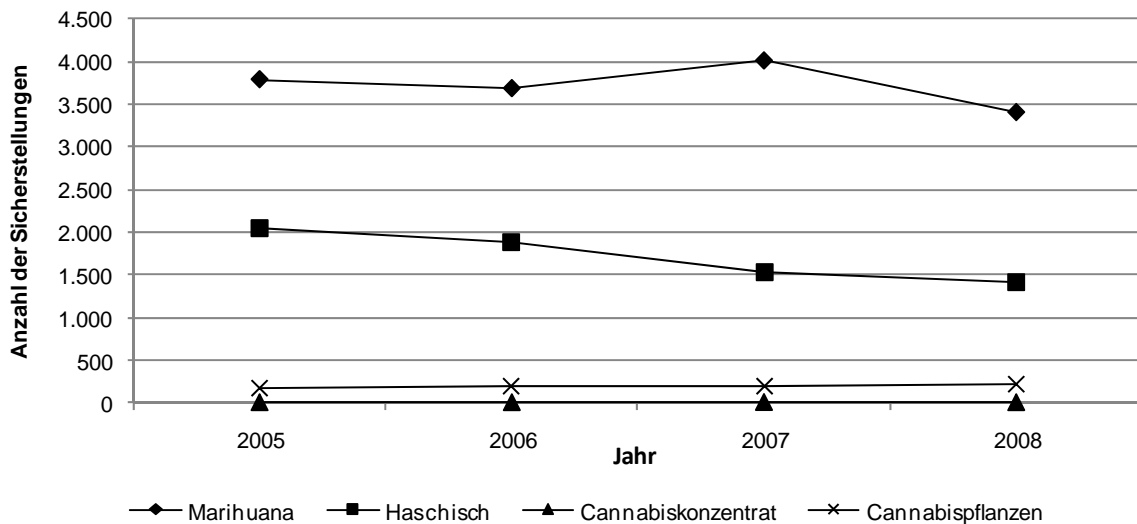
Quelle: BMI/.BK, GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

## 11.2 Beschlagnahmungen

Die Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität in Österreich erfolgt laut BMI/.BK unabhängig von der Suchtmittelart. Die Schwerpunkte im Bereich der Angebotsreduzierung liegen dabei einerseits auf der Bekämpfung der Straßenkriminalität und andererseits auf der Strukturermittlung. Darüber hinaus werden Schwerpunkte gesetzt: im Ausbau der internationalen Kooperation (Sicherheitspartnerschaften), der Mitwirkung an internationalen Projekten (z. B. via Interpol und Europol), der verstärkten Nutzung der Kriminalanalyse, der nationalen und internationalen Kooperation mit Justiz und Zoll, der Prävention, der Verstärkung der Gewinnabschöpfung, bei Strategien gegen Geldwäsche und der österreichweiten Überwachung des Handels mit Drogenausgangsstoffen im Rahmen der „Meldestelle für Drogenausgangsstoffe“.

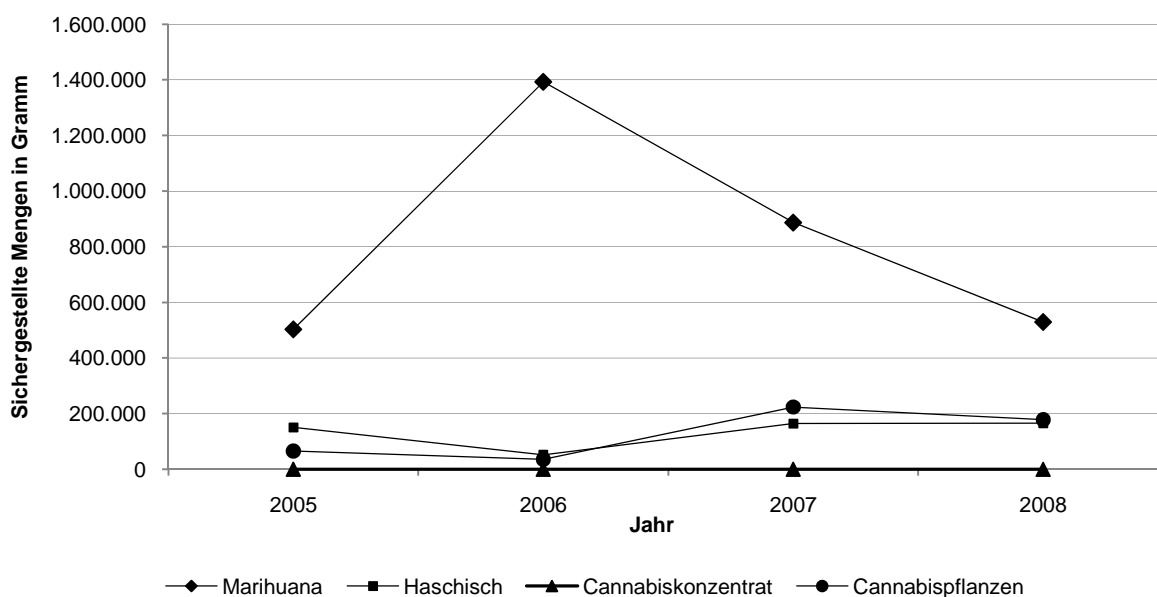
Die Abbildungen 11.1 und 11.2 zeigen Anzahl, Art und Menge der sichergestellten Cannabisprodukte von 2005 bis 2008. Wie schon in Kapitel 11.1 erwähnt, gibt es die meisten Sicherstellungen bei Marihuana, die allerdings über die Jahre große Schwankungen aufweisen.

Abbildung 11.1: Anzahl der Sicherstellungen von Cannabisprodukten in den Jahren 2005 bis 2008



Quelle: BMI/.BK 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Abbildung 11.2: Sichergestellte Mengen von Cannabisprodukten in den Jahren 2005 bis 2008 in Gramm



Anmerkung: Analog zum United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) erfolgt die Darstellung nach der Menge in Gramm

Quelle: BMI/.BK 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle 11.3 zeigt für das Jahr 2008 eine Aufgliederung nach Anzahl der Fälle, Art und Gewicht. Auffällig ist, dass bei Marihuana und Haschisch 92 bzw. 97 Prozent der Sicherstellungen in die Gewichtskategorie 0 bis 150 Gramm fallen. Nach absoluten Mengen betrachtet, liegen 70 Prozent der Haschisch- und 65 Prozent der Marihuana-Sicherstellungen bei unter 5 Gramm. Diese Zahlen sprechen dafür, dass der Großteil der Sicherstellungen den Eigenbedarf der Konsumentinnen und Konsumenten betrifft. Die in Kapitel 11.3 beschriebene Anzeigenstatistik zeigt dementsprechend ein ähnliches Bild: 92 Prozent der cannabisbezogenen Anzeigen beziehen sich auf § 27 SMG, also den unerlaubten Umgang mit Suchtgiften, und nicht auf den Handel.

Tabelle 11.3: Sicherstellungen von Cannabisprodukten im Jahr 2008

	Marihuana	Haschisch	Cannispflanzen	Canniskonzentrat
Gewicht	Anzahl d. Fälle	Anzahl der Fälle	Anzahl der Fälle	Anzahl der Fälle
0–150 g	3.145 (92 %)	1.363 (97 %)	132 (57 %)	8 (100 %)
150g–1 kg	183 (5 %)	28 (2 %)	59 (26 %)	0
1 kg–50 kg	82 (2 %)	19 (1 %)	39 (17 %)	0
> 50 kg	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0
Summe	3.410 (100 %)	1.410 (100 %)	230 (100 %)	8 (100 %)

Quelle: BMI/.BK 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Zur Herkunft der sichergestellten Cannabisprodukte gibt es eine Aufstellung des BMI/.BK (Tabelle 11.4), in der das vermutete Ursprungsland der Produkte, das letzte Transitland, bevor die Produkte nach Österreich kamen, und das vermutlich geplante Zielland verzeichnet sind. Eine prozentuelle Aufschlüsselung liegt dazu jedoch nicht vor. Wie in Kapitel 11.1 beschrieben und in der Tabelle ersichtlich, spielt mittlerweile auch Österreich als Ursprungsland



von Marihuana eine Rolle; eine Darstellung des verfügbaren Wissens zur Organisation des internationalen Handels nach und durch Österreich befindet sich ebenfalls im Kapitel 11.1.

Im Folgenden werden die Beschlagnahmungen von Pflanzungen in Österreich speziell beleuchtet. Im Jahr 2006 wurden in Österreich bei 204 Sicherstellungen insgesamt 236 kg Cannabispflanzen beschlagnahmt; 2007 waren es 224 kg bei 200 Sicherstellungen und 2008 178 kg bei 230 Sicherstellungen (vgl. Abb. 11.1 und Abbildung 11.2). Da es keine international gültigen Richtlinien gibt, ab welcher Größe beispielsweise eine Pflanzung als Plantage einzustufen ist, gibt es keine offiziellen Statistiken zur Anzahl von Pflanzungen bzw. von Indoor- und Outdooranlagen. Die Zahlen sind dem BMI/.BK zwar bekannt, werden aber aufgrund der nicht vorhandenen internationalen Vergleichbarkeit nicht publiziert. Einen Einblick gibt der Jahresbericht des BMI/.BK (2007), wo berichtet wird, dass beispielsweise in Oberösterreich eine Indoorplantage mit einer Anbaufläche von 4000 m<sup>2</sup> entdeckt und 4.500 Cannabispflanzen sichergestellt wurden. In Wien wurde eine Indoor-Cannabisanlage in der Größe von 450 m<sup>2</sup> aufgespürt und dabei 239 kg Cannabispflanzen beschlagnahmt, und in Niederösterreich wurde eine Outdoor-Cannabisanlage mit 102 kg Cannabispflanzen sichergestellt. Addiert man allerdings das Gewicht der Cannabispflanzen bei diesen Großsicherstellungen im Jahr 2007, so fällt auf, dass die Zahl über der weiter oben referierten Gesamtzahl von 224 kg Cannabispflanzen bei 200 Sicherstellungen liegt. Nach Angaben des BMI/.BK zeigt sich hier eine Problematik der statistischen Erfassung. Da es keine Richtlinien dafür gibt, wann die Pflanzen zu wiegen sind und ob bereits getrocknete Pflanzenteile als Pflanzen oder als Marihuana kategorisiert werden, finden sich diese Großsicherstellungen nicht 1:1 in den Statistiken des BMI/.BK wieder, sondern verteilen sich auf die Kategorien Pflanzen und Marihuana (Mader, persönliche Mitteilung).

Tabelle 11.4: Herkunft sichergestellter Cannabisprodukte im Jahr 2004 bis 2008

	2004			2005			2006			2007			2008		
	vermutetes Ursprungsland	letztes Transitland	vermutetes Zielland	vermutetes Ursprungsland	letztes Transitland	vermutetes Zielland	vermutetes Ursprungsland	letztes Transitland	vermutetes Zielland	vermutetes Ursprungsland	letztes Transitland	vermutetes Zielland	vermutetes Ursprungsland	letztes Transitland	vermutetes Zielland
<b>Marihuana</b>	Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Deutschland, ehem. Jugoslawien, Kroatien, Niederlande, Schweiz, Spanien	Deutschland, Kroatien, Niederlande, Slowenien, Ungarn	Deutschland, Italien, Österreich, Schweiz	Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Deutschland, Kroatien, Niederlande, Schweiz, Serbien und Montenegro, Spanien	Deutschland, Kroatien, Niederlande, Slowenien, Ungarn	Deutschland, Italien, Österreich, Schweiz	Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Deutschland, Kroatien, Niederlande, Schweiz, Serbien und Montenegro, Spanien	Deutschland, Kroatien, Niederlande, Slowenien, Ungarn	Deutschland, Italien, Österreich, Schweiz	Bosnien-Herzegowina, Österreich, Schweiz	Kroatien, Slowenien	Deutschland, Österreich	Niederlande, Österreich, Schweiz	Deutschland	Österreich
<b>Haschisch</b>	Bosnien-Herzegowina, Deutschland, ehem. Jugoslawien, Marokko, Nepal, Niederlande, Schweiz, Spanien	Deutschland, Frankreich, Kroatien, Slowenien	Deutschland, Italien, Österreich, Schweiz, Tschechien	Bosnien-Herzegowina, Deutschland, Marokko, Nepal, Niederlande, Schweiz, Serbien und Montenegro, Spanien	Deutschland, Kroatien, Niederlande, Slowenien, Ungarn	Deutschland, Italien, Österreich, Schweiz, Tschechien	Bosnien-Herzegowina, Deutschland, Marokko, Nepal, Niederlande, Schweiz, Serbien und Montenegro, Spanien	Deutschland, Kroatien, Niederlande, Slowenien, Ungarn	Deutschland, Italien, Österreich, Schweiz, Tschechien	Marokko, Nepal	Belgien, Frankreich, Großbritannien	Deutschland, Italien, Österreich, Schweiz	Indien, Marokko	Frankreich, Spanien	Deutschland, Italien, Österreich

Quelle: BMI/.BK 2008, GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

## 11.3 Straftaten

Die Regelungen des Suchtmittelgesetzes (SMG) nennen die Delikte Erwerb, Besitz, Erzeugung, Beförderung, Einfuhr, Ausfuhr, Anbieten, Überlassung und Verschaffung nicht in unterschiedlichen Paragrafen, sondern jeweils zusammen innerhalb desselben Paragrafen. Dementsprechend werden sowohl die Anzeigen- als auch die Verurteilungs-Statistik nach Paragrafen geführt, daher ist eine Aufschlüsselung nach Produktion, Handel und Dealen nicht möglich. Die folgende Darstellung beschränkt sich auf die österreichische Anzeigenstatistik, da hier eine Aufschlüsselung nach Substanzen möglich ist und daher Werte für Delikte in Bezug auf Cannabis vorliegen (Tabelle 11.5).

Der gegenüber den Jahren 2006 und 2007 ersichtliche Einbruch an Anzeigen im Jahr 2008 ist allerdings nicht unbedingt als Indiz für den Rückgang von Cannabishandel oder -konsum zu werten (vgl. Kap. 9.1).

Tabelle 11.5: Anzeigen nach §§ 27–29 in den Jahren 2006 bis 2008

Jahr	Produkt	§ 27 SMG	§ 28 SMG	§ 28a SMG	§ 29 SMG	GESAMT
2006	Marihuana	11.565	1.226		0	12.791
	Haschisch	5.281	632		0	5.913
	Cannabiskonzentrat	7	9		0	16
	Cannabispflanzen	218	83		0	301
	<b>2006 Cannabis gesamt</b>	<b>17.071</b>	<b>1.950</b>		<b>0</b>	<b>19.021</b>
2007	Marihuana	12.271	1.181		0	13.452
	Haschisch	4.708	575		1	5.284
	Cannabiskonzentrat	20	7		0	27
	Cannabispflanzen	230	70		0	300
	<b>2007 Cannabis gesamt</b>	<b>17.229</b>	<b>1.833</b>		<b>1</b>	<b>19.063</b>
2008	Marihuana	10.014	276	530		10.820
	Haschisch	3.497	109	264		3.870
	Cannabiskonzentrat	16	2	5		23
	Cannabispflanzen	275	44	31		350
	<b>2008 Cannabis gesamt</b>	<b>13.802</b>	<b>431</b>	<b>830</b>		<b>15.063</b>

2006 und 2007:

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

§ 28 SMG = Handel, Besitz etc. von großen Mengen von Suchtgift

§ 29 SMG = „öffentliche Propaganda für Suchtgiftmissbrauch“

Seit 2008:

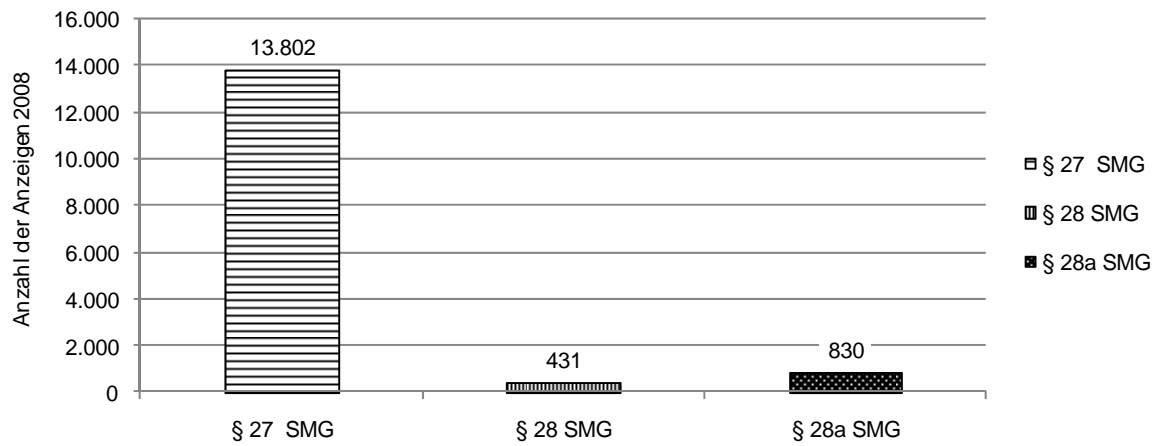
§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

Quelle: BMI/.BK 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Betrachtet man die prozentuelle Verteilung der Anzeigen nach Paragrafen (Abbildung 11.3), so fällt – wie bereits im vorangegangenen Kapitel erwähnt – auf, dass im Jahr 2008 der Großteil der cannabisbezogenen Anzeigen wegen § 27 SMG (unerlaubter Umgang mit Suchtgiften) erfolgte und relativ wenige Anzeigen § 28 SMG (Vorbereitung von Suchtgifthandel) und § 28a SMG (Suchtgifthandel) betrafen. Das bedeutet, dass mengenmäßig in erster Linie Konsumentinnen und Konsumenten von Cannabis gefasst und angezeigt werden.

Abbildung 11.3: Verteilung der cannabisbezogenen Anzeigen nach Paragraphen des SMG im Jahr 2008  
(n = 15.063)



Quelle: BMI/.BK 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

## 12 Behandlung und Betreuung von älteren Drogenkonsumierenden

Als ältere Drogenkonsumierende werden für das folgende Kapitel 40-jährige und ältere Personen definiert, die zumindest eine illegale Substanz konsumieren. Die dargestellten Ergebnisse basieren auf Daten des einheitlichen Systems zur Dokumentation von Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI), auf Daten zu Substitutionsbehandlungen und zu suchtgiftbezogenen Todesfällen sowie auf Erkenntnissen für Österreich aus dem EU-Projekt SDD-Care (SDD steht für Senior Drug Dependence); der Fokus der Analyse liegt auf Opioid-Konsumierenden. Sofern es die vorhandene Stichprobengröße ermöglicht, wird bei der Auswertung eine Kategorisierung in bis 39-jährige, in 40- bis 49-jährige, in 50- bis 59-jährige sowie in 60-jährige und ältere Drogenkonsumierende vorgenommen. Der Schwerpunkt der Dateninterpretation liegt beim Vergleich der über 40-Jährigen mit den unter 40-Jährigen. Es gilt zu berücksichtigen, dass der Anteil der über 60-Jährigen sehr gering ist und Interpretationen für diese Altersgruppe nur mit sehr großer Vorsicht getätigt werden können.

Das moderne Drogenproblem begann in Österreich Mitte der 1960er Jahre. Drogenabhängige der „ersten Generation“ (setzt man ein Einstiegsalter in den problematischen Drogenkonsum mit 18 Jahren voraus) wären demnach Personen der Geburtsjahrgänge 1952 bis 1957 (vgl. GÖG/ÖBIG 2009a).

### 12.1 Altersentwicklung bei Drogenkonsumierenden

Es liegen einige Indizien vor, dass in Österreich die Zahl der älteren Drogenkonsumierenden steigen wird. Anhand der Daten des nationalen Substitutionsregisters lässt sich die Tendenz beobachten, dass sich die Zahl der 40-jährigen und älteren Personen in Substitutionsbehandlung in den letzten Jahren erhöht hat (vgl. Tabelle 12.1, Kap. 5.3).

Tabelle 12.1: Anzahl der dem Gesundheitsressort gemeldeten in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen von 2001 bis 2008 nach Altersgruppen

Jahr	Alter in Jahren							
	bis 39		40–49		50–59		60+	
	%	%*	%	%*	%	%*	%	%*
2001	77,3	81,5	21,0	17,0	1,7	1,4	0,1	0,0
2002	75,1	80,0	22,9	18,3	1,9	1,6	0,1	0,1
2003	73,3	79,0	23,9	18,8	2,6	2,0	0,2	0,2
2004	71,2	77,6	25,1	19,7	3,5	2,5	0,2	0,2
2005	70,3	77,4	25,3	19,4	4,1	2,9	0,2	0,2
2006	70,1	77,6	24,6	18,9	5,0	3,4	0,2	0,2
2007	71,3	78,0	22,9	17,9	5,5	3,9	0,3	0,2
2008	70,8	78,3	22,4	17,1	6,4	4,4	0,3	0,2

\* unter Berücksichtigung der „Ghost Case“-Korrektur

Quelle: BMG; GÖG/ÖBIG eigene Berechnung und Darstellung

Im Jahr 2001 befinden sich beispielsweise 47 Personen im Alter von 50 bis 59 Jahren in Substitutionsbehandlung (unter Berücksichtigung der „Ghost Case“-Korrektur – zur Definition siehe GÖG/ÖBIG 2008c, GÖG/ÖBIG 2009 in Vorbereitung), im Jahr 2008 erhöht sich die Zahl der Behandelten in dieser Alterskategorie auf 314 Personen. Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass aufgrund der Unzulänglichkeit der Substitutionsdaten diese nur sehr eingeschränkt für eine Einschätzung der Altersentwicklung bei Drogenkonsumierenden interpretiert werden können (GÖG/ÖBIG 2006 und 2007b).

Bei den **direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen** beträgt der Anteil der 40-jährigen und älteren Drogentoten im Jahr 1995 7,3 Prozent (ÖBIG 2005), erhöht sich in den Folgejahren und erreicht im Jahr 2000 17,4 Prozent. Im Jahr 2007 sinkt in dieser Alterskategorie die Zahl der Todesfälle wieder auf 14,3 Prozent. Hinsichtlich einer weiteren Entwicklung kann derzeit nichts gesagt werden (vgl. Kap. 6.3).

Eisenbach-Stangl und Reidl (2009) kommen in ihrer **Studie im Rahmen des SDD-Care-Projekts** zum Ergebnis, dass die Zahl der älteren Drogenkonsumierenden steigen wird (Fokus liegt auf Personen im Alter von 35 Jahren und darüber). Altersstratifizierte Analysen anhand von Prävalenzschätzungen zeigen, dass sich der problematische Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten in dieser Altersgruppe erhöht hat (2001: 28 %; 2007: 33 %). Bei CONTACT (Wien) ist die Zahl der betreuten 40-jährigen und älteren Klientinnen und Klienten in den letzten Jahren bereits kontinuierlich gestiegen. Bis 2002 betrug die Anzahl der älteren Drogenkonsumierenden im langjährigen Schnitt 10 Prozent, in den vergangenen Jahren hat sich die Zahl der Betreuten in dieser Altersgruppe erhöht und beträgt 2008 28 Prozent (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2009b). **Einrichtungen des Drogenhilfesystems** aus anderen Bundesländern berichten ebenfalls über einen Anstieg der Betreuten im Alter von über 40 Jahren (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2009, B.I.T. 2008).

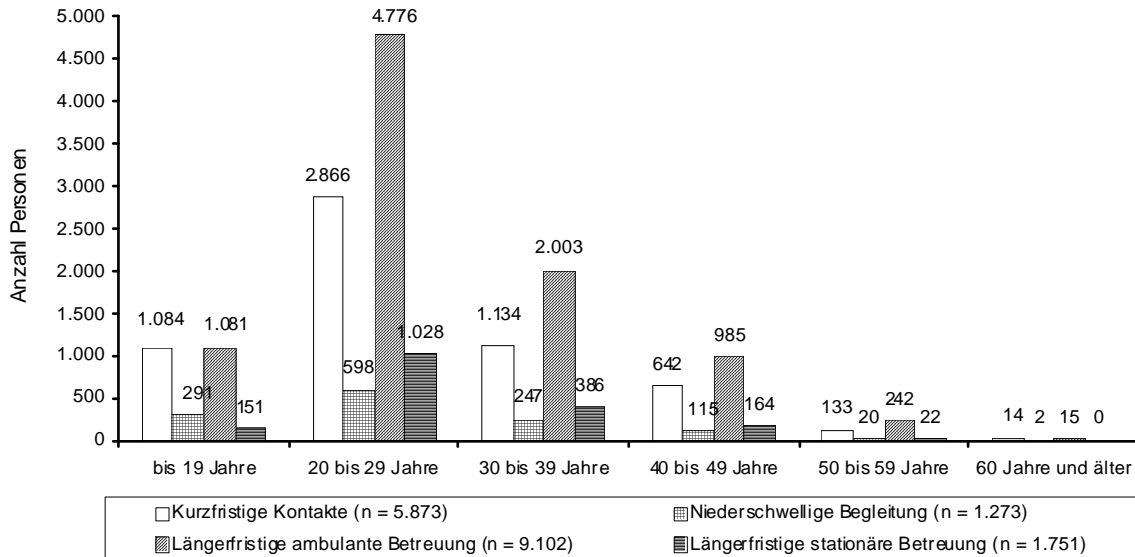
Auf nationaler Ebene liegen vereinzelte Studien vor, die **relevante Faktoren hinsichtlich des Anstiegs der Anzahl** von älteren Drogenkonsumierenden zwar auflisten, sich aber in ihren Analysen nicht im Detail damit auseinandersetzen. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass das Älterwerden der Gesellschaft eine zentrale Rolle spielt (starke Prägung durch die „Baby-Boom-Generation“ der Geburtenjahrgänge 1946 bis 1964). Zusätzlich tragen Angebote des Drogenhilfesystems sowie Substitutionsprogramme zum Anstieg der Anzahl der älteren Drogenkonsumierende bei. Hinsichtlich der Altersstruktur der Drogenklientel muss eine Vielzahl wichtiger **Kontextfaktoren** berücksichtigt werden, wie z. B. die historische Entwicklung des Drogenkonsums in einem Land. Andere Einflussfaktoren – ohne den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben – sind Unterschiede in der Mortalität, welche z. B. durch Konsummuster beeinflusst werden, oder die Zugänglichkeit des Systems der Drogenhilfe (GÖG/ÖBIG 2009a).

## 12.2 Drogenkonsum, gesundheitliche und soziale Charakteristika von älteren Drogenkonsumierenden

Basierend auf den DOKLI-Daten (vgl. Kap. 5.3), wird anhand ausgewählter Parameter ein Vergleich der gebildeten Alterskohorten vorgenommen und versucht, Indizien hinsichtlich spezifischer Charakteristika und Bedürfnisse älterer Klientinnen und Klienten der österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen herauszuarbeiten. Für die folgenden Analysen wurde als

Grundgesamtheit alle im Jahr 2008 in längerfristiger ambulanter oder stationärer Betreuung befindlichen Personen herangezogen. Weiters werden – wo als sinnvoll erachtet – Vergleiche zwischen Betreuten mit Leitdroge Opiate (zur Definition siehe Kap. 5.3) und allen in Betreuung befindlichen Personen angestellt.

Abbildung 12.1: Anzahl der Personen, die 2008 eine drogenspezifische Betreuung in Anspruch genommen haben, nach Alter und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Im Jahr 2008 sind 86 Prozent der drogenspezifisch Betreuten unter 40 Jahre alt (vgl. Abbildung 12.1). Elf Prozent der Klientel liegen in der Altersgruppe 40 bis 49 Jahre, 2 Prozent in der Altersgruppe 50 bis 59 Jahre, und lediglich 31 Personen sind 60 Jahre oder älter.

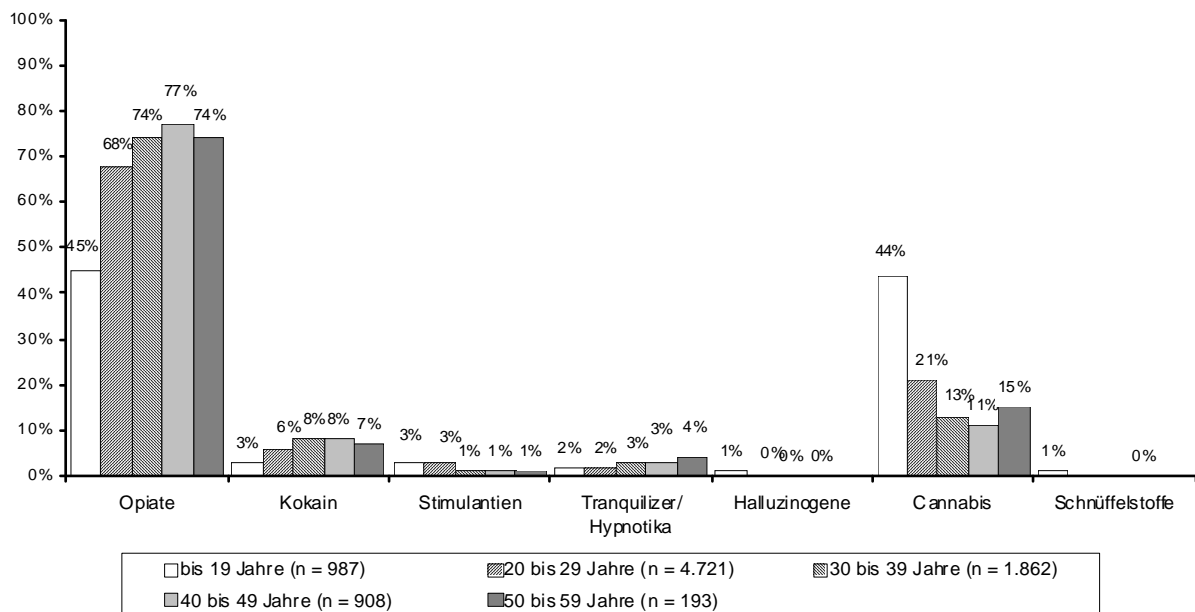
Die **Behandlungsdauer** in den Altersgruppen unter 40 Jahren beträgt bei ca. der Hälfte weniger als vier Monate (vgl. Tab. A25 im Anhang A). In der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen wird knapp ein Viertel der Personen ein bis drei Monate lang betreut. Rund ein Drittel der 50- bis 59-Jährigen wird vier bis sechs Monate betreut; 17 bzw. 13 Prozent der Betreuten dieser Alterskategorie sind 13 bis 24 bzw. 25 bis 36 Monate in drogenspezifischer Betreuung. Generell ist die Tendenz zu beobachten, dass 40-jährige und ältere Betreute eine längere Behandlungsdauer aufweisen als jüngere Kohorten. Die Daten zur Betreuungsdauer sollten nur mit großer Vorsicht betrachtet werden, da für eine zuverlässige Aussage die Ergebnisse der nächsten Auswertungsjahrgänge berücksichtigt werden müssen (Details dazu siehe GÖG/ÖBIG 2009a).

Die eigene Initiative stellt den häufigsten **Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme mit der Drogenhilfeeinrichtung** in allen Altersgruppen dar (vgl. Tab. A26 im Anhang A). Bei knapp mehr als der Hälfte der 40-jährigen und älteren Klientinnen und Klienten mit Leitdroge Opiate ist dies der zentrale Impuls, in längerfristig stationäre oder ambulante Behandlung zu gehen (39 % bis 49 % bei den unter 40-jährigen Betreuten). Generell zeigt sich, dass die Bedeutung von Familie und Freundinnen bzw. Freunden mit dem Alter sinkt, während der Stellenwert der Eigeninitiative steigt. Eine Auflage oder Weisung bezüglich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme für Drogenkonsumierende wird in jeder Alterskategorie (ausgenommen

der Altersgruppe bis 19 Jahre) am zweithäufigsten als Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme mit der Drogenhilfeeinrichtung genannt. Aus der Altersanalyse geht weiters hervor, dass bei Drogenkonsumierenden im Alter von 40 Jahren und darüber der Hausarzt tendenziell häufiger den Hauptanstoß zur Kontaktaufnahme mit einer Drogenhilfeeinrichtung gibt als bei den jüngeren Kohorten. Werden als Grundgesamtheit alle Personen, die 2008 längerfristig stationär oder ambulant betreut werden, herangezogen, können dieselben Tendenzen wie bei betreuten Personen mit Leitdroge Opiate beobachtet werden; es gibt lediglich geringfügige Unterschiede hinsichtlich der prozentuellen Verteilung. Zu beobachten ist allerdings, dass die Bedeutung der Familie in der Alterskategorie der 60-jährigen und älteren Drogenkonsumierenden wieder steigt (vgl. Tab. A27 im Anhang A).

Datenanalysen von Eisenbach-Stangl und Reidl (2009) sowie Auswertungen der DOKLI-Daten des Klientenjahrgangs 2008 weisen darauf hin, dass sich Drogenkonsumierende unterschiedlichen Alters hinsichtlich ihrer **Konsummuster** unterscheiden. Analysen zur hierarchischen Leitdroge zeigen, dass es neben dem Anstieg des Anteils der Opiate und dem Rückgang des Anteils von Cannabis mit dem Alter keine größeren Unterschiede zwischen den Alterskohorten gibt (vgl. Abbildung 12.2). Interessant ist, dass die Tendenz bei der Altersgruppe 50 bis 59 Jahre in die entgegengesetzte Richtung läuft (leichter Rückgang bei den Opiaten, leichter Anstieg bei Cannabis bei den 50- bis 59-jährigen).

Abbildung 12.2: Personen, die 2008 ambulant oder stationär betreut wurden, nach hierarchischer Leitdroge (EBDD) und Altersgruppen in Prozent



Anmerkung: Da nur vier Personen 60 Jahre oder älter sind, scheint diese Alterskategorie in der Abbildung nicht auf.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

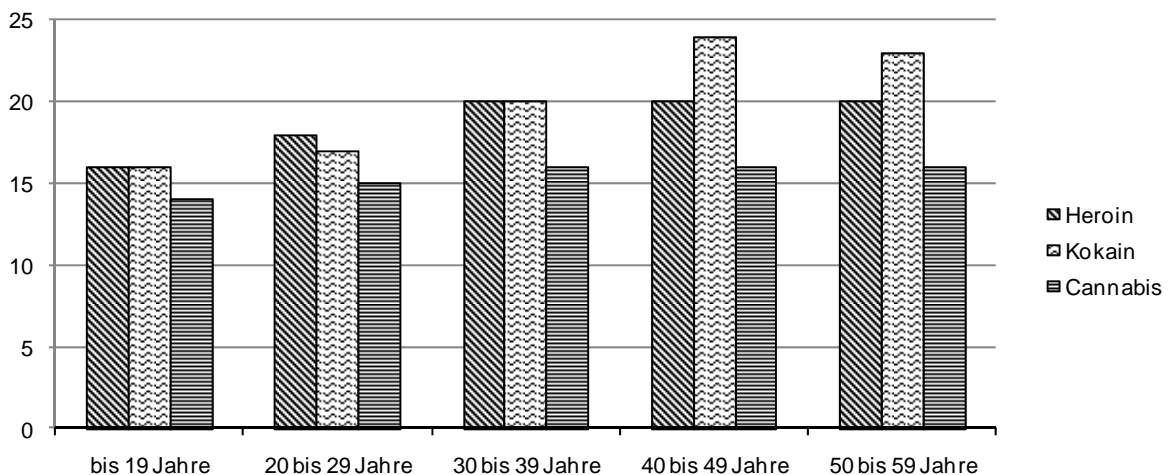
Bei 40-jährigen und älteren Personen in längerfristig ambulanter oder stationärer Betreuung mit Leitdroge Opiate stellt Injizieren die am öftesten genannte **vorwiegende Einnahmeform von Heroin** dar (knapp 70 %), gefolgt von Sniffen (17 % bis 22 %). Im Gegensatz dazu wird bei den unter 30-jährigen Betreuten Sniffen an erster Stelle genannt (46 % bis 56 %). In der Altersgruppe der 30- bis 39-jährigen Betreuten wird wie bei den älteren Kohorten wiederum



Injizieren am häufigsten genannt (vgl. Tab. A28 im Anhang A). Hinsichtlich der vorwiegenden Einnahmeform von **Kokain** zeigt sich, dass in allen Altersgruppen Sniffen an erster Stelle steht, gefolgt von Injizieren (vgl. Tab. A30 im Anhang A). Grundsätzlich kann beobachtet werden, dass der Anteil an Personen, die angeben, Heroin bzw. Kokain zu injizieren, mit dem Alter kontinuierlich ansteigt. Bei den 50- bis 59-Jährigen ist der Anteil an intravenösen Kokainkonsumierenden minimal niedriger. Sniffen als vorwiegende Einnahmeform von Heroin ist mit steigendem Alter rückläufig, bei Kokain bis zu einem Alter von 59 Jahren. Werden als Grundgesamtheit alle betreuten Personen in längerfristig ambulanter oder stationärer Betreuung herangezogen, können sowohl bei der Einnahme von Heroin als auch von Kokain dieselben Tendenzen beobachtet werden (vgl. Tab. A29 und A31 im Anhang A). Es gibt darüber hinaus Indizien, dass bei Betreuten im Laufe der Drogenkarriere ein Umstieg von Sniffen auf intravenösen Drogenkonsum erfolgt (vgl. GÖG/ÖBIG 2008a, Kap. 5.3).

Hinsichtlich des **Altersmedians beim Erstkonsum** zeigt sich, dass bei älteren Drogenkonsumierenden das Einstiegsalter in den Drogenkonsum höher ist als bei den jüngeren (vgl. Abbildung 12.3). Der Altersmedian beim Erstkonsum von Cannabis liegt bei allen Altersgruppen zwischen 14 und 16 Jahren (vgl. Tab. A32 im Anhang A). Werden als Grundgesamtheit alle Personen herangezogen, die sich im jeweiligen Jahr in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befunden haben, sind nur geringe Unterschiede hinsichtlich des Altersmedians beim Erstkonsum feststellbar; in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen ist das Einstiegsalter beim Kokainkonsum geringfügig höher (24,5 Jahre) (vgl. Tab. A33 im Anhang A). Ob das Alter beim Erstkonsum bei älteren Drogenkonsumierenden tatsächlich höher ist (Alterseffekt) oder ob es sich dabei um eine Verzerrung der Ergebnisse aufgrund der Stichprobe handelt (Stichprobeneffekt) bzw. ob sich die älteren Befragten nicht richtig erinnern können (Erinnerungseffekt), ist zu diskutieren.

Abbildung 12.3: Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen mit Leitdroge Opiate, die sich 2008 in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen



Anmerkung: Da weniger als 20 Personen 60 Jahre oder älter sind, scheint diese Alterskategorie in der Abbildung nicht auf.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008

Ausgewählte Indikatoren der **Soziodemographie und der Lebenssituation** geben im Folgenden Aufschluss über spezifische Charakteristika von älteren Drogenkonsumierenden in

längerfristiger ambulanter und stationärer Behandlung mit Leitdroge Opiate (vgl. Tabelle 12.2). Der Großteil der 40-jährigen und älteren Drogenkonsumierenden ist männlich, der Anteil der betreuten Frauen beträgt in dieser Altersgruppe rund ein Fünftel. Generell ist zu beobachten, dass der Anteil der betreuten Frauen mit steigendem Alter abnimmt (vgl. Kap. 5.3). Hinsichtlich der **höchsten abgeschlossenen Schulbildung** zeigt sich die Tendenz, dass das Bildungsniveau mit dem Alter leicht zunimmt. Zu diskutieren ist, ob dies ein Alterskohorteneffekt ist (die Schulbildung in den Generationen der älteren Opiatkonsumierenden war besser), ein Selektionseffekt (besser gebildete Opiatkonsumierende überleben länger – siehe dazu auch Eisenbach-Stangl und Reidl 2009) oder auf Weiterbildungsmaßnahmen zurückgeführt werden kann (Abschlüsse werden nachgeholt). Der hohe Anteil ohne Pflichtschulabschluss bzw. ohne weiterführende Ausbildung bei den unter 19-Jährigen ist nicht interpretierbar, da diese Personen noch im Ausbildungsprozess stehen.

*Tabelle 12.2: Längerfristig ambulant oder stationär betreute Personen mit Leitdroge Opiate und ausgewählte Indikatoren der Soziodemographie und der Lebenssituation nach Alter, 2008*

Variablen	Alter in Jahren				
	bis 19 (n = 449)	20 bis 29 (n = 3212)	30 bis 39 (n = 1384)	40 bis 49 (n = 699)	50 bis 59 (n = 142)
<b>Frauen</b>	49 %	31 %	25 %	22 %	23 %
<b>gesetzliche Auflage</b>	19 %	24 %	18 %	14 %	15 %
<b>Lebensmittelpunkt Wien</b>	27 %	37 %	40 %	34 %	19 %
<b>erwerbstätig</b>	29 %	27 %	26 %	23 %	21 %
<b>arbeitslos</b>	28 %	42 %	38 %	29 %	14 %
<b>Sozialhilfe</b>	7 %	12 %	12 %	14 %	18 %
<b>Präsenz / Zivildienst / Karenz / Pension</b>	1 %	4 %	10 %	23 %	37 %
<b>kein Pflichtschulabschluss</b>	14 %	6 %	4 %	3 %	1 %
<b>Außer Pflichtschule kein weiterführender Schulabschluss</b>	76 %	60 %	58 %	59 %	48 %
<b>gesicherte Wohnsituation</b>	94 %	91 %	90 %	92 %	94 %
<b>alleine lebend</b>	12 %	23 %	34 %	43 %	45 %

Anmerkung: Da weniger als 20 Personen 60 Jahre oder älter sind, scheint diese Alterskategorie in der Tabelle nicht auf.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008;  
GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Bei der **Wohnsituation** zeigt sich in allen Altersgruppen ein hoher Anteil in der Kategorie „gesichert“ (z. B. eigene Wohnung). Der Anteil der Personen, die alleine leben, nimmt mit dem Alter kontinuierlich zu und beträgt bei den 50- bis 59-Jährigen 45 Prozent. Ob dies als ein Indikator für Vereinsamung interpretiert werden kann, ist auf Basis der vorliegenden Daten nicht feststellbar. Sehr interessant ist, dass der Prozentsatz der in Wien wohnenden Personen in den jüngeren Altersgruppen steigt und bei den 40-Jährigen und Älteren wieder rückläufig ist: Wien scheint als Lebensmittelpunkt für ältere Drogenkonsumierende weniger attraktiv zu sein; ob das einem Trend der Allgemeinbevölkerung entspricht oder andere Gründe hat, ist unklar. Die Ergebnisse zum **Lebensunterhalt** zeigen, dass die Kategorie „Pension“ bei den älteren Drogenkonsumierenden stark zunimmt. Dennoch kann der sehr geringe Prozentsatz von „Erwerbstätigen“ als Indikator für Probleme hinsichtlich der Integration in den Arbeitsmarkt besonders bei älteren Betreuten interpretiert werden. Ältere Drogenkonsumierende beanspruchen Sozialleistungen häufiger als unter 40-Jährige. Die meisten

zuvor beschriebenen Altersunterschiede sind bei einer Grundgesamtheit von allen betreuten Klientinnen und Klienten ähnlich bzw. zum Teil etwas schwächer ausgeprägt (vgl. Tab. A34 im Anhang A).

Der Spitalverbindungsdienst CONTACT (Wien) stellt Unterschiede zwischen der älteren und jüngeren Klientel fest, die mit den oben beschriebenen DOKLI-Auswertungen Parallelen aufweisen. Ältere Betreute unterscheiden sich demnach von jüngeren unter verschiedenen Gesichtspunkten (die nachfolgende Auflistung ist beispielhaft): sozialer Ausschluss (vor allem bei Männern), Unfähigkeit, alleine zu wohnen, kein Zugang zu medizinischen, suchtspezifischen und sozialen Leistungen infolge der schlechten physischen und psychischen Verfassung bzw. der daraus folgenden eingeschränkten Mobilität, Mangel an Zukunftsperspektiven, keine bzw. kaum Chancen zur Integration in den Arbeitsmarkt, keine Tagesstruktur, geringe Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2009b). Bei der Psychosoziale Zentren (PSZ) GmbH in NÖ kann die ältere Klientel anhand von zwei Gruppen charakterisiert werden. Während sich die eine Gruppe relativ stabil in Substitutionsbehandlung befindet (teilweise auf niedriger Erhaltungsdosis, häufig Verabreichung von Methadon) und teilweise sozial integriert ist (berufstätig oder Gründung einer eigenen Familie) bzw. auch chronisch erkrankt ist (z. B. Infektionskrankheiten), weist die andere Klientel häufig polytoxikomane Konsummuster auf (Opiate, Alkohol, Benzodiazepine), hat soziale Kontakte vornehmlich innerhalb der Drogenszene, hat bereits mehrfache Entzugs- und Therapieversuche durchlaufen und ist von vielen Haftzeiten sowie langen Prostitutionserfahrung geprägt (Werner, persönliche Mitteilung).

Hinsichtlich **drogenassoziierter Gesundheitsprobleme** ist die Situation in der Gruppe der über 29-jährigen Betreuten grundsätzlich als wesentlich schlechter einzustufen als bei den jüngeren. Ganz allgemein kann beobachtet werden, dass die Prävalenz der Infektionskrankheiten erwartungsgemäß mit dem Alter steigt. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass der Anteil von Klientinnen und Klienten, die intravenös Drogen konsumieren, mit dem Alter zunimmt (GÖG/ÖBIG 2009a). Basierend auf der Selbstauskunft der Klientinnen und Klienten der Wiener BADO wird ersichtlich, dass bei den über 40-Jährigen fast alle mit einer Reihe von vielfach schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen konfrontiert sind. Genannt werden in der Reihenfolge der Häufigkeit chronische Hepatitis C, Zahnprobleme, Magen-Darm-Probleme, psychiatrische Erkrankungen, Probleme mit Haut und Venen, Krampfanfälle bzw. epileptische Anfälle (ÖBIG 2005). Die Beratungsstelle B.I.T. (Tirol) berichtet von diagnostizierbaren ausgeprägten Depressionen oder anderen komorbiden Störungen bei einem Großteil der Klientel im Alter von 40 Jahren aufwärts (GÖG/ÖBIG 2008c). Die ältere Klientel der PSZ GmbH (NÖ) weist weiters häufig psychiatrische Zusatzdiagnosen auf (Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Angsterkrankungen) (Werner, persönliche Mitteilung).

Es liegen einige Indizien vor, dass ältere Drogenkonsumierende in den an DOKLI beteiligten Einrichtungen unterrepräsentiert sind. Dies lässt sich insbesondere aus Vergleichen mit anderen EU-Ländern bzw. mit den Daten zur Substitutionsbehandlung schließen. Über die Ursachen dieser Diskrepanz kann nur spekuliert werden. Einerseits könnte es sein, dass ältere Personen in Substitutionsbehandlung gut stabilisiert und integriert sind und daher keine anderen Angebote der Drogenhilfe in Anspruch nehmen. Andererseits könnte das Ergebnis dahingehend interpretiert werden, dass hinsichtlich der Bedürfnisse dieser Zielgruppe kein

adäquates Angebot existiert. Eine weitere Interpretation wäre, dass die spezifischen Bedürfnisse der älteren Personen in Substitutionsbehandlung durch Angebote außerhalb der Drogenhilfe abgedeckt werden. Welche der drei Sichtweisen zutreffend ist, kann auf Basis der Daten aus dem Routinemonitoring nicht entschieden werden und stellt ein Forschungsdesiderat dar (GÖG/ÖBIG 2008a).

### 12.3 Behandlung, Management und Versorgung von älteren Drogenkonsumierenden

Es gibt bundesweite und länderspezifische Regelungen, die für die Behandlung und Versorgung älterer Drogenkonsumierender in Österreich von Bedeutung sind (vgl. Kap. 1). Für Drogenkonsumierende jeden Alters gelten grundsätzlich dieselben gesetzlichen Bestimmungen. Sofern in bestehenden Regelungen und Angeboten Drogenabhängige erwähnt werden, geschieht dies in ausgrenzender Form (z. B. Ausschluss von Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung, einschränkende Bestimmungen in den Hausordnungen von Pflegeheimen usw.) (Spirig et al. 2009).

Die Erlangung vieler Leistungen des **Sozialsystems** stellt für die meisten älteren Drogenkonsumierenden eine Überforderung dar. Von der bürokratisch oft erschwerten Zugänglichkeit zu Leistungen, von der alle Antragsteller/innen betroffen sind, sind ältere Drogenkonsumierende in besonderer Weise betroffen. Neben gesundheitlichen Beeinträchtigungen (z. B. eingeschränkte Mobilität) ist diese Altersgruppe mit Hürden konfrontiert, die sich häufig aus sozialer Deprivation ergeben (Spirig et al. 2009). Eine mögliche (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt gestaltet sich besonders für ältere Drogenkonsumierende schwierig (vgl. Kap. 8.2).

Ältere Drogenkonsumierende werden nur in wenigen **Suchtkonzepten** erwähnt (vgl. Kap. 1). Das Bundesland Kärnten verfolgt beispielsweise in seinem aktuellen verbindlichen Rahmenplan für den weiteren Ausbau des Kärntner Suchthilfesystems das Ziel, mittelfristig eine Versorgungsschiene für suchtgefährdete ältere Menschen aufzubauen, die einen problematischen Konsum von illegalen Drogen und/oder Alkohol aufweisen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Zielgruppe der älteren Drogenkonsumierenden nicht mit einer festgelegten Altersgrenze definiert wurde (Preshlauer, persönliche Mitteilung). Im Vorarlberger Drogenkonzept (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2002) wird bemerkt, dass für die Gruppe der 30- bis 50-Jährigen, die erst im fortgeschrittenen Alter mit dem Konsum illegaler Drogen beginnen, ein eigenes Therapieangebot zu schaffen ist. Dies soll nicht über eine zusätzliche Einrichtung, sondern durch Spezialisierung in den bestehenden Institutionen erfolgen; im Krankenhaus Maria Ebene wurde für diese Zielgruppe bereits ein entsprechendes Therapieangebot geschaffen. In den Suchtkonzepten der restlichen Bundesländer werden ältere Drogenkonsumierende nicht explizit erwähnt.

Laut Spirig et al. (2009) gibt es derzeit **keine spezifischen Betreuungsangebote** für ältere Drogenkonsumierende. Vereinzelt Einrichtungen des Drogenhilfesystems berichten über eine vermehrte Inanspruchnahme ihrer Angebote von dieser Zielgruppe, z. B. B.I.T. (Tirol) (GÖG/ÖBIG 2008c) oder VWS (Wien) (2009a). Die spezifischen Versorgungsbedürfnisse älterer Drogenkonsumierender (vgl. Kap. 12.2) stellen das System der Drogenhilfe vor große Herausforderungen. Aus dem Bundesland Kärnten wird berichtet, dass für ältere Patienten

mit psychiatrischer Grunderkrankung und problematischem Drogenkonsum passende Betreuungsangebote fehlen. Der daraus resultierende „Drehtüreffekt“ zwischen Akutabteilungen und Rehabilitationseinrichtungen verursacht erhebliche Kosten, die Versorgung ist nicht ausreichend (Land Kärnten 2006).

Insbesondere bei der Schnittstelle zur Altenpflege sind spezifische Angebote erforderlich, um den Bedürfnissen älterer Drogenkonsumierender gerecht zu werden (GÖG/ÖBIG 2009a). Laut Vorarlberger Drogenkonzept (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2002) erfordert die Situation von älteren Süchtigen spezielle Maßnahmen, in die alle in der Altersbetreuung tätigen Berufsgruppen und auch Angehörige miteinbezogen werden sollen. Erfahrungen aus Vorarlberg zeigen, dass der Gesundheitszustand von Suchtkranken in Pflegeeinrichtungen sehr gut stabilisiert werden kann (Neubacher, persönliche Mitteilung). Im Gegensatz dazu berichten Musalek und Preinsperger, dass der teilweise massive Beikonsum der Zielgruppe in geriatrischen Einrichtungen nur schwer toleriert wird. Darüber hinaus bestehen Akzeptanzprobleme bei Nicht-Konsumierenden solcher Einrichtungen gegenüber dieser Zielgruppe. Tagesstrukturierende Angebote für ältere Drogenabhängige werden als sinnvoll erachtet, da diese häufig von Arbeitslosigkeit betroffen sind und wenige Sozialkontakte pflegen. Weiters bedarf es betreuter Wohnformen und spezifischer Pflegeangebote. Die Behandlung älterer Drogenkonsumierender erfordert ein Berücksichtigen der spezifischen Aspekte des Alters, insbesondere auch der Komorbiditäten<sup>45</sup>.

Hinsichtlich der Entwicklung von **Strategien zur Betreuung und Versorgung** älterer Drogenkonsumierender ist für Österreich das EU-Projekt SDDCare von zentraler Relevanz<sup>46</sup>. Im Zuge dieses Forschungsprojektes wird aktuell Grundlagenwissen zur Lebenssituation und zur gesundheitlichen Lage von älteren drogenkonsumierenden Frauen und Männern und zu ihren objektiven und subjektiven Versorgungsbedürfnissen erarbeitet. Zusätzlich ist die Erarbeitung von praxisrelevanten Konzepten und Richtlinien zur Implementierung von ambulanten und stationären Einrichtungen für die Zielgruppe der über 35-jährigen Personen mit Drogenproblemen vorgesehen. Auf Bundeslandebene wird im Rahmen des Kärntner Suchtplans (siehe oben) aktuell ein Konzept zur Betreuung älterer Drogenkonsumierender von OIKOS / Verein für Suchtkranke erstellt und soll demnächst fertiggestellt bzw. umgesetzt werden (Land Kärnten 2006).

---

<sup>45</sup> [www.geriatrie-online.at/dynasite.cfm?dsmid=96679&dspaid=744846](http://www.geriatrie-online.at/dynasite.cfm?dsmid=96679&dspaid=744846) (15. 4. 2009)

<sup>46</sup> [www.sddcare.eu](http://www.sddcare.eu) (7. 8. 2009)



# Quellenverzeichnis





## BIBLIOGRAPHIE

- Aeschbach Jachmann, C., Jagsch, R., Winklbaier, B., Matzenauer, C., Fischer, G. (2008). Office-based treatment in opioid dependence: A critical survey of prescription practices for opioid maintenance medications and concomitant benzodiazepines in Vienna, Austria. In: European Addiction Research 2008, 14, S. 206–212.
- Ärztelammer für Tirol (2008). Substitutionsbericht für Tirol 2008. Bericht zur Vorsorge-situation in Tirol. Ärztelammer für Tirol, Referat für Suchtmedizin. Innsbruck
- Amt der Kärntner Landesregierung (2009). Tätigkeitsbericht 2008 – Abteilung 12 Sanitäts-wesen. Amt der Kärntner Landesregierung. Klagenfurt
- Amt der Vorarlberger Landesregierung (2002). Vorarlberger Drogenkonzept 2002. Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung IVa – Gesellschaft und Soziales. Bregenz
- B.I.T. (2008). Jahresbericht 2007 der Drogen- und Suchtberatung B.I.T. Tirol. Verein B.I.T. – Suchtberatung. Volders
- BMG (2009a). Österreichische AIDS-Statistik. Periodischer Bericht; 30. Juli 2009. Bundes-ministerium für Gesundheit. Wien
- BMG (2009b). Vorläufiger Jahresausweis über angezeigte Fälle übertragbarer Krankheiten. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMG (2009c). Diagnose- und Leistungsdokumentation 2008. Datensatz auf elektronischem Datenträger.
- BMI (2006). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2005. Bundes-ministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien
- BMI (2007). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2006. Bundes-ministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien
- BMI (2008). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2007. Bundes-ministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien
- BMI (2009). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2008. Bundes-ministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien
- Bundeskanzleramt (2008). Regierungsprogramm 2008–2013. Gemeinsam für Österreich. Regierungsprogramm für die XXIV. Gesetzgebungsperiode. Wien
- Caritas Diözese Graz-Seckau (2009). Informationen zum Projekt Offline. Graz
- Caritas Vorarlberg (2009). CaritasFenster Nr. 89, Jahresbericht 2008. Feldkirch
- ChEck iT! (2008). Newsletter 11/08. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- Dialog (2009a). Handbuch zur Qualitätspolitik des Verein Dialog. Wien
- Dialog (2009b). Jahresbericht 2008. Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgift-gefährdete und deren Angehörige. Wien
- Do it yourself (2009). Jahresbericht 2007/2008. Kontakt- und Anlaufstelle für Drogen-konsumentInnen. Bludenz
- Drogenberatung des Landes Steiermark (2009). Jahresbericht 2008. Graz

- Drogenkoordination des Landes Salzburg (2009). Bericht zur Drogensituation im Land Salzburg. Jahresbericht 2008. Salzburg
- Dür, W., und Griebler, R. (2007). Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. HBSC-Surveys 2006. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
- Dür, W., und Mravlag, K. (2002). Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des 6. HBSC-Surveys 2001 und Trends von 1990 bis 2001. Reihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Wien
- EBDD (2007). Jahresbericht 2007. Stand der Drogenproblematik in Europa. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon
- EBDD (2008). Jahresbericht 2008. Stand der Drogenproblematik in Europa. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon
- Eisenbach-Stangl, I. (2009). The city of snugness („Gemütlichkeit“). Drug consumption and drug consumers in Vienna. In: Eisenbach-Stangl, I., Moskalewicz, J., und Betsy, T. (Eds.): Two worlds of drug consumption in late modern societies. Wien, S. 115–136
- Eisenbach-Stangl, I., Reidl, C. (2009). Senior drug dependents and care structures. Report Austria and Vienna. European Centre for Social Welfare Policy and Research. Wien.
- ENCARE Österreich (2009a). Newsletter 1/2009. Linz
- ENCARE Österreich (2009b). Newsletter 2/2009. Linz
- ESPAD Austria (2007). Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Vorläufige Auswertung zu den Konsumerfahrungen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien (unveröffentlicht)
- Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung (2009): Jahresbericht 2008. St. Pölten
- Falbesoner, B., und Lehner, S. (2008). 2. Bericht zum Suchtmittelkonsum im Burgenland. Kurzfassung. Im Auftrag der Burgenländischen Landesregierung. Eisenstadt
- Gegenhuber, B., Spirig, H., Malfent, D. (2008). Substitutionsbehandlung im österreichischen Strafvollzug. Im Auftrag der Vollzugsdirektion des Bundesministeriums für Justiz. Wien
- Gesundheitsförderung in Haft (2009). Vierte europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft am 16. und 17. April 2009 in Wien.
- GÖG/ÖBIG (2006). Bericht zur Drogensituation 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2007a). Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI) – Klientenjahrgang 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
- GÖG/ÖBIG (2007b). Bericht zur Drogensituation 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

- GÖG/ÖBIG (2008a). Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogen-einrichtungen (DOKLI) – Klientenjahrgang 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
- GÖG/ÖBIG (2008b). Suchtgiftbezogene Todesfälle 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2008c). Bericht zur Drogensituation 2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2008d). Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogenhil-fe (DOKLI) Basismanual. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2009a). Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogen-einrichtungen (DOKLI) – Klientenjahrgang 2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien
- GÖG/ÖBIG (2009b). Die präventive Rolle der Offenen Jugendarbeit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2009c). Suchtgiftbezogene Todesfälle 2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Grüner Kreis (2009a). Der Weg in die Sucht. Magazin. Frühjahr 2009, No. 69. Verein Grüner Kreis. Wien
- Grüner Kreis (2009b). Tätigkeitsbericht 2008. Verein Grüner Kreis. Wien
- Haas, S. (2005). Problembewusste Frauen, risikofreudige Männer? Illegale Drogen und Geschlecht. In: Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S., Mader, R. (Hrsg.): Männer Frauen Sucht. Wien, S. 133-144
- Hausleitner, B. (2008). Konzept für den Ausbau der universellen und selektiven Prävention im Burgenland.
- Hausleitner, B. (2009). Das Burgenland und die Sucht. Die Fachstelle für Suchtprävention Burgenland. In: Der Weg in die Sucht. Magazin Grüner Kreis Nr. 69, Frühling 2009. Wien
- Hutsteiner, T., Seebauer, S., Auferbauer, M. (2005). Die Drogensituation an steirischen Berufsschulen und Lehrlingshäusern. Endbericht. X-Sample. Graz
- IFES (2004). Suchtmittel-Monitoring 2003. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2005). Suchtmittel-Monitoring 2005. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2008). Suchtmittel-Monitoring 2007. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2009). Suchtmittel-Monitoring 2008. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- Institut Suchtprävention (2008): 4tyFour. Das Präventionsmagazin Nr. 11, Dez. 2008. Institut Suchtprävention, Pro Mente OÖ. Linz

Institut Suchtprävention (2009a): Jahresbericht 2008. Institut Suchtprävention, Pro Mente OÖ. Linz

Institut Suchtprävention (2009b): 4tyFour. Das Präventionsmagazin. Nr. 12, Juni 2009. Institut Suchtprävention, Pro Mente OÖ, Linz.

Kärntner Caritasverband (2009). Tätigkeitsbericht 2008. Klagenfurt

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

Komfüdro (2009). Jahresbericht 2008. Komfüdro. Innsbruck

Kontaktladen (2009). Jahresbericht 2008 Kontaktladen / Streetwork. Caritas. Graz

Kurier (27. 10. 2008). Modedroge Spice „gehört verboten“

Kurier (30. 10. 2008). Spice „Man muss die Eltern wachrütteln“

Kurier (31.10. 2008). „Spice“ steht vor dem Aus

Land Kärnten (2006). Suchtplan 2006–2010

MDA basecamp (2008). Tätigkeitsbericht 2007. Innsbruck

MDA basecamp (2009). Tätigkeitsbericht 2008. Innsbruck

ÖBIG (1997). Bericht zur Drogensituation 1997. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

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

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

ÖBIG (2004). Bericht zur Drogensituation 2004. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

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

Pajkovic, G. (2008). Eine Analyse von Lebenswelten und Lebenslagen von KonsumentInnen illegalisierter Drogen, deren Eltern nicht in Österreich geboren sind, und deren Exklusion aus den gesellschaftlichen Funktionssystemen. Diplomarbeit, eingereicht zur Erlangung des Grades Magistra (FH) für sozialwissenschaftliche Berufe an der Fachhochschule St. Pölten im November 2008

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

Schroff, K. D. (1857). Fall einer Vergiftung mit Haschisch. Reprint aus: Wochenblatt der Zeitschrift der kaiserl. königl. Gesellschaft der Ärzte in Wien, Nr. 40 und 41 – 3. Jahrgang, 5. und 12. Okt. 1857. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jahrgang 2, 1978/79, Nr. 1. Wien

Schweizer Haus Hadersdorf (2009). Festschrift zum 10-jährigen Bestehen und Jahresbericht 2007/2008. Wien

- Seyer, S., Lehner, R., Gschwandtner, F., und Paulik, R. (2007). Bericht zum Drogenmonitoring 2006. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz
- Spirig, H., Gegenhuber, B., Malfent, D. (2009). Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen der Versorgung älterer Drogenabhängiger in Österreich. Wien
- Springer, A., Uhl, A. (2009). Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen in Österreich. In: Suchtmedizin (in Druck)
- Springer, A., Uhl, A., Strizek, J. (2009). Opiatabhängige in Substitutionsbehandlung in Österreich: Ergebnisse einer Querschnittstudie. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 31, 2008, Nr. 2, S. 5–18.
- Statistik Austria (2009a). Todesursachenstatistik 2008. Datensatz auf elektronischem Datenträger
- Statistik Austria (2009b). Statistik des Bevölkerungsstandes 2008. Datensatz auf elektronischem Datenträger
- Stiftung Maria Ebene (2009a). Jahresbericht 2008. Frastanz
- Stiftung Maria Ebene (2009b). Evaluationsbericht Therapiestation Carina. PatientInnenjahrgang 2008. Frastanz
- Stiftung Maria Ebene (2009c). Katamnesebefragung 2008. Therapiestation Carina. PatientInnenjahrgang 2007. Frastanz
- Stiftung Maria Ebene (2009a). Jahresbericht 2008. Frastanz
- Stiftung Maria Ebene (2009b). Evaluationsbericht Therapiestation Carina. PatientInnenjahrgang 2008. Frastanz
- Strauss, R., Fülöp, G., Hain, C., und Kurz, H. (2003). Hepatitis C in Austria 1993–2000. Reporting-Bias distort HCV epidemiology in Austria. In: Euro Surveillace. European Communicable Disease Bulletin Vol. 8, Nr. 5, May 2003
- Strizek, J., Uhl, A., Schmutterer, I., Grimm, G., Bohrn, K., Fenk, R., Kobrna, U., Springer, A. (in Vorbereitung). ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Sturm, M., und Schwarzenbrunner, T. (2009). Substitutionsbericht OÖ 2008. Linz
- Substanz (2009). Statistik 2008. Substanz – Verein für suchtbegleitende Hilfe. Linz
- Sucht- und Drogenkoordination Wien (2009a). Input zur Drogensituation in Wien f. Österreichischen Drogenbericht. Wien
- Sucht- und Drogenkoordination Wien (2009b). Wiener Drogenbericht 2006–2008. Wien
- SUPRO (2009). SUPRO 2008. Stiftung Maria Ebene. Götzis
- Uhl, A., und Seidler, D. (2001). Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung, Wien
- Uhl, A., Springer, A., Kobrna, U., Gnams, T., Pfarrhofer, D. (2005a). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien

Uhl, A., Strizek, J., Springer, A., Kobra, U., Pfarrhofer, D. (in Vorbereitung). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2008, Frequenzauszählung. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

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

Uhl, A., Bachmayer, S., Kobra, U., Puhm, A., Springer, A., Kopf, N., Beiglböck, W., Eisenbach-Stangl, I., Preinsperger, W., und Musalek, M. (2009). Handbuch Alkohol – Österreich. Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung, AlkoholKoordinations- und InformationsStelle (AKIS). Wien

VIVID (2009): Jahresbericht 2008. VIVID – Fachstelle für Suchtprävention. Graz

VWS (2009a). Bericht 2008. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS (2009b). Safer Use / Safer Sex Guide. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

Wiener BerufsBörse (2009). Jahresbericht 2008. Wien

Wölfle, R., Haller, R. (2008). Konzept für die Entgiftungsstation der Therapiestation Lukasfeld.

Z6-Streetwork (2009). Walk About – Informationsblatt.

## Zitierte Bundesgesetze

BGBI 1974/60. Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch – StGB).

BGBI I 2007/110. Bundesgesetz, mit dem das Suchtmittelgesetz (SMG) geändert wird (SMG-Novelle 2007). Datum der Kundmachung: 28. 12. 2007

BGBI I 2008/143 v. 19. 12. 2008. Bundesgesetz, mit dem das Suchtmittelgesetz – SMG und das Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG geändert werden (SMG-Novelle 2008). Datum der Kundmachung: 19. 12. 2008

BGBI II 2009/173 v. 15. 6. 2009. Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird.

BGBI II 2009/174 v. 15. 6. 2009. Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, mit der die Suchtgift-Grenzmengenverordnung geändert wird.

BGBI II 2008/480 v. 19. 12. 2008. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird.

BGBI II 2008/481 v. 19. 12. 2008. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend, mit der die Psychotropenverordnung geändert wird.

BGBI II 2009/5 v. 2. 1. 2009. Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, Familie und Jugend, mit der die Weiterbildungsverordnung orale Substitution geändert wird.

BGBI II 2009/6 v. 7. 1. 2009. Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, Familie und Jugend betreffend das Inverkehrbringen, den Import und das Verbringen von Räuchermischungen, die Naphthalen-1-yl-(1-pentylindol-3-yl)-methanon/JWH-018 enthalten.

BGBI II 2009/58 v. 3. 3. 2009. Verordnung des Bundesministers für Gesundheit betreffend das Inverkehrbringen, den Import und das Verbringen von Räuchermischungen, die cannabinomimetisch wirksame Stoffe enthalten.

## Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

### Namen und Seitenzahlen

Anderwald, DGKS Christine (S. 45)  
Bauer, Prim. Dr. Bernhard (S. 45)  
Duspara, Dr. Vinko (S. 45)  
Ederer, DSA Klaus Peter (S. 28, 31)  
Frossard, OA Dr. Martin (S.76)  
Haltmayer, Dr. Hans (S. 45)  
Hörhan, Mag. Dr. Ursula (S. 8, 31, 32, 55, 61)  
Kahl, DSA Walter (S. 71)  
Kern, Harald (S. 8, 32, 69)  
Mader, ADir. Christian (S. 83)  
Mahnert, OA Dr. Franz Alfons (S. 31)  
Mellish, DSA Sadiya Petra (S. 17, 19)  
  
Nagy, Mag.<sup>a</sup> Constanze (S. 76)  
Neubacher, Thomas (S. 30, 95)  
Prehslauer, Dr. Brigitte (S. 27, 31)  
Rögl, Mag. Nicole (S. 16, 19)  
Schäfer, Mag. Silke (S. 48)  
Springer, Univ.-Prof. Dr. Alfred (S. 79)  
Stolz-Gombocz, OA Dr. Ingrid (S. 45)  
  
Werner, Dr. Wolfgang (S. 93)  
Zeder, Dr. Ulf (S. 55)

### Institutionen bzw. Funktionen

Ambulatorium Caritas Marienambulanz, Graz  
Ambulatorium Caritas Marienambulanz, Graz  
Therapiestation Lukasfeld der Stiftung Maria Ebene  
Suchtkoordinator Steiermark  
Univ.-Klinik für Notfallmedizin, AKH Wien  
Verein Wiener Sozialprojekte  
  
Suchtkoordinatorin Niederösterreich  
  
Bundesministerium für Justiz Abt. V/1  
Suchtkoordinator Tirol  
Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt  
Therapiestation Walkabout  
Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, NÖ  
ChEck iT!, Verein Wiener Sozialprojekte  
Drogenkoordinator Vorarlberg  
Drogenkoordinatorin Kärnten  
Akzente Fachstelle Suchtprävention im Land Salzburg  
Komfüdro, Tirol  
Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung  
Anton-Proksch-Institut, Langzeittherapiestation für Drogenabhängige mit Persönlichkeitsstörungen, Mödling  
Psychosoziale Zentren GmbH  
Suchtkoordinator Graz



## DATENBANKEN

**Best Practice Portal – Beispiele für evaluierte Angebote: EDDRA = Exchange on Drug Demand Reduction Action<sup>47</sup>**

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

### **Österreichische Projekte in EDDRA bzw. im Best Practice Portal der EBDD (Stand: August 2009):**

**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)

---

<sup>47</sup> Die EDDRA-Datenbank der EBDD wurde im Zuge der Erstellung des Internetportals zu Best Practice überarbeitet, um die Qualität der Einträge zu verbessern und eine integrierte Nutzung innerhalb des Online-Portals zu ermöglichen. Im Zuge dessen wurden die bestehenden Einträge nach bestimmten Kriterien selektiert, neu strukturiert und bewertet. Die Suchfunktion wurde wesentlich verbessert, die Projektbeschreibungen können nun heruntergeladen werden. Dabei wurden einige wenige österreichische Projekte, die vor dem Jahr 2001 eingetragen wurden und mittlerweile nicht mehr angeboten werden, gelöscht.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Elternseminare**  
(Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, NÖ)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Peer Education Projekt**

(Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, NÖ)

**pib** – Prävention in Betrieben

(kontakt&co – Suchtpräventionsstelle, Tirol)

**Pilotprojekt Suchtvorbeugung in Trofaiach**

(b.a.s. [betrifft alkohol und sucht] – steirischer Verein für Suchtkrankenhilfe)

**Rumtrieb** – Mobile Jugendarbeit NÖ

(Verein für Jugend und Kultur Wr. Neustadt, Niederösterreich)

**SHH Schweizer Haus Hadersdorf** – Medizinische, psychologische und psychotherapeutische Gesundheits- und Heilstätte

(Evangelisches Haus Hadersdorf – WOBES, Wien)

**Senobio** – Stationäre Drogentherapie

(Senobio, Vorarlberg)

**Sozialmedizinische Drogenberatungsstelle Ganslwirt**

(Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

**Stationenmodell**

(Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, Niederösterreich)

**step by step** – Früherkennung und Intervention im Vorfeld möglicher Suchtprobleme

(kontakt+co – Suchtpräventionsstelle, Tirol)

**Step by Step Graz** – Früherkennung und Krisenintervention an Grazer Schulen

(VIVID – Fachstelle für Suchtprävention)

**Suchtbehandlung an der Drogenambulanz Klagenfurt**

(Magistrat Klagenfurt)

**Suchtprävention im steirischen Fußballverband**

(VIVID – Fachstelle für Suchtprävention)

**Supromobil** – Bezirkskonferenz „Jugend und Drogen“

(Stiftung Maria Ebene)

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

(Institut für Sozialdienste, Vorarlberg)

**Viktoria hat Geburtstag**

(Fachstelle für Suchtvorbeugung, Niederösterreich)

**Way Out** – Frühinterventionsangebot für 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.goeg.at> (Arbeitsbereich Prävention / Drogen / Links).

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

Suchtkoordination für das Land Burgenland

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

Drogenkoordination des Landes Kärnten

[http://www.gesundheit-kaernten.at/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN\\_ID=42](http://www.gesundheit-kaernten.at/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN_ID=42)

Suchtkoordination des Landes Niederösterreich

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

Sucht- und Drogenkoordination des Landes OÖ

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

Drogenkoordination des Landes Salzburg

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

Suchtkoordination des Landes Steiermark

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

Suchtkoordination des Landes Tirol

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

Suchtkoordination des Landes Vorarlberg

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

Sucht- und Drogenkoordination Wien – SDW

<http://www.drogenhilfe.at>

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

Fachstelle für Suchtprävention Burgenland

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

Landesstelle für Suchtprävention Kärnten

[http://www.gesundheit-kaernten.at/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN\\_ID=77](http://www.gesundheit-kaernten.at/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN_ID=77)

Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, NÖ

<http://www.suchtvorbeugung.at>

Institut Suchtprävention, OÖ

<http://www.praevention.at>

AKZENTE Suchtprävention – Fachstelle für Suchtvorbeugung Salzburg

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

VIVID – Fachstelle für Suchtprävention, Steiermark  
<http://www.vivid.at>

kontakt+co – Suchtprävention. Jugendrotkreuz, Tirol  
<http://www.kontaktco.at>

SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe, Vorarlberg  
<http://www.supro.at>

Institut für Suchtprävention, Wien  
<http://www.drogenhilfe.at>

### **Bundesministerien:**

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz  
<http://www.bmask.gv.at>

Bundesministerium für Gesundheit  
<http://www.bmg.gv.at>

Bundesministerium für Inneres  
<http://www.bmi.gv.at>

Bundesministerium für Justiz  
<http://www.bmj.gv.at>

Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur  
<http://www.bmukk.gv.at>

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

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend  
<http://www.bmwfj.gv.at>

Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung  
<http://www.bmwf.gv.at>

### **Monitoring und Forschung:**

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

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

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

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

Suchtforschung und Suchttherapie an der Medizinischen Universität Wien  
<http://www.sucht-addiction.info>

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung  
<http://www.euro.centre.org/>

## **Weitere Websites:**

Aids-Hilfe

<http://www.aidshilfen.at>

Allgemeines Krankenhaus in Wien

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

Anton-Proksch-Institut

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

ARGE Suchtvorbeugung

<http://www.suchtvorbeugung.net>

Auftrieb – Jugend- und Suchtberatung

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

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen

<http://www.bas.at>

Blue Monday Gesundheitsmanagement

<http://www.bluesday.at>

Bundesarbeitsgemeinschaft Streetwork – Mobile Jugendarbeit Österreich

<http://www.bast.at>

Carina – Therapiestation

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

Caritas der Diözese Innsbruck

<http://www.caritas-innsbruck.at>

Caritas Graz – Kontaktladen

<http://caritas-steiermark.at>

ChEck iT! – Verein Wiener Sozialprojekte

<http://checkyourdrugs.com>

CONTACT – Spitalsverbindungsdienst

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

dialog – Beratungs- und Betreuungszentrum

<http://www.dialog-on.at>

Do it yourself – Kontakt- und Anlaufstelle für Drogenkonsumentinnen und -konsumenten

<http://www.doit.at>

Drogenambulanz der Medizinischen Universität Wien

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

Drogenberatung des Landes Steiermark

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

ENCARE Österreich

<http://www.encare.at>

Ex und Hopp – Drogenberatung

<http://www.exundhopp.at>

Fachzeitschrift für Online-Beratung und computervermittelte Kommunikation

<http://www.e-beratungsjournal.net>

Fonds Gesundes Österreich

<http://www.fgoe.org/startseite>

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

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

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

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

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

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

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

Komfüdro – Kommunikationszentrum für DrogenkonsumentInnen  
[http://www.caritas-innsbruck.at/einrichtungen.cfm?mode=showseite1&e\\_id=15](http://www.caritas-innsbruck.at/einrichtungen.cfm?mode=showseite1&e_id=15)

Kontaktstelle in Suchtfragen, Salzburg  
<http://www.landesschulrat.salzburg.at/service/kis/index.php>

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

Lukasfeld – Therapiestation  
<http://www.mariaebene.at>

Marienambulanz  
<http://www.caritas-steiermark.at/>

MDA basecamp – mobile Drogenprävention in Tirol  
<http://www.mdabasecamp.com>

MDA basecamp – Online-Beratung  
<http://www.onlinedrogenberatung.at>

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

Neustart – Bewährungshilfe, Konfliktregelung, Soziale Arbeit  
<http://www.neustart.at/>

Oikos – Verein für Suchtkranke  
<http://www.oikos-klagenfurt.at/>

Otto-Wagner-Spital – Drogeninstitut  
[http://www.wienkav.at/kav/ows/medstellen\\_anzeigen.asp?suchstring=912](http://www.wienkav.at/kav/ows/medstellen_anzeigen.asp?suchstring=912)

Österreichische Caritaszentrale – Integration durch Arbeit KEG  
[http://www.esf.at/projekte/arbeitslose/projekte\\_ida.html](http://www.esf.at/projekte/arbeitslose/projekte_ida.html)

Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken  
<http://www.oegabs.at/index.php>

Österreichischer Verein für Drogenfachleute  
<http://www.oevdf.at>

Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen  
<http://www.schulpsychologie.at/>



Plattform Drogentherapien – Informationen zur Opiatabhängigkeit  
<http://www.drogensubstitution.at>

pro mente Oberösterreich  
<http://www.promenteooe.at>

Rumtrieb – Mobile Jugendarbeit  
<http://www.jugendundkultur.at/de/rumtrieb/>

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

Schweizer Haus Hadersdorf  
<http://www.shh.at>

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

Stiftung Maria Ebene  
<http://www.mariaebene.at>

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

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

Suchtberatungsstelle BIZ Obersteiermark  
<http://www.biz-obersteiermark.at/>

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

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

Therapiestation WALKABOUT  
[http://www.barmherzige-brueder.at/walkabout/aktuelles/article\\_cs.siteswift?so=all&do=all&SWS=0c8022bea520f68b443794717b71d6de](http://www.barmherzige-brueder.at/walkabout/aktuelles/article_cs.siteswift?so=all&do=all&SWS=0c8022bea520f68b443794717b71d6de)

Tiroler JugendWeb – Drogen, Sucht, Hilfe  
<http://www.startblatt.net/at/jugend/jugend-tirol/tiroler-jugendweb>

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

Verein LOG IN  
<http://www.login-info.at>

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

VIVA – Drogenberatung  
[http://www.gesundheit-kaernten.at/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN\\_ID=109&SEI\\_ID=99&LST\\_ID=48](http://www.gesundheit-kaernten.at/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN_ID=109&SEI_ID=99&LST_ID=48)

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

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

Wiener BerufsBörse  
<http://www.berufsboerse.at>



# **ANHANG**

**A. Tabellen, Karte**

**B. Abkürzungsverzeichnis**

**C. Standard Tables & Structured  
Questionnaires**



# **ANHANG A**

## **Tabellen, Karte**



*Tabelle A1: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich aus den Jahren 2004 bis 2008*

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung	
				Altersgruppe	%
Bevölkerungsbefragung Österreich (Uhl et al. 2005a)	Österreich 2004 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.547)	Cannabis	14 +	20,1
			Ecstasy	14 +	3,0
			Amphetamine	14 +	2,4
			Kokain	14 +	2,3
			Opiate	14 +	0,7
			biogene Drogen	14 +	2,7
			LSD	14 +	1,7
			Schnüffelstoffe	14 +	2,4
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2005)	Wien 2005 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15 +	17
			Ecstasy	15 +	2
			Amphetamine	15 +	2
			Kokain	15 +	2
			Opiate	15 +	2
			biogene Drogen	15 +	3
			andere Drogen (z. B. LSD)	15 +	2
			Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer et al. 2007)	Oberösterreich 2006 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung von 15 bis 59 Jahren (n = 1.125)
Ecstasy	15–59	7,3			
Amphetamine	15–59	7,6			
Kokain	15–59	5,8			
Heroin	15–59	4,2			
Morphium	15–59	4,4			
LSD	15–59	4,6			
Schnüffelstoffe	15–59	8,0			
biogene Drogen	15–59	7,4			
Gesundheitsbefragung Österreich (ATHIS) (Klimont et al. 2007)	Österreich 2006/7 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung von 15 bis 64 Jahren (n = 11.822)			
			Cannabis	15–24	13,0
			Cannabis	25–34	15,0
			Cannabis	35–44	10,1
			Cannabis	45–54	6,7
			Cannabis	55–64	2,8
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2008)	Wien 2007 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 624)	Cannabis	15 +	19
			Ecstasy	15 +	4
			Amphetamine	15 +	4
			Kokain	15 +	4
			Opiate	15 +	2
			biogene Drogen	15 +	7
			andere Drogen (z. B. LSD)	15 +	4
			Bevölkerungsbefragung Österreich (Uhl et al. 2009 in Vorbereitung)	Österreich 2008 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.196)
Ecstasy	14 +	2			
Amphetamine	14 +	2			
Kokain	14 +	2			
Opiate	14 +	1			
biogene Drogen	14 +	2			
LSD	14 +	2			
Schnüffelstoffe	14 +	2			
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2009)	Wien 2009 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15 +	16
			Ecstasy	15 +	3
			Amphetamine	15 +	3
			Kokain	15 +	4
			Opiate	15 +	3
			biogene Drogen	15 +	4
			andere Drogen (z. B. LSD)	15 +	3

Zusammenstellung: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

*Tabelle A2: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 2001 bis 2008*

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeit- raum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung	
				Altersgruppe	%
Schulstudie Burgenland (Schönfeldinger 2002)	Burgenland 2001 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler der 7. bis 13. Schulstufe (n = 1.899)	Cannabis Ecstasy Kokain Heroin Speed Halluzinogene Schnüffelstoffe biogene Drogen	12–19 12–19 12–19 12–19 12–19 12–19 12–19 12–19	20 4 2 1 3 3 20 8
HBSC-Studie (Dür und Mravlag 2002)	Österreich 2001 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler im Alter von 15 Jahren (n = 1.292)	Cannabis	15	14
ESPAD Österreich (Uhl et al. 2005b)	Österreich 2003 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler im Alter von 14 bis 17 Jahren (n = 5.281)	Cannabis Ecstasy Kokain Crack Heroin Amphetamine GHB LSD Schnüffelstoffe Magic Mushrooms	14–17 14–17 14–17 14–17 14–17 14–17 14–17 14–17 14–17 14–17	22 3 2 2 1 5 1 2 15 4
Berufsschulstudie Steiermark (Hutsteiner, Seebauer, Auferbauer 2005)	Steiermark 2005 (Lebenszeit)	Berufsschülerinnen und -schüler im Alter von ca. 15 bis 19 Jahren (n = 3.919)	Cannabis Partydrogen Kokain Crack Opiate Amphetamine Halluzinogene Schnüffelstoffe Magic Mushrooms	15–20 15–20 15–20 15–20 15–20 15–20 15–20 15–20 15–20	27,1 4,8 2,0 1,1 1,4 3,1 1,8 11,4 8,9
HBSC-Studie (Dür und Griebler 2007)	Österreich 2005/6 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler im Alter von 15 Jahren (n = 1.239)	Cannabis	15	14
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer et al. 2007)	Oberösterreich 2006 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 669)	Cannabis Ecstasy Heroin Morphium Amphetamine Kokain LSD Schnüffelstoffe biogene Drogen	15–24 15–24 15–24 15–24 15–24 15–24 15–24 15–24 15–24	36,9 12,3 7,7 8,5 12,3 10,0 9,0 16,5 13,0
Schulstudie Burgenland (Falbesoner und Lehner 2008)	Burgenland 2007 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler der 7. bis 13. Schulstufe (n = 1.213)	Cannabis Ecstasy Kokain Heroin Speed Schnüffelstoffe biogene Drogen	12–19 12–19 12–19 12–19 12–19 12–19 12–19	11 2 2 2 3 15 4
ESPAD Österreich (ESPAD-Austria 2007)	Österreich 2007 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler im Alter von 15 bis 16 Jahren (n = 4.574)	Cannabis Ecstasy Kokain Crack Heroin Amphetamine GHB LSD Schnüffelstoffe Magic Mushrooms	15–16 15–16 15–16 15–16 15–16 15–16 15–16 15–16 15–16 15–16	18,0 3,4 3,2 2,3 1,8 7,7 2,3 2,8 14,1 4,1

Zusammenstellung: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung



*Tabelle A3: Entwicklung der Aids-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation, 1999–2008*

Risikosituation	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Homo-/bisexueller Kontakt	27	13	21	19	7	16	14	16	19	12
Intravenöser Drogenkonsum	28	24	28	22	14	13	14	6	14	16
Heterosexueller Kontakt	31	28	33	41	21	32	17	30	22	25
Anders/unbekannt	16	23	11	15	10	10	14	11	17	12
Gesamt	102	88	93	97	52	71	59	63	72	65

Quelle: BMG, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

*Tabelle A4: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen, 1999–2008*

Anzeigen	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Gesamtanzeigen	17.597	18.125	21.862	22.422	22.245	25.215	25.892	24.008	24.166	20.043
Ersttäter	9.868	9.343	11.033	11.269	12.117	14.346	15.569	15.808	16.053	13.634
Wiederholungstäter	7.463	8.296	10.052	10.380	9.288	9.990	9.520	7.636	7.569	5.990

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = unbekannte Täter

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

Quelle: BMI/.BK

*Tabelle A5: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) in Österreich nach Bundesland, 1999–2008*

Bundesland	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Burgenland	603	843	712	805	984	967	923	1.033	1.008	871
Kärnten	1.208	1.088	1.758	1.676	1.659	1.464	1.529	1.190	1.408	1.153
Niederösterreich	2.389	2.624	2.975	3.319	3.017	3.531	3.632	3.050	3.464	2.583
Oberösterreich	1.946	1.887	2.677	3.054	2.782	3.521	3.769	3.209	3.786	3.245
Salzburg	840	718	1.471	1.384	868	1.077	1.092	1.001	1.116	1.015
Steiermark	1.367	1.305	1.601	1.910	1.570	1.705	1.516	1.435	1.929	1.372
Tirol	2.152	2.687	2.449	2.229	2.102	2.695	2.775	2.607	2.454	1.982
Vorarlberg	1.848	1.183	1.447	1.265	1.146	1.044	1.008	1.240	1.153	976
Wien	4.858	5.233	6.212	6.210	7.652	8.524	8.797	7.925	6.611	5.883
Gesamtanzeigen	17.211	17.568	21.302	21.852	21.780	24.528	25.041	22.690	22.929	19.080

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/.BK

*Tabelle A6: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1999–2008*

Suchtgift/Suchtmittel	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Cannabis	17.236	17.001	19.760	19.939	17.706	20.252	20.900	19.021	19.063	15.063
Heroin und Opiate	2.524	2.413	3.802	3.954	4.717	4.770	4.720	3.516	3.294	2.865
Kokain + Crack	2.608	2.494	3.416	3.762	4.785	5.365	5.491	4.252	4.263	3.551
LSD	532	477	506	327	214	196	160	164	196	101
Ecstasy	1.517	2.337	2.940	2.998	2.473	2.362	2.106	1.763	1.889	1.127
Amphetamine	–	1.041	1.215	1.357	1.619	1.741	1.664	1.503	1.914	1.296
Psychotrope Stoffe	750	780	822	736	603	903	1.085	1.701	1.555	1.198
Sonstige	–	–	1.288	1.524	1.311	1.826	2.471	3.299	3.237	2.678

– = nicht getrennt erfasst bzw. ausgewiesen

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

Quelle: BMI/.BK

*Tabelle A7: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes und Bundesland, 2008*

Suchtgift	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Gesamt
Cannabis	819	1.233	2.109	2.662	976	1.323	1.912	976	3.053	15.063
Heroin und Opiate	90	58	429	508	39	105	70	237	1.329	2.865
Kokain + Crack	151	194	400	572	89	129	313	164	1.539	3.551
LSD	13	1	24	26	3	8	12	6	8	101
Ecstasy	68	87	313	291	74	96	82	37	79	1.127
Amphetamine	80	34	298	434	96	118	47	51	138	1.296
Psychotrope Stoffe	24	3	94	66	23	36	67	17	868	1.198

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

Quelle: BMI/.BK

*Tabelle A8: Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 1999–2008*

Jahr	Gesamtzahl der Verurteilungen nach SMG	Verurteilungen nach § 28 SMG bzw. § 28 a SMG	Verurteilungen nach § 27 SMG	Verurteilungen in Österreich	
				Gesamtzahl	davon nach SMG in %
1999	3.359	1.022	2.230	61.954	5,4
2000	3.240	933	2.245	41.624	7,8
2001	3.862	1.141	2.671	38.763	10,0
2002	4.394	1.108	3.243	41.078	10,7
2003	4.532	1.161	3.318	41.749	10,9
2004	5.706	1.441	4.229	45.185	12,6
2005	6.128	1.357	4.702	45.691	13,4
2006	5.795	1.464	4.246	43.414	13,3
2007	5.437	1.387	3.956	43.158	12,6
2008	4.291	1.332	2.899	38.226	11,2

Bis 2007: § 28 SMG = Handel, Besitz etc. von großen Mengen von Suchtgift („professioneller Drogenhandel“)  
§ 27 SMG = Handel, Besitz etc. von kleinen Mengen von Suchtgift

Ab 2008: § 27 SMG = Unerlaubter Umgang mit Suchtgift  
§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel  
§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik)

*Tabelle A9: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2008*

Verurteilungsgrund		14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	585	1.365	727	432	731	3.840
	weiblich	71	171	73	43	93	451
§ 28 SMG / § 28 a SMG	männlich	108	366	216	158	347	1.195
	weiblich	13	41	23	17	43	137
§ 27 SMG	männlich	476	994	501	269	354	2.594
	weiblich	57	128	48	26	46	305

Bis 2007: § 28 SMG = Handel, Besitz etc. von großen Mengen von Suchtgift („professioneller Drogenhandel“)  
§ 27 SMG = Handel, Besitz etc. von kleinen Mengen von Suchtgift

Ab 2008: § 27 SMG = Unerlaubter Umgang mit Suchtgift  
§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel  
§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik)

*Tabelle A10: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2008*

Verurteilungsgrund		Geld- strafe	Freiheitsstrafe			sonstige Strafformen <sup>1</sup>	Gesamt
			bedingt	unbedingt	teilbedingt		
SMG gesamt	Jugendliche	76	92	28	14	20	230
	Erwachsene	997	1.272	1.219	414	159	4.061
§ 28 SMG / § 28 a SMG (Verbrechen)	Jugendliche	2	13	10	3	2	30
	Erwachsene	38	344	635	236	49	1.302
§ 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	74	79	18	11	18	200
	Erwachsene	949	907	560	174	109	2.699

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

Bis 2007: § 28 SMG = Handel, Besitz etc. von großen Mengen von Suchtgift („professioneller Drogenhandel“)  
§ 27 SMG = Handel, Besitz etc. von kleinen Mengen von Suchtgift

Ab 2008: § 27 SMG = Unerlaubter Umgang mit Suchtgift  
§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel  
§ 28a SMG = Suchtgifthandel

<sup>1</sup> Sonstige Strafformen: Teilbedingte Strafen (nach § 43a Abs 2 StGB) in der Form einer Kombination von unbedingter Geldstrafe und bedingter Freiheitsstrafe, Unterbringung in einer Anstalt (nach § 21 Abs 1 StGB oder nach § 21 Abs 2, § 22, § 23 StGB), keine Zusatzstrafe nach § 40 StGB und nur bei Jugendlichen Schuldspruch unter Vorbehalt der Strafe (§ 13 JGG) und Schuldspruch ohne Strafe (§ 12 JGG).

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

Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik)

*Tabelle A11: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1999–2008*

Anzeigenzurücklegung/ Verfahrenseinstellung	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Gesamt	6.989	8.049	8.145	8.974	9.023	9.666	11.660	10.379	10.175	9.384
§ 35 SMG Anzeigenzurücklegung	5.979	6.924	7.346	7.817	7.902	8.599	10.668	9.173	9.008	8.399
davon § 35 Abs 4 SMG (Cannabis)	1.330	1.410	1.570	1.876	1.499	2.016	2.697	1.895	1.841	2.249
§ 37 SMG Verfahrenseinstellung	1.010	1.125	799	1.157	1.121	1.067	992	1.206	1.167	985

Bis 2007: § 35 SMG = Vorläufige Zurücklegung der Anzeige durch die Staatsanwaltschaft  
 § 35 (4) SMG = Vorläufige Zurücklegung der Anzeige bei Eigengebrauch von geringen Mengen Cannabis  
 § 37 SMG = Vorläufige Einstellung des Strafverfahrens durch das Gericht

Ab 2008: § 35 SMG = Vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft  
 § 35 (4) SMG = Vorläufige Zurücklegung der Anzeige bei Eigengebrauch von geringen Mengen Cannabis  
 § 37 SMG = Vorläufige Einstellung des Strafverfahrens durch das Gericht

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

Quelle: BMG, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

*Tabelle A12: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 1999–2008*

Suchtgift/Suchtmittel	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Cannabis	5.079	4.833	5.249	5.294	5.422	6.202	6.012	5.770	5.732	5.050
Heroin	452	478	895	836	1.263	1.383	1.371	883	765	673
Kokain	519	554	768	863	1.271	1.475	1.507	1.044	1.087	936
Amphetamine	–	141	161	202	294	324	312	299	319	262
LSD	56	42	32	20	33	29	20	20	39	20
Ecstasy	215	330	352	308	276	286	295	248	250	181
Psychotrope Substanzen	74	65	1	0	6	5	2	2	10	1
Psychotrope Medikamente	517	501	566	515	432	678	823	1.300	1.019	843

– = nicht (getrennt) erfasst bzw. ausgewiesen

Quelle: BMI/.BK

*Tabelle A13: Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge, 1999–2008*

Suchtgift/Suchtmittel	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Cannabis (kg)	451	1.806	456	743,1	925,9	1.680,9	819,9	1.880,4	1.276,0	873,6
Heroin (kg)	78	230	288	59,5	42,8	235,0	282,2	34,3	117,0	104,0
Kokain (kg)	63	20	108	36,9	58,3	75,5	244,9	61,8	78,1	78,38
Amphetamine (kg)	–	1	3	9,4	54,2	25,7	8,9	38,17	17,5	13,00
LSD (Trips)	2.811	865	572	851	298	2.227,5	2.108,5	10.831,5	1.058	225,50
Ecstasy (Stk.)	31.129	162.093	256.299	383.451	422.103	122.663	114.104	30.855	66.167	45.335
Psychotrope Substanzen (kg)	4,00	1,29	0,00	0,00	0,20	0,10	0,00	0,03	0,21	0,00003
Psychotrope Medikamente (Stk.)	36.437	38.507	31.377	20.081	15.649	21.119	27.104	44.416	26.289	24.675

– = nicht (getrennt) erfasst bzw. ausgewiesen

Quelle: BMI/.BK

Tabelle A14: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy in Tablettenform gekauften Proben in Prozent, 1999–2008

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als „Ecstasy“-Tabletten gekauften Proben									
	1999 (n=152)	2000 (n=319)	2001 (n=268)	2002 (n=269)	2003 (n=143)	2004 (n=93)	2005 (n=53)	2006 (n=134)	2007 (n=117)	2008 (n=146)
MDMA	86,2	83,4	77,2	68,0	83,2	72,0	67,9	74,6	60,7	61,6
MDMA + MDE		3,1	2,2	14,1	7,7	9,7		1,5		
MDMA + MDA		0,9	1,5	6,7				0,7		
MDE und/oder MDA	0,7	1,3	7,1	0,4		7,5				1,4
MDMA + Koffein	1,3	1,6		0,7	0,7	1,1	5,7	5,2	0,9	0,7
MDMA + Amphetamin	0,7	0,6	0,4		0,7		1,9	1,5		
MDMA + diverse Mischungen*	3,9	2,2	0,4		3,5	1,1	13,2		6,0	7,5
PMA/PMMA		1,3	0,4		0,7					
Amphetamin	3,3			1,9	1,4		1,9	4,5		0,7
Methamphetamin		0,6	2,6	1,5				0,7		
Koffein		0,9		1,5		1,1		0,7	1,7	
Chinin/Chinidin		0,6	1,1							
mCPP/mCPP + diverse Mischungen**								1,5	16,2	17,8
diverse Mischungen*	3,9	3,4	7,1	5,2	2,1	7,5	9,4	9,0	14,5	10,3

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

\*\* mCPP/und diverse Mischungen: mCPP und ein oder mehrere andere Inhaltsstoffe

Quelle: Verein Wiener Sozialprojekte

Tabelle A15: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 1999–2008

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als „Speed“ gekaufte Proben									
	1999 (n=67)	2000 (n=93)	2001 (n=51)	2002 (n=87)	2003 (n=57)	2004 (n=41)	2005 (n=33)	2006 (n=75)	2007 (n=129)	2008 (n=99)
Amphetamin	53,7	57,0	60,8	46,0	35,1	22,0	33,3	24,0	22,5	15,2
Amphetamin + Koffein	4,5	9,7	9,8	8,0	15,8	19,5	6,1	29,3	10,1	27,3
Amphetamin + Methamphetamin	1,5									2,0
Amphetamin + diverse Mischungen*	20,9	7,5	3,9	17,2	29,8	39,0	24,2	24,0	31,8	34,3
Methamphetamin	7,5	3,2	2,0	3,4	1,8	2,4	3,0		10,1	1,0
Koffein	1,5	3,2	11,8	8,0		4,9	9,1	1,3	1,6	3,0
MDMA	3,0	3,2		1,1			6,1	4,0		1,0
Ephedrin gesamt										
Diverse Mischungen*	7,5	16,1	11,8	16,1	17,5	12,2	18,2	17	23,3	14,1
mCPP/mCPP + diverse Mischungen**									0,8	2,0

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

\*\* mCPP/und diverse Mischungen: mCPP und ein oder mehrere andere Inhaltsstoffe

Quelle: Verein Wiener Sozialprojekte

Tabelle A16: Anzahl der dem BMG gemeldeten aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen und nach Bundesländern, 2008

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W
Fortgesetzte Behandlung	155	306	1.175	716	401	963	453	458	4.883
Erstbehandlung	36	90	228	261	71	123	53	93	592
Gesamt	191	396	1.403	977	472	1.086	506	551	5.475

Anmerkung: **Fortgesetzte Behandlungen** sind Behandlungen, die vor dem Berichtsjahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, welche früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren.  
**Erstbehandlungen** bedeutet, dass die entsprechenden Personen bisher noch nie in Substitutionsbehandlung waren. Die Zahlen beziehen sich auf jene Behandlungen, die dem BMG gemeldet wurden, und weichen teilweise erheblich von auf Ebene der Bundesländer gesammelten Zahlen ab.  
Die Gesamtsumme für Österreich stimmt mit der Summe über die Bundesländer nicht exakt überein, da bei einigen Fällen die Angabe des Bundeslands fehlte.

Quelle: BMG, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A17: Personen, die im Jahr 2008 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Geschlecht in Prozent

Alter in Jahren	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht		alle	Geschlecht		alle	Geschlecht		alle	Geschlecht		alle
	m	w		m	w		m	w		m	w	
0 bis 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 bis 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 bis 14	1	2	1	4	6	5	1	1	1	0	0	0
15 bis 19	18	25	20	15	18	16	14	25	16	8	17	11
20 bis 24	29	28	29	23	27	24	32	33	32	36	34	35
25 bis 29	19	17	18	26	25	26	22	20	21	24	27	25
30 bis 34	12	9	11	15	12	14	12	9	11	13	10	12
35 bis 39	8	7	8	9	5	8	8	5	8	9	5	8
40 bis 44	7	6	7	5	4	4	6	4	5	6	4	6
45 bis 49	4	4	4	3	2	3	3	2	3	3	1	3
50 bis 54	2	1	2	1	0	1	2	1	1	1	1	1
55 bis 59	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
60 bis 64	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
65 bis 69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70 bis 74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75 bis 79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80 und älter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>gültige Angaben</b>	4.022	1.107	5.129	477	214	691	2.946	1.013	3.959	1.002	350	1.352
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 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008

Tabelle A18: Personen, die im Jahr 2008 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensunterhalt und Geschlecht in Prozent

Lebensunterhalt/Erwerbstätigkeit	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
erwerbstätig	-	-	-	22	19	6	40	35	27	15	12	13
arbeitslos gemeldet	-	-	-	10	29	34	23	36	36	20	50	42
Sozialhilfe	-	-	-	2	10	11	4	11	15	11	12	13
Kind, Schüler/in, Student/in	-	-	-	43	1	0	16	4	2	14	3	3
Präsenz-, Zivildienst, Karenz, Pensionist/in	-	-	-	1	2	9	3	3	9	1	7	14
Haushalt, berufliche Umschulung, Sonstiges	-	-	-	1	2	1	6	3	3	4	2	2
nicht erwerbstätig, keine sonstige Form des Lebensunterhalts	-	-	-	6	9	7	5	3	3	5	2	2
nicht erwerbstätig, sonstige Form des Lebensunterhalts unbekannt	-	-	-	15	28	32	3	4	5	30	12	11
<b>gültige Angaben</b>	-	-	-	136	282	171	653	2.043	1.098	138	777	377
unbekannt	-	-	-	3	56	28	20	60	49	3	18	18
missing	-	-	-	2	7	6	6	21	9	1	17	3

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die Anzahl der „gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

Die Variable Lebensunterhalt wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008

Tabelle A19: Personen, die im Jahr 2008 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensmittelpunkt und Geschlecht in Prozent

Lebensmittelpunkt	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
Burgenland	-	-	-	-	-	-	2	2	2	3	2	2
Kärnten	-	-	-	-	-	-	12	8	6	6	3	0
Niederösterreich	-	-	-	-	-	-	13	9	5	18	9	2
Oberösterreich	-	-	-	-	-	-	10	9	6	13	12	5
Salzburg	-	-	-	-	-	-	3	5	6	6	2	4
Steiermark	-	-	-	-	-	-	7	5	4	15	12	9
Tirol	-	-	-	-	-	-	12	11	9	6	9	15
Vorarlberg	-	-	-	-	-	-	19	12	9	14	9	10
Wien	-	-	-	-	-	-	22	38	52	20	42	53
Ausland	-	-	-	-	-	-	0	1	1	0	0	1
<b>gültige Angaben</b>	-	-	-	-	-	-	661	2.048	1.117	140	777	379
unbekannt	-	-	-	-	-	-	13	50	32	2	31	16
missing	-	-	-	-	-	-	5	26	7	0	4	3

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die Anzahl der „gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

Die Variable Lebensmittelpunkt wird bei kurzfristigen Kontakten und niederschwelliger Begleitung nicht erhoben.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008

Tabelle A20: Personen, die im Jahr 2008 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation und Geschlecht in Prozent

Aktuelle Wohnsituation (wie?)	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	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
gesichert (z. B. eigene Wohnung)	–	–	–	71	27	35	90	87	83	83	79	80
ungesichert (z. B. Obdachlosigkeit)	–	–	–	19	54	43	5	8	8	11	13	10
Institution, daneben gesichert	–	–	–	5	7	15	3	4	7	3	6	10
Institution, daneben ungesichert	–	–	–	5	12	8	2	1	2	3	3	1
<b>gültige Angaben</b>	–	–	–	132	296	172	646	2.043	1.106	138	779	376
unbekannt	–	–	–	8	42	27	29	61	46	1	31	20
missing	–	–	–	1	7	6	4	20	4	3	2	2

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die Anzahl der „gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

Die Variable „aktuelle Wohnsituation“ wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008



Tabelle A21: Personen, die im Jahr 2008 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdrogen und Geschlecht in Prozent

Leitdroge (Mehrfachnennungen möglich)	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
<b>Opiate</b>	35	41	36	55	61	57	54	67	58	78	86	80
Heroin	28	29	28	35	35	35	36	43	38	54	52	54
Methadon	3	3	3	2	0	1	6	6	6	14	18	15
andere Substitutionsdrogen	11	14	12	27	31	28	26	34	28	51	58	53
andere bzw. nicht näher spezifizierte Opiate	1	1	1	2	1	2	3	3	3	4	3	4
<b>Kokaingruppe</b>	9	8	9	10	10	10	12	9	11	25	21	24
Kokain	9	8	9	10	10	10	12	9	11	25	21	24
Crack	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
nicht näher spezifiziertes Kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Stimulantien</b>	3	4	3	1	1	1	4	5	4	8	8	8
Amphetamine (z. B. Speed)	2	3	3	0	1	0	3	3	3	7	6	7
MDMA (Ecstasy), andere Designerdrogen	1	2	2	1	1	1	2	3	2	4	6	5
nicht näher spezifiziertes Stimulanzium	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Tranquilizer/Hypnotika</b>	10	14	11	14	18	15	10	14	11	19	24	20
Benzodiazepine	9	14	10	14	18	15	10	14	11	19	24	20
Barbiturate	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
andere Hypnotika bzw. Tranquilizer	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
<b>Halluzinogene</b>	0	1	0	0	0	0	1	1	1	2	3	3
LSD	0	1	0	0	0	0	1	1	1	2	3	2
nicht näher spezifizierte Halluzinogene	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
<b>Cannabis</b>	28	22	27	19	14	17	35	22	32	30	21	27
<b>Schnüffelstoffe</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Alkohol</b>	5	6	5	7	5	6	7	5	6	10	9	9
<b>biogene Drogen</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
<b>andere Drogen</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
<b>nur nicht behandlungsrelevanter Konsum</b>	35	31	34	9	8	9	4	5	4	0	0	0
<b>nur Begleitdroge</b>	3	2	3	12	10	11	9	7	8	4	4	4
<b>gültige Angaben</b>	4.937	1.317	6.254	586	263	849	3.953	1.355	5.308	2.067	696	2.763
<b>Anzahl der Personen mit gültigen Angaben</b>	3.618	957	4.575	424	196	620	2.537	865	3.402	909	306	1.215
<b>unbekannt</b>	340	122	462	45	16	61	202	77	279	36	23	59
<b>missing</b>	64	28	92	8	2	10	207	71	278	57	21	78

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „Anzahl der Personen mit gültigen Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die „Anzahl der Personen mit gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“, dass keine Angabe gemacht wurde.

Oberkategorien sind fett gedruckt.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

Quelle: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008

Tabelle A22: Personen, die im Jahr 2008 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum und Geschlecht in Prozent

Intravenöser Drogenkonsum	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
nein	70	62	68	28	23	26	57	49	55	24	21	23
ja	30	38	32	72	77	74	43	51	45	76	79	77
<b>gültige Angaben</b>	3.502	923	4.425	352	175	527	2.718	925	3.643	949	319	1.268
unbekannt	444	161	605	89	29	118	178	72	250	43	24	67
missing	76	23	99	36	10	46	50	16	66	10	7	17

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 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008

Tabelle A23: Österreichweit eingesetzte standardisierte Interventionen zur Suchtprävention in der Schule, 2008

Programm: Eigenständig werden

Direkte Zielgruppe: 6- bis 10-jährige Schülerinnen und Schüler

Indirekte Zielgruppe: Volksschulpädagoginnen und -pädagogen

Bundesland	Anzahl an 2008 durchgeführten Schulungen/ Seminarreihen	Anzahl an Einheiten/ Stunden für Training von MultiplikatorInnen	Anzahl an 2008 zertifizierten VS-LehrerInnen	Anteil 2008 erreichter VS-LehrerInnen in %	Anzahl an 2008 erreichten Volksschulen	Anteil 2008 erreichter Volksschulen in %	Anzahl erreichter VS-LehrerInnen insgesamt bis Ende 2008	Anteil erreichter VS-LehrerInnen insgesamt bis Ende 2008 in %	Anzahl erreichter Volksschulen insgesamt bis Ende 2008	Anteil erreichter Volksschulen insgesamt bis Ende 2008 in %
B	0	0	0	0	0	0	101	12,62	55	27,23
K	1	24	12	0,6	9	0,4	143	6,43	61	24,01
NÖ	6	24	105	1,80	21	3,19	328	5,61	105	15,93
OÖ	12	n. v.	239	n. v.	46	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
S	5	24	68	3,2	34	18	200	9,4	71	37,76
St	3	24	55	1,14	13	2,51	187	4,61	111	21,43
T	3	24	42	1,62	31	8,01	270	10,71	139	35,9
V	6	24	110	6,76	15	9,03	155	9,53	28	16,86
W	7	24	171	3,19	18	2,97	836	15,61	200	74,35

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

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

Anmerkung: Die Programme „Step by Step“ und „feel.ok“ werden ebenfalls österreichweit eingesetzt, es finden jedoch kaum mehr Fortbildungen dazu statt. Von einer Auflistung der dazugehörigen Zahlen wurde deshalb abgesehen.

Tabelle A24: Ausgewählte bewährte und bereits seit längerem laufende suchtpreventive Interventionen

Setting	Name des Projektes/Programmes (Bundesland)	Direkte Zielgruppe (Angabe des Alters)	Indirekte Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Kurzbeschreibung
Kindergarten	Spielzeugfreier Kindergarten (B)	Kleinkinder	KindergartenpädagogInnen	Über einen Zeitraum von ca. 3 Monaten wird jegliches vorgefertigtes Spielzeug aus den Gruppen entfernt. Die Kinder sollen in dieser Zeit verstärkt lernen, selbstbestimmte Erfahrungen zu machen, soziale Kompetenzen zu entwickeln und kollektive Lösungen für Probleme in der Gruppe zu finden. Kinder, Eltern und KindergartenpädagogInnen werden auf diese Zeit sorgfältig vorbereitet. Die Rolle der KindergartenpädagogInnen wechselt von einer spielanleitenden zu einer beobachtenden und den Gruppenprozess stützenden Position.
Familie	Elternvorträge (NÖ)	Kinder und Jugendliche	Eltern	Besonders Kinder, aber auch Jugendliche, orientieren sich an den Rollenvorbildern der Erwachsenen und erlernen deren Verhaltensweisen. Je früher Suchtvorbeugung beginnt, desto besser können Schutzfaktoren gegen das Entstehen von Sucht ausgebaut und Risikofaktoren zur Suchtentstehung reduziert werden. Im Mittelpunkt der Elternvorträge stehen Informationen zum Thema Sucht und Suchtvorbeugung, Möglichkeiten zur Förderung der Lebenskompetenzen in der Familie und andere suchtpreventive Erziehungsfragen.
Volksschule	Kinder stark machen – erlebnispädagogischer Workshop (V)	Kinder	Lehrkräfte	Das Erlebnis des gemeinsamen Handelns in der Gruppe sowie von Spannung, Herausforderung und Erweiterung der eigenen Handlungskompetenz (Stärken, Grenzen ...) steht bei diesem Angebot im Vordergrund. Durch gemeinsames Ausprobieren lernen Lehrkräfte erlebnispädagogische Spiele und Übungen kennen, die sie ohne großen Aufwand und ohne spezielle Vorkenntnisse mit den Kindern umsetzen können. Es wird gezeigt, wie sie die Persönlichkeit der Kinder stärken können, indem diese lernen, Grenzen und Regeln einzuhalten, mit Erfolgen, Enttäuschungen und Konflikten umzugehen, zu helfen und sich helfen zu lassen, aber auch Gefühle und Bedürfnisse zu äußern. Es wird vermittelt, wie mit einem attraktiven Angebot die Kreativität und Phantasie der Kinder gefördert werden kann.
Schule (Unterstufe)	plus (T)	10- bis 14-jährige SchülerInnen	Lehrkräfte	Das Programm zielt auf die Entwicklung kognitiver, sozialer und emotionaler Kompetenzen ab. Dadurch soll die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben ermöglicht und die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung von sozial unangepassten und schädlichen Verhaltensweisen, insbesondere aber von Suchtgefährdung und -problemen verringert werden.
Schule (Oberstufe)	Suchtvorbeugung in der Schule als Entwicklungsaufgabe (K)	15- bis 19-jährige SchülerInnen	Lehrkräfte, ErzieherInnen, Eltern	Die Kärntner Tourismusschule arbeitet seit dem Jahr 2007 mit einem Team aus Lehrkräften und ErzieherInnen in Kooperation mit der Landesstelle Suchtprävention. Dabei geht es nicht nur um die Stärkung der Lebenskompetenzen ihrer SchülerInnen, sondern auch darum, den Blick kritisch auf schulinterne Strukturen zu lenken, die den Alltag von Lehrkräften und SchülerInnen beeinflussen können. Entstanden ist ein Maßnahmenbündel, das sich an unterschiedlichen Zielgruppen orientiert. Alle Aktivitäten werden laufend bewertet und Verbesserungsvorschläge eingearbeitet. Durch die begleitende Arbeitsgruppe ist es möglich, neue Themen aufzugreifen und der Bedarfslage anzupassen.
Berufsschulen	LIZ – Lehrlinge im Zentrum (S)	Lehrlinge	AusbildnerInnen, Lehrkräfte	Es werden sowohl Angebote direkt für Lehrlinge als auch für AusbilderInnen und Berufsschulen angeboten. Ziel ist die Früherkennung und -intervention bzw. die Vermittlung von Wissen bezüglich Substanzen und Sucht, aber auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Umgang mit Substanzen (Alkohol, Cannabis etc.).
Verbandliche Jugendarbeit	Suchtprävention in Vereinen (St)	Jugendliche	Jugendbeauftragte, TrainerInnen etc.	Im ländlichen Raum sind Feuerwehren und Fußballverbände bedeutende Partner in der Jugendarbeit und somit in der Suchtprävention. Mit dem Angebot „Brennpunkt Suchtprävention“ werden Ortsjugendbeauftragte und interessierte Offiziere bzw. FußballtrainerInnen als MultiplikatorInnen gewonnen. Neben Suchtursachen und Entstehung werden Vorbildrollen und konkrete Möglichkeiten der Vorbeugung im Verein diskutiert. Im Jahr 2008 wurde der Bezirk Liezen als 12. Feuerwehrbezirk erreicht. Die Auswertung der Rückmeldungen zum Projekt „Suchtprävention im Fußballverband“ lieferte 2008 die besten Ergebnisse seit Beginn des Projektes (2003).
Außerschulische Jugendarbeit	Lehrgang Suchtprävention in der Jugendarbeit (W)	Jugendliche	MultiplikatorInnen aus außerschulischer Jugendarbeit	Ziele sind die Förderung eines professionellen Umgangs mit konsumierenden Jugendlichen, die Förderung von Kompetenzen und eine Anregung für suchtpreventive Projekte, aber auch die Vermittlung von praxisorientierten Ansätzen und Methoden suchtpreventiver Arbeit.
Bundesheer	Lehrgang für Schlüsselpersonen im österreichischen Bundesheer (OÖ)	Rekruten	Ärzte, Sanitäts-offiziere, SozialreferentInnen etc.	In einer einwöchigen Fortbildung werden such- bzw. drogenspezifische Informationen inklusive Ursachen, Substanzen und ihre Wirkungen, Prävention, Früherkennung und Suchthilfesystem vermittelt.

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

Anmerkung: Es wurden Projekte/Programme ausgewählt, die den Kriterien dieses Berichtes entsprechen (vgl. Kap. 3), bereits mehr als ein Jahr laufen und als Beispiel für verschiedene Settings dienen können.

Quellen: Akzente Fachstelle Suchtprävention Salzburg; Fachstelle für Suchtprävention Burgenland; Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung NÖ; VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; Institut Suchtprävention (OÖ); kontakt+co – Suchtprävention Jugendrotkreuz (Tirol); SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe (Vorarlberg); ISP Wien; Landesstelle für Suchtprävention Kärnten

*Tabelle A25: Behandlungsdauer von Personen mit Leitdroge Opiate, die sich 2008 in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen*

Behandlungsdauer	Alter in Jahren					
	bis 19 (n = 145)	20 bis 29 (n = 1.093)	30 bis 39 (n = 406)	40 bis 49 (n = 172)	50 bis 59 (n = 24)	60+ (n = 0)
<b>Bis 1 Monat</b>	27,6 %	20,8%	20,0 %	16,3 %	12,5 %	0,0 %
<b>1 bis 3 Monate</b>	32,4 %	27,7 %	24,6 %	23,8 %	8,3 %	0,0 %
<b>4 bis 6 Monate</b>	12,4 %	14,9 %	11,8 %	12,8 %	33,3 %	0,0 %
<b>7 bis 12 Monate</b>	17,9 %	16,0 %	13,7 %	15,7 %	8,3 %	0,0 %
<b>13 bis 24 Monate</b>	6,9 %	13,1 %	15,8 %	14,0 %	16,7 %	0,0 %
<b>25 bis 36 Monate</b>	2,1%	4,5 %	4,2 %	7,0 %	12,5 %	0,0 %
<b>37 bis 48 Monate</b>	0,7 %	0,9 %	2,0 %	1,7 %	4,2 %	0,0 %
<b>über 48 Monate</b>	0,0 %	2,1 %	4,9 %	8,7 %	4,2 %	0,0 %

Quellen: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008

*Tabelle A26: Hauptanstoß zur Kontaktaufnahme bei Personen mit Leitdroge Opiate, die sich 2008 in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen*

Art des Hauptanstoßes	Alter in Jahren					
	bis 19 (n = 422)	20 bis 29 (n = 3.163)	30 bis 39 (n = 1.362)	40 bis 49 (n = 683)	50 bis 59 (n = 141)	60+ (n = 4)
<b>eigene Initiative</b>	38,9 %	41,1 %	48,6 %	51,7 %	55,3 %	75,0 %
<b>Familie</b>	15,4 %	10,4 %	5,5 %	3,8 %	1,4 %	0,0 %
<b>Drogeneinrichtung</b>	9,3 %	9,4 %	9,7 %	8,3 %	12,1 %	0,0 %
<b>Hausarzt</b>	3,4 %	3,4 %	4,5 %	7,5 %	7,8 %	0,0 %
<b>Krankenhaus</b>	4,3 %	4,1 %	2,6 %	4,2 %	4,3 %	0,0 %
<b>Sozialamt</b>	5,2 %	4,4 %	4,9 %	5,4 %	5,7 %	0,0 %
<b>AMS</b>	0,7 %	1,5 %	1,7 %	0,9 %	0,0 %	0,0 %
<b>Auflage o. Weisung v. Justiz</b>	11,5 %	15,4 %	11,5 %	11,7 %	9,9 %	25,0 %
<b>Schule</b>	0,7 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
<b>sonstige</b>	10,6 %	10,1 %	10,9 %	6,4 %	3,5 %	0,0 %

Quellen: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008

Tabelle A27: Hauptanstoß zur Kontaktaufnahme bei Personen, die sich 2008 in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen

Art des Hauptanstoßes	Alter in Jahren					
	bis 19 (n = 1196)	20 bis 29 (n = 5.640)	30 bis 39 (n = 2.297)	40 bis 49 (n = 1.107)	50 bis 59 (n = 257)	60+ (n = 14)
eigene Initiative	21,3 %	32,7 %	42,7 %	43,9 %	44,4 %	42,9 %
Familie	14,9 %	8,8 %	5,7 %	4,1 %	3,1 %	7,1 %
Drogeneinrichtung	4,7 %	8,1 %	9,1 %	10,2 %	12,5 %	7,1 %
Hausarzt	2,0 %	3,2 %	4,1 %	6,0 %	5,4 %	7,1 %
Krankenhaus	3,6 %	3,7 %	3,0 %	4,3 %	3,1 %	0,0 %
Sozialamt	18,8 %	9,6 %	5,7 %	6,0 %	7,4 %	0,0 %
AMS	0,8 %	1,1 %	1,8 %	1,4 %	0,4 %	0,0 %
Justiz	22,7%	23,8 %	17,2 %	17,1 %	16,3 %	35,7 %
Schule	3,8 %	0,3 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %
sonstige	7,3 %	8,7 %	10,6 %	7,0 %	7,4 %	0,0 %

Quellen: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008

Tabelle A28: Art der Einnahmeform von Heroin bei Personen mit Leitdroge Opiate, die sich 2008 in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen

Einnahmeform	Alter in Jahren					
	bis 19 (n = 402)	20 bis 29 (n = 2.924)	30 bis 39 (n = 1.223)	40 bis 49 (n = 622)	50 bis 59 (n = 126)	60+ (n = 2)
unbekannt	1,5 %	2,7 %	3,8 %	4,5 %	6,3 %	0,0 %
Injizieren	31,8 %	43,2 %	61,4 %	68,0 %	69,8 %	100 %
Rauchen	9,5 %	7,1 %	5,0 %	3,2 %	4,8 %	0,0 %
oral	0,7 %	0,9 %	0,7 %	1,9 %	2,4 %	0,0 %
Sniffen	56,5 %	46,1 %	28,9 %	22,3 %	16,7 %	0,0 %
andere	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Quellen: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008

Tabelle A29: Art der Einnahmeform von Heroin bei Personen, die sich 2008 in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen

Einnahmeform	Alter in Jahren					
	bis 19 (n = 507)	20 bis 29 (n = 3.606)	30 bis 39 (n = 1.520)	40 bis 49 (n = 749)	50 bis 59 (n = 153)	60+ (n = 5)
unbekannt	1,6 %	2,7 %	4,3 %	4,5 %	5,9 %	0,0 %
Injizieren	28,2 %	39,5 %	56,8 %	64,9 %	66,7 %	40,0 %
Rauchen	9,3 %	7,8 %	5,9 %	4,7 %	6,5 %	20,0 %
oral	1,0 %	1,1 %	1,1 %	1,6 %	2,0 %	20,0 %
Sniffen	60,0 %	48,7 %	31,9 %	24,3 %	19,0 %	20,0 %
andere	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Quellen: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008

*Tabelle A30: Art der Einnahmeform von Kokain bei Personen mit Leitdroge Opiate, die sich 2008 in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen*

Einnahmeform	Alter in Jahren					
	bis 19 (n = 358)	20 bis 29 (n = 2.576)	30 bis 39 (n = 1.024)	40 bis 49 (n = 503)	50 bis 59 (n = 92)	60+ (n = 2)
unbekannt	0,8 %	2,9 %	5,5 %	5,2 %	6,5 %	0,0 %
Injizieren	20,4 %	27,4 %	36,2 %	36,8 %	30,4 %	0,0 %
Rauchen	0,6 %	1,6 %	1,7 %	1,2 %	3,3 %	0,0 %
oral	2,2 %	1,6 %	2,3 %	2,6 %	5,4 %	0,0 %
Sniffen	76,0 %	66,5 %	54,3 %	54,3 %	54,3 %	100 %
andere	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Quellen: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008

*Tabelle A31: Art der Einnahmeform von Kokain bei Personen, die sich 2008 in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen*

Einnahmeform	Alter in Jahren					
	bis 19 (n = 566)	20 bis 29 (n = 3.629)	30 bis 39 (n = 1.485)	40 bis 49 (n = 689)	50 bis 59 (n = 129)	60+ (n = 8)
unbekannt	1,6 %	2,9 %	5,3 %	4,4 %	6,2 %	0,0 %
Injizieren	14,7 %	23,3 %	29,9 %	32,2 %	29,5 %	0,0 %
Rauchen	1,4 %	1,6 %	2,1 %	1,6 %	2,3 %	12,5 %
oral	2,8 %	1,8 %	2,4 %	2,2 %	4,7 %	0,0 %
Sniffen	79,5 %	70,4 %	60,3 %	59,4 %	57,4 %	87,5 %
andere	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %

Quellen: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008

*Tabelle A32: Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen mit Leitdroge Opiate, die sich 2008 in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen*

Altersgruppe	Alter in Jahren beim Erstkonsum (Median)		
	Heroin	Kokain	Cannabis
bis 19	16	16	14
20 bis 29	18	17	15
30 bis 39	20	20	16
40 bis 49	20	24	16
50 bis 59	20	23	16
60+	42	42	30

Quellen: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008

Tabelle A33: Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die sich 2008 in einer längerfristig ambulanten Betreuung befunden haben, nach Altersgruppen

Altersgruppe	Alter in Jahren beim Erstkonsum (Median)		
	Heroin	Kokain	Cannabis
bis 19	16	16	14
20 bis 29	18	18	15
30 bis 39	20	20	16
40 bis 49	20	24	16
50 bis 59	20	24,5	16
60+	42	40	30

Quellen: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008

Tabelle A34: Längerfristig ambulant oder stationär betreute Personen 2008 und ausgewählte Indikatoren der Soziodemographie und der Lebenssituation und Alter

Variablen	Alter in Jahren				
	bis 19 (n = 1232)	20 bis 29 (n = 5.804)	30 bis 39 (n = 2.389)	40 bis 49 (n = 1.149)	50 bis 59 (n = 264)
<b>Frauen</b>	39 %	26 %	23 %	21 %	21 %
<b>gesetzliche Auflage</b>	42 %	35 %	24 %	20 %	23 %
<b>Lebensmittelpunkt Wien</b>	19 %	32 %	40 %	37 %	32 %
<b>erwerbstätig</b>	39 %	35 %	30 %	28 %	22 %
<b>arbeitslos</b>	20 %	36 %	36 %	29 %	18 %
<b>Sozialhilfe</b>	3 %	9 %	12 %	12 %	19 %
<b>Präsenz / Zivildienst / Karenz / Pension</b>	2 %	4 %	8 %	19 %	29 %
<b>kein Pflichtschulabschluss</b>	14 %	6 %	5 %	4 %	4 %
<b>Außer Pflichtschule kein weiterführender Schulabschluss</b>	75 %	56 %	53 %	56 %	52 %
<b>gesicherte Wohnsituation</b>	94 %	91 %	90 %	92 %	94 %
<b>alleine lebend</b>	11 %	25 %	35 %	46 %	54 %

Anmerkung: Da nur 15 Personen 60 Jahre oder älter sind, scheint diese Alterskategorie in der Tabelle nicht auf.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2009a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2008



Tabelle A35: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2008 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppe	männlich	weiblich	gesamt
0 bis 4 Jahre	202.913	193.570	396.483
5 bis 9 Jahre	210.277	199.475	409.752
10 bis 14 Jahre	237.190	226.131	463.321
15 bis 19 Jahre	256.937	244.180	501.117
20 bis 24 Jahre	262.561	257.038	519.599
25 bis 29 Jahre	274.626	271.012	545.638
30 bis 34 Jahre	269.210	269.924	539.134
35 bis 39 Jahre	320.249	320.497	640.746
40 bis 44 Jahre	362.237	353.097	715.334
45 bis 49 Jahre	339.206	332.301	671.507
50 bis 54 Jahre	278.545	282.967	561.512
55 bis 59 Jahre	241.273	250.651	491.924
60 bis 64 Jahre	213.163	229.435	442.598
65 bis 69 Jahre	224.524	251.910	476.434
70 bis 74 Jahre	134.313	164.898	299.211
75 bis 79 Jahre	114.675	161.503	276.178
80 bis 84 Jahre	73.463	144.501	217.964
85 Jahre und älter	43.273	124.824	168.097
<b>Gesamt</b>	<b>4.058.635</b>	<b>4.277.914</b>	<b>8.336.549</b>
0 bis 14 Jahre	650.380	619.176	1.269.556
15 bis 29 Jahre	794.124	772.230	1.566.354
30 bis 44 Jahre	951.696	943.518	1.895.214
45 bis 59 Jahre	859.024	865.919	1.724.943
60 bis 74 Jahre	572.000	646.243	1.218.243
75 Jahre und älter	231.411	430.828	662.239
<b>Gesamt</b>	<b>4.058.635</b>	<b>4.277.914</b>	<b>8.336.549</b>

Quelle: Statistik Austria, 30. Juni 2009, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Karte A1: Übersichtskarte mit Bundesländern, Landeshauptstädten und Bezirken



Maßstab 1:2 500 000

# **ANHANG B**

## **Abkürzungsverzeichnis**



Abb.	Abbildung
Abs	Absatz
AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AKH	Allgemeines Krankenhaus Wien
AMS	Arbeitsmarktservice
API	Anton-Proksch-Institut
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ASK	Ambulatorium für Suchtkranke
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
BBRZ	Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum
BDF	Bundesdrogenforum
BGBI	Bundesgesetzblatt
BHS	Berufsbildende höhere Schule
BIZ	Beratungs- und Informationszentrum
BMeiA	Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGFJ	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMI/.BK	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMLFUW	Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft
BMLV	Bundesministerium für Landesverteidigung
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
BMWF	Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung
BMWFJ	Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend
BZP	Benzylpiperazin
COFOG	Classification of Functions of Government
CRC	Capture-Recapture(-Verfahren)
CSR	Corporate Social Responsibility
DB	Drogenbeauftragte bzw. -beauftragter
DK	Drogenkoordinatorin bzw. -koordinator

DOKLI	Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe in Österreich
DSA	Diplomsozialarbeit
DTA	Drogentherapeutische Anlaufstelle
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EDDRA	Exchange on Drug Demand Reduction Action
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EMS	Epidemiologisches Meldesystem
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
FH	Fachhochschule
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
g	Gramm
GBL	Gamma-Butyrolacton
GHB	Gamma-Hydroxybuttersäure
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
GÖG/FGÖ	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich
GPS	General Population Survey
HAV	Hepatitis-A-Virus
HBV	Hepatitis-B-Virus
HBVcAb	Hepatitis B core antibody (= HBc-AK)
HBVeAg	Hepatitis B e antigen (= HBc-AK)
HBVsAb	Hepatitis B surface antibody (= HBs-AK)
HBVsAg	Hepatitis B surface antigen
HCV	Hepatitis-C-Virus
HCV-Ab	HCV-Antikörper
HCV-RNA	RNA (Ribonukleinsäure) des Hepatitis C Virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems
IFES	Institut für empirische Sozialforschung
ISD	Institut für Suchtdiagnostik
ISP	Institut für Suchtprävention
ITM	International College of Tourism and Management
i. v.	intravenös
JA	Justizanstalt
JWH-018	Naphthalen-1-yl-(1-pentylindol-3-yl)-methanon

Kap.	Kapitel
kg	Kilogramm
l	Liter
LKH	Landeskrankenhaus
LSD	Lysergsäurediethylamid
LSF	Landesnervenklinik Sigmund Freud
LZBL	Langzeitbeschäftigungslos
MA	Magistratsabteilung
mCPP	meta-Chlor-Phenylpiperazin
MDA	3,4-Methylenedioxyamphetamin
MDE	3,4-Methylenedioxy-N-Ethylamphetamin
MDMA	3,4-Methylenedioxy-Methylamphetamin
mg	Milligramm
NÖ	Niederösterreich, niederösterreichisch
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGABS	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung
OÖ	Oberösterreich, oberösterreichisch
PAZ	Polizeianhaltezentrum
PCR	Polymerase-Kettenreaktion
PMA	Paramethoxyamphetamin
ppm	parts per million
PSD	Psychosozialer Dienst
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörungen
REITOX	Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
SAM	sozial, sicher, aktiv, mobil (Sozialarbeitseinrichtung in Wien)
SB	Suchtbeauftragte bzw. -beauftragter
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien
SK	Suchtkoordinatorin bzw. -koordinator
SMG	Suchtmittelgesetz
SMZ	Sozialmedizinisches Zentrum
SQ	Structured Questionnaire
ST	Standard Table
StGB	Strafgesetzbuch
Tab.	Tabelle
TBC	Tuberkulose
THC	Tetrahydrocannabinol (psychoaktiver Hauptwirkstoff der Cannabispflanze)
TILAK	Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime

Vgl.	vergleiche
VWS	Verein Wiener Sozialprojekte
WBB	Wiener BerufsBörse
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WHO	World Health Organisation



# **ANHANG C**

## **Standard Tables & Structured Questionnaires**



## Verzeichnis der österreichischen Standard Tables des Jahres 2009 sowie der Structured Questionnaires

Die folgende Liste gibt einen Überblick über alle Standard Tables, die für Österreich im Jahr 2009 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 zur Verfügung gestellt werden (Monika Löbau, [monika.loebau@goeg.at](mailto:monika.loebau@goeg.at)).

- STANDARD TABLES 01: BASIC RESULTS AND METHODOLOGY OF POPULATION SURVEYS ON DRUG USE (Wien)
- STANDARD TABLE 02: METHODOLOGY AND RESULTS OF SCHOOL SURVEYS ON DRUG USE (ESPAD)
- STANDARD TABLES 03: CHARACTERISTICS OF PERSONS STARTING TREATMENT FOR DRUGS (DOKLI)
- STANDARD TABLES 03: CHARACTERISTICS OF PERSONS STARTING TREATMENT FOR DRUGS (Substitutionsbehandlungen)
- STANDARD TABLE 05: ACUTE/DIRECT DRUG-RELATED DEATHS
- STANDARD TABLE 06: EVOLUTION OF ACUTE/DIRECT DRUG-RELATED DEATHS
- STANDARD TABLE 07: NATIONAL PREVALENCE ESTIMATES ON PROBLEM DRUG USE
- STANDARD TABLE 08: LOCAL PREVALENCE ESTIMATES ON PROBLEM DRUG USE
- STANDARD TABLE 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Anton-Proksch-Institut: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLE 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Kurzzeittherapiestation Lukasfeld: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLE 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Marienambulanz Graz: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLE 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Verein Wiener Sozialprojekte – Ganslwirt: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLE 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Drogenambulanz, AKH Wien, HCV, HIV) (letztes Update: 2008)
- STANDARD TABLE 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Suchtgiftbezogene Todesfälle HCV, HIV) (letztes Update: 2008)
- STANDARD TABLE 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (DOKLI: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLE 10: SYRINGE AVAILABILITY (letztes Update: 2008)
- STANDARD TABLE 11: ARRESTS/REPORTS FOR DRUG LAW OFFENCES
- STANDARD TABLE 12: DRUG USE AMONG PRISONERS
- STANDARD TABLE 13: NUMBER AND QUANTITY OF SEIZURES OF ILLICIT DRUGS
- STANDARD TABLE 14: PURITY AT STREET LEVEL OF ILLICIT DRUGS
- STANDARD TABLE 15: COMPOSITION OF ILLICIT DRUG TABLETS
- STANDARD TABLE 16: PRICE AT STREET LEVEL OF ILLICIT DRUGS
- STANDARD TABLE 18: OVERALL MORTALITY AND CAUSES OF DEATHS AMONG DRUG USERS
- STANDARD TABLE 24: ACCESS TO TREATMENT (letztes Update: 2008)
- STANDARD TABLE 34: TREATMENT DEMAND INDICATOR (TDI) DATA
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 22/25: UNIVERSAL PREVENTION (letztes Update: 2007)
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 23/29: PREVENTION AND REDUCTION OF HEALTH-RELATED HARM ASSOCIATED WITH DRUG USE (letztes Update: 2008)
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 26: SELECTIVE PREVENTION (letztes Update: 2007)
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 27: Part 1: TREATMENT PROGRAMMES (letztes Update: 2008), Part 2: QUALITY ASSURANCE TREATMENT (letztes Update: 2008)
- 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)





ISBN 10-3-85159-133-X