

Bericht zur Drogensituation 2023

Ergebnisbericht

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

Bericht zur Drogensituation 2023

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

Martin Busch
Judith Anzenberger
Angelina Brotherhood
Charlotte Klein
Birgit Priebe
Irene Schmutterer
Tanja Schwarz

Unter Mitarbeit von:

Deniz Akartuna
Julian Strizek

Fachliche Begleitung durch das BMSGPK:

Raphael Bayer

Projektassistenz:

Monika Löbau
Yvonne Schatz

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

Wien, im Oktober 2023

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

Zitiervorschlag: Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Brotherhood, Angelina; Klein, Charlotte; Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja (2023): Bericht zur Drogensituation 2023. Gesundheit Österreich, Wien

ZI: P4/11/4231

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

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030, insbesondere zu Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlbefinden“ sowie zu Unterziel SDG 3.5 „Prävention und Behandlung des Substanzmissbrauchs, namentlich des Suchtstoffmissbrauchs und des schädlichen Gebrauchs von Alkohol, verstärken“ bei.

Der Umwelt zuliebe:

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

Kurzfassung

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

Politische und administrative Rahmenbedingungen

Sowohl die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* als auch die Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer verfolgen einen ganzheitlichen Ansatz und differenzieren zwischen der Anerkennung von Sucht als Erkrankung und dem Drogenhandel. Aufgrund der föderalen Struktur des Gesundheits- und Sozialbereichs kommt den Bundesländern bei der Gestaltung und Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen große Bedeutung zu.

Im Berichtszeitraum wurden mehrere Empfehlungspapiere veröffentlicht, hervorzuheben sind hier die *Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Suchterkrankungen in Österreich* sowie die *Roadmap „Zukunft Gesundheitsförderung“*. Eine österreichweite Tabak- und Nikotinstrategie ist in Erarbeitung. Mit Bezug auf die COVID-19-Pandemie wurden pandemiebedingte Anpassungen aus den Vorjahren fortgeführt. Der Zielsteuerungsvertrag *Zielsteuerung-Gesundheit 2017–2021* wurde pandemiebedingt um zwei Jahre verlängert.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Den Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das *Suchtmittelgesetz* (SMG). Es differenziert nach Menge und Klassifizierung zwischen Suchtmitteln, Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Drogenergangsstoffen. Unter Strafe stehen beispielsweise Erwerb, Besitz und Erzeugung von Suchtmitteln, deren Konsum steht nicht unter Strafe. Unterschieden wird zwischen Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG), die den unerlaubten Umgang mit Suchtgift betreffen, und Verbrechenstatbeständen, welche die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28 SMG) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a SMG) betreffen. Die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (31.351) überstiegen 2022 die Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen (2.859) bei weitem. Sonderbestimmungen existieren hinsichtlich Cannabis und halluzinogener Pilze. Weitere relevante Rechtsquellen sind die *Suchtgiftverordnung* (SV) und die *Psychotropenverordnung* (PV).

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

In den Jahren 2020 bis Mitte 2023 wurden die Bestimmungen betreffend der Vidierungsvorschriften im Zuge der COVID-19-Pandemie den jeweiligen Gegebenheiten angepasst. Bis zur Implementierung eines digitalen Verschreibungsprozesses im Bereich der Opioidsubstitutionstherapie (längstens jedoch bis 31. Dezember 2024) wird dieses während der COVID-19-Pandemie eingeführt und mit allen involvierten Stellen abgestimmte System im Wesentlichen weitergeführt.

Drogenkonsum

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen (Lebenszeitprävalenz) finden sich in Österreich am häufigsten in Bezug auf Cannabis, dessen Konsum Prävalenzraten von etwa 30 bis 40 Prozent bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15–24 Jahre) hat. Aus den meisten Repräsentativstudien ergeben sich weiters Konsumerfahrungen von etwa zwei bis vier Prozent für Ecstasy, Kokain und Amphetamin. In der aktuellen Repräsentativbefragung aus dem Jahr 2022 sind die Werte allerdings etwas höher (fünf bis sechs Prozent). Rund ein bis maximal zwei Prozent geben Lebenszeiterfahrungen mit Opioiden und *Neuen psychoaktiven Substanzen* (NPS, auch *research chemicals* bzw. *legal highs* genannt) an.

Klar abzugrenzen von Probierkonsum und weitgehend unproblematischem gelegentlichem Konsum ist der sogenannte risikoreiche/problematische Drogenkonsum. Der multiple¹ Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden spielt in Österreich die zentrale Rolle. Aktuell konsumieren zwischen 35.000 und 40.000 Personen risikoreich Opioide (meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka). Etwa die Hälfte dieser Personen lebt in Wien (problematischer Drogenkonsum findet nach wie vor in Ballungszentren häufiger statt als in ländlichen Gebieten). Etwas über drei Viertel der Betroffenen sind Männer. Nur acht Prozent der Betroffenen sind unter 25 Jahre alt, 31 Prozent sind 25 bis 34 Jahre, und 61 Prozent sind 35 Jahre oder älter. Sniffen spielt beim Opioidkonsum nach wie vor eine Rolle. Die Zahl der Personen, die Opioide vorwiegend intravenös konsumieren, wird auf 10.500 bis 16.000 Personen geschätzt.

Fast alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring (Substitutionsbehandlungen, Daten aus Einrichtungen der Drogenhilfe gesundheitsbezogene Maßnahmen, Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz, Spitalsentlassungen) weisen auf eine relativ stabile Drogensituation hin. Diese stabile Lage zeigt sich auch beim Anteil der Jüngeren, der seit Jahren stagniert. Auf diese Altersgruppe ist besonderes Augenmerk zu legen, da sie ein Indikator für die „Inzidenz“ ist (Personen, die mit einem risikoreichen Drogenkonsum beginnen). Eine Datenquelle spiegelt diesen Trend jedoch nicht wider: Die drogenbezogenen Todesfälle sind sowohl insgesamt angestiegen (2022: 248 Fälle) als auch der Anteil der jüngeren Verstorbenen (von 18 % im Jahr 2018 auf aktuell 27 %). Die derzeitige Datenlage erlaubt keine Ursacheninterpretation. Als Erklärung bieten sich verschiedene Hypothesen bzw. eine Kombination dieser an. Es könnte sich bei dieser Entwicklung um Folgen

¹

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

der Coronapandemie handeln (z. B. psychosoziale Auswirkungen wie etwa Einsamkeit; eingeschränkte Verfügbarkeit von Unterstützungs- oder Hilfsangeboten; etc.) von der einige Gruppen besonders betroffen waren (z.B. Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung oder Kinder- und Jugendliche). Eine weitere Möglichkeit wäre, dass sich die Reinheit der Substanzen erhöht hat und dadurch das Risiko für Überdosierungen gestiegen ist. Hier ist hervorzuheben, dass sich die Substanzgruppen bzw. -kombinationen im Wesentlichen nicht verändert haben: Es dominieren weiterhin Todesfälle, bei denen (auch) Opioide festgestellt wurden; neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und stark potente Schmerzmittel wie Fentanyl bleiben weiterhin Einzelfälle. Es könnte auch ein Hinweis darauf sein, dass sich die Drogensituation bei den Jüngeren verschärft hat: durch mehr Jugendliche und junge Erwachsene, die vom risikoreichen Opioidkonsum betroffen sind und/oder durch besonders riskant konsumierende Gruppen. Diese Entwicklungen spiegeln sich bisher nicht in den vorliegenden drogenspezifischen Behandlungszahlen. Es könnte daher sein, dass diese Gruppen keinen Kontakt zum Drogenbehandlungssystem gefunden haben. Daten aus der psychosozialen Versorgung wie beispielsweise Kinder- und Jugendpsychiatrie fließen in das Drogenmonitoring nicht ein (siehe Kapitel Methoden und Datenquellen).

Abwasserepidemiologische Analysen und Befragungsdaten zu Cannabis lassen keinen eindeutigen Trend erkennen. Daten aus dem Drug-Checking und aus Sicherstellungen weisen darauf hin, dass in Österreich Cannabis zum Teil mit synthetischen Cannabinoiden versetzt wird. Der Konsum synthetischer Cannabinoide ist mit großen Gefahren verbunden.

Mittlerweile liegen genügend Indizien aus unterschiedlichen Datenquellen (abwasserepidemiologische Studien, Anzeigen, Bevölkerungsbefragungen, Drug-Checking, Vergiftungsinformationszentrale) vor, um von einem Anstieg des Stimulanzienkonsums und insbesondere des Kokainkonsums in Österreich auszugehen. Dies bildet sich mittlerweile auch im Behandlungssystem ab, wo Kokain 2022 bei etwas über 20 Prozent der Erstbehandlungen die Leitdroge darstellte.

Suchtprävention

Entsprechend dem Substanzen bzw. Verhaltensweisen übergreifenden Suchtbegriff sind viele suchtpreventive Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten. Präventive Maßnahmen werden in Österreich zum Großteil auf lokaler oder regionaler Ebene implementiert, wobei die auf Länderebene angesiedelten Fachstellen für Suchtprävention eine zentrale Rolle einnehmen. Beispiele für etablierte österreichweite Maßnahmen sind *Gemeinsam stark werden* und *plus* (Lebenskompetenzprogramme im Schulsetting) sowie *movin'* (motivierende Gesprächsführung z. B. im außerschulischen Jugendbereich). Neuere Maßnahmen wie das Lebenskompetenzprogramm *Wetterfest* für Schüler:innen ab der 9. Schulstufe (universelle Prävention) sowie die Fortbildung *switch* für Ärztinnen und Ärzte in der Primärversorgung (indizierte Prävention) wurden im Berichtszeitraum fortgeführt. Von österreichweiter Bedeutung ist auch das Coachingprogramm *ready4Life*, das eine Chatbot-App umfasst.

Qualitätssicherung erfolgt über die strukturelle Verankerung der Suchtprävention in regionalen Fachstellen, österreichweite Koordination (durch die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung*) und internationale Kooperationen, weiters über Leitbilder, Förderkriterien und spezifische Standards

(z. B. für Suchtprävention in der Schule) sowie über diverse Aus- und Fortbildungsmaßnahmen. Im Berichtszeitraum wurden unter der Leitung des Kompetenzzentrums Sucht der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und in Kooperation mit der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* vorbereitende Arbeiten zur Etablierung des *Europäischen Präventionscurriculums (EUPC)* in Österreich fortgesetzt. Dabei handelt es sich um einen mehrtägigen Kurs für Fachleute in der Prävention nach einem europaweit einheitlichen Curriculum. Weiters wurde das österreichische Programm *Frühe Hilfen* im Jahr 2022 bei einem entsprechenden Call der Europäischen Kommission (EK) als Best Practice im Bereich Prävention nichtübertragbarer Krankheiten ausgezeichnet.

Die COVID-19-Pandemie wirkt sich inzwischen nur noch wenig auf die suchtpreventive Arbeit in Österreich aus, wobei jedoch insbesondere daraus hervorgegangene Onlineangebote beibehalten werden.

Suchtbehandlung

Grundsätzlich haben suchtkranke Personen den gleichen Zugang zum gesamten Gesundheitssystem wie Personen ohne Suchterkrankung. Daneben gibt es jedoch auch auf Sucht spezialisierte ambulante und/oder stationäre Einrichtungen. Dadurch wird ein breites Spektrum an Maßnahmen angeboten, das Beratung bezüglich verschiedenster Aspekte, psychosoziale Betreuung und Behandlung, ambulante und stationäre arzneimittelgestützte Behandlung, ambulante und stationäre Entzugsbehandlung und verschiedene abstinentorientierte stationäre Behandlungsmöglichkeiten umfasst. In allen Bereichen – der Beratung, der Betreuung sowie der Behandlung – wird an einer Weiterentwicklung der Angebote gearbeitet. So gibt es beispielsweise Bestrebungen, um die Versorgungssituation in der OST auch langfristig abzusichern, Frauen, Mütter und Personen mit Migrationshintergrund besser zu erreichen, passende Maßnahmen zur sozialen Reintegration anbieten zu können und jüngeren oder in ländlichen Regionen lebenden Personen über Onlineangebote den Zugang zu erleichtern.

Insgesamt befanden sich im Jahr 2022 geschätzt 27.200 Personen in drogenspezifischer Behandlung. Den weitaus größten Anteil davon (etwa 22.300 Personen) machen Personen mit Opioidkonsum – meist mit multiplem Konsummuster – aus. Die zweite große Gruppe von Personen im Behandlungssystem sind jene mit der alleinigen Leitdroge Cannabis (etwa 2.600 Personen). Bei den Konsummustern von Personen, die erstmals in ihrem Leben eine drogenspezifische Behandlung beginnen, zeigen sich in den letzten zehn Jahren kaum Veränderungen. Lediglich bei Stimulantien, insbesondere Kokain, zeigt sich ein leichter Anstieg und bei Opioiden ein leichter Rückgang. Mittlerweile wird jede fünfte drogenbezogene Erstbehandlung wegen der Leitdroge Kokain gemacht.

Eine intravenöse OST ist in Österreich derzeit nicht etabliert. Die Suchthilfe Wien gGmbH startete im Berichtsjahr eine Pilotstudie zur Sicherheit und Machbarkeit einer intravenösen OST mit Hydargelan® (Hydromorphonhydrochlorid) in Wien. Im Rahmen dieser Pilotstudie soll geprüft werden, ob in Wien eine patientenorientierte, den Bedürfnissen der i. v. applizierenden Klientel mehr angepasste Vorgehensweise machbar ist und ob sie die Bindung an das Versorgungsangebot erhöht, die Reintegration unterstützt sowie zur gesundheitlichen Stabilisierung beiträgt.

Gesundheitliche Konsequenzen und Schadensminderung

Die aktuellen Zahlen der drogenbezogenen Todesfälle für 2022 lagen zu Redaktionsschluss noch nicht vor. Daher werden die Daten zu den drogenbezogenen Todesfällen 2022 zunächst nur im Epidemiologiebericht Sucht 2023 publiziert (Anzenberger et al. 2023). Für das Jahr 2021 wird in Summe von 235 Todesfällen aufgrund von Drogenüberdosierung ausgegangen (2020: 191 Fälle).

Die Infektionsraten von HIV und Hepatitis variieren stark zwischen den verfügbaren Datenquellen. Es zeigt sich dennoch deutlich, dass Hepatitis C bei intravenös Drogenkonsumierenden ein gravierendes Problem darstellt (2022 je nach Datenquelle bis zu 81 % bei HCV-Antikörpern). Die Zahlen zur HIV-Prävalenz bewegten sich im Zeitraum der letzten zehn Jahre hingegen auf niedrigem Niveau (2021: 0 % bis 7 %).

In Kärnten, Tirol und Vorarlberg starteten neue (Take-Home-)Naloxon-Pilotprojekte, womit es in Österreich nun in sechs Bundesländern ein derartiges Angebot gibt. Seitens der Kärntner Drogenkoordination wird eine fundierte Schulung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Drogenambulatorien und Drogenberatungsstellen durchgeführt. Das Tiroler Pilotprojekt (Pilotphase Mai 2023 bis Dezember 2024) wird durch das Land Tirol finanziert. In Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Anlaufstellen der Sucht- und Drogenhilfe wurde das Pilotprojekt in Vorarlberg landesweit ausgerollt.

Seit Beginn 2022 können an vier Standorten der Suchtberatungen in Niederösterreich (Neunkirchen, Tulln, St. Pölten und Amstetten) Spritzen getauscht werden, ein weiterer Ausbau dieses Angebots ist geplant. In Österreich wird kostenloser Spritzentausch damit mit Ausnahme des Burgenlands in allen Bundesländern umgesetzt. Insgesamt gibt es 20 derartige Angebote in 18 Städten, über die steriles Injektionszubehör erhältlich ist.

Unter dem Titel *Triptalks* besteht seit August 2022 ein neues Drug-Checking-Angebot in Graz. Damit wird Drug-Checking in Österreich in insgesamt drei Bundesländern umgesetzt. Das Grazer Triptalks-Team veröffentlicht, wenn notwendig, Akutwarnungen zu besonders bedenklichen Substanzen und zusammenfassende Monatswarnungen mit einer Übersicht über alle abgegebenen Proben.

Drogenmärkte und Drogendelikte

Insgesamt gab es im Jahr 2022 in Österreich 34.928 Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG), was einen minimalen Anstieg im Vergleich zum Vorjahr bedeutet. Die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (31.351) überstiegen die Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen (2.859) bei weitem. Der größte Anteil an den Anzeigen nach SMG betraf Cannabis (25.293). Im Jahr 2022 kam es zudem zu 7.499 Anzeigen wegen einer Beeinträchtigung durch Suchtgift im Straßenverkehr gemäß Straßenverkehrsordnung (StVO) bzw. Führerscheingesetz (FSG). Dem stehen 32.875 Anzeigen wegen Alkohols im Straßenverkehr gegenüber.

Die Sicherheitsbehörden setzen Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots: Dazu gehört neben der Kontrolltätigkeit auch die Sicherstellung von illegalen Suchtmitteln sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe oder Suchtgifte (inkl. Substitutionsmitteln) enthalten, und *Neuen Psychoaktiven Substanzen*. Darüber hinaus wurden Im Jahr 2022 ebenso der Schwerpunkt auf den Online-Suchtmittelhandel weiter forciert.

Drogen und Haft

Der Straf- und Maßnahmenvollzug in Österreich unterliegt der Zuständigkeit des Bundes und obliegt der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen (Sektion II) im Bundesministerium für Justiz (BMJ). 28 Justizanstalten mit 15 Außenstellen bieten eine Belagskapazität von 8.473 Haftplätzen (Stand 1. April 2023).

Zum Ausmaß des Substanzkonsums in Haft befindlicher Personen stehen keine Informationen zur Verfügung. Mit 1. Oktober 2022 befanden sich rund zehn Prozent der Insassinnen/Insassen (862) in Substitutionsbehandlung.

Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen in Justizanstalten erfolgt über das BMJ, da Personen in Haft nicht durch das allgemeine Sozialversicherungssystem versichert sind. Nadel- und Spritzenaustauschprogramme sowie systematische Impfungen gegen Hepatitis B für alle seronegativen Personen sind im österreichischen Strafvollzug nicht implementiert. Vor der Haftentlassung werden in den Justizanstalten keine Maßnahmen zur Überlebenshilfe wie etwa entsprechende Naloxonprogramme oder Trainings zur Prävention von Überdosierungen nach der Entlassung angeboten. Weder ist eine Mitgabe von Naloxon in die Zelle möglich, noch ist eine solche bei der Haftentlassung vorgesehen.

In den Jahren 2021/2022 wurden die Abteilungen für Entwöhnungsbehandlungen in den Justizanstalten Innsbruck, Klagenfurt, Stein und Wien-Simmering auf- und ausgebaut. Auf Grund der Re- bzw. Umorganisation der Justizanstalt Wien-Favoriten in den Jahren 2020/2021 waren insbesondere im Wiener Raum – auch in Hinblick auf eine gezielte Entlassungsvorbereitung – vermehrt Plätze für entwöhnungsbedürftige Strafgefangene sowie Untergebrachte gemäß § 22 StGB notwendig geworden. Daher ist die Justizanstalt Wien-Simmering seit 1. Mai 2022 auch für den Maßnahmenvollzug gem. § 22 StGB zuständig. In der Justizanstalt Stein wurde ebenso die Abteilung für Insassen gem. § 22 StGB und § 68a StVG ausgebaut und neuorganisiert, um damit auch Strafgefangene mit langen Freiheitsstrafen suchtmmedizinisch und suchtttherapeutisch betreuen und behandeln zu können. Suchtkranken Frauen steht in der Justizanstalt Schwarzau eine Maßnahmenabteilung gem. § 22 StGB und § 68a StVG zur Verfügung.

Der *Verein Dialog* hat im Berichtjahr mit dem *dialog: mobil* (DIM) ein neues telemedizinisches Angebot für österreichische Justizanstalten geschaffen. Um die Anzahl der Ausführungen in umliegende Krankenhäuser zu reduzieren und dennoch eine professionelle medizinische Begutachtung und Behandlung sicherzustellen, werden seit Juli 2022 Allgemeinmediziner:innen zum Zwecke der Erbringung von fachspezifischen Dienstleistungen der telemedizinischen Versorgung eingesetzt.

Inhalt

Kurzfassung	III
Tabellen und Abbildungen	XII
Abkürzungen.....	XVIII
Einleitung	1
Politische und administrative Rahmenbedingungen	3
1 Politische und administrative Rahmenbedingungen	5
1.1 Zusammenfassung aktuelle Situation	5
1.2 Aktuelle Situation.....	6
1.2.1 Sucht- und Drogenstrategien	6
1.2.2 Evaluation von Drogenstrategien	11
1.2.3 Koordination der Drogenpolitik	13
1.2.4 Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben	16
1.3 Neue Entwicklungen.....	17
1.4 Quellen und Methodik.....	18
1.5 Bibliografie	19
1.6 Zitierte Bundes- und Landesgesetze	22
1.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	22
Rechtliche Rahmenbedingungen	23
2 Rechtliche Rahmenbedingungen	25
2.1 Zusammenfassung.....	25
2.2 Aktuelle Situation.....	26
2.2.1 Rechtliche Regelungen	26
2.2.2 Umsetzung	32
2.3 Trends.....	34
2.4 Neue Entwicklungen.....	38
2.5 Quellen und Methodik.....	39
2.6 Bibliografie	40
2.7 Zitierte Bundesgesetze.....	41
2.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	43
2.9 Anhang.....	43
Drogenkonsum.....	51
3 Drogenkonsum.....	53
3.1 Zusammenfassung.....	53
3.2 Cannabis	55
3.2.1 Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums	55
3.2.2 Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung	58
3.2.3 Neue Entwicklungen	59
3.3 Stimulanzien.....	60
3.3.1 Prävalenz und Trends des Stimulanzienkonsums	60
3.3.2 Risikoreiche Stimulanzienkonsummuster und Behandlung	63
3.3.3 Neue Entwicklungen	65

3.4	Heroin und andere Opioide	65
3.4.1	Prävalenz und Trends des Opioidkonsums	65
3.4.2	Risikoreiche Opioidkonsummuster und Behandlung.....	69
3.4.3	Neue Entwicklungen	69
3.5	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen	70
3.5.1	Prävalenz und Trends des NPS-Konsums	70
3.5.2	Neue Entwicklungen	71
3.6	Quellen und Studien.....	71
3.6.1	Quellen	71
3.6.2	Studien	74
3.7	Bibliografie	76
3.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	82
3.9	Anhang.....	83
Suchtprävention		91
4	Suchtprävention.....	93
4.1	Zusammenfassung.....	93
4.2	Aktuelle Situation.....	95
4.2.1	Strategien und Organisation	95
4.2.2	Präventionsmaßnahmen	100
4.2.3	Qualitätssicherung	116
4.3	Trends.....	118
4.4	Neue Entwicklungen.....	119
4.5	Quellen und Methodik.....	122
4.6	Bibliografie	122
4.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	125
4.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	126
4.9	Anhang.....	127
Drogenbezogene Behandlung		129
5	Drogenbezogene Behandlung	131
5.1	Zusammenfassung.....	131
5.2	Aktuelle Situation.....	133
5.2.1	Strategien und Koordination.....	133
5.2.2	Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung.....	137
5.2.3	Schlüsseldaten	138
5.2.4	Behandlungsmodalitäten	145
5.2.5	Qualitätssicherung	153
5.3	Trends.....	158
5.4	Neue Entwicklungen.....	159
5.5	Quellen und Methodik.....	161
5.6	Bibliografie	164
5.7	Zitierte Bundesgesetze.....	166
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	167
5.9	Anhang.....	167
Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen		173
6	Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen.....	175
6.1	Zusammenfassung.....	175

6.2	Aktuelle Situation.....	177
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität	177
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle.....	178
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	178
6.2.4	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen.....	182
6.2.5	Schadensminimierende Maßnahmen.....	183
6.2.6	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	192
6.2.7	Qualitätssicherung	198
6.3	Neue Entwicklungen.....	198
6.4	Quellen und Methodik.....	201
6.5	Bibliografie	204
6.6	Zitierte Bundesgesetze.....	206
6.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	207
6.8	Anhang.....	207
	Drogenmärkte und Drogendelikte	211
7	Drogenmärkte und Drogendelikte	213
7.1	Zusammenfassung.....	213
7.2	Aktuelle Situation.....	214
7.2.1	Drogenmärkte.....	214
7.2.2	Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen	217
7.2.3	Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....	218
7.3	Trends.....	220
7.3.1	Trends bei Sicherstellungen, Preis und Reinheit	220
7.3.2	Trends bei drogenbezogenen Anzeigen.....	223
7.4	Neue Entwicklungen.....	226
7.5	Quellen und Methodik.....	226
7.6	Bibliografie	227
7.7	Zitierte Bundesgesetze.....	227
7.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	227
7.9	Anhang.....	228
	Haft	237
8	Haft.....	239
8.1	Zusammenfassung.....	239
8.2	Aktuelle Situation.....	240
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und der Gefängnispopulation	240
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme	244
8.2.3	Interventionen im Kontext Drogen und Gesundheit während der Haft	244
8.2.4	Qualitätssicherung für Interventionen im Kontext Drogen und Gesundheit während der Haft	249
8.3	Trends.....	252
8.4	Neue Entwicklungen.....	252
8.5	Quellen und Methodik.....	254
8.6	Bibliografie	255
8.7	Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen	258
8.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	258
8.9	Anhang.....	259

Tabellen und Abbildungen

Tabellen:

Tabelle 1.1:	Sucht-/Drogenstrategien des Bundes und der österreichischen Bundesländer.....	9
Tabelle 1.2:	Zusätzliche suchtspezifische Strategien der österreichischen Bundesländer.....	11
Tabelle 1.3:	Ausgaben des österreichischen BMJ für Suchtbehandlung nach §§ 35, 37 und 39 SMG 2013 bis 2022.....	16
Tabelle 2.1:	Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich 2013–2022.....	33
Tabelle 3.1:	Fälle behandlungsrelevanten Konsums von Stimulanzien, festgestellt bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG, nach Bundesland 2022.....	63
Tabelle 4.1:	Universelle Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen.....	106
Tabelle 4.2:	Selektive Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen.....	110
Tabelle 4.3:	Indizierte Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen.....	114
Tabelle 4.4:	Neue Maßnahmen und Weiterentwicklungen – Auswahl.....	121
Tabelle 5.1:	Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2022 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung ¹).....	139
Tabelle 5.2:	Alle Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2022 (Schätzung ¹).....	141
Tabelle 5.3:	Anzahl der dem BMSGPK für das Jahr 2022 gemeldeten Personen in OST nach Erst- und fortgesetzter Behandlung sowie nach Bundesländern.....	151
Tabelle 5.4:	Ausgewählte Fortbildungsveranstaltungen 2022.....	157
Tabelle 6.1:	Infektionsraten von Hepatitis B, Hepatitis C-Ab und HIV bei intravenös Drogenkonsumierenden in Österreich 2022.....	179
Tabelle 6.2:	Neue schadensminimierende Angebote und Pilotprojekte 2022.....	200
Tabelle 7.1:	Preise der diversen Drogen (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) im Straßenverkauf in Österreich im Jahr 2022.....	215
Tabelle 7.2:	Anzahl der Anzeigen wegen Alkohols gemäß § 5 StVO und § 14 (8) FSG sowie wegen Suchtgifts gemäß § 5 StVO 2017–2022.....	218
Tabelle 7.3:	Maximaler Preis von Suchtgiften/Suchtmitteln (in Euro) im Straßenhandel in Österreich 2013–2022.....	222
Tabelle 7.4:	Durchschnittliche Reinheit (Mittelwert) der untersuchten Suchtgifte/ Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich 2013–2022.....	222

Tabelle 8.1:	Justizanstalten in Österreich, Stand 1. April 2023	242
Tabelle 8.2:	Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen für die Jahre 2016 bis 2023 zum Stichtag 1. April.....	244
Tabelle A2.1:	Sämtliche einer Verurteilung zugrunde liegende Delikte nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach Geschlecht und Alters- gruppe 2022.....	43
Tabelle A2.2:	Anzahl rechtskräftiger Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach führendem Delikt, Geschlecht und Alters- gruppe 2022.....	43
Tabelle A2.3:	Anzahl der Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen in Österreich 2013–2022	44
Tabelle A2.4:	Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittel- gesetz (SMG), differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach führendem Delikt und Art der Strafe, 2022	44
Tabelle A2.5:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2013–2022	45
Tabelle A2.6:	Straftatbestände und Strafandrohungen laut SMG	46
Tabelle A2.7:	Alternativen zur Bestrafung laut SMG	48
Tabelle A3.1:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich 2005–2022	83
Tabelle A3.2:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen österreichischer Jugendlicher 2005 bis 2022	86
Tabelle A3.3:	Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Hauptdiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (absolut)	89
Tabelle A3.4:	Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (absolut).....	90
Tabelle A4.1:	Ausgewählte Kennwerte für die Umsetzung österreichweiter Programme durch die regionalen Fachstellen in den letzten fünf Jahren	127
Tabelle A5.1:	Personen, die im Jahr 2022 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter, Geschlecht und Betreuungsart	167
Tabelle A5.2:	Personen, die im Jahr 2022 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n), Geschlecht und Betreuungsart	168

Tabelle A5.3:	Personen, die im Jahr 2022 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum (jemals), Geschlecht und Betreuungsart	169
Tabelle A5.4:	Personen, die im Jahr 2022 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation, Geschlecht und Betreuungsart	170
Tabelle A5.5:	Ab 25-Jährige, die im Jahr 2022 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)	171
Tabelle A5.6:	Personen, die im Jahr 2022 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensunterhalt, Geschlecht und Betreuungsart.....	172
Tabelle A6.1:	Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache 2012–2022	207
Tabelle A6.2:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2012–2022 nach Bundesland (pro 100.000 15- bis 64-Jährige)	208
Tabelle A6.3:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2012–2022 nach Bundesland (absolut).....	208
Tabelle A6.4:	Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern 2022	209
Tabelle A7.1:	Preise der diversen Drogen im Großhandel (pro Kilogramm bzw. pro 1.000 Tabletten) in Österreich 2022.....	228
Tabelle A7.2:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Ersttäterinnen/-tätern und Wiederholungstäterinnen/-tätern 2013–2022	228
Tabelle A7.3:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Bundesland 2013–2022	229
Tabelle A7.4:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Bundesland 2013–2022 pro 100.000 EW.....	229
Tabelle A7.5:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe) nach Bundesland 2013–2022.....	230
Tabelle A7.6:	Verteilung der Anzeigen bei der Staatsanwaltschaft wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz nach Bundesland 2013–2022	230
Tabelle A7.7:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel 2013–2022.....	231
Tabelle A7.8:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland 2022.....	232

Tabelle A7.9: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland 2022 pro 100.000 EW	233
Tabelle A7.10: Anzahl der Sicherstellungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich 2013–2022	234
Tabelle A7.11: Sicherstellungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach Menge 2013–2022	235
Tabelle A7.12: Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten in Österreich nach Menge und Anzahl 2018–2022.....	236
Tabelle A8.1: Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten neben der Strafhaft untergebrachten Personen, Stichtag 1. April 2023	260
Tabelle A8.2: Anzahl der Substituierten in den Justizanstalten nach Substitutionsmittel zum 1. Oktober 2022.....	261
Abbildungen:	
Abbildung 1.1: Organisatorische Struktur der Drogenpolitik in Österreich	15
Abbildung 2.1: Anzahl der Verurteilungen nach §§ 27, 28 und 28a SMG (führendes Delikt) 2013–2022	35
Abbildung 2.2: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2018–2022.....	36
Abbildung 2.3: Ergebnisse der Begutachtung gemäß § 11 Abs. 2 SMG (gesundheitsbezogene Maßnahmen) in Hinblick auf behandlungsrelevanten Konsum 2022	37
Abbildung 3.1: Cannabiskonsum gemäß Wiener Suchtmittelmonitoring und österreichweiten Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch (Zeitreihen)	55
Abbildung 3.2: Cannabiskonsum: Lebenszeiterfahrung Jugendlicher nach Geschlecht in ESPAD und HBSC (Zeitreihen).....	57
Abbildung 3.3: Stimulanzien: Entwicklung der Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG in Österreich nach Art des Suchtgiftes 2002–2022	60
Abbildung 3.4: Stimulanzienkonsum (Lebenszeitprävalenz, Jahresprävalenz und Monatsprävalenz).....	61
Abbildung 3.5: Stimulanzienkonsum: Lebenszeiterfahrung und Konsum in den letzten zwölf Monaten von Jugendlichen nach Geschlecht (ESPAD 2019)	62
Abbildung 3.6: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf	67

Abbildung 3.7:	Anteil der unter 25-Jährigen in den Datenquellen des Drogenmonitorings, Zeitreihe 2000–2022 bzw. aktuellste verfügbare Zahl (gleitender Mittelwert)	68
Abbildung 3.8:	Checkit!-Thematisierung von NPS je Setting 2011 bis 2022	70
Abbildung 5.1:	Konsummuster von Personen, die im Jahr 2022 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung).....	140
Abbildung 5.2:	Konsummuster aller Personen in drogenspezifischer Behandlung (Schätzung) 2022	141
Abbildung 5.3:	Personen, die im Jahr 2022 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Art der Betreuung und Alter.....	143
Abbildung 5.4:	Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition nach Art der Betreuung (Betreuungsbeginn im Jahr 2022).....	144
Abbildung 5.5:	Versorgungspraxis OST: Betreuung von Patientinnen/Patienten durch Fachärztinnen/-ärzte versus Allgemeinmediziner:innen nach Bundesländern (Stichtag 31. 12. 2022)	150
Abbildung 5.6:	Altersstruktur der als in OST befindlich gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland 2022	152
Abbildung 5.7:	Personen in OST nach Opioidsubstitutionsmittel und Bundesland 2022.....	153
Abbildung 5.8:	Leitdrogen im Zeitverlauf bei Personen, die sich erstmals im Leben einer längerfristigen Suchtbehandlung unterziehen, in DOKLI 2013–2022	158
Abbildung 5.9:	Jährlich gemeldete aktuell in OST befindliche Personen nach Erst- und fortgesetzter Behandlung 2013–2022.....	159
Abbildung 6.1:	Anzahl direkt drogenbezogener Todesfälle in Österreich 2012–2021	177
Abbildung 6.2:	HCV-Ab-Infektionsraten in Österreich 2000–2022	180
Abbildung 6.3:	Anzahl der Personen in Österreich, die sich wahrscheinlich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben, nach Alter und Jahr der Aufnahme in die Österreichische HIV-Kohortenstudie (AHIVCOS) 2000–2022	182
Abbildung 6.4:	Anzahl der verteilten Spritzen in Wien und in Österreich ohne Wien 2016–2022	184
Abbildung 7.1:	Schwarzmarktwert der Sicherstellungen im Jahr 2022 in Euro	215
Abbildung 7.2:	Meldungen im österreichischen Informations- und Frühwarnsystem nach chemischen Obergruppen im Jahr 2022 (n = 654)	216
Abbildung 7.3:	Entwicklung der Sicherstellungen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Art des Suchtgifts 2013–2022	221

Abbildung 7.4: Anteil der bei checkit! analysierten Proben, die ausschließlich den erwarteten Inhaltsstoff enthielten, 2013–2022.....	223
Abbildung 7.5: Entwicklung der Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen 2013–2022	224
Abbildung 7.6: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Art des Suchtgifts 2013–2022	225

Abkürzungen

Abs	Absatz
AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
AHS	allgemeinbildende höhere Schule
AIDS	acquired immune deficiency syndrome
AKH	Allgemeines Krankenhaus Wien
AHIVCOS	Austrian HIV Cohort Study
AMS	Arbeitsmarktservice
ANS-Ost	Angehörige. Netzwerk. Sucht. Ostösterreich
Anti-HBc	Hepatitis-B-Virus-core-Antikörper (gesamt)
Anti-HBs	Hepatitis-B-Virus-surface-Antikörper (Oberflächenmerkmale)
ARGE	Arbeitsgemeinschaft (z. B. <i>Österreichische ARGE Suchtvorbeugung</i>)
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
B	Burgenland
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BGBI	Bundesgesetzblatt
BKA	Bundeskanzleramt der Republik Österreich
BMA	Bundesministerium für Arbeit (seit Februar 2021)
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Januar 2018 – Januar 2020)
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMDW	Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort
BMEIA	Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (bis Juli 2016)
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Juli 2016 – Dezember 2017)
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMI/BK	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMK	Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie
BMKÖS	Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport
BMLRT	Bundesministerium für Landwirtschaft, Regionen und Tourismus
BMLV	Bundesministerium für Landesverteidigung
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (seit Januar 2020)
BMUK	Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CAST	Cannabis Abuse Screening Tool

CBD	Cannabidiol
COFOG	Classification of Functions of Government
COVID-19	durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachte Infektionskrankheit
CRC	Capture-Recapture(-Verfahren)
CSI-PP	combatting suspects dealing in drugs on the internet – prosecution and prevention
DAA	direct acting antivirals
DB	Drogenbeauftragte:r
DG	Directorate-General / Generaldirektion
d. h.	das heißt
DK	Drogenkoordinator:in
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation
DOKLI	Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe in Österreich
DOT	directly observed therapy
dt.	deutsch
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
DWA	Österreichische Dialogwoche Alkohol
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (dt. EBDD)
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (engl. EMCDDA)
EG	Europäische Gemeinschaft
EPIG	Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit
EPR	Europäische Strafvollzugsgrundsätze
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
et al.	et alii (dt. und andere)
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUPC	Europäisches Präventionscurriculum
EWS	Early Warning System
ff.	folgende (Seiten)
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FSG	Führerscheingesetz
FSW	Fonds Soziales Wien
gem.	gemäß
GFA	Gesundheitsfolgenabschätzung
GFPR	Gesundheitsförderung und Prävention
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GHB	Gammahydroxybuttersäure
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GTelG	Gesundheitstelematikgesetz
HAV	Hepatitis-A-Virus
HBsAg	Hepatitis-B-Virus-surface-Antigen (Hepatitis-B-Virus-Oberflächenantigen)
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children Study (WHO-Studie)
HBV	Hepatitis-B-Virus

HCV	Hepatitis-C-Virus
HCV-Ab	HCV-Antikörper
HiAP	Health in All Policies
HIV	human immunodeficiency virus
ID	Identification/Identifikation
i. d. g. F.	in der gültigen Fassung
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems
I.K.A.	Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle
insb.	insbesondere
inkl.	inklusive
i. v.	intravenös
IVV	integrierte Vollzugsverwaltung
JA	Justizanstalt
JGG	Jugendgerichtsgesetz
K	Kärnten
Kap.	Kapitel
kg	Kilogramm
KPSD	Koordinator:in für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen
KUKO	Kurzkontakt
lt.	laut
LBamb	längerfristige Betreuung ambulant
LBstat	längerfristige Betreuung stationär
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte
LKH	Landeskrankenhaus
LSD	Lysergsäurediethylamid
MA	Magistratsabteilung
männl.	männlich
max.	maximal
MDMA	3,4-Methylendioxy-N-Methylamphetamin
Mio.	Million(en)
MS	Mittelschule
MSM	men who have sex with men / Männer, die mit Männern Sex haben
n	Anzahl (z. B. Stichprobengröße bei Datenerhebungen)
NIS	niederschwellige Begleitung
NMS	Neue Mittelschule
NPS	Neue psychoaktive Substanzen
NPSG	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz
NPSV	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung
NÖ	Niederösterreich, niederösterreichisch
n. v.	nicht verfügbar
o. Ä.	oder Ähnliches
o. J.	ohne Jahr
OÖ	Oberösterreich
oö.	oberösterreichisch
ORF	Österreichischer Rundfunk

Ö	Österreich
ÖAKDA	Österreichischer Arbeitskreis für kommunikative Drogenarbeit
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGABS	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
ÖGPB	Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
OST	opioid substitution treatment/therapy, Opioid-Substitutionsbehandlung/ Opioiderhaltungstherapie
ÖVDF	Österreichischer Verein der Drogenfachleute
PAZ	Polizeianhaltezentrum
pib	Prävention in Betrieben
p. M.	persönliche Mitteilung
PH	pädagogische Hochschulen
PSD	Psychosozialer Dienst
PTS	polytechnische Schule
PV	Psychotropenverordnung
PVE	Primärversorgungseinheit
rd.	rund
RDD	random digit dialling
REITOX	Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
RRF	Recovery and Resilience Facility (Aufbau- und Resilienzfähigkeit der Europäischen Union zur Stärkung Europas nach der COVID-19-Krise)
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S	Salzburg
S.	Seite
SB	Suchtbeauftragte:r
SCORE	Sewage analysis CORE group – Europe
SCHILF	schulinterne Fortbildung
SDB	Beauftragte:r für Sucht- und Drogenfragen
SDHN	Sucht- und Drogenhilfenetzwerk
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH
SHW	Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH
SK	Suchtkoordinator:in
SMA	suchtmedizinische Ambulanz
SMG	Suchtmittelgesetz
ST	standard table
StGB	Strafgesetzbuch
St	Steiermark

Stk.	Stück
StPO	Strafprozessordnung
StRÄG	Strafrechtsänderungsgesetz
StVG	Strafvollzugsgesetz
StVO	Straßenverkehrsordnung
SV	Suchtgiftverordnung
T	Tirol
Tab.	Tabelle
Tbc	Tuberkulose
TDI	treatment demand indicator
THC	Tetrahydrocannabinol
TNRSG	Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz
u. a.	unter anderem
UE	Unterrichtseinheit(en)
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
V	Vorarlberg
v. a.	vor allem
VE	Verwaltungseinheit
VfGH	Verfassungsgerichtshof
vgl.	vergleiche
VIZ	Vergiftungsinformationszentrale
W	Wien
WbVO	Weiterbildungsverordnung orale Substitution
weibl.	weiblich
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

Einleitung

Der am Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) eingerichtete REITOX Focal Point legt hiermit zum 28. Mal den Bericht zur Drogensituation vor, der jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD bzw. EMCDDA) und des BMSGPK verfasst wird. Der REITOX Focal Point dient als zentraler Knotenpunkt eines drogenrelevanten nationalen wie auch europäischen Daten- und Informationsnetzes. Er kooperiert eng mit den verantwortlichen Stellen auf Bundes- und Länderebene, mit Fachleuten und den Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe.

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

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

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

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

Politische und administrative Rahmenbedingungen

1	Politische und administrative Rahmenbedingungen	5
1.1	Zusammenfassung aktuelle Situation	5
1.2	Aktuelle Situation.....	6
1.2.1	Sucht- und Drogenstrategien	6
1.2.2	Evaluation von Drogenstrategien	11
1.2.3	Koordination der Drogenpolitik	13
1.2.4	Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben	16
1.3	Neue Entwicklungen.....	17
1.4	Quellen und Methodik.....	18
1.5	Bibliografie	19
1.6	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	22
1.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	22

1 Politische und administrative Rahmenbedingungen

1.1 Zusammenfassung aktuelle Situation

In Österreich werden die Rahmenbedingungen für die Sucht-/Drogenpolitik durch Gesetze und Verordnungen sowie durch Drogen-/Suchtstrategien und -konzepte bestimmt. Von Bedeutung sind insbesondere die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* und die Sucht- und Drogenstrategien bzw. -konzepte der Bundesländer. Die österreichische Drogenpolitik verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, der verschiedene Suchtformen berücksichtigt und Sucht als Erkrankung versteht. Das Ziel ist eine möglichst suchtfreie Gesellschaft. Negative Auswirkungen für die Bevölkerung durch Verhaltenssuchte und den Gebrauch psychotroper Substanzen (unabhängig von ihrem rechtlichen Status) sollen so gering wie möglich gehalten werden. Neben den Sucht-/Drogenstrategien bzw. -konzepten sind weitere Strategien aus dem Gesundheits- und Sozialbereich relevant wie z. B. die Gesundheitsziele auf Bundesebene oder spezifische Strategien zu anderen Suchtformen auf Länderebene.

Für die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* liegt bislang keine formelle Evaluation vor. Wirkungsorientierung ist jedoch ein wesentliches allgemeines Verwaltungsparadigma in Österreich. Es gibt sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene Koordinationsstrukturen sowie Monitoring-systeme, die u. a. eine Beobachtung der Drogensituation zum Ziel haben und der Weiterentwicklung der bestehenden Sucht-/Drogenhilfesysteme und -strategien dienen. Regelmäßige Suchtberichte auf Bundesländerebene spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. Auch in verwandten Bereichen (z. B. Gesundheitsförderung, Kinder- und Jugendgesundheit) findet ein regelmäßiges Monitoring der Zielerreichung (z. B. der Umsetzung von geplanten Maßnahmen) statt.

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

Über öffentliche Ausgaben für die Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen können für Österreich keine systematischen Aussagen getätigt werden, da die Ausgaben nicht im Detail aufgeschlüsselt und drogen- bzw. suchtspezifische Ausgaben oft nicht explizit als solche gekennzeichnet werden. Laufend werden auf Bundesebene lediglich die Ausgaben des Bundesministeriums für Justiz (BMJ) für gesundheitsbezogene Maßnahmen (*Therapie statt Strafe*) erhoben. Diese waren jahrelang konstant bei ca. acht Mio. Euro pro Jahr und lagen im Jahr 2021 erstmals bei ca. neun Mio. Euro, sanken im Jahr 2022 aber wieder ein wenig. Darüber hinaus liefern punktuelle Erhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) Auskünfte über Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention.

Neue Entwicklungen

Im Berichtszeitraum wurden mehrere Empfehlungspapiere veröffentlicht, hervorzuheben sind hier die *Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Suchterkrankungen in Österreich* sowie die *Roadmap „Zukunft Gesundheitsförderung“*. Eine österreichweite Tabak- und Nikotinstrategie ist in Erarbeitung. Mit Bezug auf die COVID-19-Pandemie wurden pandemiebedingte Anpassungen aus den Vorjahren fortgeführt. Der Zielsteuerungsvertrag *Zielsteuerung-Gesundheit 2017–2021* wurde pandemiebedingt um zwei Jahre verlängert.

1.2 Aktuelle Situation

1.2.1 Sucht- und Drogenstrategien

Den zentralen Rahmen für die österreichische **Bundesdrogenpolitik** bilden das Suchtmittelgesetz (SMG, BGBl. I 1997/112) und das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG, BGBl. I 2011/146) mit den entsprechenden Durchführungsverordnungen (vgl. Kapitel 2) sowie die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* (BMG 2015), welche die wesentlichen Prinzipien der österreichischen Drogenpolitik festlegen. Dazu zählt das Hinwirken auf eine möglichst suchtfreie Gesellschaft. Sucht ist als Erkrankung anerkannt, in Gesetzestexten wird bspw. zwischen Drogenhandel und unerlaubtem Umgang mit Suchtmitteln zum persönlichen Gebrauch bzw. im Kontext einer Abhängigkeit unterschieden (vgl. Kapitel 2). Das österreichweit angewandte Prinzip *Therapie statt Strafe* wurde von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD, engl. EMCDDA) als „most noticeable element“ der österreichischen Drogenpolitik bezeichnet (EMCDDA 2014). Es wurde im Jahr 1971 erstmals in das damalige Suchtgiftgesetz aufgenommen und seither ausgeweitet. Das bedeutet auch, dass inzwischen Intentionen und Rahmenbedingungen eine größere Rolle bei der Beurteilung von Suchtgiftdelikten spielen als die Suchtgiftmenge (Uhl/Busch 2020). Von Bedeutung sind auch internationale Strategien wie z. B. die *EU-Drogenstrategie 2021–2025* (Rat der Europäischen Union 2021).

Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie*² gilt seit 2015 und wurde vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit erarbeitet. Sie bezieht sich sowohl auf legale und illegale Suchtmittel als auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten und bildet einen Orientierungsrahmen für alle suchtbetreffenden Maßnahmen in Österreich. Die Gesundheitsperspektive steht im Mittelpunkt. Die Bedeutung eines breiten und diversifizierten Maßnahmenangebots wird hervorgehoben, das von Prävention über Suchtberatung, Überlebenshilfe/Schadensminimierung, Suchttherapie, gesundheitliche Rehabilitation bis zu beruflicher und sozialer Integration reicht. Für den Bereich illegale Drogen wird betont, dass Beratung sowie medizinische, psychologische und soziale Hilfe Vorrang

2

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Pr%C3%A4vention-und-Therapie/%C3%96sterreichische-Suchtpr%C3%A4ventionsstrategie.html> (Zugriff am 30. 6. 2023)

vor strafrechtlicher Verfolgung haben. Personen hingegen, die gewerbsmäßigen illegalen Suchtmittelhandel betreiben, sollen strafrechtlich verfolgt werden. Zur Förderung der subjektiven und objektiven Sicherheit der Bevölkerung sind neben den klassischen sicherheitspolitischen Maßnahmen zur Eindämmung des Drogenhandels auch sozialpolitische, gesundheitspolitische und infrastrukturelle Maßnahmen einzusetzen. Einen österreichweiten Aktionsplan zur Umsetzung der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* gibt es derzeit nicht. Bislang erfolgt die Umsetzung durch die Bundesländer durch regionale Schwerpunktsetzungen und bundeslandspezifische Aktionspläne.

Relevant für den Suchtbereich sind auch Strategien, die keinen spezifischen Fokus auf Sucht oder Drogen haben, sondern sich allgemein auf Themen aus dem **Gesundheits- oder Sozialbereich** beziehen. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag³ *Zielsteuerung-Gesundheit 2017–2021* legte fest, dass beim bedarfsgerechten Ausbau der psychosozialen Gesundheitsversorgung entsprechend dem Gesundheitsziel 9 (Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern) Suchterkrankungen mitberücksichtigt werden sollen. Außerdem wurde eine Vereinfachung der Finanzierung der Suchthilfe angestrebt. Eine Weiterentwicklung des Zielsteuerungsvertrags für die Jahre 2022 und 2023 liegt vor⁴. Weiters sind hier die *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* (BMG 2011), die *Österreichische Jugendstrategie*⁵ sowie die *Gesundheitsziele Österreich*⁶ (BMGF 2017), die *Gesundheitsförderungsstrategie*⁷ (BMGF 2016) und der *Aktionsplan Frauengesundheit* (BMASGK

3

Mit dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag haben Bund, Länder und Sozialversicherung ein gemeinsames Zukunftsbild und handlungsleitende Prinzipien dahingehend festgehalten, wie das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln ist. Daraus werden in den Steuerungsbereichen Versorgungsstruktur, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung strategische Ziele abgeleitet, die wiederum durch operative Ziele konkretisiert werden. Mehr Informationen dazu unter [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit).html) (Zugriff am 30. 6. 2023)

4

Aufgrund der veränderten Prioritätensetzung während der Coronapandemie konnten die im *Zielsteuerungsvertrag 2017–2021* festgelegten Maßnahmen nur teilweise umgesetzt werden. Im Berichtszeitraum einigten sich die Zielsteuerungspartner auf eine Verlängerung der Zielsteuerungsperiode um zwei Jahre (bis Ende 2023), ein neuer Zielsteuerungsvertrag wurde als Weiterentwicklung des ursprünglichen Vertrags abgeschlossen.

5

<https://www.bundeskanzleramt.gv.at/agenda/jugend/oesterreichische-jugendstrategie.html> (Zugriff am 30. 6. 2023)

6

<https://gesundheitsziele-oesterreich.at> (Zugriff am 30. 6. 2023)

7

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

2018) – alle auf Bundesebene – zu erwähnen. Im Bereich der Gesundheitsförderung sind im gegenständlichen Zusammenhang die durch die *Agenda Gesundheitsförderung*⁸ geförderten Strategieprozesse erwähnenswert (vgl. Abschnitt 1.3). Weitere, v. a. für den Bereich Behandlung relevante Dokumente sind z. B. die *Struktur- und Psychiatriepläne*, die es sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene gibt (ausführlicher in Horvath et al. 2020). Generell ist festzustellen, dass das Thema Sucht zunehmend einem ganzheitlichen Ansatz folgt.

In Bezug auf die **öffentliche Sicherheit** sind auf nationaler Ebene die *Österreichische Sicherheitsstrategie* (BKA 2013)⁹, die *Teilstrategie Innere Sicherheit* (BMI 2015) und die *Ressortstrategie „Sicher. Österreich“* des Bundesministeriums für Inneres (BMI 2021) zu erwähnen, die sich zwar nicht explizit auf die Reduktion der Drogenverfügbarkeit beziehen, jedoch die Kriminalitätsbekämpfung im Allgemeinen zum Ziel haben und in diesem Zusammenhang auch (grenzüberschreitende) organisierte Kriminalität und Drogenhandel erwähnen. Die *Österreichische Verkehrssicherheitsstrategie 2021–2030* (BMK 2021) zielt auf eine Reduktion von Verkehrsunfällen mit Personenschäden, Schwerverletzten und Todesfällen ab und enthält in Handlungsfeld 5 („Verkehrstüchtig und mit ganzer Aufmerksamkeit auf der Straße“) Maßnahmen zum Thema Drogen. In Bezug auf die gesundheitliche Versorgung von Personen in **Haft** gibt es in Österreich keine dezidierte Strategie, entsprechende Ziele in Bezug auf Suchtbehandlung und Schadensminimierung finden sich allerdings in der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* (vgl. Kapitel 8).

8

<https://agenda-gesundheitsfoerderung.at> (Zugriff am 30. 6. 2023)

9

Eine Weiterentwicklung der österreichischen Sicherheitsstrategie ist derzeit in Vorbereitung: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/sicherheitspolitik/sicherheitsstrategie.html> (Zugriff am 30. 6. 2023)

Tabelle 1.1:

Sucht-/Drogenstrategien des Bundes und der österreichischen Bundesländer

VE	Jahr (erstmalig erstellt)	Titel	(federführend) erarbeitet von	Fokus auf Drogen / auf Sucht	Kernbereiche/Maßnahmen
Ö	2015	Österreichische Suchtpräventionsstrategie	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	illegale Substanzen, Neue Psychoaktive Substanzen (NPS), psychotrope Medikamente, Doping/Neuro-Enhancement, Tabak/Nikotin, Alkohol, Verhaltenssüchte (z. B. Glücksspiel)	Suchtprävention, Suchthilfe, Sicherheit
B	2002	Burgenländisches Suchtkonzept	Amt der Burgenländischen Landesregierung	illegale Substanzen, Alkohol, Nikotin, Medikamente	Prävention, gesundheitsbezogene Maßnahmen, soziale Maßnahmen, Sicherheit
K	2020 (1995)	Suchthilfestrategie Kärnten 2020–2030	Amt der Kärntner Landesregierung / EPIG GmbH	illegale Substanzen, Alkohol, Tabak, Medikamente, Verhaltenssüchte (z. B. Spielsucht)	Suchtprävention, hochriskant konsumierende Jugendliche, Gesundheitswesen/Regelversorgung, Qualitätsentwicklung an den Schnittstellen, Anpassung der Versorgungsangebote, Alter, Drogentodesfälle, Steuerung/Koordination
NÖ	2016 (2000)	NÖ Suchtstrategie 2016	Fachstelle für Suchtprävention NÖ	illegale Substanzen, Nikotin, Alkohol, substanzungebundene Suchtformen	Suchthilfe (Beratung, Betreuung, Behandlung, Therapie) und Schadensminimierung sowie Maßnahmen für spezifische Zielgruppen und Settings
OÖ	2002	Oberösterreichisches Sucht- und Drogenkonzept	Expertengruppe im Auftrag des Suchtbeirats	illegale Substanzen, legale Substanzen, substanzungebundene Süchte, psychoaktive Substanzen	Prävention, gesundheitsbezogene Maßnahmen, soziale Maßnahmen, Sicherheit
S	2020 (1999)	Suchthilfe im Land Salzburg: Rahmenplan 2016 bis 2025	Land Salzburg	illegale Substanzen, Alkohol, Nikotin, Medikamente, Glücksspiel und andere Verhaltenssüchte	Suchtprävention; integrierte Suchthilfe mit den Handlungsfeldern niederschwellige Anbindung, Beratung, Therapie und Rehabilitation sowie Nachbetreuung
St	2019 (2000)	Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Versorgung suchtkranker Menschen in der Steiermark	Gesundheitsfonds Steiermark / EPIG GmbH	illegale Substanzen, Alkohol, Tabak, psychoaktive Medikamente, Produkte zur Leistungsoptimierung, substanzungebundene Süchte und Verhaltensweisen	Suchtprävention, Suchthilfe, Steuerung
T	2022 (1993)	Tiroler Suchtkonzept 2022–2032	Amt der Tiroler Landesregierung / Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH	illegale Substanzen, Alkohol, Tabak/Nikotin, NPS, Medikamente/Psychopharmaka, Glücksspiel/Sportwetten	Suchtprävention, Suchthilfe, Sicherheit, Forschung, Planung, Aus- und Weiterbildung, Öffentlichkeitsarbeit, Zusammenarbeit
V	2018* (1980)	Vorarlberger Suchtbericht 2018*	verschiedene Institutionen im Auftrag des Amtes der Vorarlberger Landesregierung	illegale Substanzen, Alkohol, Tabak, Psychopharmaka, Glücksspiel/Sportwetten	Therapie, Behandlung, Rehabilitation, Prävention
W	2013 (1999)	Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013	Sucht- und Drogenkoordination Wien	illegale Substanzen, NPS, Alkohol, Tabak/Nikotin, Medikamente, substanzungebundenes Suchtverhalten	Suchtprävention; Beratung, Behandlung und Betreuung; arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und soziale (Re-)Integration; öffentlicher Raum und Sicherheit

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

*Das 2002 formulierte „Vorarlberger Drogenkonzept“ (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2002) ist weiterhin gültig, jedoch ist der Suchtbericht 2018 „als dessen Adaption an die aktuellen Gegebenheiten und als Neuausrichtung in manchen Teilbereichen zu verstehen“ (Haller et al. 2018). Eine Überarbeitung des Suchtkonzepts ist ab 2023 geplant.

Quellen: Busch et al. (2021b), EPIG (2019, 2020), Haller et al. (2018), Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016), Land Salzburg (2020), BMG (2015), SDW (2013), Amt der Burgenländischen Landesregierung (2002), Suchtbeirat des Landes OÖ (2002); Darstellung: GÖG

Aufgrund der föderalen Struktur des Gesundheits- und Sozialbereichs kommt den **Bundesländern** bei der Gestaltung und Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen große Bedeutung zu. Alle neun Bundesländer verfügen über Sucht-/Drogenstrategien, in denen die sucht-/drogenpolitischen Zielsetzungen und Maßnahmenbereiche festgelegt sind (vgl. Tabelle 1.1). Für die operative Umsetzung werden sie zum Teil durch Arbeitspapiere ergänzt. Generell zielen alle Strategien darauf ab, in ausgewogenem Maße sowohl das Angebot als auch die Nachfrage zu reduzieren. Prävention nimmt überall einen zentralen Stellenwert ein.

Die suchtspezifische und die psychosoziale bzw. psychiatrische Versorgung wird in den Bundesländern zunehmend integriert umgesetzt und bspw. in regionalen Strukturplänen (RSG) im Sinne einer integrierten Versorgung dargestellt (so z. B. in Kärnten¹⁰ und der Steiermark¹¹). Das *Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015–2025* sieht auch Entwicklungsprojekte für den Suchtbereich vor (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2014).

Neben der umfassenden *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* gibt es derzeit auf nationaler Ebene keine weiteren spezifisch auf **einzelne Suchtformen** bezogenen Strategien. Die Rahmenbedingungen im Bereich legale Suchtmittel werden traditionell durch die Gesetzgebung auf nationaler Ebene (z. B. das *Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz* [TNRSG, BGBl. 431/1995]) oder auf Länderebene (z. B. länderspezifische Jugendschutzgesetze) definiert. Eine Tabak- und Nikotinstrategie befindet sich aktuell in Erarbeitung (vgl. Abschnitt 1.3). Die Sucht-/Drogenstrategien des Bundes und der Bundesländer beziehen sich allesamt auf verschiedene psychoaktive Substanzen sowie oft auch auf substanzungebundene Suchtformen (vgl. Tabelle 1.1). Schwerpunkt der Umsetzung des Salzburger Rahmenplans ist z. B. die Errichtung eines „suchttherapeutischen Zentrums“ und damit die Entwicklung substanzübergreifender Beratungs- und Behandlungsangebote (Suchtkoordination Salzburg 2023). Einzelne Bundesländer haben jedoch zusätzliche Strategien zu den Themen Alkohol, Tabak/Nikotin oder Glücksspiel entwickelt (vgl. Tabelle 1.2). Erwähnenswert sind auch die Positionspapiere der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* (vgl. Kapitel 4) zu den Themen Alkohol, Tabak/Nikotin, Cannabis (Freizeitgebrauch) und Glücksspiel/Sportwetten¹². Diese Positionspapiere leisten einen wichtigen Diskussionsbeitrag zu strategischen Überlegungen.

10
<https://www.gesundheitsfonds.at/downloads> (Zugriff am 30. 6. 2023)

11
https://gesundheitsfonds-steiermark.at/wp-content/uploads/2020/09/RSG-St_2025.pdf (Zugriff am 30. 6. 2023)

12
<https://www.suchtvorbeugung.net/themen/> (Zugriff am 30. 6. 2023)

Tabelle 1.2:

Zusätzliche suchtspezifische Strategien der österreichischen Bundesländer

inhaltlicher Fokus	Bundesland	Titel/Beschreibung	Weblink
Alkohol	Steiermark	Aktionsplan Alkohol <i>Weniger Alkohol, mehr vom Leben</i>	https://www.mehr-vom-leben.jetzt/der-steirische-aktionsplan-alkoholpraevention/
Alkohol	Wien	Gesamtkonzept für die integrierte Versorgung alkoholkranker Menschen: <i>Alkohol. Leben können.*</i>	https://www.alkohol.at
Tabak	Steiermark	Tabakpräventionsstrategie	https://www.vivid.at/angebote/tabak-praeventionsstrategie-steiermark/
Glücksspiel	Steiermark	Gesamtpaket Glücksspiel	https://www.fachstelle-gluecksspiel-sucht.at/

*in einigen anderen Bundesländern in Vorbereitung/Planung

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

1.2.2 Evaluation von Drogenstrategien

Wirkungsorientierung ist ein wesentliches allgemeines Verwaltungsparadigma in Österreich^{13, 14}, und die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* (BMG 2015) nennt Evaluation und Qualitätskontrolle als unverzichtbare Steuerungsinstrumente. Für die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* liegt bis heute keine formelle Evaluation vor. Ein umfassendes, **nationales Monitoring der Umsetzung** der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* (z. B. in Form jährlicher Fortschrittsberichte) findet aufgrund der föderalen Struktur und der unterschiedlichen Zugänge in den Bundesländern¹⁵ sowie in Ermangelung eines nationalen Aktionsplans derzeit nicht statt. Im Berichtszeitraum wurde jedoch ein Dokument erarbeitet, das als ein möglicher Input für einen zukünftigen nationalen Aktionsplan und ein damit verbundenes Monitoring dienen könnte (vgl. Abschnitt 1.3).

In den **Bundesländern** sehen nur einzelne Sucht-/Drogenstrategien explizit eine Evaluation der Strategie bzw. der darin genannten Maßnahmen vor. Jedoch definiert beispielsweise das Tiroler Suchtkonzept „Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung“, die bereits für eine Dokumentation

13

siehe dazu auch das Projekt „Mess- und Vergleichskonzept – Outcome-Messung im Gesundheitswesen“: [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mess--und-Vergleichskonzept---Outcome-Messung-im-Gesundheitswesen.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mess--und-Vergleichskonzept---Outcome-Messung-im-Gesundheitswesen.html) (Zugriff am 30. 6. 2023)

14

Seit 2010 wurden in Österreich auch einige Gesundheitsfolgenabschätzungen (GFA, engl. health impact assessment) durchgeführt, u. a. 2017/2018 zur „Änderung des NichtraucherInnen-schutzes in der Gastronomie mit erweitertem Jugendschutz“. GFA analysieren die voraussichtlichen Konsequenzen neuer Maßnahmen (z. B. Gesetz, Strategie, Projekt). Weiterführend siehe <https://hiap.goeg.at/GFA> (Zugriff am 30. 6. 2023)

15

So gibt es bspw. in den Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer unterschiedliche Schwerpunktsetzungen, die dazu führen, dass es z. B. auch bei der Auswahl der Indikatoren für ein Monitoring Unterschiede zwischen den Bundesländern gibt.

der Umsetzung der Strategie genutzt werden (vgl. Abschnitt 1.3) und zukünftig auch für eine formelle Evaluation der Strategie herangezogen werden. In der Steiermark wurde aus Anlass des 15-jährigen Bestehens der steirischen *Tabakpräventionsstrategie* ein Bericht zu ihrer Umsetzung veröffentlicht (Posch/Schwarz 2021).

Darüber hinaus gibt es sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene unterschiedliche Koordinationsstrukturen sowie Dokumentations- und Monitoringsysteme, die u. a. eine **Beobachtung der Drogensituation** zum Ziel haben und der Weiterentwicklung der bestehenden Sucht-/Drogenhilfesysteme und -strategien dienen. In diesem Sinne werden durchaus auch interne Evaluationen durchgeführt, zusätzlich werden vereinzelt externe Evaluationen in Auftrag gegeben. Hervorzuheben ist die einheitliche *Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe* (DOKLI), an der sich die meisten relevanten Drogeneinrichtungen Österreichs beteiligen und die ein nationales Monitoring von Entwicklungen im Bereich der Suchthilfe ermöglicht (vgl. Kapitel 5). Regelmäßige Suchtberichte auf Bundesländerebene (z. B. Gesundheitsfonds Steiermark 2021) spielen in dieser Hinsicht ebenfalls eine wichtige Rolle.

In Hinblick auf **verwandte Bereiche** liegt für die *Gesundheitsförderungsstrategie* (BMGF 2016) bereits der zweite Monitoringbericht vor, und zwar zum Förderzeitraum 2016 bis 2019 (BMSGPK 2020, näher beschrieben in Busch et al. 2021a). Hierzu merkt der Rechnungshof kritisch an, dass sich die bisherigen Monitoringberichte auf die Umsetzung der Strategie fokussieren, die Wirkung der Strategie bzw. der Maßnahmen auf die Gesundheit der Bevölkerung aber bislang nicht evaluiert wurde (Rechnungshof Österreich 2023). Im Jahr 2021 wurde erstmals ein Fortschrittsbericht zur Umsetzung der *Österreichischen Jugendstrategie* (BKA 2021) vorgelegt, ab dem Jahr 2023 ist ein regelmäßiger Umsetzungsbericht geplant. Für die *Österreichische Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* werden regelmäßig Updates bezüglich ausgewählter Schlüsselindikatoren publiziert¹⁶, um eine Beurteilung der Zielerreichung zu ermöglichen. Regelmäßige Monitoringberichte zum Bundes-Zielsteuerungsvertrag *Zielsteuerung-Gesundheit* liegen ebenfalls vor¹⁷. Diese beschreiben neben den öffentlichen Gesundheitsausgaben auch die Erreichung strategischer Ziele in Bezug auf Versorgung, Qualität und Bevölkerungsgesundheit. Im Jänner 2023 veröffentlichte der Rechnungshof Österreich im Auftrag des Nationalrats einen Bericht zum Thema „Gesundheitsförderung und Prävention“ (vgl. Abschnitt 1.3).

16

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Kinder--und-Jugendgesundheit/Kinder--und-Jugendgesundheitsstrategie.html> (Zugriff am 30. 6. 2023)

17

[https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Zielsteuerung-Gesundheit---Monitoringberichte.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Zielsteuerung-Gesundheit---Monitoringberichte.html) (Zugriff am 30. 6. 2023)

1.2.3 Koordination der Drogenpolitik

Die wichtigsten drogenpolitischen Gremien auf **Bundesebene** sind die *Bundesdrogenkoordination* und das als Gremium zur Zusammenarbeit mit den Ländern dienende *Bundesdrogenforum* (vgl. Abbildung 1.1) sowie der *Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung* gemäß § 23k SV (vgl. Kapitel 5). Diese Gremien setzen sich ausschließlich mit illegalen Substanzen und damit einhergehenden Problemstellungen auseinander, wie sie im SMG oder NPSG erfasst sind. Hauptverantwortlich für die Koordination der Bundesdrogenpolitik – also für die Abstimmung auf Bundesebene und mit den Bundesländern – ist das BMSGPK. In der *Bundesdrogenkoordination* permanent vertreten sind zudem die Bundesministerien für Inneres und für Justiz, weitere Ministerien können auf Ad-hoc-Basis hinzugezogen werden. Im *Bundesdrogenforum* hat das BMSGPK ebenfalls den Vorsitz inne. Neben anderen Bundesministerien und den Bundesländern sind hier auch der Städte- und Gemeindebund, das Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), die *Österreichische ARGE Suchtprävention* sowie auf Einladung weitere Fachleute und Wissenschaftler:innen vertreten.

Auch für die **begleitende Koordination** der Umsetzung der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* ist das BMSGPK zuständig. Diese Koordination erfordert aufgrund der Querschnittsthematik die Zusammenarbeit mit anderen Ressorts bzw. Politikbereichen auf Bundesebene, mit den Bundesländern sowie mit europäischen und internationalen Einrichtungen (z. B. EMCDDA, UNODC¹⁸). Für den **europäischen und internationalen Austausch** ist auf nationaler Ebene auch der im Kompetenzzentrum Sucht der GÖG eingerichtete REITOX Focal Point zuständig. Dieser zeichnet u. a. für den jährlichen Bericht zur Drogensituation verantwortlich und kooperiert eng mit Bund und Ländern sowie den Fachleuten und Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe.

Von allen **Bundesländern** werden Sucht-/Drogenkoordinatorinnen bzw. -koordinatoren nominiert, die auf Landesebene für die Planung, Koordination und Vernetzung von Maßnahmen der Sucht-/Drogenpolitik bzw. Sucht-/Drogenhilfe sowie für die fachliche Beratung der jeweiligen Landesregierung, das Verfassen von Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen etc. und fachbezogene Öffentlichkeitsarbeit zuständig sind. Sie sind auch die direkten Ansprechpersonen in Bundesangelegenheiten und daher im *Bundesdrogenforum* vertreten. Zur Umsetzung der regionalen Sucht-/Drogenstrategien sind in manchen Bundesländern auch eigene Strukturen eingerichtet (z. B. eine Steuerungsgruppe in Salzburg). In den meisten Bundesländern werden auch sogenannte Sucht-

bzw. Drogenbeauftragte bestimmt bzw. beratende Gremien oder Sucht- bzw. Psychiatriebeiräte eingerichtet¹⁹. In Wien hat der Geschäftsführer der Sucht- und Drogenkoordination auch die Rolle des Koordinators für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien inne, der für die Planung, Steuerung und Koordination der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung in Wien verantwortlich ist (SDW 2023)²⁰. Ein Gremium zur Vernetzung der Bundesländer untereinander ist die *Länderkonferenz* der Sucht-/Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren, in der gemeinsame Positionen und Stellungnahmen erarbeitet werden. Jedes Bundesland hat eine Fachstelle für Suchtprävention, die mit den anderen Fachstellen durch die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* vernetzt ist (vgl. Kapitel 4). In allen Bundesländern gibt es eine Sachverständigenkommission zum Thema Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen (vgl. Kapitel 5). Zusätzliche Vernetzungsgremien auf Landesebene (z. B. Arbeitskreise, Jours fixes) binden die relevanten Behörden und Einrichtungen der Suchthilfe bzw. Suchtprävention entweder einzeln oder gemeinsam ein, darüber hinaus existieren z. B. Suchtmittelbeiräte auf Gemeinde- oder Bezirksebene.

Nicht nur in Bezug auf strategische Vorgaben, sondern auch hinsichtlich Koordination und Abstimmung sind hier sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene **weitere Prozesse** relevant. Dazu gehören seit 2013 das partnerschaftliche System der Zielsteuerung-Gesundheit von Bund, Ländern und Sozialversicherung bzw. das Monitoring, das die Umsetzung der *Gesundheitsziele* bzw. der *Gesundheitsförderungsstrategie* (vgl. die vorangehenden Abschnitte) begleitet.

Zur **professionellen Vernetzung** gibt es auch bundesweite Netzwerke (vgl. Abbildung 1.1). Der Österreichische Arbeitskreis für kommunikative Drogenarbeit (ÖAKDA) bspw. bietet Gelegenheit zu einem praxisbezogenen Erfahrungsaustausch der Fachkräfte (vgl. Kapitel 5). Österreichweite Treffen der ÖAKDA zur Vertiefung von Schwerpunktthemen (z. B. Jugendliche, Substitution, Reintegration) finden ein- bis zweimal jährlich statt. Eine enge Kooperation besteht dabei mit dem Österreichischen Verein der Drogenfachleute (ÖVDF), der ebenfalls bundesweit tätig ist.

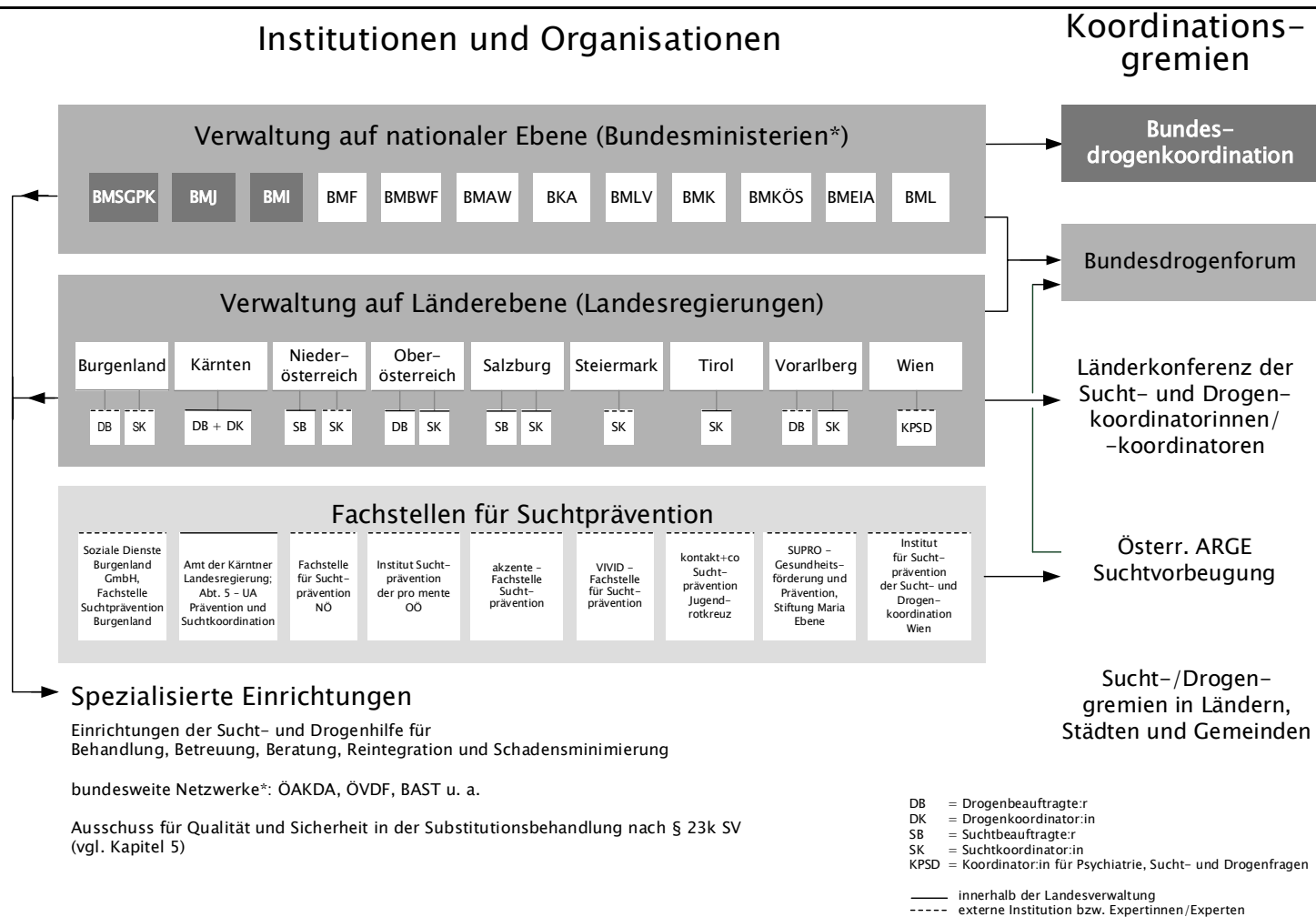
19

Der *Vorarlberger Landespsychiatriebeirat* beispielsweise fungiert als Koordinations- und Informationsstelle aller Systempartner der psychosozialen Versorgung und besteht aus Mitgliedern des Koordinationsausschusses sowie der ständigen Arbeitsgruppen (vgl. Amt der Vorarlberger Landesregierung 2014). Eine dieser Arbeitsgruppen widmet sich dem Thema *Sucht-krankenversorgung und Suchthilfe* und stellt den Drogenbeauftragten. In Tirol berät der *Beirat für psychosoziale Versorgung in Tirol* die Tiroler Landesregierung und den Tiroler Gesundheitsfonds in allen Fragen der intra- und extramuralen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung. Diese umfasst die Bereiche Psychiatrie, Psychotherapie und Sucht im Sinne einer integrierten Versorgung Betroffener und ihrer Angehörigen (Amt der Tiroler Landesregierung 2020).

20

Die Aufgaben des Sucht- und Drogenbeauftragten der Stadt Wien sind mit Februar 2023 auf den Koordinator für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen übergegangen.

Abbildung 1.1:
Organisatorische Struktur der Drogenpolitik in Österreich



*siehe Abkürzungsverzeichnis

1.2.4 Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben

Die **Finanzierung drogenbezogener Maßnahmen** wird vor allem von den Ländern (aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung), den Sozialversicherungen und dem Bund (Finanzierung der Maßnahmen im Rahmen des Grundsatzes *Therapie statt Strafe* durch das Justizressort bzw. Förderung für §-15-SMG-Einrichtungen durch das Gesundheitsressort) getragen (vgl. die Kapitel 2, 4 und 5). Der Bund fördert Einrichtungen/Beratungsstellen für die Behandlung und Betreuung von Personen in Hinblick auf Suchtgiftmissbrauch nach § 16 SMG.

Die in der EU forcierte COFOG-Klassifizierung wird in Österreich nicht vollständig umgesetzt²¹, zudem sind in den verschiedenen Budgets drogen- oder suchtspezifische Ausgaben kaum explizit als solche gekennzeichnet. Daher können für Österreich keine systematischen Angaben über öffentliche suchtspezifische Ausgaben getätigt werden. Auf Bundesebene sind jedoch die **Ausgaben des BMJ** für gesundheitsbezogene Maßnahmen (Therapie), insbesondere im Rahmen der Diversion nach §§ 35 und 37 sowie aufgrund eines Strafaufschubs nach § 39 SMG, bekannt. Für diese Maßnahmen besteht laut § 41 SMG (vgl. Kapitel 2) eine subsidiäre Kostentragungspflicht des Bundes. **Tabelle 1.3** zeigt die Entwicklung dieser Ausgaben in den letzten Jahren.

Tabelle 1.3:

Ausgaben des österreichischen BMJ für Suchtbehandlung nach §§ 35, 37 und 39 SMG
2013 bis 2022

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aufwand in Millionen Euro	7,71	7,71	8,44	8,41	8,10	8,04	8,11	8,18	8,88	8,76

Quelle: Mayer, p. M.; Darstellung: GÖG

Eine Erhebung der **Ausgaben der öffentlichen Hand für Gesundheitsförderung und Prävention** (GFPR-Ausgaben) wurde zuletzt für das Datenjahr 2016 durchgeführt (BMASGK 2019). Die Ausgaben zur Prävention von Suchterkrankungen wurden für das Jahr 2016 in Summe mit 7.250.562 Euro beziffert und überwiegend von den Bundesländern getragen (6,2 Mio. Euro²²). Die Länder finanzierten vorrangig die Fachstellen für Suchtprävention, Suchtberatungsstellen und Projekte der Suchtprävention in Kindergärten, im schulischen Bereich und in der außerschulischen Jugendarbeit. Die Ausgaben der Sozialversicherung (rd. 480.000 Euro, v. a. für Tabakprävention), der Gemeinden (rd. 380.000 Euro) und des Bundes (rd. 160.000 Euro) waren vergleichsweise gering. Die Berechnung von Ausgaben speziell für die Vermeidung von Suchterkrankungen wird jedoch

21

COFOG ist die Classification of Functions of Government (Klassifikation der Ausgaben des Staates nach Aufgabenbereichen) und umfasst zehn Abteilungen, die wiederum in Gruppen und Klassen unterteilt werden. In Österreich kommen nur die zehn COFOG-Abteilungen - ohne Gruppen und Klassen - zur Anwendung. Eine Übersicht über die Staatsausgaben nach Aufgabenbereichen ist verfügbar unter <https://www.statistik.at/statistiken/volkswirtschaft-und-oeffentliche-finanzen/oeffentliche-finanzen/oeffentliche-finanzen/staatsausgaben-nach-aufgabenbereichen> (Zugriff am 30. 6. 2023).

22

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

durch Abgrenzungsprobleme (z. B. Suchtprävention vs. Gesundheitsförderung) erschwert (BMSGK 2019). Der aktuelle Bericht des Rechnungshofs zum Thema „Gesundheitsförderung und Prävention“ empfiehlt mit Blick auf die Zeitspanne, die seit der letzten Erhebung der Ausgaben vergangen ist, eine regelmäßige Erhebung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention (Rechnungshof Österreich 2023).

Der letzte Monitoringbericht zur *Gesundheitsförderungsstrategie* (BMSGPK 2020) liefert ebenfalls relevante Auskünfte, zumal viele der priorisierten Schwerpunkte der Strategie (z. B. Gesundheitskompetenz, Gesunde Kindergärten, Gesunde Schulen, *Frühe Hilfen*²³) auch für die Suchtprävention von Bedeutung sind. Maßnahmen zum Schwerpunkt „Gesunde Schulen“ (rund 12,8 Mio. Euro) machten den größten Anteil am Gesamtbudget aus²⁴. Weiters betrug bspw. das Budgetvolumen für Maßnahmen im Zusammenhang mit den *Frühen Hilfen* im Förderzeitraum 2016–2019 über acht Mio. Euro.

1.3 Neue Entwicklungen

Seit 2021 wird unter Federführung des BMSGPK eine österreichweite *Tabak- und Nikotinstrategie* (Tabak- und Nikotinstrategie 2022–2027) erarbeitet, deren Ziel es ist, eine nachhaltige Reduktion des Konsums von Tabak- und Nikotinprodukten in Österreich zu unterstützen. Weiters startete das BMSGPK im Jahr 2021 einen partizipativen Strategieprozess, um die Gesundheitsförderung in Österreich zu stärken; im Berichtszeitraum wurden im Rahmen der *Agenda Gesundheitsförderung* Empfehlungen in Form einer Roadmap mit zehn Maßnahmenbündeln veröffentlicht²⁵ (vgl. Kapitel 4).

Das Kompetenzzentrum Sucht an der GÖG leitete von 2020 bis 2023 im Auftrag der Stiftung Anton Proksch-Institut Wien und mit Kofinanzierung des BMSGPK ein Forschungsprojekt unter dem Titel „Sucht(behandlung) in der Krise“. Im Zuge dessen wurde eine mehrjährige Delphi-Studie unter Einbezug von Einrichtungen der Suchthilfe und damit betrauten Verwaltungsbereichen durchgeführt, um Handlungsbedarfe zu identifizieren und auf Basis eines breiten Konsenses Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Suchterkrankungen in Österreich zu formulieren. Diese Empfehlungen liegen nun in Form eines Positionspapiers mit zehn Themenfeldern vor (Strizek et al. 2023). Im Berichtszeitraum präsentierte die GÖG das Positionspapier im Bundesdrogenforum als einen möglichen Input für einen Aktionsplan zur Umsetzung der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* im Bereich der Suchthilfe.

23
näher beschrieben in Kapitel 4

24
Der genannte Monitoringbericht berücksichtigt österreichweit 221 Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Förderzeitraum 2016 bis 2019 mit einem Gesamtfördervolumen von über 69 Mio. Euro (BMSGPK 2020).

25
<https://agenda-gesundheitsfoerderung.at/kozug/roadmap> (Zugriff am 30. 6. 2023)

Im Jänner 2023 veröffentlichte der Rechnungshof Österreich im Auftrag des Nationalrats einen Bericht zum Thema „Gesundheitsförderung und Prävention“, dessen Ziel es war, die vom Gesundheitsministerium gesetzten bzw. initiierten Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu überprüfen sowie die damit verbundenen Kosten und Wirkungen zu beurteilen. Einen Schwerpunkt der Überprüfung bildeten national definierte Strategien und Ziele wie bspw. die *Gesundheitsförderungsstrategie*; die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* wurde jedoch nicht berücksichtigt. Der Bericht kommt zu dem Schluss, dass sich die Rahmenbedingungen für eine Stärkung und Abstimmung der Gesundheitsförderung und Prävention verbessert haben. Empfehlungen fordern u. a. Strukturen für eine nachhaltige Finanzierung erfolgreicher Projekte, ein besser abgestimmtes Vorgehen bei der Finanzierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Kindergärten und Schulen, eine stärkere Zusammenarbeit verschiedener Monitoringsysteme bzw. deren Zusammenführung sowie die Evaluierung der Wirkung von Maßnahmen auf die Gesundheit der Bevölkerung (statt des aktuellen Fokus des Monitorings auf die planmäßige Umsetzung von Strategien) (Rechnungshof Österreich 2023).

Das *Tiroler Suchtkonzept 2022–2032* wurde im Februar 2022 veröffentlicht. Aufbauend auf einem Überblick über rechtliche, strategische und definitorische Grundlagen sowie epidemiologische Daten, formuliert das Konzept 49 Empfehlungen für Suchtprävention, Suchthilfe und Sicherheit sowie Unterstützungsprozesse und priorisiert diese nach ihrer Wichtigkeit. Bis Mai 2023 konnten sieben der 49 Empfehlungen bereits (zumindest teilweise) umgesetzt werden (Amt der Tiroler Landesregierung 2023).

Entwicklungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie wurden in den beiden dem vorliegenden Jahresbericht unmittelbar vorangegangenen Berichten zur Drogensituation (Busch et al. 2021a, 2022) beschrieben. Viele der dort angeführten pandemiebedingten Anpassungen wurden im Berichtszeitraum fortgeführt. Dazu zählten insbesondere auch die Berücksichtigung der Bedürfnisse suchtkrankender Menschen beim Krisenmanagement sowie Veränderungen in den administrativen Rahmenbedingungen im Bereich der Opioidsubstitutionsbehandlung, teilweise fand eine Überführung in den Regelbetrieb statt (näher beschrieben in den Kapiteln 2, 4 und 5).

1.4 Quellen und Methodik

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

Die **Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben 2016** wurden mittels eines (standardisierten) Erhebungsbogens von Bund und Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) (Vollerhebung), Bundesländern (Teilerhebung als Annäherung an die Vollerhebung 2012), Gemeinden (inkl. *Gesunder Gemeinden*) und *Gesunden Städten* (Stichprobenerhebung mit Hochrechnung) sowie von der Sozialversicherung (Vollerhebung) erfasst. Erstmals wurden auch die Ausgaben der Gesundheitsförderungsfonds erhoben und je zur Hälfte den Bundesländern und der Sozialversicherung zugeschlagen. Die Ausgaben wurden nach den Interventionsebenen Gesundheitsförderung, Primär-,

Sekundär- und Tertiärprävention sowie für Capacity-Building erhoben. Dabei wurden die Ausgaben für Gesundheitsförderung nach den Lebenswelten (Settings) gruppiert, die Maßnahmen der Prävention wurden verschiedenen Themenfeldern zugeordnet. Hauptabgrenzungskriterium für die Berücksichtigung von Ausgaben ist der primärpräventive bzw. gesundheitsfördernde Zweck einer Maßnahme. Maßnahmen, die Gesundheitsförderung bzw. Prävention als einen von mehreren Zwecken verfolgen, wurden für das Datenjahr 2016 nicht erhoben (BMASGK 2019).

1.5 Bibliografie

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

Amt der Tiroler Landesregierung (2020). Input Drogenbericht 2020. Suchtkoordination des Landes Tirol. Innsbruck

Amt der Tiroler Landesregierung (2023). Input Drogenbericht 2023. Aktuelle Entwicklungen, neue Informationen und Trends – Tirol 2022. Suchtkoordination des Landes Tirol. Innsbruck

Amt der Vorarlberger Landesregierung (2002). Vorarlberger Drogenkonzept. Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz

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

BKA (2013). Österreichische Sicherheitsstrategie. Sicherheit in einer neuen Dekade – Sicherheit gestalten. Bundeskanzleramt Österreich. Wien

BKA (2021). Österreichische Jugendstrategie. Fortschrittsbericht 2021. Bundeskanzleramt, Sektion Familie und Jugend. Wien

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

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

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

- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMGF (2016). Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages. Aktualisierte Fassung 2016. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMGF (2017). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. Herausgegeben 2012, aktualisiert 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMI (2015). Teilstrategie Innere Sicherheit. Bundesministerium für Inneres. Wien
- BMI (2021). Sicher.Österreich. Strategie 2025 | Vision 2030. Bundesministerium für Inneres. Wien
- BMK (2021). Österreichische Verkehrssicherheitsstrategie 2021–2030. Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie. Wien
- BMSGPK (2020). 2. Bundes-Monitoringbericht der Nationalen Gesundheitsförderungsstrategie. Überblick über Maßnahmen im Rahmen der Strategie im Zeitraum 2016–2019. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien
- Busch, M.; Anzenberger, J.; Brotherhood, A.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2021a). Bericht zur Drogensituation 2021. Gesundheit Österreich. Wien
- Busch, M.; Schwarz, T.; Anzenberger, J.; Bachmayer, S.; Grüner, B.; Haring, C.; Haring, J.; Jäger, G.; Madlung-Kratzer, E.; Puhm, A.; Schmalzl, C.; Schmutterer, I.; Sparber, W.; Strizek, J. (2021b). Tiroler Suchtkonzept 2022–2032. Strategie zur Prävention von und zum Umgang mit Suchtverhalten. Gesundheit Österreich. Wien
- Busch, M.; Anzenberger, J.; Brotherhood, A.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T. (2022). Bericht zur Drogensituation 2022. Gesundheit Österreich. Wien
- EMCDDA (2014). Drug policy profile: Austria. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg
- EPIG (2019). Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Versorgung suchtkranker Menschen in der Steiermark (BEP-Sucht-St). Endbericht. EPIG GmbH. Graz
- EPIG (2020). Suchthilfestrategie Kärnten 2020–2030. Handlungsfelder. EPIG GmbH. Graz
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016). NÖ Suchtstrategie 2016. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten
- Gesundheitsfonds Steiermark (2021). Suchtbericht Steiermark 2021. Gesundheitsfonds Steiermark. Graz

- Haller, R.; Schmutterer, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Strizek, J.; Tanios, A.; Uhl, A.; Oberacher, H.; Grabher, A.-L.; Prenn, A.; Blatter, N.; Bliem, H. R.; Ludescher, M. (2018). Vorarlberger Suchtbericht 2018. Im Auftrag des Amtes der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Gaiswinkler, S.; Schmutterer, I.; Schwarz, T. (2020). Bericht zur Drogensituation 2020. Gesundheit Österreich. Wien
- Land Salzburg (2020). Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2025. Salzburg
- Posch, W.; Schwarz, N. (2021). Tabakpräventionsstrategie Steiermark. Ergebnisse, Erfolge, Entwicklungen 2011 bis 2020. VIVID – Fachstelle für Suchtprävention. Graz
- Rat der Europäischen Union (2021). EU-Drogenstrategie 2021–2025 (2021/C 102 I/01). Amtsblatt der Europäischen Union, 64. Jahrgang, 24. März 2021
- Rechnungshof Österreich. (2023). Gesundheitsförderung und Prävention. Bericht des Rechnungshofes. Reihe BUND 2023/1. III-847 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVII. GP Rechnungshof GZ 2023-0.015.994 (004.841). Rechnungshof Österreich. Wien
- SDW (2013). Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013. Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH. Wien
- SDW (2023). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den Bericht zur Drogensituation 2023. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- Strizek, J.; Brotherhood, A.; Busch, M.; Priebe, B.; Puhm, A.; Uhl, A. (2023). Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Suchterkrankungen in Österreich. Ergebnisbericht einer Delphi-Befragung. Gesundheit Österreich, Wien
- Suchtbeirat des Landes OÖ (2002). Suchtkonzept für Oberösterreich. Suchtbeirat des Landes OÖ. Linz
- Suchtkoordination Salzburg (2023). Bericht zur Drogensituation in Österreich: Input Salzburg für das Jahr 2022. Suchtkoordination Salzburg. Salzburg
- Uhl, A.; Busch, M. (2020). Österreichische Drogenpolitik. In: rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie, 9. Jahrgang, Heft 3/4, S. 204–223

1.6 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

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

BGBl. Nr. 431/1995. Bundesgesetz über das Herstellen und Inverkehrbringen von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen sowie die Werbung für Tabakerzeugnisse und verwandte Erzeugnisse und den Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutz (Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz – TNRSKG)

1.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Mayer, Christian	Bundesministerium für Justiz

Rechtliche Rahmenbedingungen

Inhalt

2	Rechtliche Rahmenbedingungen	25
2.1	Zusammenfassung.....	25
2.2	Aktuelle Situation.....	26
	2.2.1 Rechtliche Regelungen	26
	2.2.2 Umsetzung	32
2.3	Trends.....	34
2.4	Neue Entwicklungen.....	38
2.5	Quellen und Methodik.....	39
2.6	Bibliografie	40
2.7	Zitierte Bundesgesetze.....	41
2.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	43
2.9	Anhang.....	43

2 Rechtliche Rahmenbedingungen

2.1 Zusammenfassung

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

Neben dem SMG stellt auch die Suchtgiftverordnung (SV) eine wichtige Rechtsquelle dar, in der u. a. die Verschreibung suchtgifhaltiger Arzneimittel und die Substitutionsbehandlung von Personen mit Opioidabhängigkeit geregelt werden. Die mit 1. Januar 2018 in Kraft getretene Novelle zur Suchtgiftverordnung ist ein wesentlicher Teil eines Gesamtpaketes zum rechtlichen Rahmen der Opioidsubstitutionsbehandlung. Ein großer Stellenwert kommt dabei der auf breiter Expertenebene erarbeiteten Behandlungsleitlinie „Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie“ zu. In den Jahren 2020 bis Mitte 2023 wurden die Bestimmungen betreffend der Vidierungsvorschriften im Zuge der COVID-19-Pandemie den jeweiligen Gegebenheiten angepasst. Bis zur Implementierung eines digitalen Verschreibungsprozesses im Bereich der Opioidsubstitutionstherapie (längstens jedoch bis 31. Dezember 2024) wird dieses während der COVID-19-Pandemie eingeführte und mit allen involvierten Stellen abgestimmte System im Wesentlichen weitergeführt.

Für psychotrope Stoffe finden sich entsprechende Regelungen in der Psychotropenverordnung (PV).

In Österreich stehen über zwölf Prozent aller gerichtlichen Verurteilungen in Zusammenhang mit dem SMG, das ist ein leichter Rückgang im Vergleich zum Vorjahr mit über 14 Prozent. Im Gegensatz zum Jahr 2021 betraf 2022 die Mehrzahl dieser Verurteilungen – wie bereits in den Jahren 2013 bis 2020 – wieder Vergehen. Von den gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung (Diversionsangebote nach § 35 und § 37 SMG) kommt der vorläufige Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft gemäß § 35 SMG wesentlich häufiger zur Anwendung als die vorläufige Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG). Am seltensten wird der Strafvollzug aufgeschoben (§ 39 SMG).

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

2.2 Aktuelle Situation

2.2.1 Rechtliche Regelungen

Den Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das **Suchtmittelgesetz** (SMG, BGBl. I 1997/112), dem Suchtgifte²⁶, psychotrope Stoffe²⁷ und Droгенаusgangsstoffe²⁸ unterliegen. Suchtmittel im Sinne dieses Bundesgesetzes sind als Überbegriff für Suchtgifte und psychotrope Stoffe definiert. Die Substanzen, die dem jeweiligen Begriff zugeordnet werden, sind in Verordnungen aufgelistet. Mittels solcher werden auch Grenzmengen²⁹ festgelegt, ab deren Überschreitung strengere Strafen angedroht sind.

Es kann generell zwischen Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG), die den unerlaubten Umgang mit Suchtgift betreffen, und Verbrechenstatbeständen, welche die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28 SMG) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a SMG) betreffen, unterschieden werden³⁰. Sonderbestimmungen bestehen hinsichtlich Cannabis und halluzinogener Pilze.

26

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

27

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

28

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

29

Darunter wird die Untergrenze jener Menge Reinsubstanz eines Wirkstoffs verstanden, die geeignet ist, in großem Ausmaß eine Gefahr für Leben oder Gesundheit von Menschen herbeizuführen. Bei der Festlegung wird auch die Eignung von Suchtgiften berücksichtigt, Gewöhnung hervorzurufen.

30

Vergehenstatbestände (§ 27 SMG) betreffen den unerlaubten Umgang mit Suchtgift; Verbrechenstatbestände betreffen die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a). Der Einfachheit halber werden im vorliegenden Bericht sämtliche Anzeigen nach den Straftatbeständen in den §§ 28 bzw. 28a SMG als „Verbrechen“ bezeichnet, Anzeigen nach § 27 als „Vergehen“.

Ein Merkmal der österreichischen Drogengesetzgebung ist, dass sowohl gesundheitsbezogene als auch angebotsseitige Maßnahmen vorhanden sind (vgl. auch Kapitel 1). Dies zeigt sich im SMG bei Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit durch das breite Spektrum von Alternativen zur Bestrafung – inklusive der vorrangigen Meldung an die Gesundheitsbehörden zur Abklärung der Notwendigkeit gesundheitsbezogener Maßnahmen. Der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe, nach Rechtsprechung wird er aber durch andere Tathandlungen (insb. Besitz) kriminalisiert. Unter Strafe stehen z. B. Erwerb, Besitz und Erzeugen von Suchtmitteln. Die Gesundheitsbehörden haben die Aufgabe, darauf hinzuwirken, dass sich Personen mit risikoreichem³¹ Drogenkonsum einer zweckmäßigen, den Umständen entsprechenden und zumutbaren sowie nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahme³² unterziehen. Eine Behandlung setzt aber grundsätzlich Freiwilligkeit voraus, wobei das Ablehnen der Behandlung Konsequenzen im Strafverfahren nach sich zieht. Die suchtkranke Person hat im Prinzip freie Wahl bezüglich der therapeutischen Einrichtung, wobei eine Kostenübernahme durch die Justiz nur in einer nach § 15 SMG anerkannten Einrichtung (vgl. Kapitel 5) erfolgt. Das SMG regelt auch, dass die Kosten nach Maßgabe der Bestimmungen aus § 41 SMG vom Bund zu tragen sind, damit die Behandlung nicht an einer etwaigen Mittellosigkeit der Betroffenen scheitert.

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

Neben dem SMG stellen auch die **Suchtgiftverordnung** (BGBl. II 1997/374) und die **Psychotropenverordnung** (BGBl. II 1997/375) wichtige Rechtsquellen dar, welche beispielsweise Erzeugung, Verarbeitung, Umwandlung, Erwerb, Besitz und Abgabe, Ein- und Ausfuhr von Suchtmitteln regeln und Vorgaben für die jeweilige Dokumentation festlegen.

SMG bzw. SV enthalten u. a. Regelungen betreffend den Umgang und die Gebarung mit suchtmittelhaltigen Arzneimitteln sowie den Anbau von Pflanzen der Gattung Cannabis für die Herstellung von Arzneimitteln und damit verbundene wissenschaftliche Zwecke (§ 6a SMG) sowie die ärztliche Behandlung mit und die Verschreibung von suchtmittelhaltigen Arzneimitteln (§ 8 SMG). Suchtgifte in Substanz und Zubereitungen aus z. B. Heroin, Cannabis und Kokablättern dürfen nicht verschrieben werden (§ 14 SV), wovon zugelassene Arzneyspezialitäten aus Cannabisextrakten und Dronabinol zur magistralen Verschreibung ausgenommen sind.

31

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

32

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

Cannabidiol (CBD) als Reinsubstanz (100 % CBD) ist weder international als Suchtmittel klassifiziert, noch unterliegt es dem österreichischen Suchtmittelrecht. Aus Cannabisextrakt gewonnenes CBD enthält meist auch das als Suchtgift geltende Tetrahydrocannabinol (THC) und unterliegt, sofern es nicht unter die Ausnahmebestimmungen fällt, dem Suchtmittelregime.

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

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

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

Straftatbestände und Strafandrohungen unterscheiden einerseits bei den Substanzen zwischen Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Drogenausgangsstoffen sowie hinsichtlich der Menge zwischen unerlaubtem Umgang und (Vorbereitung von) Handel bzw. danach, ob eine gehandelte Menge unter oder über einer definierten Grenzmenge liegt (vgl. Tabelle A2.5). Die in der Tabelle A2.5 genannten Tagessätze werden in § 19 Strafgesetzbuch (BGBl. 1974/60) definiert und sind individuell – abhängig von der finanziellen Situation – festzusetzen.

In Österreich ist die Anwendung von **Alternativen zur Bestrafung** – im Rahmen des Prinzips *Therapie statt Strafe*³³ – gesetzlich vorgesehen. Da dieses Prinzip ein wichtiges Charakteristikum der österreichischen Drogenpolitik darstellt, bestehen für straffällige Drogenkonsumierende verschie-

33

Unter dem Grundsatz *Therapie statt Strafe* versteht man kriminalpolitische, gesundheitspolitische und sozialpolitische Maßnahmen, die den Suchtmittelmissbrauch hintanzuhalten trachten. Neben Maßnahmen der Diversion fällt darunter eine besondere Art des Strafaufschubs, die bei Verurteilungen wegen Straftaten nach dem SMG oder wegen damit zusammenhängender Beschaffungsdelikte eingeräumt werden kann (Rast 2013).

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

In diesem Zusammenhang ist die kriminalpolizeiliche/verwaltungsbehördliche **Meldung des Verdachts auf Verstoß** gegen das SMG an die Gesundheitsbehörde, welcher bei Hinweisen auf Drogenkonsum die Abklärung des Bedarfs gesundheitsbezogener Maßnahmen obliegt (§§ 13 Abs. 2b und 14 Abs. 2 SMG bzw. bei Verstößen im Straßenverkehr § 5 Abs. 12 **Straßenverkehrsordnung** [BGBl. 1960/159]), ein wichtiges Element. Das gesundheitsbehördliche Gutachten ist auch im Suchtmittelstrafverfahren für allfällige diversionelle³⁴ Maßnahmen von Bedeutung. Seit 2016 hat die Kriminalpolizei in Fällen, in denen der Anfangsverdacht (§ 1 Abs. 3 **Strafprozessordnung**, BGBl. 1975/631) sich nicht (auch) auf Drogenhandel richtet, die Staatsanwaltschaft mit einem sogenannten Abtretungsbericht zu verständigen. Dies betrifft die Fälle, die sich ausschließlich auf den Erwerb/Besitz einer Droge für den eigenen persönlichen Gebrauch oder für den persönlichen Gebrauch eines anderen beziehen, ohne dass aus der Tat ein Vorteil gezogen wurde (§ 13 Abs. 2a SMG). Die Staatsanwaltschaft führt aufgrund dieses Berichts vorläufig kein weiteres Verfahren durch, womit kein Suchtmittelstrafverfahren parallel zum gesundheitsbehördlichen Verfahren mehr stattfindet. Diese Erweiterung des Prinzips *Therapie statt Strafe* unterstreicht, dass bei Drogenkonsum primär gesundheitsbezogene Abklärung und erforderlichenfalls Hilfestellung geboten sind, statt strafende Intervention. Dies ändert allerdings an der grundsätzlichen Strafbarkeit des Erwerbs und Besitzes der Substanzen nichts. Eine gesetzliche Entkriminalisierung ist damit nicht verbunden. Jedoch werden eine raschere Reaktion der Gesundheitsbehörden und eine Ressourcenkonzentration der Staatsanwaltschaften auf schwerwiegende Suchtgiftdelikte in diesen Fällen ermöglicht. Die Gesundheitsbehörde hat ihrerseits (nur) dann die Staatsanwaltschaft zu verständigen, wenn die gemeldete Person nicht zur Untersuchung erscheint oder die von der Gesundheitsbehörde als notwendig, zweckmäßig, nach den Umständen möglich und zumutbar sowie als nicht offenbar aussichtslos festgestellten gesundheitsbezogenen Maßnahmen verweigert. Im folgenden Suchtmittelstrafverfahren bestehen die diversionellen Möglichkeiten wie bisher (§ 14 Abs. 1 SMG).

34

diversionell = unter Verzicht auf ein förmliches Strafverfahren

Für mindere Delikte (u. a. Besitz und Erwerb einer geringen Menge für den Eigengebrauch) stehen als diversionelle Maßnahmen auch der *vorläufige Rücktritt von der Verfolgung* (§ 35 SMG) durch die Staatsanwaltschaft und die *vorläufige Verfahrenseinstellung* (§ 37 SMG) durch das Gericht zur Verfügung³⁵ (vgl. Tabelle A2.7).

Bei Verurteilungen (bis zu einem Strafausmaß von drei Jahren) stellt der Aufschub des Strafvollzugs gem. § 39 SMG die Alternative zum Strafvollzug dar. Die Anwendung dieser Maßnahme ist eingeschränkt auf verurteilte Personen, die an ein Suchtmittel gewöhnt sind und dazu bereit sind, sich einer notwendigen gesundheitsbezogenen Maßnahme zu unterziehen. Wurde diese erfolgreich umgesetzt, hat das Gericht die unbedingte Strafe in eine bedingte umzuwandeln. Dies ist auch noch nach Übernahme in den Strafvollzug möglich. Die verschiedenen Möglichkeiten der Alternativen zur Bestrafung nach SMG sind in Tabelle A2.7 aufgelistet. Ergänzend wird auf die §§ 38–40 SMG hingewiesen, die eine nachträgliche Fortsetzung des Strafverfahrens, den endgültigen Rücktritt von der Verfolgung sowie eine endgültige Einstellung des Strafverfahrens und eine nachträglich bedingte Strafnachsicht regeln. In § 41 SMG wird die Kostentragung³⁶ geregelt (vgl. auch Kapitel 1).

Die Entscheidung über die Anwendung einer Alternative zur Bestrafung liegt bei den Staatsanwaltschaften (vor Anklageerhebung) bzw. den Gerichten (nach Anklageerhebung). Als Grundlage ist eine Stellungnahme der Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden über die Notwendigkeit einer gesundheitsbezogenen Maßnahme und deren Art einzuholen. Der Großteil dieser verfügbaren Alternativen zur Bestrafung ist über Ist-Bestimmungen³⁷ geregelt, es handelt sich daher um einen Rechtsanspruch der straffälligen Personen. Nur ein kleiner Teil ist über Kann-Bestimmungen³⁸ geregelt und liegt daher im Ermessensspielraum der Justiz.

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

35

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

36

Der Bund hat die Kosten gesundheitsbezogener Maßnahmen gemäß § 11 Abs. 2 Z 1 bis 4 in den Fällen der §§ 35 bis 37 und 39 SMG und des § 173 Abs. 5 Z 9 StPO zu übernehmen. Dies umfasst auch die Kosten einer Entwöhnungsbehandlung, sonst einer medizinischen oder einer psychotherapeutischen Behandlung (§ 51 Abs. 1 und 3 StGB) einer Rechtsbrecherin bzw. eines Rechtsbrechers, der/dem aus Anlass einer mit ihrer/seiner Gewöhnung an Suchtmittel im Zusammenhang stehenden Verurteilung die Weisung erteilt worden ist, sich einer solchen Behandlung zu unterziehen.

37

Eine Ist-Bestimmung ist eine Bestimmung, nach der verfahren werden muss.

38

Eine Kann-Bestimmung ist eine Bestimmung, nach der im Einzelfall verfahren werden kann, aber nicht verfahren werden muss.

Zusätzlich zu den obengenannten Möglichkeiten können im Zusammenhang mit straffälligen Drogenkonsumierenden auch allgemeine strafgesetzliche Regelungen zur Diversion zur Anwendung kommen. Diese sind v. a. in der Strafprozessordnung (StPO) (BGBl. 1975/631), dem Strafgesetzbuch (StGB) (BGBl. 1974/60) und dem Jugendgerichtsgesetz (JGG) (BGBl. 1988/599; vgl. auch Kapitel 8) geregelt, haben jedoch im Vergleich zu den im SMG vorgesehenen Maßnahmen im Zusammenhang mit Drogenkonsumierenden eine untergeordnete Bedeutung. So sind beispielsweise in § 173 Abs. 4 und 5 Z 9 StPO gelindere Mittel als Alternativen zu einer Untersuchungshaft vorgesehen, so etwa die Zustimmung der Beschuldigten besteht, sich einer sonstigen medizinischen Behandlung oder Psychotherapie oder einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 11 Abs. 2 SMG zu unterziehen.

Hinsichtlich des Vollzugs einer unbedingten Freiheitsstrafe ist das Strafvollzugsgesetz (StVG) (BGBl. 1969/144) relevant, da bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 68a StVG drogenabhängige Strafgefangene einer Entwöhnungsbehandlung zu unterziehen sind. Wird die Strafe bedingt nachgesehen oder jemand aus der Haft bedingt entlassen, so hat das Gericht nach § 50 StGB Weisungen zu erteilen, um die betroffene Person von weiteren mit Strafe bedrohten Handlungen abzuhalten. Eine solche Weisung kann nach § 51 Abs. 3 StGB auch sein, sich einer Behandlung zu unterziehen, wenn die Voraussetzungen und die eigene Zustimmung vorliegen.

Neben dem SMG stellen seit 2012 auch das **Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz** (NPSG) (BGBl. I 2011/146) und die darauf basierende **Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung** (NPSV) (BGBl. II 2011/468) wichtige gesetzliche Grundlagen dar. Durch gezielt angebotsseitig wirkende Maßnahmen sollen die Verbreitung *Neuer Psychoaktiver Substanzen* (NPS) und die mit deren Konsum verbundenen Gesundheitsgefahren minimiert werden. NPSG bzw. NPSV verfolgen einen generischen Ansatz und beziehen sich v. a. auf Substanzklassen³⁹. Strafbare macht sich, wer mit der Absicht, daraus einen Vorteil zu ziehen, eine NPS ein- oder ausführt, einem anderen überlässt oder verschafft mit dem Vorsatz, dass sie von der/dem anderen oder einer dritten Person zur Erreichung einer psychoaktiven Wirkung angewandt werde. Das Strafausmaß umfasst eine Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren (§ 4 Abs. 1 NPSG), im Falle einer schweren Körperverletzung oder einer Todesfolge der Straftat droht ein Jahr bis zehn Jahre Haft (§ 4 Abs. 2).

Relevante Regelungen außerhalb des SMG sind überdies z. B. zum Thema **Drogen im Straßenverkehr** in der Straßenverkehrsordnung (BGBl. 1960/159), dem Führerscheingesetz (BGBl. I 1997/120) und der Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung (BGBl. II 1997/322) zu finden. § 5 StVO regelt die Vorgangsweise zur Feststellung einer Beeinträchtigung durch Alkohol, Suchtgift bzw. die Vorgangsweise beim Vorliegen einer solchen Beeinträchtigung. Während im Fall von Suchtgiften absolutes Fahrverbot gilt, wurden für Alkohol Grenzwerte festgelegt. In jenen Fällen,

39

Als *Neue psychoaktive Substanzen* werden im NPSG Substanzen oder Zubereitungen definiert, welche die Fähigkeit besitzen, bei ihrer Anwendung im menschlichen Körper eine psychoaktive Wirkung herbeizuführen und nicht der Einzigsten Suchtgiftkonvention 1961, BGBl. 1978/531, oder dem Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe, BGBl. III 1997/148, unterliegen. Es wird angenommen, dass sie aufgrund ihrer psychoaktiven Wirkung zur missbräuchlichen Anwendung verbreitet werden und bei ihrer Anwendung eine Gefahr für die Gesundheit Konsumierender besteht oder nicht ausgeschlossen werden kann (vgl. Abschnitt 2.4)

in denen nach der Feststellung einer Beeinträchtigung auch Suchtgiftspuren im Speichel oder Blut identifiziert wurden, erfolgt anstatt einer Strafanzeige eine Meldung an die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde. Neben einer Verwaltungsstrafe droht dabei ein vorübergehender Entzug der Lenkerberechtigung durch vorläufige Abnahme des Führerscheins, aber auch begleitende Maßnahmen (z. B. die Beibringung eines amtsärztlichen Gutachtens über die gesundheitliche Eignung) sind hier möglich. 2017 trat eine Verordnung in Kraft, die den Einsatz von Speichelvortestgeräten (beschränkt auf bestimmte Produkte) durch zu deren Handhabung ermächtigte Organe der Straßenaufsicht regelt (BGBl. II 2017/61).

2.2.2 Umsetzung

Seit 2012 stehen die Zahlen aller den Verurteilungen **zugrunde liegenden Delikte** zur Verfügung. In 6.413 Fällen erfolgten Verurteilungen nach den §§ 27, 28 und 28a SMG (vgl. auch Tabelle A2.1), wovon lediglich 3.287 strafsatzbestimmend waren (vgl. Tabelle A2.2). Ein großer Teil der Verurteilungen nach dem SMG ergab sich aufgrund mehrerer SMG-Delikte. Für das Jahr 2022 ist bei den Verurteilungen insgesamt ein Rückgang zu sehen.

Die Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz waren nach einem kontinuierlichen Anstieg von 2013 bis 2019 in den Jahren 2020 und 2021 rückläufig. Im Jahr 2022 zeigte sich ein ähnliches Bild wie im Jahr davor (vgl. Abbildung 2.1 Kapitel 7). Die Daten in Bezug auf die **Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz zeigen** für die vergangenen zehn Jahre insgesamt eine abnehmende Tendenz (vgl. auch Tabelle 2.1). Im Jahr 2022 verzeichneten die Verurteilungen wegen Vergehen (§ 27 SMG) mit 1.418 Fällen den niedrigsten Stand der letzten zehn Jahre und lagen zahlenmäßig unter den Verurteilungen wegen Verbrechen (§§ 28 und 28a SMG) mit 1.845 Fällen. Die Aufteilung der Verurteilungen nach Geschlecht und Alter für das Jahr 2022 findet sich im Anhang in Tabelle A2.2).

Tabelle 2.1:

Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich 2013–2022

Jahr	Gesamtzahl der Verurteilungen nach SMG	Verurteilungen nach § 28 SMG bzw. § 28a SMG	Verurteilungen nach § 27 SMG	Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich	SMG-Anteil an allen Verurteilungen in Prozent
2013	4.252	1.289	2.933	34.424	12,4
2014	4.368	1.319	3.023	32.980	13,2
2015	4.435	1.389	3.041	32.118	13,8
2016	3.993	1.504	2.479	30.450	13,1
2017	4.727	1.804	2.915	30.746	15,4
2018	4.954	2.201	2.738	30.157	16,6
2019	4.476	2.008	2.443	29.632	15,1
2020	3.670	1.814	1.841	25.586	14,3
2021	3.648	2.045	1.594	25.626	14,2
2022	3.287	1.845	1.418	26.442	12,4

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG an der Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich betrug im Jahr 2022 12,4 Prozent und erreichte damit den Stand aus dem Jahr 2013. Dieser Anteil ist von 2009 (10,4 %) bis 2018 (16,4 %) stetig gestiegen, seither ist er jedoch wieder rückläufig (vgl. auch Kapitel 7).

Wegen psychotroper Stoffe gab es im Jahr 2022 insgesamt 70 Delikte, für sieben Verurteilungen waren Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Verurteilungen genauso wie die Anzahl der Delikte annähernd gleich geblieben (vgl. Tabelle A2.3).

Im Jahr 2022 erhielten rund 77 Prozent aller nach dem SMG Verurteilten **Freiheitsstrafen**, wobei der Anteil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen (bedingt, teilbedingt oder unbedingt) rund 36 Prozent betrug. Bei Jugendlichen lag der Anteil der Freiheitsstrafen im Vergleich zu allen nach dem SMG Verurteilten bei rund 2,5 Prozent (vgl. Tabelle A2.4).

Eines der Ziele des Grundsatzes *Therapie statt Strafe* ist, Strafverfahren durch diversionelle Maßnahmen zu erledigen. Daten zur Anwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Alternativen zur Bestrafung zeigen seit dem Jahr 2019 einen Rückgang, für das Jahr 2022 wurde in 17.967 Fällen der vorläufige Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft (§ 35 SMG), in 1.253 Fällen die vorläufige Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG) und in 514 Fällen ein Aufschub des Strafvollzugs (§ 39 SMG; siehe auch Tabelle A2.5; Mayer, p. M.) gewährt.

2.3 Trends

Lange Zeit war die österreichische Drogenpolitik stark vom Ziel der Abstinenz mit dem Mittel der Sanktionierung (fokussiert auf die beschlagnahmte Suchtgiftmenge) geprägt. Danach hat sie sich dahingehend entwickelt, dass Sucht primär als Erkrankung gesehen wird und rechtliche Sanktionen Teil eines breiteren Maßnahmenportfolios sind, das auch Schadensminimierung und Gesundheitsmaßnahmen umfasst. Im Zuge dieser Entwicklungen wurden die Möglichkeiten zur Diversion, sowohl im Sinne der Vermeidung von Gerichtsverhandlungen als auch nach erfolgten Verurteilungen, sukzessive ausgebaut und sind heute von Behörden, Staatsanwaltschaften und Gerichten obligatorisch anzuwenden (Uhl & Busch 2021).

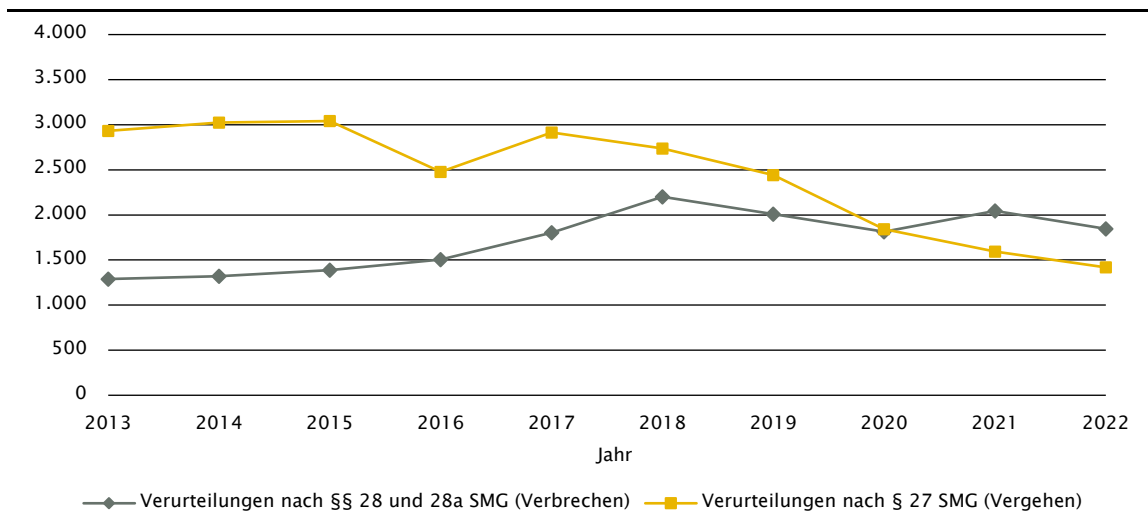
Seit dem Jahr 2000 hatten die **Änderungen der Gesetzgebung** neben Änderungen der Klassifizierung von Substanzen (vgl. auch Abschnitt 2.4) vor allem das Ziel, die Strafbestimmungen dem EU-Recht bzw. internationalen Übereinkommen anzupassen. Die im Jahr 2016 in Kraft getretenen Änderungen des SMG (siehe z. B. Strafrechtsänderungsgesetz 2015 [StRÄG]) (BGBl. I 2015/112) zielen auf die Weiterentwicklung des Prinzips *Therapie statt Strafe* sowie die raschere Befassung der Gesundheitsbehörden ab. Zugleich soll dadurch die Entlastung der Justiz und die Vereinheitlichung, Vereinfachung und Beschleunigung der Meldewege ermöglicht werden, was eine weitere Entkriminalisierung gewisser Verhaltensweisen zur Folge hat. Um dem Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung Rechnung zu tragen, wurde 2016 der Tatbestand des *Drogenhandels im öffentlichen Raum* eingeführt.

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

Die nachfolgende Abbildung 2.1 zeigt die **Entwicklung der Anzahl der Verurteilungen** nach § 27 und § 28 / § 28a SMG nach dem „führenden Delikt“ in den letzten zehn Jahren.

Abbildung 2.1:

Anzahl der Verurteilungen nach §§ 27, 28 und 28a SMG (führendes Delikt) 2013–2022



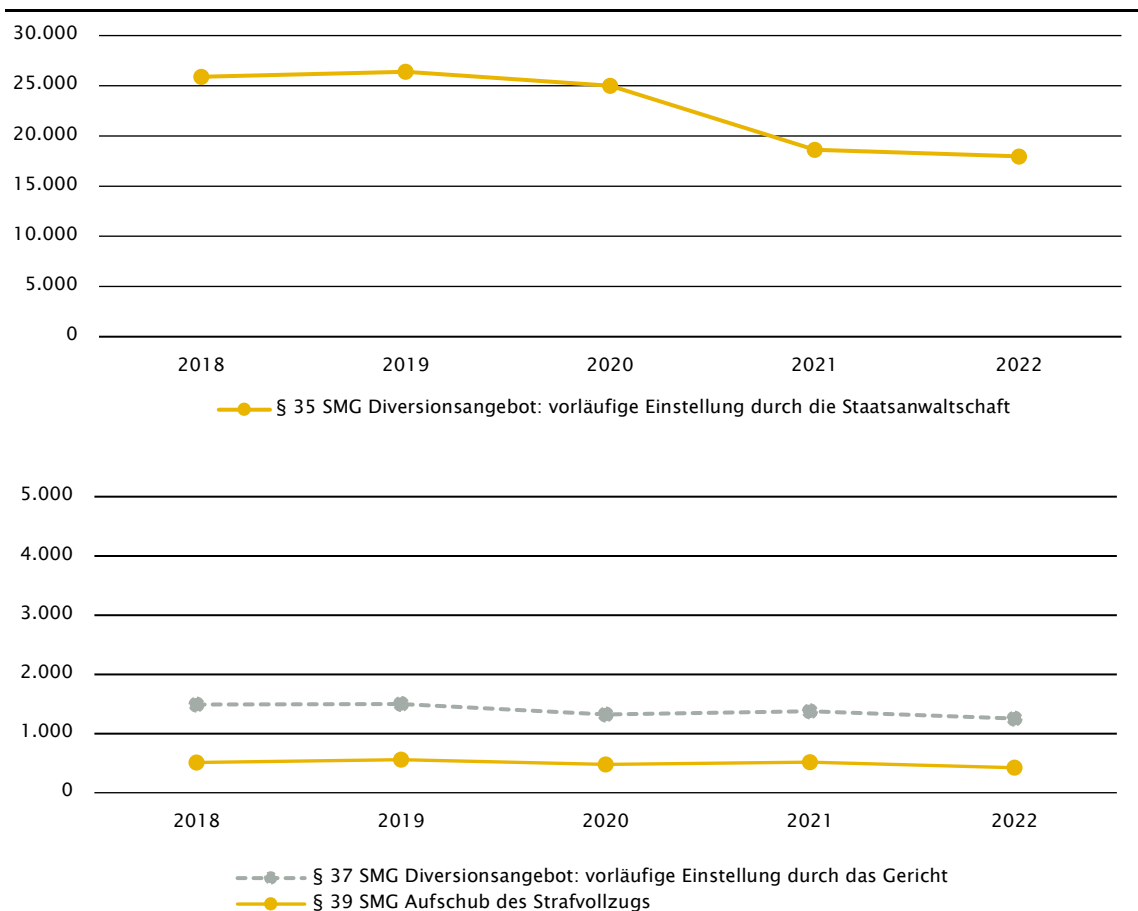
Anmerkung: Hier wird nur das „führende Delikt“ (das dem Strafraumen nach schwerste Delikt) dargestellt. Daher sind in der Abbildung nicht alle Verurteilungen nach SMG dargestellt.

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Ergänzend zu den Verurteilungen wird in Abbildung 2.2 und in Tabelle A2.5 die **Entwicklung der Alternativen zur Bestrafung** gemäß § 35 SMG, § 37 SMG und § 39 SMG dargestellt. Bei den Diversionsofferten nach § 35 SMG, der vorläufigen Einstellung durch die Staatsanwaltschaft, ist seit 2020 ein Rückgang zu verzeichnen. Bei der vorläufigen Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG) sind die Zahlen in etwa gleich geblieben.

Abbildung 2.2:

Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2018-2022



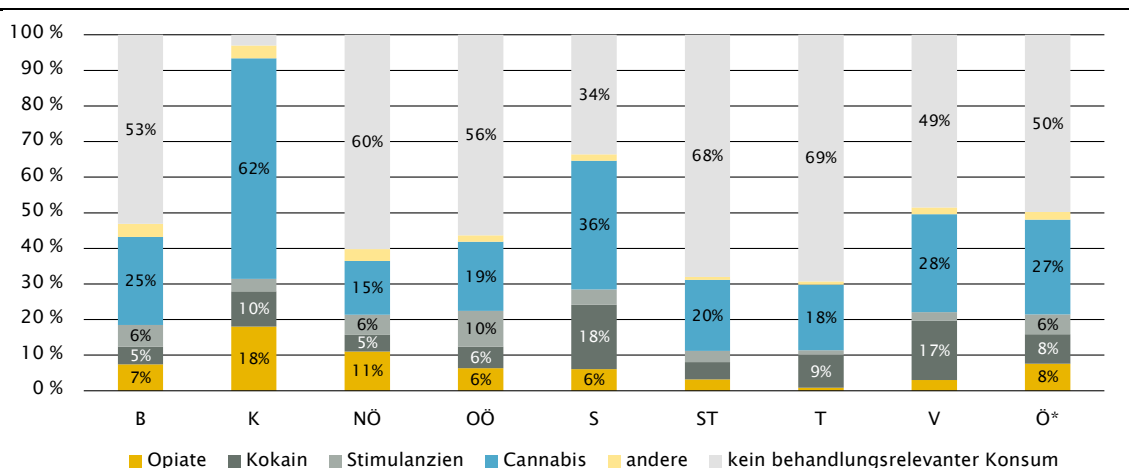
Aufgrund der unterschiedlichen Größenordnungen bei den angeführten Alternativen zur Bestrafung werden diese in einem gesonderten Diagramm dargestellt.

Quelle: BMJ; Darstellung: GÖG

Abbildung 2.3 zeigt, aufgrund des Konsums welcher Substanzen im Jahr 2022 eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2 SMG als notwendig erachtet bzw. bis zu welchem Ausmaß der Konsum als nichtbehandlungsrelevant eingestuft wurde. Kärnten fällt mit einem großen Anteil eines als Neubehandlungsrelevant eingestuften Cannabiskonsums auf, während sich die Verteilungen auf die einzelnen Substanzen in allen anderen Bundesländern ähneln. Eine mögliche Erklärung dafür könnten Unterschiede in den Angeboten wie etwa hinsichtlich des Programms *Way out* sein (vgl. Kapitel 4.2.2.4).

Abbildung 2.3:

Ergebnisse der Begutachtung gemäß § 11 Abs. 2 SMG (gesundheitsbezogene Maßnahmen) in Hinblick auf behandlungsrelevanten Konsum 2022



B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, Ö* = Österreich ohne Wien (N = 2.954)

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

Es wurde die hierarchische Leitdrogendefinition (siehe Kap. 5) herangezogen.

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

Begutachtungen durch die Gesundheitsbehörde gemäß § 12 SMG wurden im Jahr 2022 in insgesamt 3.099 Fällen bzw. bei 3.012 Personen durchgeführt (Österreich inklusive Wien). Bei einem Großteil wurden sie aufgrund einer Meldung der Polizei vorgenommen (68 % SMG, 3 % StVO), bei 15 Prozent aufgrund einer Veranlassung durch das Gericht bzw. die Staatsanwaltschaft, weitere Veranlassungen gab es seitens Heeresdienststellen (5 %) oder sonstiger Stellen (9 %) (Anzenberger et al. 2023).

Analysiert man die von den Gesundheitsbehörden gewählten gesundheitsbezogenen Maßnahmen nach Leitdroge Cannabis bzw. Leitdroge Opioid, zeigen sich Unterschiede in der Wahl der Maßnahme: Bei Opioiden spielt die ärztliche Behandlung (meist in Form einer Opioidsubstitutionsbehandlung) die größte Rolle, gefolgt von psychosozialer Betreuung. Bei Cannabis hingegen werden v. a. psychosoziale Betreuung und ärztliche Überwachung empfohlen. Bestehende Unterschiede zwischen den Bundesländern sind ein Hinweis auf eine unterschiedliche Handhabung des § 12 SMG und möglicherweise der Dokumentation. Sie dürften aber auch mit Unterschieden hinsichtlich des verfügbaren Angebots entsprechender Maßnahmen (vgl. Kapitel 4) zusammenhängen (vgl. Anzenberger et al. 2023⁴⁰).

40

siehe die Tabellen GBM 6b (Begutachtungsergebnisse von Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Opioiden nach Bundesland) und GBM 7b (Begutachtungsergebnisse von Personen mit der Leitdroge Cannabis ohne andere Leitdrogen nach Bundesland) im Annex des Epidemiologieberichts Sucht 2023 (Anzenberger et al. 2023)

2.4 Neue Entwicklungen

Der im Rahmen des 2. COVID-19-Gesetzes (BGBl. I 2020/16) geschaffene § 8a Abs. 1c SMG, welcher den substituierenden Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit eröffnet, bei Patientinnen und Patienten, in deren Fall keine Hinweise auf eine Mehrfachbehandlung vorliegen, eine Substitutionsdauerverschreibung mit dem Vermerk „Vidierung nicht erforderlich“ auszustellen, hat sich während der COVID-19-Pandemie grundsätzlich bewährt (Strizek et al. 2023) und bleibt in etwas modifizierter Form bis zur technischen Verfügbarkeit eines digitalen Verschreibungsprozesses (längstens jedoch bis 31. Dezember 2024) im Bereich der Opioidsubstitutionstherapie in Geltung (BGBl. I 2023/70).

Die Geltung der hierzu auf Verordnungsebene geschaffenen flankierenden Bestimmungen wurde durch eine entsprechende Novelle der SV (BGBl. II 2023/209) ebenfalls bis längstens 31. Dezember 2024 verlängert.

Mit der Novelle BGBl. II 2023/23 der SV wurde mit 1. Juli 2023 bereits die Verschreibung suchtgifhaltiger Arzneimittel, z. B. opioidhaltiger Schmerzmittel, außerhalb der Opioidsubstitutionstherapie über E-Rezept und damit rein digital ermöglicht. Weiters wurden durch die genannte Novelle die Substanzen „Brorphin“, „Metonitazen“, „Eutylon“, „3-CMC“ und „3-MMC“ in die Anhänge der SV aufgenommen und somit dem suchtmittelrechtlichen Regelungsregime unterstellt.

Mit 23. März 2023 trat eine Novelle der NPSV (BGBl. 2023/73) in Kraft, durch die der Handel mit psychoaktiv wirkenden Hexahydrocannabinol-(HHC-)Produkten unterbunden wurde, ohne dabei Konsumentinnen und Konsumenten zu kriminalisieren.

Europaweit werden auf verschiedenen Ebenen Regulierungsmodelle für die staatlich kontrollierte Abgabe von Cannabis diskutiert. In Österreich hat die *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* zu dem Thema ein umfangreiches Positionspapier zum Cannabisfreizeitgebrauch erstellt (vgl. Kapitel 4).

2.5 Quellen und Methodik

Quellen

eSuchtmittel

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

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

Daten zu Anzeigen, Beschlagnahmungen, Verurteilungen und Alternativen zur Bestrafung

Die Angaben für die Anzeigenstatistik basieren auf Daten des BMI (BMI 2023). Diese Anzeigenstatistik gibt in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden wieder. Daten bezüglich Diversion wurden vom BMJ gemeldet. In Abschnitt 2.2.2 wurde hinsichtlich der von der Statistik Austria übermittelten Daten betreffend Verurteilungen (gerichtliche Kriminalstatistik) darauf hingewiesen, dass darin seit 2012 die Anzahl sämtlicher den Verurteilungen zugrunde liegender Suchtmitteldelikte erfasst ist.

Gesetzestexte

Informationen zu in Kraft getretenen Gesetzesänderungen finden sich im Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramts (www.ris.bka.gv.at).

2.6 Bibliografie

- Anzenberger, J., Busch, M., Klein, C., Priebe, B., Schmutterer, I., and Strizek, J. (2023). Epidemiologiebericht Sucht 2023. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak – Annex. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Vienna.
- Birklbauer, A. (2017). Die jüngsten Novellierungen im Suchtmittelrecht und ihre Auswirkungen auf den Gesundheitsbereich. In: Journal für Medizin und Gesundheitsrecht 4/2017, 198-203.
- BMGF (2017). Handbuch für die Vollziehung des § 12 SMG. Leitlinien für die Gesundheitsbehörden. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Vienna.
- BMI (2023). Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2022 – Anzeigen, Ermittlungen und Sicherstellungen. Bundesministerium für Inneres, Vienna. **Per Ende November noch nicht publiziert.**
- Horvath, I., Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Schmutterer, I., Strizek, J., et al. (2018). Bericht zur Drogensituation 2018. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Vienna.
- Rast, N. (2013). „Therapie statt Strafe“ – eine Sonderform des Strafaufschubs. In: Sucht. Grüner Kreis Magazin 85,6.
- Strizek, J., Busch, M., Puhm, A., Schwarz, T., and Uhl, A. (2023). Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial: Auswertungen der dritten Erhebungswelle. Gesundheit Österreich, Vienna.
- Uhl, A. and Busch, M. (2021). Österreichische Drogenpolitik, rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie, 9. Jahrgang, Heft 3/4, 205–223.
- Weigl, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Schmutterer, I., Strizek, J., et al. (2017). 2017 Report on the Drug Situation. Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG, Vienna.

2.7 Zitierte Bundesgesetze

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

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

BGBI. 1974/60. Strafgesetzbuch.

BGBI. 1975/631. Strafprozessordnung 1975 (StPO).

BGBI. 1978/531. Einzige Suchtgiftkonvention 1961 samt Anhängen sowie Erklärung der Republik Österreich zu Artikel 36 und Protokoll, mit dem die Einzige Suchtgiftkonvention 1961 abgeändert wird (Einzige Suchtgiftkonvention 1961 – ESK).

BGBI. 1988/599. Bundesgesetz vom 20. Oktober 1988 über die Rechtspflege bei Jugendstraf-taten (Jugendgerichtsgesetz 1988 – JGG).

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

BGBI. I 1997/120. Führerscheingesetz (FSG).

BGBI. III 1997/148. Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe.

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

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

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

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

BGBI. I 2008/143. Suchtmittelgesetz–Novelle 2008.

- BGBl. I 2011/146. Bundesgesetz über den Schutz vor Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Neuen Psychoaktiven Substanzen (Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz, NPSG).
- BGBl. II 2011/468. Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung (NPSV).
- BGBl. I 2015/112. Strafrechtsänderungsgesetz 2015 (StRÄG).
- BGBl. I 2017/116. Bundesgesetz, mit dem das Suchtmittelgesetz geändert wird (SMG-Novelle 2017).
- BGBl. II 2017/61. Verordnung des Bundesministers für Inneres über die zur Überprüfung des Speichels auf Suchtgiftspuren geeigneten Geräte und die zu deren Handhabung zu ermächtigenden Organe der Straßenaufsicht (Speichelvortestgeräteverordnung).
- BGBl. II 2017/292. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird.
- BGBl. I 2020/16. 2. COVID-19-Gesetz.
- BGBl. II 2021/596. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird.
- BGBl. I 2022/91. Bundesgesetz, mit dem das Suchtmittelgesetz geändert wird.
- BGBl. II 2023/23. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird.
- BGBl. I 2023/70. Bundesgesetz, mit dem das Suchtmittelgesetz geändert wird.
- BGBl. II 2023/73. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung geändert wird.
- BGBl. II 2023/209. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird
- EC 273/2004. Regulation of the European Parliament and of the Council of 11 February 2004 on drug precursors.
- EC 111/2005. Council Regulation of 22 December 2004 laying down rules for the monitoring of trade between the Community and third countries in drug precursors.

2.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institutionen bzw. Funktionen
Bayer, Raphael	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Mayer, Christian	Bundesministerium für Justiz

2.9 Anhang

Tabelle A2.1:

Sämtliche einer Verurteilung zugrunde liegende Delikte nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach Geschlecht und Altersgruppe 2022

Delikt	Geschlecht	14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	alle	599	1.435	1.287	1.010	2.082	6.413
SMG gesamt	männlich	561	1.343	1.188	919	1.888	5.899
SMG gesamt	weiblich	38	92	99	91	194	514
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	159	490	514	426	977	2.566
§ 28 SMG / § 28a SMG	weiblich	8	41	36	36	84	217
§ 27 SMG	männlich	392	840	669	669	881	3.264
§ 27 SMG	weiblich	30	50	50	50	110	283

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.2:

Anzahl rechtskräftiger Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach führendem Delikt, Geschlecht und Altersgruppe 2022

führendes Delikt	Geschlecht	14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	alle	292	744	678	515	1.058	3.287
SMG gesamt	männlich	268	694	627	467	944	3.000
	weiblich	24	50	51	48	114	287
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	116	345	339	261	632	1.693
	weiblich	8	27	30	27	60	152
§ 27 SMG	männlich	151	345	286	204	300	1.286
	weiblich	16	23	20	19	54	132

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.3:

Anzahl der Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen in Österreich 2013–2022

Verurteilungscharakteristik	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 ¹	2020	2021	2022
Verurteilungen, bei denen Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend waren	30	21	5	10	8	13	25	15	8	7
(Mit-)Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) insgesamt	116	85	63	33	65	76	79	69	71	70

¹ Im Jahr 2019 fand eine Datenkorrektur statt, woraus hier eine Abweichung gegenüber jenen Zahlen entsteht, die im Vorjahr angegeben waren.

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.4:

Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach führendem Delikt und Art der Strafe, 2022

führendes Delikt	Jugendliche/ Erwachsene	Geld- strafe	Freiheits- strafe bedingt	Freiheits- strafe unbedingt	Freiheits- strafe teilbedingt	sonstige Strafformen ¹	Gesamt
SMG gesamt	Jugendliche	23	62	8	12	18	123
	Erwachsene	568	835	956	645	160	3.164
§ 28 SMG / § 28a SMG (Verbrechen)	Jugendliche	1	28	2	10	2	43
	Erwachsene	46	417	747	489	103	1.802
§ 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	21	34	6	2	16	79
	Erwachsene	518	410	204	152	55	1.339

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

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

Anmerkung: Hier wird das „führende Delikt“ (das dem Strafraum nach schwerste Delikt) dargestellt.

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.5:

Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2013–2022

vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung / Verfahrenseinstellung	2013	2014*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Gesamt (§§ 35 und 37 SMG)	13.044	14.506	14.384	25.666	27.990	27.392	27.891	26.321	20.007	19.220
§ 35 SMG vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsan- waltschaft	11.818	12.378	12.256	23.809	26.562	25.903	26.393	24.989	18.613	17.967
davon § 35 Abs. 4 SMG (erstmalige Anzeige seit zumindest 5 Jahren, ausschließlich persönlicher Gebrauch von Cannabis, psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltigen Pilzen oder psychotropen Stoffen)	6.766	—	—	—	—	—	—	—	—	—
§ 37 SMG vorläufige Einstellung durch das Gericht	1.226	2.128	2.128	1.857	1.428	1.489	1.498	1.324	1.377	1.253
§ 39 SMG Aufschiebung des Strafvoll- zugs	728	705	673	561	582	512	558	476	514	422

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

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

Tabelle A2.6:

Straftatbestände und Strafdrohungen laut SMG

Tathandlungen ⁴¹	Strafmaß	erhöhtes Strafmaß	reduziertes Strafmaß	Ausnahme
Suchtgift § 27 SMG (unerlaubter Umgang): Erwerb, Besitz, Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Überlassen, Verschaffen, Befördern und Anbieten von Suchtgiften; Anbau von Opiummohn, Kokastrauch und Cannabispflanze; Anbieten, Überlassen, Verschaffen und Anbau von psilocybinhaltigen Pilzen	max. 12 Monate Freiheitsstrafe (oder Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen)	bis zu 2 Jahre Freiheitsstrafe, wenn die Tat im öffentlichen Raum stattfand oder geeignet ist, durch unmittelbare Wahrnehmung ein berechtigtes Ärgernis zu erregen. Bis zu 3 Jahre Freiheitsstrafe, wer einem: einer Minderjährigen den Gebrauch von Suchtgift ermöglicht und selbst volljährig und mehr als zwei Jahre älter als der: die Minderjährige ist, die Tat gewerbsmäßig bzw. als Mitglied einer kriminellen Vereinigung begeht	bis zu 6 Monate Freiheitsstrafe bei Tatbegehung ausschließlich zum persönlichen Gebrauch (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen). Das erhöhte Strafmaß entfällt in bestimmten Fällen, wenn der: die Straftäter:in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
§ 28 SMG (Vorbereitung von Handel): Erwerb, Besitz und Befördern von Suchtgiften, Anbau von Opiummohn, Kokastrauch und Cannabispflanze zur Gewinnung von Suchtgift in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge mit dem Vorsatz, dass es in Verkehr gesetzt werde	bis zu 3 Jahre Freiheitsstrafe	bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe bei „großen Mengen“ (das 15-Fache der Grenzmenge und mehr), bis zu 10 Jahre Freiheitsstrafe als Mitglied einer kriminellen Vereinigung	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 3 bzw. 5 Jahre reduziert, wenn der: die Straftäter:in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
§ 28a SMG (Handel): Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Anbieten, Überlassen, Verschaffen von Suchtgiften in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge	bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe	1-10 Jahre Freiheitsstrafe bei gewerbsmäßiger Begehung in Kombination mit einer früheren Verurteilung, bei Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung oder in Bezug auf „große Mengen“ 1-15 Jahre Freiheitsstrafe für die Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung in Kombination mit einer früheren Verurteilung oder als Mitglied einer Verbindung einer größeren Zahl von Menschen oder in Bezug auf eine besonders große Suchtgiftmenge (das 25-Fache der Grenzmenge und mehr) 10-20 Jahre oder lebenslängliche Freiheitsstrafe für die Anführer:innen einer Verbindung einer größeren Zahl von Menschen	Das Strafmaß wird auf bis zu 3 Jahre, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 5 Jahre reduziert, wenn der: die Straftäter:in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
psychotrope Stoffe § 30 SMG (unerlaubter Umgang): Erwerb, Besitz, Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Überlassen, Verschaffen, Befördern und Anbieten	bis zu ein Jahr Freiheitsstrafe (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen)		bis zu 6 Monate Freiheitsstrafe bei Tatbegehung ausschließlich zum persönlichen Gebrauch (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen)	Ausgenommen von der Bestrafung ist, wer die Tathandlungen mit Arzneimitteln, die psychotrope Stoffe in einer die Grenzmenge nicht übersteigenden Menge enthalten, für den persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch eines anderen begeht, ohne einen Vorteil daraus zu ziehen.

41

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

Tathandlungen ⁴¹	Strafmaß	erhöhtes Strafmaß	reduziertes Strafmaß	Ausnahme
§ 31 SMG (Vorbereitung von Handel): Erwerb, Besitz und Befördern eines psychotropen Stoffes in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge mit dem Vorsatz, dass er in Verkehr gesetzt werde	bis zu 2 Jahre Freiheitsstrafe	bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe bei einer „großen Menge“ (das 15-Fache der Grenzmenge und mehr), bis zu 10 Jahre Freiheitsstrafe als Mitglied einer kriminellen Vereinigung	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 3 bzw. 5 Jahre reduziert, wenn der:die Straftäter:in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
§ 31 a SMG (Handel): Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Anbieten, Überlassen, Verschaffen in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge	bis zu 3 Jahre Freiheitsstrafe	bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe bei Tatbegehung in Bezug auf eine besonders große Menge 1 bis 10 Jahre Freiheitsstrafe bei Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 3 bzw. bis zu 5 Jahre reduziert, wenn der:die Straftäter:in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
Drogenausgangsstoffe § 32 SMG (unerlaubter Umgang): Erzeugen, Befördern und Überlassen eines Drogenausgangsstoffes, damit dieser bei der vorschriftswidrigen Erzeugung von Suchtmitteln verwendet werde	bis zu ein Jahr Freiheitsstrafe	bis zu 2 Jahre Freiheitsstrafe bei Erwerb und Besitz, wenn der Vorsatz vorliegt, dass damit vorschriftswidrig Suchtmittel in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge erzeugt werden bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe bei Erzeugen, Einfuhr, Anbieten, Überlassen und Verschaffen, wenn der Vorsatz vorliegt, dass der Drogenausgangsstoff bei der vorschriftswidrigen Erzeugung von Suchtmitteln in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge verwendet werde		

Quelle: SMG (BGBl. I 1997/112) i. d. g. F.; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.7:

Alternativen zur Bestrafung laut SMG

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

Paragraf	Kurztitel	relevante Textstelle	ausführendes Organ	Verfahrensebene
§ 35 SMG	vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung	<p>(1) Die Staatsanwaltschaft hat unter bestimmten Voraussetzungen und Bedingungen von der Verfolgung einer Straftat nach §§ 27 Abs. 1 oder 2 oder 30, die ausschließlich für den eigenen persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch eines anderen begangen worden ist, ohne dass der Beschuldigte daraus einen Vorteil gezogen hat, unter Bestimmung einer Probezeit von 1 Jahr bis zu 2 Jahren vorläufig zurückzutreten.</p> <p>(2) Die Staatsanwaltschaft hat unter bestimmten Voraussetzungen und Bedingungen auch von der Verfolgung einer anderen Straftat nach den § 27 oder §§ 30 bis 31 a, einer Straftat nach den § 28 oder § 28a, sofern der Beschuldigte an Suchtmittel gewöhnt ist, oder einer im Zusammenhang mit der Beschaffung von Suchtmitteln begangenen Straftat unter Bestimmung einer Probezeit von 1 Jahr bis zu 2 Jahren vorläufig zurückzutreten, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Straftat nicht in die Zuständigkeit des Schöffengerichts oder Geschworenengerichts fällt, 2. die Schuld des Beschuldigten nicht als schwer anzusehen wäre und 3. der Rücktritt nicht weniger als eine Verurteilung geeignet erscheint, den Beschuldigten von solchen Straftaten abzuhalten. <p>Ebenso ist vorzugehen, wenn der Beschuldigte wegen einer während der Probezeit nach Abs. 1 begangenen weiteren Straftat im Sinne des Abs. 1 verfolgt wird.</p> <p>(9) Im Fall eines Abtretungsberichts (§ 13 Abs. 2b) hat die Staatsanwaltschaft, sofern sie nicht noch eine weitere Klärung des Sachverhalts für erforderlich hält, von der Verfolgung unmittelbar vorläufig zurückzutreten. Dies ist dem Beschuldigten unter Hinweis auf die Fortsetzungsgründe (§ 38 Abs. 1a) mitzuteilen.</p>	Staatsanwaltschaft	vor Strafantrag/ Anklage
§ 37 SMG	vorläufige Einstellung des Strafverfahrens	Nach Einbringen der Anklage hat das Gericht den § 35 sinngemäß anzuwenden und das Verfahren unter den für die Staatsanwaltschaft geltenden Voraussetzungen bis zum Schluss der Hauptverhandlung mit Beschluss einzustellen.	Gericht	nach Strafantrag/ Anklage
§ 38 SMG	endgültiger Rücktritt bzw. Einstellung	Sofern das Strafverfahren nicht nachträglich fortzusetzen ist, hat die Staatsanwaltschaft nach Ablauf der Probezeit und Erfüllung allfälliger Pflichten von der Verfolgung endgültig zurückzutreten. Das Gericht hat das Strafverfahren mit Beschluss endgültig einzustellen.	Staatsanwaltschaft, Gericht	
§ 39 SMG	Aufschub des Strafvollzugs	<p>(1) Der Vollzug einer nach diesem Bundesgesetz außer nach § 28a Abs. 2, 4 oder 5 oder einer wegen einer Straftat, die mit der Beschaffung von Suchtmitteln in Zusammenhang steht, verhängten Geldstrafe oder 3 Jahre nicht übersteigenden Freiheitsstrafe ist nach Anhörung der Staatsanwaltschaft – auch noch nach Übernahme in den Strafvollzug (§ 3 Abs. 4 Strafvollzugsgesetz – StVG) – für die Dauer von höchstens 2 Jahren aufzuschieben, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der Verurteilte an Suchtmittel gewöhnt ist und sich bereit erklärt, sich einer notwendigen und zweckmäßigen, ihm nach den Umständen möglichen und zumutbaren und nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahme, gegebenenfalls einschließlich einer bis zu sechs Monate dauernden stationären Aufnahme, zu unterziehen, und 2. im Fall der Verurteilung zu einer 18 Monate übersteigenden Freiheitsstrafe wegen einer Straftat, die mit der Beschaffung von Suchtmitteln in Zusammenhang steht, der Vollzug der Freiheitsstrafe nicht im Hinblick auf die Gefährlichkeit des Täters geboten erscheint, insbesondere weil die Verurteilung wegen Straftaten erfolgt ist, die unter Anwendung erheblicher Gewalt gegen Personen begangen worden sind. <p>(3) Das Gericht kann den Verurteilten auffordern, Bestätigungen über den Beginn und den Verlauf der gesundheitsbezogenen Maßnahme vorzulegen</p> <p>(4) Der Aufschub ist zu widerrufen und die Strafe zu vollziehen, wenn der Verurteilte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme, zu der er sich gemäß Abs. 1 Z 1 bereit erklärt hat, nicht unterzieht oder es unterlässt, sich ihr weiterhin zu unterziehen, oder 2. wegen einer Straftat nach diesem Bundesgesetz oder wegen einer im Zusammenhang mit seiner Gewöhnung an Suchtmittel begangenen Straftat neuerlich verurteilt wird <p>und der Vollzug der Freiheitsstrafe geboten erscheint, um den Verurteilten von der Begehung weiterer Straftaten abzuhalten.</p>	Gericht	nach Verurteilung

Paragraf	Kurztitel	relevante Textstelle	ausführendes Organ	Verfahrensebene
§ 40 SMG	nachträglich bedingte Strafnachsicht	<p>(1) Ist der Aufschub nicht zu widerrufen (§ 39 Abs. 4), oder hat sich ein an ein Suchtmittel gewöhnter Verurteilter sonst mit Erfolg einer gesundheitsbezogenen Maßnahme unterzogen, so hat das Gericht die Strafe unter Bestimmung einer Probezeit von mindestens einem und höchstens drei Jahren bedingt nachzusehen.</p> <p>(3) Bei einer Entscheidung über den Widerruf der bedingten Strafnachsicht (§ 53 StGB) kann das Gericht vom Widerruf ganz oder zum Teil absehen, wenn sich der Verurteilte einer gesundheitsbezogenen Maßnahme unterzogen hat, die ihn in seiner selbstbestimmten Lebensführung erheblich beschränkt hat.</p>	Gericht	nach Verurteilung
§ 41 SMG	Kostentragung	<p>(1) Der Bund hat die Kosten gesundheitsbezogener Maßnahmen gemäß § 11 Abs. 2 Z 1 bis 4 in den Fällen der §§ 35 bis 37 und 39 SMG ... sowie die Kosten einer Entwöhnungsbehandlung ... eines Rechtsbrechers, dem aus Anlass einer mit seiner Gewöhnung an Suchtmittel im Zusammenhang stehenden Verurteilung die Weisung erteilt worden ist, sich einer solchen Behandlung zu unterziehen, zu übernehmen, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dieser sich der Maßnahme in einer Einrichtung oder Vereinigung gemäß § 15 unterzieht, 2. nicht Anspruch auf entsprechende Leistungen auf Grund von Gesetzen der Länder oder aus einer gesetzlichen Sozialversicherung hat und 3. durch die Verpflichtung zur Zahlung der Kosten sein Fortkommen erschwert würde. <p>(2) Der Bund trägt die Kosten jedoch nur bis zu dem Ausmaß, in dem die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter für die Kosten aufkäme, wenn der Rechtsbrecher in der Krankenversicherung öffentlich Bediensteter versichert wäre. Anstelle des Behandlungsbeitrags ... ist ein Pauschalkostenbeitrag aufzuerlegen, soweit dadurch nicht der zu einer einfachen Lebensführung notwendige Unterhalt des Rechtsbrechers und der Personen, zu deren Unterhalt er verpflichtet ist, gefährdet wäre. Für die Bemessung des Kostenbeitrags gilt ..., dass die Art der Maßnahme, deren Notwendigkeit, ihre Dauer und Erfolg sowie im Fall des § 39 auch ein dem Verurteilten auferlegter Kostenersatz angemessen zu berücksichtigen sind.</p> <p>(3) Die vom Bund zu übernehmenden Kosten hat das Gericht, das im Fall des § 35 im Ermittlungsverfahren zuständig wäre, das Strafverfahren nach § 37 vorläufig eingestellt, die Weisung im Sinne des Abs. 1 oder nach § 173 Abs. 5 Z 9 StPO erteilt oder den Strafvollzug nach § 39 aufgeschoben hat, mit Beschluss zu bestimmen und anzuweisen.</p>	Gericht	nach Verurteilung

Quelle: SMG (BGBl. I 1997/112) i. d. g. F.; Darstellung: GÖG

Drogenkonsum

Inhalt

3	Drogenkonsum.....	53
3.1	Zusammenfassung.....	53
3.2	Cannabis	55
3.2.1	Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums.....	55
3.2.2	Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung.....	58
3.2.3	Neue Entwicklungen.....	59
3.3	Stimulanzien.....	60
3.3.1	Prävalenz und Trends des Stimulanzienkonsums	60
3.3.2	Risikoreiche Stimulanzienkonsummuster und Behandlung	63
3.3.3	Neue Entwicklungen.....	65
3.4	Heroin und andere Opioide	65
3.4.1	Prävalenz und Trends des Opioidkonsums.....	65
3.4.2	Risikoreiche Opioidkonsummuster und Behandlung.....	69
3.4.3	Neue Entwicklungen.....	69
3.5	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen	70
3.5.1	Prävalenz und Trends des NPS-Konsums.....	70
3.5.2	Neue Entwicklungen.....	71
3.6	Quellen und Studien.....	71
3.6.1	Quellen	71
3.6.2	Studien	74
3.7	Bibliografie	76
3.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	82
3.9	Anhang.....	83

3 Drogenkonsum

3.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Bezüglich der Prävalenz von Drogenkonsum wird zwischen der Lebenszeitprävalenz (Drogenkonsum irgendwann im Leben), der Jahresprävalenz (Drogenkonsum im letzten Jahr) und der Monatsprävalenz (Drogenkonsum während der letzten dreißig Tage) unterschieden.

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen (Lebenszeitprävalenz) finden sich in Österreich am häufigsten in Bezug auf Cannabis, dessen Konsum Prävalenzraten von etwa 30 bis 40 Prozent bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15–24 Jahre) hat. Aus den meisten Repräsentativstudien ergeben sich weiters Konsumerfahrungen von etwa zwei bis vier Prozent für Ecstasy, Kokain und Amphetamin. In der aktuellen Repräsentativbefragung aus dem Jahr 2022 sind die Werte allerdings etwas höher (fünf bis sechs Prozent). Rund ein bis maximal zwei Prozent geben Lebenszeiterfahrungen mit Opioiden und *Neuen psychoaktiven Substanzen* (NPS, auch *research chemicals* bzw. *legal highs* genannt) an.

Für Aussagen über den aktuellen Konsum von Drogen können ausschließlich die Jahres- bzw. die Monatsprävalenz herangezogen werden. Im letzten Jahr haben sechs Prozent aller Österreicher:innen im Alter von 15 bis 64 Jahren Cannabis konsumiert. Bei allen anderen illegalen Drogen liegt die Jahresprävalenz unter einem Prozent. Einzige Ausnahme ist hier Kokain mit einer Jahresprävalenz von 1,4 Prozent.

Klar abzugrenzen von Probierkonsum und weitgehend unproblematischem gelegentlichem Konsum ist der sogenannte risikoreiche/problematische Drogenkonsum. Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der *Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht* (EMCDDA) der „wiederholte Drogenkonsum, der Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen. Der multiple⁴² Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden spielt in Österreich die zentrale Rolle. Aktuell konsumieren zwischen 35.000 und 40.000 Personen risikoreich Opioide (meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka). Etwa die Hälfte dieser Personen lebt in Wien (problematischer Drogenkonsum findet nach wie vor in Ballungszentren häufiger statt als in ländlichen Gebieten). Etwas über drei Viertel der Betroffenen sind Männer. Nur acht Prozent der Betroffenen sind unter

42

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

25 Jahre alt, 31 Prozent sind 25 bis 34 Jahre, und 61 Prozent sind 35 Jahre oder älter. Sniffen spielt beim Opioidkonsum nach wie vor eine Rolle. Die Zahl der Personen, die Opioide vorwiegend intravenös konsumieren, wird auf 10.500 bis 16.000 Personen geschätzt. Hinsichtlich des Konsums synthetischer Opioide liegen in Österreich lediglich Einzelfallberichte vor.

Neue Entwicklungen

Fast alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring zeigen bei den unter 25-Jährigen eine Stagnation beim risikoreichen Opioidkonsum (jährlich etwa gleich viele Personen beginnen einen Opioidkonsum). Aktuell ist daher von einer relativ stabilen Lage auszugehen, da auch Anzeichen für eine signifikante Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums hin zu anderen Substanzen fehlen.

Abwasserepidemiologische Analysen und Befragungsdaten zu Cannabis lassen keinen eindeutigen Trend erkennen. Daten aus dem Drug-Checking und aus Sicherstellungen weisen darauf hin, dass in Österreich Cannabis zum Teil mit synthetischen Cannabinoiden versetzt wird. Der Konsum synthetischer Cannabinoide ist mit großen Gefahren verbunden.

Mittlerweile liegen genügend Indizien aus unterschiedlichen Datenquellen (abwasserepidemiologische Studien, Anzeigen, Bevölkerungsbefragungen, Drug-Checking, Vergiftungsinformationszentrale) vor, um von einem Anstieg des Stimulanzienkonsums und insbesondere des Kokainkonsums in Österreich auszugehen. Dies bildet sich mittlerweile auch im Behandlungssystem ab, wo Kokain 2022 bei etwas über 20 Prozent der Erstbehandlungen die Leitdroge darstellte.

Hinsichtlich mittel- bis langfristiger Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den (risikoreichen) Drogenkonsum bzw. auf Personen mit Drogenproblematik ergibt sich derzeit noch kein klares Bild. Die durch die Pandemie zusätzlich entstandenen Belastungen (Arbeitsplatzverlust, Ängste, Vereinsamung) dürften zu einer Erhöhung der psychiatrischen Komorbidität bei Suchtkranken führen, die in manchen Einrichtungen bereits beobachtet wurde. Versäumte Chancen, eine Suchtbehandlung zu beginnen, und der Ausfall vieler suchtpreventiver Maßnahmen sind weitere Faktoren, die eine Verschärfung der Situation im Bereich Drogensucht und eine gesteigerte Behandlungsnachfrage nach der Pandemie plausibel machen.

3.2 Cannabis

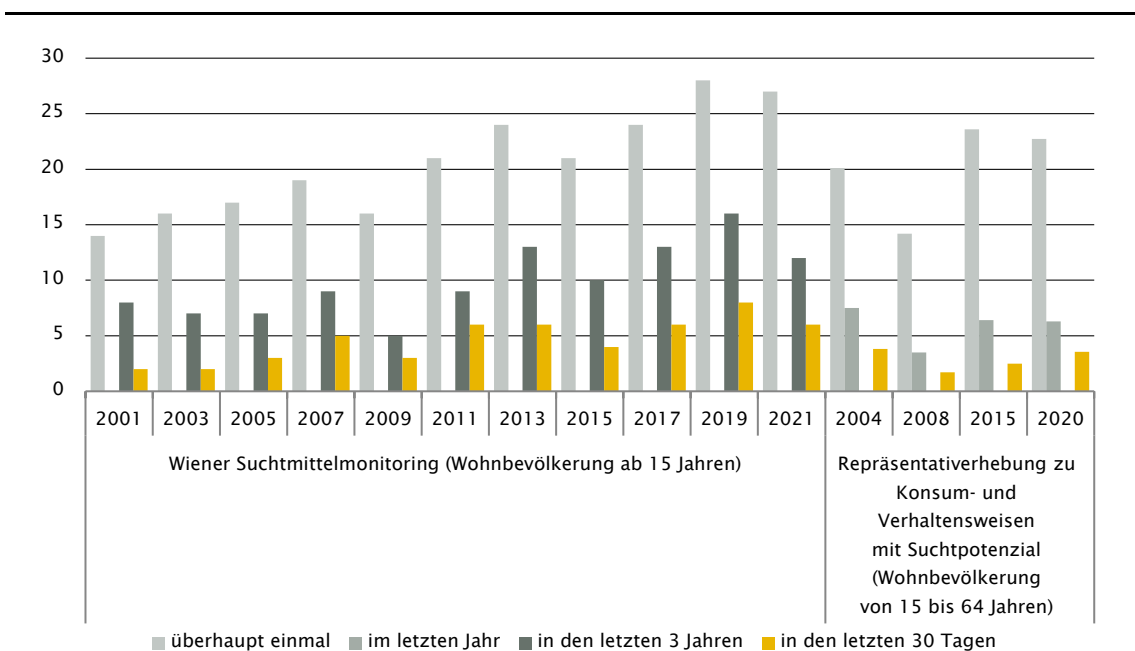
3.2.1 Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums

Laut den österreichischen Befragten des *European Web Survey on Drugs* ist Cannabiskraut die mit Abstand am häufigsten konsumierte Form von Cannabis: Fast alle Personen, die in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert haben, haben auch Cannabiskraut konsumiert (98 %), wohingegen nur knapp mehr als ein Drittel auch Cannabisharz (35 %) konsumiert hat. Konsumerfahrungen in Form von Edibles⁴³ (34 %) bzw. Cannabisölen (19 %) sind bei Personen, die Cannabis konsumieren, relativ weit verbreitet (Strizek & Karden 2023).

Cannabiskonsum in der Allgemeinbevölkerung

Abbildung 3.1:

Cannabiskonsum gemäß Wiener Suchtmittelmonitoring und österreichweiten Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch (Zeitreihen)



Anmerkungen: In der Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial wurde die Drei-Jahres-Prävalenz nicht erhoben. Werte in Tabelle A3.1 im Anhang beziehen sich auf die gesamte erwachsene Bevölkerung ab 15 Jahren, also inklusive Personen über 64 Jahre. Im Wiener Suchtmittelmonitoring wird die Jahresprävalenz nicht erhoben.

Quellen: IFES 2001 bis 2022, Uhl et al. 2005a, Uhl et al. 2009, Strizek et al. 2016a, Strizek et al. 2021 b; Darstellung: GÖG

43

Cannabisprodukte zum Essen

Längerfristig zeigt sich sowohl im Wiener Suchtmittelmonitoring als auch in den österreichischen Bevölkerungserhebungen ein leicht ansteigender Anteil konsumerfahrener Personen in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen (vgl. Abbildung 3.1 und Tabelle A3.1).

Konsumerfahrungen mit Cannabis beschränken sich aber meist auf eine kurze Lebensphase, wie die große Diskrepanz zwischen Lebenszeitprävalenz und Prävalenz des Cannabiskonsums im letzten Monat zeigt (vgl. Abbildung 3.1).

Abwasserepidemiologische Analysen, die im Mai 2022 in 192 österreichischen Gemeinden durchgeführt wurden, bestätigen, dass Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Droge ist. Die mittlere tägliche Konsummenge für THC lag bei 9,1 g pro 1.000 Einwohner:innen. Bei einer mittleren Dosis von 150 Milligramm THC ergäbe das täglich einen Umsatz von 60 Dosen („Joints“) pro 1.000 Einwohner:innen. Der THC-Konsum wird für das urbane Gebiet höher eingeschätzt als für den ländlichen Raum (Oberacher und Wurzer 2022). Eine bis 2018 zurückreichende Zeitreihe in puncto Cannabis liegt aus Tirol (Innsbruck) vor. Hier ist die Konzentration des THC-Markers im Abwasser von 2018 bis 2020 kontinuierlich zurückgegangen, 2021 aber wieder etwas über das Niveau von 2018 angestiegen. 2022 ist der Wert jedoch wieder etwas gesunken. In Graz, wo solche Daten seit 2019 erhoben werden, zeigt sich ein ähnliches Bild⁴⁴. Es gibt somit derzeit keinen Hinweis auf einen rezenten Anstieg des Cannabiskonsums.

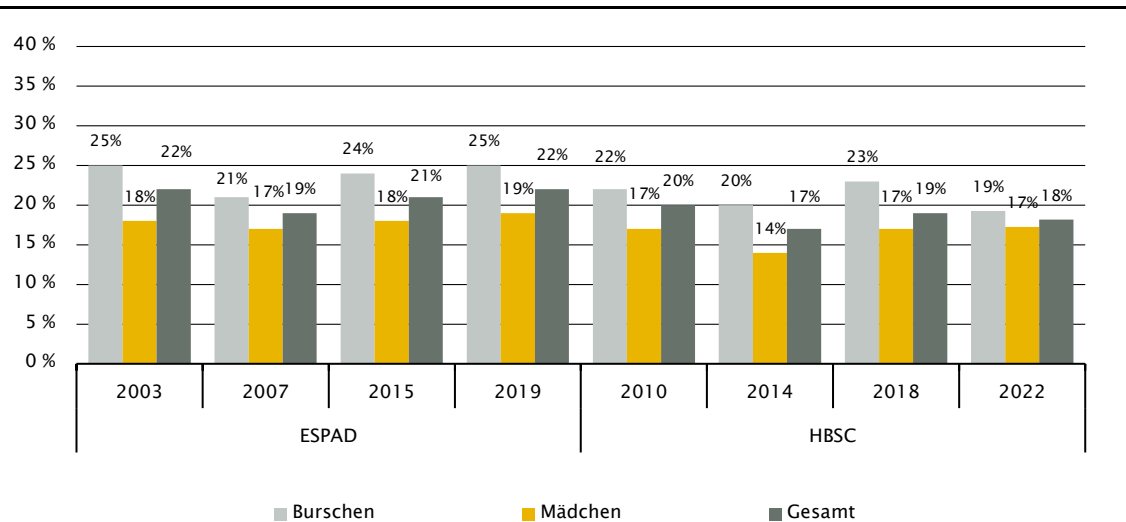
44

https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en (Zugriff am 15. 6. 2023)

Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Abbildung 3.2:

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



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

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

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

Quellen: Uhl et al. 2005b, Strizek et al. 2008, Strizek et al. 2016b, Ramelow et al. 2011, Currie et al. 2012, Ramelow et al. 2015; Teutsch et al. 2019, Hojni et al. 2020; Teutsch et al. 2023; Darstellung: GÖG

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

Aus der letzten österreichischen Bevölkerungserhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (Strizek et al. 2021b)⁴⁵ ergibt sich für Jugendliche und junge Erwachsene (15–24 Jahre) eine Lebenszeitprävalenz von 24 Prozent, eine Jahresprävalenz von 17 Prozent und eine Monatsprävalenz von sieben Prozent für Cannabiskonsum. Sämtliche Werte sind somit etwas niedriger als jene der Erhebung von 2015 (Lebenszeitprävalenz = 29 %; Jahresprävalenz = 19 %; Monatsprävalenz = 8 %).

45

Um die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zu beobachten, wurde die letzte Bevölkerungsbefragung zu suchtrelevanten Verhaltensweisen in drei Wellen (2020, 2021 und 2022) durchgeführt. Angaben zur Lebens-, Jahres- und Monatsprävalenz des Cannabiskonsums liegen nur aus der ersten Welle (2020) vor.

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

3.2.2 Risikoreiche⁴⁶ Cannabiskonsummuster und Behandlung

Risikoreicher Cannabiskonsum

Bei der dritten Welle der Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (Strizek et al. 2023) weist etwa die Hälfte der Personen, die in den letzten vier Wochen Cannabis konsumiert haben, im Screeningtool *CAST*⁴⁷ einen kritischen Wert auf. Es lässt sich dabei auch ein starker Zusammenhang mit psychischen Belastungen während der COVID-19-Pandemie feststellen. Das ist möglicherweise ein Hinweis darauf, dass es eine nicht kleine Gruppe von Cannabiskonsumierenden gibt, die Cannabiskonsum als Copingstrategie bei psychischen Belastungen einsetzt, dies aber als durchaus problematisch erlebt.

Hinweise auf behandlungsrelevanten Cannabiskonsum geben die amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG. Dabei liegen lediglich Daten für Österreich ohne Wien vor (vgl. Kapitel 2). Im Jahr 2022 wurde in 786 Fällen ein behandlungsrelevanter Konsum von Cannabis diagnostiziert (Anzenberger et al. 2023). Dem stehen 18.826 polizeiliche Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) gegenüber, in denen Cannabis erwähnt wird (ebenfalls Österreich ohne Wien; vgl. Kapitel 7, Tabelle A7.8). Dies ist ein Hinweis darauf, dass nur ein kleiner Teil der von der Polizei angezeigten Cannabiskonsumierenden auch als behandlungsrelevant eingestuft wird.

Im Jahr 2022 befanden sich geschätzt 2.585 Personen ausschließlich wegen Cannabiskonsums in Betreuung durch eine Einrichtung der Suchthilfe (vgl. Kapitel 5). Vertiefende Analysen aus den

46

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

47

Das *Cannabis Abuse Screening Tool* (CAST) besteht aus sechs Items (Konsum am Vormittag; Konsum allein; Gedächtnisprobleme durch Konsum; Rat von Freundinnen/Freunden oder der Familie aufzuhören; erfolgloser Versuch, zu reduzieren oder gänzlich aufzuhören; Probleme durch Konsum in Schule oder mit Freundinnen/Freunden), deren Frequenz mittels vier Stufen erfasst wird (nie = 0, selten = 1, gelegentlich = 2, oft = 3). In der einschlägigen Literatur (Spilka et al. 2013) wird ein Cut-off-Score von 7 Punkten, um zwischen risikoarmem und riskantem Konsum zu unterscheiden, angeführt. Ab einem Score von 7 wird der Konsum als riskant bezeichnet.

Jahren 2012 und 2017⁴⁸ zeigen jedoch, dass lediglich etwa ein Drittel dieser Personen vor Behandlungsbeginn hochfrequent Cannabis konsumierte. Die übrigen Personen hatten ihren Cannabiskonsum bereits vor der Behandlung stark eingeschränkt respektive Cannabis möglicherweise nie hochfrequent konsumiert. Die Behandlung dürfte bei diesen Personen eher als Maßnahme der Frühintervention zu verstehen sein. Cannabiskonsum wird jedoch relativ häufig auch im Rahmen multipler Konsummuster als behandlungsrelevant eingestuft.

2010 bis 2013 ist der Anteil der Erstpatientinnen/-patienten mit der Leitdroge Cannabis, die sich in ambulanter oder stationärer Betreuung durch Einrichtungen der Suchthilfe befinden, von etwa 40 Prozent auf über 50 Prozent gestiegen. Seit 2017 sinkt dieser Prozentanteil jedoch wieder. 2022 machte er 40 Prozent aus.

Bei den Spitalsentlassungen im Jahr 2021 (aktuellste verfügbare Zahlen) kamen schädlicher Gebrauch von Cannabis (44 Fälle), psychotische Störung durch Cannabinoide (79 Fälle) und Cannabisabhängigkeit (115 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Cannabis 1.380 Fälle, für psychotische Störung durch Cannabinoide 151 Fälle und für Cannabisabhängigkeit 906 Fälle (vgl. Tabelle A3.3 und Tabelle A3.4).

Da sich die oben dargestellten Datenquellen vermutlich stark überschneiden⁴⁹, dürfte die Gruppe der Personen mit behandlungsrelevantem Cannabiskonsum im Vergleich zu den geschätzt 35.000 bis 40.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nicht groß sein (vgl. 3.4.1 und Kap. 5). Nicht erfasst sind Personen mit behandlungsrelevantem Cannabiskonsum, die keine Hilfe suchen oder Hilfe außerhalb des Systems der Suchthilfe in Anspruch nehmen.

3.2.3 Neue Entwicklungen

Daten aus dem Drug-Checking weisen darauf hin, dass in Österreich Cannabis zum Teil mit synthetischen Cannabinoiden versetzt wird. Im Falle 95 bei *Checkit!* in Wien abgegebener Cannabisproben mit Verdacht auf synthetische Cannabinoide wurde in 21 Proben tatsächlich ein solches nachgewiesen (SHW 2023). Beim Drug-Checking in Tirol wurden in fünf von insgesamt 19 Proben synthetische Cannabinoide aufgefunden (Drogenarbeit Z6 2023). Beim Drug-Checking in der Steiermark wurde in zwei von sieben Proben das halbsynthetische Cannabinoid Hexahydrocannabinol

48

http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12__Weigl_Cannabis_in_Osterreich_und_der_EU.pdf
(Zugriff am 21. 7. 2023)

49

Beispielsweise sind Personen, die sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG in einer §-15-SMG-Einrichtung unterziehen, nicht nur in eSuchtmittel dokumentiert, sondern auch im DOKLI-Datensatz (eine Auswertung des Behandlungsjahres 2015 zeigte, dass 62 Prozent der Personen, die in DOKLI-Einrichtungen wegen Cannabis behandelt wurden, aufgrund einer Auflage in Behandlung waren; http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12__Weigl_Cannabis_in_Osterreich_und_der_EU.pdf (Zugriff am 20. 7. 2022)

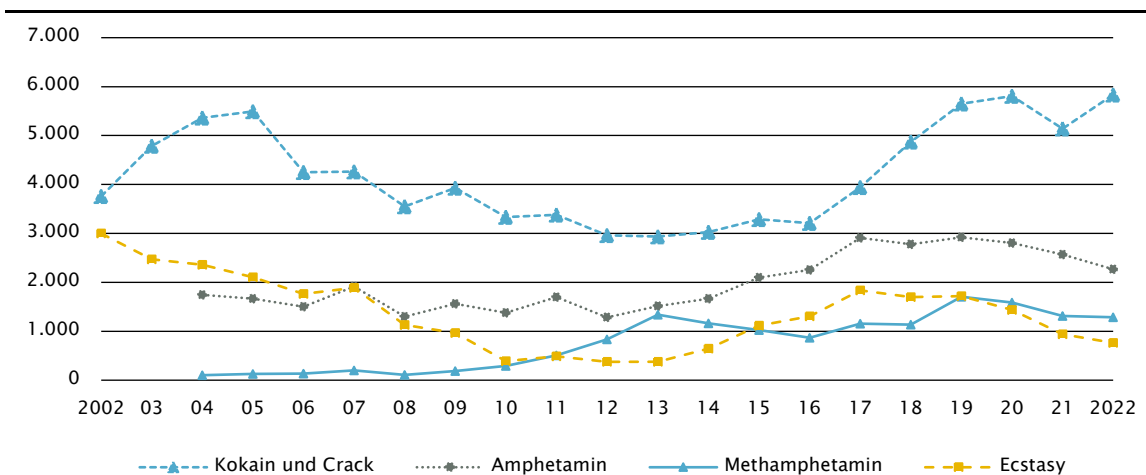
(HHC) detektiert. Zudem wird berichtet, dass in vielen Cannabisproben ein unausgewogenes THC-CBD-Verhältnis nachgewiesen wurde, wodurch die unerwünschten Wirkungen des Cannabiskonsums ansteigen (Cichy p. M.). Auch bei Drogensicherstellungen wird der Trend in Richtung synthetischer Cannabinoide beobachtet (BMI 2023). Aus dem österreichischen Datensatz des European Web Survey on Drugs (Strizek & Karden, 2023) stehen Daten für 2.125 Personen zur Verfügung, die in den letzten zwölf Monaten zumindest eine illegale Substanz konsumiert haben. Sieben Prozent von ihnen gaben an, im letzten Jahr synthetische Cannabinoide konsumiert zu haben. Die Lebenszeitprävalenz lag bei 21 Prozent. Der Konsum synthetischer Cannabinoide ist mit großen gesundheitlichen Gefahren verbunden.

3.3 Stimulanzien

3.3.1 Prävalenz und Trends des Stimulanzienkonsums

Kokain ist jenes Stimulans, auf das sich die meisten SMG-Anzeigen beziehen, gefolgt von Amphetamin sowie Methamphetamin und Ecstasy (vgl. auch Kapitel 7 und Abbildung 3.3). Bei Kokain steigen die Anzeigenzahlen seit 2016 stark an (mit einem kurzfristigen Rückgang 2021). Die Anzeigenzahlen bei Ecstasy sowie Amphetamin und Methamphetamin sind seit 2019 rückläufig.

Abbildung 3.3:
Stimulanzien: Entwicklung der Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG in Österreich nach Art des Suchtgiftes 2002–2022



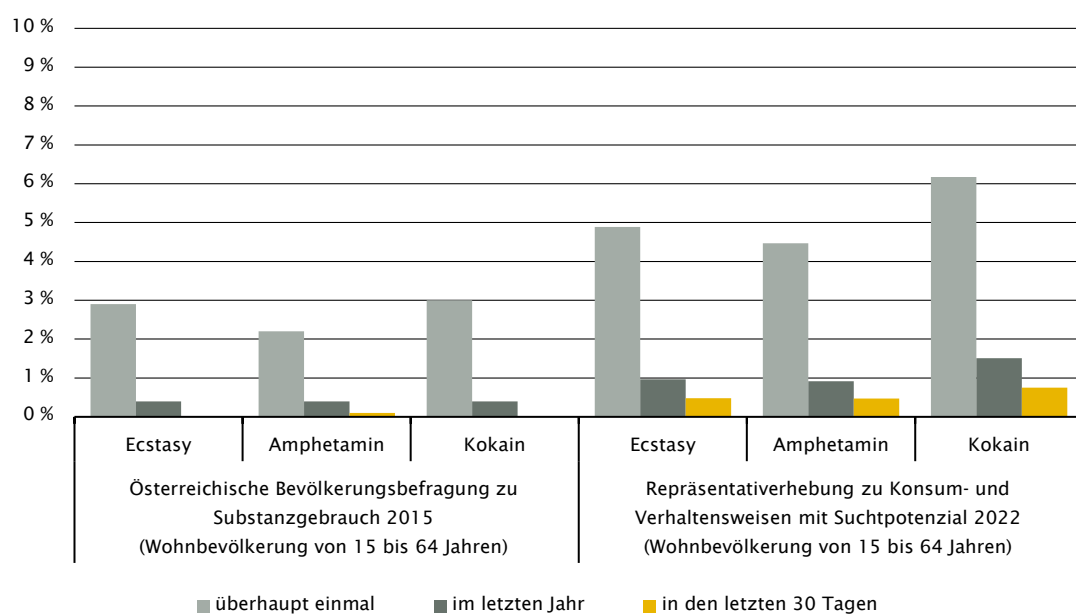
Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Zur Kategorie „Kokain und Crack“ ist anzumerken, dass sich in Österreich die meisten einschlägigen Anzeigen auf Kokain in Pulverform beziehen.

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Konsum von Stimulanzien in der Gesamtbevölkerung

Nur ein kleiner Teil der Allgemeinbevölkerung macht jemals Erfahrungen mit den Stimulanzien Ecstasy, Amphetamin und Kokain. Die Zahlen bezüglich des Konsums in den letzten 30 Tagen sind noch wesentlich niedriger. Im Vergleich zur Erhebung von 2015 zeigte sich 2022 allerdings für alle drei Stimulanzien ein deutlicher Zuwachs bei den Personen, die von Konsumerfahrungen berichten (vgl. Abbildung 3.4).

Abbildung 3.4:
Stimulanzienkonsum (Lebenszeitprävalenz, Jahresprävalenz und Monatsprävalenz)



Anmerkung zur Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2022: Die Werte in Tabelle A3.1 im Anhang beziehen sich auf die gesamte erwachsene Bevölkerung ab 15 Jahren, also inklusive Personen über 64 Jahre.

Quelle: Strizek et al. 2016a; Strizek et al. 2023; Darstellung: GÖG

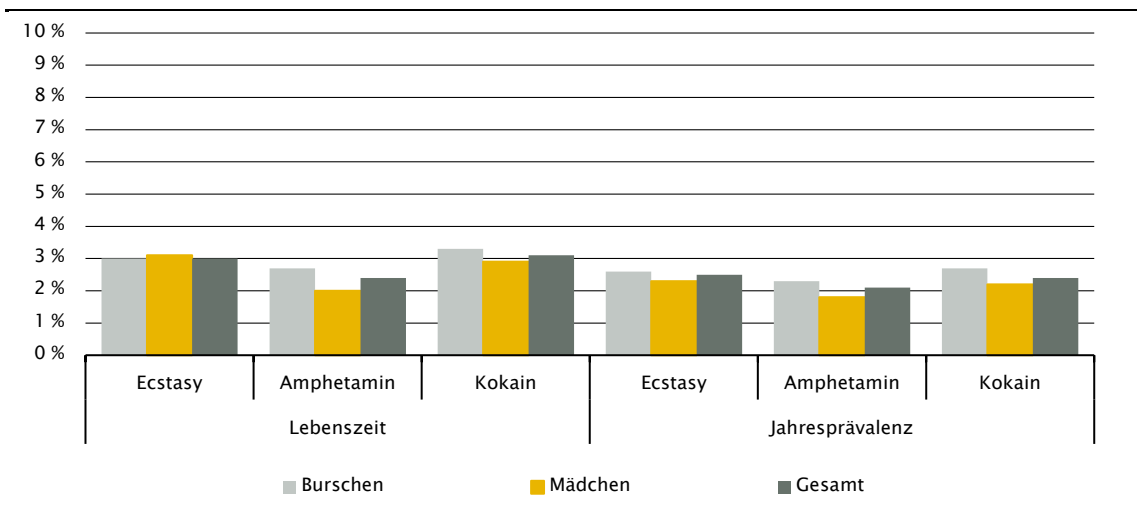
Abwasserepidemiologische Analysen aus dem Mai 2022 in 192 österreichischen Gemeinden bestätigen, dass Kokain jenes Stimulans ist, das am häufigsten konsumiert wird. Die mittlere tägliche Konsummenge für Kokain lag bei 750 mg pro 1.000 Einwohner:innen. Bei einer mittleren Dosis von 100 Milligramm Kokain entspräche das einem täglichen Umsatz von 7,5 Dosen pro 1.000 Einwohner:innen. Für Ecstasy ergäben sich täglich 0,1 Dosen pro 1.000 Einwohner:innen und für Amphetamin 2,1 Dosen. Das nachgewiesene Methamphetamin deutet insgesamt auf einen sehr niedrigen Pro-Kopf-Konsum hin. Regional lassen sich jedoch einige Ausreißer mit erhöhten Werten feststellen (z. B. Wiener Neustadt und Steyr) mit etwas mehr als zwei Dosen pro 1.000 Einwohner:innen. Hinsichtlich der Trends seit 2018 wird bezüglich Kokain – nach einem Rückgang während der COVID-19-Pandemie – ein Anstieg, bei Ecstasy und Amphetamin ein Rückgang und bei Methamphetamin ein regionaler Anstieg (auf niedrigem Niveau) konstatiert. (Oberacher und Wurzer 2022).

Auch die Anrufe bei der österreichischen Vergiftungsinformationszentrale (VIZ), bei denen Kokain eine Rolle spielt (meist in Kombination mit anderen Drogen), sind von 27 im Jahr 2016⁵⁰ auf 84 im Jahr 2022 (vgl. Kapitel 6) gestiegen und liegen damit knapp hinter den Anrufen wegen Cannabis (94). Wegen MDMA wurde dort im Jahr 2022 56-mal, wegen Amphetamin 31-mal und wegen Methamphetamin zehnmal angerufen (Schiel et al. 2023).

Unter den bei *Checkit!* abgegebenen Proben war (vermeintliches) Kokain 2019 erstmals die Nummer eins – noch vor Ecstasy und Amphetamin. 2022 wurden mit 599 Kokainproben mehr als doppelt so viele Proben abgegeben als bezüglich Ecstasy (258 Proben) oder Speed (257 Proben) (*Checkit!* 2023). Auch beim Drug-Checking in Tirol (Oberacher 2023) und in der Steiermark (Simonitsch p. M.) lag Kokain mit Abstand an der Spitze.

Konsum von Stimulanzien durch Jugendliche und spezifische Zielgruppen

Abbildung 3.5:
Stimulanzienkonsum: Lebenszeiterfahrung und Konsum in den letzten zwölf Monaten von Jugendlichen nach Geschlecht (ESPAD 2019)



Quelle: Hojni et al. 2020; Darstellung: GÖG

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

50
2016 wurde erstmals eine drogenspezifische Auswertung der VIZ-Daten vorgenommen.

3.3.2 Risikoreiche Stimulanzienkonsummuster und Behandlung

Risikoreicher/Problematischer Konsum von Stimulanzien

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

Tabelle 3.1:
Fälle behandlungsrelevanten Konsums von Stimulanzien, festgestellt bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG, nach Bundesland 2022

Stimulans	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	Ö*
MDMA (Ecstasy) u. a. Designerdrogen	0	10	2	15	0	4	0	2	33
Amphetamin	4	5	25	51	5	4	2	7	103
Methamphetamin	1	0	2	16	0	3	1	0	23
Kokain	4	42	24	52	21	17	22	61	243
Summe	9	57	53	134	26	28	25	70	402

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, Ö = Österreich
 Ö* = Österreich ohne Wien; bei den Wiener Begutachtungen wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassende suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird. Deswegen liegen aus Wien keine Daten vor.

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

Im Jahr 2022 befanden sich geschätzt 1.225 Personen wegen Kokainkonsums (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden) und 601 Personen wegen des Konsums anderer Stimulanzien (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden und/oder Kokain) in Betreuung durch Einrichtungen der Suchthilfe. Insbesondere Kokainkonsum wird relativ oft im Rahmen multipler Konsummuster (in Kombination mit Opioiden) als behandlungsrelevant eingestuft (vgl. Kapitel 5).

Bei den Spitalsentlassungen des Jahres 2021 (stationäre Versorgung) kommen schädlicher Gebrauch von Kokain (15 Fälle) und Kokainabhängigkeit (43 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Kokain 414 Fälle und für Kokainabhängigkeit 229 Fälle. Schädlicher Gebrauch anderer Stimulanzien als Kokain (11 Fälle) und Abhängigkeit von diesen (34 Fälle) werden als Hauptdiagnose bei Spitalsentlassungen ebenfalls sehr selten diagnostiziert. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch anderer Stimulanzien 286 Fälle und für Abhängigkeit davon 150 Fälle (vgl. Tabelle A3.3 und Tabelle A3.4).

Da sich die oben dargestellten Datenquellen vermutlich stark überschneiden⁵¹, dürfte die Gruppe von Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Stimulanzien im Vergleich zu den geschätzt 35.000 bis 40.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nicht groß sein (vgl. Abschnitt 3.4.1 und Kap. 5). Nicht erfasst sind Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Stimulanzien, die keine Hilfe suchen oder Hilfe außerhalb des Systems der Suchthilfe in Anspruch nehmen.

Daten von *Checkit!* zeigen, dass nach wie vor hochdosierte Ecstasy-Tabletten am Markt sind. (*Checkit!* 2023 – vgl. Kapitel 7). Ecstasy spielt auch bei den drogenbezogenen Todesfällen eine größere Rolle als früher (vgl. Busch et al. 2021). Der Schluss, dass der Konsum von Ecstasy aufgrund der (oft unerwartet) sehr hoch dosierten Tabletten risikoreicher geworden ist, liegt nahe (vgl. Kapitel 7).

Bei drogenbezogenen Todesfällen spielen Stimulanzien allein jedoch eine relativ geringe Rolle, sie werden meist im Rahmen multipler Konsummuster mit Opioiden nachgewiesen. Es gibt relativ selten Überdosierungen ausschließlich durch Stimulanzien (vgl. Busch et al. 2021).

Es stehen keine Daten aus Repräsentativerhebungen zum Konsum synthetischer Cathinone zur Verfügung. Aus dem österreichischen Datensatz des *European Web Survey on Drugs* (Strizek & Karden, 2023) stehen Daten für 2.125 Personen zur Verfügung, die in den letzten zwölf Monaten zumindest eine illegale Substanz konsumiert haben. Von diesen Personen berichten zwölf Prozent Konsumerfahrungen mit synthetischen Cathinonen in ihrem Leben und vier bzw. ein Prozent von Konsumerfahrungen in den letzten zwölf Monaten bzw. letzten 30 Tagen.

Injizieren und andere Konsumformen

Gemäß dem österreichischen Datensatz der Erhebungswelle von 2021 des *European Web Survey on Drugs*⁵² (Matias 2022) wird Ecstasy überwiegend oral konsumiert (92 %) oder gesniff (40 %), Amphetamin wird mehrheitlich gesniff (96 %) oder oral konsumiert (14 %). Kokain wird überwiegend gesniff (98 %) und nur in seltenen Fällen injiziert, geraucht oder oral konsumiert (jeweils 2 %) (Strizek & Karden 2023).

Informationen zur Einnahmeform bei Stimulanzien aus dem Behandlungsbereich (DOKLI) bestätigen dieses Bild. Ecstasy wird in erster Linie oral konsumiert, Amphetamin vorwiegend gesniff, aber auch oral konsumiert. Kokain wird meist gesniff (80 %) und zu einem gewissen Anteil auch gespritzt (Anzenberger et al. 2023).

51

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

52

Die nachfolgenden Prozentsätze beziehen sich auf alle Personen, die in den letzten zwölf Monaten die jeweilige Droge konsumiert haben. Mehrfachangaben bei der Einnahmeform sind möglich.

Hinsichtlich drogenassoziiierter Infektionskrankheiten spielt somit der Konsum von Stimulanzien eine eher untergeordnete Rolle, wobei allerdings darauf hinzuweisen ist, dass auch das gemeinsame Nutzen von Sniffutensilien ein gewisses Infektionsrisiko bedeutet (vgl. Kapitel 6).

3.3.3 Neue Entwicklungen

Zusammenfassend verweisen die verfügbaren Daten auf eine nach wie vor niedrige Prävalenz des Stimulanzienkonsums in der Bevölkerung. Mittlerweile liegen aber genügend Indizien aus unterschiedlichen Datenquellen (abwasserepidemiologischen Studien, Anzeigen, Bevölkerungsbefragungen, Drug-Checking, Vergiftungsinformationszentrale) vor, um von einem Anstieg des Stimulanzienkonsums und insbesondere des Kokainkonsums in Österreich auszugehen. Dies bildet sich mittlerweile auch im Behandlungssystem ab, wo Kokain 2022 bei etwas über 20 Prozent der Erstbehandlungen die Leitdroge darstellte (vgl. Kapitel 5).

Methamphetamin war bisher auf lokale Szenen begrenzt. Bedenklich ist allerdings, dass die Methamphetaminkonzentration (wenngleich auf sehr niedrigem Niveau) bei den Abwasseranalysen in manchen Regionen Österreichs ansteigt.

In der Partyszene wird nach einer sehr kurzen Phase des erhöhten Konsums von NPS um das Jahr 2010 wieder verstärkt auf Amphetamin und Ecstasy zurückgegriffen und aktuell auch immer mehr auf Kokain (SHW 2023 vgl. Abschnitt 3.5.1).

3.4 Heroin und andere Opioide

3.4.1 Prävalenz und Trends des Opioidkonsums

Bei den in Österreich sichergestellten Opioiden handelt es sich in erster Linie um Heroin und suchtgifthaltige Medikamente – einschließlich Substitutionsmitteln. Im Jahr 2022 erfolgten 2.601 Anzeigen nach dem SMG wegen Heroins und anderer Opiate und 1.409 Anzeigen wegen suchtgifthaltiger Medikamente (vgl. Kapitel 7). Heroin und auf den Schwarzmarkt gelangte Substitutionsmittel stellen demnach die beiden gebräuchlichsten Opioide im illegalen Opioidkonsum in Österreich dar. Hinsichtlich des Gebrauchs synthetischer Opioide liegen derzeit nur Einzelfallberichte vor⁵³.

53

Im Rahmen des österreichischen Informations- und Frühwarnsystems zu besonderen Gesundheitsgefahren in Zusammenhang mit Substanzkonsum (Early Warning System, EWS) wurde 2022 viermal ein synthetisches Opioid gemeldet.

Schätzungen des risikoreichen/problematischen Opioidkonsums

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

Die aktuellsten verfügbaren Schätzungen⁵⁴ für das Jahr 2020 bzw. 2021 machen eine Prävalenzrate von 35.000 bis 40.000 Personen mit risikoreichem Opiatkonsum – in den meisten Fällen im Rahmen eines multiplen Konsums (Mischkonsums) – für Gesamtösterreich plausibel. Somit wären etwa sechs bis sieben Personen pro 1.000 Österreicher:innen in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen von dieser Problematik betroffen. Etwas über drei Viertel der betroffenen Personen sind männlich, und acht Prozent sind unter 25 Jahre alt (31 %: 25 bis 34 Jahre) (Anzenberger et al. 2023).

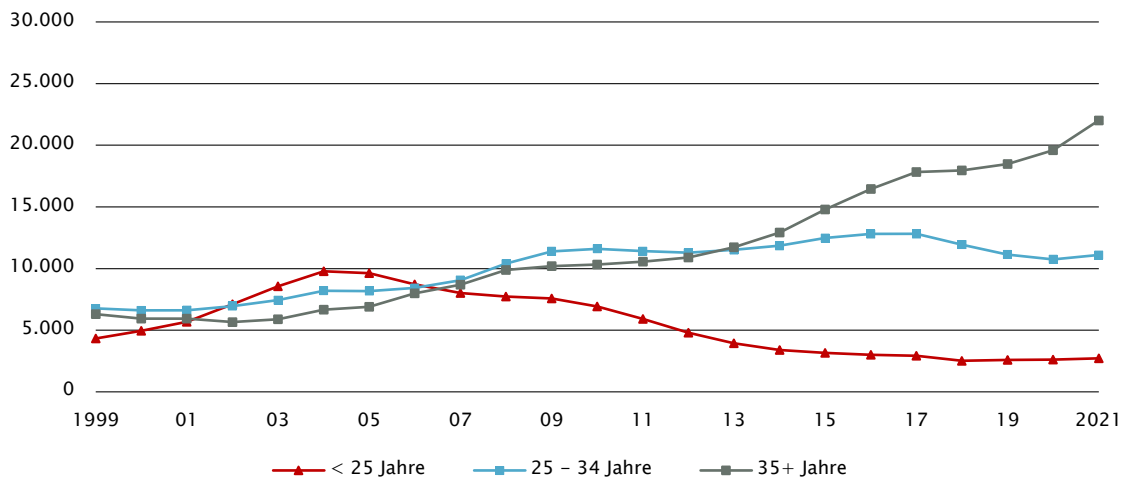
Einen vertiefenden Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung erlauben die altersstratifierten Schätzungen (vgl. Abbildung 3.6). Hier verdoppelte sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (15- bis 24-Jährige) zwischen 2000 und 2004. Dies bedeutet, dass in dieser Zeitspanne vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene in den risikoreichen Drogenkonsum eingestiegen sind. Bis 2018 zeigt sich ein deutlicher Rückgang (= weniger Einsteiger:innen). Seither stagnieren die Werte bei etwas unter 3.000, was als Hinweis auf eine gleichbleibende Anzahl der Einsteiger:innen interpretiert werden kann.

Prävalenzschätzungen beinhalten einerseits Neueinsteiger:innen (Inzidenz), aber bei chronischen Erkrankungen auch jene Personen, deren Einstieg in den risikoreichen Drogenkonsum in der Vergangenheit lag. Dies führt dazu, dass sich die Anzahl der betroffenen Personen über die Jahre kumuliert („Badewanneneffekt“). Es heißt aber auch, dass beispielsweise die „Generation Einstieg 2000 bis 2004“ zuerst in der jüngsten Altersgruppe aufscheint, aber dann kontinuierlich altert und in den höheren Altersgruppen sichtbar wird.

54

Die Schätzungen wurden mittels Capture-Recapture-Methode, basierend auf pseudonymisierten Daten der Anzeigen im Zusammenhang mit Opioiden und des Registers der Opioidsubstitutionsbehandlungen, berechnet.

Abbildung 3.6:
 Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden
 in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf



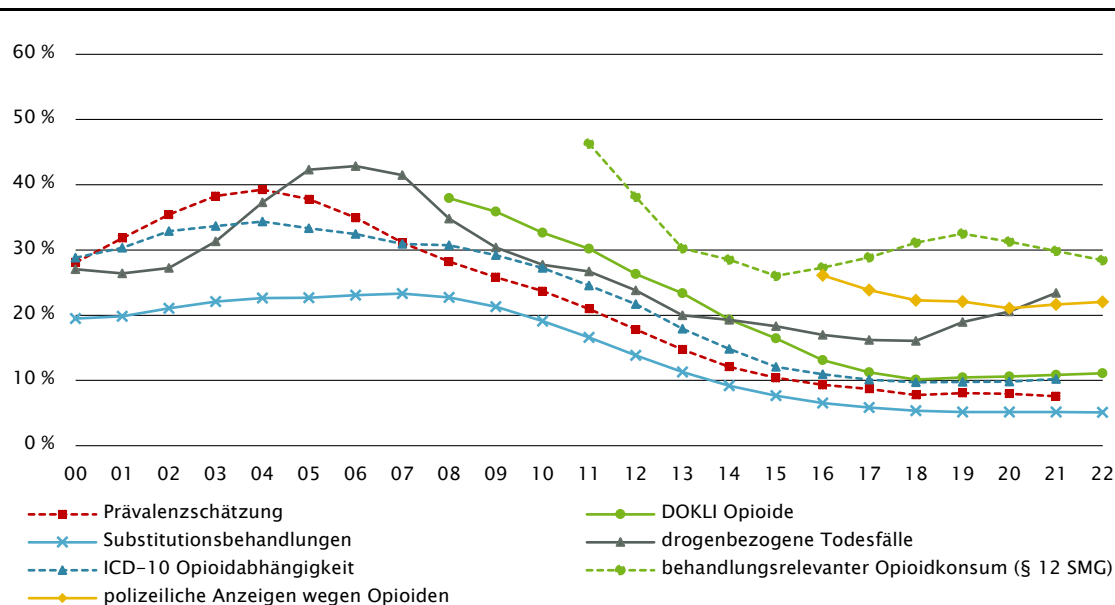
Anmerkung: Für den Zeitraum von 1999 bis 2020 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils drei Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000) herangezogen, für 2021 der Schätzwert für 2021 (aktuellste Schätzung).

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

Der seit 2019 zu beobachtende Anstieg der Prävalenz insgesamt ist daher nicht auf eine Verschärfung der Situation hinsichtlich Opioidproblematik zurückzuführen – dafür müssten die Zahlen in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre ansteigen. Er dürfte in erster Linie durch den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben der Betroffenen aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. Opioidsubstitutionsbehandlung) bedingt sein. Anzumerken ist jedoch, dass die Zahlen bei den unter 25-Jährigen in den letzten Jahren nicht weiter zurückgingen.

Abbildung 3.7:

Anteil der unter 25-Jährigen in den Datenquellen des Drogenmonitorings, Zeitreihe 2000–2022 bzw. aktuellste verfügbare Zahl (gleitender Mittelwert)



DOKLI Opiode: alle Personen mit der Leitdroge Opiode, die in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden

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

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

polizeiliche Anzeigen wegen Opioiden: Anzeigen nach dem SMG wegen Opioiden

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

drogenbezogene Todesfälle: Die Daten für 2022 waren zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Berichts noch nicht verfügbar.

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

Bis zur Mitte der 2000er Jahre zeigte sich in allen Datenquellen ein Anstieg der Zahlen jüngerer Personen (des Prozentanteils der Personen unter 25 Jahren; vgl. Abbildung 3.7). Diesem Höchststand (von ca. 20 % bis über 40 %) folgte eine Phase der Entspannung mit sinkendem Anteil junger Menschen. Dies spricht für eine „Alterung“ der Population mit risikoreichem Drogenkonsum unter Opioidbeteiligung im letzten Jahrzehnt. Derzeit stagniert der Anteil der Personen unter 25 Jahren in fast allen Datenquellen, was die obige Interpretation (stabile Zahl der Einsteiger:innen) stützt. Lediglich bei den drogenbezogenen Todesfällen ist in den letzten Jahren beim Anteil der jüngeren Altersgruppe wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Ob die Zunahme des Anteils der unter 25-Jährigen bei den drogenbezogenen Todesfällen in Zusammenschau mit der insgesamt gestiegenen Zahl drogenbezogener Todesfälle eine temporäre Folge der COVID-19-Pandemie oder ein erstes Anzeichen einer Verschärfung der Drogensituation ist, ist aus heutiger Sicht noch offen.

3.4.2 Risikoreiche Opioidkonsummuster und Behandlung

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

Injizieren und andere Konsumformen

Neben der Prävalenz der risikoreich mit Beteiligung von Opioiden Drogenkonsumierenden interessiert auch die Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums.

Unter den österreichischen Befragten des *European Web Survey on Drugs* (Strizek & Karden, 2023) mit Heroinkonsumerfahrung in den letzten zwölf Monaten überwiegt Sniffen (73 %) und „Folie-Rauchen“ (60 %) gegenüber Injizieren (18 %) oder anderen Applikationsformen⁵⁵.

Überträgt man die Anzahl der Personen mit der Leitdroge Opioide aus dem DOKLI-System, welche die injizierende Applikation als vorwiegende Einnahmeform angeben (30–40 %), auf alle Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden, ist in Österreich von etwa 10.500 bis 16.000 Personen mit vorwiegend injizierendem Konsum auszugehen (Anzenberger et al. 2023). Vertiefende Analysen aus dem Jahr 2010 zeigen, dass einige Personen im Laufe ihrer Drogenkarriere von nasaler Applikationsform (Sniffen) auf Injizieren umsteigen (Busch et al. 2010).

3.4.3 Neue Entwicklungen

Die mittel- bis langfristigen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den risikoreichen Drogenkonsum ergeben noch kein konsistentes Bild. Die durch die Pandemie entstandenen Belastungen wie Arbeitsplatzverlust, Ängste, Vereinsamung führten insgesamt zu einer Verschlechterung der psychosozialen Situation (Zandonella 2021) und dürften zu einer Erhöhung der psychiatrischen Komorbidität bei Suchtkranken führen, die in manchen Einrichtungen bereits beobachtet wird. Versäumte Chancen, eine Suchtbehandlung zu beginnen, und der Ausfall vieler suchtpreventiver Maßnahmen sind weitere Faktoren, die eine Verschärfung der Situation im Bereich Drogensucht und eine gesteigerte Behandlungsnachfrage als Nachhall der Pandemie plausibel machen (Strizek et al. 2020 und 2021a).

Vermutlich in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie wird z. B. aus Niederösterreich berichtet, dass in den Bereichen mobile Jugendarbeit, Kinder und Jugendhilfe bzw. Schule verstärkt Jugendliche mit problematischem Experimentierkonsum und psychiatrischer Komorbidität (Depres-

55

Mehrfachnennungen sind bei der Einnahmeform möglich.

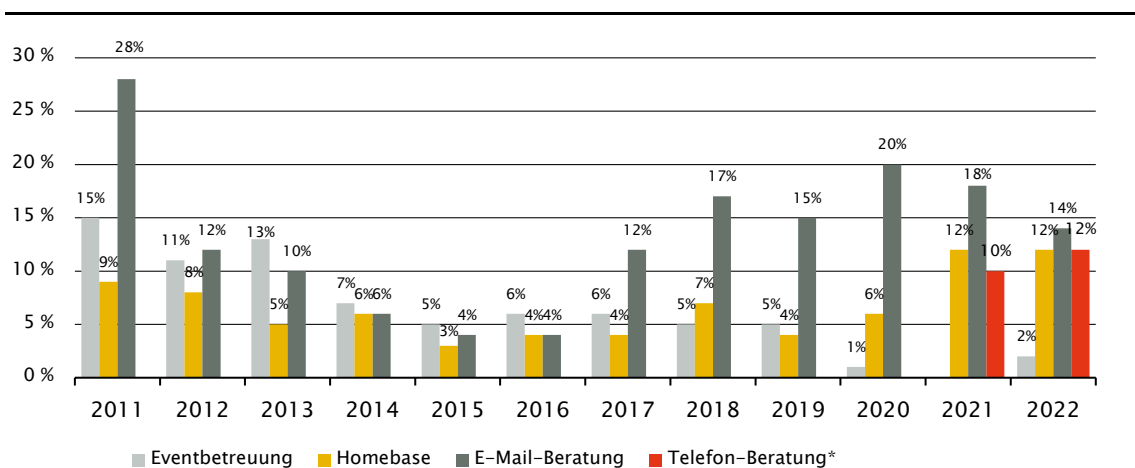
sionen, Angststörungen) beobachtet werden. Diese Jugendlichen scheinen jedoch in den Dokumentationssystemen der Suchthilfe nicht auf, was eine Einschätzung der Größe des Problems schwierig macht. (Hörhan p. M.).

3.5 Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen

3.5.1 Prävalenz und Trends des NPS-Konsums

Wegen eines Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) liegen im Vergleich zu den Anzeigen nach dem SMG nur sehr wenige Anzeigen vor: Im Jahr 2022 gab es 304 diesbezügliche Anzeigen. Zudem zeigt sich ein starker Rückgang im Vergleich zum Vorjahr (2019: 438, 2020: 486; 2021: 624 siehe Kapitel 7). Die verfügbaren Daten aus Bevölkerungsbefragungen sprechen derzeit für eine sehr niedrige Prävalenz des NPS-Konsums in der Allgemeinbevölkerung. Laut den aktuellsten verfügbaren österreichweiten Daten liegt die Lebenszeitprävalenz in der Gesamtbevölkerung (ab 15 Jahren) bei ein bis zwei Prozent (Strizek et al. 2023). Für 14- bis 17-jährige Schüler:innen liegt die Lebenszeitprävalenz bei vier Prozent, die Jahresprävalenz beträgt in dieser Gruppe drei Prozent (Hojni et al. 2020).

Abbildung 3.8:
Checkit!-Thematisierung von NPS je Setting 2011 bis 2022



*Dieses Angebot wurde aufgrund der COVID-19-Pandemie neu eingeführt.

Quelle: SHW 2023

Die in Beratungsgesprächen von *Checkit!* (Wien) thematisierten Substanzen geben indirekt Aufschluss über den Konsum von NPS im Partysetting bzw. Freizeitsetting. Je nach Betreuungssetting sind Cannabis, Kokain, Ecstasy und Amphetamin die am häufigsten thematisierten Substanzen. Die Thematisierung von NPS nahm seit 2011 tendenziell ab (vgl. Abbildung 3.8). Bei E-Mail-Beratungen stieg ihre Häufigkeit jedoch zuletzt wieder an (2020: 20 %, 2021: 18 %, 2022 ist der Anteil

jedoch wieder zurückgegangen. In der *Homebase* ist der Anteil in den letzten beiden Jahren höher als zuvor. Von den im Jahr 2022 analysierten 1.836 Proben enthielten lediglich 8,1 % NPS (SHW 2023) (2019: 4,6 %, 2020: 7,1 %, 2021: 8,6 %). Es ist aber zu beachten, dass *Checkit!* seit 2020 COVID-19-bedingt relativ wenige Proben bei Festivals und Partys analysierte, sondern die meisten Proben aus der *Homebase* bzw. dem neuen Angebot der Probenabgabe in Apotheken stammen. Dies könnte auch eine Veränderung der Zielgruppe gebracht haben. Acht Prozent der bei Drogenarbeit Z6 zur Analyse abgegebenen Proben wurden als NPS deklariert, was einen Rückgang im Vergleich zu den Vorjahren bedeutet (z. B. 2020: 18 % – Oberacher 2021 und 2023; Details der Analyseergebnisse siehe Kapitel 7). In der Steiermark wurden knapp sechs Prozent der Proben als NPS zur Analyse gebracht (Cichy, p. M.)

3.5.2 Neue Entwicklungen

Im Gegensatz zu Nachbarländern (z. B. Ungarn) spielen NPS österreichweit eine eher untergeordnete Rolle. Der im Vorjahr zu beobachtende Anstieg der Anzeigen nach dem NPSG und jener der Thematisierung von NPS im Rahmen der E-Mail-Beratungen von *checkit!* haben sich nicht fortgesetzt.

3.6 Quellen und Studien

3.6.1 Quellen

Amtsärztliche Begutachtungen nach § 11 bzw. § 12 SMG

Personen, bei denen die Polizei, die Schulleitung, eine Militärdienststelle oder die Führerschei-
behörde annimmt, dass in ihrem Fall ein Suchtgiftmissbrauch vorliegt, werden der Bezirksverwal-
tungsbehörde als zuständiger Gesundheitsbehörde gemeldet. Diese führt eine amtsärztliche Be-
gutachtung durch, prüft, ob es einen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme gibt, und
wirkt bei Bestehen eines solchen Bedarfs darauf hin, dass diese auch durchgeführt wird. Die Be-
gutachtungsergebnisse müssen dem BMSGPK gemeldet werden (Meldepflicht). Insgesamt liegen
aus dem Jahr 2022 3.760 Begutachtungsergebnisse in Bezug auf 3.669 Personen vor (einige Per-
sonen wurden mehrfach begutachtet). Die Anzahl der Begutachtungen hat sich aufgrund der COVID-
19-Pandemie stark reduziert (2019 waren es 6.007 Begutachtungen). Bei Begutachtungen in Wien
wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine um-
fassende suchtspezifische Anamnese durchgeführt, die durch den Status der Abhängigkeitser-
krankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird. Die Daten werden in *eSucht-
mittel* erfasst und in pseudonymisierter Form dem GÖG-Kompetenzzentrum Sucht für Auswer-
tungszwecke übermittelt. Nähere Informationen zum Hintergrund und zur rechtlichen Einbindung
der amtsärztlichen Begutachtungen sind Kapitel 2 zu entnehmen.

Drug-Checking

Checkit! ist ein Kooperationsprojekt zwischen der Suchthilfe Wien GmbH und dem klinischen Institut für medizinische Labordiagnostik der MedUni Wien und bietet u. a. Laboranalysen psychoaktiver Substanzen im Rahmen von Events (Partys, Raves, Festivals etc.) stationär in der Beratungsstelle *Homebase* und über zwei kooperierende Apotheken an. Im Jahr 2022 verzeichnete *Checkit!* im Partysetting zwölf Eventbetreuungstage, wobei 106 Substanzproben analysiert wurden. In der *Homebase* wurden 2022 1.032 Proben abgegeben, in den beiden Apotheken 698 Proben. In der *Homebase* wurden zudem im Berichtsjahr 979 persönliche, 912 telefonische und 48 videotelefonische Informations- bzw. Beratungsgespräche geführt. Zudem wurden 1.194 E-Mail-Anfragen beantwortet (SHW 2023).

Im seit 2014 existierenden stationären **Drug-Checking-Projekt** von Drogenarbeit Z6 in Innsbruck wurden 2022 von insgesamt 154 Personen im Rahmen von 241 Kontakten 468 Proben zur Analyse abgegeben (Drogenarbeit Z6 2023).

Seit 2022 bietet auch der Kontaktladen Graz der Caritas im Rahmen des Projekts **Triptalks**⁵⁶ stationäre Substanztestungen und Beratung an. Es wurden dort im ersten Jahr insgesamt 170 als Kokain, Amphetamin, Ecstasy, MDMA-Kristalle oder Heroin abgegebene Proben analysiert (Simonitsch, p. M.). Neben diesen wurden noch 46 weitere Proben zur Analyse gebracht (darunter Ketamin, LSD, 2C-B). Somit gaben im Jahr 2022 91 Personen im Rahmen von 140 Kontakten 216 Proben ab (Cichy, p. M.).

Daten zu Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz

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

eSuchtmittel

Das SMG verpflichtet das BMSGPK zur Führung einer personenbezogenen Datenevidenz (§ 24 ff.). Gegenstand der Suchtmitteldatenevidenz sind jene Daten der Gesundheitsbehörden, welche diese in Vollziehung des SMG erheben. Im Wege der Überführung in ein pseudonymisiertes Statistikregister stehen die Daten für epidemiologische Zwecke zur Verfügung (Details siehe Kap. 2).

56

<https://triptalks.at/testung/testung> (Zugriff am 5. 7. 2023)

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

Die Daten der stationären Versorgung stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten. Einschränkend ist hier anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Zeitpunkt der Entlassung. Verlegungen zwischen Abteilungen innerhalb einer Krankenanstalt werden nicht als eigene Aufenthalte gewertet. Seit 2015 wird pro Patient:in eine pseudonymisierte Patienten-ID mitgeliefert, die eine eindeutige Identifikation ermöglicht. Diese ID ist nicht bei allen Aufenthalten vermerkt. Vor 2015 gab es keine ID, die Patientenanzahl wurde aus den Aufenthalten geschätzt. Daher kommt es hier ab 2015 zu einem Zeitreihenbruch. 2021 ist das aktuellste Datenjahr zu Redaktionsschluss.

Drogenbezogene Todesfälle

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

Behandlungsdokumentationssystem DOKLI

Klientendaten aus dem Dokumentationssystem der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI) finden sich in Kapitel 5.

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

Seit 2006 ist die GÖG für die Koordination dieses Informations- und Frühwarnsystems zuständig und sammelt in diesem Zusammenhang auch Informationen zu NPS, die im Wesentlichen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/BK) bzw. vom Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen / AGES Medizinmarktaufsicht (BASG/AGES⁵⁷) stammen. Weitere einschlägige Informationen werden von den Drug-Checking-Projekten geliefert, d. h. von *Checkit!*, seit 2014 auch von *Drogenarbeit Z6* und seit 2022 vom Drug-Checking der Steiermark. Das EWS ist Teil eines europäischen Netzwerks, das von der EBDD koordiniert wird.

57

Die österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) ist Teil des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen.

3.6.2 Studien

Österreichische Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch (2004, 2008, 2015) bzw. zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (2020, 2022)

Repräsentative Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch bzw. zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial wurden in Österreich jeweils in den Jahren 2004, 2008, 2015, 2020 und 2022 durchgeführt (Uhl et al. 2005a, Uhl et al. 2009, Strizek et al. 2016a, Strizek et al. 2021b, Strizek et al. 2023).

Im Jahr 2020 musste aufgrund des Ausbruchs der Coronapandemie in Österreich erstmalig die gesamte Erhebung mittels eines repräsentativen Onlinesamples durchgeführt werden. Teilnehmer:innen für die Onlinebefragung wurden zufällig aus einem bestehenden und offline rekrutierten Sample ausgewählt und mittels E-Mail bis zu dreimal zur Teilnahme eingeladen. Erstmals wurden zudem zwei Erhebungswellen durchgeführt (Welle 1: April bis Mai 2020, Welle 2: Oktober 2020), um unter anderem Veränderungen im Jahresverlauf abbilden zu können. 2022 wurde eine dritte Erhebungswelle durchgeführt und als eigenständige Bevölkerungsbefragung publiziert. An dieser Erhebung konnten 2.721 Personen, die bereits bei der ersten Erhebungswelle im Jahr 2020 teilgenommen hatten, erfasst werden. Zusätzlich wurden 3.975 weitere Personen rekrutiert, das Gesamtsample beträgt somit 6.696 Personen.

ESPAD (2003, 2007, 2015, 2019)

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

HBSC (2010, 2014, 2018, 2022)

In der HBSC-Studie werden die selbstberichtete Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern im Alter von elf, 13 und 15 Jahren und seit 2010 auch der 17-Jährigen systematisch und wiederholt erhoben. Seit 1986 findet die Erhebung im Vier-Jahres-Rhythmus statt. Die Daten der aktuellen Erhebung wurden zwischen November 2021 und Juli 2022 gesammelt. Nach dem Datenclearing umfasste die finale Stichprobe 7.099 Schüler:innen (Felder-Puig et al. 2023).

Österreichische Prävalenzschätzungen zum risikoreichen Drogenkonsum

Seit 1993 werden in Österreich Prävalenzschätzungen zum risikoreichen Drogenkonsum mittels des Capture-Recapture-Verfahrens (CRC) durchgeführt. Bei diesem handelt es sich um eine statistische Methode zur Dunkelzifferschätzung, die auf der Zusammenschau zweier (2-Sample-CRC-Schätzung) oder mehrerer Datenquellen (z. B. 3-Sample-CRC-Schätzung) beruht (vgl. Uhl et al. 2001). Als Datenbasis werden pseudonymisierte Daten der Anzeigen im Zusammenhang mit Opioiden, des Registers der Opioidsubstitutionsbehandlungen und der drogenbezogenen Todesfälle herangezogen. Eine ausführliche Diskussion der Prävalenzschätzungen in Zusammenschau mit anderen Datenquellen und eine Validierung der 2-Sample-CRC-Schätzungen durch 3-Sample-CRC-Schätzungen unter Einbezug der Daten im Bereich drogenbezogener Todesfälle findet sich im „Epidemiologiebericht Sucht 2022“ (Anzenberger et al. 2022). Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse der CRC-Methode aufgrund methodischer Einschränkungen immer nur eine Annäherung darstellen. Die methodischen Limitationen werden z. B. bei Uhl et al. (2001), ÖBIG (2003), GÖG/ÖBIG (2006) und GÖG/ÖBIG (2010) detailliert dargestellt.

Wiener Suchtmittelmonitoring

Das Wiener Suchtmittelmonitoring ist eine von der Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH in Auftrag gegebene repräsentative Bevölkerungsbefragung, welche das Institut für empirische Sozialforschung (IFES) durchführt. Der besondere Stellenwert dieser Monitoringstudie liegt darin, dass die Befragung regelmäßig im Abstand von zwei Jahren durchgeführt wird und ein Teil der Zeitreihenergebnisse mittlerweile eine Zeitspanne von annähernd drei Jahrzehnten umfasst (erste Durchführung 1993). Die zu Redaktionsschluss des vorliegenden Berichts aktuellste Datenerhebung erfolgte 2021 in Form von telefonischen und Onlineinterviews bei einer repräsentativen Zufallsstichprobe von 800 Wienerinnen und Wienern ab 15 Jahren. In den Vorjahren betrug die Stichprobengröße 600 Personen, und die Interviews wurden persönlich an der Wohnadresse der Zielperson durchgeführt (IFES 2001 bis 2022).

Abwasserepidemiologische Studien (im Rahmen des SCORE-Projekts)

Seit 2011 werden von einem europaweiten Netzwerk (Sewage analysis CORE group Europe – SCORE) Abwasseranalysen mit standardisierten Verfahren durchgeführt. 2022 nahmen etwa 100 Städte bzw. Regionen an diesen Analysen teil. In Innsbruck werden seit 2016 im Rahmen dieses Projekts Abwasseranalysen durchgeführt. Die Ergebnisse können interaktiv auf der Website der EMCDDA abgerufen werden⁵⁸. Abwasseranalysen werden seitens der EMCDDA primär als ergänzende Datenquelle für die Überwachung der Mengen auf Bevölkerungsebene konsumierter illegaler Drogen gesehen. Aussagen über die Prävalenz (z. B. anhand der Frage „Konsumiert eine kleine Gruppe von Personen viel/oft oder eine große Gruppe von Personen wenig/selten?“) und über Charakteristika der Konsumierenden sind dabei nicht möglich (EMCDDA 2019, EMCDDA 2020).

58

https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en (Zugriff am 19. 6. 2023)

Im Mai 2022 wurden in 16 Abwasserreinigungsanlagen (Hofsteig, Innsbruck, Hall-Wattens, Strass, Kufstein, Salzburg, Klagenfurt, Millstätter See, Steyr, Graz, Wildon, Kapfenberg, Knittelfeld, Wiener Neustadt, Korneuburg und Erlauftal) Proben untersucht. Das Abwasser der sechzehn Kläranlagen stammte von 192 Gemeinden mit rund 1,5 Millionen Einwohnern aus den Bundesländern Vorarlberg, Tirol, Salzburg, Oberösterreich, Niederösterreich, Steiermark und Kärnten. Die Ergebnisse inklusive Veränderungen gegenüber früheren Messungen wurden in einem eigenen Bericht veröffentlicht (Oberacher und Wurzer 2022)

European Web Survey on Drugs

Der European Web Survey on Drugs wurde bislang zweimal (2018, 2021) in 33 Ländern durchgeführt und basiert auf einem Schneeballsampling von Personen, die in den letzten zwölf Monaten zumindest eine illegale Substanz konsumiert haben (Matias 2023). Das Erkenntnisinteresse dieser Studie zielt entsprechend weniger auf eine Prävalenzschätzung etablierter Substanzen ab, sondern auf ergänzende Informationen zu selten konsumierten Substanzen bzw. auf Konsummuster (z. B. Konsummenge, Applikationsform, Bezugsquellen). Österreich nahm sowohl an der Erhebungswelle 2018 als auch an jener 2021 teil, wobei die Bewerbung und Durchführung der Erhebung in Kooperation mit niederschweligen Beratungseinrichtungen erfolgte (Checkit! und Z6). Aus der letzten Erhebungswelle stehen für Österreich Angaben von 2.125 Personen zur Verfügung, die in den letzten zwölf Monaten zumindest eine illegale Substanz konsumiert haben (Strizek & Karden 2023).

3.7 Bibliografie

Anzenberger, J.; Akartuna, D.; Busch, M.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2023). Epidemiologiebericht Sucht 2023. Wien

Anzenberger, J.; Busch, M.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Strizek, J. (2022). Epidemiologiebericht Sucht 2022. Wien

Bittner, M.; Hager, I.; Tschipan, C. (2010). Erhebung zum Suchtverhalten von Jugendlichen in Niederösterreich. Im Auftrag der Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung Niederösterreich. St. Pölten

BMI (2023). Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2022 Anzeigen, Ermittlungen und Sicherstellungen. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien

Busch, M.; Eggerth, A. (2010). Nasaler Heroinkonsum in Österreich. In: Sucht 56 (6), 415-422

Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kellner, K.; Kerschbaum, H.; Klein, C.; Türscherl, E. (2014). Epidemiologiebericht Drogen 2014. Wien

- Busch, M.; Anzenberger, J.; Brotherhood, A.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2021): Bericht zur Drogensituation 2021. Gesundheit Österreich, Wien
- Currie, C.; Zanotti, C.; Morgan, A.; Currie, D.; de Looze, M.; Roberts, C.; Samdal, O.; Smith, O.; Barnekow, V. (2012). Social determinants of health and well-being among young people – Health Behaviour in school-aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/2010 survey. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen
- Checkit!* (2023). Drug Checking Jahresbericht 2022. Wien
- Dür, W.; Griebler, R. (2007). Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. HBSC-Surveys 2006. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
- Drogenarbeit Z6 (2023). Tätigkeitsbericht 2022. Innsbruck
- EMCDDA (2013). PDU (Problem drug use) revision summary. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon
- EMCDDA (2019). Drogenperspektiven – Abwasseranalyse und Drogen – eine europäische städteübergreifende Studie. Lissabon
- EMCDDA (2020). Perspectives on drugs – Wastewater analysis and drugs: a European multi-city study. Lissabon
- Europäische Kommission (2011a). Flash Eurobarometer: Youth attitudes on drugs. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_344_330_en.htm (Zugriff am 16. 9. 2011)
- Europäische Kommission (2011b). Flash Eurobarometer: Youth attitudes on drugs. Brüssel, Tabelle Länder FL330 Table A. Brüssel
- Europäische Kommission (2014a). Flash Eurobarometer: Young people and drugs – presentation. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_404_391_en.htm (Zugriff am 13. 7. 2014).
- Europäische Kommission (2014b). Flash Eurobarometer: Young people and drugs – data. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_404_391_en.htm (Zugriff am 13. 7. 2014).
- Falbesoner, B.; Lehner, S. (2008). 2. Bericht zum Suchtmittelkonsum im Burgenland. Kurzfassung. Im Auftrag der Burgenländischen Landesregierung. Eisenstadt

- Felder-Puig, R.; Teutsch, F.; Ramelow, D.; Maier, G. (2019). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien
- Felder-Puig, R.; Teutsch, F.; Winkler, R. (2023). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22. BMSGPK. Wien
- GÖG/ÖBIG (2006). Bericht zur Drogensituation 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2010). Drogen-Monitoring – Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien
- Hojni, M.; Delcour, J.; Strizek, J.; Uhl, A. (2020): ESPAD Österreich 2019. Gesundheit Österreich, Wien
- Hutsteiner, T.; Seebauer, S.; Auferbauer, M. (2005). Die Drogensituation an steirischen Berufsschulen und Lehrlingshäusern. Endbericht. X-Sample. Graz
- IFES (2001). Suchtmittel-Monitoring 2001. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2003). Suchtmittel-Monitoring 2003. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2005). Suchtmittel-Monitoring 2005. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2007). Suchtmittel-Monitoring 2007. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2009). Suchtmittel-Monitoring 2009. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2011). Suchtmittel-Monitoring 2011. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien

- IFES (2013). Suchtmittel-Monitoring 2013. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2015). Suchtmittel-Monitoring 2015. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2017). Suchtmittel-Monitoring 2017. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2019). Suchtmittel-Monitoring 2019. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2022). Suchtmittel-Monitoring 2021. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- Ipsos European Public Affairs (2022). Flash Eurobarometer 493, Impact of drugs on communities. Europäische Kommission
- Klimont, J.; Kytir, J.; Leitner, B. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
- Matias, J. (2022), 'European Web Survey on Drugs: an overview of the project', Monitoring drug use in the digital age: studies in web surveys, EMCDDA Insights (https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/web-surveys/europeanweb-survey-drugs-overview-project_en). (Zugriff am 15. 6. 2023)
- Oberacher, H. (2021). Drug Checking 2020. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck
- Oberacher, H. (2023). Drug Checking 2022. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck
- Oberacher, H. und Wurzer, E. (2022) Abwassermonitoring 2022 – Untersuchung des Drogenkonsums in ausgewählten Regionen Österreichs mittels Abwasseranalysen. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck
- ÖBIG (2003). Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich – Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

- Ramelow, D.; Griebler, R.; Hofmann, F.; Unterweger, K.; Mager, U.; Felder-Puig, R.; Dür, W. (2011). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen – Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Ramelow, D.; Teutsch, F.; Hofmann, F.; Felder-Puig, R. (2015). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen – Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Schiel, H.; Bartecka-Mino, K.; Dorner-Schulmeister, S. (2023). Vergiftungsinformationszentrale VIZ Drogen 2016/17/18/19/20/21/22. Gesundheit Österreich, Wien
- Seyer, S.; Lehner, R.; Gschwandtner, F.; Paulik, R. (2007). Bericht zum Drogenmonitoring 2006. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz
- Seyer, S.; Lehner, R.; Gschwandtner, F.; Paulik, R. (2010). Bericht zum Drogenmonitoring 2009. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz
- Seyer, S.; Paulik, R.; Gschwandtner, F.; Lehner, R. (2016). Drogenmonitoring Oberösterreich 2015. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Methamphetamine „Crystal Meth“. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz
- Seyer, S., Paulik, R., Lehner, R., Gschwandtner, F., Reiter, A., Unger S. (2020). Drogenmonitoring Oberösterreich 2019. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Cannabis, Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ Linz
- SHW (2023). Bereich Suchtprävention Tätigkeitsbericht 2023. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- Spilka, S.; Janssen, E.; Legleye, S. (2013): Detection of problem cannabis use: The Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Saint-Denis
- Strizek, J.; Uhl, A.; Schmutterer, I.; Grimm, G.; Bohrn, K.; Fenk, R.; Kobrna, U.; Springer, A. (2008). ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Strizek, J.; Uhl, A. (2016a). Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2016. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Strizek, J.; Anzenberger, J.; Kadlik, A.; Schmutterer, I.; Uhl, A. (2016b). ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, J.; Busch, M.; Priebe, B.; Puhm, A.; Uhl, A. (2020): Sucht(behandlung) in der Krise. Erster Kurzbericht. Gesundheit Österreich, Wien

- Strizek, J.; Brotherhood, A.; Priebe, B.; Puhm, A. (2021a): Sucht(behandlung) in der Krise. Zweiter Kurzbericht. Gesundheit Österreich, Wien.
- Strizek, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schwarz, T.; Uhl, A. (2021b): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schwarz, T. Uhl, A. (2023): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial: Auswertungen der dritten Erhebungswelle. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, J.;Karden, A. (2023): Auswertungen des österreichischen Datensatzes des European Web Survey – Erhebungswelle 2021. Unveröffentlicht.
- Teutsch, F., Ramelow, D., Maier, G., Felder-Puig, R. (2019). Lineartabellen zu den Ergebnissen der HBSC-Studie 2018 Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien
- Teutsch, F., Felder–Puig, R., Winkler, R. (2023): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schüler:innen und Lehrlingen. Ergebnisse aus den Erhebungen 2021/22 in Form von Lineartabellen. Gesundheit Österreich, Wien
- Uhl, A.; Seidler, D. (2001). Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung. Wien
- Uhl, A.; Springer, A.; Kobrna, U.; Gnambs, T.; Pfarrhofer, D. (2005a). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- Uhl, A.; Bohrn, K.; Fenk, R.; Grimm, G.; Kobrna, U.; Springer, A.; Lantschik, E. (2005b). ESPAD Austria 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- Uhl, A.; Strizek, J.; Springer, A.; Kobrna, U.; Pfarrhofer, D. (2009). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2008, Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- WHO (1994). Lexicon of alcohol and drug terms. World Health Organization, Geneva
- Zandonella, M. (2021). Follow-up zur psychosozialen Situation der WienerInnen während der Pandemie. SORA. Wien

3.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Cichy, Juliane	Suchtkoordination Steiermark
Simonitsch, Milena	Kontaktladen & Streetwork im Drogenbereich, Graz
Hörhan, Ursula	Suchtkoordination Niederösterreich

3.9 Anhang

Tabelle A3.1:
Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung
in Österreich 2005–2022

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

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

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeit- prävalenz in %
Drogenmonitoring Oberösterreich 2019 (Seyer et al. 2020)	Oberösterreich 2018/2019 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung 15-59 Jahre (n = 1.442)	Cannabis	15-59	31,2
			Ecstasy	15-59	5,1
			Heroin	15-59	2,1
			Methamphetamin	15-59	2,2
			Amphetamin	15-59	4,9
			Kokain	15-59	5,1
			LSD	15-59	4,3
			Kräuter- mischungen	15-59	4,0
			Badesalz	15-59	2,3
Wiener Suchtmittelmonitoring (IFES 2019)	Wien 2019 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	28
			Ecstasy	15+	6
			Amphetamin	15+	7
			Kokain	15+	6
			Opiate	15+	3
			biogene Drogen	15+	6
			Liquid Ecstasy	15+	3
			Mephedron	15+	1
			Räuchermischung	15+	3
			Crystal Meth	15+	1
			andere illegale Drogen	15+	2
Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch Österreich 2020 (Strizek et al. 2021b)	Österreich 2020 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 5.963)	Cannabis	15+	18,7
			Ecstasy	15+	3,9
			Methamphetamin	15+	2,0
			Amphetamin	15+	4,1
			Kokain	15+	5,2
			Heroin	15+	1,8
			LSD	15+	3,5
			biogene Drogen	15+	4,5
			Schnüffelstoffe	15+	5,0
			NPS	15+	1,4
			Flash Eurobarometer 493 Impact of drugs on communities (Ipsos European Public Affairs 2022)	Österreich 2021 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 1.002)
Wiener Suchtmittelmoni- toring (IFES 2022)	Wien 2021 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 800)	Cannabis	15+	27
			Ecstasy	15+	6
			Amphetamin	15+	5
			Kokain	15+	6
			Opiate	15+	3
			biogene Drogen	15+	9
			Liquid Ecstasy	15+	4
			Mephedron	15+	2
			Räuchermischung	15+	3
			Crystal Meth	15+	2
			LSD	15+	4
			Schnüffelstoffe	15+	2
			andere illegale Drogen	15+	2
			Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch Österreich 2022 (Strizek et al. 2023)	Österreich 2022 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 6.420)
Methamphetamin	15+	1,2			
Amphetamin	15+	3,6			
Kokain	15+	5,1			
Heroin	15+	1,1			
NPS	15+	1,5			

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3.2:

Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen österreichischer Jugendlicher 2005 bis 2022

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

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

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeit- prävalenz in %
Drogenmonitoring Oberösterreich 2019 (Seyer et al. 2020)	Oberösterreich 2018/19 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren)	Cannabis	15-24	42,3
			Ecstasy	15-24	9,2
			Heroin	15-24	4,9
			Methamphetamin	15-24	5,5
			Amphetamin	15-24	7,0
			Kokain	15-24	7,7
			LSD	15-24	7,3
			Kräutermischungen Badesalzdrogen	15-24	7,7 5,5
ESPAD Österreich 2019 Hojni et al. (2020)	Österreich 2019 (Lebenszeit)	Schüler:innen im Alter von 15 bis 16 Jahren (n = 7.891)	Cannabis	15-16	21,7
			Ecstasy	15-16	3,0
			Kokain	15-16	2,9
			Crack	15-16	1,1
			Heroin	15-16	0,9
			Amphetamin	15-16	2,4
			GHB	15-16	1,5
			LSD	15-16	2,6
			Schnüffelstoffe	15-16	13,1
			Magic Mushrooms Methamphetamin	15-16	2,1 1,1
HBSC-Studie (Felder-Puig et al. 2023, Teutsch et al. 2023)	Österreich 2022 (Lebenszeit)	15- und 17-jährige Schüler:innen (n = 2.389 bzw. 1.404)	Cannabis	15 17	13 28

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3.3:

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

Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
2010	25	704	41	45	7	11	23	15	119	1.523
2011	32	853	40	52	5	10	17	14	396	1.507
2012	21	938	32	56	7	16	18	16	529	1.374
2013	15	877	33	75	6	17	15	34	388	1.305
2014	17	1.195	67	96	4	8	16	18	388	925
2015	12	881	51	83	3	14	19	21	118	640
2016	14	907	58	76	5	13	15	21	114	705
2017	19	847	93	146	16	28	19	28	118	747
2018	11	806	69	139	11	37	18	32	129	659
2019	16	799	49	128	11	50	21	30	128	603
2020	11	650	31	77	10	42	14	22	120	563
2021	15	672	44	115	15	43	11	34	141	532

Legende:

F11.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – schädlicher Gebrauch

F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – Abhängigkeit

F12.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – schädlicher Gebrauch

F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – Abhängigkeit

F14.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – schädlicher Gebrauch

F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – Abhängigkeit

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabelle A3.4:

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

Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
2010	186	1.626	842	370	151	69	89	31	572	2.779
2011	181	1.612	929	403	154	97	93	44	899	2.866
2012	140	1.624	994	432	165	99	115	41	1.018	2.690
2013	165	1.686	1.188	607	211	121	173	106	822	2.512
2014	154	1.946	1.447	714	299	125	203	89	868	2.129
2015	119	1.514	1.251	645	226	122	222	74	534	1.570
2016	140	1.717	1.481	715	307	145	238	105	628	1.706
2017	136	1.601	1.588	831	289	167	242	99	671	1.643
2018	149	1.561	1.493	819	326	157	220	103	717	1.538
2019	143	1.644	1.408	780	371	173	230	96	796	1.552
2020	163	1.543	1.409	750	358	235	242	115	788	1.574
2021	168	1.664	1.380	906	414	229	286	150	722	1.597

Legende:

F11.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – schädlicher Gebrauch

F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – Abhängigkeit

F12.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – schädlicher Gebrauch

F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – Abhängigkeit

F14.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – schädlicher Gebrauch

F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – Abhängigkeit

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

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

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

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

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

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

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

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

Suchtprävention

Inhalt

4	Suchtprävention.....	93
4.1	Zusammenfassung.....	93
4.2	Aktuelle Situation.....	95
4.2.1	Strategien und Organisation.....	95
4.2.2	Präventionsmaßnahmen.....	100
4.2.3	Qualitätssicherung.....	116
4.3	Trends.....	118
4.4	Neue Entwicklungen.....	119
4.5	Quellen und Methodik.....	122
4.6	Bibliografie.....	122
4.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	125
4.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	126
4.9	Anhang.....	127

4 Suchtprävention

4.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Ziele und Leitsätze für die Ausrichtung der Suchtprävention finden sich in allen Strategien für Sucht- bzw. Drogenpolitik und betonen die Bedeutung eines umfassenden sowie zielgruppenspezifischen Ansatzes. Prävention wird als langfristiger pädagogischer Prozess und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden, die darauf abzielt, die Persönlichkeitsentwicklung und die Lebenskompetenzen insbesondere von Kindern und Jugendlichen zu stärken. Das inkludiert auch explizit strukturelle Maßnahmen im Sinne von Verhältnisprävention. Damit soll der Konsum legaler⁵⁹ und illegaler Substanzen verhindert bzw. verzögert, aber auch – v. a. bei Jugendlichen – die Auseinandersetzung mit Risikoverhalten gefördert werden. In diesem Sinne ist Suchtprävention auch im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitserziehung verankert, bzw. wird sie als Teil umfassenderer Maßnahmen der Gesundheitsförderung⁶⁰ verstanden und umgesetzt.

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

Entsprechend dem übergreifenden Suchtbegriff sind viele Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten. Es gibt sowohl in Hinblick auf legale als auch illegale Substanzen spezifische Aktivitäten bzw. Interventionen. Beispiele für etablierte österreichweite Maßnahmen sind *Gemeinsam stark werden* und *plus* (Lebenskompetenzprogramme im Schulsetting) sowie *movin'* (motivierende Gesprächsführung z. B. im außerschulischen Jugendbereich).

59

Der Fokus des Gesamtberichts liegt auf dem Bereich der illegalen Substanzen. Zeitgemäße Suchtprävention arbeitet – in Österreich sowie international – suchtübergreifend und nimmt oft legale Suchtformen in den Fokus. Daher werden in diesem Kapitel auch suchtübergreifende Maßnahmen bzw. spezifische Maßnahmen zu legalen Substanzen dargestellt.

60

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

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349652> (Zugriff am 30. 6. 2023)

Qualitätssicherung erfolgt vor allem über die strukturelle Verankerung der Suchtprävention in regionalen Fachstellen, die österreichweit durch die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* koordiniert werden. Eine wichtige Rolle spielen auch Leitbilder, Förderkriterien und spezifische Standards (z. B. für Suchtprävention in der Schule), Aus- und Fortbildungsmaßnahmen sowie internationale Kooperationen.

Trends

Ein langjähriger Schwerpunkt der Suchtprävention in Österreich sind suchtübergreifende Maßnahmen sowie Aktivitäten im Bereich der legalen Substanzen. Das Spektrum der Aktivitäten hat sich im Laufe der Zeit weiterentwickelt, sodass inzwischen auch Themen wie Glücksspiel, Gewaltprävention, Sexualpädagogik, Suizidprävention oder die Prävention der Entwicklung psychischer Störungen an den Fachstellen angesiedelt sind. Bewährte Maßnahmen werden dabei in einem kontinuierlichen Prozess fortgeführt und weiterentwickelt. Digitale Medien spielen eine immer wichtigere Rolle in der Suchtprävention, und zwar sowohl als Problemfeld als auch in der Angebotslandschaft im Rahmen von Maßnahmen.

Neue Entwicklungen

Das österreichische Programm *Frühe Hilfen* wird mit den Mitteln des europäischen Aufbau- und Resilienzfonds (RRF) flächendeckend ausgebaut, das Programm wurde außerdem im Jahr 2022 bei einem entsprechenden Call der Europäischen Kommission (EK) als Best Practice im Bereich Prävention nichtübertragbarer Krankheiten ausgezeichnet. Weiters absolvierten, um das Europäische Präventionscurriculum (EUPC) auch in Österreich anbieten zu können, im Berichtszeitraum vier österreichische Fachkräfte die Ausbildung zu nationalen EUPC-Trainerinnen bzw. -Trainern. Beispiele neuer Maßnahmen deuten auf eine weitere Diversifizierung der Angebotspalette (z. B. hinsichtlich der Methoden, Substanzen, Zielgruppen) hin. Die COVID-19-Pandemie wirkt sich inzwischen nur noch wenig auf die suchtpreventive Arbeit in Österreich aus, wobei jedoch insbesondere daraus hervorgegangene Onlineangebote beibehalten werden. Einige Fachstellen für Suchtprävention feierten im Berichtszeitraum ihr 25-jähriges Bestehen.

4.2 Aktuelle Situation

4.2.1 Strategien und Organisation

Zielsetzungen und Prioritäten

In allen Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer sowie in der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie*⁶¹ (vgl. Kapitel 1, Tabelle 1.1) finden sich **Ziele oder Leitsätze für die Suchtprävention**. Darin wird zumeist betont, dass ein Gesamtkonzept mit einem umfassenden und ganzheitlichen (strukturell, interdisziplinär, ursachenorientiert) sowie zielgruppenspezifischen Ansatz notwendig ist und sich entsprechende Maßnahmen sowohl auf illegale als auch auf legale Substanzen und substanzungebundenes Suchtverhalten beziehen sollen. In diesem Sinne wird auch eine Kooperation mit Bildungs- und Erziehungseinrichtungen, jugendpolitischen Maßnahmen (Jugendsozialarbeit) sowie mit dem Gesundheitswesen angestrebt. In einzelnen Strategien wird auch problembehafteter Konsum als Thema der Suchtprävention mitberücksichtigt. Prävention wird als langfristiger pädagogischer Prozess und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden, die in der Praxis darauf abzielt, die Persönlichkeitsentwicklung und die Lebenskompetenzen insbesondere von Kindern und Jugendlichen zu fördern. Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* weist darauf hin, dass auch erwachsene Personen mit passenden Maßnahmen erreicht werden müssen (BMG 2015). Alle Sucht-/Drogenstrategien betonen die Bedeutung eines wertschätzenden, partizipativ-emanzipatorischen Menschenbildes und der Eigenverantwortung als Prinzip der Suchtprävention. Die **Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer** haben jeweils spezielle Schwerpunktsetzungen, die sich bspw. auf bestimmte Zielgruppen (z. B. riskant konsumierende Jugendliche, Schwangere, ältere Menschen), Substanzen/Suchtformen (z. B. psychoaktive Medikamente, Glücksspiel) oder strukturelle Bedingungen (z. B. Professionalisierung der Fachkräfte, Qualitätssicherung an den Schnittstellen) beziehen. Teilweise werden in den Strategien auch einzelne konkrete Programme als umzusetzende Maßnahmen aufgezählt.

Als **weitere Grundlagen** für die suchtpreventive Arbeit in Österreich sind, abgesehen von den Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer und der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie*, auch der § 13 Suchtmittelgesetz (SMG, BGBl. I 1997/112, vgl. Kapitel 2; siehe auch den dazu erstellten Handlungsleitfaden: BMBWF 2018) sowie verschiedene strategische Dokumente von Bedeutung (z. B. *Gesundheitsziele Österreich, Gesundheitsförderungsstrategie*; vgl. Kapitel 1). Hier ist vor allem der *Grundsatzterlass Gesundheitserziehung* zu nennen, der Suchtprävention im Rahmen

61

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Pr%C3%A4vention-und-Therapie/%C3%96sterreichische-Suchtpr%C3%A4ventionsstrategie.html> (Zugriff am 30. 6. 2023)

des Unterrichtsprinzips Gesundheitserziehung verankert (BMUK 1997), sowie die Publikation „Psychologische Gesundheitsförderung im Lebensbereich Schule“ (BMUKK 2008)⁶². Ebenso sind die *Grundsätze schulischer Suchtprävention*⁶³ von Relevanz.

Schließlich sind auch die Positionspapiere der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* (siehe nächster Abschnitt) zu nennen, die einen wichtigen Diskussionsbeitrag zu strategischen Überlegungen leisten und inzwischen zu den Themen *Alkohol, Tabak/Nikotin, Cannabis (Freizeitgebrauch)* und *Glücksspiel/Sportwetten* vorliegen⁶⁴. Daneben gibt die *ARGE Suchtvorbeugung* gelegentlich Stellungnahmen ab, zuletzt zur „Frage der Anerkennung von E-Sport/Gaming als Sport bzw. der Gemeinnützigkeit von E-Sport und einhergehender Gesundheitsgefährdungen und Suchtprävention“⁶⁵.

Wesentliche Akteurinnen und Akteure

Präventive Maßnahmen werden in Österreich zum Großteil auf lokaler bzw. regionaler Ebene geplant, organisiert und umgesetzt, wobei die auf Länderebene angesiedelten **Fachstellen für Suchtprävention** eine zentrale Rolle spielen⁶⁶. Die Fachstellen sind unterschiedlich organisiert: als gemeinnützige GmbH (Burgenland, Steiermark, Wien), als (gemeinnütziger) Verein (Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Tirol), als Teil des Amtes der Landesregierung (Kärnten) oder als Stiftung (Vorarlberg). Die Angebote der Fachstellen decken häufig substanz- und settingübergreifende Ansätze in den Bereichen universelle⁶⁷ und selektive⁶⁸ Prävention ab. Hier spielt die Schulung bzw.

62

https://www.schulpsychologie.at/fileadmin/user_upload/gesundheitsfoerderung.pdf (Zugriff am 30. 6. 2023)

63

<https://www.schulpsychologie.at/gesundheitsfoerderung/suchtpraevention> (Zugriff am 30. 6. 2023)

64

<https://www.suchtvorbeugung.net/themen> (Zugriff am 30. 6. 2023)

65

<https://www.suchtvorbeugung.net/themen> (Zugriff am 30. 6. 2023)

66

Burgenland: Soziale Dienste Burgenland GmbH, Fachstelle Suchtprävention Burgenland; Kärnten: Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege, Unterabteilung Prävention und Suchtkoordination; Niederösterreich: Fachstelle für Suchtprävention NÖ; Oberösterreich: Institut Suchtprävention der pro mente OÖ; Salzburg: akzente – Fachstelle für Suchtprävention; Steiermark: VIVID – Fachstelle für Suchtprävention; Tirol: kontakt+co Suchtprävention Jugendrotkreuz; Vorarlberg: SUPRO – Gesundheitsförderung und Prävention, Stiftung Maria Ebene; Wien: Institut für Suchtprävention (ISP) der Sucht- und Drogenkoordination Wien

67

Universelle Prävention wendet sich über verschiedene Settings (z. B. Schule, Gemeinde, Kindergarten) an große Gruppen der Bevölkerung, unabhängig von der jeweiligen Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Suchterkrankung.

68

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

der Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. aus dem pädagogischen Bereich, dem kommunalen Bereich und dem betrieblichen Umfeld) eine große Rolle, um die Reichweite und Nachhaltigkeit der Präventionsmaßnahmen zu sichern. Maßnahmen zur indizierten Prävention⁶⁹ werden ebenfalls von den Fachstellen konzipiert, ihre Umsetzung erfolgt jedoch vorwiegend in Kooperation mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anderer Einrichtungen (z. B. der Sucht- bzw. Drogenberatungsstellen). Zunehmend werden auch digitale Angebote eingesetzt. Wichtige weitere Aufgaben der Fachstellen sind Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, die (finanzielle) Unterstützung suchtpreventiver Initiativen und die Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen für Fachleute aus dem Gesundheits- und Sozialbereich.

Für Wissenstransfer, Interessenvertretung sowie zur Umsetzung gemeinsamer Projekte haben sich die Fachstellen zur **Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung** zusammengeschlossen⁷⁰. In diesem Rahmen entwickeln und koordinieren die Fachstellen österreichweite Maßnahmen (vgl. Abschnitt 4.2.2), des Weiteren erarbeiten sie gemeinsam fachliche Positionen zu Themen der Prävention sowie Stellungnahmen zu aktuellen politischen Vorhaben (z. B. zu Gesetzesentwürfen)⁷¹. Zusätzlich werden Veranstaltungen zur Vernetzung und Weiterbildung der Präventionsfachkräfte organisiert (vgl. Abschnitt 4.2.3). Die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* vertritt die Suchtprävention in wichtigen Gremien auf Bundesebene (z. B. im Bundesdrogenforum, vgl. Kapitel 1). In den Bundesländern sind die Fachstellen mit relevanten Gremien vernetzt und z. B. in Suchtbeiräten vertreten. Im Berichtszeitraum bspw. wurde das Positionspapier *Cannabis-Freizeitgebrauch* (Österreichische ARGE Suchtvorbeugung 2022) fertiggestellt und im Bundesdrogenforum sowie in Gremien auf Ebene der Bundesländer vorgestellt. Des Weiteren ist die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* mit anderen deutschsprachigen Fachinstitutionen vernetzt und um einen regelmäßigen fachlichen Austausch bemüht. Die ARGE-Mitglieder nehmen regelmäßig am *Internationalen Forum Suchtprävention* teil, im Jahr 2022 veranstaltete die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* dieses Forum in Österreich.

Zusätzlich sind je nach Bundesland unterschiedliche **weitere Akteurinnen und Akteure** in die Planung, Organisation und Umsetzung von Suchtprävention involviert, die teilweise eng mit den Fachstellen kooperieren bzw. einheitliches Material verwenden. Dies sind etwa die Suchthilfeeinrichtungen, deren Kerngeschäft die Beratung, Betreuung und Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen ist, aber auch soziale Einrichtungen wie z. B. die Caritas. In allen Bundeslän-

69

Indizierte Prävention soll einzelne Personen erreichen, die bereits frühe Zeichen eines problematischen Verhaltens aufweisen bzw. die Kriterien für die Diagnose einer Abhängigkeit zwar nicht erfüllen, aber aufgrund ihrer individuellen Situation eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Suchterkrankung haben. Als Indikatoren führt die EMCDDA (2009) z. B. bestimmte Persönlichkeitsmerkmale oder soziale Verhaltensauffälligkeiten an.

70

Die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* besteht seit 1999. Südtirol und Liechtenstein sind dort mit ihren Fachstellen außerordentliche Mitglieder.

71

<https://www.suchtvorbeugung.net/themen> (Zugriff am 30. 6. 2023)

dern sind auch Präventionsbeamtinnen bzw. -beamte der Polizei im Einsatz, die spezifisch ausgebildet sind (interne Basisausbildung der Polizei, zum Teil ergänzend Weiterbildungen durch die Fachstellen für Suchtprävention). Im Bereich der Kriminalprävention bietet die Polizei österreichweit das Programm *Look@your.Life*⁷² an. Weiters spielen Schulärztinnen und -ärzte sowie Schulpsychologinnen und -psychologen in der Suchtprävention eine wichtige Rolle. In manchen Bundesländern (z. B. Oberösterreich⁷³) werden Koordinatorinnen und Koordinatoren für schulische Suchtprävention eingesetzt, die von den Fachstellen geschult werden und zur strukturellen Verankerung sowie zur Qualitätssicherung von Suchtprävention an den Schulen beitragen sollen. In Salzburg ist in der Bildungsdirektion eine eigene Kontaktinformationsstelle für schulische Präventionsarbeit (KIS) eingerichtet, die sich mit Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention beschäftigt. Auch regionale Gesundheitsförderungsanbieter:innen spielen eine Rolle: So ist z. B. *Styria vitalis* Trägerin der internetbasierten Präventionsmaßnahme *feel-ok.at* (vgl. Abschnitt 4.2.2). Abgesehen von diesen Kooperationen sind auch einzelne Personen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, ehemalige Konsumentinnen und Konsumenten) aktiv, die Schulen direkt ansprechen und Workshops anbieten, wobei diese hinsichtlich der Qualitätssicherung jeweils im Einzelfall hinterfragt werden sollten.

Regionale Vernetzungsaktivitäten mit den für Prävention wichtigen Akteurinnen und Akteuren sowie Institutionen sind z. B. das in Salzburg und Vorarlberg regelmäßig veranstaltete *Präventionsfrühstück*⁷⁴, das lokale *Forum Suchtprävention* in Wien oder regionale Arbeitskreise. In Niederösterreich bietet der *Jugend Jour Fixe* eine Möglichkeit für Vernetzung und Austausch aller Jugendberatungen, der Jugendsuchtberatung und der mobilen Jugendarbeit zu suchtspezifischen Themen. In Oberösterreich koordiniert die Fachstelle das Netzwerk *Flow Akut Steyr*, bei dem sich wichtige Stakeholder:innen (z. B. Sozialeinrichtungen, Polizei, Kinder- und Jugendhilfe) vierteljährlich zum Informationsaustausch und zur Planung suchtpreventiver Angebote treffen. Bei der **Entwicklung des Präventionsangebots** (z. B. Bedarf, Ziele, Inhalte von Maßnahmen oder Strategien) binden die Fachstellen Gemeinden bzw. Bezirke ebenfalls ein, jedoch gibt es dabei regionale Unterschiede. In manchen Bundesländern findet dies über regelmäßige Vernetzungstreffen statt. In Wien z. B. finden mehrmals pro Jahr Vernetzungstreffen mit den Bezirksrätinnen und Bezirksräten für Sucht- und Drogenfragen statt, bei denen geplante Maßnahmen besprochen und bestehende Bedarfe abgeklärt werden. In anderen Bundesländern werden lokale Akteurinnen und Akteure vor allem maßnahmenbezogen eingebunden, z. B. bei kommunalen Initiativen oder wenn Kooperationen für die Durchführung von Maßnahmen erforderlich sind (bspw. in Kindergärten). In die Planung der Präventionsarbeit fließen im Sinne einer **Bedarfsanalyse** vor allem Einschätzungen verschiedener Stakeholder:innen und Schlüsselpersonen (einschließlich Zielgruppen und Präventionsarbeiter:innen) sowie lokale Daten (z. B. Drogenmonitoring Oberösterreich) ein.

72

<https://www.bundeskriminalamt.at/205/start.aspx#a3> (Zugriff am 30. 6. 2023)

73

<https://www.praevention.at/schule/bildungsangebote-fuer-lehrkraefte/lehrgang-koordinatorin-fuer-suchtpraevention> (Zugriff am 30. 6. 2023)

74

<https://www.akzente.net/fachbereiche/suchtpraevention/veranstaltungen-themen/> (Zugriff am 30. 6. 2023)

Präventive Maßnahmen vor allem im Bereich legaler Substanzen (Alkohol, Tabak/Nikotin⁷⁵) werden zum Teil vom Dachverband der Sozialversicherungsträger, der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) und dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) getragen und mitfinanziert. Auf **Bundesebene** spielt für das Setting Schule hinsichtlich Planung und Unterstützung von Gesundheitsförderung insbesondere das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) eine Rolle. Beispielsweise beauftragt das BMBWF zusammen mit dem BMSGPK und dem Österreichischen Jugendrotkreuz (ÖJRK) die GIVE-Service-stelle⁷⁶, die insbesondere den schulischen Bereich hinsichtlich Information und Vernetzung im Bereich Gesundheitsförderung (u. a. auch Suchtprävention) unterstützen soll.

Finanzierung

In der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* wird festgehalten, dass Suchtprävention durch Bund, Länder und Sozialversicherung gemeinsam finanziert werden soll. In der Praxis werden vorrangig **Budgets der Bundesländer** aus dem Bereich Gesundheit (z. B. jene der Landesgesundheitsförderungs-fonds), aber auch aus den Bereichen Soziales und Bildung herangezogen, um z. B. die Arbeit der Fachstellen für Suchtprävention zu finanzieren⁷⁷. Bei den Gesundheitsförderungsfonds in den Bundesländern und bei den Budgets der ÖGK gibt es thematisch und finanziell unterschiedliche Schwerpunktsetzungen. Auf **Bundesebene** fördert der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) mittels Kofinanzierung vorwiegend innovative Projekte und Veranstaltungen zum Wissenstransfer.

Maßnahmen in **Schulen und Kindergärten** werden in der Regel für diese kostenfrei angeboten. Programme in diesen Settings wie etwa *plus* oder *Gemeinsam stark werden* (vgl. Abschnitt 4.2.2) werden größtenteils von den Bundesländern über die Fachstellen finanziert – in einigen Bundesländern finanziert die ÖGK mit. Auch die Pädagogischen Hochschulen (PH) sind in den Bundesländern wichtige Kooperationspartnerinnen und übernehmen teilweise auch Kosten. Das BMBWF finanziert die Schulpsychologie, die auch in suchtpreventive Aktivitäten involviert ist. Schulsozialarbeit wird meist von der Kinder- und Jugendhilfe der Bundesländer bzw. seitens von diesen beauftragter und großteils finanzierter privater Einrichtungen angeboten, das BMBWF engagiert sich in dieser Thematik im Sinne der Gesamtkoordination schulischer Unterstützungssysteme (Aksakalli, p. M.). Das Jugendcoaching (Beratung und Orientierung für ausgrenzungs- und schulabbruchgefährdete Jugendliche⁷⁸) wird vom BMSGPK sowie vom Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft (BMAW) finanziert und in Kooperation mit dem BMBWF umgesetzt; die Beauftragung der

75

Der Bereich „Tabak/Nikotin“ umfasst Tabak- und verwandte Erzeugnisse sowie neuartige Nikotinerzeugnisse.

76

<https://www.give.or.at/> (Zugriff am 29. 8. 2023)

77

In Salzburg stellt beispielsweise das Salzburger Teilhabegesetz (ehemals Salzburger Behindertengesetz) die Grundlage für die Pauschalsubvention für die Salzburger Fachstelle für Suchtprävention dar.

78

<https://www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/beratung/psus/jugendcoaching.html> (Zugriff am 30. 6. 2023)

Trägereinrichtungen, die das Jugendcoaching umsetzen, erfolgt über das Sozialministeriumservice (Fraundorfer, p. M.; Schmöckel, p. M.). In **betrieblichen Settings** tragen die Betriebe als Auftraggeber im Regelfall die Kosten für die Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen weitgehend selbst.

Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* sieht weiters vor, dass Einnahmen aus der Besteuerung von Alkohol, Tabak und Glücksspiel in die Suchtprävention fließen sollen. In der Praxis besteht grundsätzlich keine Zweckbindung von Steuern auf Alkohol oder Tabakprodukte für Präventionsmaßnahmen. Es sind aber gewisse Anteile aus den Mitteln der Umsatzsteuer und der Tabaksteuer generell für Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information zu verwenden. Ein Promille aller Glücksspielumsätze ist für die Stabsstelle für die Belange des Schutzes von Spielerinnen und Spielern gewidmet (§ 1 Glücksspielgesetz; BGBl. 1989/620). Aus diesen Quellen werden jedoch auch andere Aktivitäten (z. B. wissenschaftliche Forschung, Tagungen) finanziert. Die **Zweckwidmung von Steuergeldern für Prävention** ist immer wieder eine Forderung von Präventionsfachleuten und ist z. B. auch in den Positionspapieren zu Alkohol, Tabak/Nikotin und Glücksspiel/Sportwetten der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* zu finden⁷⁹.

Erhebungen von **Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention** werden in unregelmäßigen Abständen durchgeführt. Eine detaillierte Übersicht über die verschiedenen Budgets für suchtpreventive Aktivitäten auf Bundes- oder Landesebene gibt es jedoch nicht (vgl. Kapitel 1). Die Finanzierung von Maßnahmen ist meist mit Qualitätsanforderungen verbunden, die üblicherweise von den Bundesländern vorgegeben werden (vgl. Abschnitt 4.2.3).

4.2.2 Präventionsmaßnahmen

Dieser Abschnitt bietet eine Übersicht über die Präventionsmaßnahmen in Österreich. Die Darstellung folgt der Klassifizierung der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD, engl. EMCDDA). Aus der Fülle von Aktivitäten können in diesem Bericht nur ausgewählte Beispiele beschrieben werden. Diese wurden in Zusammenarbeit mit den Fachstellen für Suchtprävention ausgesucht, um das Angebotspektrum zu veranschaulichen. Die Beschreibung der Aktivitäten konzentriert sich auf Ansätze, Zielgruppen und Settings. Weitere Details wie z. B. Fördergeber:innen und Kooperationspartner:innen sind auf den Websites oder in anderen Informationsmaterialien der jeweiligen Fachstelle zu finden.

4.2.2.1 Strukturelle Prävention

Ob Menschen psychoaktive Substanzen probieren und ggf. regelmäßig konsumieren, hängt nicht nur von ihren persönlichen Gegebenheiten, sondern auch von ihrem weiteren Umfeld ab. Eine Aufgabe der Prävention ist daher, das Umfeld so zu gestalten, dass es eine schützende Wirkung

79

<https://www.suchtvorbeugung.net/themen> (Zugriff am 30. 6. 2023)

hat und dazu beiträgt, den Wahrscheinlichkeitsgrad eines Konsums psychoaktiver Substanzen gering zu halten. Diese Maßnahmen werden als „strukturelle Prävention“ oder „Verhältnisprävention“ bezeichnet. Sie sind vielfältig und reichen vom Verringern der Verfügbarkeit von Substanzen über spezielle Maßnahmen des Jugendschutzes und der Gesundheitsförderung bis zu Maßnahmen in anderen Politikbereichen, welche allgemeine Lebensbedingungen und Handlungsspielräume sowie indirekt auch die Gesundheit der Bevölkerung wesentlich beeinflussen.

Strategieprozesse zur strukturellen Prävention zeigen sich in den Bemühungen, das jeweilige Umfeld gesundheitsfördernd zu gestalten und gesundes Aufwachsen zu fördern. Sie sind in der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* (BMGF 2015), in den *Gesundheitszielen Österreich* (BMGF 2017a), der *Gesundheitsförderungsstrategie* (BMGF 2016) sowie der *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* (BMGF 2017b) verankert, aber auch in entsprechenden Strategien der Bundesländer. Eine Tabak- und Nikotinstrategie befindet sich ebenfalls in Erarbeitung (vgl. Kapitel 1). Im Jahr 2021 startete das BMSGPK einen partizipativen Strategieprozess, um die Gesundheitsförderung in Österreich zu stärken⁸⁰. Im Berichtszeitraum wurden Empfehlungen in Form einer Roadmap mit zehn Maßnahmenbündeln veröffentlicht⁸¹, Suchtprävention wird darin explizit als Maßnahme in den Bereichen „Gesundheits- und Sozialwesen“ sowie „Gesundheitskompetenz und -information“ genannt. Zusätzlich tragen die Vernetzungsaktivitäten der Fachstellen in den Bundesländern (vgl. Abschnitt 4.2.1) zu Strategieprozessen auf lokaler bzw. regionaler Ebene bei.

Hinsichtlich **gesetzlicher Maßnahmen** sei auf die aktuellen Landes- und Bundesgesetze mit Bezug auf Jugendschutz, Alkohol, Tabak- und verwandte Erzeugnisse sowie Wasserpfeifen u. Ä. verwiesen wie z. B. das Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtrauchererschutzgesetz – TNRSG (siehe auch Horvath et al. 2020 und Uhl et al. 2023). In Bezug auf Alkohol sind auch allgemeine gesetzliche Regelungen (z. B. Gewerbeordnung, Straßenverkehrsordnung, ORF-Gesetz) von Bedeutung, die strukturelle Maßnahmen wie z. B. die Einschränkung von Verfügbarkeit und Werbung oder Konsumverbote beinhalten. Diese Maßnahmen werden jedoch zumeist nicht explizit als strukturelle Suchtprävention wahrgenommen bzw. von Fachleuten der Suchtprävention als zu wenig weitreichend beurteilt (Österreichische ARGE Suchtvorbeugung 2016). Eine aktuelle Herausforderung stellen Nikotinbeutel und andere tabakfreie Nikotinerzeugnisse dar, weil sie von den geltenden Bundesgesetzen (noch) nicht ausreichend erfasst sind, in den Fachstellen für Suchtprävention werden sie jedoch thematisiert (ausführlicher in Busch et al. 2022). Eine Regulierung erfolgt derzeit über Jugendschutzgesetze. Das Tiroler Jugendgesetz (LGBl. 4/1994) erwähnt Nikotinbeutel und

80

Dabei wurden die Allgemeinbevölkerung (einschließlich vulnerabler Gruppen) bzw. Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen bei der Formulierung mittel- und langfristiger Zielsetzungen sowie bei der Planung gesundheitsfördernder Maßnahmen für die Zukunft einbezogen. Akteurinnen und Akteure der Suchtprävention wie z. B. die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* beteiligten sich ebenfalls an diesem Prozess.

81

<https://agenda-gesundheitsfoerderung.at/kozug/roadmap> (Zugriff am 30. 6. 2023)

verbietet ihre Weitergabe ausdrücklich. Jugendschutzgesetze in den anderen Bundesländern beinhalten allgemeinere Beschreibungen psychoaktiver Substanzen⁸², die tabakfreie Nikotinerzeugnisse mit umfassen, wobei in einigen Bundesländern (Kärnten, Steiermark, Vorarlberg, Wien) die Abgabe bzw. der Verkauf an Kinder und Jugendliche ausdrücklich untersagt ist.

Kommunale Suchtprävention gewährleistet den strukturellen Rahmen für Maßnahmen mit dem Ziel, Menschen eine Umgebung zu bieten, die das suchtfreie Aufwachsen und Leben bestmöglich unterstützt. Die Umsetzung kommunaler Suchtprävention erfordert die durchgehende Initiative und Betreuung durch die Verantwortungsträger:innen einer Gemeinde. In Niederösterreich setzt die Fachstelle für Suchtprävention beispielhaft einen Schwerpunkt zur kommunalen Suchtprävention⁸³ und unterstützt Gemeinden über einen Zeitraum von jeweils mindestens 2,5 Jahren beim Aufbau bzw. bei der Verbesserung suchtpreventiver Strukturen unter Einbindung der Bevölkerung. In Salzburg richtet sich die Maßnahme *Neue Festkultur: Qualitätskriterien für gelungene & jugend(schutz)freundliche Feste*⁸⁴ an Festveranstalter:innen. Feste, welche die Qualitätskriterien (z. B. mindestens drei attraktive alkoholfreie Getränke, keine Lockangebote für preiswerten Alkohol) erfüllen, werden mit einem Gütesiegel ausgezeichnet. Die Fachstelle bietet im Zuge der Vorbereitung der Feste Coachings zur Umsetzung der Kriterien an. Aktivitäten zur Vernetzung regionaler Stakeholder:innen (vgl. Abschnitt 4.2.1) können ebenfalls als strukturelle Maßnahmen gelten.

Maßnahmen, die sich direkt an **Kinder und Jugendliche** richten und deren Lebensumfeld positiv beeinflussen sollen, sind z. B. die außerschulische Jugendarbeit generell (mit dem Ziel, adäquate Räume für Jugendliche zu schaffen und Lobbyarbeit für sie zu betreiben), die Schulsozialarbeit (mit dem Ziel, die konkrete Lebenssituation von Schülerinnen und Schülern zu beeinflussen) oder das Jugendcoaching (mit dem Ziel, die vorzeitige Beendigung der Schulausbildung zu verhindern).

Strukturelle Prävention im **betrieblichen Setting** findet meist im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung statt. Neben der Schaffung struktureller Veränderungen werden häufig Betriebsvereinbarungen abgeschlossen, die betriebsspezifische abgestufte Vorgangsweisen im Umgang mit Suchtverhalten definieren. Diese sind häufig unspezifisch formuliert, konkrete Maßnahmen beziehen

82

z. B. als „sonstige Rausch- und Suchtmittel, die geeignet sind, rauschähnliche Zustände, Abhängigkeit, Betäubung oder physische oder psychische Erregungszustände hervorzurufen“ (Vorarlberger Kinder- und Jugendgesetz, LGBl. 16/1999)

83

<https://www.fachstelle.at/portfolio/kommunale-suchtpraevention/> (Zugriff am 30. 6. 2023)

84

<https://www.akzente.net/fachbereiche/suchtpraevention/praevention-in-der-gemeinde/neue-festkultur> (Zugriff am 30. 6. 2023)

sich jedoch schwerpunktmäßig auf Alkohol⁸⁵ und Tabak/Nikotin⁸⁶. Im Unterschied zu anderen Settings sind überwiegend Erwachsene die Zielgruppe der betrieblichen Suchtprävention; einzelne Programme fokussieren auf Lehrlinge. Manche Fachstellen für Suchtprävention unterstützen Betriebe mit entsprechenden Maßnahmenpaketen und helfen bspw. bei der Erarbeitung von Präventionskonzepten, Strategien und Richtlinien zum Umgang mit Substanzgebrauch und Sucht am Arbeitsplatz⁸⁷.

4.2.2.2 Universelle Suchtprävention

Der Großteil der in Österreich umgesetzten Präventionsmaßnahmen fokussiert auf die Förderung der Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen, auf soziales Lernen und Erlebnispädagogik sowie – vor allem bei Jugendlichen – auf die Auseinandersetzung mit Risikoverhalten. Entsprechend dem substanzübergreifenden Suchtbegriff sind viele suchtpreventive Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundene Süchte (z. B. Glücksspielsucht, vgl. Abschnitt 4.3). Je nach Zielgruppe sind in allgemeine suchtpreventive Maßnahmen auch substanzspezifische Elemente integriert.

In der universellen Suchtprävention gibt es drei **österreichweite**⁸⁸ **Standardprogramme** für unterschiedliche Schulstufen, die nachfolgend beschrieben sind. Die Programme wurden von oder mit den Fachstellen für Suchtprävention entwickelt und zielen auf die Förderung der Lebenskompetenzen ab.

85

<https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.735560&version=1589439999> (Zugriff am 30. 6. 2023)

86

<https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.772844&version=1671608341> (Zugriff am 30. 6. 2023)

87

z. B. in Tirol: <https://www.kontaktco.at/fachbereiche/pib>; in Niederösterreich: <https://www.fachstelle.at/portfolio/suchtvorbeugung-in-betrieben> (Zugriff jeweils am 30. 6. 2023)

88

„Österreichweit“ bedeutet in diesem Kontext, dass die Fachstellen für Suchtprävention die Maßnahmen gemeinsam planen und die Programme in jedem Bundesland Österreichs angeboten werden (oder ein solches Angebot in Vorbereitung ist). In der Praxis werden jedoch aufgrund der begrenzten Ressourcen für die Umsetzung nicht alle Schulen bzw. Schüler:innen (sofort) erreicht. Bspw. wurde bislang etwa ein Viertel der Volksschulen hinsichtlich *Gemeinsam stark werden* (OO: *zusammen.wachsen*) erreicht. Tabelle A4.1 (siehe Anhang) zeigt weitere Kennwerte zur Umsetzung.

Das Lebenskompetenzprogramm *Gemeinsam stark werden*⁸⁹ wird in Volksschulen (Sechs- bis Zehnjährige) in mindestens zehn Unterrichtseinheiten (UE) pro Jahr eingesetzt⁹⁰. Es wurde von der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* mit der Weitblick GmbH⁹¹ entwickelt und wird in Kooperation mit dieser umgesetzt. Das Programm baut auf Erkenntnissen der Resilienzforschung, Entwicklungspsychologie sowie existenziellen Pädagogik auf. Mittels interaktiver Lernmethoden und Miteinbeziehens des Gruppenprozesses sollen personale und soziale Kompetenzen der Schüler:innen gestärkt werden. Dazu zählen z. B. Selbstfürsorge, der Umgang mit Stress und herausfordernden Emotionen, die Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit, die Problemlösefähigkeit sowie die Fähigkeit zur sinnvollen Lebensgestaltung. Das Programm umfasst eine Ausbildung der Volksschullehrer:innen im Ausmaß von 24 UE und stellt für den Unterricht 46 Lehreinheiten zur Verfügung. Im Schuljahr 2022/23 wurden mehr als 700 Lehrkräfte hinsichtlich *Gemeinsam stark werden* geschult (vgl. Tabelle A4.1 im Anhang).

Das Lebenskompetenzprogramm *plus*⁹² wird in der fünften bis achten Schulstufe (10- bis 14-Jährige) von weiterführenden Schulen (MS, AHS) eingesetzt. Die Umsetzung auf Klassenebene erfolgt in vier altersgerechten Jahresschwerpunkten, die jeweils fünf Themenbereiche zu zwei UE (insgesamt zehn UE pro Schuljahr) umfassen und auf den wachsenden Kompetenzen der Schüler:innen aufbauen. Das Programm läuft je nach Bundesland seit 2008 (S, St, T) bzw. 2009 (B, K, NÖ, OÖ, V, W) und umfasst eine Ausbildung der Lehrer:innen im Rahmen eines vierjährigen Fortbildungskurses im Ausmaß von insgesamt sechs Seminartagen. In manchen Bundesländern werden Zusatzmodule angeboten⁹³. Im Schuljahr 2022/23 wurden geschätzt mehr als 67.000 Schüler:innen mit *plus* erreicht (vgl. Tabelle A4.1 im Anhang).

Das Lebenskompetenzprogramm *Wetterfest* wurde im Schuljahr 2021/22 eingeführt und wird mittlerweile in allen Bundesländern umgesetzt (in Vorarlberg unter dem Titel *klartext*). Es ergänzt die bestehenden Programme, indem es sich an Schüler:innen ab der neunten Schulstufe (14-Jäh-

89

<https://www.gemeinsam-stark-werden.org/> (Zugriff am 30. 6. 2023)

90

Gemeinsam stark werden hat im Jahr 2018 österreichweit das frühere Programm *eigenständig werden* (ab dem Jahr 2002 im Einsatz) abgelöst. Aktuell wird *Gemeinsam stark werden* in allen Bundesländern außer in Oberösterreich umgesetzt. Dort wird seit 2020 *zusammen.wachsen* (eine Weiterentwicklung von *eigenständig werden*) eingesetzt. Die Programme ähneln sich hinsichtlich Zielsetzung und Methoden.

91

<https://mitweitblick.org> (Zugriff am 30. 6. 2023)

92

<https://www.suchtvorbeugung.net/plus> (Zugriff am 30. 6. 2023)

93

Die steirische Fachstelle bietet seit dem Frühjahr 2022 ein Zusatzmodul zu Suizidprävention und nichtsuizidalem selbstverletzendem Verhalten an, das gemeinsam mit GO-ON (Kompetenzzentrum für Suizidprävention, Steiermark) erarbeitet wurde und dessen Ziel es ist, interessierte Lehrpersonen mit einem bestehenden *plus*-Zertifikat auch für diese Themen zu sensibilisieren und sie bei deren Umsetzung in der Klasse zu unterstützen.

rigere oder ältere) richtet und verschiedene Schultypen einschließt: berufsbildende mittlere und höhere Schulen (BMHS), allgemeinbildende höhere Schulen (AHS), polytechnische Schulen (PTS) und Berufsschulen. Das Programm wurde von der Pädagogischen Abteilung der Bildungsdirektion Südtirol konzipiert⁹⁴ und vom Institut Suchtprävention in Oberösterreich unter Mitarbeit der anderen Fachstellen für die Umsetzung in Österreich adaptiert, die von der Pädagogischen Hochschule Oberösterreich und Einrichtungen in Südtirol unterstützt wird. Das Programm soll u. a. die Persönlichkeitsentwicklung der Schüler:innen, ein positives Klassenklima und die Beziehung zwischen Lehrerinnen/Lehrern und Schülerinnen/Schülern stärken. Inhaltlich stehen Resilienz und die Stärkung von Lebenskompetenzen (z. B. Selbstwahrnehmung, Kommunikation, Problemlösung, Krisenbewältigung) im Fokus, die von geschultem Lehrpersonal mittels verschiedener Übungen (z. B. Achtsamkeitsübungen, Rollenspiele) gefördert werden. Die Fortbildung bereitet die Lehrpersonen mit Theorieinput und praktischen Übungen (inkl. eines Manuals) auf die Umsetzung vor. Im Schuljahr 2022/23 wurden mehr als 300 Lehrkräfte hinsichtlich *Wetterfest* geschult (vgl. Tabelle A4.1 im Anhang).

Zur **Sicherung der Nachhaltigkeit** werden in den österreichweiten Programmen Lehrkräfte von Fachleuten geschult (theoretischer Hintergrund und Methoden) und zertifiziert sowie bei der Umsetzung begleitet. Verpflichtende Reflexionstreffen dienen der Qualitätssicherung bzw. der Weiterentwicklung der Programme. Die Umsetzung erfolgt mithilfe standardisierter Materialien. Eltern werden über Elternabende, Elternbriefe oder den Schulgemeinschaftsausschuss informiert und eingebunden. Tabelle A4.1 im Anhang zeigt ausgewählte Kennwerte bezüglich der Umsetzung in den letzten fünf Jahren.

Neben den österreichweiten Standardprogrammen gibt es eine **Vielzahl regionaler Aktivitäten**, die zum Teil seit etlichen Jahren eingesetzt und ggf. weiterentwickelt werden. Von Bedeutung sind dabei Aus- und Weiterbildungsangebote für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Diese richten sich vor allem an Pädagoginnen und Pädagogen, die in Kindergärten oder Schulen arbeiten, und zeigen auf, wie suchtpreventive Inhalte und Methoden (z. B. ein Lebenskompetenztraining) in den pädagogischen Alltag integriert werden können. Auch Elternbildung spielt eine wichtige Rolle, wobei nicht nur Informationen über Substanzgebrauch und Sucht kommuniziert werden, sondern häufig auch die Stärkung der elterlichen und familiären Fähigkeiten (z. B. Kommunikation in der Familie) im Vordergrund steht. Eine Auswahl von Angeboten im Bereich der universellen Suchtprävention bietet Tabelle 4.1.

94

<https://www.provinz.bz.it/bildung-sprache/didaktik-beratung/gesundheitsfoerderung/aufbau-programm-wetterfest.asp>
(Zugriff am 30. 6. 2023)

Tabelle 4.1:
Universelle Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen

Titel/Beschreibung der Maßnahme	Region	Zielgruppe (direkt bzw. indirekt)						Substanzbezug		Setting						
		alle Zielgruppen	Erwachsene	Kinder/Jugendliche	Migrantinnen/Migranten	ältere Menschen	Multiplikatoren/ Multiplikatoren	weitere	substanzübergreifend	substanzspezifisch	settingübergreifend	Kommune	Schule, Kindergarten	Familie	auferschulisch*	Arbeitswelt**
österreichweite Maßnahmen																
<i>Gemeinsam stark werden plus</i>	Ö		x	x				x					x	X		
<i>Wetterfest</i>	Ö		x	x				x					x	X		
regionale Maßnahmen im Bereich Kindergarten/Schule (Beispiele)																
themenspezifische Workshops und Videos	B		x	x				x		x			x		x	x
Fortbildungsreihe „Verwurzelt – Kinder fürs Leben stärken“	B			x				x		x			x	X		
Workshop „Rausch und Risiko“	K			x						x		x	x		x	x
<i>Basics Workshop Suchtvorbeugung</i>	NÖ		x	x				x		x			x			
<i>Mitspieltheater Schmetterling und Pandabär</i>	NÖ		x	x				x		x			x			
<i>Klarsichtkoffer – Mitmachparcours zur Alkohol- und Tabakprävention</i>	S			x						x			x		x	x
<i>Geschützt und gestärkt dem Leben begegnen – Seminarreihe für den elementaren Bildungsbereich</i>	St			x				x		x			x			
<i>Spielen einmal anders – der spielzeugfreie Kindergarten</i>	St			x				x		x			x			
Projektbegleitung für Volksschulen zu Medienkompetenz	St		x	x				x		x			x			
<i>it's up 2U – schulische Suchtinformation</i>	T			x						x			x			
<i>klartext: unterstufe / klartext: oberstufe</i>	V			x				x		x			x		x	x
<i>Mindboost – Workshop zur psychischen Gesundheit</i>	W			x						x			x			
<i>Rauschzeit – der tabulose Podcast über Alkohol und andere Drogen</i>	W			x						x	x	x				
regionale Maßnahmen im Bereich Eltern- und Erwachsenenbildung (Beispiele)																
<i>Starke Eltern von Anfang an</i>	OÖ		x	x						x					x	
Elternangebot	B		x	x						x	x				x	
Elterninformationsveranstaltungen online	K		x	x				x		x	x				x	
<i>Online-Eltern-Talk</i>	S		x	x						x	x				x	
Elternseminare	St		x	x						x					x	

Titel/Beschreibung der Maßnahme	Region	Zielgruppe (direkt bzw. indirekt)						Substanzbezug		Setting						
		alle Zielgruppen	Erwachsene	Kinder/Jugendliche	Migrantinnen/Migranten	ältere Menschen	Multiplikatoreninnen/ Multiplikatoren	weitere	substanzübergreifend	substanzspezifisch	settingübergreifend	Kommune	Schule, Kindergarten	Familie	auferschulisch*	Arbeitswelt**
Informationsveranstaltungen online	K	x						x	x	x						
Onlinevorträge	NÖ	x						x		x						

* z. B. Jugend- und Sozialarbeit

** z. B. Betrieb, Lehrlingswesen, Berufsschule, Arbeitsmarktservice (AMS)

Quelle: Fachstellen für Suchtprävention; Darstellung: GÖG

4.2.2.3 Selektive Suchtprävention

Selektive Präventionsmaßnahmen sind an Risikogruppen gerichtet, die z. B. aufgrund ihrer Lebensumstände (suchtbelastete Familien, Fluchthintergrund, Arbeitslosigkeit o. Ä.) gefährdeter als andere Gruppen erscheinen, Substanzen zu missbrauchen oder eine Suchterkrankung zu entwickeln. Diese Risikogruppen können im Rahmen universeller Suchtprävention oft nicht genügend erreicht werden, bzw. können ihre Bedürfnisse über maßgeschneiderte Angebote besser erfüllt werden.

Ab Ende 2021 wurde das in Oberösterreich bereits etablierte Coachingprogramm *ready4Life*⁹⁵ auf die anderen Bundesländer ausgedehnt und wird inzwischen **österreichweit** angeboten. *ready4Life* richtet sich an Lehrlinge, Schüler:innen in polytechnischen Lehrgängen sowie Schüler:innen in der Oberstufe und hilft ihnen bei der Reflexion ihrer Konsumgewohnheiten in Hinblick auf Alkohol, Tabak und Nikotin, Cannabis und/oder Internet- und Smartphonennutzung. Weitere Ziele betreffen Stress- und Konfliktbewältigung im Alltag und die Förderung von Sozialkompetenzen. Das Programm besteht aus einem Workshop in Präsenz und einem anschließenden viermonatigen personalisierten Coaching mittels Chatbot-App. Die österreichweite Koordination liegt bei der Fachstelle in Oberösterreich, die App wurde in der Schweiz entwickelt (Kooperation von Lungenliga Schweiz und Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung an der Universität Zürich). Im Schuljahr 2022/23 wurden mit *ready4Life* rund 4.300 Jugendliche erreicht (vgl. Tabelle A4.1 im Anhang).

Eine Auswahl regionaler Angebote im Bereich der selektiven Suchtprävention findet sich in Tabelle 4.2.

95

<https://www.ready4life.at/> (Zugriff am 30. 6. 2023)

Eine große Rolle im Rahmen der selektiven Suchtprävention spielen Maßnahmen in **arbeitsmarkt-politischen Settings**. Diese richten sich insbesondere an Jugendliche und junge Erwachsene in Betrieben (z. B. Lehrlinge) bzw. in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Beschäftigungsprojekten (z. B. Berufsorientierungsmaßnahmen des Arbeitsmarktservice [AMS]) sowie an Trainer:innen und Berater:innen in diesen Settings. Die inhaltlichen Schwerpunkte variieren zwischen den Bundesländern. Grundsätzlich werden die jugendlichen Zielgruppen dabei unterstützt, sich selbst besser wahrzunehmen und ihren persönlichen Suchtmittelkonsum zu reflektieren, während Trainer:innen und Berater:innen zu suchtbefugten Themen geschult werden. Weitere Settings für die selektive Prävention sind die **außerschulische Jugend(sozial)arbeit bzw. Kinder- und Jugendhilfe** sowie **soziale Einrichtungen**. Tabelle 4.2 führt z. B. die Maßnahmen *PRÄKOM* und *PUMAS* an, welche die Handlungskompetenz von Fachkräften in diesen Settings in Hinblick auf das Thema Sucht/Drogen erhöhen sollen.

Für den diesjährigen Bericht wurden die Fachstellen für Suchtprävention zusätzlich gefragt, ob spezielle Präventionsangebote für Kinder aus suchtbefugten Familien oder für Menschen mit Behinderungen bestehen. In Bezug auf **Kinder aus suchtbefugten Familien** meldeten vier Bundesländer spezielle Angebote der Fachstellen für den Berichtszeitraum ein, in zwei weiteren Bundesländern sind solche Angebote in Planung⁹⁶. In der Steiermark z. B. werden seit über zehn Jahren Fortbildungsveranstaltungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus unterschiedlichen Settings (wie Kindergarten, Schule, Kinder- und Jugendhilfe) zu diesem Thema durchgeführt. Diese sollen die Teilnehmer:innen für die Lebenssituation dieser Kinder sensibilisieren und sie mit Fachwissen und Handlungsmöglichkeiten ausstatten. Auch in Wien bietet das Institut für Suchtprävention in Zusammenarbeit mit dem Verein Dialog Schulungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren an, zusätzlich sind suchtbefugte Familien bspw. auch eine Zielgruppe für das Programm *Familien stärken 10–14*, welches darauf abzielt, die Eltern-Kind-Beziehung zu verbessern⁹⁷. Neben den spezifischen Maßnahmen der Fachstellen sei hier auch auf das Programm der *Frühen Hilfen* hingewiesen (vgl. Abschnitt 4.2.2.4).

Spezielle Maßnahmen für **Menschen mit Behinderungen** im Berichtszeitraum wurden von Fachstellen in Kärnten und Wien berichtet. In Wien bspw. hat die Fachstelle in Kooperation mit dem Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen und seinen Mitgliedsorganisationen im Bereich Behindertenhilfe ein Praxisbuch für Mitarbeiter:innen in der Behindertenhilfe zum Thema Sucht entwickelt, das einen Praxisteil zum Umgang mit Menschen mit Suchtverhalten beinhaltet⁹⁸. Begleitend werden Infonachmittage in leichter Sprache für Nutzer:innen der Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie zweitägige Schulungen für Mitarbeiter:innen der Behindertenhilfe angeboten. Darüber hinaus wird

96

In Tirol und Niederösterreich fällt diese Zielgruppe in den Verantwortungsbereich anderer Einrichtungen.

97

<https://sdw.wien/angebot/praevention/familien-staerken> (Zugriff am 30. 6. 2023)

98

<https://sdw.wien/information/downloadbereich/umgang-mit-sucht-bei-menschen-mit-behinderungen> (Zugriff am 30. 6. 2023)

seit 2018 eine Broschürenreihe in leichter Sprache veröffentlicht bzw. wurden Videos in Gebärdensprache mit suchtspezifischen Inhalten produziert⁹⁹.

Im Freizeitbereich liegt der Fokus auf der Vermittlung eines kritischen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz) sowie auf Alternativen zum Substanzkonsum; ein relevantes Setting dafür ist die **Club- und Partyszene**. In Österreich gibt es drei Drug-Checking-Maßnahmen. Das Angebot *Checkit!* der Suchthilfe Wien bietet im Raum Wien integriertes Drug-Checking (Analyse von Substanzen, verknüpft mit Beratung) an und ist ein wissenschaftliches Kooperationsprojekt mit der Medizinischen Universität Wien. Das Projekt dient zudem der Kontaktaufnahme mit Jugendlichen, im Jahr 2022 fanden rund 4.200 Informations- bzw. Beratungskontakte statt (SHW 2023). Eine ähnliche Maßnahme wird in Tirol von *Drogenarbeit Z6* angeboten (vgl. die Kapitel 3, 6 und 7). Ein weiteres Drug-Checking-Angebot startete im Jahr 2022 in Graz unter dem Titel *Trip-talks – Substanztestung in Graz* als Projekt von *Caritas Kontaktladen & Streetwork im Drogenbereich*. Andere Angebote beraten Eventbesucher:innen und Veranstalter:innen (z. B. *taktisch klug*¹⁰⁰ in Vorarlberg und *Checkpoint*¹⁰¹ in Niederösterreich).

99

https://www.youtube.com/playlist?list=PLvejTXiPjCn5QQNpyuqoPe_2olrFERXE8 (Zugriff am 1. 7. 2023)

100

<https://www.koje.at/taktischklug> (Zugriff am 30. 6. 2023)

101

<https://www.fachstelle.at/portfolio/checkpoint> (Zugriff am 30. 6. 2023)

Tabelle 4.2:
Selektive Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen

Titel/Beschreibung der Maßnahme	Region	Zielgruppe (direkt bzw. indirekt)						Substanzbezug		Setting						
		alle Zielgruppen	Erwachsene	Kinder/Jugendliche	Migrantinnen/Migranten	ältere Menschen	Multiplikatorinnen/ Multiplikatoren	weitere	substanzübergreifend	substanzspezifisch	settingübergreifend	Kommune	Schule, Kindergarten	Familie	außerschulisch*	Arbeitswelt**
österreichweite Maßnahmen																
<i>ready4life</i> – Coachingprogramm	Ö			x			x		x	x			x			x
regionale Maßnahmen mit Fokus auf Kinder/Jugendliche (Beispiele)																
Lehrgang „Suchtprävention in Jugendausbildung und -beschäftigung“	St			x			x		x		x					
Seminarreihe „PRÄKOM – Präventionskompetenz in Jugendarbeit und Jugendhilfe“	St			x			x		x						x	
<i>Choice – Training zur Anregung der Selbstwahrnehmung und Regulationsfähigkeit von Gefühlen</i>	St			x			x		x							x
Berufsorientierungsmaßnahmen	B			x					x	x					x	x
<i>SUPstart – Suchtprävention für den Start in ein gesundes Arbeitsleben</i>	W			x					x	x						x
Seminar zum Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“	W			x			x		x		x	x		x		
<i>join2gether</i> und <i>act it playground</i> – Prävention und Frühintervention in Heimen und sozialpädagogischen Einrichtungen	T			x			x			x					x	
regionale Maßnahmen für weitere Zielgruppen (Beispiele)																
<i>Drive clean</i> (an Fahrschulen)	OÖ	x							x							x
<i>pib – Prävention in Betrieben</i>	T		x				x			x						x
<i>SUPArb – Suchtprävention im arbeitsmarktpolitischen Kontext</i>	W		x				x	x	x							x
<i>Umgang mit Sucht bei Menschen mit Behinderungen – Praxisbuch</i>	W						x	x	x		x					
<i>PUMAS – Professioneller Umgang mit Abhängigkeit in sozialen Einrichtungen</i>	NÖ		x		x	x	x	x	x		x				x	x
<i>Checkpoint</i> (mobiles Jugendservice in Lokalen und auf Veranstaltungen)	NÖ			x				x	x							x

* z. B. Jugend- und Sozialarbeit

** z. B. Betrieb, Lehrlingswesen, Berufsschule, AMS

Quelle: Fachstellen für Suchtprävention; Darstellung: GÖG

4.2.2.4 Indizierte Suchtprävention

Indizierte Maßnahmen wenden sich an Individuen, bei denen zwar ein Risikoverhalten bzw. damit zusammenhängende Verhaltensauffälligkeiten feststellbar sind, aber noch keine Abhängigkeitsmerkmale. Ziele sind hier beispielsweise eine Konsumreduktion oder die Vorbeugung gegen eine Abhängigkeit. Einen wichtigen Bestandteil der indizierten Suchtprävention in Österreich bilden Maßnahmen zur Früherkennung und -intervention. Dabei lernen Fachkräfte, die in relevanten Settings arbeiten (wie etwa in der Schule, außerschulischen Jugendarbeit, in Betrieben oder im AMS), wie sie beispielweise mit Verdachts- und Anlassfällen bzw. Krisensituationen in ihrer Einrichtung umgehen und die betroffenen Personen weitervermitteln können. Indizierte Angebote sind mitunter Teil umfassenderer Maßnahmen, die auch universelle oder selektive Angebote beinhalten¹⁰². Es gibt mehrere Angebote indizierter Suchtprävention, die österreichweit von Bedeutung sind. Beispiele (zusätzlicher) regionaler Maßnahmen sind in Tabelle 4.3 zu finden.

In allen Bundesländern bieten die Fachstellen unter der Bezeichnung *movin' – Motivierende Gesprächsführung in der Suchtprävention* standardisierte Seminare zur Methode der **motivierenden Gesprächsführung**¹⁰³ an. Die Zielgruppe bilden Personen aus verschiedensten Bereichen¹⁰⁴, die mit (riskant) konsumierenden Jugendlichen arbeiten. Im Vordergrund steht die Kommunikation mit Klientinnen und Klienten mit ambivalenten Einstellungen zu ihrem Substanzgebrauch bzw. Suchtverhalten. Die Methode ermöglicht eine geschützte und unterstützende Gesprächsatmosphäre und fördert dadurch die Bereitschaft zur Verhaltensänderung. Die Seminare dauern durchschnittlich zwanzig Stunden und vermitteln die Grundhaltung und Strategien der Methode durch praktische Übungen, Rollenspiele und deren Reflexion. Das Programm läuft in den meisten Bundesländern seit vielen Jahren¹⁰⁵, seit 2023 wird es auch im Burgenland angeboten. Im Schuljahr 2022/23 wurden mehr als 500 Personen hinsichtlich *movin'* geschult (vgl. Tabelle A4.1 im Anhang).

102

Deshalb werden manche Maßnahmen aus Tabelle 4.3 auch in den vorangehenden Tabellen genannt.

103

mehr Informationen unter <http://www.motivationalinterviewing.org> (Zugriff am 30. 6. 2023)

104

Im Berichtszeitraum waren z. B. Personen aus den folgenden Bereichen vertreten: Suchthilfe und -therapie (ambulant und stationär), Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Physiotherapie, klinische und Gesundheitspsychologie, Betriebsrätinnen und -räte, Familienberatung, (außerschulische) Jugend- bzw. Sozialarbeit, Jugendberatung, Jugendcoaching, Jugendsuchtberatung, Jugendzentren, Kinder- und Jugendhilfe, Kindergärten, Lebens- und Sozialberatung, Offene Jugendarbeit, Pädagogik, Schulsozialarbeit, Sozialpädagogik, Streetwork, Arbeitstraining, Jugendausbildung, Jugendbeschäftigungsprojekte, Behindertenbetreuung, pädagogische Jugendwohneinrichtungen, Wohnungslosenhilfe (Riegler-Mandić, p. M.).

105

je nach Bundesland seit 2004 (W), 2005 (K, NÖ, St, T), 2007 (OÖ, S) oder 2009 (V)

Als Weiterentwicklung von *movin'* bietet das Pilotprojekt *switch*¹⁰⁶ seit Herbst 2021 eine Fortbildung für **Ärztinnen und Ärzte in der Primärversorgung**, in Betrieben und anderen Settings¹⁰⁷. Die für *movin'* (siehe oben) zertifizierten Trainer:innen wurden dafür neu geschult und setzen die Fortbildung um. Die Teilnehmer:innen werden während der achtstündigen Fortbildung mit Techniken des Motivational Interviewing vertraut gemacht und dadurch befähigt, in ihrer hausärztlichen Praxis bzw. bei Vorsorgeuntersuchungen adäquate und zielgerichtete Kurzinterventionen mit Patientinnen und Patienten in Bezug auf problematischen Alkohol- und Nikotinkonsum zu setzen. Die Kurzintervention wurde unter der Leitung der Fachstelle für Suchtprävention in Niederösterreich in Zusammenarbeit mit den Fachstellen in Oberösterreich und Tirol entwickelt. Im Zeitraum September 2022 bis Mai 2023 wurden mehr als 50 Personen in Oberösterreich und Wien geschult (vgl. Tabelle A4.1 im Anhang). Nach Abschluss des Pilotprojekts ist eine schrittweise Etablierung in Österreich geplant.

Darüber hinaus gibt es österreichweit Maßnahmen zur **Früherkennung und -intervention bei Anlassfällen in Schulen** gemäß § 13 SMG (vgl. Kapitel 2)¹⁰⁸. Am häufigsten werden Schulungen für Lehrer:innen angeboten (z. B. im Rahmen schulinterner Fortbildungen [SCHILF] für jeweils 15 bis 25 Lehrkräfte). In Kärnten werden unter dem Namen *Hinschauen und Handeln* umfassende Vorträge für Pädagoginnen und Pädagogen am jeweiligen Schulstandort abgehalten, um sie mit den Abläufen bei einem Anlassfall besser vertraut zu machen. Pädagoginnen und Pädagogen lernen, problematischen Substanzkonsum besser einzuschätzen, und entwickeln eine höhere Sicherheit im Umgang damit. In Oberösterreich wurden gemeinsam mit der AUVA-Landesstelle Linz Unterlagen für Lehrlingsverantwortliche oder Schlüsselkräfte in Betrieben und Schulen entwickelt, einschließlich konkreter Handlungsanleitungen für die Praxis¹⁰⁹. Informationen für Schulpersonal, Eltern und Schüler:innen betreffend § 13 SMG sind online aufrufbar¹¹⁰.

In Kärnten können suchtgefährdete junge Menschen (im Alter von bis zu 21 Jahren) an das Projekt *Way out* vermittelt werden, das ihnen ermöglicht, im Laufe von sechs Monaten in Einzel- und Gruppensettings Handlungsalternativen zum Substanzkonsum zu erkennen und ihre psychosozialen

106

<https://www.fachstelle.at/switch> (Zugriff am 30. 6. 2023)

107

Im Berichtszeitraum wurden neben Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, Fachärztinnen und Fachärzten sowie Betriebsärztinnen und Betriebsärzten auch andere Berufsgruppen wie Psychologinnen und Psychologen sowie Sozialarbeiter:innen erreicht (Riegler-Mandić, p. M.).

108

Diese Maßnahmen basieren auf einem österreichweiten Projekt namens *Step by Step*, im Rahmen dessen ab dem Jahr 1992 Strategien für die Früherkennung und -intervention bei Anlassfällen in Schulen gemäß § 13 SMG entwickelt wurden. Im Laufe der letzten Jahre wurde das Programm in den einzelnen Bundesländern den regionalen Erfordernissen angepasst und wird deshalb zum Teil unter anderen Namen angeboten (Schmidbauer, p. M.).

109

<https://www.stepcheck.at> (Zugriff am 30. 6. 2023)

110

<https://13er.info> (Zugriff am 30. 6. 2023)

Kompetenzen zu stärken. *Way out* ist als **gesundheitsbezogene Maßnahme** entsprechend § 11 SMG definiert, Zugangskriterium ist eine ärztliche Empfehlung im Rahmen einer Begutachtung gemäß §§ 12 und 13 SMG durch Amts- und Schulärztinnen/-ärzte. Das Projekt wird in Kooperation mit dem Verein NEUSTART umgesetzt.

In Wien wurden **Onlineselbsthilfeprogramme** in Zusammenarbeit mit dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, einem assoziierten Institut der Universität Zürich, für Österreich entwickelt und evaluiert (vgl. Abschnitt 4.2.3). Dieses Angebot ist österreichweit verfügbar und richtet sich an Personen, die zur Konsumreduktion (in den Bereichen Alkohol, Cannabis oder Glücksspiel/Sportwetten) bereit sind, aber die Beratungsangebote im Suchthilfesystem nicht in Anspruch nehmen.

In Österreich wird über das Programm *Frühe Hilfen*¹¹¹ der Aufbau regionaler Strukturen gefördert, die eine **frühzeitige Unterstützung von schwangeren Frauen und Familien mit Neugeborenen bzw. Kleinkindern** ermöglichen, deren Lebensumstände belastend sind. *Frühe Hilfen* integrieren verschiedenste Wirk- und Handlungsaspekte. Sie sind einerseits als Gesundheitsförderung im Setting Familie zu verstehen, andererseits als indizierte Prävention, da einzelne Familien mit Unterstützungsbedarf identifiziert und auf freiwilliger Basis entsprechend ihrer individuellen Situation begleitet werden. Der Fokus liegt zwar nicht vorrangig auf dem Thema Sucht bzw. Suchtprävention, suchtbelastete Familien sind jedoch auch eine Zielgruppe der *Frühen Hilfen*. Die bestehenden Kooperationen zwischen den regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken und den Fachstellen für Suchtprävention bzw. der Suchthilfe ermöglichen bei Bedarf die Weitervermittlung von Familien zu spezifischen Angeboten. Mit Stand 31. 12. 2022 waren regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke in allen neun Bundesländern, konkret in insgesamt 71 politischen Bezirken, aktiv¹¹². Im Jahr 2022 wurden 2.397 Familien von Fachkräften oder Freundinnen bzw. Freunden, Bekannten und Verwandten neu an regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke vermittelt oder nahmen selbst Kontakt mit einem Netzwerk auf. 2.541 Familien wurden im Laufe des Jahres längerfristig begleitet, weitere rund 500 wurden kurzfristig unterstützt (Marbler et al. 2023). Das Programm wird derzeit weiter ausgebaut (vgl. Abschnitt 4.4).

111
<http://fruehehilfen.at> (Zugriff am 30. 6. 2023)

112
<https://www.fruehehilfen.at/de/Regionale-Netzwerke/Fruehe-Hilfen-Netzwerke.htm> (Zugriff am 30. 6. 2023)

Tabelle 4.3:
 Indizierte Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen

Titel/Beschreibung der Maßnahme	Region	Zielgruppe (direkt bzw. indirekt)						Substanzbezug		Setting						
		alle Zielgruppen	Erwachsene	Kinder/Jugendliche	Migrantinnen/Migranten	ältere Menschen	Multiplikatorinnen/ Multiplikatoren	weitere	substanzübergreifend	substanzspezifisch	settingübergreifend	Kommune	Schule, Kindergarten	Familie	außerschulisch*	Arbeitswelt**
österreichweite Maßnahmen																
<i>movin'</i>	Ö		x	x				x		x						
<i>switch</i>	Ö		x					x			x					
<i>Frühe Hilfen</i>	Ö		x	x	x			x						x		
regionale Maßnahmen mit Fokus auf Kinder/Jugendliche (Beispiele)																
§13-SMG-Schulung	B		x					x	x	x	x	x	x	x		
<i>Helfen statt strafen: Unterstützung im Umgang mit Drogen-Anlassfällen nach §13 SMG</i>	NÖ		x					x		x			x			
Fortbildung für Schulpersonal „§ 13 SMG - Helfen statt strafen“	V			x				x		x			x			
<i>Way out</i>	K			x						x	x					x
regionale Maßnahmen für weitere Zielgruppen (Beispiele)																
individuelle Beratung und Krisenintervention	V	x								x	x	x				
Erstellung von Präventionskonzepten, Coaching bei Verdachts- und Anlassfällen	V	x								x	x		x			x
<i>pib - Prävention in Betrieben</i>	T		x					x			x					x
<i>SUPArb - Suchtprävention im arbeitsmarktpolitischen Kontext</i>	W		x					x	x	x						x

* z. B. Jugend- und Sozialarbeit, Gesundheitswesen
 ** z. B. Betrieb, Lehrlingswesen, Berufsschule, AMS

Quelle: Fachstellen für Suchtprävention, GÖG; Darstellung: GÖG

4.2.2.5 Medienkampagnen

Im Vergleich zu anderen Maßnahmentypen (siehe die vorangehenden Abschnitte) spielen massenmediale Kampagnen in Österreich eine untergeordnete Rolle. Dennoch gibt es Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung und Bereitstellung von Informationen zu Substanzgebrauch (v. a. Alkohol, Tabak/Nikotin, Cannabis), Suchtthemen sowie Hilfsangeboten. Informationen werden z. B. vom

BMSGPK auf dem *Österreichischen Gesundheitsportal* zur Verfügung gestellt¹¹³, der Dachverband der Sozialversicherungsträger produziert auch Videos, etwa zum Thema Alkohol¹¹⁴. Die Fachstellen für Suchtprävention organisieren Informationsveranstaltungen oder entwickeln Broschüren, Websites, Videos, Podcasts o. Ä. für direkte sowie indirekte Zielgruppen (z. B. Jugendliche, Eltern, Fachkräfte in Gesundheits- und sozialen Berufen). Entsprechende Maßnahmen auf regionaler Ebene wurden bereits in anderen Abschnitten dieses Kapitels beschrieben. Österreichweite Kampagnen werden fallweise von der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* initiiert, wobei die folgenden zwei Maßnahmen bereits länger bestehen.

Auf dem Internetportal *www.feel-ok.at* erhalten **Jugendliche zwischen zwölf und 18 Jahren** Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen (u. a. über Selbsttests, Quiz, Videos). Für Lehrpersonen stehen dort Unterrichtsmaterialien zur Verfügung, für Eltern Informationen über Zusammenhänge zwischen Gesundheits-, Lebenskompetenz und Suchtprävention. Der Bereich „Genuss & Sucht“ bietet Informationen zu Alkohol, Cannabis, Tabak/Nikotin, Onlinesucht, Glücksspiel und Risikoverhalten. Der inhaltliche Fokus liegt auf Aufklärung und Förderung von Gesundheits- und Risikokompetenzen. Die Website besteht seit dem Jahr 2003 und wird in allen Bundesländern angeboten, in sechs Bundesländern wird sie von der jeweiligen Fachstelle für Suchtprävention betreut.

Die *Österreichische Dialogwoche Alkohol (DWA)*¹¹⁵ wendet sich sowohl an **Fachkräfte** (z. B. in Gesundheits- und sozialen Berufen) als auch an die **österreichische Allgemeinbevölkerung** (z. B. Eltern). Verschiedene Einrichtungen geben u. a. Einblicke in ihre Arbeit und informieren bzw. diskutieren zu Suchtthemen. Ziel ist es, sachlich über Alkohol zu informieren sowie Zielgruppen anzuregen, über den eigenen Alkoholkonsum nachzudenken und darüber ins Gespräch zu kommen. Die DWA wird seit 2017 alle zwei Jahre in Österreich veranstaltet und ist eine Initiative der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* in Kooperation mit dem BMSGPK, der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger. Im Mai 2023 fand die DWA unter dem Motto „Wie viel ist zu viel?“, begleitet von einer Website, zum vierten Mal statt – mit über 100 Terminen und Events und erstmals im hybriden Modus (sowohl mit Veranstaltungen regional vor Ort als auch online). Sie bot zahlreiche Informationen zum Thema Alkohol, Empfehlungen zum verantwortungsvollen Umgang damit und digitale Tools (z. B. Selbsttests, Konsumtagebuch, Konsumreduktionsprogramm¹¹⁶). Beworben wurde die DWA hauptsächlich über Medien- und Öffentlichkeitsarbeit der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* bzw. der Fachstellen für Suchtprävention und über Social Media.

113

<https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/sucht.html> (Zugriff am 30. 6. 2023)

114

<https://www.sozialversicherung.at/alkohol-videos> (Zugriff am 30. 6. 2023)

115

<https://www.dialogwoche-alkohol.at/> (Zugriff am 30. 6. 2023)

116

<https://www.alkcoach.at> (Zugriff am 30. 6. 2023)

4.2.3 Qualitätssicherung

Qualität in der Suchtprävention wird in Österreich auf vielfältige Weise sichergestellt. Eine wichtige Rolle spielt dabei die **strukturelle Verankerung der Thematik in den Fachstellen für Suchtprävention** auf Bundeslandebene. Dies soll gewährleisten, dass die durchgeführten Maßnahmen aufeinander abgestimmt, qualitativ hochwertig und nachhaltig sind sowie den jeweiligen regionalen Bedürfnissen angepasst sind. Koordinations- und Kooperationsmechanismen (vgl. Abschnitt 4.2.1 und Kapitel 1) tragen dabei zur Qualitätssicherung auf regionaler sowie auf nationaler Ebene bei.

Die **Sucht- bzw. Drogenstrategien** auf nationaler und regionaler Ebene (vgl. Abschnitt 4.2.1 und Kapitel 1) formulieren Erwartungen an qualitativ hochwertige Suchtprävention. Qualitätsbezogene Aussagen finden sich auch im Leitbild „Professionelle Suchtprävention in Österreich“, das 2002 von den Fachstellen für Suchtprävention mit externer Begleitung erarbeitet wurde (Uhl/ Springer 2002), sowie in einem Begleitdokument zur *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* (Uhl et al. 2013). Formal spielen mit der Finanzierung verknüpfte **Qualitätsstandards** eine wichtige Rolle, etwa die Qualitätskriterien des FGÖ¹¹⁷. Auf regionaler Ebene kommen z. B. Qualitätsstandards für Suchtprävention in der Schule (Steiermark) oder für Jugendsuchtberatungen (Niederösterreich) zur Anwendung. Weitere relevante Qualitätsstandards finden sich in Dokumenten zur „Gesunden Schule“¹¹⁸ und für die betriebliche Suchtprävention¹¹⁹. Daneben gibt es auch einschlägige Leitfäden/Handbücher, beispielsweise zum Umgang mit Anlassfällen in der Schule oder in Betrieben (vgl. Abschnitt 4.2.2). Internationale Standards wie etwa die Europäischen Qualitätsstandards zur Suchtprävention (EMCDDA 2011) werden ergänzend genutzt, z. B. bei der Entwicklung neuer Maßnahmen oder in der Lehre.

Bei der Umsetzung präventiver Maßnahmen sind **Evaluierungen** State of the Art, wobei in Österreich routinemäßig vor allem die Optimierung laufender Projekte Priorität hat. Im Fokus dieser internen Evaluationen oder Intraisionen¹²⁰ stehen Aspekte wie die Durchführbarkeit von Maßnahmen und deren Akzeptanz bzw. wahrgenommene Wirksamkeit bei direkten und indirekten Zielgruppen. Im Jahr 2022 wurden z. B. in Wien die Umsetzungsgenauigkeit und die Erfahrungen der

117

<https://fgoe.org/qualitaetskriterien> (Zugriff am 30. 6. 2023)

118

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844051&portal=svportal> (Zugriff am 30. 6. 2023)

119

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714640&version=1513851060> (Zugriff am 30. 6. 2023)

120

Während eine Evaluation die Zielgruppe formal miteinbezieht (z. B. mittels Fragebögen), ist mit „Intraision“ der kommunikative Austausch unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gemeint, im Zuge dessen auch Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Angebote reflektiert werden können.

Teilnehmer:innen der vergangenen *kT/KISS*-Schulungen¹²¹ (2017–2022) analysiert. Insgesamt wurden Daten zu 26 Teilnehmenden (Mitarbeiter:innen aus Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems sowie des Sucht- und Drogenhilfenetzwerkes) ausgewertet. Die Evaluation behandelte unter anderem die Frage, ob und wie Teilnehmer:innen Lerninhalte in ihrer Arbeit mit Klientinnen bzw. Klienten anwenden konnten und welche Rahmenbedingungen für eine gelungene Umsetzung gegeben sein müssen (Brunner, p. M.).

Darüber hinaus gibt es z. B. in Tirol für die meisten Maßnahmen eine Steuerungsgruppe, die sich zumindest jährlich trifft, um das jeweilige Angebot und seine Weiterentwicklung zu reflektieren. Umfangreichere, extern in Auftrag gegebene (Ergebnis-)Evaluationen werden von den Fachstellen fallweise initiiert, etwa bei neuen oder besonders lange bestehenden Maßnahmen¹²². Darüber hinaus spielen umfangreichere Evaluationen dort eine Rolle, wo Maßnahmen im Kontext (internationaler) wissenschaftlicher Forschung durchgeführt werden (z. B. Baumgartner et al. 2019, Malisch-nig et al. 2020, Baumgartner et al. 2021a, 2021b, Ahlers et al. 2022, Dey et al. 2022). Bei nationalen Maßnahmen (z. B. Änderung des Nichtraucherschutzes in der Gastronomie) kommen fallweise Gesundheitsfolgenabschätzungen (GFA, engl. health impact assessment) zum Einsatz¹²³.

Angebote zur **Aus-, Fort- und Weiterbildung** sind ebenfalls ein wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherung. Zusätzlich zur Wissensvermittlung ermöglichen Bildungsangebote die Vernetzung von Stakeholderinnen und Stakeholdern der Suchtprävention und einen damit verbundenen Erfahrungsaustausch. Es gibt in Österreich mehrere – auch universitäre – Lehrgänge speziell zum Thema Suchtprävention (für Beispiele siehe Busch et al. 2021). Diese werden von den Fachstellen (mit)organisiert, bzw. stellen die Fachstellen dabei Lehrende. Bildungsangebote richten sich einerseits an Mitarbeiter:innen der jeweiligen Fachstellen (z. B. als Voraussetzung für die Mitarbeit). In Niederösterreich etwa müssen Personen, die als Referentinnen und Referenten für die Fachstelle tätig werden wollen, einen achtmonatigen Lehrgang absolvieren, anschließend gibt es Fortbildungsangebote (z. B. zu aktuellen Entwicklungen, Methodentrainings). Andererseits wenden sich (weitere) Bildungsangebote an vermittelnde Zielgruppen wie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren¹²⁴. Beispielsweise bietet die Fachstelle in Vorarlberg einen sechstägigen Lehrgang „Suchtprävention“ für Mitarbeiter:innen der außerschulischen Jugendarbeit, von Jugendqualifizierungs- und Arbeitsintegrationsmaßnahmen sowie für Personen aus der Lehrlingsausbildung an. Auch werden suchtpreventive Module oder Unterrichtseinheiten als Teil anderer Ausbildungen angeboten. So

121

kT/KISS steht für „kontrolliertes Trinken“ bzw. „Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“. Beide sind verhaltenstherapeutisch orientierte Konsumkontroll- bzw. Konsumreduktionsprogramme auf Grundlage des Motivational Interviewings.

122

So wurde z. B. das österreichweite Programm *plus* zwischen 2009 und 2013 von der Universität Innsbruck wissenschaftlich evaluiert, für weitere Informationen siehe: <https://www.suchtvorbeugung.net/plus/> (Zugriff am 30. 6. 2023)

123

https://hiap.goeg.at/oesterreichische_gfa (Zugriff am 30. 6. 2023)

124

Daher ist die Abgrenzung zu Maßnahmen im engeren Sinne (vgl. Abschnitt 4.2.2) fließend.

nimmt z. B. die Fachstelle im Burgenland eine entscheidende Rolle bei der Ausbildung von Jugendbetreuerinnen und -betreuern sowie Pädagoginnen und Pädagogen ein, während die Fachstelle in der Steiermark u. a. Fortbildungen zum Thema Tabak/Nikotin für Studierende im Bereich der Gesundheitsberufe durchführt.

Zusätzlich organisiert die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* eine **jährliche Fachtagung** zur Vernetzung und Weiterbildung der Präventionsfachkräfte, zu der auch externe Vortragende geladen werden. Der Titel der Fachtagung im Herbst 2022 lautete „Brennpunkt Traumafolgenprävention – in praktischer Umsetzung durch Präventionsfachleute“¹²⁵. Gelegentlich werden auch österreichweite Weiterbildungswebinare für Mitarbeiter:innen der Fachstellen angeboten. Im Berichtszeitraum wurden vorbereitende Arbeiten zur Etablierung des *Europäischen Präventionscurriculums (EUPC)* in Österreich fortgesetzt (vgl. Abschnitt 4.4).

4.3 Trends

Suchtpräventive Aktivitäten in Österreich sind überwiegend substanzunspezifisch bzw. übergreifend auf suchtrelevante Verhaltensweisen ausgerichtet. Während vor mehreren Jahrzehnten spezifische Maßnahmen zur Suchtvorbeugung im Zusammenhang mit illegalen Substanzen im Vordergrund standen, spielen diese inzwischen eine eher untergeordnete Rolle, da sich das **Problemverständnis** stetig weiterentwickelt hat (von der „Drogenprävention“ zur „Suchtprävention“, die aber auch z. B. die Unfall-, Gewalt- oder Krebsprävention miteinschließt; vgl. Uhl/Springer 2002). So fanden legale Substanzen (wie bspw. Tabak) vermehrt Berücksichtigung und spielen bei den substanzspezifischen Ansätzen nunmehr eine größere Rolle. Auch rückten andere Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (wie bspw. Glücksspiel) durch diesen Prozess vermehrt ins Blickfeld. Konzeptuelle Entwicklungen wie die stärkere Berücksichtigung biopsychosozialer Ursachen sowie von Risiko- und Schutzfaktoren (vgl. EMCDDA 2009, West 2013) machten darüber hinaus deutlich, dass verschiedene Problemlagen auf ähnliche Ursachen zurückgeführt werden können. Somit können suchtpreventive Maßnahmen, welche diese gemeinsamen Faktoren ansprechen (bspw. Lebenskompetenzprogramme), auch zu Verbesserungen in anderen Handlungsfeldern (etwa in der Kriminal- oder Suizidprävention) beitragen. Zudem wird das suchtpreventive Potenzial suchtspezifischer Aktivitäten (z. B. im Bereich der Freizeitpädagogik) erkennbar. Infolgedessen wurde es möglich, das Know-how und die Strukturen, die in Bezug auf die Suchtprävention in den Fachstellen entwickelt worden waren, hinsichtlich anderer Handlungsfelder zu nutzen und weiterzuentwickeln. Auch die **Verknüpfung mit gesellschaftlich aktuellen Themen** (z. B. mit der psychischen Gesundheit von Jugendlichen) bietet eine Möglichkeit, die wahrgenommene Relevanz suchtpreventiver Maßnahmen für potenzielle Auftraggeber:innen und Zielgruppen zu erhöhen (Schmidbauer, p. M.).

125

<https://www.suchtvorbeugung.net/tagungen/2022/> (Zugriff am 30. 6. 2023)

Vor diesem Hintergrund haben sich die **Themen und Aktivitäten der Fachstellen für Suchtprävention** laufend erweitert. Dies zeigt sich u. a. in der Entwicklung und Einbindung von Zusatzmodulen für die österreichweit eingesetzten Standardprogramme. Im Sinne des ganzheitlichen Ansatzes der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* werden z. B. seit 2015 für Jugendliche in fast allen Bundesländern Workshops zum Thema Glücksspiel angeboten. Seit Juni 2021 bietet die Fachstelle in Wien mit „*genuggespielt.at/genuggewettet.at*“ ein Onlineselbsthilfeprogramm zur Reduktion des Glücksspielkonsums/Sportwettverhaltens für Personen ab 18 Jahren an.

Digitale Medien spielen ebenfalls eine immer wichtigere Rolle in der Suchtprävention, und zwar sowohl als Problemfeld als auch in der Angebotslandschaft im Rahmen von Maßnahmen. Dieser Trend hat sich durch die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie noch weiter verstärkt (näher beschrieben in Busch et al. 2021).

4.4 Neue Entwicklungen

Das österreichweite Programm *Frühe Hilfen* (vgl. Abschnitt 4.2.2) wird mit den Mitteln des europäischen Aufbau- und Resilienzfonds (RRF) bis Mitte 2023 flächendeckend ausgebaut (BMF 2021). Im Sommer 2022 startete der Roll-out in ersten Bezirken; im Frühjahr 2023 war das Angebot bereits in 110 der insgesamt 116 politischen Bezirke Österreichs verfügbar (Haas, p. M.). Im Herbst 2022 lag ein abgestimmter Entwurf zur nachhaltigen Verankerung und Finanzierung des Angebots ab 2024 durch eine Partnerschaft von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern vor, die rechtliche Umsetzung soll bis Ende 2023 erfolgen. Weiters wurde das österreichische Programm der *Frühen Hilfen* im Jahr 2022 bei einem entsprechenden Call der Europäischen Kommission (EK) als Best Practice im Bereich Prävention nichtübertragbarer Krankheiten ausgezeichnet und in das europäische Best Practices Portal aufgenommen¹²⁶.

Auf europäischer Ebene gibt es seit einigen Jahren Bemühungen, europaweit einen Mindeststandard an Qualität zu sichern und ein gemeinsames Verständnis suchtpreventiver Arbeit herzustellen. Aktuell ist in dieser Hinsicht das *Europäische Präventionscurriculum (EUPC)*¹²⁷ von besonderer Bedeutung. Dabei handelt es sich um einen mehrtägigen Kurs für Entscheidungsträger:innen (auch innerhalb von Einrichtungen wie den Fachstellen für Suchtprävention) nach einem europaweit einheitlichen Curriculum, der von der EMCDDA zur Umsetzung in den EU-Mitgliedsländern empfohlen wird. Im Berichtszeitraum absolvierten vier österreichische Fachkräfte die Ausbildung zu nationalen EUPC-Trainerinnen bzw. -Trainern, um EUPC auch in Österreich anbieten zu können. Eine Pilotimplementierung des EUPC-Kurses in Österreich ist ab Herbst 2023 vorgesehen und erfolgt unter

126

<https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/best-practice/395> (Zugriff am 30. 6. 2023)

127

https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum-eupc_en (Zugriff am 30. 6. 2023)

der Leitung des Kompetenzzentrums Sucht der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) in Zusammenarbeit mit der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* bzw. den Fachstellen für Suchtprävention sowie mit Unterstützung durch den FGÖ, die FINDER Akademie in Deutschland und die EMCDDA.

Von den Fachstellen für Suchtprävention bzw. den Sucht- und Drogenkoordinationen wurden für den Berichtszeitraum u. a. folgende neue Entwicklungen berichtet:

- » Im **Burgenland** wurden die betriebliche Suchtprävention und die kommunale Suchtprävention als neue Themenschwerpunkte hinzugefügt. Das Programm *movin'* wurde erstmals auch im Burgenland angeboten.
- » Zur Feier ihres 25-jährigen Bestehens schrieb die Fachstelle in **Niederösterreich** den Schulwettbewerb „Vorhang auf!“ aus, um bestehende suchtpreventive Projekte an niederösterreichischen Schulen sichtbar zu machen. Weiters wurde die Website der Fachstelle um ein Onlineinformationsangebot¹²⁸ erweitert, und es wurden neue Arbeitsmaterialien mit Begleitvideos entwickelt, die z. B. von Pädagoginnen und Pädagogen bei ihrer Arbeit mit Jugendlichen eingesetzt werden können.
- » Die Fachstelle in der **Steiermark** feierte im Berichtszeitraum ebenfalls ihr 25-jähriges Bestehen. Im Zuge des Jubiläums wurden 23 Leitlinien erarbeitet¹²⁹, welche die fachlichen und ethischen Eckpfeiler der Arbeit der Fachstelle darstellen. Weiters gibt es nun auch in Graz ein Drug-Checking-Angebot.
- » In **Wien** gab das Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele gemeinsam mit dem Institut für Suchtprävention und der Wiener Gesundheitsförderung eine Studie über Alkohol- und Zigarettenkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit in Auftrag, der Ergebnisbericht ist veröffentlicht (Puhm et al. 2023).

Beispiele neuer Maßnahmen

Tabelle 4.4 zeigt ausgewählte Beispiele von Maßnahmen, die im Berichtszeitraum auf Bundeslandebene neu entwickelt wurden oder Erweiterungen bestehender Projekte darstellen.

128

<https://www.check-yourself.at> (Zugriff am 30. 6. 2023)

129

online verfügbar unter <https://www.vivid.at/ueber-uns/> (Zugriff am 30. 6. 2023)

Tabelle 4.4:

Neue Maßnahmen und Weiterentwicklungen – Auswahl

Region	Titel der Maßnahme	Kurzbeschreibung
NÖ	<i>Gemeinsam stark werden</i> – Workshop für Schüler:innen	Das bestehende Programm von <i>Gemeinsam stark werden</i> wurde um einen Workshop erweitert, der separat gebucht werden kann und sich an Schüler:innen in Volksschulen richtet. Einen Vormittag lang werden darin der Lebenskompetenzansatz und entsprechende Methoden vorgestellt. Der Workshop wurde von der Fachstelle in Kooperation mit der Weitblick GmbH entwickelt.
OÖ	<i>Working sober</i> – Digitale Schnitzeljagd zum Thema Suchtprävention in der Lehrlingsausbildung	Gemeinsam mit Jugendlichen wird ein digitales Tool für die spielerische Vermittlung suchtpräventiver Inhalte mittels Gamification-Ansatz für Jugendliche entwickelt. Spielinhalte und Narrative werden konzipiert und in einer Web-App als digitales Escape-The-Room-Game bereitgestellt. Das Pilotprojekt läuft von Herbst 2022 bis Herbst 2024 und erfolgt als Kooperation zwischen Fachstelle, Arbeiterkammer Oberösterreich und Universität Wien.
S	<i>Nix wie Raus(ch) hier</i>	Der Workshop der Fachstelle richtet sich an Jugendliche ab 14 Jahren in der offenen und verbandlichen Jugendarbeit, in Wohngemeinschaften und Ausbildungsmaßnahmen sowie in der Lehrlingsausbildung. Thematisiert werden persönliche Ressourcen und Stärken, das eigene Konsumverhalten, Risikosituationen, Sucht und Suchtentstehung ebenso wie Alternativen zum Substanzkonsum und substanzfreie Rauscherfahrungen.
St	<i>Die verschwiegene Sucht 2.1 – Medikamentenabhängigkeit kann JEDE*N treffen</i>	Der Verein Jukus leitet seit Jänner 2022 ein zweijähriges Pilotprojekt zur Sensibilisierung für Medikamentenabhängigkeit und zu deren Enttabuisierung in der Bevölkerung sowie in der Fachwelt. Zu den Projektaktivitäten zählen Workshops für Multiplikator:innen und Multiplikatoren, der Aufbau eines professionellen Netzwerks, Öffentlichkeitsarbeit und Informationsvermittlung zur Steigerung der Gesundheitskompetenz.
T	<i>Walk About</i>	<i>Walk About</i> ist ein erlebnispädagogisches Angebot und umfasst sportlich-aktive Unternehmungen, gemeinschaftliche Erlebnisse und gruppendynamische Interaktionsübungen. Bis Juli 2022 stand das Angebot nur den Klientinnen und Klienten der <i>Drogenarbeit Z6</i> offen, nun wird es in drei Pilotbezirken für weitere Zielgruppen ausgebaut. Teilnehmer:innen können neue Tätigkeiten ausprobieren, Alternativen zum Konsum kennenlernen und sich mit der eigenen Risikobereitschaft auseinandersetzen.

Quelle: Fachstellen für Suchtprävention, Drogenarbeit Z6 (2023), Suchtkoordination Tirol (2023); Darstellung: GÖG

Drei Jahre nach Beginn der **COVID-19-Pandemie** berichten einige Fachstellen, dass sich die Pandemie inzwischen nicht mehr auf ihre Arbeit auswirkt (für die Vorjahre siehe Busch et al. 2021, 2022), wobei jedoch einige pandemiebedingte Neuerungen beibehalten werden. Dazu zählt vor allem die Bereitstellung von Onlineangeboten, welche Präsenzveranstaltungen großteils ergänzen, teilweise aber auch ersetzen. In Salzburg z. B. hat sich die Elternarbeit vollständig auf Onlinevorträge verlagert, die nun zum Standardportfolio der Fachstelle gehören (vgl. Abschnitt 4.2.2.2). Die Erfahrung der Fachstellen für Suchtprävention zeigt, dass durch Onlineangebote die Niederschwelligkeit bzw. Zugänglichkeit bestimmter Angebote verbessert wird, wodurch erweiterte Zielgruppen erreicht werden können. Insgesamt kann jedoch, insbesondere ab dem Frühjahr 2022, eine Rückkehr zur „Normalität“ festgestellt werden, wobei auch Präsenzveranstaltungen wieder an Bedeutung gewonnen haben. In der Steiermark bspw. wurden im Jahr 2021 noch fast zwei Drittel der Veranstaltungen online abgehalten, im Jahr 2022 war es nur mehr ein Viertel (Kahr, p. M.).

Im Vergleich zum Vorjahr (vgl. Busch et al. 2022) hat sich der **Krieg in der Ukraine** im Berichtszeitraum nur wenig auf die Arbeit der Fachstellen ausgewirkt. Lediglich die Fachstelle in Niederösterreich berichtet, dass der Krieg in ihren Workshops „Basics Suchtvorbeugung“ (vgl. Abschnitt

4.2.2.2) mit Jugendlichen Thema war bzw. dass vermehrt Jugendliche aus der Ukraine als Teilnehmer:innen vertreten waren.

4.5 Quellen und Methodik

Quellen

Aus der Fülle suchtpreventiver Aktivitäten, die in Österreich umgesetzt werden, wurden für das vorliegende Kapitel einige Beispiele herausgegriffen, um das Angebotsspektrum zu veranschaulichen. Dazu meldeten alle Fachstellen für Suchtprävention bzw. die Drogen-/Suchtkoordinationen in den Bundesländern mittels eines standardisierten Erhebungsblatts dem Kompetenzzentrum Sucht der GÖG aktuelle Standardmaßnahmen, Pilotprojekte und sonstige neue Entwicklungen (zum Stand Mai 2023). Zusätzliche Informationen (z. B. zu den Auswirkungen von COVID-19 bzw. des Kriegs in der Ukraine oder zu Maßnahmen für spezielle Zielgruppen) stellten ebenfalls die Fachstellen für Suchtprävention bzw. die Drogen-/Suchtkoordinationen bereit. Darüber hinaus wurden Datenanfragen an relevante Netzwerke bzw. Einrichtungen (z. B. an die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* und an das *Nationale Zentrum Frühe Hilfen*) geschickt.

Beschreibungen laufender Präventionsmaßnahmen finden sich auf den Websites, in den Jahresberichten und Newslettern der Fachstellen für Suchtprävention, der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung*, des Bildungsressorts (seit 2018 BMBWF) und des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) sowie weiterer relevanter Einrichtungen und auch in früheren Berichten zur Drogensituation sowie im *Best Practice Portal* der EMCDDA¹³⁰.

4.6 Bibliografie

Ahlers, J.; Baumgartner, C.; Augsburg, M.; Wenger, A.; Malisch, D.; Boumparis, N.; Berger, T.; Stark, L.; Ebert, D. D.; Haug, S.; Schaub, M. P. (2022). Cannabis Use in Adults Who Screen Positive for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: CANreduce 2.0 Randomized Controlled Trial Subgroup Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 24 (4), e30138

Baumgartner, C.; Bilevicius, E.; Khazaal, Y.; Achab, S.; Schaaf, S.; Wenger, A.; Haug, S.; Keough, M.; Hodgins, D.; Schaub, P. (2019). Efficacy of a web-based self-help tool to reduce problem gambling in Switzerland: study protocol of a two-armed randomised controlled trial. *BMJ Open*, 9(12), e032110

130

https://www.emcdda.europa.eu/best-practice_en (Zugriff am 30. 6. 2023)

- Baumgartner, C.; Schaub, M. P.; Wenger, A.; Malischnig, D.; Augsburg, M.; Lehr, D.; Blankers, M.; Ebert, D. D.; Haug, S. (2021a). "Take Care of You" – Efficacy of integrated, minimal-guidance, internet-based self-help for reducing co-occurring alcohol misuse and depression symptoms in adults: Results of a three-arm randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 225, 108806
- Baumgartner, C.; Schaub, M. P.; Wenger, A.; Malischnig, D.; Augsburg, M.; Walter, M.; Berger, T.; Stark, L.; Ebert, D. D.; Keough, M. T.; Haug, S. (2021b). CANreduce 2.0 Adherence-Focused Guidance for Internet Self-Help Among Cannabis Users: Three-Arm Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 23(4), e27463
- BMBWF (2018). Handlungsleitfaden zur Umsetzung des § 13 Suchtmittelgesetz an der Schule. Konsum von illegalen Suchtmitteln durch Schülerinnen und Schüler. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. Wien
- BMF (2021). Österreichischer Aufbau- und Resilienzplan 2020–2026. Bundesministerium für Finanzen. Wien
- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMGF (2016). Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Aktualisierte Fassung 2016. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMGF (2017a). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. 2012, aktualisiert 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMGF (2017b). Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2016. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMUK (1997). Erlass des Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten. GZ 27.909/115-V/3/96 vom 4. März 1997. Rundschreiben Nr. 7/1997
- BMUKK (2008). Psychologische Gesundheitsförderung im Lebensbereich Schule. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur / Abteilung Schulpsychologie und Bildungsberatung. Wien
- Busch, M.; Anzenberger, J.; Brotherhood, A.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2021). Bericht zur Drogensituation 2021. Gesundheit Österreich. Wien
- Busch, M.; Anzenberger, J.; Brotherhood, A.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T. (2022). Bericht zur Drogensituation 2022. Gesundheit Österreich. Wien

- Dey, M.; Wenger, A.; Baumgartner, C.; Herrmann, U.; Augsburg, M.; Haug, S.; Malisch, D.; Schaub, M. P. (2022). Comparing a mindfulness- and CBT-based guided self-help Internet- and mobile-based intervention against a waiting list control condition as treatment for adults with frequent cannabis use: a randomized controlled trial of CANreduce 3.0. *BMC Psychiatry*, 22, 215
- Drogenarbeit Z6 (2023). Tätigkeitsbericht 2022. Innsbruck
- EMCDDA (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers, Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg
- EMCDDA (2011). European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. EMCDDA Manuals No 7, The Publications Office of the European Union. Luxembourg
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Schmutterer, I.; Tanios, A.; Weigl, M. (2019). Bericht zur Drogensituation 2019. Gesundheit Österreich. Wien
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Gaiswinkler, S.; Schmutterer, I.; Schwarz, T. (2020). Bericht zur Drogensituation 2020. Gesundheit Österreich. Wien
- Malisch, D.; Baumgartner, C.; Schaub, M. P. (2020). CANreduce 2.0: Reduzierung des Cannabiskonsums unter Berücksichtigung von psychischen Komorbiditäten wie der Generalisierten Angststörung – Zwei Fliegen auf einen Schlag? *Suchttherapie*, 21 (04), 194–204
- Marbler, C.; Scolik, F.; Sagerschnig, S.; Winkler, P. (2023). Frühe Hilfen. Zahlen, Daten und Fakten 2022. Gesundheit Österreich, Wien
- Österreichische ARGE Suchtvorbeugung (2022). Positionspapier Cannabis-Freizeitgebrauch. Bregenz, Eisenstadt, Graz, Innsbruck, Klagenfurt, Linz, Salzburg, St. Pölten, Wien
- Österreichische ARGE Suchtvorbeugung (2016). 20 Handlungsempfehlungen zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol in Österreich. Positionspapier der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung. Graz, Klagenfurt, Eisenstadt, Wien, St. Pölten, Linz, Salzburg, Innsbruck, Bregenz und Bozen
- Puhm, A.; Antony, K.; Brotherhood, A.; Klein, C.; Santner, M. (2023). Alkohol- und Zigarettenkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit. Gesundheit Österreich, Wien
- SHW (2023). Tätigkeitsbericht 2022. Bereich Suchtprävention. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- Suchtkoordination Tirol (2023). Input der Suchtkoordination Tirol für den „Bericht zur Drogensituation 2023“. Suchtkoordination Tirol. Innsbruck

Uhl, A.; Springer, A. (2002). Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der Österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Wien

Uhl, A.; Schmutterer, I.; Kobrna, U.; Strizek, J. (2013) Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“. Stand 2019. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). Wien

Uhl, A.; Bachmayer S.; Strizek J. (2023). Handbuch Alkohol – Österreich. Band 2: Gesetzliche Grundlagen 2023. Gesundheit Österreich. Wien

West, R. (2013). Models of addiction. EMCDDA Insights Nr. 14. Publications Office of the European Union. Luxembourg

4.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

BGBL. 1989/620. Bundesgesetz vom 28. November 1989 zur Regelung des Glücksspielwesens (Glücksspielgesetz – GSpG) über die Änderung des Bundeshaushaltsgesetzes und über die Aufhebung des Bundesgesetzes betreffend Lebensversicherungen mit Auslosung

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

BGBL. 1995/431. Bundesgesetz über das Herstellen und das Inverkehrbringen von Tabakerzeugnissen sowie die Werbung für Tabakerzeugnisse und den Nichtrauchererschutz (Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtrauchererschutzgesetz – TNRSKG)

LGBl. 4/1994. Gesetz vom 24. November 1993 über die Förderung und den Schutz der Jugend in Tirol (Tiroler Jugendgesetz)

LGBl. 16/1999. Gesetz über die Förderung und den Schutz von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendgesetz)

4.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Aksakalli, Sevim	BMBWF – Abteilung I/2 (Schulpsychologie, Gesundheitsförderung und psychosoziale Unterstützung, Bildungsberatung)
Brunner, Lisa	Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien
Fraundorfer, Andrea	BMBWF – Abteilung I/2 (Schulpsychologie, Gesundheitsförderung und psychosoziale Unterstützung, Bildungsberatung)
Haas, Sabine	Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Gesundheit Österreich GmbH
Kahr, Claudia	VIVID – Fachstelle für Suchtprävention
Riegler-Mandić, Angela	Fachstelle für Suchtprävention NÖ
Schmidbauer, Rainer	Institut Suchtprävention, pro mente Oberösterreich
Schmöckel, Sonja	BMA – Abteilung III/B/4 – Förderungen, Jugendliche

4.9 Anhang

Tabelle A4. 1:

Ausgewählte Kennwerte für die Umsetzung österreichweiter Programme durch die regionalen Fachstellen in den letzten fünf Jahren

Kennwert	Schuljahr 2018/2019	Schuljahr 2019/2020	Schuljahr 2020/2021	Schuljahr 2021/2022	Schuljahr 2022/2023
	Gemeinsam stark werden (zusammen.wachsen¹)				
neu geschulte Lehrkräfte	499	623	600	774	707
bis dato erreichte Volksschulen (geschätzt) ²	136	303	472	674	781
davon neu erreichte Volksschulen ²	136	167	169	202	107
	plus				
bis dato zertifizierte Lehrkräfte (Ausbildung abgeschlossen)	1.631	1.899	2.288	2.705	3.185
davon neu zertifizierte Lehrkräfte	167	268	389	417	480
Lehrkräfte in Ausbildung ³	1.919	2.054	1.958	1.781	1.675
aktive Lehrkräfte (geschätzt) ³	3.195	3.558	3.821	4.037	4.374
erreichte Schulklassen (geschätzt)	2.130	2.372	2.548	2.692	2.919
erreichte Schüler:innen (geschätzt)	48.990	54.551	58.595	61.907	67.068
	Wetterfest⁴				
durchgeführte Seminare für Lehrkräfte	—	—	—	—	21
neu geschulte Lehrkräfte	—	—	—	—	325
	ready4life⁴				
neu erreichte Jugendliche (ab 14 Jahre) ⁵	—	—	—	—	4.287
	movin' (MOVE⁶)				
durchgeführte Kurse	36	22	15	33	40
neu geschulte Personen	552	342	204	468	572
	switch⁴				
durchgeführte Kurse	—	—	—	—	3
neu geschulte Personen	—	—	—	—	56

Zur Beschreibung der Maßnahmen siehe Abschnitt 4.2.2. Die Zahlen sind auf ganz Österreich bezogen.

¹ Das frühere Programm *eigenständig werden* wurde im Jahr 2018 von *Gemeinsam stark werden* abgelöst. Seit 2020 wird in OÖ das Programm *zusammen.wachsen* (eine Weiterentwicklung von *eigenständig werden*) umgesetzt. Die Zahlen für die Lebenskompetenzprogramme werden aufgrund von deren ähnlicher Zielsetzung und ähnlichen Methoden zusammen dargestellt.

² Zeitreihenbruch: In den Berichtszeiträumen 2019/2020, 2020/2021 und 2021/2022 kam es teilweise zu Doppelzählungen, für diese Jahre sind die Kennwerte daher Schätzungen. Ab dem Berichtszeitraum 2022/23 wird die Anzahl neu erreichter Volksschulen um Doppelzählungen bereinigt berichtet.

³ Da die Fortbildung vier Jahre andauert, ist die Zahl der Lehrkräfte in Ausbildung stets relativ hoch. Die Schätzung der Anzahl der „aktiven Lehrkräfte“ basiert auf den bis dato zertifizierten Lehrkräften sowie den Lehrkräften in Ausbildung (mit einer Korrektur zur Berücksichtigung jener Lehrkräfte, die das Programm z. B. aufgrund von Pensionierung nicht mehr umsetzen).

⁴ Die Datenreihen für die Programme *Wetterfest*, *ready4life* und *switch* beginnen erst im Schuljahr 2022/23, da es sich hier um neuere Programme handelt, bzw. befinden sich diese Programme noch im Aufbau. Aus diesem Grund liegen auch für das Programm *Wetterfest* noch keine öffentlichen Daten zu den erreichten Schülerinnen und Schülern vor.

⁵ Jugendliche (ab 14 Jahre), die das Onboarding (Appdownload + Eingangsbefragung) durchgeführt haben, bezogen auf den Zeitraum September 2022 bis Juli 2023

⁶ In Wien wurde bis 2019 das Angebot unter dem Namen „MOVE“ durchgeführt. Die Zahlen werden in dieser Übersicht zusammen dargestellt.

Quellen: Schmidbauer, p. M., Riegler-Mandić, p. M., Busch et al. (2021, 2022), Horvath et al. (2019, 2020);
Darstellung: GÖG

Drogenbezogene Behandlung

Inhalt

5	Drogenbezogene Behandlung	131
5.1	Zusammenfassung.....	131
5.2	Aktuelle Situation.....	133
5.2.1	Strategien und Koordination.....	133
5.2.2	Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung.....	137
5.2.3	Schlüsseldaten	138
5.2.4	Behandlungsmodalitäten	145
5.2.5	Qualitätssicherung	153
5.3	Trends.....	158
5.4	Neue Entwicklungen.....	159
5.5	Quellen und Methodik.....	161
5.6	Bibliografie	164
5.7	Zitierte Bundesgesetze.....	166
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	167
5.9	Anhang.....	167

5 Drogenbezogene Behandlung

5.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

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

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

Insgesamt befanden sich im Jahr 2022 geschätzt 27.200 Personen in drogenspezifischer Behandlung. Diese Zahl setzt sich aus etwa 5.500 Personen, die eine drogenspezifische Behandlung im Jahr 2022 begonnen haben, und etwa 21.700 Personen, die bereits zum Jahreswechsel 2021/2022 in Behandlung waren, zusammen. Den weitaus größten Anteil davon (etwa 22.300 Personen) machen Personen mit Opioidkonsum – meist mit multiplem Konsummuster – aus. Die zweite große Gruppe von Personen im Behandlungssystem sind jene mit der alleinigen Leitdroge Cannabis (etwa 2.600 Personen). Kokain und Stimulanzien stellen für etwa 1.800 Personen die Leitdroge dar.

Trends

Bei den Konsummustern von Personen, die erstmals in ihrem Leben eine drogenspezifische Behandlung in einer im Rahmen des Klientendokumentationssystems der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI) erfassten Einrichtung beginnen, zeigten sich in den letzten zehn Jahren kaum Veränderungen. Lediglich bei Stimulanzien, insbesondere Kokain, zeigt sich ein leichter Anstieg und bei Opioiden ein leichter Rückgang. Mittlerweile wird jede fünfte drogenbezogene Erstbehandlung wegen der Leitdroge Kokain gemacht.

Hervorzuheben ist die über die Jahre gestiegene, jedoch seit 2010 stagnierende und auf Basis der aktuellsten Schätzung (2021) derzeit bei etwas über 50 Prozent liegende In-Treatment-Rate¹³¹ von Personen mit Opioidproblematik.

Neue Entwicklungen

In allen Bereichen – der Beratung, der Betreuung sowie der Behandlung – wird an einer Weiterentwicklung der Angebote gearbeitet. So gibt es beispielsweise Bestrebungen, die Versorgungssituation in der OST auch langfristig abzusichern, Frauen, Mütter und Personen mit Migrationshintergrund besser zu erreichen, passende Maßnahmen zur sozialen Reintegration anbieten zu können und jüngeren oder in ländlichen Regionen lebenden Personen über Onlineangebote den Zugang zu erleichtern.

Eine intravenöse (i. v.) OST ist in Österreich derzeit nicht etabliert. Die Suchthilfe Wien gGmbH startete im Berichtsjahr eine Pilotstudie zur Sicherheit und Machbarkeit einer i. v. OST mit Hydagelan® (Hydromorphonhydrochlorid) in Wien. Im Rahmen dieser Pilotstudie soll geprüft werden, ob in Wien eine patientenorientierte, den Bedürfnissen der i. v. applizierenden Klientel mehr angepasste Vorgehensweise machbar ist und ob sie die Bindung an das Versorgungsangebot erhöht, die Reintegration unterstützt sowie zur gesundheitlichen Stabilisierung beiträgt.

Das Kompetenzzentrum Sucht an der GÖG leitete von 2020 bis 2023 im Auftrag der Stiftung Anton Proksch-Institut Wien und mit Kofinanzierung des BMSGPK ein Forschungsprojekt unter dem Titel „Sucht(behandlung) in der Krise“. Im Zuge dessen wurde eine mehrjährige Delphi-Studie unter Einbezug von Einrichtungen der Suchthilfe und damit betrauten Verwaltungsbereichen durchgeführt, um Handlungsbedarfe zu identifizieren und auf Basis eines breiten Konsens Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Suchterkrankungen in Österreich zu formulieren. Diese Empfehlungen liegen nun in Form eines Positionspapiers mit zehn Themenfeldern vor.

Mit dem Projekt *API Steps* gibt es ein neues Angebot für junge Wiener:innen (16 bis 25 Jahre), die sowohl eine psychiatrische Erkrankung als auch ein problematisches Konsumverhalten (stoffgebunden und/oder stoffungebunden) aufweisen. Dabei kooperiert die Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) mit dem Anton Proksch Institut (API) in Liesing, wo die Betroffenen in Behandlung kommen. *API Steps* startete im Mai 2023 zunächst als Pilotprojekt mit fünf stationären Betten, 2024 soll das Projekt in den Regelbetrieb übergehen und im Vollausbau zwölf Betten im stationären Bereich sowie vier bis sechs Plätze in der ambulanten Betreuung umfassen.

131

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

COVID-19

Insgesamt zeigt sich für die Pandemiejahre 2020 bis 2022, dass die bereits bestehenden Behandlungen sowohl im Bereich der OST als auch in den DOKLI-Einrichtungen in den meisten Fällen weitergeführt werden konnten. Bei Behandlungsbeginn und insbesondere bei Erstbehandlungen zeigten sich 2020 sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich nennenswerte Rückgänge. In den Jahren 2021 und 2022 wurden die Rückgänge im stationären Bereich mehr als überkompensiert. Im ambulanten Bereich gab es bei Behandlungsbeginn und Erstbeginn weiterhin niedrigere Werte als 2017–2019.

Im Zuge einer Studie wurde im Jahr 2022 eine Onlinebefragung zu Auswirkungen der Pandemie auf die OST in Österreich durchgeführt (Strizek et al. 2023). Die Veränderungen der Rahmenbedingungen wurden von den befragten Fachleuten als Idee prinzipiell begrüßt und als positiv für OST-Klientinnen und -Klienten wahrgenommen. Die Studie zeigte, dass in der Umsetzung einzelner Maßnahmen in der Praxis noch Fragen zu Prozessabläufen (veränderte Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen den Berufsgruppen) und zur technischen Umsetzung (z. B. Datenschutzaspekte bei einer elektronischen Übermittlung von Rezepten, Möglichkeit und Umsetzbarkeit elektronischer Vidierung) zu klären sind.

5.2 Aktuelle Situation

5.2.1 Strategien und Koordination

Behandlungsstrategien sind in den **Sucht-/Drogenstrategien** der neun Bundesländer, der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* sowie in den relevanten Gesetzen und Verordnungen festgelegt (vgl. auch Kapitel 1 und 2). Die Suchtgiftverordnung (BGBl. II 1997/374) definiert den Rahmen für die OST, die Weiterbildungsverordnung (BGBl. II 2006/449) die diesbezüglichen Voraussetzungen für die substituierenden Ärztinnen und Ärzte (vgl. Abschnitt 5.2.4 und 5.2.5). Hinsichtlich der Versorgungsstrukturen sind auch die Regionalen Strukturpläne Gesundheit und die Psychiatriepläne der Bundesländer relevant.

Die bestehenden Sucht-/Drogenstrategien betonen großteils die Notwendigkeit eines breiten Spektrums von Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen sowie -methoden. Ein breites Handlungsspektrum soll abstinenzorientierte, substituierende und suchtbegleitende Maßnahmen sowie Maßnahmen zur Nachsorge bei suchtkranken Personen und zu deren Integration beinhalten. Dazu sind einrichtungsübergreifende Vernetzung und Kooperation sowie multiprofessionelle Teams notwendig. Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* weist hier auf die Schnittstellenfunktion sozialpsychiatrischer Einrichtungen hin. Immer mehr Strategien verfolgen integrierte Konzepte wie z. B. das Tiroler Suchtkonzept 2022–2032 (Busch et al. 2021b), der Salzburger Rahmenplan 2016 bis 2025 (Land Salzburg 2020), das Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 bis 2025 (Land Vorarlberg 2014) oder der Regionale Strukturplan Gesundheit 2025 für die Steiermark (Gesundheitsfonds Steiermark 2017). Diese Konzepte zielen auf eine suchtübergreifende Ausrichtung bzw.

überhaupt auf eine stärkere Verankerung der Suchtbehandlung im allgemeinen Gesundheitswesen bzw. speziell im Bereich der Psychiatrie ab (vgl. auch Abschnitt 5.4 und Kapitel 1).

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

In vielen Bundesländern sind der gezielte Ausbau der Versorgung und die Verbesserung bzw. Optimierung **bestimmter Behandlungsformen oder Maßnahmenbereiche** (z. B. der Versorgung in Krisensituationen, der Bereitstellung von Wohnstrukturen und Arbeitsplätzen) ein Thema. In Vorarlberg liegt der Fokus beispielsweise auf **sofortiger therapeutischer Hilfe** (*Therapie sofort* bzw. *Reha sofort*). Die **Reha-Nachsorge** der *Suchthilfe Tirol* ist ein Angebot zur nachhaltigen Sicherung einer bereits erfolgten Stabilisierung. Dabei geht es darum, den Therapieerfolg langfristig zu sichern, abstinenzfördernde Verhaltensweisen zu festigen und Probleme und Rückfälle aufzuarbeiten. Die Einzelnachsorge wird an allen Standorten der *Suchthilfe Tirol* angeboten, es gibt aber auch die Möglichkeit eines Gruppensettings (Suchthilfe Tirol 2023).

Angebote für Angehörige Suchtkranker werden auch in mehreren Bundesländern explizit erwähnt; mehrsprachige Angebote der Suchtberatung sind erst seit ein paar Jahren teilweise verfügbar.

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

- » Kundmachung und Kofinanzierung von Einrichtungen der Suchthilfe, die gesundheitsbezogene Maßnahmen (nach § 11 SMG, vgl. Kapitel 2) durchführen, durch das BMSGPK (entsprechend § 15 und 16 SMG)
- » Finanzierung der Maßnahmen im Rahmen des Grundsatzes *Therapie statt Strafe* durch das BMJ (vgl. Kapitel 1)
- » Führen eines Opioidsubstitutionsregisters zur Verhinderung von Mehrfachbehandlungen in der OST durch das BMSGPK (§§ 24 und 25 SMG, vgl. Kapitel 2 bzw. Abschnitt 5.2.5)

- » Bereitstellen von Suchtgiftvignetten¹³² für die Verschreibung von Suchtgiften (§ 22 SV, vgl. Kapitel 2) und einer Datenbank zum Erfassen der Ärztinnen und Ärzte, die zur OST von Personen mit einer Opioidabhängigkeit gemäß *Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution* (WbVO) berechtigt sind (vgl. Kapitel 2 bzw. Abschnitt 5.2.5)

In § 15 SMG ist die obengenannte Kundmachung von Einrichtungen der Suchthilfe unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse und in ausreichender Zahl mittels Bundesgesetzblatts vorgeschrieben. Darin festgehalten sind auch die Vorgaben, die diese Einrichtungen zu erfüllen haben, sowie deren Verpflichtung zur Dokumentation der Tätigkeiten. Hinsichtlich der Finanzierung der Tätigkeit von Suchthilfeeinrichtungen in Form von Zuschüssen durch den Bund ist in § 16 SMG eine Kann-Bestimmung (vgl. Kapitel 2) enthalten. Davon ausgenommen sind jedenfalls jene Maßnahmen der Krankenbehandlung, für die ein Sozialversicherungsträger, eine Krankenfürsorgeanstalt oder ein Sozialhilfeträger aufzukommen hat. Die Zuschüsse des Bundes sind von der Höhe der Mittel anderer Gebietskörperschaften abhängig (§ 16 SMG).

Eine wichtige Rolle in der OST spielen die Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden. Die Behandlung unterliegt der Kontrolle durch die zuständigen Amtsärztinnen und -ärzte. Sie haben u. a. die Qualifikation der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes zu prüfen (Kontrolle, ob diese:r in der Liste der zur OST qualifizierten Ärztinnen und Ärzte eingetragen ist). Üblicherweise vidieren¹³³ die Amtsärztinnen und -ärzte die von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt ausgestellten Opioidsubstitutionsdauererschreibungen (vgl. Abschnitt 5.2.5). In den Jahren 2020 bis Mitte 2023 wurden die Bestimmungen betreffend die Vidierungsvorschriften im Zuge der COVID-19-Pandemie angepasst. Bis zur Implementierung eines digitalen Verschreibungsprozesses im Bereich der Opioidsubstitutionstherapie (längstens jedoch bis 31. Dezember 2024) wird dieses während der COVID-19-Pandemie eingeführte und mit allen involvierten Stellen abgestimmte System im Wesentlichen weitergeführt (vgl. Kapitel 2).

Weitere rechtlich definierte Aufgaben im Zusammenhang mit Opioidsubstitutionsverschreibungen beziehen sich auf folgende Sachverhalte:

- » Kopien von Opioidsubstitutionseinzelverschreibungen müssen von der Apotheke unmittelbar nach Abgabe der Opioidsubstitutionsmittel den zuständigen Amtsärztinnen und -ärzten zur Kontrolle übermittelt werden.

132

Eine Suchtgiftvignette ist ein mit fortlaufender Alphanummerierung versehener Aufkleber, der von der verschreibenden Ärztin bzw. dem verschreibenden Arzt auf der Vorderseite eines Rezepts angebracht wird, um dieses als Suchtgiftverschreibung zu kennzeichnen.

133

Vidierung: Beglaubigung der medizinischen Notwendigkeit der Verschreibung inklusive Prüfung, ob dabei alle gesetzlichen Vorgaben eingehalten wurden. Bei Bedenken hinsichtlich der Verordnungskonformität der Behandlung müssen die Amtsärztinnen und -ärzte Rücksprache mit der behandelnden Ärztin und dem behandelnden Arzt halten und gegebenenfalls die Vidierung auch verweigern.

- » Bei Abweichungen von den Verschreibungsvorschriften müssen die Amtsärztinnen/-ärzte mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt Rücksprache halten und auf die Einhaltung der Verschreibungsvorschriften hinweisen.
- » Weiters werden die Suchtgiftvignetten an bezugsberechtigte Ärztinnen und Ärzte sowie Gesundheitseinrichtungen abgegeben. Der Verlust oder Diebstahl von Suchtgiftvignetten ist von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt oder der Gesundheitseinrichtung bei der Bezirksverwaltungsbehörde zu melden. Gemeldete Suchtgiftvignetten werden in einer Datenbank des BMSGPK erfasst und gesperrt.
- » Die Amtsärztinnen und -ärzte kontrollieren auch die patientenunabhängige Dokumentation der Suchtgiftverschreibungen.
- » Den Amtsärztinnen und -ärzten obliegt auch die Ausstellung von Bescheinigungen für das Mitnehmen suchtgifthalter Arzneimittel sowie psychotroper Stoffe (z. B. Benzodiazepine) auf Reisen (§ 24 SV).

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

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

Neben den bereits erwähnten Zuschüssen des BMSGPK bzw. der Finanzierung der Maßnahmen im Rahmen des Prinzips *Therapie statt Strafe* durch das BMJ werden die **Kosten für Suchtbehandlung** vor allem von den Bundesländern getragen (vgl. Kapitel 1), und zwar über Objekt- und zunehmend auch über Subjektförderungen: Einerseits werden Einrichtungen finanziell gefördert, andererseits werden klientenbezogene Maßnahmen finanziert. Die Mittel kommen je nach Bundesland aus verschiedenen Sektoren (Gesundheit bzw. Soziales), in Wien ist für die Subjektförderung eine Bewilligung durch das Ambulatorium der Sucht- und Drogenkoordination Wien (ASDW) erforderlich. Eine weitere wichtige Rolle spielt hier die Sozialversicherung, vor allem bei Entzugsbehandlung, OST opioidabhängiger Personen und teilweise auch bezüglich der Übernahme von Kosten der stationären Behandlung. Für die Klientinnen/Klienten selbst fallen in der Regel keine Kosten an, auch von den Rezeptgebühren sind viele von ihnen befreit. Allerdings fehlt eine österreichweit einheitliche und nachvollziehbare Regelung der Kostenübernahme durch die verantwortlichen Institutionen und Sektoren.

5.2.2 Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung

Ambulante Einrichtungen

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

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

Nutzung der ambulanten Einrichtungen

Geschätzt (vgl. Tabelle 5.2) 11.931 Klientinnen/Klienten haben im Jahr 2022 eine längerfristige ambulante drogenspezifische Betreuung oder eine Behandlung¹³⁴ in Anspruch genommen. Weitere 13.055 Personen erhielten eine OST bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

Es wird deutlich, dass sich die OST opioidabhängiger Personen in Österreich zur zahlenmäßig wichtigsten Behandlungsform für Personen mit risikoreichem/problematischem Drogenkonsum entwickelt hat (Abschnitt 5.2.3).

134

ambulante Suchtbehandlung inkl. OST in spezialisierten ambulanten Einrichtungen (in § 15 SMG kundgemachte Einrichtungen bzw. Krankenanstalten), exklusive Personen, die eine OST bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erhielten

Stationäre Einrichtungen

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

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

5.2.3 Schlüsseldaten

Personen, die im Jahr 2022 eine Behandlung wegen Drogenproblemen begonnen haben, und ihre Konsummuster

Es folgt nun ein Überblick über jene Personen, die im Jahr 2022 wegen Drogenabhängigkeit eine drogenspezifische Behandlung in einer im Rahmen des Klientendokumentationssystems der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI) erfassten Einrichtung begonnen haben (vgl. Abschnitt 5.1). Es handelt sich dabei um Schätzungen, die Korrekturen bezüglich Mehrfachzählungen und des Abdeckungsgrads in DOKLI bzw. der Überschneidung zwischen DOKLI und dem Opioidsubstitutionsregister enthalten (vgl. Tabelle 5.1, Fußnote 1).

Insgesamt haben im Jahr 2022 in Österreich geschätzt 5.483 Personen eine längerfristige ambulante oder stationäre drogenspezifische Behandlung begonnen (vgl. Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1:

Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2022 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung¹)

Behandlungsart bzw. -ort	Anzahl Klientinnen und Klienten
ambulante Suchtbehandlungen (inklusive OST in spezialisierten ambulanten Einrichtungen; Schätzung aus DOKLI und eSuchtmittel)	3.440
OST bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (keine Schätzung, eSuchtmittel)	886
stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung (Schätzung aus DOKLI)	865
OST während der Haft ² (keine Schätzung, eSuchtmittel)	292
Suchtbehandlungen insgesamt	5.483

¹ Die Basis der Schätzung bilden die dokumentierten Daten von Suchtbehandlungen in Österreich in den Dokumentationssystemen DOKLI und eSuchtmittel. Die Personengruppen in DOKLI und jene von eSuchtmittel überschneiden sich teilweise (ca. 70 %). Zudem können in DOKLI Doppelzählungen nur innerhalb einer Einrichtung und innerhalb Wiens (eindeutiger Identifier) ausgeschlossen werden. Außerhalb Wiens wird in DOKLI von einem Mehrfachzählungsanteil von 22 Prozent und einer Abdeckung (Coverage) von 93 Prozent im ambulanten und 71 Prozent im stationären Sektor ausgegangen. Diese Faktoren werden bei der Schätzung berücksichtigt.

² Die hier angegebene Zahl weicht von der entsprechenden Zahl in Kapitel 8 ab, da der Zahl in Kapitel 8 eine Stichtagserhebung zugrunde liegt. Die hier angegebene Zahl bezieht sich hingegen auf das gesamte Jahr.

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

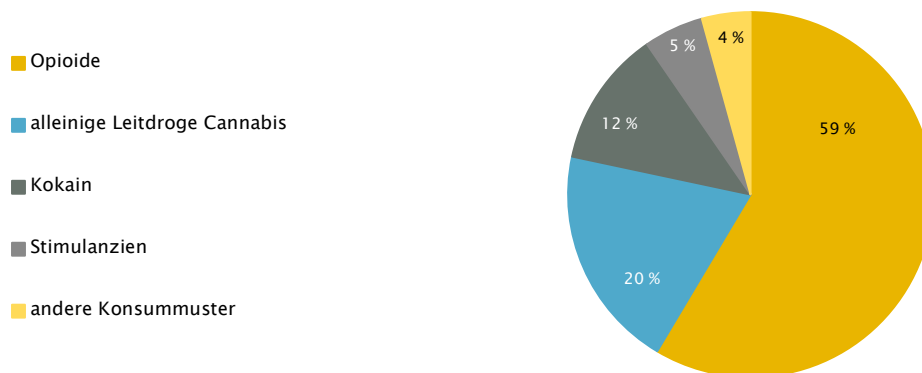
Abbildung 5.1 zeigt, dass 59 Prozent der geschätzten 5.483 Personen, die im Jahr 2022 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben, Opiode konsumiert haben, meist im Rahmen multipler Konsummuster; 20 Prozent haben die Behandlung wegen Cannabis begonnen. Kokain stellt für zwölf Prozent und andere Stimulanzien stellen für fünf Prozent der Klientel die Leitdroge¹³⁵ dar.

135

Unter **Leitdroge** ist jene Droge zu verstehen, die der Klientin / dem Klienten aus subjektiver Sicht die meisten Probleme verursacht. Dabei bezieht sich die Problemdefinition – angelehnt an ICD-10 – auf psychosoziale sowie gesundheitliche und nicht ausschließlich auf rechtliche Probleme. In der Regel ist die Leitdroge auch jene Droge, die zur Inanspruchnahme der aktuellen Betreuung geführt hat. Kann sich der:die Klient:in nicht für eine bestimmte Droge als Leitdroge entscheiden, so können auch mehrere Leitdrogen angegeben werden (GÖG/ÖBIG 2013a).

Abbildung 5.1:

Konsummuster von Personen, die im Jahr 2022 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung)



Mit Ausnahme von Cannabis kann bei allen Substanzen ein polytoxikomaner Konsum mit Beteiligung anderer illegaler Drogen nicht ausgeschlossen werden, da die nachfolgend angeführte hierarchische Leitdrogendefinition¹³⁶ herangezogen wurde:

Opiode > Kokain > Stimulanzien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis

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

Personen im Behandlungsbereich insgesamt und ihre Drogenkonsummuster

Jenen etwa 5.483 Personen, die im Jahr 2022 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben, stehen 21.650 Personen gegenüber, die bereits im Jahr oder in den Jahren davor eine Behandlung begonnen hatten, die bis 2022 (oder länger) andauerte. Insgesamt wird in Österreich daher von etwa 27.133 Personen in längerfristiger ambulanter oder stationärer drogenspezifischer Behandlung ausgegangen (vgl. Tabelle 5.2).

136

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

Tabelle 5.2:

Alle Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2022 (Schätzung¹)

Behandlungsart bzw. -ort	Anzahl Klientinnen und Klienten
ambulante Suchtbehandlungen (inklusive OST in spezialisierten ambulanten Einrichtungen; Schätzung aus DOKLI und eSuchtmittel)	11.931
OST bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (keine Schätzung, eSuchtmittel)	13.055
stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung (Schätzung aus DOKLI)	1.179
OST während der Haft ² (keine Schätzung, eSuchtmittel)	968
Suchtbehandlungen insgesamt	27.133

¹ Die Basis der Schätzung bilden die dokumentierten Daten von Suchtbehandlungen in Österreich in den Dokumentationssystemen DOKLI und eSuchtmittel. Die Personengruppen in DOKLI und jene von eSuchtmittel überschneiden sich teilweise (ca. 70 %). Zudem können in DOKLI Doppelzählungen nur innerhalb einer Einrichtung und innerhalb Wiens (eindeutiger Identifier) ausgeschlossen werden. Außerhalb Wiens wird in DOKLI von einem Mehrfachzählungsanteil von 22 Prozent und einer Abdeckung (Coverage) von 93 Prozent im ambulanten und 71 Prozent im stationären Sektor ausgegangen. Diese Faktoren werden bei der Schätzung berücksichtigt.

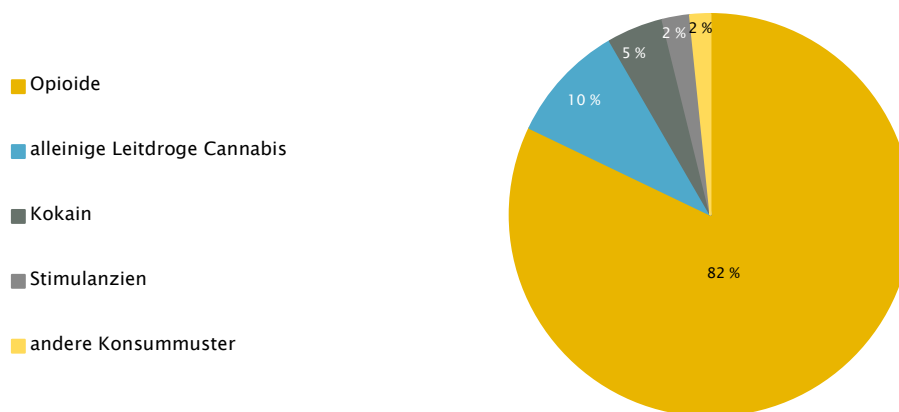
² Die hier angegebene Zahl weicht von der entsprechenden Zahl in Kapitel 8 ab, da der Zahl in Kapitel 8 eine Stichtagserhebung zugrunde liegt. Die hier angegebene Zahl bezieht sich hingegen auf das gesamte Jahr.

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

Aus Abbildung 5.2 ist ersichtlich, dass der weitaus größte Teil (82 %) der 27.133 Patientinnen und Patienten wegen Opioidkonsums, meist im Rahmen multipler Konsummuster, in Behandlung ist. Dass der Prozentanteil der Patientinnen und Patienten mit Opioidproblematik an allen behandelten Personen größer ist als an jenen Personen, die eine Behandlung begannen, ist in erster Linie durch die vergleichsweise längere Behandlungsdauer bei Opioidproblematik zu erklären (vgl. Busch et al. 2014).

Abbildung 5.2:

Konsummuster aller Personen in drogenspezifischer Behandlung (Schätzung) 2022



Mit Ausnahme von Cannabis kann bei allen Substanzen ein polytoxikomaner Konsum mit Beteiligung anderer illegaler Drogen nicht ausgeschlossen werden, da die nachfolgend angeführte hierarchische Leitdrogendefinition herangezogen wurde:

Opiode > Kokain > Stimulanzen > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis

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

Eine weitere zahlenmäßig relevante Gruppe stellen 2.585 (10 %) Behandelte dar, die Cannabis als alleinige Leitdroge angeben. Kokain (1.225 Personen), Stimulanzien (601 Personen) und andere Drogen stellen nur für einen kleinen Teil der behandelten Klientel die Leitdroge dar.

Charakteristika behandelter Personen

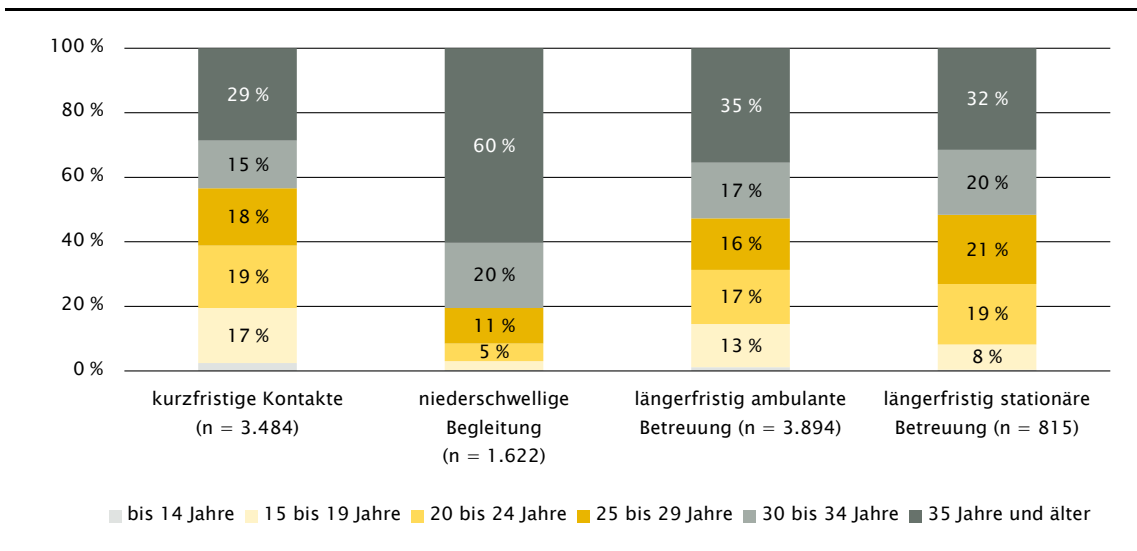
Die Darstellung der Charakteristika der behandelten Personen basiert auf den im Rahmen des Klientendokumentationssystems der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI) erfassten Daten (vgl. Abschnitt 5.1) Die wenigen vorhandenen Daten bezüglich der Charakteristika von Personen in OST werden in Abschnitt 5.2.4 dargestellt.

Es liegen Daten über insgesamt 3.894 Personen vor, die im Jahr 2022 eine **längerfristige ambulante Betreuung** begonnen haben. Davon begaben sich 1.701 Klientinnen und Klienten **erstmalig** in ihrem Leben in eine drogenspezifische Betreuung. Eine **längerfristige stationäre Betreuung** haben 815 Personen begonnen, bei 252 dieser Klientinnen und Klienten handelt es sich um die **erste** längerfristige drogenspezifische Betreuung. Neben diesen Personen, die sich im klassischen Sinn in drogenspezifischer Behandlung befinden, sind in DOKLI 1.622 Personen erfasst, die im Jahr 2022 eine **niederschwellige Begleitung** in Anspruch nahmen, und 3.484 Personen, die eine drogenspezifische Betreuung in Form eines **kurzfristigen Kontakts** hatten.

Alter und Geschlecht: Je nach Setting sind zwischen drei Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 19 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen 16 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 40 Prozent (längerfristige stationäre Betreuung) der Klientel gehören der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre an (siehe Abbildung 5.3). In allen betrachteten Settings beträgt der Anteil der betreuten Frauen an der gesamten Klientel zwischen 20 und 23 Prozent (vgl. auch Tabelle A5.1).

Abbildung 5.3:

Personen, die im Jahr 2022 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Art der Betreuung und Alter



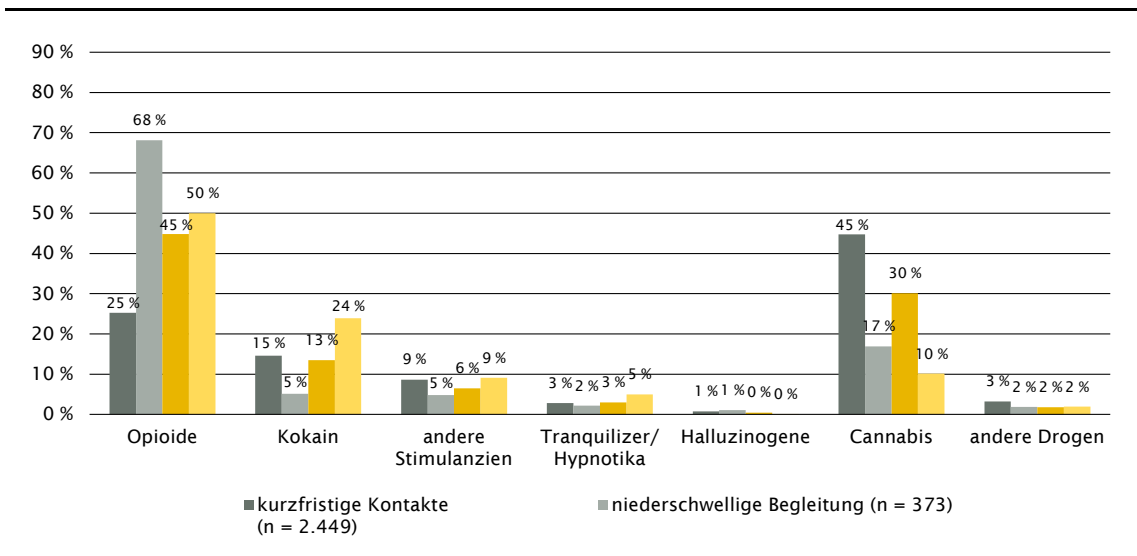
Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Drogenkonsummuster: Abbildung 5.4 zeigt, dass in allen Settings Personen mit Leitdroge Opioiden oder Cannabis den größten Anteil ausmachen. Kokain und andere Stimulanzien spielen als Leitdroge in der längerfristig stationären Betreuung auch eine Rolle.

Intravenöser Konsum: 27 Prozent der längerfristig ambulant und 37 Prozent der längerfristig stationär betreuten Personen geben an, bereits einmal intravenös Drogen konsumiert zu haben (kurzfristige Kontakte: 17 %, niederschwellige Betreuung: 64 %; vgl. Tabelle A5.3).

Abbildung 5.4:

Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition nach Art der Betreuung (Betreuungsbeginn im Jahr 2022)



Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Soziale Situation: Im längerfristigen ambulanten Betreuungssetting geben 86 Prozent der Klientel eine gesicherte Wohnsituation an. Im längerfristig stationären Setting sowie im niederschweligen Bereich ist die Wohnsituation nur noch bei 75 bzw. 51 Prozent der Personen gesichert (vgl. Tabelle A5.4). Bei der Interpretation der Angaben zur Wohnsituation ist allerdings zu beachten, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B. wenn der:die Klient:in aufgrund seiner:ihrer Suchterkrankung mangels Alternativen bei den Eltern wohnt). Etwa die Hälfte der Klientinnen und Klienten im längerfristig ambulanten sowie im stationären Setting hat keinen über die Pflichtschule hinausgehenden Schulabschluss (vgl. Tabelle A5.5). Erwerbstätig ist nur ein geringer Teil der Personen, die im Jahr 2022 eine drogenspezifische Behandlung begonnen haben (längerfristige ambulante Betreuung: 37 %, niederschwellige Begleitung: 13 %, längerfristige stationäre Betreuung: 6 %; vgl. Tabelle A5.6).

5.2.4 Behandlungsmodalitäten

Ambulante Angebote

Einen Überblick über die verfügbaren spezialisierten ambulanten Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen für Drogenabhängige geben der Suchthilfekompass¹³⁷ sowie regionale Informationsplattformen (z. B. eine einschlägige Liste für die Steiermark¹³⁸ oder die 2022 in Tirol in Betrieb genommene Homepage für psychosoziale Versorgung¹³⁹)

Der Großteil der **spezialisierten ambulanten Einrichtungen** bietet Beratung, Betreuung und Behandlung unabhängig von den konsumierten illegalen Substanzen an; häufig werden dort auch weitere Suchterkrankungen abgedeckt (legale Substanzen sowie nichtsubstanzgebundenes Suchtverhalten wie z. B. Spielsucht). Neben spezialisierten ambulanten Einrichtungen spielen **niedergelassene Ärztinnen/Ärzte** ebenfalls eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung Suchtkranker, dies gilt insbesondere für die OST.

Zum Spektrum verfügbarer spezialisierter ambulanter Angebote gehören Sucht-/Drogenberatung inklusive Rechtsberatung sowie ambulante Entzugsbehandlung, psychosoziale Betreuung und Behandlung (z. B. Lebenskompetenztraining, verhaltens- oder kognitivtherapeutische Interventionen – inklusive Abklärung psychischer Grunderkrankungen). Weitere wichtige Dienstleistungen ambulanter Einrichtungen sind die Vermittlung zu stationären Angeboten sowie eine entsprechende Vor- und Nachbetreuung; dazu gehört nicht nur die Suche nach einem Behandlungsplatz, sondern auch die Unterstützung bei der Regelung der Kostenübernahme sowie die Betreuung während allfälliger Wartezeiten. In der Regel werden zusätzlich auch Maßnahmen zur Förderung der Reintegration (inklusive Maßnahmen zur Arbeitsplatzhaltung, zum beruflichen Wiedereinstieg oder zu einer Schulung, vgl. Kapitel 6) sowie spezifische Leistungen für Angehörige von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen angeboten.

Das Ziel spezieller Angebote ist einerseits die Trennung von Gruppen mit einem unterschiedlichen Abhängigkeitsschweregrad, andererseits der Abbau von Hürden dahingehend, eine **Beratung, Betreuung oder Behandlung** in Anspruch zu nehmen (vgl. Kapitel 6). Beispielsweise bietet die Wiener sozialmedizinische Einrichtung *Jedmayer* seit 2014 eine ambulante Therapie in Form einer „Bezugsbetreuung“ an – mit dem Ziel, konkrete sozialintegrative Schritte zu setzen. Die Zielgruppe sind hier suchtkranke Menschen mit multiplen Problemlagen, die motiviert sind, eine individuelle Stabilisierung in den Bereichen Konsum, Soziales und Gesundheit in Angriff zu nehmen (SDW 2023).

137

Im Suchthilfekompass werden all jene Einrichtungen gelistet, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (<https://suchthilfekompass.goeg.at>; Zugriff am 26. 6. 2023).

138

<http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/11656021/72562450> (Zugriff am 26. 6. 2023)

139

<https://www.psychosoziale-angebote.tirol> (Zugriff am 26. 6. 2023)

In Kärnten hat der Verein *NEUSTART* im Rahmen des Programms *Use it* ein flächendeckendes niederschwelliges Angebot für **suchtkranke Erwachsene mit intensivem Betreuungsbedarf** (u. a. infolge von Schwangerschaft, Elternschaft, Haftentlassung) geschaffen (Drogenkoordination Kärnten 2023).

Bereichsübergreifend (stationär und ambulant) sind die Maßnahmen, die in mehreren Bundesländern zur Verbesserung der Versorgung substanzabhängiger Schwangerer und Mütter mit Kleinkindern umgesetzt werden (siehe z. B. Abschnitt 5.4). Diese Maßnahmen zielen sowohl auf die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der substanzabhängigen Mütter ab als auch auf jene ihrer Lebenssituation und damit auf eine suchtvorbeugende Wirkung für die betroffenen Kinder (vgl. Kapitel 4). In Wien finden Mutter-Kind-Gruppen zur **Förderung der Erziehungskompetenz suchtkranker Mütter** statt (SDW 2023).

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

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

Stationäre Angebote

Einen Überblick über spezialisierte stationäre Einrichtungen bieten der Suchthilfekompass¹³⁷ und andere, regionale Informationsplattformen, z. B. eine einschlägige Liste für die Steiermark¹³⁸ oder die 2022 in Tirol in Betrieb genommene Homepage für psychosoziale Versorgung, die alle Hilfsangebote aus dem Bereich Psychiatrie/Sucht auf einer Plattform vereint¹³⁹). Der Großteil dieser Einrichtungen bietet **Suchtbehandlung unabhängig von den konsumierten Substanzen** an. Auch im stationären Bereich bestehen mitunter Wartelisten. Auch hier gilt, dass die meisten Einrichtungen ein breites und substanzunspezifisches Angebot bieten, was es leichter macht, bei Bedarf einen geeigneten Platz zu finden. Schwieriger ist die Angebotssuche wiederum für jene Zielgruppen, die aus verschiedenen Gründen spezifische und/oder separate Angebote benötigen wie z. B. bei (erhöhtem) Pflegebedarf.

Spezielle Einrichtungen gibt es v. a. für Personen, die ausschließlich legale Substanzen (Alkohol) konsumieren. In allen stationären Behandlungseinrichtungen für Personen, die illegale Substanzen konsumieren, werden legale Substanzen jedenfalls thematisiert und berücksichtigt, wenn sie Teil des multiplen Konsums sind. Doch es gibt auch verstärkt Konzepte zur gemeinsamen Behandlung verschiedener Suchtformen innerhalb einer stationären Einrichtung. Beispielsweise steht die Ab-

teilung für Abhängigkeitserkrankungen des Landesklinikums Amstetten-Mauer für den körperlichen Entzug sowohl von Alkohol und illegalen Substanzen als auch von Medikamenten offen¹⁴⁰. Die abstinentenorientierte Tiroler Einrichtung Emmaus¹⁴¹ behandelt sowohl Personen mit Alkohol- als auch Personen mit Opioidabhängigkeit.

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

Interventionen und Programme für spezifische Zielgruppen im ambulanten und stationären Setting

Die Möglichkeit, ein **geschlechterspezifisches ambulantes Angebot** in Anspruch zu nehmen, ist gerade hinsichtlich der Behandlung suchtkranker Frauen hochrelevant. Diesem Bedarf steht der Umstand gegenüber, dass spezifische ambulante Angebote für Frauen nicht überall verfügbar sind. Der *Verein Dialog* bietet aber beispielsweise eigene Beratungszeiten für Frauen („Frauensache“) an, während deren auch keine Männer in der Einrichtung anwesend sind.¹⁴² Das *Café Valerie*, das vom *Kontaktladen & Streetwork* der Caritas organisiert wird, findet wöchentlich in einem der breiten Öffentlichkeit zugänglichen Lokal in unmittelbarer Nähe der wichtigsten Szenetreffpunkte in Graz statt. Das Angebot richtet sich an Frauen und Mütter mit Suchtmittelgebrauch und möchte einen Beitrag zu mehr gesellschaftlicher Teilhabe, Vernetzungsmöglichkeit und Selbstfürsorge für Frauen leisten (Caritas Diözese Graz-Seckau 2022). In Vorarlberg gibt es für Frauen seit Oktober 2022 die Möglichkeit, an der neuen psychotherapeutisch geleiteten Frauengruppe „Sucht/Trauma“ im *Clean Bregenz* teilzunehmen (Stiftung Maria Ebene 2022). Das Schweizer Haus Hadersdorf bietet mit der dezentralen Außenstelle *Gesundheitsgreisslerei* eine ambulante Therapieeinrichtung von Frauen für Frauen an. Frauenspezifisch orientiert wird dort ein geschützter Rahmen für Frauen mit einer Abhängigkeitserkrankung (Alkohol und/oder illegale Substanzen) geboten, die eine Behandlung, Betreuung oder Rehabilitation suchen.¹⁴³ Neben der psychotherapeutischen und medizinischen Behandlung der Abhängigkeit stehen Gesundheitsförderung, Stärkung der Selbstwirksamkeit sowie sozialarbeiterische Unterstützung auf dem Weg hin zu einem selbstbestimmten Leben im Fokus der Angebote (SDW 2023).

Darüber hinaus gibt es ambulante Einrichtungen, die speziell auf **Jugendliche** ausgerichtet sind, etwa die in Jugendberatungen bzw. Jugendeinrichtungen integrierten Jugendsuchtberatungen, die

140

<https://mauer.lknoe.at/fuer-patienten/abteilungen/3-psihiatrische-abteilung-fuer-abhaengigkeitserkrankungen/informationen> (Zugriff am 26. 6. 2023)

141

<https://www.emmaus-innsbruck.at/was/was.php> (Zugriff am 26. 6. 2023)

142

<https://www.dialog-on.at/angebote/frauensache> (Zugriff am 26. 6. 2023)

143

<https://diegesundheitsgreisslerei.at> (Zugriff am 26. 6. 2023)

dadurch sehr niederschwellig zugänglich sind. Außerdem stellen allgemeine ambulante Einrichtungen in ihrem Betreuungs- und Behandlungsspektrum auch Angebote für Jugendliche bereit wie z. B. der *Verein Dialog*¹⁴⁴, das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie im burgenländischen Oberwart sowie die Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen im Jugendalter der Kinder- und Jugendpsychiatrie Eisenstadt (Taferner-Kraigher p. M.).

Im **stationären Setting** ist v. a. der Verein *Grüner Kreis* zu nennen, der eigene Häuser für Jugendliche, Frauen, Eltern mit Kindern und Personen in OST betreibt. Für substanzabhängige Schwangere und Mütter mit Kleinkindern gibt es auch im stationären Sektor bereichsübergreifende Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Müttern und Neugeborenen. Dazu gehören Angebote in Wien im Rahmen des multiprofessionellen, interdisziplinären Betreuungsmodells des AKH, die Therapiestation Erlenhof (pro mente OÖ) sowie Angebote weiterer Einrichtungen (vgl. auch GÖG/ÖBIG 2011).

E-Health-Interventionen im Drogenbereich

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

Die **digitale Plattform für psychische Gesundheit MINDBASE.at**¹⁴⁵ der Sucht- und Drogenkoordination Wien ist seit Dezember 2019 online und bietet Informationen zum Thema Sucht und zu anderen psychischen Erkrankungen. Als Hilfe zur Selbsthilfe steht dort außerdem eine Reihe Online-tools kostenlos und anonym zur Verfügung wie z. B. das Onlineselbsthilfeprogramm *CANreduce* mit dem Ziel, Cannabiskonsum einzuschränken oder ganz zu beenden.

In Tirol wurde im Berichtsjahr eine neue Website¹⁴⁶ rund um die **psychosoziale Versorgungslandschaft in Tirol** eingerichtet (Suchtkoordination Tirol 2023, vgl. Abschnitt 6.2.6).

Im *Kontaktladen* der Caritas in Graz wird seit Jänner 2020 ergänzend zu den niederschweligen und schadensminimierenden Maßnahmen auch Onlineberatung angeboten, um insbesondere auch Personen, die außerhalb von Graz wohnen, sowie junge Menschen, die gelegentlich oder häufig, kontrolliert oder problematisch verschiedenste Substanzen konsumieren, zu erreichen (Cichy,

144

<https://www.dialog-on.at/aktuelles/einzelberatung-fuer-jugendliche> (Zugriff am 26. 6. 2023)

145

<https://mindbase.at/> (Zugriff am 4. 7. 2023)

146

<https://www.psychosoziale-angebote.tirol/page.cfm?vpath=index> (Zugriff am 4. 7. 2023)

p. M.). Seit 2021 bietet der *Kontaktladen* über seine Instagram-Seite *@triptalksgraz* einen Überblick über Substanzen, Wirkweisen, tagesaktuelle Themen, gegenwärtige Substanzwarnungen, rechtliche Informationen sowie Gesundheitsthemen (Suchtkoordination Steiermark 2023, vgl. Kapitel 6).

Soziale Reintegration

Sowohl stationäre als auch ambulante Einrichtungen bieten Maßnahmen an, die Menschen in der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung ihrer **Selbstständigkeit und sozialen Integration** unterstützen. Dazu gehören Maßnahmen im Freizeitbereich, Schulungen und Ausbildungen, die Unterstützung bei Job- und Wohnungssuche sowie Beschäftigungs- und Übergangswohnmöglichkeiten. Maßnahmen im Freizeitbereich haben einerseits das Ziel, gewisse Fähigkeiten und Kompetenzen zu trainieren (u. a. Ausdauer und Konzentration, Fähigkeit zur Selbsteinschätzung, Umgang mit Frustration), andererseits zeigen sie Beschäftigungsmöglichkeiten auf, die zur Strukturierung der Freizeit und zum Knüpfen sozialer Kontakte genutzt werden können.

Neben den **arbeitsmarktintegrativen Angeboten** der Suchthilfeinrichtungen und den **spezifischen sozialökonomischen Betrieben**, die Tagesarbeitsplätze und befristete Dienstverhältnisse anbieten, gibt es sozialintegrative Einrichtungen, deren Angebote auch von suchtkranken Personen in Anspruch genommen werden können. In den Bundesländern bestehen unterschiedliche **niederschwellige Arbeits- und Beschäftigungsprojekte speziell für suchtkranke Menschen**, die innerhalb einer geregelten Tagesstruktur eine sinnstiftende Arbeit zur Stabilisierung und Verhinderung einer möglichen sozialen Isolation vermitteln und teilweise eine Verdienstmöglichkeit darstellen. Beispiele dafür sind in Oberösterreich die Projekte *Talon* (FAB 2023) und *back.up* der *pro mente OÖ*, in Niederösterreich die Tischlerei Olbersdorf (Grüner Kreis 2023) sowie *gabaraige manufacture St. Pölten* und *Emmausgemeinschaft St. Pölten*, in der Steiermark die sozialökonomischen Betriebe Schlosserei Johnsdorf, Tischlerei Johnsdorf und die Projekte *Offline*, *ERfA*, *heidenspass* und *werkstart*¹⁴⁷, in Tirol die Projekte *abrakadabra* (Caritas Diözese Innsbruck 2023), *Einpacken* (AIDS-Hilfe Tirol 2023) und *Emmaus Innsbruck* sowie in Wien der sozialökonomische Betrieb der Suchthilfe Wien *Fix und Fertig* (SHW 2023) sowie *gabaraige manufacture Wien*. In Wien startete im Berichtsjahr das Projekt „ChancenZUKUNFT“ speziell für Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 25 mit psychischen Erkrankungen inklusive riskanten Konsumverhaltens. Das Projekt unterstützt die Zielgruppe mittels realer Arbeitstrainings und sozialpädagogischer Gruppen beim (Wieder-)Einstieg in den Arbeitsmarkt oder zurück in das Bildungswesen (SDW 2023).

Umsetzung der OST für Opioidabhängige

Organisation und Verfügbarkeit der OST für opioidabhängige Personen hängen stark von regionalen Strategien ab (zentrale versus dezentrale Versorgung). Spezialisierte ambulante Einrichtungen und

147

<https://www.caritas-steiermark.at/hilfe-angebote/menschen-in-not/suchthilfe/kontaktladen-streetwork-im-drogenbereich/wissenswertes/beschaeftigungsprojekte> (Zugriff am 6. 7. 2023)

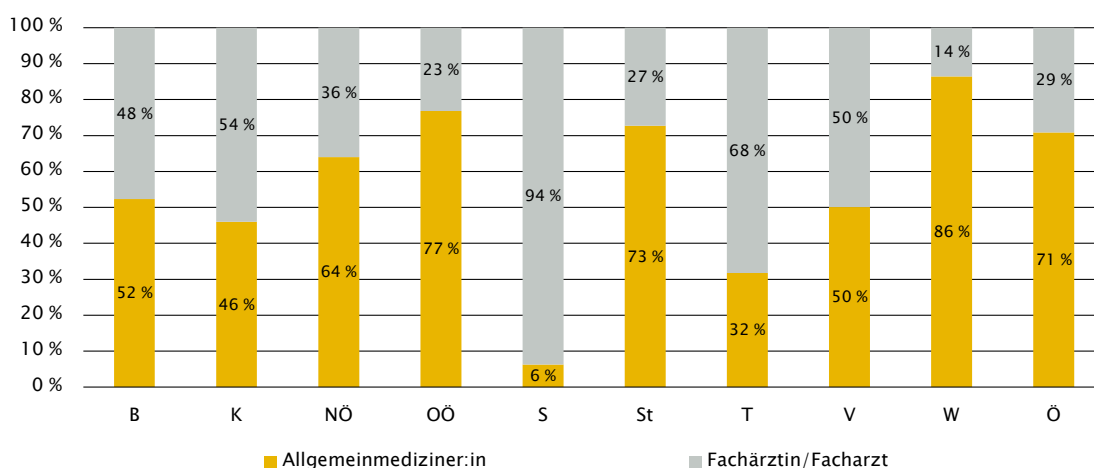
Ambulanzen von Krankenhäusern bieten zwar auch OST an – wobei hier meistens sowohl Indikationsstellung und Einstellung als auch Weiterbehandlung möglich sind –, die wichtigste Rolle spielt hier aber der niedergelassene Bereich.

Wer unter welchen Voraussetzungen OST durchführen darf, ist in der *Suchtgiftverordnung* (BGBl. II 1997/374) bzw. der *Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution* (BGBl. II 2006/449) geregelt (vgl. Kapitel 2 bzw. Abschnitt 5.2.5). Österreichweit sind laut BMSGPK 668 Ärztinnen und Ärzte dazu berechtigt (Bayer, p. M.). 607 (91 %) von ihnen haben per Stichtag 31. 12. 2022 OST auch durchgeführt.

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

Abbildung 5.5 zeigt, dass in Österreich insgesamt die Allgemeinmediziner:innen eine wichtige Rolle in der OST Opioidabhängiger spielen. Ihr Anteil ist in den Bundesländern jedoch unterschiedlich: Während in Salzburg 94 Prozent der Patientinnen und Patienten in OST von Fachärztinnen/Fachärzten behandelt werden, werden in Oberösterreich, der Steiermark und Wien über 70 Prozent von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern betreut.

Abbildung 5.5:
Versorgungspraxis OST: Betreuung von Patientinnen/Patienten durch Fachärztinnen/-ärzte versus Allgemeinmediziner:innen nach Bundesländern (Stichtag 31. 12. 2022)



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

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

Inanspruchnahme der OST

Im Jahr 2022 waren insgesamt 20.644 Personen als in OST befindlich gemeldet, 1.088 von ihnen zum ersten Mal in ihrem Leben. Tabelle 5.3 zeigt die Verteilung dieser Personen über die österreichischen Bundesländer.

Tabelle 5.3:

Anzahl der dem BMSGPK für das Jahr 2022 gemeldeten Personen in OST nach Erst- und fortgesetzter Behandlung sowie nach Bundesländern

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
fortgesetzte Behandlung	377	1.294	3.122	2.381	558	1.565	1.118	699	8.442	19.556
Erstbehandlung	26	113	209	176	47	118	65	34	300	1.088
Gesamt	403	1.407	3.331	2.557	605	1.683	1.183	733	8.742	20.644

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

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

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

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

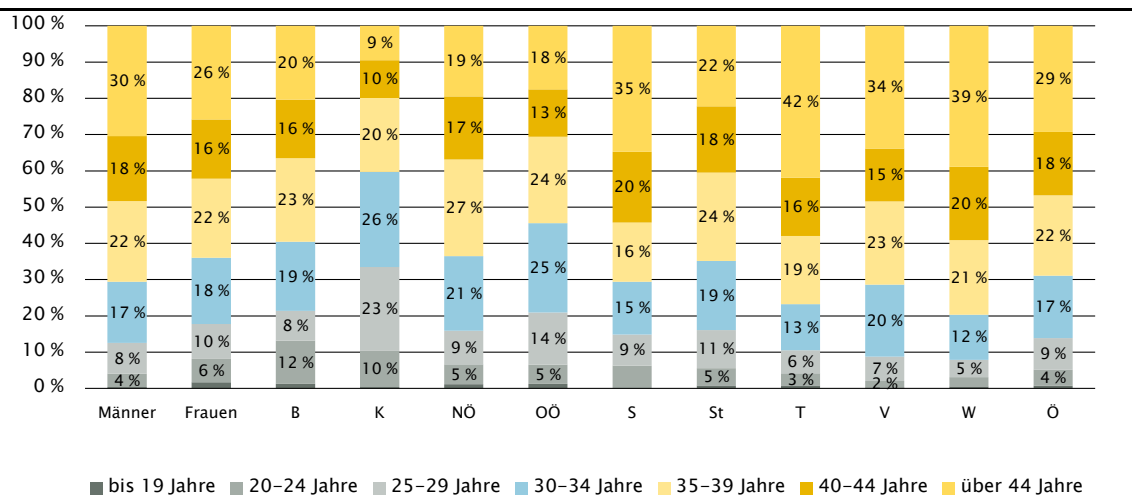
Charakteristika der Patientinnen und Patienten in OST

Von den 20.644 im Jahr 2022 insgesamt als in OST befindlich gemeldeten Personen sind 75 Prozent männlich. Die Geschlechterverteilung der 1.088 im Jahr 2022 erstmals Gemeldeten ist ähnlich (78 % Männer).

Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke. zeigt die Altersstruktur der im Jahr 2022 als in OST befindlich gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland. Die weibliche Klientel ist tendenziell jünger. Auch regional lassen sich Unterschiede feststellen: Während beispielsweise in Kärnten über ein Drittel der betreuten Personen unter 30 Jahre alt ist, beträgt dieser Anteil in Salzburg, Tirol, Vorarlberg und Wien 15 Prozent oder weniger.

Abbildung 5.6:

Altersstruktur der als in OST befindlich gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland 2022



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

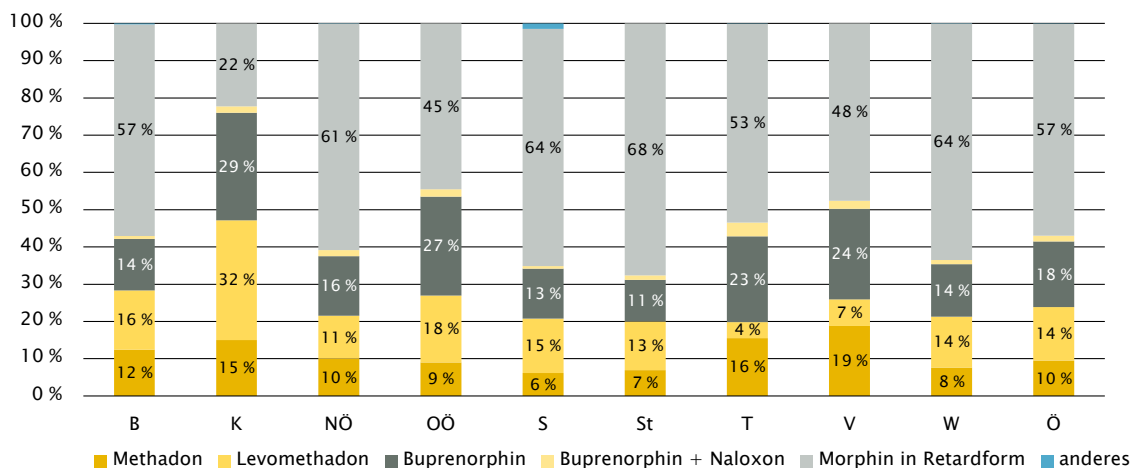
Quelle: BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Weitere Aspekte der Organisation und Verfügbarkeit von OST

Abbildung 5.7 zeigt die Verteilung der verschriebenen Opioidsubstitutionsmittel und den insgesamt recht hohen Anteil von Morphin in Retardform (57 %), gefolgt von Buprenorphin (18 %) und Levomethadon (14 %) bzw. Methadon (10 %). Auffällig ist, dass die Verschreibungspraxis bundeslandspezifisch sehr unterschiedlich ist. Die Verteilung der in Haftanstalten eingesetzten Opioidsubstitutionsmittel ist in Kapitel 8 ersichtlich, Methadon spielt dort eine wesentlich größere Rolle (43 %) als außerhalb des Strafvollzugsbereichs.

Abbildung 5.7:

Personen in OST nach Opioidsubstitutionsmittel und Bundesland 2022



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

Die Angaben beziehen sich auf 20.550 der insgesamt 20.644 Personen, da bei 94 Personen keine Angabe zum Opioidsubstitutionsmittel vorlag. Wurde das Opioidsubstitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Opioidsubstitutionsmittel ein.

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

5.2.5 Qualitätssicherung

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

Qualitätssicherung in der Suchtbehandlung allgemein

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

Darüber hinaus liegen auch **Konsens- bzw. Positionspapiere** vor, die ebenfalls einen Beitrag zu einer standardisierten Vorgangsweise leisten: beispielsweise ein solches der ÖGABS betreffend die opioidsubstitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger (ÖGABS et al. 2017), eines der ÖGPB für substanzbezogene Störungen und psychiatrische Erkrankungen (ÖGPB 2007) oder das Positionspapier des *Angehörige Netzwerk Sucht OSTösterreich (ANS-Ost)* über die Entwicklung von Qualitätsstandards in der Angehörigenbetreuung (ANS-Ost 2013).

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

- » das Handbuch für die einheitliche Vollziehung des § 12 SMG (BMGF 2017),
- » Leitlinien zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden (vgl. GÖG/ÖBIG 2012), *Benzodiazepin-Richtlinie* der Steiermark (vgl. Weigl et al. 2016), Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen der Sucht- und Drogenkoordination Wien (vgl. SDW 2016), die auch von Kärnten übernommen wurde (Drogenkoordination Kärnten 2023).
- » Mindeststandards und Rahmenbedingungen für das Sucht- und Drogenhilfenetzwerk in Wien (SDW 2019),
- » Qualitätsrichtlinien für ambulante Suchteinrichtungen in NÖ,
- » Qualitätsrichtlinien für ambulante Jugendsuchtberatungen in NÖ,
- » die Checkliste Opioid-Substitution in der Steiermark¹⁴⁸,
- » Qualitätsstandards bei der Aufnahme substituierter Mütter und ihrer Kinder in der psychiatrischen Abteilung des AKH Wien (SDW 2019) und die
- » Richtlinie „Substitution und Reha“ für die Versorgung substituierter Patientinnen/Patienten in Rehabilitationszentren oder Sonderkrankenanstalten¹⁴⁹.

In **Kärnten** haben alle ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen, welche einen Vertrag mit dem Amt der Kärntner Landesregierung haben bzw. einen Subventionsantrag stellen, jährlich einen Tätigkeitsbericht vorzulegen, aus dem die personelle Ausstattung, die Klientelauslastung und die finanzielle Gebarung ersichtlich sind. Um eine **Qualitätskontrolle und Evaluierung der Versorgungsstruktur** zu ermöglichen, werden alle **stationären Einrichtungen** jährlich im Rahmen der Fachaufsicht nach dem Kärntner Heimgesetz überprüft. Im Berichtsjahr wurde ein **verbindlicher Dokumentationsstandard** für Kärntner Suchthilfeeinrichtungen etabliert, um eine mittel- und langfristige datenbasierte Steuerung und Koordinierung des Suchthilfebereichs sicherzustellen. Auf jährlicher Basis sollen vergleichbare Daten aus den Suchthilfeeinrichtungen vorliegen, welche nach Suchtarten, Angeboten der Suchthilfe sowie in Bezug auf demografische Merkmale der Klientinnen/Klienten analysiert werden. Die Erhebung in den Kärntner Suchthilfeeinrichtungen startete im Berichtsjahr, erste Ergebnisse werden für 2023 erwartet (Drogenkoordination Kärnten 2023).

In der **Steiermark** können durch die **Implementierung eines einheitlichen Förderungscontrollings** seit dem Jahr 2020 vergleichende Daten zur ambulanten Versorgung im Suchthilfebereich generiert werden. Die sowohl klienten- als auch einrichtungsbezogenen Daten sind für die Weiterentwicklung der Suchthilfe essenziell, weil daraus Aussagen in Hinblick auf die Gleichwertigkeit der Versorgung in den sechs Versorgungsregionen getroffen werden können und Grundlagen für Planung und Steuerung geschaffen werden (Cichy p. M.). Im Berichtsjahr wurde der **Qualitätsstandard**

148

Ärztelkammer Steiermark: <https://www.aekstmk.or.at/507?articleId=4869> (Zugriff am 27. 6. 2023) mit Link zur Checkliste: <https://www.substituieren.at> (Zugriff am 27. 6. 2023)

149

https://sdw.wien/media/409/download/merkblatt_substitution-und-reha_fin.pdf?v=1 (Zugriff am 11. 7. 2023)

für **ambulante Angebote der Suchthilfe in der Steiermark**¹⁵⁰ veröffentlicht. Diese ergänzenden Förderungsvorgaben basieren auf der Rahmenrichtlinie über die Gewährung von Förderungen des *Gesundheitsfonds Steiermark* und dienen dazu, für Versorger:innen, Mitarbeiter:innen, Klientinnen/Klienten, Verwaltung und Politik ein gemeinsames Qualitätsmaß zu definieren (Cichy p. M.).

In der Steiermark wurde im Jänner 2021 der Dachverband der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen¹⁵¹ gegründet. Dieser Verein versteht sich sowohl als Expertengremium für Beratung und Behandlung suchtkranker Menschen und ihres sozialen Umfelds wie auch als Verhandlungspartner für Förder- und Auftraggeber betreffend **Mindeststandards in der Behandlung/Beratung** von Menschen mit Suchterkrankungen, Tarifverhandlungen sowie Planung und Durchführung von Angeboten zur Fort- und Weiterbildung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Suchthilfe (Cichy p. M.).

In Wien ist das Ambulatorium der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) für die Bewilligung von Anträgen auf Förderung stationärer und ambulanter Therapien in den nach den Förderrichtlinien der SDW anerkannten Therapieeinrichtungen zuständig (*Anton Proksch-Institut, Schweizer Haus Hadersdorf, Verein Grüner Kreis, Verein Dialog, Verein P.A.S.S., Verein Spielsuchthilfe*). Das Ambulatorium führt spezielle Begutachtungen – die „2nd Opinion“ – durch, um Maßnahmenpläne für Therapien zu überprüfen und zu bestätigen. Im Rahmen der „2nd Opinion“ werden alle Klientinnen/Klienten, die sich einer durch die SDW geförderten stationären Therapie unterziehen wollen, durch mindestens zwei im Ambulatorium der SDW vertretene Berufsgruppen (Medizin, Psychologie, Soziale Arbeit) begutachtet. Ziel der „2nd Opinion“ ist die Überprüfung und Bestätigung der Indikation sowie des Maßnahmenplans der Einrichtungen des SDHN (SDW 2023).

Qualitätssicherung in der OST

Für die Qualitätssicherung in der OST ist vor allem die medizinische Leitlinie *Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionsbehandlung*¹⁵² von Bedeutung, die von vier Fachgesellschaften approbiert und vom Gesundheitsministerium veröffentlicht wurde (ÖGABS et al. 2017). Dort wird zunächst auf die **ärztliche Haltung und ethische Grundlagen** sowie den Verlauf einer Opioidabhängigkeit eingegangen. In der Folge werden verschiedene Formen der Opioid-Substitutionstherapie (OST) dargestellt und schließlich konkrete Hinweise für die Umsetzung jedes einzelnen Schrittes gegeben. Auch andere Erkrankungen und Interventionen, Beikonsum und missbräuchliche Anwendung sowie spezifische Lebenssituationen werden berücksichtigt. Weiters ist ein Ausblick in

150

https://gesundheitsfonds-steiermark.at/wp-content/uploads/2022/09/Qualitaetsstandard_Sucht_08062022_final.pdf (Zugriff am 11. 7. 2023)

151

<https://dvsh-stmk.at> (Zugriff am 11. 7. 2023)

152

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Suchtmittel-NPS-Drogenausgangsstoffe/Leitlinie-%E2%80%93Qualit%C3%A4tsstandards-f%C3%BCr-die-Opioid-Substitutionstherapie.html> (Zugriff am 27. 6. 2023)

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

Relevant für **Qualitätssicherung** sind auch verschiedene Gremien: Auf Bundesebene gibt es den *Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung*, der den:die Bundesminister:in im Gesundheitsressort in diesen Angelegenheiten berät (§ 23k SV). Dieser Ausschuss setzt sich aus sachkundigen Vertreterinnen und Vertretern der Landesregierungen, der Drogen- oder Suchtkoordinationsstellen der Bundesländer, des für Gesundheit zuständigen Ministeriums, des Kompetenzzentrums Sucht der Gesundheit Österreich GmbH, der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer, des Dachverbands der Sozialversicherungsträger (DVSV), der medizinischen Universitäten sowie der in die OST eingebundenen Berufsgruppen und Einrichtungen zusammen. Auf Landesebene ist laut § 23i SV eine Sachverständigenkommission zur regionalen Koordination der OST einzusetzen. Des Weiteren gibt es die **Sachverständigenkommissionen der Bundesländer**, aber auch die **regionalen Qualitätszirkel** für Ärztinnen und Ärzte. Weitere (regionale) Vernetzungsgremien dienen im Wesentlichen dem fachlichen Austausch. Hinsichtlich der Weiterbildung für substituierende Ärztinnen und Ärzte bestehen ebenfalls genaue gesetzliche Vorgaben (vgl. Kapitel 2), die von der Österreichischen Ärztekammer in Kooperation mit den Ärztekammern der Bundesländer umzusetzen sind.

Die eingangs erwähnten rechtlichen Grundlagen enthalten auch Vorgaben hinsichtlich materieller, organisatorischer und personeller Rahmenbedingungen und der **Dokumentation für §-15-SMG-Einrichtungen** sowie deren Überprüfung durch das BMSGPK. Dieses hat ein bundesweites Opioid-Substitutionsregister zu führen, u. a. um Mehrfachbehandlungen mit Opioidsubstitutionsmitteln zu verhindern (vgl. Kapitel 2). Speziell für die OST ist hier die **Kontrolle durch Amtsärztinnen und -ärzte laut § 23g SV** anzuführen (vgl. Abschnitt 5.2.1).

Hinsichtlich der Evaluationen von Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen kann nur auf einzelne Studien verwiesen werden, welche die Einrichtungen in Auftrag geben oder selbst durchführen. Meist werden einzelne Angebote einmalig evaluiert. Zur Evaluation der OST wurden immer wieder Studien durchgeführt (zuletzt Springer et al. 2008), deren Ergebnisse in früheren Berichten zur Drogensituation zu finden sind. Auch die GÖG führt regelmäßig Auswertungen des pseudonymisierten Opioidsubstitutionsregisters durch, die einzelne Aspekte untersuchen und ebenfalls in früheren Berichten zur Drogensituation dargestellt sind, z. B. Analysen von Haltequoten oder von Zusammenhängen zwischen Behandlungsdauer und Anzeigen (Busch et al. 2021; Weigl et al. 2016). 2018 wurde eine Mortalitätskohortenanalyse von Personen in OST für den Zeitraum 2002 bis 2016 berechnet (Busch et al. 2019).

Fortbildungsveranstaltungen

Zusätzlich werden regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen angeboten, z. B. für Amtsärztinnen und -ärzte oder für die Mitarbeiter:innen von Suchthilfeeinrichtungen im Rahmen der ÖAKDA oder (auf regionaler Ebene) die Wiener Fortbildungsreihe *Opioid-Substitutionstherapie – leicht gemacht*. Jährlich werden Fachtagungen (z. B. das Substitutions-Forum der ÖGABS in Mondsee und das Interdisziplinäre Suchtsymposium am Grundlsee) abgehalten.

Im Berichtszeitraum wurden unter anderem folgende Fortbildungsveranstaltungen angeboten, die in der nachstehenden Tabelle gelistet sind:

Tabelle 5.4:
Ausgewählte Fortbildungsveranstaltungen 2022

Region	Titel	Kurzbeschreibung	Veranstalter
OÖ	25. Substitutionsforum Mondsee	Fachtagung; Plattform für die Opioidsubstitutionstherapie in Österreich und Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS)	ÖGABS
St	12. Interdisziplinäres Symposium zur Substanzgebrauchsstörung	Fachtagung über medizinische, psychologische, psychosoziale und menschenrechtliche Aspekte im Zusammenhang mit Substanzgebrauchsstörungen	Medizinische Universität Wien, Österreichische Ärztekammer
St	Weiterbildungslehrgang „Sozialpsychiatrie und Sucht“	Weiterbildung für Fachleute aus den Bereichen Sozialpsychiatrie und Sucht, um die Schnittstellen zwischen medizinischen, therapeutischen, psychosozialen und suchtspezifischen Strukturen zu optimieren und Patientinnen/Patienten bzw. Klientinnen/Klienten möglichst frühzeitig das bestmögliche Behandlungskonzept anbieten zu können.	Suchtberatung Obersteiermark und Zentrum für Suchtmedizin Landeskrankenhaus Graz II
W	„Opioid-Substitutionstherapie – leicht gemacht“	Onlinefortbildung für Apotheker:innen sowie Ärztinnen/Ärzte in Wien, die sich für die OST interessieren. Rechtliche sowie praktische Aspekte der OST werden in vier Unterrichtseinheiten à 50 Minuten kostenfrei angeboten.	Suchthilfe Wien
W	„Suchtberater:innenlehrgang“	Der Lehrgang für Suchtberater:innen vermittelt in vier Modulen Basiswissen zum Umgang mit Suchtkranken im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Referentinnen/Referenten.	Anton Proksch-Institut
W	„Sexarbeit in der Suchtberatung zum Thema machen“	In einem Fortbildungsseminar werden Mitarbeiter:innen der Suchtberatung für das Thema Sexarbeit sensibilisiert. Hierbei werden Grundlagen der einschlägigen rechtlichen Regelung in Österreich sowie der individuellen Leben- und Arbeitswelten von Sexarbeitenden vermittelt.	Sucht- und Drogenkoordination Wien
NÖ	„Sucht und Umgang mit konsumierenden Personen – Vom Genuss zur Sucht, Diagnose und Therapie der Abhängigkeitserkrankungen“	Im Mittelpunkt steht das Erkennen sowie Verstehen von Abhängigkeitserkrankungen anhand von Diskussionen mit suchterkrankten Patientinnen/Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Suchtprävention. Thematisiert werden Diagnosen von Abhängigkeitserkrankungen, Therapiemöglichkeiten in Niederösterreich, Drogenabhängigkeiten sowie Abhängigkeitserkrankungen im Kontext Arbeitsplatz.	NÖ Landesgesundheitsagentur
online	„Sucht, Behinderung, Selbstbestimmung“	allgemeine Einführung in die Problematik des Suchtmittelmissbrauchs und der Suchtmittelabhängigkeit sowie Vermittlung spezifischer Lösungsansätze für suchtmittelabhängige Menschen mit Behinderung	Akademie de la Tour
online	„Stigma und Sucht“	Anhand einer aktuellen systematischen Übersichtsarbeit werden Stigmata von Sucht- und anderen psychischen Erkrankungen beleuchtet. Das vorgestellte Hilfesystem – dynamisches Modell der Verantwortlichkeit bei Suchtkrankheit – soll zu einem stigmafremden Umgang mit Suchtproblemen beitragen.	Landesgruppe Steiermark

NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, St = Steiermark, W = Wien.

Quelle: Sucht- und Drogenkoordinationen; Recherche: GÖG

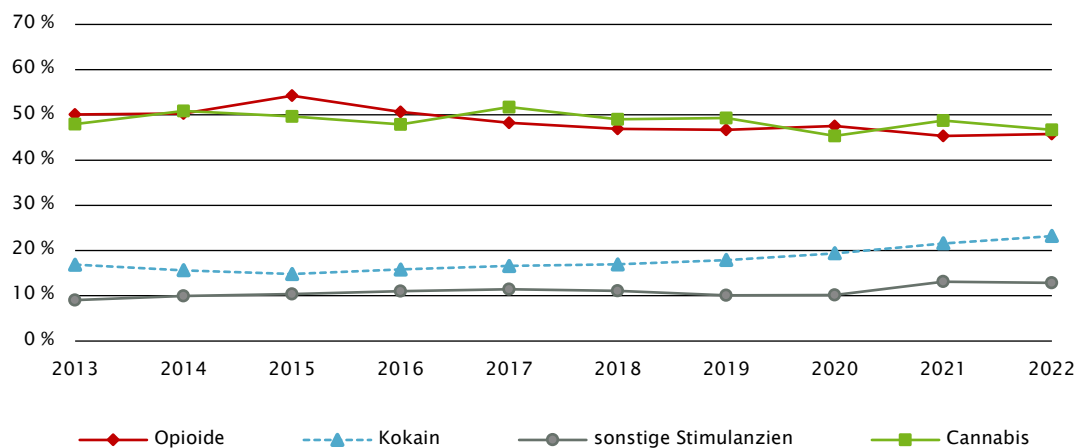
5.3 Trends

Bei den Konsummustern von Personen, die erstmals in ihrem Leben eine drogenspezifische Behandlung in einer im Rahmen des Klientendokumentationssystems der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI) erfassten Einrichtung beginnen, zeigten sich in den letzten zehn Jahren kaum Veränderungen. Lediglich bei Stimulanzien, insbesondere Kokain, ist ein leichter Anstieg und bei Opioiden ein leichter Rückgang zu verzeichnen (vgl. Abbildung 5.8). Mittlerweile wird jede fünfte drogenbezogene Erstbehandlung wegen der Leitdroge Kokain vorgenommen.

Hervorzuheben ist die über die Jahre gestiegene jedoch seit 2010 stagnierende und auf Basis der aktuellsten Schätzung (2021) derzeit bei etwas über 50 Prozent liegende In-Treatment-Rate¹⁵³ von Personen mit Opioidproblematik.

Abbildung 5.8:

Leitdrogen im Zeitverlauf bei Personen, die sich erstmals im Leben einer längerfristigen Suchtbehandlung unterziehen, in DOKLI 2013–2022



Anmerkung: Darstellung nach hierarchischer Leitdroge: Opiode > Kokain > Stimulanzien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

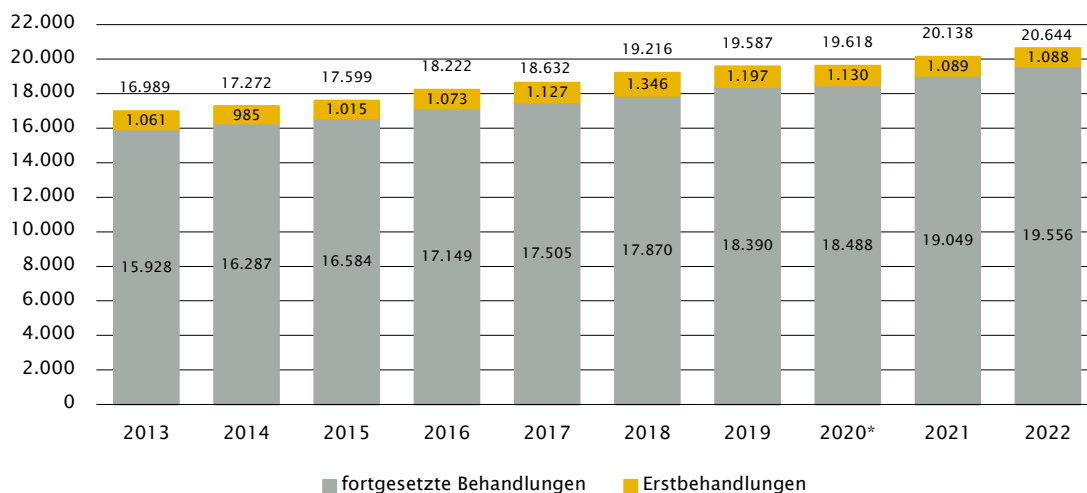
Es ist hier aber zu beachten, dass der weitaus größte Teil der Personen in OST nicht in den an DOKLI beteiligten Einrichtungen, sondern bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten behandelt wird. Diese Gruppe wird in der Abbildung nicht dargestellt.

153

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

Die jährlich steigende Zahl der Meldungen aktuell in OST befindlicher Personen kann als Hinweis auf die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von OST interpretiert werden (vgl. Abbildung 5.9).

Abbildung 5.9:
Jährlich gemeldete aktuell in OST befindliche Personen nach Erst- und fortgesetzter Behandlung 2013–2022



Fortgesetzte Behandlungen sind Behandlungen, die vor dem jeweiligen Jahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, die früher schon einmal in OST waren.
Erstbehandlung bedeutet, dass die entsprechende Person davor noch nie in OST war.

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

5.4 Neue Entwicklungen

Eine intravenöse OST ist in Österreich derzeit nicht etabliert. Die Suchthilfe Wien gGmbH startete im Berichtsjahr eine Pilotstudie zur Sicherheit und Machbarkeit einer intravenösen OST mit Hydargelan® (Hydromorphonhydrochlorid) in Wien. Im Rahmen dieser Pilotstudie soll geprüft werden, ob in Wien eine patientenorientierte, den Bedürfnissen der i. v. applizierenden Klientel mehr angepasste Vorgehensweise machbar ist und ob sie die Bindung an das Versorgungsangebot erhöht, die Reintegration unterstützt sowie zur gesundheitlichen Stabilisierung beiträgt (Haltmayer p. M.). Im Rahmen dieser Pilotstudie wurde im Auftrag der Suchthilfe Wien gGmbH ein Scoping Review über mögliche Barrieren und förderliche Faktoren in der Durchführbarkeit einer intravenösen Opioid-Agonisten-Therapie mit Hydromorphon durchgeführt und publiziert (Schwarz & Busch 2023).

Hinsichtlich der **OST-Versorgung** opioidabhängiger Personen ist nach wie vor der teilweise schon bestehende oder drohende Ärztemangel in der OST (z. B. durch Pensionierung) ein wichtiges Thema. In den Bundesländern laufen verschiedenste Bemühungen, um dieser Situation entgegenzuwirken und die Versorgung zu verbessern. Im Berichtsjahr fand so z. B. in Wien die Fortbildung

„Opioid-Substitutionstherapie – leicht gemacht“ in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Wien, der Österreichischen Gesundheitskasse Wien, der Wiener Apothekerkammer, dem Sucht- und Drogenbeauftragten der Stadt Wien und der MA 15 statt, deren Ziel es war, Ärztinnen und Ärzte zur OST zu motivieren (SDW 2023). In der Suchtberatung Obersteiermark wird seit Jänner 2020 ein vorerst auf drei Jahre festgelegtes Projekt umgesetzt, um dem Mangel an Ärztinnen und Ärzten im Bereich der OST entgegenzuwirken (Cichy, p. M.).

Das Kompetenzzentrum Sucht an der GÖG leitete von 2020 bis 2023 im Auftrag der Stiftung Anton Proksch-Institut Wien und mit Kofinanzierung des BMSGPK ein Forschungsprojekt unter dem Titel „Sucht(behandlung) in der Krise“. Im Zuge dessen wurde eine mehrjährige Delphi-Studie unter Einbezug von Einrichtungen der Suchthilfe und damit betrauten Verwaltungsbereichen durchgeführt, um Handlungsbedarfe zu identifizieren und auf Basis eines breiten Konsens Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Suchterkrankungen in Österreich zu formulieren. Diese Empfehlungen liegen nun in Form eines Positionspapiers mit zehn Themenfeldern vor (Strizek et al. 2023b).

Im Rahmen einer Arbeitsvereinbarung wurden zwischen der Kärntner Drogenkoordination und der Diakonie de La Tour in einer Arbeitsgruppe **Maßnahmen für die Versorgung alternder Menschen, die eine Abhängigkeitserkrankung aufweisen**, entwickelt. Die Arbeitsgruppe führte eine Befragung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern zweier ausgesuchter Pflegeheime durch. Auf Basis ihrer Ergebnisse wurde eine Fortbildungsreihe für Mitarbeiter:innen in mobilen und stationären Pflege- und Alteneinrichtungen konzipiert. Inhalte der einzelnen Module umfassen Diagnostik, Informationen zu Substanzen und Süchten im Alter, Ethik und Haltung, psychiatrische Komorbiditäten im Alter sowie den eigenen Umgang mit belastenden Situationen und Stress (Drogenkoordination Kärnten 2023).

In Wien startete im Berichtsjahr das Projekt „ChancenZUKUNFT“ speziell für Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 25 mit psychischen Erkrankungen inklusive riskanten Konsumverhaltens. Das Projekt unterstützt die Zielgruppe mittels realer Arbeitstrainings und sozialpädagogischer Gruppen beim (Wieder-)Einstieg in den Arbeitsmarkt oder in das Bildungswesen (SDW 2023).

Mit dem Projekt *API Steps*¹⁵⁴ gibt es ein neues Angebot für junge Wiener:innen (16 bis 25 Jahre), die sowohl eine psychiatrische Erkrankung als auch ein problematisches Konsumverhalten (stoffgebunden und/oder stoffungebunden) aufweisen. Dabei kooperiert die Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) mit dem Anton Proksch-Institut (API) in Liesing, wo die Betroffenen in Behandlung kommen. *API Steps* startete im Mai 2023 zunächst als Pilotprojekt mit fünf stationären Betten, 2024 soll das Projekt in den Regelbetrieb übergehen und im Vollausbau zwölf Betten im stationären Bereich sowie vier bis sechs Plätze in der ambulanten Betreuung umfassen.

154

<https://kurier.at/chronik/wien/neues-psychosoziales-angebot-fuer-junge-menschen-in-wien/402467600> (Zugriff am 22. 7. 2023)

COVID-19

Zu den legislativen Veränderungen im Zusammenhang mit der OST (Aussetzen der Vidierungspflicht) siehe Kapitel 2 Abschnitt 2.4).

Zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie kann auf eine im Rahmen des Projekts „Sucht(behandlung) in der Krise“ durchgeführte Befragung der Sucht- und Drogenkoordinationen der Bundesländer zurückgegriffen werden (Strizek et al. 2020, Strizek et al. 2021, Strizek et al. 2023). Im Zuge der Studie wurde im Jahr 2022 eine Onlinebefragung zu Auswirkungen der Pandemie auf die OST in Österreich durchgeführt (Strizek et al. 2023). Die Veränderungen der Rahmenbedingungen wurden von den befragten Fachleuten als Idee prinzipiell begrüßt und als positiv für Opioidsubstitutionsklientinnen/-klienten wahrgenommen. Administrative Erleichterungen in den Abläufen sollten aber nicht zulasten notwendiger Kontakte zwischen Patientinnen/Patienten und Vertreterinnen/Vertretern der Gesundheitsberufe gehen, die zur Einschätzung des Gesamtzustands notwendig sind und bei manchen Klientinnen und Klienten auch für die Tagesstruktur von Bedeutung sind. Die Studie zeigte, dass in der Umsetzung einzelner Maßnahmen in der Praxis noch Fragen zu Prozessabläufen (veränderte Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen den Berufsgruppen) und zur technischen Umsetzung (z. B. Datenschutzaspekte bei einer elektronischen Übermittlung von Rezepten, Möglichkeit und Umsetzbarkeit elektronischer Vidierung) zu klären sind. Insgesamt sprachen sich alle involvierten Berufsgruppen jeweils mehrheitlich für eine Beibehaltung der veränderten Rahmenbedingungen der OST in Österreich aus.

Insgesamt zeigt sich kein eindeutiges Bild, inwieweit sich diese Veränderungen im System der Suchthilfe auf die stationären und ambulanten Behandlungszahlen der im Opioidsubstitutionsregister und im Klientendokumentationssystem der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI) erfassten Einrichtungen ausgewirkt haben.

5.5 Quellen und Methodik

Quellen

Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe

Daten zur Beschreibung der Drogenhilfeklientel liefert seit 2006 die einheitliche *Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe* (DOKLI), an der sich die meisten relevanten Drogen-einrichtungen Österreichs beteiligen. Die Datenerfassung inkludiert alle seitens der EBDD definierten Fragen. Die Daten werden in unterschiedlichen Behandlungssettings erfasst:

- » **kurzfristige Kontakte:** Für Klientinnen und Klienten, in deren Fall es bei den ersten Kontakten nicht klar ist, ob sich ein längerfristiges Betreuungsverhältnis entwickeln wird, gelten die ersten fünf Kontakte als unverbindliche, kurzfristige Beratung = kurzfristiger Kontakt. Bei diesen Klientinnen und Klienten werden nur einige wenige Basisdaten erhoben.

- » **niederschwellige Begleitung:** Von niederschwelliger Begleitung wird gesprochen, wenn Klientinnen und Klienten von niederschweligen Einrichtungen deren Angebote (Beratung, Angebote der Schadensminimierung etc.) mit einer gewissen Regelmäßigkeit in Anspruch nehmen und ihren Betreuerinnen und Betreuern namentlich oder mit Spitznamen bekannt sind (Stammklientel). Bei diesen Klientinnen und Klienten werden nur einige ausgewählte Variablen erhoben, die für das niederschwellige Setting relevant sind.
- » **längerfristig ambulante oder stationäre Behandlung und Betreuung:** Von längerfristiger Behandlung/Betreuung ist zu sprechen, wenn entweder mit der Klientin bzw. dem Klienten eine entsprechende Vereinbarung (z. B. stationäre Behandlung, OST, längerfristige psychosoziale Betreuung) getroffen wurde (dies kann auch in einer niederschweligen Einrichtung der Fall sein) oder es mit einer Klientin bzw. einem Klienten in einem Zeitraum von zwölf Monaten mehr als fünf Face-to-Face-Kontakte gibt. Bei diesen Klientinnen und Klienten wird die Vollversion des DOKLI-Fragebogens erhoben.

Zusätzlich erfasst werden auf freiwilliger Basis Daten zu Infektionskrankheiten (ebenfalls gemäß den Richtlinien der EBDD) und ICD-10-Codes. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die aktuell über 70 Prozent der OST durchführen, sind nicht an DOKLI beteiligt. Über ihre Patientinnen und Patienten in OST finden sich lediglich Daten im bundesweiten Opioidsubstitutionsregister. Weitere Erläuterungen – auch zur Coverage – sind in Anzenberger et al. (2018) zu finden. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten zwar auf Einrichtungsebene ausgeschlossen werden können, Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2020 in mehreren Einrichtungen betreut wurden, hingegen aufgrund des aggregierten und anonymisierten Charakters der Daten (mit Ausnahme innerhalb Wiens) nicht zu verhindern sind. Wie hoch der Anteil solcher Mehrfachbetreuungen ist, kann nur vermutet werden. Ein grober Richtwert ist dem Wiener BADO-Bericht von 2011 zu entnehmen, in dem Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Referenzzeitraum in mehreren Drogeneinrichtungen betreut worden waren, über einen Identifier eruiert werden konnten. Im Jahr 2010 wurden demnach rund 22 Prozent der in der BADO erfassten Klientinnen und Klienten in mehr als einer Einrichtung betreut (13,5 % in zwei Einrichtungen, 7,6 % in mehr als zweien; IFES 2012). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Drogeneinrichtungen in Wien aufgrund der räumlichen Konzentration höher ist als in ländlichen Gebieten und dass daher der Anteil der Mehrfachbetreuungen für Gesamtösterreich etwas geringer ausfällt.

Opioidsubstitutionstherapie

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

Studien

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

„**Sucht(behandlung) in der Krise**“ ist ein von der Stiftung Anton Proksch-Institut Wien in Auftrag gegebenes und vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz kofinanziertes Forschungsprojekt des Kompetenzzentrums Sucht der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Im Rahmen dieses Projekts wurden kurz- und mittelfristige Auswirkungen der Coronapandemie auf die Versorgung suchterkrankter Menschen sowie auf das Suchthilfesystem in Österreich analysiert. Die Ergebnisse wurden in insgesamt drei Kurzberichten – verteilt über den gesamten Projektzeitraum – publiziert (vgl. Strizek et al. 2020, Strizek et al. 2021, Strizek et al. 2023). Die Onlinebefragung zu Auswirkungen der Pandemie auf die OST in Österreich fokussierte auf vier rechtliche bzw. administrative Änderungen von österreichweiter Bedeutung: (1) die Möglichkeit des Aussetzens der Vidierungspflicht für Opioidsubstitutionsdauerverschreibungen in bestimmten Fällen, (2) die Möglichkeit, Opioidsubstitutionsmedikamente für einen längeren Zeitraum zu verschreiben, (3) die verstärkte Anordnung einer wöchentlichen Mitgabe von Opioidsubstitutionsmedikamenten (statt täglich kontrollierter Einnahme) sowie (4) die Möglichkeit, Apotheken Rezepte für Opioidsubstitutionsmedikamente direkt per E-Mail oder Fax zu übermitteln. Die Befragung wurde im Mai und Juni 2022 durchgeführt. Einladungen zur Studienteilnahme wurden u. a. über nationale Gremien/Strukturen sowie über die Ärzte- und die Apothekerkammer verbreitet. Die endgültige Stichprobe umfasste 233 gültige Rückmeldungen von Amtsärztinnen/-ärzten, Behandlerinnen/Behandlern, Apothekerinnen/Apothekern, Suchtkoordinatorinnen/-koordinatoren und weiteren involvierten Berufsgruppen (Strizek et al. 2023).

Der **Scoping Review über mögliche Barrieren und förderliche Faktoren in der Durchführbarkeit einer intravenösen Opioid-Agonisten-Therapie mit Hydromorphon in Wien** (Schwarz & Busch 2023) wurde von der Suchthilfe Wien gGmbH im Rahmen der geplanten Pilotstudie zur Sicherheit und Machbarkeit einer intravenösen Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) mit Hydagelan® (Hydromorphonhydrochlorid) in Wien (Haltmayer p. M.) in Auftrag gegeben. Ziel der Übersichtsarbeit war es, den internationalen Forschungsstand zu i. v. OAT mit Hydromorphon oder anderen Opioiden in Hinblick auf mögliche Barrieren und förderliche Faktoren in der Durchführbarkeit herauszuarbeiten. Der Scoping Review betrachtet systematisch die wissenschaftlichen, medizinischen und politischen Fragen, die mit der Durchführbarkeit und Implementierung einer i. v. OAT mit Hydromorphon verbunden sind. Die internationale Literatur zeigt, dass die i. v. OAT eine wertvolle, patientenzentrierte Ergänzung des etablierten Behandlungsangebots darstellt. Gegen die identifizierten Risiken sollten angemessene Schritte gesetzt werden, um ein Scheitern etwaiger Pilotprojekte zu verhindern.

5.6 Bibliografie

- AIDS-Hilfe Tirol (2023). Jahresbericht 2022. Fachstelle HIV und Sexuelle Gesundheit (AHT). Innsbruck
- ANS-Ost (2013). Positionspapier des ANS-Ost zur Entwicklung von Qualitätsstandards in der Angehörigenbetreuung. Wien
- Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kerschbaum, H.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2018). Epidemiologiebericht Sucht 2018. Wien
- BMGF (2017). Handbuch für die Vollziehung des § 12 Suchtmittelgesetz. Leitlinie für die Gesundheitsbehörden. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kellner, K.; Kerschbaum, H.; Klein, C.; Türscherl, E., (2014). Epidemiologiebericht Drogen 2014. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Busch, M.; Anzenberger, J.; Uhl, A. (2019): Mortalität von Menschen mit Opioidabhängigkeit. Suchtmedizin, 21 (6)
- Busch, M., Klein, C., Uhl, A., Haltmayer, H., Cabanis, M., Westenberg, J. N., Vogel, M., Krausz, R. M. (2021). Retention in the Austrian opioid agonist treatment system: a national prospective cohort study. Harm Reduction Journal, 18, 25
- Busch, M.; Schwarz, T.; Anzenberger, J.; Bachmayer, S.; Grüner, B.; Haring, C.; Haring, J.; Jäger, G.; Madlung-Kratzer, E.; Puhm, A.; Schmalzl, C.; Schmutterer, I.; Sparber, W.; Strizek, J. (2021b). Tiroler Suchtkonzept 2022–2032. Strategie zur Prävention von und zum Umgang mit Suchtverhalten. Gesundheit Österreich. Wien
- Caritas, Diözese Graz-Seckau (2022). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2021. Graz
- Caritas, Diözese Innsbruck (2023). abrakadabra, Jahresbericht 2022. Innsbruck
- FAB (2023). Geschäftsbericht 2022/2023. Verein zur Förderung von Arbeit und Beschäftigung. Linz
- Gesundheitsfonds Steiermark (2017). Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark (RSG-St 2025). Version 1.0. Gesundheitsfonds Steiermark (Hrsg.). Graz
- GÖG/ÖBIG (2010). Drogen-Monitoring. Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

- GÖG/ÖBIG (2011). Bericht zur Drogensituation 2011. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2013a). DOKLI 2.1 – Basismanual, Version 1.0. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2013b). Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Grüner Kreis (2023). Grüner Kreis Magazin No 125. Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen. Wien
- IFES (2012). BADO-Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2011. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- Land Salzburg (2020). Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2025. Entwicklung einer integrierten Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen. Salzburg
- Land Vorarlberg (2014). Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015–2025. Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa). Bregenz
- ÖBIG (2003). Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich – Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP, ÖGPP (2017). Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. Wien
- ÖGPB (2007). Substanzbezogene Störungen und psychiatrische Erkrankungen. Konsensus-State-ment – State of the art 2007. Wien
- Schwarz, T.; Busch, M. (2023): Scoping Review über mögliche Barrieren und förderliche Faktoren in der Durchführbarkeit einer intravenösen Opioid-Agonisten-Therapie mit Hydromorphon in Wien. Gesundheit Österreich, Wien.
- SDW (2019). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich 2019“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SDW (2023). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den Bericht zur Drogensituation 2023. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SHW (2023). Bereich Arbeit und Integration. Tätigkeitsbericht 2022. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien

- Springer, A.; Uhl, A.; Strizek, J. (2008): Opiatabhängige in Substitutionsbehandlung in Österreich: Ergebnisse einer Querschnittstudie. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 31, 2, Wien, 5-18
- Stiftung Maria Ebene (2022). Jahresbericht 2021. Stiftung Maria Ebene. Frastanz
- Strizek, J.; Busch, M.; Priebe, B., Puhm, A.; Uhl, A. (2020). Sucht(behandlung) in der Krise. Kurzbericht. Gesundheit Österreich. Wien
- Strizek, J.; Brotherhood, A.; Priebe, B., Puhm, A. (2021). Sucht(behandlung) in der Krise. Zweiter Kurzbericht. Gesundheit Österreich. Wien
- Strizek, J.; Brotherhood, A.; Priebe, B.; Puhm, A. (2023a). Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Opioid-Substitutionsbehandlung in Österreich. 3. Kurzbericht zum Projekt „Sucht(behandlung) in der Krise“. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, J.; Brotherhood, A.; Busch, M.; Priebe, B.; Puhm, A.; Uhl, A. (2023b). Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Suchterkrankungen in Österreich. Ergebnisbericht einer Delphi-Befragung. Gesundheit Österreich, Wien
- Suchthilfe Tirol (2023). Tätigkeitsbericht für das Jahr 2022. Suchthilfe Tirol. Hall in Tirol
- Weigl, M.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Türscherl, E. (2016). Bericht zur Drogensituation 2016. Gesundheit Österreich GmbH. Wien

5.7 Zitierte Bundesgesetze

- BGBI. I 1997/112. Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG).
- BGBI. II 1997/374. Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über den Verkehr und die Gebarung mit Suchtgiften (Suchtgiftverordnung – SV).
- BGBI. II 2006/449. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Weiterbildung zum/zur mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertrauten Arzt/Ärztin für den Bereich der oralen Substitutionsbehandlung von opioidabhängigen Suchtkranken (Weiterbildungsverordnung orale Substitution).

5.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Bayer, Raphael	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Cichy, Juliane	Suchtkoordination Steiermark
Haltmayer, Hans	Suchthilfe Wien gGmbH
Taferner-Kraigher, Petra	Suchtkoordination Burgenland

5.9 Anhang

Tabelle A5.1:

Personen, die im Jahr 2022 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter, Geschlecht und Betreuungsart

Alter (in Jahren) / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
0 bis 4 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 bis 9 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 bis 14 (in Prozent)	2	5	2	0	0	0	1	3	1	0	1	0
15 bis 19 (in Prozent)	16	22	17	2	5	3	12	18	13	7	13	8
20 bis 24 (in Prozent)	20	19	19	5	7	5	16	18	17	18	20	19
25 bis 29 (in Prozent)	19	14	18	11	10	11	16	15	16	22	17	21
30 bis 34 (in Prozent)	15	15	15	19	23	20	17	17	17	20	21	20
35 bis 39 (in Prozent)	12	10	12	22	22	22	14	12	14	16	16	16
40 bis 44 (in Prozent)	8	7	8	18	15	17	11	10	10	8	7	8
45 bis 49 (in Prozent)	4	5	4	10	8	9	6	4	5	4	3	4
50 bis 54 (in Prozent)	3	1	2	6	6	6	4	3	4	2	2	2
55 bis 59 (in Prozent)	2	2	2	4	3	4	2	2	2	1	1	1
60 bis 64 (in Prozent)	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1
65 bis 69 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70 bis 74 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75 bis 79 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80 und älter (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gültige Angaben (absolut)	2.708	776	3.484	1.245	377	1.622	2.996	898	3.894	656	159	815
unbekannt (absolut)	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
missing (absolut)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

m = männlich, w = weiblich

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

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

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

LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quellen: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.2:

Personen, die im Jahr 2022 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n), Geschlecht und Betreuungsart

Leitdroge (Mehrfachnennungen möglich) / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
Opioide (in Prozent)	25	27	25	68	69	68	43	50	45	49	53	50
Heroin (in Prozent)	18	20	19	56	59	57	34	38	35	34	35	34
Methadon (in Prozent)	2	2	2	9	6	8	5	6	5	6	5	6
Buprenorphin (in Prozent)	2	2	2	7	8	7	5	5	5	3	3	3
Morphin in Retardform (in Prozent)	6	7	7	23	14	21	13	16	13	21	20	20
anderes Opioid (in Prozent)	2	2	2	0	0	0	2	3	2	2	3	2
Kokaingruppe (in Prozent)	18	15	17	6	3	5	20	17	19	41	39	40
Kokain (in Prozent)	17	14	17	6	3	5	20	17	19	40	39	40
Crack (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	2
anderes Kokain (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stimulanzien (in Prozent)	11	16	12	7	4	7	11	11	11	22	22	22
Amphetamine (z. B. Speed; in Prozent)	8	9	8	2	1	2	8	8	8	19	16	19
MDMA (Ecstasy) und Derivate (in Prozent)	3	5	3	5	3	4	4	4	4	6	5	5
anderes Stimulans (in Prozent)	3	4	3	1	0	1	2	2	2	1	1	1
Tranquillizer/Hypnotika (in Prozent)	9	8	9	5	5	5	11	12	11	22	22	22
Benzodiazepine (in Prozent)	8	8	8	5	5	5	11	12	11	22	22	22
Barbiturate (in Prozent)	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
anderer Tranquillizer / anderes Hypnotikum (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Halluzinogene (in Prozent)	1	2	1	3	0	2	1	1	1	2	3	2
LSD (in Prozent)	1	1	1	2	0	1	1	0	1	1	2	2
anderes Halluzinogen (in Prozent)	1	1	1	2	0	2	0	1	1	0	2	1
Cannabis (in Prozent)	61	54	59	19	23	20	49	41	47	46	40	45
Schnüffelstoffe (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alkohol (in Prozent)	11	9	11	1	1	1	7	6	7	22	18	21
andere Drogen (in Prozent)	3	1	2	10	5	9	2	2	2	2	3	2
Leitdroge (Nennungen)	2.804	790	3.594	434	101	535	4.396	1.246	5.642	1.453	327	1.780
Leitdroge (Personen)	1.888	561	2.449	295	78	373	2.672	777	3.449	639	153	792
ausschließlich rechtliche Problematik (Personen)	120	18	138	17	12	29	67	21	88	2	0	2
nur Begleitdroge (Personen)	653	188	841	933	287	1.220	181	82	263	6	2	8
Drogenanamnese fehlt (Personen)	48	9	57	0	0	0	76	18	94	9	4	13

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Nennungen.

Oberkategorien sind fett gedruckt.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

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

LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.3:

Personen, die im Jahr 2022 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum (jemals), Geschlecht und Betreuungsart

intravenöser Drogenkonsum / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
nein (in Prozent)	85	80	83	37	32	36	74	70	73	63	66	63
ja (in Prozent)	15	20	17	63	68	64	26	30	27	37	34	37
gültige Angaben (absolut)	2.499	693	3.192	1.066	315	1.381	2.845	854	3.699	635	157	792
unbekannt (absolut)	204	78	282	162	49	211	124	36	160	21	2	23
missing (absolut)	6	5	11	17	13	30	27	8	35	0	0	0

m = männlich, w = weiblich

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

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

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

LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.4:

Personen, die im Jahr 2022 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation, Geschlecht und Betreuungsart

aktuelle Wohnsituation (wie?) / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
gesichert (z. B. eigene Wohnung; in Prozent)	—	—	—	53	47	51	86	87	86	74	79	75
ungesichert (z. B. Obdachlosigkeit; in Prozent)	—	—	—	39	43	40	5	6	6	14	9	13
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben gesicherte Wohnsi- tuation (z. B. Wohnung; in Prozent)	—	—	—	0	0	0	1	1	1	6	7	7
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben keine gesicherte Wohnsituation (in Prozent)	—	—	—	1	1	1	1	1	1	4	5	4
betreutes Wohnen, daneben gesicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung; in Prozent)	—	—	—	1	1	1	1	1	1	0	0	0
betreutes Wohnen, daneben keine gesicherte Wohnsituation (in Prozent)	—	—	—	6	8	6	4	4	4	1	1	1
Haft (in Prozent)	—	—	—	0	0	0	3	0	2	0	0	0
gültige Angaben (absolut)	—	—	—	1.026	306	1.332	2.871	875	3.746	618	151	769
unbekannt (absolut)	—	—	—	202	59	261	105	16	121	26	3	29
missing (absolut)	—	—	—	17	12	29	20	7	27	12	5	17

m = männlich, w = weiblich

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

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

Diese Variable wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

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

LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.5:

Ab 25-Jährige, die im Jahr 2022 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)

höchste positiv abgeschlossene Schulbildung / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
keine (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	2	1	2	3	1	3
Volksschule bzw. 4 Jahre Sonderschule (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	2	1	1	1	0	1
Pflichtschule (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	40	40	40	41	46	42
Lehrabschlussprüfung (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	42	35	40	46	29	43
berufsbildende mittlere Schule (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	5	8	5	3	9	4
AHS, BHS (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	7	10	7	3	13	5
Studium, Fachhochschule, Kolleg (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	3	5	3	2	3	2
gültige Angaben (absolut)	—	—	—	—	—	—	1.965	529	2.494	469	103	572
unbekannt (absolut)	—	—	—	—	—	—	140	21	161	21	2	23
missing (absolut)	—	—	—	—	—	—	16	4	20	0	0	0

m = männlich, w = weiblich

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

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

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

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

LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.6:

Personen, die im Jahr 2022 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Lebensunterhalt, Geschlecht und Betreuungsart

Lebensunterhalt gesamt (Mehrfachnennungen möglich) / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
erwerbstätig (in Prozent)	—	—	—	14	10	13	38	31	37	4	13	6
arbeitslos (in Prozent)	—	—	—	44	40	43	34	27	32	60	52	59
bedarfsorientierte Mindestsicherung (in Prozent)	—	—	—	14	20	15	6	12	8	12	10	12
Kind, Schüler:in, Student:in (= sog. erhaltene Person; in Prozent)	—	—	—	2	2	2	3	6	4	1	3	1
Präsenz-, Zivildienst, Karenz, Pensionist:in (in Prozent)	—	—	—	5	5	5	5	10	6	7	8	7
Haushalt, berufliche Umschulung, Sonstiges (in Prozent)	—	—	—	10	9	10	12	12	12	5	6	5
nichterwerbstätig, sonstige Form des Lebensunterhalts unbekannt (in Prozent)	—	—	—	27	28	27	16	19	17	27	23	26
Anzahl der Personen mit gültigen Angaben	—	—	—	1.078	321	1.399	2.762	847	3.609	597	145	742
unbekannt (absolut)	—	—	—	150	44	194	145	25	170	37	2	39
missing (absolut)	—	—	—	17	12	29	89	26	115	22	12	34

m = männlich, w = weiblich

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

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

Diese Variable wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

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

LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

Inhalt

6	Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen.....	175
6.1	Zusammenfassung.....	175
6.2	Aktuelle Situation.....	177
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität	177
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle	178
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	178
6.2.4	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen.....	182
6.2.5	Schadensminimierende Maßnahmen	183
6.2.6	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	192
6.2.7	Qualitätssicherung	198
6.3	Neue Entwicklungen.....	198
6.4	Quellen und Methodik.....	201
6.5	Bibliografie	204
6.6	Zitierte Bundesgesetze.....	206
6.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	207
6.8	Anhang.....	207

6 Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

6.1 Zusammenfassung

Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum

Die aktuellen Zahlen der drogenbezogenen Todesfälle für 2022 lagen zu Redaktionsschluss noch nicht vor. Daher werden die Daten zu den drogenbezogenen Todesfällen 2022 zunächst nur im Epidemiologiebericht Sucht 2023 publiziert (Anzenberger et al. 2023). Für das Jahr 2021 wird in Summe von 235 Todesfällen aufgrund von Drogenüberdosierung ausgegangen (2020: 191 Fälle).

Daten zu drogenbezogenen Notfällen sind nur eingeschränkt verfügbar und lassen keine verallgemeinerbaren Schlüsse zu. Die Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) wurde im Jahr 2022 insgesamt 346-mal betreffend Suchtmittelintoxikationen kontaktiert. Diese Kontaktaufnahmen beziehen sich auf Personen, deren Zustand durch eine Vergiftung als bedrohlich eingestuft wird. Eine routinemäßige Erfassung von Drogennotfällen bzw. Notfällen im Zusammenhang mit NPS gibt es nicht.

Die Infektionsraten von HIV und Hepatitis variieren stark zwischen den verfügbaren Datenquellen. Es zeigt sich dennoch deutlich, dass Hepatitis C bei intravenös (i. v.) Drogenkonsumierenden ein gravierendes Problem darstellt (2022 je nach Datenquelle bis zu 81 % bei HCV-Antikörpern). Die Zahlen zur HIV-Prävalenz bewegten sich im Zeitraum der letzten zehn Jahre hingegen auf niedrigem Niveau (2022 je nach Datenquelle: 0 % bis 7 %). Die Hepatitis-B-Prävalenz (HBV) bei i. v. Konsumierenden liegt seit mehreren Jahren, je nach Datenquelle, zwischen zehn und etwa dreißig Prozent (2022: 11 % bis 31 %).

Schadensminimierung/Harm-Reduction

Grundlegend für Maßnahmen zur Schadensminimierung sind die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* wie auch die Strategien der Bundesländer für ihre jeweilige Sucht- und Drogenpolitik. Einschlägige Angebote werden zumeist im niederschweligen Setting umgesetzt. Hohen Stellenwert hat dabei die **Abgabe sterilen Injektionszubehörs**, die mit Ausnahme des Burgenlands in allen Bundesländern – vorwiegend in den Städten – angeboten wird. Seit November 2019 besteht für Klientinnen und Klienten die Möglichkeit, auch in Wiener Apotheken und Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe kostenlos und anonym Spritzen zu tauschen. Im Berichtsjahr konnte das Spritzentauschangebot erneut ausgeweitet werden und umfasst nun insgesamt sechs Wiener Apotheken und 28 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.

Zudem werden in niederschweligen Einrichtungen der Drogenhilfe weitere Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe (wie kostenfreie Statusbestimmungen und HAV-/HBV-Impfprogramme), sozialarbeiterische Betreuung sowie fachärztliche Behandlung angeboten. Auch die Opioidsubstitutions-

therapie (OST) kann als (höher-schwellige) schadensminimierende Maßnahme gesehen werden. Interventionen und Maßnahmen, die auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Drogenkonsumentenden abzielen, sind in alle Betreuungs- und Behandlungsbereiche der Drogenhilfe integriert und je nach Setting ausgerichtet.

Neue Entwicklungen

In Kärnten, Tirol und Vorarlberg starteten neue (Take-home-)Naloxon-Pilotprojekte, womit es in Österreich nun in sechs Bundesländern ein derartiges Angebot gibt. Seitens der Kärntner Drogenkoordination wird eine fundierte Schulung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Drogenambulatorien und Drogenberatungsstellen durchgeführt. Das Tiroler Pilotprojekt (Pilotphase Mai 2023 bis Dezember 2024) wird durch das Land Tirol finanziert. In Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Anlaufstellen der Sucht- und Drogenhilfe wurde das Pilotprojekt in Vorarlberg landesweit etabliert.

Seit Beginn 2022 können an vier Standorten der Suchtberatungen in Niederösterreich (Neunkirchen, Tulln, St. Pölten und Amstetten) Spritzen getauscht werden, ein weiterer Ausbau dieses Angebots ist geplant. In Österreich wird kostenloser Spritzentausch mithin mit Ausnahme des Burgenlands in allen Bundesländern umgesetzt. Insgesamt gibt es 20 derartige Angebote in 18 Städten, über die steriles Injektionszubehör erhältlich ist.

Unter dem Titel *Triptalks* besteht seit August 2022 ein neues Drug-Checking-Angebot in Graz. Damit wird Drug-Checking in Österreich in insgesamt drei Bundesländern umgesetzt. Das Grazer *Triptalks*-Team veröffentlicht, wenn notwendig, Akutwarnungen zu besonders bedenklichen Substanzen und zusammenfassende Monatswarnungen mit einer Übersicht über alle abgegebenen Proben.

Für Klientinnen/Klienten der sozialmedizinischen Einrichtung *Jedmayer* und des *Ambulatoriums Suchthilfe Wien*, die ein erhöhtes Risiko haben, sich mit Hepatitis zu infizieren oder bei denen bereits eine (unbehandelte) Infektion festgestellt wurde, wurde im Berichtsjahr der monatliche „Lebertag“ ins Leben gerufen. Im *Jedmayer*-Tageszentrum erhalten die Klientinnen/Klienten Informationen zur Hepatitisvorsorge und -abklärung sowie zu den Behandlungsmöglichkeiten von Hepatitis A, B und C in der Hepatitis-Ambulanz.

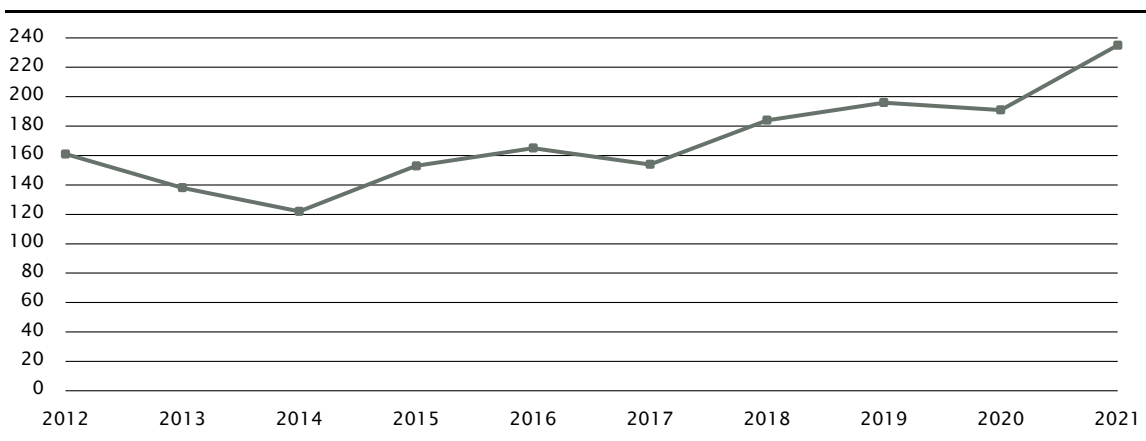
6.2 Aktuelle Situation

6.2.1 Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität

Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle

Die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle für 2022 lag zu Redaktionsschluss noch nicht vor¹⁵⁵. Daher werden im Folgenden nur die Zahlen bis 2021 dargestellt. Von 2012 bis 2014 zeigte sich ein Rückgang der direkt drogenbezogenen Todesfälle. Im Jahr 2014 erreichten sie den niedrigsten Wert seit über zehn Jahren (vgl. Abbildung 6.1). 2021 stieg die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle an. Dies könnte möglicherweise als erster Hinweis auf eine Verschärfung der Drogenproblematik gesehen werden oder als temporäre Folge der Belastungen durch die COVID-19-Pandemie. Die Zahlen nach Bundesländern finden sich in Tabelle A6.2 und Tabelle A6.3 im Anhang.

Abbildung 6.1:
Anzahl direkt drogenbezogener Todesfälle in Österreich 2012–2021



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

155

Die Daten zu den drogenbezogenen Todesfällen 2022 werden zunächst nur im Epidemiologiebericht Sucht 2023 publiziert (Anzenberger et al. 2023).

6.2.2 Drogenbezogene Notfälle

Es gibt keine routinemäßige Erfassung von Drogennotfällen bzw. Notfällen im Zusammenhang mit NPS. Eine Auswertung der Spitalsentlassungsdiagnosen hinsichtlich Drogennotfällen ist mit Unsicherheiten behaftet, da bei Überdosierungen in der Praxis zum Teil T-Diagnosen der ICD-10¹⁵⁶, zum Teil F10-/F19-Diagnosen, die für psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen stehen, ohne zusätzliche T-Diagnosen vergeben werden – Letzteres vor allem bei Patientinnen und Patienten mit zugrunde liegender Suchterkrankung.

Die Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) wurde im Jahr 2022 insgesamt 346-mal betreffend Suchtmittelintoxikationen kontaktiert (insg. 29.082-mal). Diese Kontaktaufnahmen beziehen sich auf Personen, deren Zustand durch eine Vergiftung als bedrohlich eingestuft wird. Beteiligte illegale Substanzen (Mehrfachnennungen möglich) betrafen vorwiegend THC (n = 94), Kokain (n = 84), MDMA (n = 56), Speed (n = 31), Heroin (n = 21), LSD (n = 14), Gammahydroxybuttersäure (n = 13), Poppers¹⁵⁷ (n = 12) und Crystal Meth (n = 10), alle weiteren Substanzen waren weniger als zehnmal beteiligt. Die meisten Kontaktaufnahmen erfolgten aufgrund einer Mischintoxikation (Schiel et al. 2023).

6.2.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

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

Die folgenden Ergebnisse beruhen auf verschiedensten Datenquellen, die in der Übersicht in Tabelle 6.1 dargestellt sind. Weil die Daten nur aus wenigen einzelnen Einrichtungen sowie aus der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle stammen und stark streuen, sind hier genaue Prävalenzen und Trends schwer auszumachen. Das Fehlen eines verlässlichen Monitoringsystems für drogenassoziierte Infektionskrankheiten stellt eine große Limitation dar und macht sowohl Inzidenz- als auch Prävalenz- sowie Trendaussagen sehr unsicher bis unmöglich. Unterschiede in der Häufigkeit verschiedener Infektionskrankheiten zeichnen sich dennoch deutlich ab.

Im Jahr 2022 streute die Prävalenzrate für **Hepatitis B** in den verfügbaren Datenquellen von elf Prozent bis 31 Prozent. In den meisten Fällen kann ausgeschlossen werden, dass die positiven Befunde auf eine vorangegangene Impfung zurückzuführen sind (siehe auch die Legende von Ta-

156

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

157

Poppers ist ein Sammelbegriff für nitrithaltige Flüssigkeiten (Wirkstoff: Amylnitrit, Butylnitrit und ähnliche Substanzen), deren Dämpfe über die Nase aufgenommen werden und einen kurzen Rauschzustand bewirken. Poppers werden aufgrund ihrer stimulierenden und muskelrelaxierenden Wirkung häufig beim Sex verwendet, insbesondere von MSM (men who have sex with men / Männer, die Sex mit Männern haben).

belle 6.1). In den vergangenen Jahren war die Hepatitis-B-Prävalenz bei intravenös Drogenkonsumierenden annähernd gleichbleibend: Die Werte liegen je nach Datenquelle seit dem Jahr 2010 zwischen 0 und 36 Prozent.

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

Im Jahr 2022 lag die HCV-Ab-Prävalenz bei sieben bis 81 Prozent. Bezüglich der HCV-RNA zeigt sich, dass ein hoher Prozentsatz der HCV-Ab-Positiven auch einen chronischen Verlauf entwickelt und dass ein Großteil von ihnen noch nicht erfolgreich behandelt wurde und/oder sich nach einer erfolgreichen Behandlung reinfiziert hat (z. B. *Ambulatorium Suchthilfe Wien*: 51 %). Die HCV-Ab-Prävalenz hat sich in den letzten Jahren zunächst auf hohem Niveau eingependelt. Seit 2019 zeigt sich ein Abwärtstrend. Abbildung 6.2 zeigt die Entwicklung der HCV-Infektionsraten aus unterschiedlichen Datenquellen seit dem Jahr 2000.

Tabelle 6.1:
Infektionsraten von Hepatitis B, Hepatitis C-Ab und HIV bei intravenös Drogenkonsumierenden in Österreich 2022

Datenquelle	HBV-Rate	HCV-Ab-Rate	HIV-Rate
<i>Therapiestation Lukasfeld, Vorarlberg</i>	—	—	—
<i>Ambulatorium Suchthilfe Wien</i>	31 % (63/204) ¹	81 % (148/182)	0 % (0/222)
<i>Kontaktladen², Graz</i>	11 % (3/27) ¹	59 % (16/27)	0 % (0/27)
drogenbezogene Todesfälle (mit Toxikologie) 2021 ³	nicht erfasst	7 % (12/178) ⁴ 15 % (12/82) ⁴	3 % (6/178) ⁴ 7 % (6/84) ⁴
<i>Let's end Hepatitis C 2019–2020</i>	—	51 % (811/1.592)	—

¹ Die Hepatitis-B-Prävalenz bezieht sich hier auf Personen, deren Hepatitis-B-Antikörper-Positivität nicht allein auf eine Hepatitis-B-Impfung zurückzuführen ist. Getestet wurde jeweils auf HBsAg, Anti-HBc und Anti-HBs.

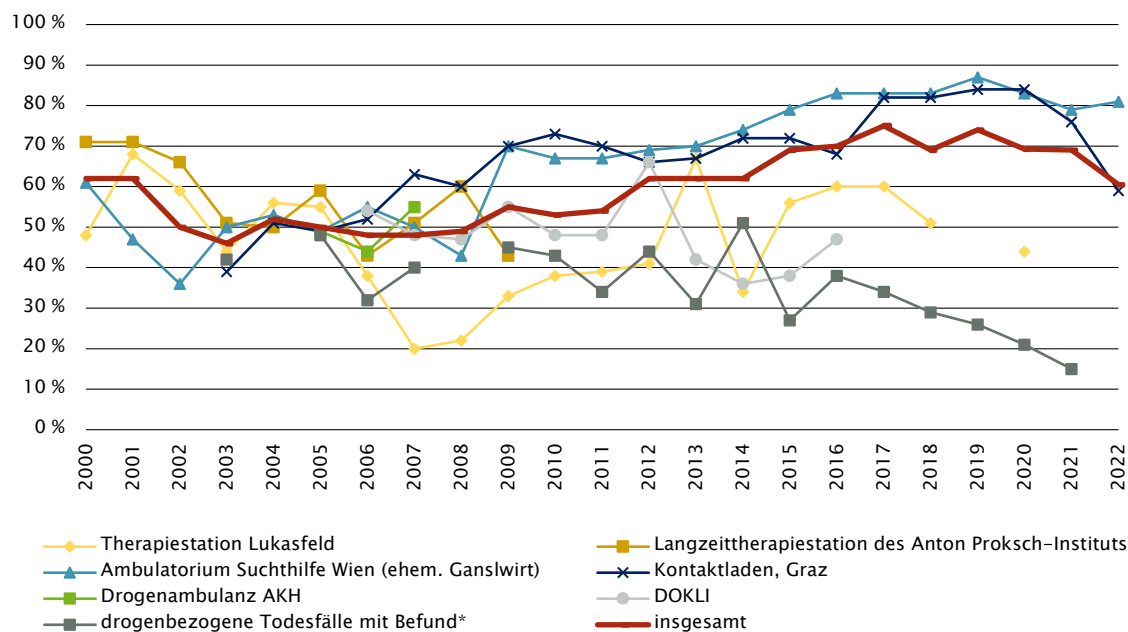
² vormalig in den Berichten zur Drogensituation als *Caritas Marienambulanz* bezeichnet

³ Die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle für 2022 lag zu Redaktionsschluss noch nicht vor.

⁴ Nur in 82 bzw. 84 von 178 Gutachten zu den direkt drogenbezogenen Todesfällen mit Toxikologie fand der Infektionsstatus von HCV-Ab bzw. HIV Erwähnung. In den restlichen Fällen wird nicht deutlich, ob der Infektionsstatus nicht erhoben oder aufgrund eines negativen Ergebnisses im Gutachten nicht erwähnt wurde. Die beiden angegebenen Prozentsätze stellen somit die Ober- bzw. Untergrenze der Prävalenzraten von HCV-Ab und HIV dar.

Quelle: ST9; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 6.2:
HCV-Ab-Infektionsraten in Österreich 2000–2022



*Aufgrund einer Verzögerung bei der Datenlieferung für die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle für das Jahr 2022 konnte für den vorliegenden Bericht bis Redaktionsschluss keine Statistik über HCV-Ab-Infektionsraten bei drogenbezogenen Todesfällen erstellt werden. Es werden in dieser Zeitreihe daher nur die Zahlen bis 2021 dargestellt. Bei der Therapiestation Lukasfeld, der Drogenambulanz AKH und der Langzeittherapiestation des Anton Proksch-Instituts wurden bei fehlenden Datenpunkten keine Daten übermittelt. Die DOKLI-Ergebnisse werden ab 2017 nicht mehr dargestellt, da die Fallzahlen zu klein geworden sind.

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

Die HIV-Prävalenzrate lag 2022 in der Gruppe der Personen mit intravenösem Konsum zwischen null und sieben Prozent.

Anfang der 1990er-Jahre lag die HIV-Prävalenzrate bei Personen mit i. v. Konsum noch bei etwa 20 Prozent. Seither bewegt sie sich auf niedrigerem Niveau. Die höchsten Werte werden jeweils bei den drogenbezogenen Todesfällen gefunden. Hier waren auch in der jüngeren Vergangenheit immer wieder etwas höhere Raten festzustellen (z. B. 2019: 2–6 %; 2020: 1–3 %, vgl. GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle im Epidemiologiebericht Sucht Anzenberger et. al. 2020 und Busch et al. 2021).

Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten (HCV, HIV) außerhalb des Routinemonitorings

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

Eine Erhebung in sechs österreichischen Gefängnissen zeigte, dass 74 Prozent der in OST befindlichen inhaftierten Personen HCV-Antikörper-positiv waren; 45 Prozent (d. h. 60 % der HCV-Ab-Positiven) waren HCV-RNA-positiv, also chronisch an Hepatitis C erkrankt. Rund zehn Prozent waren HIV-positiv (Zeitraum der Datenerhebung inkl. Testungen: Mai 2016 bis Mai 2017; Silbernagl et al. 2018; vgl. Kapitel 8).¹⁵⁸

Im März 2019 startete in Wien das Projekt *Let's end hepatitis C in Vienna* unter der Federführung der *Klinik Ottakring* (ehem. Wilhelminenspital) in Kooperation mit dem *Ambulatorium Suchthilfe Wien* sowie der MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien. Im Sinne der von der WHO vorgeschlagenen Strategie der „micro-elimination“ wurde hier versucht, in einer definierten, überblickbaren Subgruppe – in diesem Fall die Wiener OST-Patientinnen und -Patienten (ca. 6.500) – virale Hepatitiden zu eliminieren. Da die Patientinnen und Patienten – zumindest bis zum Ausbruch der COVID-19-Pandemie – einmal pro Monat eines von acht Bezirksgesundheitsämtern in Wien aufsuchen mussten, wurde ihnen im Rahmen des Projekts dort die Möglichkeit zur Information und Testung angeboten – mit dem Ziel eines möglichst lückenlosen HCV-Screenings sowie einer Weitervermittlung positiv Getesteter zur weiteren Abklärung und Behandlung. Bis Mitte März 2020 (Beginn des ersten coronapandemiebedingten Lockdowns in Österreich) konnte das Projekt in sechs von acht Bezirksgesundheitsämtern umgesetzt werden. Pandemiebedingt konnte es jedoch nicht wie geplant zu Ende geführt werden. Es zeigte sich, dass, obwohl viele Patientinnen und Patienten erreicht werden konnten und auch die Testbereitschaft als zufriedenstellend eingestuft wurde, eine anschließende Behandlung nicht in dem erhofften Ausmaß in Anspruch genommen wurde (SHW 2021). Von insgesamt 1.592 Patientinnen und Patienten waren 51 Prozent HCV-Antikörper-positiv (811) und 17 Prozent HCV-RNA-positiv (271) (Gschwantler 2023).

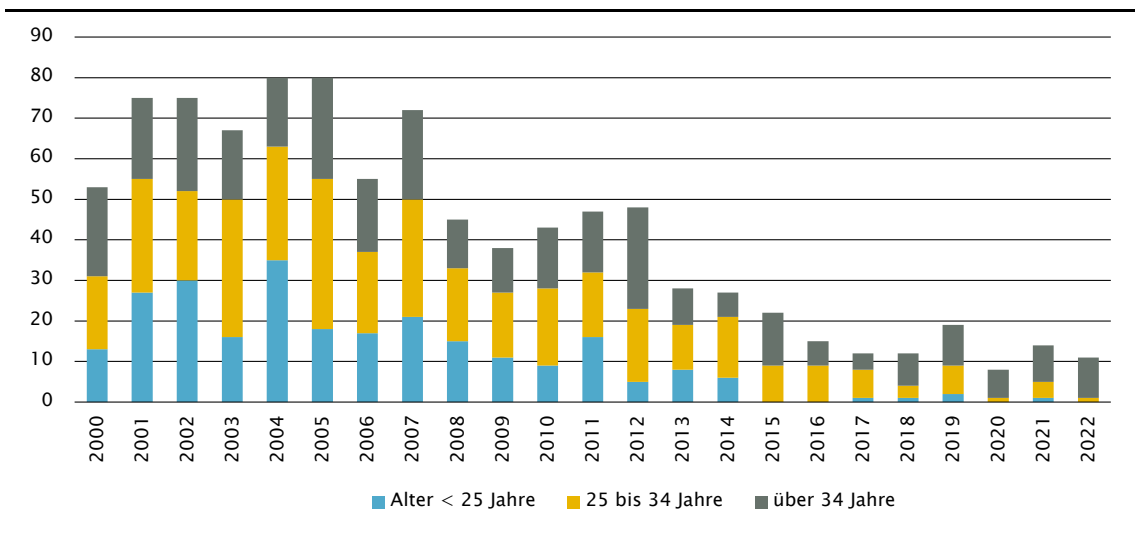
Im Jahr 2022 wurden insgesamt 189 Personen in die österreichische HIV-Kohortenstudie (AHIVCOS) eingeschlossen. Bei elf (bzw. 6 %) von ihnen wird davon ausgegangen, dass sie sich durch intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben. Bei 83 Prozent werden als Ansteckungsweg sexuelle Handlungen vermutet. Bei sieben Prozent blieb der Ansteckungsweg unbekannt (Zangerle p. M.). Die Anzahl der Personen mit dem Ansteckungsweg i. v. Konsum war in den letzten zehn Jahren relativ konstant rückläufig (siehe Abbildung 6.3), was auf einen Rückgang der Neuinfektionen in dieser Risikogruppe hindeuten könnte.

158

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

Abbildung 6.3:

Anzahl der Personen in Österreich, die sich wahrscheinlich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben, nach Alter und Jahr der Aufnahme in die Österreichische HIV-Kohortenstudie (AHIVCOS) 2000–2022



Quelle: Zangerle, p. M.; Berechnung und Darstellung: GÖG

Gemeinsames Benutzen von Spritzen (Needle-Sharing)

Die folgenden Daten beziehen sich auf Österreich ohne Wien¹⁵⁹ und auf Personen, die bereits intravenös konsumiert haben oder konsumieren und 2022 eine ambulante Betreuung begonnen haben. 31 Prozent dieser Personengruppe geben an, bereits (mindestens) einmal eine gebrauchte Spritze verwendet zu haben. Das Needle-Sharing liegt bei den meisten dieser Personen länger als ein Jahr zurück (80 %). Frauen geben hier etwas häufiger als Männer Needle-Sharing an (38 % vs. 29 %). Bezüglich des Alters zeigt sich der erwartete Trend, dass die Häufigkeit, jemals Needle-Sharing betrieben zu haben, mit dem Alter zunimmt (unter 25 Jahre: 25 %, 25 bis 29 Jahre: 29 %, 30 Jahre und älter: 32 %).

6.2.4 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen

Sucht ist häufig mit zahlreichen **somatischen Krankheiten** assoziiert, die Ursache, Begleiterscheinung und/oder Folge des chronischen Konsums sein können. Psychiatrische Komorbidität bezieht sich in erster Linie auf Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, schizophrene Erkrankungen und bipolare Störungen. Daten über drogenbezogene Begleiterkrankungen sind nur eingeschränkt

159

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

verfügbar. Lediglich die niederschwellige medizinische Einrichtung I.K.A. (Graz) berichtet beispielsweise für das Jahr 2022, dass 56 Prozent ihrer 421 betreuten Patientinnen/Patienten **mindestens eine psychiatrische Komorbiditätsdiagnose** aufweisen. Davon entfallen mit 30 Prozent die meisten Diagnosen auf Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, gefolgt von 29 Prozent affektiven Störungen und 20 Prozent neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (I.K.A. 2023). Genaue Aussagen über die bundesweite Prävalenz psychiatrischer bzw. somatischer Komorbidität können u. a. aufgrund mangelnder Repräsentativität der angeführten Samples nicht gemacht werden.

6.2.5 Schadensminimierende Maßnahmen

Unter schadensminimierenden Maßnahmen wird eine niederschwellig ausgerichtete sozialarbeiterische wie auch medizinische Betreuung und Behandlung Hochrisikokonsumierender verstanden, die Maßnahmen wie zum Beispiel Spritzentausch und -verkauf, die Prävention drogenrelevanter Infektionskrankheiten oder Überlebenshilfe umfasst.

Die im Jahr 2015 veröffentlichte *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* beinhaltet ein klares Bekenntnis sowohl zur Überlebenshilfe und Schadensminimierung wie auch zu zielgruppenorientierten suchtpolitischen Umsetzungsmaßnahmen. Sie setzt sich u. a. zum Ziel, die negativen Auswirkungen und Probleme durch den Gebrauch psychotroper Substanzen und durch Verhaltenssuchte so gering wie möglich zu halten bzw. suchtkranke Menschen – häufig mit chronischem Krankheitsverlauf – bedarfsorientiert im Gesundheits- und Sozialsystem zu betreuen (BMG 2015; vgl. auch Kapitel 1). Die Sucht- bzw. Drogenstrategien der Bundesländer (vgl. Kapitel 1) erachten Angebote der Schadensminimierung als einen zentralen Bestandteil.

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

Einrichtungen der niederschweligen Drogenhilfe gibt es, abgesehen vom Burgenland, in allen Bundesländern; sie sind vorwiegend in den Landeshauptstädten angesiedelt, zusätzlich gibt es szenebedingt auch **Angebote in Kleinstädten**. Träger der schadensminimierenden Angebote sind vorwiegend (karitative) Vereine oder – wie in Wien – eine gemeinnützige Gesellschaft im Eigentum der Stadt.

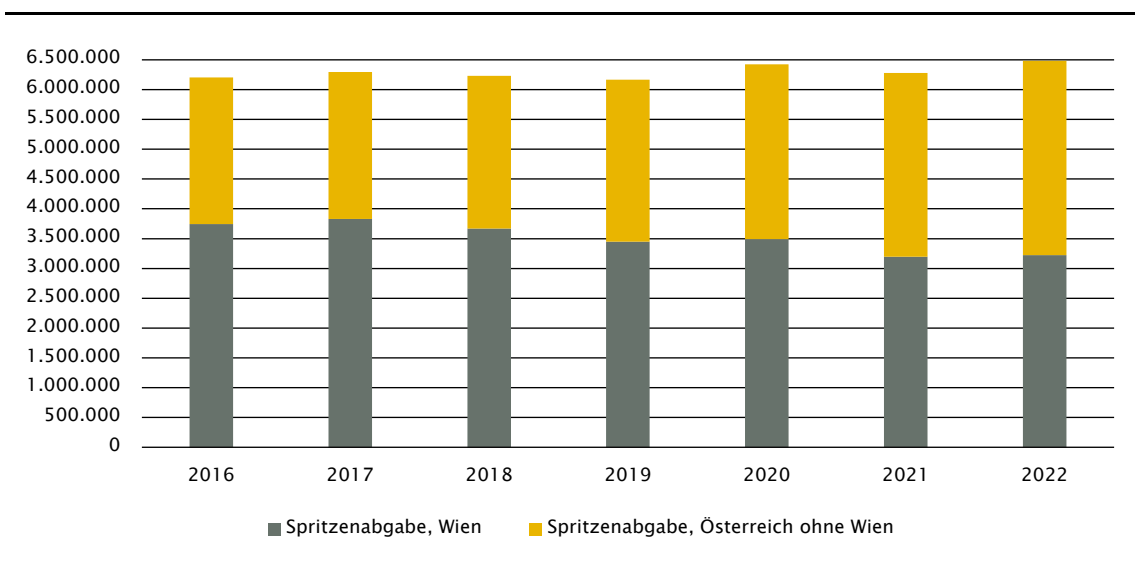
Die **Behandlung gesundheitlicher Folgen** wird hauptsächlich vom allgemeinen Gesundheitssystem abgedeckt (z. B. Notfallmedizin, Psychiatrie), in zunehmendem Maße auch im Rahmen von Sprechstunden von (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzten in niederschweligen Einrichtungen. Diese erfüllen eine Schnittstellenfunktion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

Spritzentausch und -verkauf

Die **Infektionsprophylaxe** ist eine wesentliche Aufgabe niederschwelliger Einrichtungen und aufsuchender Angebote, wobei v. a. dem **Spritzentausch und -verkauf** ein hoher Stellenwert zukommt. Das Angebot zum kostenlosen Spritzentausch in niederschweligen Einrichtungen wird mit Ausnahme des Burgenlands in allen Bundesländern umgesetzt, insgesamt gibt es 20 derartige Angebote in 18 Städten, über die steriles Injektionszubehör erhältlich ist. Seit Beginn 2022 können an vier Standorten der Suchtberatungen in Niederösterreich (Neunkirchen, Tulln, St. Pölten und Amstetten) Spritzen getauscht werden, ein weiterer Ausbau dieses Angebots ist geplant (Suchtkoordination Niederösterreich 2023). Zusätzlich zum Spritzentausch gibt es in sechs Bundesländern (Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg) die Möglichkeit, Spritzensets an insgesamt 22 Automaten in 18 Städten zu kaufen. Die Abgabe steriler Spritzen erfolgt in der Steiermark und in Wien zudem über aufsuchende Angebote (Drogenstreetwork).

Die Zahl der im Rahmen des Spritzentauschs/-verkaufs **abgegebenen Spritzensets** ist in den letzten Jahren österreichweit kontinuierlich gestiegen, nämlich von 5.157.666 abgegebenen Spritzen im Jahr 2014 auf **6.484.667 im Jahr 2022**, womit der bisher höchste Wert erreicht wurde (vgl. Abbildung 6.4 bzw. Tabelle A6.4). In Kärnten, Salzburg, der Steiermark und in Wien wurden im Jahr 2022 mehr Spritzen, in Tirol und Vorarlberg etwas weniger als im Jahr davor getauscht.

Abbildung 6.4:
Anzahl der verteilten Spritzen in Wien und in Österreich ohne Wien 2016–2022



Quelle: ST10, Darstellung: GÖG

Mengenmäßig werden österreichweit die **meisten Spritzen in Drogenhilfeeinrichtungen** ausgehändigt, im Jahr 2022 waren es rund 5.700.000 (vgl. Tabelle A6.4). Die Rücklaufquote gebrauchter Spritzen beträgt in den meisten Einrichtungen knapp 98 Prozent und bewegt sich seit Jahren auf sehr hohem Niveau (vgl. u. a. SHW 2023a). Darüber hinaus wurden über **Spritzautomaten** ca.

130.000 Spritzensets und im Rahmen des **aufsuchenden Drogenstreetworks** in Wien und der Steiermark über 13.000 Spritzen abgegeben¹⁶⁰. An den Automaten erfolgt die Abgabe zumeist in Form von Safer-Use-Kits, die je nach Einrichtung neben Spritze(n) und Nadel(n) unterschiedliches Zubehör beinhalten, das eine sterile Injektion bzw. andere sichere Konsumformen erleichtert.

Seit November 2019 besteht für Klientinnen und Klienten die Möglichkeit, in **Wiener Apotheken** kostenlos und anonym Spritzen zu tauschen. Auch im Berichtsjahr 2022 gelang eine Ausweitung dieses Angebots um eine zusätzliche Apotheke. Damit werden in insgesamt **sechs Wiener Apotheken Spritzen getauscht**. Die Wiener Apothekerkammer unterstützte die Realisierung dieser Maßnahme (SDW 2023). Neben den gängigen bundesländerspezifischen Programmen zum Spritzentausch und -verkauf ist es in Österreich auch möglich, Spritzen und Nadeln in Apotheken **käuflich** zu erwerben.

Seit Jänner 2020 bieten auch **Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe** Spritzentausch an. Es handelt sich dabei aktuell um 28 Einrichtungen der Organisationen Rotes Kreuz, Obdach Wien, Samariterbund Wien, Caritas Wien und der Diakonie (eine Grundversorgungseinrichtung). Das kostenlose Angebot der Suchthilfe Wien umfasst die einmalige Aufstellung der Spritzentauschbox in der Einrichtung, (bei Bedarf) die Schulung der Mitarbeiter:innen, die Bestellung und Lieferung von Safer-Use-Materialien sowie die Abholung und Entsorgung des Materials durch ein Entsorgungsunternehmen. Der Fonds Soziales Wien (FSW) unterstützte die Realisierung dieser Maßnahme. Im Jahr 2022 verzeichneten die Einrichtungen insgesamt rund 18.000 diesbezügliche Kontakte, bei denen rund 306.000 Spritzen getauscht wurden (SDW 2023, SHW 2023a).

Abgabe von sterilen Drogenkonsumutensilien und -zubehör

Im Rahmen der Schadensminimierung spielt neben dem Spritzentausch und -verkauf auch **die Abgabe steriler Konsumutensilien** für den injizierenden, aber auch den nasalen und inhalativen Drogenkonsum eine entscheidende Rolle, um die Verbreitung von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumierenden einzudämmen und ihre Lebensqualität zu erhöhen. Die Abgabe steriler Drogenkonsumutensilien erfolgt in allen Bundesländern, mit Ausnahme des Burgenlands, über niederschwellige Einrichtungen, Automaten sowie über mobile Stellen und Streetwork.

Sterile Pads zur Desinfektion der Haut, Tupfer, sterile Cups, Filter, Zitronen-/Ascorbinsäure, Kondome sowie Folien, Pfeifen und Röhrchen für den nichtinjizierenden Gebrauch sind in beinahe

160

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

allen niederschweligen Einrichtungen und über mobile Stellen routinemäßig verfügbar. LDS-Spritzen¹⁶¹, Gleitmittel und HIV-Selbsttests werden nur in wenigen Einrichtungen bzw. Bundesländern standardmäßig ausgegeben.

Prophylaxe gegen drogenbezogene Infektionskrankheiten und deren Behandlung

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

Der DOKLI-Datensatz ermöglicht Aussagen über **HIV- und HCV-Status-Erhebungen bei i. v. Drogenkonsumierenden**¹⁶², die vor dem in DOKLI dokumentierten Behandlungsbeginn stattfanden. Im stationären Betreuungssetting haben sich im Jahr 2022 81 Prozent der dokumentierten Personen innerhalb der letzten zwölf Monate einem HIV-Test unterzogen und ebenfalls 81 Prozent einem HCV-Test. Im längerfristigen ambulanten Betreuungsbereich liegen die Testhäufigkeiten bei rund 50 bis 55 Prozent (53 % für HIV-Tests und 55 Prozent für HCV-Tests).

In Kärnten, Oberösterreich, der Steiermark, Vorarlberg und Wien bieten insgesamt zwölf niederschwellige Einrichtungen kostenlose **HBV- und HAV-Impfungen** für Drogenkonsumierende an. Im Rahmen der Infektionsprophylaxe des *Ambulatoriums Suchthilfe Wien* erhielten im Berichtsjahr 53 Personen mindestens eine Teilimpfung gegen Hepatitis A/B. Sieben von ihnen konnten die Grundimmunisierung 2022 erfolgreich abschließen, weitere 15 erhielten eine Auffrischungsimpfung. Die übrigen 31 haben die Grundimmunisierung entweder begonnen oder fortgesetzt (SHW 2023a).

Zum Hepatitis-A-Impfstatus (HAV-Impfstatus) liegen im DOKLI-Datensatz Angaben von 191 Personen vor, zum HBV-Impfstatus solche von 192 Personen. Die **Durchimpfungsrate** betrug im Jahr 2022 für HAV 34 Prozent und für HBV 36 Prozent¹⁶³. Die aus dem DOKLI-Datensatz ermittelte Tuberkulose-Impftrate (Tbc-Impftrate) von acht Prozent basiert auf den Angaben von 120 Personen. Anzumerken ist hier jedoch, dass die genannten Zahlen weniger über den tatsächlich bestehenden Impfschutz aussagen, als rein über eine vorangegangene Impfung zu informieren.

161

Low-Dead-Space-Spritzen (LDS) mit geringem „toten Raum“, die im Durchschnitt weniger als zwei Mikroliter Blut nach dem Konsum enthalten. Im Zuge einer gemeinsamen Benutzung einer Spritze sinkt dadurch das Risiko einer Übertragung von HIV oder Hepatitis.

162

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

163

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

Mittlerweile gibt es in fast allen Bundesländern Initiativen zur **Behandlung von Hepatitis C**. Im niederschweligen Setting sind es Einrichtungen in Wien und Graz, die durch eigene Hepatitisambulanzen und enge Kooperationen mit Krankenhäusern die Schwelle zur Behandlung möglichst niedrig halten. In Oberösterreich werden über niederschwellige Anlauf- und Kontaktstellen kostenlose Schnelltests angeboten und Klientinnen/Klienten mit positivem Testergebnis über Kooperationsprojekte mit den regionalen Krankenanstalten in weitere diagnostische Abklärung und Behandlung geführt. In Tirol gibt es im niederschweligen Setting ebenfalls Testungen an mehreren Orten mit Vermittlung in gastroenterologische und hepatologische Ambulanzen im Falle einer positiven Befundung. In Kärnten und Vorarlberg werden in Drogenberatungsstellen kostenlose Testungen angeboten und Beratungen über Behandlungsmöglichkeiten an Kliniken durchgeführt. In Salzburg gibt es ein Kooperationsprojekt zwischen substituierenden Ärztinnen/Ärzten und dem Uniklinikum Salzburg. In Niederösterreich startete 2019 am Universitätsklinikum St. Pölten ein Pilotprojekt, das Patientinnen und Patienten mit Hepatitis C im OST-Programm den Zugang zur Behandlung vereinfachen soll. Die Kosten der Behandlung mit modernen DAA¹⁶⁴ werden österreichweit von den Krankenkassen – unabhängig von Fibrosegrad und Genotyp – übernommen (vgl. Schwarzenbrunner p. M., Grüner p. M., Neubacher, p. M., Drobesch-Binter, p. M., Caritas Diözese Graz-Seckau 2018, Schabus-Eder p. M., Maieron 2020, Hörhan p. M., DVSV 2021).

In Wien besteht eine Kooperation zwischen dem *Ambulatorium Suchthilfe Wien*, dem *Verein Dialog*, der *Klinik Ottakring* (4. Medizinische Abteilung) sowie mehr als 200 Wiener und niederösterreichischen Apotheken, die sich durch einen **niederschweligen Zugang zur Hepatitis-C-Therapie mit modernen DAA¹⁶⁴** in Form einer *directly observed therapy* (DOT) für Personen in OST auszeichnet. Im Zeitraum August 2015 bis Ende 2022 haben insgesamt 689 Patientinnen/Patienten die Behandlung begonnen, 554 von ihnen haben sie und das Zwölf-Wochen-Follow-up beendet. Bei über 99 Prozent von ihnen konnte eine virologische Heilung der Hepatitis-C-Infektion erzielt werden (Schütz et al. 2018, SHW 2023a, Schwarz et al. 2023).

Im Rahmen der **Europäischen HIV- und Hepatitis-Testwoche** (zuletzt von 21. bis 28. November 2022) bieten die AIDS-Hilfen Österreichs gemeinsam mit medizinischen Fachgesellschaften jährlich unterschiedliche Angebote für Menschen mit erhöhtem HIV-/Hepatitis-Risiko. Beispielsweise gibt es während der Testwoche die Möglichkeit einer kostenlosen HIV-/Hepatitis-Testung und -Beratung sowie (teilweise) einer kostengünstigen Impfung gegen Hepatitis AB vor Ort in niederschweligen Drogeneinrichtungen (AIDS-Hilfe Tirol 2023).

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

164
direct acting antivirals / direkt antiviral wirkende Medikamente

Drug-Checking und Reduktion von Notfällen

Drug-Checking ist nach wie vor eine wichtige Maßnahme zur **Prävention und Reduktion von Notfällen im Partysetting** und wird in Wien (*Checkit!*), Tirol (*Drogenarbeit Z6*) und seit August 2022 auch in der Steiermark unter dem Titel *Triptalks (Caritas Kontaktladen & Streetwork)* umgesetzt (vgl. SHW 2023b, Drogenarbeit Z6 2023 und Suchtkoordination Steiermark 2023). Bei allen drei Angeboten besteht für die Konsumentinnen/Konsumenten sowohl bei der Substanzabgabe als auch bei der Ergebnismeldung die Möglichkeit, eine psychosoziale Beratung in Anspruch zu nehmen. Die Einrichtungen melden ihre Ergebnisse in Hinblick auf besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum dem österreichischen Informations- und Frühwarnsystem (vgl. Kapitel 3). Eine Beschreibung der pharmakologischen Analyseergebnisse findet sich in Kapitel 7.

Checkit! analysierte im Jahr 2022 1.836 abgegebene Proben (2021: 1.336 Proben) im Rahmen zweier Events (106), über zwei kooperierende Wiener Apotheken (698) sowie im stationären Drug-Checking in der *homebase* (1.032). Die Substanzenanalysen wurden aufgrund des weiteren Ausbaus der bestehenden Angebote vermehrt in Anspruch genommen und erreichten ein Allzeithoch (SHW 2023b).

Das europäische Projekt *SCANNER* (DG Justice) stellt eine internationale Kooperation zwischen dem *Checkit!*-Labor und ausgewählten Drug-Checking-Einrichtungen in anderen europäischen Ländern dar. Das Hauptziel des Projekts ist es, Erkenntnisse über die Dynamik und die Folgen des Konsums Neuer psychoaktiver Substanzen (NPS) vor dem Hintergrund eines sich schnell verändernden (Online-)Drogenmarkts zu gewinnen. Das *Checkit!*-Labor an der Medizinischen Universität Wien dient dabei als Referenzlabor zur Identifizierung von NPS. Insgesamt wurden 31 Proben in fünf Chargen in den teilnehmenden Laboren gemessen. In diesen 31 als unbekannt Substanz deklarierten Proben konnten alle 34 Neuen psychoaktiven Substanzen eindeutig identifiziert werden. Das Projekt wurde Ende 2022 abgeschlossen (SHW 2023b).

Bei *Drogenarbeit Z6* in Tirol wurden 468 Proben aus dem Drug-Checking-Programm zur chemischen Analyse abgegeben (Drogenarbeit Z6 2023). Im Berichtsjahr glichen sich sowohl die Zahlen der Angebotsnutzer:innen und Kontakte als auch die analysierte Probenanzahl wieder den entsprechenden Zahlen der Jahre vor der Pandemie an (2018: 483, 2019: 513, 2020: 354, 2021: 398 Substanzproben). Im Rahmen des **Cannabis-Drug-Checking** der *Drogenarbeit Z6* (vgl. Kapitel 7) beschränkt sich die Untersuchung von Cannabisproben auf das Vorliegen **synthetischer Cannabinoide** kostenbedingt nur auf jene Cannabisproben, bei denen ein Verdacht auf eine Verunreinigung mit hochpotenten synthetischen Cannabinoiden besteht (Suchtkoordination Tirol 2023).

Das **Onlineportal** der *Drogenarbeit Z6* wird seit dem Ausbruch der Coronapandemie häufig im Rahmen des Drug-Checking-Angebots für die Ergebnisbekanntgabe genutzt. Gerade für Personen, die außerhalb Innsbrucks wohnen, ermöglicht die **Onlinebekanntgabe** eine bequeme und zeitnahe Information über die Zusammensetzung der abgegebenen Substanzen. Das Analyseergebnis wird als PDF-Datei zur Verfügung gestellt und beinhaltet eine Risikoeinschätzung, Harm-Reduction-Empfehlungen, Informationen zu den detektierten Substanzen und Safer-Use-Tipps. Im Jahr 2022 nutzten 84 Personen die Onlineberatung, um sich auf diesem Wege beraten und informieren zu lassen (Drogenarbeit Z6 2023).

Die *Drogenarbeit Z6* publizierte im Jahr 2021 unterschiedliche **Informationsmaterialien**. Der Flyer „Drogennotfall“ beschreibt verschiedene medizinische Notfälle, die durch Substanzkonsum ausgelöst werden können, und gibt diesbezügliche Handlungsempfehlungen. Der Flyer zum Thema „Rechte und Pflichten bei Partys daheim“ informiert über Rechte, Pflichten und Umgang mit Behörden – mit Fokus auf drogenspezifische Themen sowie Lärmschutzregelungen. Die Flyer zu Benzodiazepinen und Amphetamin (Speed) beinhalten Informationen über die gesetzliche Lage, die Wirkung, Risiken und Langzeitfolgen sowie zur Harm-Reduction. Im Jahr 2021 wurden auch zwei „**Trends & Infos**“-Merkblätter mit dem Fokus auf „Kokain und Streckmittel“ sowie „gefälschte XANAX“ veröffentlicht (Drogenarbeit Z6 2022).

Das **neue Grazer Drug-Checking-Angebot *Triptalks*** (Start August 2022) vom *Kontaktladen und Streetwork* der Caritas meldet für das Berichtsjahr 2022 die Zahl von 216 abgegebenen und analysierten Proben. Das siebenköpfige *Triptalks*-Team veröffentlichte, wenn notwendig, Akutwarnungen zu besonders bedenklichen Substanzen und zusammenfassende Monatswarnungen mit einer Übersicht über alle abgegebenen Proben (Suchtkoordination Steiermark 2023; vgl. Tabelle 6.2).

Überlebenshilfe

Konkrete Initiativen zur **Prävention von Überdosierungen** und zum **Umgang mit Notfällen** sind vorwiegend im niederschweligen Bereich verankert. Angeboten werden Informations- und Beratungsleistungen und auch spezifische Erste-Hilfe-Kurse sowohl für Drogenkonsumierende wie auch für Mitarbeiter:innen der niederschweligen Einrichtungen. Informationen zum Umgang mit Notfällen sind auch über spezielle Websites verfügbar¹⁶⁵.

Naloxon ist ein gängiges **Notfallmedikament bei Opioidüberdosierungen** und ist in Österreich verschreibungspflichtig, die Abgabe erfolgt ausschließlich über Ärztinnen und Ärzte, bzw. gehört Naloxon zur Standardausrüstung von Notärztinnen/-ärzten und Rettungswägen. Derzeit wird es in Österreich nicht flächendeckend direkt an Drogenkonsumierende oder deren Umfeld im Sinne einer Notfallprophylaxe bei Überdosierung abgegeben. Jedoch gibt es **Take-home-Naloxon-Projekte** in der Steiermark, in Wien, im Burgenland, seit 2022 auch in Kärnten und Vorarlberg (Pilotprojekt) sowie seit Mai 2023 auch in Tirol (Pilotprojekt). Im Burgenland richtet sich das seit 2020 bestehende Angebot speziell an Drogenkonsumierende im Jugendalter und wird von der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Eisenstadt (Träger: Soziale Dienste Burgenland GmbH) koordiniert (p. M. Taferner-Kraigher). Im Rahmen des Take-home-Naloxon-Projekts in der Steiermark wurden im Berichtsjahr zehn Einzel- bzw. Pärchenschulungstermine abgehalten (2019: 11, 2020: 3, 2021: 5), die inzwischen spontan bei Anwesenheit und spontanen zeitlichen Ressourcen der ansässigen Ärztinnen angeboten werden können. Bisher ist es noch nicht gelungen, die Kosten

165

z. B. <https://doit.at/safer-use/>; <http://www.checkyourdrugs.at/infos/gesundheitstipps/uberdosierung-notfalle>;
<https://checkit.beranet.info>; <https://www.drogenarbeitz6.at/konsum/drogennotfall.html> (Zugriff jeweils am 30. 6. 2023)

der Ausbildungen in die Regelfinanzierung zu übertragen, in Rücksprache mit dem Gesundheitsamt der Stadt Graz wird das Projekt weiterhin aus dem Arbeitsbudget für den Basisbetrieb finanziert (Ploder p. M.).

Die Caritas Tirol wurde im Berichtsjahr beauftragt, ein Konzept für die Umsetzung eines Take-home-Naloxon-Programms zu erarbeiten. Die Kosten für die Naloxonkits und verschreibungspflichtigen Nyxoid®-Nasensprays werden in der Pilotphase von Mai 2023 bis Dezember 2024 vom Land Tirol übernommen. Die Schulung der Klientinnen/Klienten und Mitarbeiter:innen übernimmt das medizinische Fachpersonal der teilnehmenden Projektpartner, umgesetzt wird sie in den Suchthilfestrukturen der Caritas der Diözese Innsbruck (*Mentvilla, KomFüDro, abrakadabra, base-Camp mobil*), der Drogenambulanz der Psychiatrie Innsbruck sowie der B3 – Fachstation für Drogentherapie des Landeskrankenhauses Hall in Tirol (Caritas Diözese Innsbruck 2022; Grüner p. M.).

In Vorarlberg wurde das Pilotprojekt in einer Zusammenarbeit der Kontakt- und Anlaufstelle *do it yourself* in Bludenz, des Caritas Café in Feldkirch, des *Ex und Hopp* in Dornbirn und des *DOWAS Treffpunkt* in Bregenz landesweit etabliert (Amt der Vorarlberger Landesregierung, 2023).

Das *Ambulatorium Suchthilfe Wien* erarbeitete 2019 ein **Schulungskonzept für kompetentes Handeln bei Opiatüberdosierungen** auch in Bezug auf die Verabreichung des Opioidantagonisten Naloxon in Form eines Nasensprays. Das Projekt wurde in der Folge einrichtungsübergreifend vom *Ambulatorium Suchthilfe Wien* und von *Jedmayer* durchgeführt. Eigens dafür geschulte Mitarbeiter:innen vermitteln den Klientinnen und Klienten, wie man sich im Notfall richtig verhält, wie man Erste Hilfe leistet und wie man das Nasenspray mit dem Wirkstoff Naloxon richtig anwendet. Zudem wird den Teilnehmenden eine Packung mit zwei Einzeldosen des Medikaments ausgehändigt. Im Jahr 2022 wurden an sieben Terminen insgesamt 16 Klientinnen/Klienten geschult. Das Projekt wird 2023 fortgesetzt (SHW 2023a).

Safer Use, Safer Sex und Gesundheitsförderung

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

Chemsex beschreibt Sex unter dem Einfluss chemischer Substanzen, wobei im allgemeinen Sprachgebrauch damit aber häufig der Konsum ganz bestimmter Substanzen durch Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben, verstanden wird. Die *Drogenarbeit Z6*, die *AIDS-Hilfe Tirol* und die *Caritas* erarbeiteten im Berichtsjahr gemeinsam die erste Broschüre Tirols zum Thema Chemsex (vgl. Tabelle 6.2)

Das **Safer-Use-Safer-Sex-Pilotprojekt** des Wiener Netzwerks Chemsex, das aus unterschiedlichen Fachorganisationen aus der Beratung von MSM¹⁶⁶, der Beratung in Sachen sexuelle Gesundheit und der Suchtberatung besteht, wurde im Berichtsjahr fortgeführt und gemeinsam von der Aids-hilfe Wien und dem Institut für Suchtprävention (ISP) umgesetzt. Das Angebot richtet sich vor allem an MSM und andere Personen, die sowohl im privaten Setting als auch im Partysetting Suchtmittelkonsum und Sex kombinieren (Chemsex). Ziel des im Jahr 2020 entwickelten Projekts ist es, Beratungsgespräche zu risikoärmerem Konsum und Sex (Harm-Reduction) für die Zielgruppe anzubieten und diese durch Bereitstellung von Safer-Use-Safer-Sex-Materialien zu fördern (SDW 2023).

Die Tiroler mobile Drogenarbeit *MDA basecamp*, die mit ihren Angeboten Personen von **gesundheitsschädlichem Verhalten abhalten bzw. Schadensminderung** bezwecken will, konnte nach der Wiedereröffnung der Clubs im März 2022 durch das „MDA Partywork“ sowie durch die beiden Pilotprojekte „MDA geht auf die Straße“ (in den Bezirken Kufstein, Landeck und Innsbruck-Land) und „MDA Lastenrad“ (in der Stadt Innsbruck) insgesamt 48 Informations- und Beratungseinsätze in ganz Tirol umsetzen (Drogenarbeit Z6 2023).

In Kärnten startete die Arbeitsgruppe „Jugend und Sucht“, um die **Zielgruppe hochriskant konsumierender Jugendlicher** besser zu erreichen. Im Berichtsjahr haben intensive Vernetzungen mit Fachexpertinnen und -experten aus den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendanwaltschaft, Kinderschutz, Prävention und Suchtkoordination stattgefunden. Themenschwerpunkte umfassten u. a. niederschwellige Zugänge zu Jugendlichen, das frühzeitige Erfassen riskant konsumierender Jugendlicher unter Miteinbindung von Amtsärztinnen/Amtsärzten und Schulärztinnen/Schulärzten sowie die Problematik suchtmittelkonsumierender Jugendlicher in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (Drogenkoordination Kärnten 2023).

Das **Vorarlberger Eventbegleitungsprojekt *taktisch klug*** bietet seit 2008, gemeinsam mit Partnerinnen/Partnern aus der Offenen Jugendarbeit und der Drogenhilfe, Angebote und Hilfestellungen zu legalem und illegalem Drogenkonsum, gesundheitlicher Schadensminimierung, Sucht und anderen jugend- und entwicklungsspezifischen Themen wie Gewalt, Sexualität oder Rassismus an. Damit werden Veranstaltende und Besucher:innen bei jährlich ca. 50 Events niederschwellig und anonym unterstützt. Auf der Website der unabhängigen Organisation sind außerdem Informationsblätter zu verschiedenen Substanzen (u. a. Alkohol, Cannabis, synthetische Cannabinoide, Benzodiazepine) sowie unterschiedliche Blogbeiträge zu Themen wie Safer Use, Genuss vs. Sucht oder Cannabislegalisierung zu finden.¹⁶⁷

166

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

167

<https://www.koje.at/taktischklug> (Zugriff am 19. 6. 2023)

Streetwork

Streetwork verfolgt das Ziel, Kontakt zu schwer erreichbaren Suchtkranken aufzubauen und sie in das Sucht- und Drogenhilfenetzwerk sowie in das allgemeine Sozial- und Gesundheitssystem zu vermitteln. In Wien erfolgt diese niedrigschwellige Drogenarbeit über die **Straßensozialarbeit** von *Streetwork*, die von der Beratungsstelle *Change* durch das Zurverfügungstellen der Räumlichkeiten als Basisstation und als Rückzugsraum unterstützt wird. 2022 war *Streetwork* wienweit an rund 140 verschiedenen Orten tätig (SHW 2023a).

Das im Jahr 2021 gestartete Projekt *baseCamp mobil*¹⁶⁸, ein gemeinsames Modellprojekt von *promente OÖ*, Suchthilfe Salzburg und Caritas Tirol, wurde im Jahr 2022 fortgeführt. Das bundesländerübergreifende Projekt wird vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz finanziert. Die mobilen Anlaufstellen (Busse) für drogenkonsumierende und medikamentenabhängige Menschen bieten Informationsgespräche, Unterstützung und Beratung zu Suchtthemen und zum Lebensalltag, Hilfe beim Ausfüllen von Anträgen, Informationen zu Safer Use und Safer Sex, Spritzentausch, HIV- und Hepatitis-C-Screenings sowie Gesundheitsberatung.

Im Rahmen des seit Juni 2022 neu etablierten Angebots „MDA geht auf die Straße“ der *Drogenarbeit Z6* werden mit Streetworkerinnen/Streetworkern und mobilen Jugendarbeiterinnen/-arbeitern in verschiedenen Tiroler Gemeinden Plätze aufgesucht, an denen sich substanzkonsumierende Jugendliche aufhalten, um vor Ort niederschwellige Beratung und Information anbieten zu können (Drogenarbeit Z6 2023; vgl. Tabelle 6.2).

6.2.6 Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Psychoziale und psychiatrische Versorgungsangebote

Versorgungsangebote hinsichtlich **psychiatrischer Komorbidität** sind ein fester Bestandteil in vielen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, im niederschweligen Bereich ist psychische bzw. physische Gesundheit oftmals auch zentrales Thema der Beratungsgespräche (vgl. Abschnitt 6.2.4). Die psychosoziale und psychiatrische Versorgungslandschaft in Österreich ist breit gefächert und setzt sich sowohl aus ambulanten Diensten, teilstationären und stationären Einrichtungen (darunter zahlreiche psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) als auch aus Angeboten für die Bereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit zusammen. Dennoch ist das System organisatorisch und finanziell stark fragmentiert, und je nach Bundesland sind unterschiedliche weitere Akteurinnen

168

<https://www.sucht-promenteooe.at/angebote/niederschwellig/basecamp-mobil/>; <http://www.suchthilfe-salzburg.at/suchtberatung/basecamp-mobil/>; <https://www.caritas-tirol.at/hilfe-angebote/suchterkrankungen/basecamp-mobil> (Zugriff jeweils am 4. 7. 2023)

und Akteure in die Planung, Organisation und Umsetzung involviert. Eine Auswahl von Interventionen und Maßnahmen im Bereich der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung im Kontext von Drogen und Sucht wird in weiterer Folge beschrieben.

In der SDW wurde entsprechend den Schwerpunkten der vergangenen Jahre auch 2022 weiterhin abteilungsübergreifend an der **Verbesserung bestehender Angebote** für die Zielgruppen „Jugendliche mit problematischem Substanzkonsum“, „substanzabhängige schwangere Frauen und Mütter/Eltern und deren Neugeborene/Kinder“ sowie „substanzabhängige Menschen mit Migrationshintergrund“ gearbeitet. Damit soll die Nachhaltigkeit der in den Schwerpunktjahren erarbeiteten Maßnahmen und Konzepte langfristig gesichert werden. Im Berichtsjahr fanden zwei Mutter-Kind-Gruppen (Frühjahr und Herbst zu je acht Einheiten) zur **Förderung der Erziehungskompetenz suchtkranker Mütter** statt (SDW 2023).

Seit 2014 bietet die Wiener sozialmedizinische Einrichtung *Jedmayer* eine ambulante Therapie in Form einer **„Bezugsbetreuung“** an – mit dem Ziel, konkrete sozialintegrative Schritte zu setzen. Die Zielgruppe bilden hier suchtkranke Menschen mit multiplen Problemlagen, die motiviert sind, eine individuelle Stabilisierung in den Bereichen Konsum, Soziales und Gesundheit in Angriff zu nehmen. Im Jahr 2022 nahmen 192 Personen eine solche Bezugsbetreuung in Anspruch, wobei 87 Betreuungen von 2021 übernommen worden waren und 105 im Berichtsjahr neu begonnen wurden (SDW 2023). Das im April 2019 gestartete **niederschwellige Psychotherapieangebot** im Tageszentrum *Jedmayer* konnte auch im Berichtsjahr weitergeführt werden. Insgesamt haben dort 17 Klientinnen/Klienten eine Psychotherapie in Anspruch genommen. Insgesamt gab es 234 persönliche und 83 telefonische Kontakte (SHW 2023a).

Change – Beratungsstelle für Menschen mit Suchtproblemen ergänzt das Angebot der Einrichtung *Jedmayer* mit Informations- und Beratungsangeboten, Spritzentausch, einem betreuten Tagesaufenthaltsraum für etwa zehn Klientinnen/Klienten und gemeinwesenorientierter Straßensozialarbeit und ist damit ein weiteres wichtiges Angebot innerhalb der niederschweligen Drogenarbeit in Wien. Insgesamt wurden im Berichtsjahr bei *Change* 7.920 Kontakte verzeichnet (durchschnittlich 28 Klientinnen/Klienten pro Tag) (SHW 2023a).

Die Statistik der Themen, die in den **Beratungs- und Betreuungsgesprächen** des *Jedmayer* in Wien angesprochen werden, zeigt, dass nach „Finanzielles/Versicherung“ und „Wohnen/Schlafplatz“ die „Gesundheit“ als dritter großer Problembereich thematisiert wird, wobei es hier nicht nur um physische Leiden, sondern sehr oft auch um psychiatrische Komorbidität geht (SHW 2023a).

Die **digitale Plattform für psychische Gesundheit MINDBASE.at**¹⁶⁹ der Sucht- und Drogenkoordination Wien ist seit Dezember 2019 online und bietet Informationen zum Thema Sucht und zu anderen psychischen Erkrankungen. Als Hilfe zur Selbsthilfe steht dort außerdem eine Reihe geprüfter Onlinetools kostenlos und anonym zur Verfügung.

169

<https://mindbase.at/> (Zugriff am 4. 7. 2023)

In **Tirol** wurde im Berichtsjahr eine neue Website¹⁷⁰ für die dortige **psychosoziale Versorgungslandschaft** eingerichtet, die eine Übersicht über psychosoziale Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten rund um soziale Krisen, Sucht sowie psychische und psychiatrische Gesundheit bietet. Differenziert wird dabei zwischen stationären, mobilen, ambulanten, telefonischen und Onlineangeboten (Suchtkoordination Tirol 2023).

Im Berichtsjahr 2022 wurden im Auftrag des Landes Tirol und in Kooperation mit den psychosozialen Einrichtungen *pro mente tirol*, *Psychosozialer Pflegedienst* und *start pro mente* die **Psychosozialen Zentren Tirol**¹⁷¹ (PSZ) gegründet. Die Beratungsstellen befinden sich an fünf Standorten in Tirol. Das PSZ Innsbruck, das PSZ Unterland, das PSZ Oberland, das PSZ Außerfern und das PSZ Osttirol bieten als Erstanlaufstellen ein regionales und kostenloses Angebot für Menschen in psychischen Krisen, für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und deren Angehörige (Suchtkoordination Tirol 2023, Haring p. M.).

Der **Psychosoziale Krisendienst Tirol** bietet seit Herbst 2020 **telefonische sowie aufsuchende Krisenintervention** an – mit dem Ziel, professionelle Hilfe für eine Erstabklärung leicht zugänglich zu machen. Dabei werden eine Gefährdungseinschätzung und eine Krisenintervention vorgenommen und wird, wenn notwendig, in Absprache mit der Patientin / dem Patienten eine Weiterbehandlung koordiniert. Die Träger sind die Vereine *Suchthilfe Tirol* und *Psychosozialer Pflegedienst Tirol*. Im Jahr 2022 wurden insgesamt 4.187 telefonische Gespräche dokumentiert, bei 308 Gesprächen (7 %) wurde der Problembereich Sucht bzw. Abhängigkeit dokumentiert (Suchthilfe Tirol 2022).

Die *Suchthilfe Tirol* bietet seit Herbst 2018 in mehreren Bezirken **allgemeinpsychiatrische Sprechstunden** an. Damit wurde 55 Klientinnen und Klienten (77 Kontakte) auch im Berichtsjahr 2022 Zugang zu psychiatrischer Betreuung beispielsweise für Diagnosen, Medikamentierungsfragen und Abklärung von Komorbiditäten ermöglicht (Suchthilfe Tirol 2023).

Die **Reha-Nachsorge** ist ein Angebot der *Suchthilfe Tirol* zur nachhaltigen Sicherung einer bereits erfolgten Stabilisierung. Dabei geht es darum, den Therapieerfolg langfristig zu sichern, abstinenzfördernde Verhaltensweisen zu festigen sowie Probleme und Rückfälle aufzuarbeiten. Die Einzelnachsorge wird an allen Standorten der *Suchthilfe Tirol* angeboten, es gibt aber auch die Möglichkeit eines Gruppensettings. Im Jahr 2022 haben 130 Personen (1.218 Kontakte) das Reha-Angebot der Suchthilfe Tirol im Einzelsetting in Anspruch genommen. Darüber hinaus wurden im Rahmen von 407 Gruppenterminen 1.895 Teilnahmen verzeichnet (Suchthilfe Tirol 2023).

In Wien übernimmt der **Spitalsverbindungsdienst CONTACT**, der in das *Ambulatorium der Sucht- und Drogenkoordination Wien* eingebettet ist, die **Beratung und Betreuung suchtkranker Patientinnen und Patienten in Wiener Spitälern** und ihre Vermittlung an spezialisierte Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Im Jahr 2022 erbrachte **CONTACT** Leistungen für 468 Klientinnen und Klienten,

170

<https://www.psychosoziale-angebote.tirol/page.cfm?vpath=index> (Zugriff am 4. 7. 2023)

171

<https://www.psz.tirol/> (Zugriff am 4. 7. 2023)

die illegale Substanzen konsumierten. Zudem führten Mitarbeiter:innen von *CONTACT* Fortbildungen für verschiedene Berufsgruppen im Krankenhaus durch, um sie für den Umgang mit suchtkranken Klientinnen/Klienten zu sensibilisieren und dabei zu unterstützen bzw. über spezielle Themenbereiche zu informieren (SDW 2023).

Ziel des **Liaisondienstes *Konnex***, der ebenfalls einen Teil des *Ambulatoriums der Sucht- und Drogenkoordination Wien* bildet, ist es, die **Betreuung Suchterkrankter in Einrichtungen des Wiener allgemeinen Gesundheits- und Sozialbereichs** zu unterstützen. Dieses Angebot wird u. a. von Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe, der mobilen und stationären Pflege und Betreuung, der Jugendwohlfahrt, der Behindertenhilfe, der Flüchtlingshilfe sowie von arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen genutzt. Im Rahmen der Fachberatungstätigkeit von *Konnex* fanden im Jahr 2022 496 Multiplikatorenkontakte und fünf Begutachtungen von Klientinnen/Klienten statt (SDW 2023).

Durch das **Wiener Pilotprojekt *Suchthilfe vor Ort*** erhalten Klientinnen/Klienten mit problematischem Substanzkonsum oder einer substanzbezogenen Abhängigkeit in sechs Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe **vor Ort bedarfsorientierte suchtspezifische Hilfe** von Expertinnen/Experten der Suchthilfe Wien und des *Ambulatoriums der Suchthilfe Wien*. Auch in vier Einrichtungen der Flüchtlingshilfe ist das seit April 2021 operativ umgesetzte Projekt bereits erfolgreich angelaufen. Im Jahr 2022 kontaktierte *Suchthilfe vor Ort* 344 verschiedene Personen und erbrachte 992 Leistungen – am häufigsten Beratungen und „Kontaktarbeit – einzeln“. Ab Mitte des Jahres 2022 konnten auch erstmals Gruppenangebote stattfinden. Die wichtigsten Themen der Gespräche waren Abhängigkeit, Gesundheit, Substanzkonsum, Entzug und Therapie (SDW 2023; SHW 2023c).

In der Steiermark wurde im Dezember 2022 das vom Gesundheitsfonds Steiermark finanzierte **psychiatrische Krisentelefon *PsyNot***¹⁷² in Betrieb genommen – mit dem Ziel, ein flächendeckendes niederschwelliges Angebot zur Entlastung stationärer und ambulanter Strukturen im sozialpsychiatrischen Bereich bereitzustellen. Die 24-Stunden-Notfallhotline ist für alle Steirer:innen auch anonym zugänglich und unterstützt sowohl Betroffene als auch deren Familienangehörige und Bekannte sowie stationär entlassene Klientinnen und Klienten in akuten Problemsituationen oder Personen, die beruflich mit Betroffenen zu tun haben. Das zweite Element – ein persönlicher Krisendienst – soll in weiterer Folge in Notfällen auch direkt zu den Betroffenen ins private Umfeld kommen. Die Implementierung des persönlichen Krisendienstes ist derzeit für die zwei Pilotregionen Südoststeiermark und Graz vorgesehen (Suchtkoordination Steiermark 2023).

Im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie im burgenländischen Oberwart und in der Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen im Jugendalter der Kinder- und Jugendpsychiatrie Eisenstadt startete 2021 ein **Beratungsangebot für Jugendliche und deren Angehörige zum Thema substanz- und nichtsubstanzgebundene Süchte**. Zu den Inhalten des Angebots zählen Information und Aufklärung (Substanzwirkungen, Gefahren, Risikobereiche, Safer Use, Substanzkompetenz, Konsumkompetenz), Diagnostik und Abklärung bei Verdacht auf Suchtentwicklung und bezüglich möglicherweise zugrunde liegender Störungsbilder, Diagnostik und Abklärung im Rahmen von §-13-

172

<https://psynot-stmk.at/> (Zugriff am 6. 7. 2023)

Weisungen, Betreuung und Behandlung im Rahmen von Gerichtsweisungen bzw. von „Therapie statt Strafe“ sowie die Behandlung und Therapie suchtspezifischer Störungen sowie Komorbiditäten und psychischer Sekundärerkrankungen (Taferner-Kraigher p. M.).

In Kärnten hat der Verein *NEUSTART* im Rahmen des Programms *Use it* ein flächendeckendes niederschwelliges Angebot für **suchtkranke Erwachsene mit intensivem Betreuungsbedarf** (u. a. infolge von Schwangerschaft, Elternschaft, Haftentlassung) geschaffen. Das Angebot soll durch die nachgehende psychosoziale Einzelbetreuungsstruktur zur Stabilisierung von Krankheitsverläufen bei Suchtkranken beitragen, um gesundheitliche Spätschäden möglichst zu begrenzen bzw. Todesfälle zu vermeiden. Dies erfolgt in enger Kooperation mit den Drogenambulatorien bzw. den behandelnden Ärztinnen/Ärzten. Im Jahr 2022 wurden 2.356 Kontakte im Rahmen von *Use it* dokumentiert. Um die dringende **medizinische Versorgung** (z. B. OST-Medikation) von Justizklientinnen/-klienten **nach der Haftentlassung** sicherzustellen, wurde zwischen der Justizanstalt Klagenfurt, dem Verein *NEUSTART*, dem AMS und der ÖGK ein konkreter Ablauf erarbeitet (Drogenkoordination Kärnten 2023).

Allgemeinmedizinische Versorgungsangebote

Personen mit einer Suchterkrankung haben in der Praxis einen erschwerten Zugang zur medizinischen Grundversorgung. Infolge psychischer Komorbiditäten, fehlender Krankenversicherung, unzureichender Informationen oder stigmatisierender Erfahrungen sind sie oftmals nicht in der Lage, sich das allgemeine Gesundheitssystem ausreichend nutzbar zu machen. Interventionen und Maßnahmen, die auf den **allgemeinen Gesundheitszustand** der Drogenkonsumierenden abzielen, sind in alle Betreuungs- und Behandlungsbereiche der Drogenhilfe integriert und je nach Setting ausgerichtet. Eine Auswahl von Interventionen und Maßnahmen im Bereich der allgemeinmedizinischen Versorgungsangebote findet sich untenstehend.

Im Rahmen der **niederschweligen medizinischen Grundversorgung** des *Ambulatoriums Suchthilfe Wien* erfolgten im Berichtsjahr 10.376 ärztliche Konsultationen (SHW 2023a). Im Sinne einer **integrierten Versorgung** steht im *Ambulatorium Suchthilfe Wien* ein interdisziplinäres Team von Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen/Fachärzten (innere Medizin, Gastroenterologie und Hepatologie, Gynäkologie, Psychiatrie und Psychotherapie), diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pflegern sowie diplomierten Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern zur Verfügung, um auch Patientinnen/Patienten mit komplexeren psychischen und somatischen Erkrankungen den **Zugang zu Diagnostik und Behandlungen** zu ermöglichen. Im Berichtsjahr nahmen auf diese Weise 30 Personen die HIV/AIDS-Ambulanz in Anspruch, zehn Personen die pulmonologische Ambulanz und 94 Personen die Hepatitisambulanz; 42 Patientinnen suchten die Gynäkologin auf, und bei 224 Personen wurde eine psychiatrische Begutachtung vorgenommen (SHW 2023a).

In der Steiermark legt die im Oktober 2019 gegründete **Primärversorgungseinheit Allgemeinmedizin Graz Gries** (PVE Gries) den Schwerpunkt ihrer Arbeit u. a. auf die interdisziplinäre Behandlung und Betreuung von Suchtpatientinnen/-patienten und ihren Komorbiditäten. Die Angebote der PVE umfassen u. a. ambulante Reduktionstherapien und Entzüge, psychotherapeutische Interventionen, die Betreuung opiatabhängiger Schwangerer inkl. Nachbetreuung nach der Entbindung,

die Anbindung an die Entwicklungsambulanz bzw. die Kooperation mit einer Kinder- und Jugendpsychiaterin sowie eine sozialarbeiterische Hilfestellung, u. a. bei Behördenwegen oder der Wohnversorgung (Cichy p. M.). Im *Kontaktladen* der Caritas Diözese Graz Seckau finden dreimal pro Woche die **allgemeinmedizinischen Sprechstunden** im Rahmen der Öffnungszeiten des Kontaktladencafés statt, die umgehend und ohne Terminabsprache von Klientinnen/Klienten besucht werden können. Neben der allgemeinmedizinischen Beratung liegt das Hauptaugenmerk auf den Hepatitis-C- bzw. HIV-Testungen und den dazugehörigen Beratungen sowie anderen konsumbedingten Infektionskrankheiten (Ploder p. M.).

Seit Oktober 2022 wird in der niederschweligen Tiroler Betreuungseinrichtung *Mentvilla* zweimal wöchentlich eine medizinische Sprechstunde angeboten. Das **neue medizinisch-pflegerische Angebot** umfasst eine niederschwellige und anonyme Betreuung und Beratung bei medizinischen Fragen, Verbandswechsel und Wundbehandlungen sowie die Weitervermittlung an andere medizinische Einrichtungen (Caritas Diözese Innsbruck 2023).

Soziale Arbeit, Tagesstruktur und Notunterkünfte

Das von der SDW entwickelte Konzept „**sam (sozial, sicher, aktiv, mobil) – mobile soziale Arbeit im öffentlichen Raum**“ wird operativ von der Suchthilfe Wien umgesetzt. Aufgabe der sam-Teams ist es, ein sozial verträgliches Mit- oder Nebeneinander aller Nutzer:innen des öffentlichen Raums zu fördern und Menschen mit sozialen und gesundheitlichen Problemlagen in das Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk bzw. in das allgemeine Sozialsystem zu integrieren. Im Jahr 2022 wurden insgesamt 46.618 Interventionen gesetzt, bei denen es 58.283 Kontakte gab. Die wichtigsten Tätigkeitsbereiche waren Kurzgespräche im Rahmen von „Beziehungsaufbau und -pflege“, Informationsgespräche und medizinische Notversorgungen (SDW 2023).

Die sozialmedizinische Drogenberatungsstelle *Jedmayer* bietet ein Tageszentrum (Cafébetrieb, Essen, die Möglichkeit, zu duschen und die Wäsche zu waschen), eine Notschlafstelle, Beratung und Betreuung sowie betreute Wohnplätze. *Jedmayer* hatte 2022 Kontakt zu 1.210 namentlich bekannten Personen, die eine **sozialarbeiterische Leistung** im Segment Information/Beratung/Betreuung in Anspruch nahmen (durchschnittlich 30 Klientinnen/Klienten pro Tag) (SDW 2023). Im Berichtsjahr wurden im Tageszentrum des *Jedmayer* 30.801 Kontakte und in der Notschlafstelle 6.921 Nächtigungen verzeichnet (durchschnittlich 19 Nächtigungen/Tag) (SHW 2023a). Speziell für obdachlose Jugendliche und junge Erwachsene gibt es die Möglichkeit, die Jugendnotschlafstelle *a_way* der Caritas Wien in Anspruch zu nehmen. Im Berichtsjahr nahmen 495 Klientinnen/Klienten (insgesamt 5.094 Nächtigungen) das Angebot von *a_way* in Anspruch (SDW 2023).

Das Angebot der Tiroler *Mentvilla* wurde aufgrund der Coronapandemie bereits im Jahr 2020 zu einer **24-h-Unterkunftsmöglichkeit** für obdachlose Menschen umfunktioniert und die Anlaufstelle *KomFüDro* um die mobile Betreuung und Begleitung sowie das neue medizinisch-pflegerische Angebot (Oktober 2022) erweitert. Die Notwohnstelle richtet sich an volljährige Drogenkonsumentinnen/-konsumenten illegaler Substanzen sowie Personen, die eine OST erhalten. Im Berichtsjahr 2022 fanden in der *Mentvilla* 41 Personen eine kurz- bis mittelfristige Unterkunft. Für suchtkranke Menschen, die außerhalb der *Mentvilla* untergebracht sind bzw. selbstständig wohnen, gab es

auch im Berichtsjahr die Möglichkeit einer Beratung und Begleitung durch Sozialarbeiter:innen (Caritas Diözese Innsbruck 2023).

6.2.7 Qualitätssicherung

Spezielle Standards zur **Qualitätssicherung schadensminimierender Maßnahmen** sind auf Bundesebene bzw. Länderebene nicht vorhanden. Teilweise sind jedoch einzelne der in Kapitel 5 genannten Maßnahmen zur Qualitätssicherung (z. B. die Förderrichtlinien der SDW) oder – im Falle von Einrichtungen, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (z. B. das *Ambulatorium Suchthilfe Wien*) – die entsprechenden Qualitätskriterien anwendbar. Richtlinien in Bezug auf schadensminimierende Maßnahmen in Haftanstalten werden in Kapitel 8 beschrieben. Verbindliche Mindeststandards und Rahmenbedingungen bestehen für das Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk (SDHN), die auch auf Angebote der Schadensminimierung Anwendung finden (SDW 2023).

6.3 Neue Entwicklungen

Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Um weitere Personengruppen mit erhöhten HCV-Raten zu erreichen und sie gegebenenfalls einer Therapie zuzuführen, wurde in Wien mit einem Screening von Wohnungslosen auf HIV, HBV und HCV begonnen, durchgeführt vom *neunerhaus*, einer Einrichtung mit Gesundheitszentrum, Wohnhäusern und Tageszentren, die jährlich ca. 5.000 wohnungslose Menschen betreut und medizinisch versorgt. Auch bei diesem Projekt gab es coronapandemiebedingt Adaptierungen. Vom Projektstart im Februar 2020 an wurden bis Mai 2023 etwa 500 Personen gescreent. Erste Ergebnisse zeigen, dass ca. zehn Prozent der getesteten wohnungslosen Personen HCV-RNA-positiv sind (etwa 50 Personen) – ein Anteil, der auch in anderen Ländern in dieser Gruppe gefunden wurde. 60 Prozent der auf Basis dieses Screenings ermittelten Personen mit einer chronischen Hepatitis-C-Erkrankung haben bereits mit einer HCV-Therapie begonnen (30 Personen bis Mai 2023). (Gschwantler 2023).

MSM („men who have sex with men“ / Männer, die Sex mit Männern haben) zeigen oft eine akute Hepatitis C und Reinfektionen. Über das MSM-TNT-Projekt (MSM Test and Treat) wird der Zielgruppe am Wiener AKH ein Point-of-Care-Screening auf Hepatitis C angeboten. In diesem Zusammenhang wird auch ein sogenanntes HCV-Phone eingesetzt, um Personen telefonisch durch den Prozess der Behandlung, die „cascade of care“, zu begleiten und sie somit erfolgreicher ans Ziel zu bringen. (Haltmayer/Gschwantler 2021, Gschwantler et al. 2022).

Ein weiteres Projekt ist ELIMINATE (Elimination Austria East). Hier geht es darum, HCV-RNA-positive Personen, die über andere Projekte nicht erreicht werden konnten, einer Behandlung zuzuführen. Dabei werden die Datenbanken mehrerer Spitäler aus dem Osten Österreichs zusammengespielt, um zu einer Liste von Personen zu kommen, die in den letzten zehn Jahren HCV-RNA-positiv getestet und seither noch nicht erfolgreich behandelt wurden. Die so ermittelten Personen werden telefonisch kontaktiert, gegebenenfalls wird versucht, sie einer Behandlung zuzuführen (Haltmayer/Gschwantler 2021).

Ein weiteres einschlägiges Projekt ist das HCV-Screening und dessen Evaluierung in Justizanstalten (Gschwantler et al. 2022).

Schadensminimierende Maßnahmen

Im Berichtszeitraum konnten unter anderem folgende **schadensminimierende Angebote und Pilotprojekte neu** implementiert werden (vgl. Tabelle 6.2):

Tabelle 6.2:

Neue schadensminimierende Angebote und Pilotprojekte 2022

Region	Titel der Maßnahme	Kurzbeschreibung
K	Neues Naloxon-Projekt in Kärnten	Im Berichtsjahr wurde ein Naloxon-Pilotprojekt gestartet und seitens der Kärntner Drogenkoordination eine fundierte Schulung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Drogenambulatorien und Drogenberatungsstellen durchgeführt.
NÖ	Spritzentauschangebote in Niederösterreich	Seit Beginn 2022 können an vier Standorten der Suchtberatungen in Niederösterreich (Neunkirchen, Tulln, St. Pölten und Amstetten) Spritzen getauscht werden, ein weiterer Ausbau dieses Angebots ist geplant.
St	Psychiatrisches Krisentelefon <i>PsyNot</i>	In der Steiermark wurde im Dezember 2022 das vom Gesundheitsfonds Steiermark finanzierte psychiatrische Krisentelefon <i>PsyNot</i> ¹⁷³ in Betrieb genommen – mit dem Ziel, ein flächendeckendes niederschwelliges Angebot zur Entlastung stationärer und ambulanter Strukturen im sozialpsychiatrischen Bereich bereitzustellen. Die 24-Stunden-Notfallhotline ist für alle Steirer:innen auch anonym zugänglich und unterstützt sowohl Betroffene als auch deren Familienangehörige und Bekannte sowie stationär entlassene Klientinnen und Klienten in akuten Problemsituationen oder Personen, die beruflich mit Betroffenen zu tun haben.
St	Neues Drug-Checking-Angebot „Triptalks“ in Graz	Seit August 2022 gibt es auch in Graz ein Drug-Checking-Angebot unter dem Titel <i>Triptalks</i> . Das <i>Triptalks</i> -Team veröffentlicht, wenn notwendig, Akutwarnungen zu besonders bedenklichen Substanzen und zusammenfassende Monatswarnungen mit einer Übersicht über alle abgegebenen Proben. Bereits seit 2021 stellt der <i>Kontaktladen</i> über seine Instagram-Seite @triptalksgraz Informationen rund um illegale Substanzen und die damit verbundenen Risiken zur Verfügung und vermittelt Safer-Use-Empfehlungen und Harm-Reduction-Tipps. Der Inhalt richtet sich an junge Menschen, die gelegentlich oder häufig, kontrolliert oder problematisch konsumieren.
T	„Drogen & Sex“ – die erste Chemsex-Broschüre Tirols	Die <i>Drogenarbeit Z6</i> , die <i>AIDS-Hilfe Tirol</i> und die Caritas erarbeiteten gemeinsam die erste Broschüre Tirols zum Thema Chemsex. Die Broschüre informiert über Safer Sex, Safer Use beim Substanzkonsum, über das Drug-Checking-Angebot in Tirol und einschlägige Hilfseinrichtungen in Innsbruck.
T	Streetwork-Angebot „MDA geht auf die Straße“	Im Rahmen des im Juni 2022 neu etablierten Angebots der <i>Drogenarbeit Z6</i> werden mit Streetworkerinnen/Streetworkern und mobilen Jugendarbeiterinnen/-arbeitern in verschiedenen Tiroler Gemeinden Plätze aufgesucht, an denen sich substanzkonsumierende Jugendliche aufhalten, um vor Ort niederschwellige Beratung und Information anbieten zu können.
W	„Lebertag“ – Hepatitis-Vorsorge und -Abklärung im <i>Jedmayer</i> -Tageszentrum	Die sozialmedizinische Einrichtung <i>Jedmayer</i> und das <i>Ambulatorium Suchthilfe Wien</i> betreuen Klientinnen/Klienten, die ein erhöhtes Risiko haben, sich mit Hepatitis zu infizieren oder bei denen bereits eine (unbehandelte) Infektion festgestellt wurde. Für diese Zielgruppe wurde im Berichtsjahr der monatliche „Lebertag“ im <i>Jedmayer</i> -Tageszentrum ins Leben gerufen. Eine Pflegekraft und ein:e Sozialarbeiter:in des <i>Jedmayer</i> informieren Klientinnen/Klienten über die Behandlungsmöglichkeiten von Hepatitis A, B und C und bringen ihnen die entsprechenden Angebote des Ambulatoriums näher. Die Pflegefachkraft führt auf Wunsch einen Fibroscan durch und/oder stellt eine Blutabnahme sicher. Am Ende des „Lebertages“ werden die Klientinnen/Klienten zeitnah zur Befundbesprechung in die Hepatitisambulanz eingeladen. Im Jahr 2022 haben 32 Klientinnen/Klienten am „Lebertag“ teilgenommen.

K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, St = Steiermark, T = Tirol, W = Wien

Quellen: AIDS-Hilfe Tirol (2023), Caritas Diözese Graz-Seckau (2023), Drogenarbeit Z6 (2023), Suchtkoordination Niederösterreich (2023), Suchtkoordination Steiermark (2023), SDW (2023), SHW (2023a)

173

<https://psynot-stmk.at/> (Zugriff am 6. 7. 2023)

6.4 Quellen und Methodik

Quellen

Die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle für 2022 lag zu Redaktionsschluss noch nicht vor. Daher werden die Daten zu den drogenbezogenen Todesfällen 2022 zunächst nur im Epidemiologiebericht Sucht 2023 publiziert (Anzenberger et al. 2023). Seit 1989 sammelt in Österreich das Gesundheitsressort Daten **drogenbezogener Todesfälle**. Die entsprechenden Meldeverpflichtungen sind im § 24c des Suchtmittelgesetzes (SMG) geregelt, dem entsprechend dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) polizeiliche Meldungen über mutmaßlich drogenbezogene Todesfälle, Obduktionsergebnisse und Totenbeschauscheine übermittelt werden. Ergänzt werden die gemeldeten Verdachtsfälle durch eine Liste der Statistik Austria, die Todesfälle mit ausgewählten drogenbezogenen Todesursachen (ICD-10-Codes) enthält. Zur Klassifizierung der sogenannten verifizierten Fälle werden die (gerichtsmedizinischen) Obduktionen herangezogen. In Fällen, in denen keine Leichenöffnung vorgenommen wurde, dient der Totenbeschauschein zur Klassifizierung (nichtverifizierte Fälle). Direkt drogenbezogene Todesfälle sind Todesfälle infolge **akuter Intoxikationen** („Überdosierung“), d. h. es gibt bei diesen Fällen einen zeitlichen und medizinischen Zusammenhang zwischen Intoxikation und Tod, der durch eine Ärztin / einen Arzt festgestellt wurde. Es gilt dabei zu bedenken, dass es keine allgemeingültigen definierten Grenzen für toxische Mengen von Suchtgiften gibt, die unmittelbar zum Tod führen. Häufig führt das Zusammenspiel mehrerer Substanzen im Rahmen eines Mischkonsums zum Tode, wobei die einzelnen Substanzmengen für sich allein nicht unbedingt in letaler Konzentration nachgewiesen sein müssen. Einbezogen werden dabei sowohl Intoxikationen mit **Suchtgift** (§ 2 Suchtmittelgesetz – SMG, BGBl. I 1997/112 in der geltenden Fassung) als auch solche mit **Neuen psychoaktiven Substanzen** (NPS) im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetzes (NPSG, BGBl. I 2011/146).

Die gesammelten Daten werden in ein Onlineregister eingespeist und jährlich ausgewertet. Für das Jahr 2021 wurden insgesamt Unterlagen von 461 Verdachtsfällen gesichtet. Folgende Personengruppen gingen – wie in den Vorjahren – nicht in die Statistik ein:

- » drei Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft, die nicht in Österreich gemeldet waren und bei denen es auch keinerlei Hinweise gab, dass sie in Österreich ihren Lebensmittelpunkt hatten (z. B. Urlauber:innen), da sie keine Rückschlüsse auf die aktuelle Drogensituation in Österreich erlauben
- » Bei zwei weiteren Verdachtsfällen handelte es sich um Faulleichen, bei denen die Gerichtsmedizin die Todesursache nicht mehr eruieren konnte.
- » Bei drei weiteren Todesfällen konnte der:die Gutachter:in nicht eindeutig feststellen, ob der Tod auf die vorliegende Intoxikation oder eine andere Todesursache zurückzuführen ist. Diese Fälle wurden als „nicht entscheidbar“ aus der Statistik ausgeschlossen.

Ziel der Statistik und Analyse der drogenbezogenen Todesfälle ist die Darstellung des hochrisikanten Drogenkonsums, die in Zusammenschau mit vier weiteren epidemiologischen Schlüsselindikatoren die Einschätzung der Drogensituation erlaubt. Personen ohne Verbindung zur „Suchtgiftszene“, die z. B. mithilfe eines verschreibungspflichtigen Opioids (ohne andere Substanzen,

die im SMG oder NPSG gelistet sind) Suizid verüben, oder Schmerzpatientinnen bzw. Schmerzpatienten zählen nicht zu diesem Kontext. Fälle, bei denen (anhand einer Zusammenschau diesbezüglicher Hinweise) starke Zweifel bezüglich der Zugehörigkeit zur „Suchtgiftszene“ bestehen, werden seit dem Berichtsjahr 2017 aus der Statistik ausgeschlossen. Aus Gründen der Transparenz und zur Beobachtung der Entwicklung dieser Situation werden diese Fälle jedoch separat beschrieben (siehe auch Anzenberger et. al 2017). Im Sterbejahr 2021 wurden acht Personen, die an einer Überdosierung durch opioidhaltige verschreibungspflichtige Schmerzmittel (z. B. Fentanyl, Tramal) ohne weitere Suchtgifte verstarben, aus der Statistik ausgeschlossen.

Durch das Erfassen von Daten aus verschiedenen Quellen (BMI, gerichtsmedizinische Institute, privat tätige gerichtsmedizinische Gutachter:innen, Landessanitätsdirektionen aller Bundesländer, Statistik Austria) kann davon ausgegangen werden, dass die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle vollständig ist. Sinkende Obduktionsraten und zunehmend unzureichendes Ausfüllverhalten der Beschauärztinnen und -ärzte könnten jedoch zu einer Unterschätzung führen.

In Österreich besteht weder auf Bundes- noch auf Länderebene eine einheitliche Definition bzw. eine routinemäßige Erfassung **drogenbezogener Notfälle**. Daten bezüglich Prävention und Reduktion von Notfällen im Partysetting werden in den Jahresberichten der Einrichtungen *Checkit!* und *Drogenarbeit Z6* beschrieben. Die Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) bietet bei Vergiftungsverdacht rund um die Uhr kostenlose telefonische Beratung an. Ihre Zielgruppe sind Laiinnen und Laien, die eine toxikologische Beratung im Anlassfall benötigen, oder medizinisches Fachpersonal, welches das spezifische toxikologische Fachwissen der Konsiliarärztinnen/-ärzte in Anspruch nimmt. Dort eingehende Anrufe werden systematisch dokumentiert. Im Berichtsjahr 2022 wurde die VIZ im überwiegenden Ausmaß von Krankenhauspersonal (63 %), von der Rettung (18 %), von (Not-)Ärztinnen/(Not-)Ärzten (3 %), von Betreuungspersonal (1 %) und der Polizei (< 1 %) kontaktiert. 15 Prozent der Anrufe kamen von Laiinnen und Laien (Schiel et al. 2023).

Die Datenlage hinsichtlich **Infektionskrankheiten** bei Personen mit i. v. Drogenkonsum kann als sehr schlecht bzw. nichtrepräsentativ bezeichnet werden. Es liegen lediglich Daten von Samples aus dem Behandlungsbereich bzw. aus der niederschweligen Betreuung und der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle vor. Die wichtigsten Datenquellen stellen hier das Behandlungsdokumentationssystem DOKLI (siehe auch Kapitel 5) und die Meldungen aus zwei Drogenhilfeeinrichtungen (*Ambulatorium Suchthilfe Wien* und *Kontaktladen* in Graz) dar. Für beide Datenquellen ist anzumerken, dass zum Teil nicht die gesamte Klientel getestet wird und davon ausgegangen werden kann, dass die Testmotivation in einigen Fällen nicht unabhängig vom Infektionsstatus ist. Die Angaben getesteter Personen in DOKLI erfolgen auf freiwilliger Basis sowie nur sporadisch und sind daher als nichtrepräsentativ zu bezeichnen. Dieses Bias besteht zwar bei drogenbezogenen Todesfällen nicht, allerdings findet der Infektionsstatus hinsichtlich HCV und HIV nicht in allen Obduktionsgutachten Erwähnung, und es ist zu vermuten, dass diese Gruppe einen besonders risikoreichen Drogenkonsum aufweist. Angaben zu HBV und Tbc finden sich nicht in den Obduktionsgutachten. Das Fehlen eines verlässlichen Monitoringsystems für drogenassoziierte Infektionskrankheiten stellt eine große Limitation dar und macht sowohl Inzidenz- als auch Prävalenz- sowie Trendaussagen sehr unsicher bis unmöglich. Um gesicherte Aussagen über die Prävalenz von Infektionskrankheiten bei Personen mit Drogenproblemen machen zu können, wäre eine Verbesserung des nationalen Monitorings dringend erforderlich.

Die Daten bezüglich der **Durchimpfungsrate** stammen aus DOKLI. U. a. weil es sich dabei um freiwillige Angaben handelt, sind die Daten mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren.

Die **aCtion-Hepatitis-C-Datenbank** wurde 2004 ins Leben gerufen, um mehr Einblicke in die Epidemiologie der Hepatitis C in Österreich zu gewinnen. Über teilnehmende Zentren wurden dort Fälle chronischer Hepatitis C erfasst und dokumentiert. Die so generierten Daten liefern hilfreiche Antworten auf Fragen z. B. zum vermuteten Ansteckungsweg oder zur Genotypenverteilung. Die Datenbank wurde mit Ende 2014 eingestellt, weil die teilnehmenden Zentren immer weniger Daten geliefert hatten. Eine letzte noch einigermaßen repräsentative Auswertung aus dem Jahr 2012 wird für diesen Bericht verwendet (Bauer p. M.).

Im Jahr 2016 wurde eine Studie über die aktuelle Datenlage in Hinblick auf **Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis-C-Erkrankungen in Österreich** veröffentlicht. Dabei wurden Datenbanken und -quellen aus den Bereichen Sucht und Gesundheitsberichterstattung mit Bezug zu Hepatitis-C-Erkrankungen beschrieben, vorhandene Daten analysiert und zueinander in Bezug gesetzt. Zudem wurde ein Szenario zur Verbesserung der Datenlage entworfen. Der Bericht zur Studie beinhaltet ein Kapitel über Hepatitis C bei i. v. Drogenkonsumierenden, in dem Daten der Jahre 2000 bis 2014 aus DOKLI, einzelnen Einrichtungen der Drogenhilfe und der Statistik drogenbezogener Todesfälle in ihrer Gesamtschau beschrieben werden (Schmutterer/Busch 2016).

Bezüglich **schadensminimierender Angebote** bzw. psychiatrischer Komorbiditäten im Kontext von Drogenabhängigkeit gibt es keine Routinedaten, sondern vorwiegend Informationen aus den Jahresberichten der niederschweligen Einrichtungen. Mittels *Standard Table 10 (ST10)* der EBDD bzw. EMCDDA werden jährlich aktuelle Zahlen zum Spritzentausch / zur Spritzenabgabe sowie zum Angebot von Safer-Use-Utensilien innerhalb der Einrichtungen gesammelt (vgl. Tabelle A6.4).

Studien

Die wichtigsten Informationen zur HIV-Epidemiologie in Österreich kommen derzeit aus der österreichischen Kohortenstudie AHIVCOS, in die mittlerweile die Daten von neun Behandlungszentren einfließen. Die österreichische HIV-Kohortenstudie startete im Jahr 2001 in fünf österreichischen HIV-Behandlungszentren (AKH Wien, Klinik Penzing Wien, Med Campus III des Kepler-Universitätsklinikums Linz, LKH Innsbruck und LKH Graz West). Seit 2008 nehmen auch das LKH Salzburg und das LKH Klagenfurt daran teil. Im Jahr 2016 kam noch die Klinik Favoriten in Wien dazu und 2018 ein Zentrum in Feldkirch. Für die Studie wurde eigens die Software „HIV Patient Management System“ entwickelt. Bis 1. 3. 2022 wurden insgesamt 10.664 HIV-Infizierte in die Kohorte aufgenommen. Das Studienteam geht davon aus, dass 75 Prozent aller in antiretroviraler Therapie (ART) befindlichen HIV-positiven Personen und rund 60 Prozent aller derzeit in Österreich mit HIV lebenden Personen (inkl. der nichtdiagnostizierten Fälle) erfasst werden. Im Rahmen der Studie wird neben dem vermutlichen Ansteckungsweg und neben soziodemografischen Charakteristika eine Fülle medizinischer Parameter erhoben (AHIVCOS 2022).

6.5 Bibliografie

- aCtion-Hepatitis-C-Datenbank (2012). Auswertung vom 12. Dezember 2012. Durchgeführt von Tschapeller, B. für Joanneum Research, Graz. Übermittelt von Bauer, B., LKH Hörgas/Enzenbach. Graz
- AHIVCOS (2022). HIV/AIDS in Austria – 42st Report of the Austrian HIV Cohort Study. Editiert von Zangerle, R., Innsbruck
- AIDS-Hilfe Tirol (2023). Jahresbericht 2022. Fachstelle HIV und Sexuelle Gesundheit (AHT). Innsbruck
- Amt der Vorarlberger Landesregierung (2023): Sozialfonds Tätigkeitsbericht 2022. Amt der Vorarlberger Landesregierung, Bregenz
- Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kerschbaum, J.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Tanios, A. (2017): Epidemiologiebericht Sucht 2017. Illegale Drogen und Tabak. Gesundheit Österreich, Wien.
- Anzenberger, J.; Busch, M.; Gaiswinkler, S.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2020): Epidemiologiebericht Sucht 2020. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak – Annex. Gesundheit Österreich, Wien
- Anzenberger, J.; Akartuna, D.; Busch, M.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2023). Epidemiologiebericht Sucht 2023. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich, Wien
- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Busch, M.; Anzenberger, J.; Brotherhood, A.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2021): Bericht zur Drogensituation 2021. Gesundheit Österreich, Wien
- Caritas, Diözese Graz-Seckau (2018). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2017. Graz
- Caritas, Diözese Graz-Seckau (2023). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2022. Graz
- Caritas, Diözese Innsbruck (2022). Konzept Take Home Naloxon. Maßnahme zur Schadenminimierung und Verhinderung drogenbezogener Todesfälle. Innsbruck
- Caritas, Diözese Innsbruck (2023). Mentlvilla, Jahresbericht 2022. Innsbruck

- Drogenarbeit Z6 (2022). Tätigkeitsbericht 2021. Innsbruck
- Drogenarbeit Z6 (2023). Tätigkeitsbericht 2022. Innsbruck
- Drogenkoordination Kärnten (2023). Jahresbericht 2022 – Prävention und Suchtkoordination. Amt der Kärntner Landesregierung. Klagenfurt am Wörthersee
- DVSV (2021). Erstattungskodex – EKO. Stand 1. Jänner 2021. Dachverband der Sozialversicherungsträger. Wien
- Gschwantler, M.; Reiberger, T.; Haltmayer, H. (2022). HCV-Eliminationsprojekte bei High-Risk Populationen. Vortrag vom 15. Mai 2022 beim 24. Substitutions-Forum. Plattform für Drogen-Therapie. 14. bis 15. Mai 2022, Schlosshotel Mondsee
- Gschwantler, M. (2023). Was Suchtmedizinerinnen und Suchtmediziner über das A, B, C, D, E der Virushepatitis wissen sollten. Vortrag vom 7. Mai 2022 beim 25. Substitutions-Forum. Plattform für Drogen-Therapie. 6. bis 7. Mai 2023, Schlosshotel Mondsee
- Haltmayer, H.; Gschwantler, M. (2021). Let's End Hepatitis C in Vienna. Vortrag vom 9. Mai 2021 beim 23. Substitutions-Forum. Plattform für Drogen-Therapie. Online Tagung
- I.K.A. (2023). Statistiken I.K.A. 2022. Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle – Medizinische und psychosoziale Suchtkrankenversorgung. In: WAVM-Jahresbericht 2022. Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin. Graz
- Maieron, A. (2020). Pilotprojekt. Vereinfachter Behandlungszugang für Patienten mit Hepatitis C im Opioid-Substitutionsprogramm in Niederösterreich. Präsentation
- Schiel, H.; Bartecka-Mino, K.; Dorner-Schulmeister, S. (2023). Vergiftungsinformationszentrale VIZ Drogen 2016/17/18/19/20/21/22. Gesundheit Österreich, Wien
- Schmutterer, I.; Busch, M. (2016). Datenanalyse zu Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis-C-Erkrankungen in Österreich. Gesundheit Österreich. Wien
- Schütz, A.; Moser, S.; Schwanke, C.; Schubert, R.; Luhn, J.; Gutic, E.; Lang, T.; Schleicher, M.; Haltmayer, H.; Gschwantler, M. (2018). Directly observed therapy of chronic hepatitis C with ledipasvir/sofosbuvir in people who inject drugs at risk of nonadherence to direct-acting antivirals. *Journal of Viral Hepatitis*. 2018 Jul; 25(7): 870-873
- SDW (2023). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den „Bericht zur Drogensituation 2023“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SHW (2021). Bereich Beratung, Betreuung, Behandlung, Versorgung und Wohnen. Tätigkeitsbericht 2020. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien

SHW (2023a). Bereich Beratung, Betreuung, Behandlung, Versorgung und Wohnen. Tätigkeitsbericht 2022. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien

SHW (2023b). Bereich Suchtprävention. Tätigkeitsbericht 2022. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien

SHW (2023c). Pilotprojekt Suchthilfe vor Ort. Tätigkeitsbericht 2022. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien

Silbernagl, M.; Slamanig, R.; Fischer, G.; Brandt, L. (2018). Hepatitis C infection and psychiatric burdens in two imprisoned cohorts: Young offenders and opioid-maintained prisoners. *Health Policy* 122 (2018): 1392-1402

Suchthilfe Tirol (2022). Tätigkeitsbericht für das Jahr 2021. Suchthilfe Tirol. Hall in Tirol

Suchthilfe Tirol (2023). Tätigkeitsbericht für das Jahr 2022. Suchthilfe Tirol. Hall in Tirol

Suchtkoordination Niederösterreich (2023). Input der Suchtkoordination Niederösterreich für den „Bericht zur Drogensituation 2023“. Suchtkoordination des Landes Niederösterreich. St. Pölten

Suchtkoordination Steiermark (2023). Input der Suchtkoordination Steiermark für den „Bericht zur Drogensituation 2023“. Suchtkoordination des Landes Steiermark. Graz

Suchtkoordination Tirol (2023). Input der Suchtkoordination Tirol für den „Bericht zur Drogensituation 2023“. Suchtkoordination Tirol. Innsbruck

Schwarz, M.; Schwarz, C.; Schütz, A.; Schwanke, C.; Krabb, E.; Schubert, R.; Liebich, S.-T.; Bauer, D.; Burghart, L.; Brinkmann, L.; Gutic, E.; Reiberger, T.; Haltmayer, H.; Gschwantler, M. (2023). Combining treatment for chronic hepatitis C with opioid agonist therapy is an effective microelimination strategy for people who inject drugs with high risk of non-adherence to antiviral therapy. Preprint

6.6 Zitierte Bundesgesetze

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

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

6.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Bauer, Bernd	Kontaktladen, Graz
Cichy, Juliane	Suchtkoordination Steiermark
Drobesch-Binter, Barbara	Drogenkoordination Kärnten
Grüner, Beate	Suchtkoordination Tirol
Haring, Julian	Suchthilfe Tirol
Hörhan, Ursula	Suchtkoordination Niederösterreich
Ploder, Harald	Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich der Caritas Diözese Graz-Seckau
Neubacher, Thomas	Suchtkoordination Vorarlberg
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordination Salzburg
Schwarzenbrunner, Thomas	Suchtkoordination Oberösterreich
Taferner-Kraigher, Petra	Suchtkoordination Burgenland
Zangerle, Robert	Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Innsbruck

6.8 Anhang

Tabelle A6.1:

Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache 2012–2022

Todesursache	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Intoxikation mit Opiat(en) ¹	11	10	10	6	7	8	9	11	7	10	n. v.
Mischintoxikation mit Opiat(en) ¹	111	103	85	107	120	97	136	138	129	143	n. v.
(Misch-)Intoxikation mit Suchtgift(en) oder NPS ohne Opiate	8	6	7	10	13	17	12	14	13	25	n. v.
Intoxikation unbekannter Art	9	3	0	3	6	4	3	5	6	10	n. v.
Summe verifizierter direkt drogenbezogener Todesfälle	139	122	102	126	146	126	160	168	155	188	n. v.
nichtobduzierte drogenbezogene Todesfälle	22	16	20	27	19	28	24	28	36	47	n. v.
Summe der drogenbezogenen Todesfälle	161	138	122	153	165	154	184	196	191	235	n. v.

¹ inklusive opiathaltiger NPS

n. v. = nicht verfügbar: Die Daten für 2022 lagen zu Redaktionsschluss noch nicht vor.

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

Tabelle A6.2:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2012–2022 nach Bundesland
(pro 100.000 15- bis 64-Jährige)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Burgenland	1,0	0,5	1,0	1,6	1,6	1,6	1,0	1,6	0,5	1,1	n. v.
Kärnten	1,9	1,9	1,4	2,4	3,0	3,5	6,6	4,7	1,1	3,6	n. v.
Niederösterreich	2,1	1,8	0,8	1,9	1,4	1,4	2,0	3,1	2,9	3,1	n. v.
Oberösterreich	2,0	1,5	0,6	0,8	1,6	1,9	1,1	1,8	1,9	1,9	n. v.
Salzburg	2,7	1,1	1,1	0,6	1,4	2,2	1,1	1,4	1,3	2,7	n. v.
Steiermark	0,9	0,7	1,3	1,1	1,6	1,8	1,6	1,6	3,0	2,9	n. v.
Tirol	2,9	2,9	2,4	2,8	4,8	2,2	4,7	5,1	4,3	4,9	n. v.
Vorarlberg	2,8	4,0	3,2	5,9	4,3	2,3	1,9	4,6	3,4	2,6	n. v.
Wien	6,0	5,3	5,4	5,8	5,3	5,0	6,1	5,2	5,6	7,6	n. v.
unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	n. v.
Österreich	2,8	2,4	2,1	2,6	2,8	2,6	3,1	3,3	3,2	4,0	n. v.

n. v. = nicht verfügbar: Die Daten für 2022 lagen zu Redaktionsschluss noch nicht vor.

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

Tabelle A6.3:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2012–2022 nach Bundesland (absolut)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Burgenland	2	1	2	3	3	3	2	3	1	2	n. v.
Kärnten	7	7	5	9	11	13	24	17	4	13	n. v.
Niederösterreich	23	19	9	21	15	15	22	34	32	34	n. v.
Oberösterreich	19	14	6	8	16	19	11	18	19	19	n. v.
Salzburg	10	4	4	2	5	8	4	5	5	10	n. v.
Steiermark	7	6	11	9	13	15	13	13	25	24	n. v.
Tirol	14	14	12	14	24	11	24	26	22	25	n. v.
Vorarlberg	7	10	8	15	11	6	5	12	9	7	n. v.
Wien	72	63	65	72	67	64	79	68	74	101	n. v.
unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	n. v.
Österreich	161	138	122	153	165	154	184	196	191	235	n. v.

n. v. = nicht verfügbar: Die Daten für 2022 lagen zu Redaktionsschluss noch nicht vor.

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

Tabelle A6.4:

Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern 2022

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Spritzenautomaten	Anzahl der Streetwork-Angebote	Anzahl der mobilen Stellen	Gesamtzahl der getauschten und verkauften Spritzen
Burgenland	0	0	0	0	0
Kärnten	2	2	0	0	156.076
Niederösterreich	4	0	0	0	12.765
Oberösterreich	5	3	0	1	1.009.497
Salzburg	1	2	0	1	181.378
Steiermark	1	2 ¹	1	0	925.093
Tirol	1	6	0	1	459.743
Vorarlberg	4	7	0	0	518.137
Wien	2 ²	0	1	0	3.221.978
Gesamt	20	22	2	3	6.484.667

¹ inkludiert einen Präventionsautomaten einer Apotheke² zusätzlich 28 spezialisierte Angebote in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und in sechs ausgesuchten Apotheken (in der Gesamtzahl berücksichtigt)

Quelle: ST10; Berechnung und Darstellung: GÖG

Drogenmärkte und Drogendelikte

Inhalt

7	Drogenmärkte und Drogendelikte.....	213
7.1	Zusammenfassung.....	213
7.2	Aktuelle Situation.....	214
7.2.1	Drogenmärkte.....	214
7.2.2	Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen.....	217
7.2.3	Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....	218
7.3	Trends.....	220
7.3.1	Trends bei Sicherstellungen, Preis und Reinheit.....	220
7.3.2	Trends bei drogenbezogenen Anzeigen.....	223
7.4	Neue Entwicklungen.....	226
7.5	Quellen und Methodik.....	226
7.6	Bibliografie.....	227
7.7	Zitierte Bundesgesetze.....	227
7.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	227
7.9	Anhang.....	228

7 Drogenmärkte und Drogendelikte

7.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Österreich ist Transit- und Konsumland, die Produktion illegaler Drogen spielt in Österreich, mit Ausnahmen von Cannabiskraut, eine geringe Rolle. Virtuelle Drogenmärkte (im Darknet, aber auch im offen zugänglichen Internet, Messengerdienste, sowie Social Media) gewinnen zunehmend an Bedeutung, auch die Sicherheitsbehörden richten verstärkt einen Fokus auf diese neuen zusätzlichen Drogenmärkte. Als wesentliche Transportrouten gelten die Balkanroute (v.a. für Heroin) bzw. der Luftweg über den Flughafen Wien-Schwechat sowie der Postversand und die Einfuhr im Wege des Straßenverkehrs. In den letzten Jahren ist zu beobachten, dass die Substanzreinheit steigt, der Preis jedoch trotz Inflation gleichbleibt oder sogar sinkt.

Insgesamt gab es im Jahr 2022 in Österreich 34.928 Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG), was einen minimalen Anstieg im Vergleich zum Vorjahr bedeutet. Die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (31.351) überstiegen die Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen (2.859) bei weitem. Der größte Anteil an den Anzeigen nach SMG betraf Cannabis (25.293). Im Jahr 2022 kam es zudem zu 7.499 Anzeigen wegen einer Beeinträchtigung durch Suchtgifte im Straßenverkehr gemäß Straßenverkehrsordnung (StVO) bzw. Führerscheingesetz (FSG). Dem stehen 32.875 Anzeigen wegen Alkohols im Straßenverkehr gegenüber.

Die Sicherheitsbehörden setzen Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots: Dazu gehört neben der Kontrolltätigkeit auch die Sicherstellung von illegalen Suchtmitteln sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe oder Suchtgifte (inkl. Substitutionsmitteln) enthalten, und *Neuen Psychoaktiven Substanzen*. Den Großteil der Sicherstellungen betreffen Cannabis (13.664 bzw. 1.758 kg), gefolgt von Kokain (1.986 bzw. 119 kg) und Heroin (1.061 bzw. 102 kg). Im Bundeskriminalamt ist zudem eine Meldestelle für Drogenausgangsstoffe eingerichtet.

Darüber hinaus wurden im Jahr 2022 ebenso der Schwerpunkt auf den Online-Suchtmittelhandel weiter forciert und es konnten drei sogenannte österreichische "Vendoren" (Händler im Darknet) festgenommen und dabei mehr als 61 Kilogramm Suchtmittel und 15.151,81 Euro – davon 9.476 Euro in Kryptowährungen – sichergestellt.

7.2 Aktuelle Situation

7.2.1 Drogenmärkte

Produktion von Drogen in Österreich

Österreich ist betreffend illegaler Drogen Transit- und Konsumland. Als Produktionsland für illegale Drogen spielt Österreich grundsätzlich keine wesentliche Rolle, hergestellt werden einerseits Cannabisprodukte und andererseits synthetische Suchtgifte in sogenannten Küchenlaboren. Die erzeugten Cannabismengen sind im internationalen Vergleich gering. In Österreich konnten im Jahr 2022 722 Orte zur Herstellung von Cannabisprodukten ausgeforscht werden – fast drei Viertel davon waren indoor angesiedelt –, was gegenüber den noch 1.028 im Jahr 2021 einen deutlichen Rückgang darstellt. Dies wird durch in Slowenien und Kroatien angelegte Depots erklärt, die einer leichteren Versorgung bei Engpässen sowie einer Risikominderung für die Täter:innen dienen (BMI 2023). Im Jahr 2022 wurden nur zwei Labore (Niederösterreich und Wien) zur Herstellung illegaler synthetischer Substanzen entdeckt, deren Synthesziel vorwiegend die Herstellung von Methamphetamin und Amphetamin war. Als Grund für diesen niedrigsten Wert in den letzten fünf Jahren wird vermutet, dass benötigte Chemikalien oftmals über Onlinebestellungen oder im direkten Wege aus dem Ausland bezogen werden. Zudem werden vordergründig Chemikalien erworben, die nicht gesetzlich überwacht werden, wodurch es seltener zu Verdachtsmomenten kommt. (BMI 2023).

Handelsrouten für den Import von Drogen nach Österreich

Nach wie vor wird Heroin vor allem über die Balkanroute transportiert, deren Weg von Afghanistan über den Iran, die Türkei, Bulgarien, Serbien, Kroatien, Slowenien und Österreich bis ins restliche Westeuropa führt. Alternativ gelangt es auch auf dem Seeweg über die Südroute vom Mittleren Osten über Ostafrika nach Europa. Der Kokainschwarzmarkt in Österreich wird neben dem Luftweg über den Flughafen Wien-Schwechat außerdem auch über den Landweg bedient. (BMI 2023).

Der Handel mit illegalen Suchtmitteln im Internet und Darknet bleibt v. a. im Zusammenhang mit aufgedeckten Krypto-Messenger-Diensten¹⁷⁴ weiterhin ein großes Thema. Illegale Suchtmittel werden dort bestellt und dann via Postversand, vor allem über den Flughafen Schwechat, verschickt. (BMI 2023).

174

Krypto-Messenger-Dienste sind Kommunikationsdienste, die Mitgliedern die Möglichkeit bieten, verschlüsselte Nachrichten, Fotos, Notizen, Sprachkommentare und Videos zu verschicken.

Preise und Reinheit der Substanzen

Angaben, die vom Bundesministerium für Inneres (BMI) zu Preisen der diversen Drogen auf **Straßenverkaufs-niveau** gemacht werden, sind Tabelle 7.1 zu entnehmen (siehe ST14 und ST16). Abbildung 7.1 zeigt den **Schwarzmarktwert der Sicherstellungen** sechs ausgewählter illegaler Suchtmittel im Jahr 2022. Angaben zu diversen Drogen **im Großhandel** finden sich in Tabelle A7.1 im Anhang. Die Daten des BMI hinsichtlich der Preise beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen und Einvernahmen.

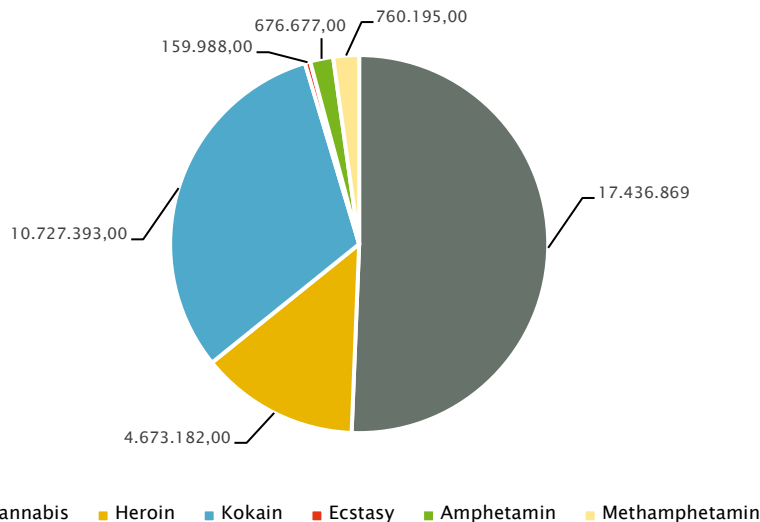
Tabelle 7.1:
Preise der diversen Drogen (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) im Straßenverkauf in Österreich im Jahr 2022

Preise	Cannabis-kraut*	Cannabis-harz*	braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Meth-amphetamin*	MDMA/ Ecstasy**
typisch	10,00 €	10,00 €	46,00 €	90,00 €	23,00 €	78,00 €	8,00 €
Obergrenze	11,75 €	11,75 €	58,75 €	110,00 €	30,00 €	96,25 €	9,50 €
Untergrenze	8,25 €	8,00 €	32,50 €	70,00 €	16,25 €	60,00 €	8,00 €

* Preis pro Gramm
** Preis pro Tablette

Quelle: BMI/BK 2023; Darstellung: GÖG

Abbildung 7.1:
Schwarzmarktwert der Sicherstellungen im Jahr 2022 in Euro



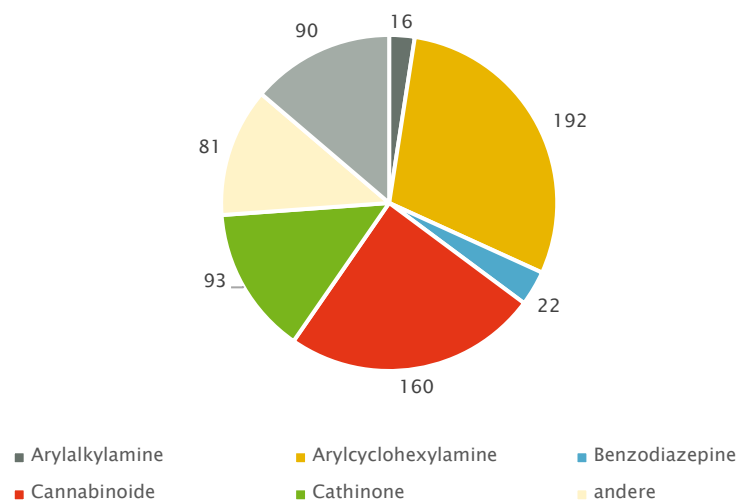
Quelle: BMI 2023; Darstellung: GÖG

Eine Zehn-Jahres-Entwicklung der **Reinheit von Substanzen im Straßenhandel**, basierend auf den Daten des BMI/BK, und die Entwicklung der Reinheit der analysierten Substanzproben werden in Abschnitt 7.3 dargestellt.

Wichtige Informationen über die Entwicklungen des Drogenmarkts stehen ebenfalls aus drei Drug-Checking-Angeboten aus Wien, Tirol und Graz zur Verfügung (siehe dazu Kapitel 3).

Ins österreichische Informations- und Frühwarnsystem wurden im Jahr 2022 570 Fälle mit insgesamt 654 Neuen Psychoaktiven Substanzen eingemeldet¹⁷⁵. 19 Substanzen wurden im Jahr 2022 zum ersten Mal in Österreich festgestellt. Es zeigt sich eine hohe Dominanz synthetischer Cannabinoide (vgl. Abbildung 7.2) und von Arylcyclohexylaminen wie beispielsweise Ketamin (chemische Obergruppen nach EBDD-Definition). Synthetische Opioide wurden lediglich viermal identifiziert, was darauf hindeutet, dass sie auf den österreichischen Drogenmärkten kaum eine Rolle spielen. Synthetische Cannabinoide werden besonders häufig bei polizeilichen Aufgriffen nachgewiesen, bei Drug-Checking-Angeboten stehen stimulierende Substanzen (z. B. Cathinone) im Vordergrund.

Abbildung 7.2:
Meldungen im österreichischen Informations- und Frühwarnsystem nach chemischen Obergruppen im Jahr 2022 (n = 654)



Quelle: österreichisches Informations- und Frühwarnsystem GÖG

175

Im Rahmen des europaweiten Informations- und Frühwarnsystems werden neue Substanzen gemäß einheitlichen europäischen Vorgaben systematisch erfasst, diese können in einigen Fällen von nationalen Gesetzeslagen abweichen. Das heißt, auch wenn Substanzen bereits in die Suchtmittelverordnung übernommen wurden wie beispielsweise das Cannabinoid MDMB-4en-PINACA, werden sie weiterhin im Rahmen dieses Projekts beobachtet und gemeldet.

7.2.2 Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen

Anzeigen im Zusammenhang mit illegalen Drogen

Im Jahr 2022 gab es mit insgesamt 34.928 **Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz** (SMG) annähernd gleich viele Anzeigen wie im Vorjahr. Davon bezogen sich 34.210 Anzeigen auf Suchtgifte. Bei Kokain kam es zu einem leichten Anstieg, hier wurden durch Großaufgriffe auch größere Mengen sichergestellt. Die meisten der übrigen Anzeigen betrafen psychotrope Stoffe¹⁷⁶. (BMI 2023). Bezogen auf die Bevölkerung, gab es in Wien, Vorarlberg, Oberösterreich und Kärnten die meisten Anzeigen¹⁷⁷ (vgl. Tabelle A7.4).

Differenziert nach der **Art der Anzeige** (siehe auch Abbildung 7.5), zeigt sich, dass die Anzahl der Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (31.351) wegen unerlaubten Umgangs mit Suchtgift gemäß § 27 SMG die Anzahl der Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen (2.859) wegen Vorbereitung von Suchtgifthandel gemäß § 28 SMG bzw. wegen Suchtgifthandels gemäß § 28a SMG bei weitem überstieg¹⁷⁸. **Nach involvierten Substanzen differenziert**, zeigt sich, dass Anzeigen wegen Cannabis rund 72 Prozent (25.293) der einschlägigen Anzeigen ausmachen. An zweiter Stelle stehen Anzeigen wegen Kokain/Crack (5.834; knapp 17 %), danach folgen Anzeigen wegen Heroin und Opiaten (7,4 %) sowie Amphetamin (rd. 6,4 %). Jeweils (teilweise deutlich) weniger als fünf Prozent der Anzeigen betrafen die übrigen Substanzen (vgl. Tabelle A7.7 und Abbildung 7.6). Im Jahr 2022 wurden bei der Staatsanwaltschaft 304 Anzeigen wegen Verstoßes gegen das NPSG eingebracht, was fast eine Halbierung im Vergleich zum Vorjahr bedeutet (vgl. Tabelle A7.6).

Den insgesamt 34.210 Anzeigen des Jahres 2022 stehen 2.271 Festnahmen in Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz gegenüber, wobei es keine genaueren Aufschlüsselungen der Festnahmen nach Art des Vergehens oder nach Substanz etc. gibt (vgl. Kapitel 2). Durch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen der Polizei in den einzelnen Bundesländern wie z. B. in Form von Aktionen am Flughafen Schwechat in Niederösterreich oder in Form des Fokus auf unterschiedliche Tätergruppen unterscheiden sich auch die Verteilungen der Anzeigen auf Länderebene zwischen den Bundesländern mitunter stark (BMI 2023; vgl. Tabelle A7.3 und Tabelle A7.4).

176

für Details siehe Tabellen A7.2 bis A7.9 im Anhang

177

Die Darstellung der Anzeigen pro 100.000 Einwohner:innen stellt keinen Indikator für die Suchtmittelkriminalität im Allgemeinen dar, hier spiegeln sich die Ressourcenmöglichkeiten pro Bundesland wider wie z. B. bei verstärkten Einsätzen am Flughafen Wien-Schwechat.

178

Vergehenstatbestände (§ 27 SMG) betreffen den unerlaubten Umgang mit Suchtgift; Verbrechenstatbestände betreffen die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a), wobei allerdings die in § 28 Abs. 1 dargestellte Straftat nicht als Verbrechen zu klassifizieren ist. Der Einfachheit halber werden im vorliegenden Bericht sämtliche Anzeigen nach den Straftatbeständen in den §§ 28 SMG bzw. 28a SMG als „Verbrechen“ bezeichnet, Anzeigen nach § 27 als „Vergehen“.

Suchtmittelbezogene Anzeigen außerhalb der Drogengesetzgebung

Die nachfolgende Tabelle 7.2 zeigt, dass die Zahl der Anzeigen wegen Alkohols jene wegen Suchtgifts im Straßenverkehr um ein Vielfaches übertrifft. Sowohl bei den alkoholbedingten Anzeigen wie auch bei jenen, die Suchtgift betreffen, steigen die Zahlen seit Jahren kontinuierlich an.

Im Jahr 2022 stieg die Zahl der **vorläufigen Führerschein- und Mopedausweisabnahmen** gemäß § 39 FSG auf 20.761. Im Vorjahr lag sie bei 17.703 (Schmid, p. M.). Dieser Anstieg beruht auf einer Zunahme sowohl wegen Alkoholkonsums wie auch wegen Suchtgiftkonsums. Die Zahlen spiegeln auch die Aktivitäten der Exekutive (z. B. Schwerpunktaktionen) wider.

Tabelle 7.2:

Anzahl der Anzeigen wegen Alkohols gemäß § 5 StVO und § 14 (8) FSG sowie wegen Suchtgifts gemäß § 5 StVO 2017–2022

Anzeigen	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Suchtgift im Straßenverkehr (§ 5 StVO)	2.192	3.011	4.364	5.519	6.338	7.499
Alkohol im Straßenverkehr (§ 5 StVO bzw. § 14 [8] FSG)	28.109	28.067	30.930	25.705	28.498	32.875
Gesamt	30.301	31.078	35.294	31.224	34.836	40.374

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

7.2.3 Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

Für die Organisation der Aktivitäten zur Verringerung des Drogenangebots sowie zur Leitung und Koordinierung der Sicherheitsbehörden und -dienststellen, der Ermittlungen sowie internationaler polizeilicher Kooperation gegen allgemeine und organisierte Suchtmittelkriminalität ist das Bundesministerium für Inneres (Bundeskriminalamt, Büro 3.3 – Suchtmittelkriminalität) zuständig. Auf Länderebene liegen unter Fachaufsicht des Bundeskriminalamts die entsprechenden Aufgaben bei neun Landeskriminalämtern mit dem Ermittlungsbereich „Suchtmittelkriminalität“. Stadtpolizeikommanden mit dem Fachbereich „Suchtmittelkriminalität“ sowie Bezirkspolizeikommanden mit eingerichteten Ermittlungsgruppen zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität sind ebenfalls mit der Thematik befasst. Insgesamt werden in Österreich rund 660 speziell ausgebildete Exekutivbedienstete primär im Bereich der Suchtmittelkriminalität eingesetzt. Letztlich werden jedoch die erforderlichen Erstmaßnahmen beim Vollzug des SMG sowie des NPSG von jeder Polizeibeamtin bzw. jedem Polizeibeamten wahrgenommen und entsprechend dem jeweiligen Fall den Fachdienststellen übergeben bzw. selbst abgearbeitet.

Seit 2018 ist im Büro zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität des Bundeskriminalamts ein spezialisiertes Referat zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität via Postversand und Internet eingerichtet. Hier werden u. a. schwerpunktmäßige Ermittlungen gegen den österreichischen Onlinesuchtmittelehandel bzw. Maßnahmen gegen diverse Suchtmittelabnehmer:innen, aber auch ein internationaler Austausch zu dieser Thematik etabliert. (BMI 2023).

Die in Österreich von den Sicherheitsbehörden gesetzten Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots umfassen – neben der Kontrolltätigkeit – auch die Sicherstellung von Suchtgiften sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten (siehe Abschnitt 7.3). Im Jahr 2022 erfolgten 544 Vertriebswegüberprüfungen im Bereich der nichterfassten sowie sensibler gelisteter Drogenausgangsstoffe. Darüber hinaus sind 351 allgemeine private Hinweise zu möglichen Verstößen nach dem SMG bzw. anderen Deliktbereichen bei der Meldestelle für Drogenausgangsstoffe¹⁷⁹ eingelangt (BMI 2023).

Im Rahmen der Aktivitäten im Bereich der Bekämpfung des Suchtmittelhandels via Postversand und Internet läuft weiterhin eine Kooperation mit dem internationalen Postzentrum Frankfurt am Main. Die Kooperation mit der österreichischen Zollverwaltung des Bundesministeriums für Finanzen wurde weiter ausgebaut. Mittels Kontrollen durch die österreichische Zollverwaltung konnten zwischen Jänner 2016 und Ende Dezember 2022 rund 17.000 Postsendungen mit rund 2.000 Kilogramm Suchtmitteln, Neuen Psychoaktiven Substanzen und anderen psychotropen Stoffen einschließlich rund 122.000 Stück Ecstasy-Tabletten sowie 1.061 Kilogramm Khat sichergestellt werden. Folgeermittlungen zeigten, dass die aufgegriffenen Briefsendungen ausschließlich über Darknet-Marktplätze bestellt worden waren (BMI 2023).

Zwischen Februar 2019 und Dezember 2022 arbeitete das im BMI/BK eingerichtete Büro zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität gemeinsam mit dem Rauschgiftdezernat des Bayerischen Landeskriminalamts am von der EU geförderten Projekt *Combatting suspects dealing in drugs on the internet – prosecution and prevention (CSI-PP)*. Ziel dieser Kooperation war, die Forensik beim Onlinesuchtmittelhandel zu optimieren und mit operativen Maßnahmen zu kombinieren (BMI 2023).

Eine große Herausforderung in der Bekämpfung der organisierten Kriminalität und hier vor allem der Suchtmittelkriminalität wird im Rahmen der *Arbeitsgemeinschaft ACHILLES* (seit April 2021) bearbeitet. Hier liegt der Fokus auf Ermittlungen rund um die Verwendung von Krypto-Messenger-Diensten (z. B. ANOM, Sky ECC) zur Durchführung des Suchtmittelhandels.

Zusätzlich koordiniert Europol über die *European Multidisciplinary Platform Against Criminal Threats (EMPACT)* europaweite strategische sowie operative Maßnahmen, an denen sich auch Österreich beteiligt (BMI 2023 und Europol 2023).

179

Drogenausgangsstoffe sind Substanzen, die in der Chemieindustrie und der Medikamentenerzeugung benötigt werden, aber auch zur illegalen Drogenherstellung verwendet werden können. Für diese Gruppe gelten daher spezifische Überwachungs- und Kontrollvorschriften.

7.3 Trends

7.3.1 Trends bei Sicherstellungen, Preis und Reinheit

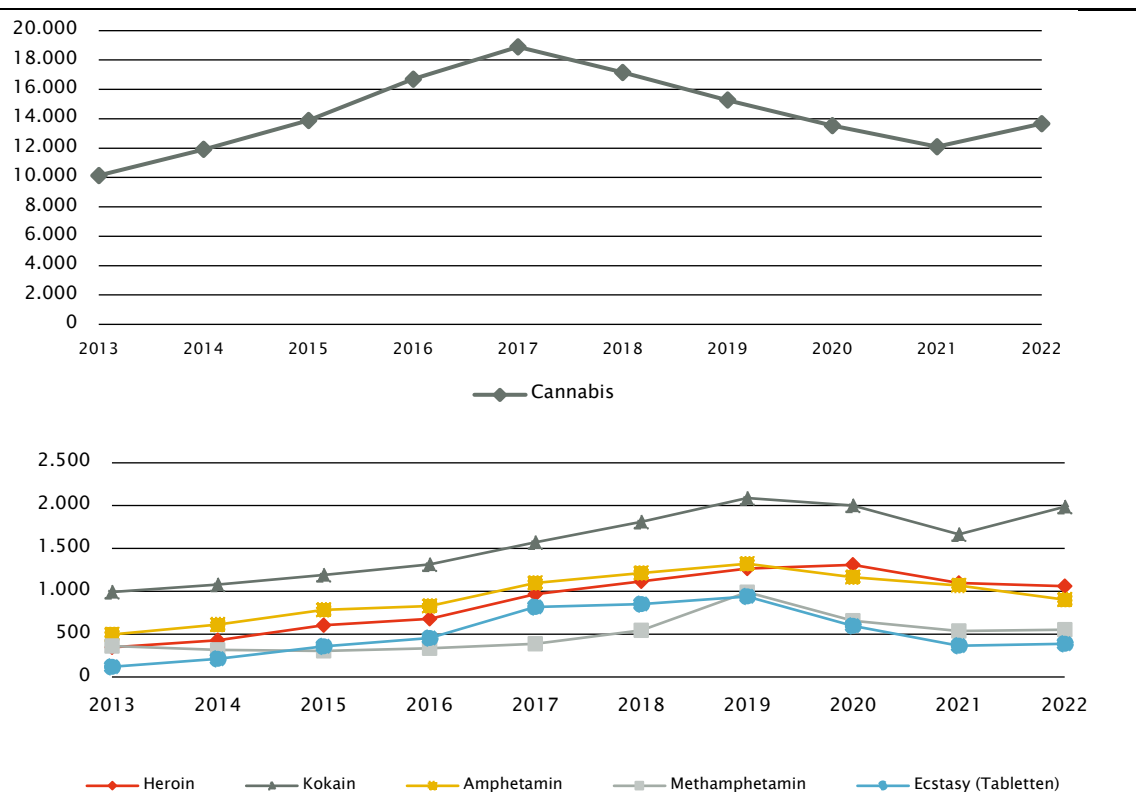
Sicherstellungen

Die **Cannabissicherstellungen** (13.664) machten im Jahr 2022 mit rund 65,7 Prozent den Großteil der **Sicherstellungen** aus, gefolgt von Kokain (1.986; rd. 9,5 %). Die Anzahl der Sicherstellungen weiterer Substanzen lag (teils deutlich) unter diesen Anteilen. Ein Überblick über die Sicherstellungen in den vergangenen zehn Jahren ist in Tabelle A7.10 zu sehen.

Abbildung 7.3 veranschaulicht die Entwicklung der Sicherstellungen in den vergangenen zehn Jahren für ausgewählte Substanzen. Bei **Cannabis** zeigt sich bis 2017 ein Anstieg, gefolgt von einem Rückgang bis 2021. 2022 sind die Cannabissicherstellungen wieder leicht gestiegen. Ebenfalls leicht gestiegen sind die Aufgriffe von **Kokain** seit dem letzten Jahr, im Zehn-Jahres-Trend ist dabei, nach einem leichten Rückgang in den Jahren 2019 bis 2021, insgesamt ein Anstieg zu erkennen. Die Sicherstellungen von **Heroin** (1.061; rd. 5,1 %) sowie **Amphetamin** (904; rd. 4,3 %) sind, verglichen mit dem Vorjahr, etwas zurückgegangen. Aber auch hier ist in den vergangenen zehn Jahren insgesamt ein Anstieg zu verzeichnen.

Abbildung 7.3:

Entwicklung der Sicherstellungen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Art des Suchtgifts 2013–2022



Aufgrund der Größenordnung der Beschlagnahmen wegen Cannabis wurden diese in einem gesonderten Diagramm dargestellt.

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

In Tabelle A7.12 im Anhang wird sowohl die Anzahl der Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten als auch deren sichergestellte Menge in den Jahren 2018 bis 2022 dargestellt. Die Anzahl der Sicherstellungen im Jahr 2022 ist hier etwas zurückgegangen, was auf einen Rückgang bei Morphin retard zurückzuführen ist. Neben Schwerpunktsetzungen der Exekutive und dem Konsumverhalten der Bevölkerung spielen auch externe Faktoren wie Produktionsausmaß und in den letzten Jahren die COVID-19-Pandemie eine Rolle. Zudem ist auch das Hinzukommen von Onlinebestellmöglichkeiten zu beachten.

Die sichergestellten Mengen schwanken – aufgrund einzelner Grobsicherstellungen – von Jahr zu Jahr mitunter um ein Vielfaches, wie Tabelle A7.11 zu entnehmen ist.

Preise

Bei den **maximalen Beschaffungspreisen** (Straßenverkaufslevel) zeigten sich in den Jahren 2013 bis 2022 mitunter starke Schwankungen. Die dargestellten Daten beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen und Einvernahmen des BMI/BK (vgl. Tabelle 7.3, Abschnitt 7.2).

Tabelle 7.3:
Maximaler Preis von Suchtgiften/Suchtmitteln (in Euro) im Straßenhandel in Österreich 2013–2022

Suchtgift/Suchtmittel	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Cannabisharz (1 Gramm)	12	15	15	20	20	10	12	10	15	12
Cannabiskraut (1 Gramm)	12	12	12	15	15	10	15	15	15	12
Heroin braun (1 Gramm)	100	100	100	90	90	80	90	90	100	59
Kokain (1 Gramm)	130	150	150	150	150	150	120	150	120	110
Amphetamin (1 Gramm)	60	60	60	60	60	60	40	60	40	30
Methamphetamin (1 Gramm)	120	130	130	130	130	130	150	120	150	96
Ecstasy (1 Tablette/Einheit)	12	30	30	15	25	25	15	30	20	10

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Reinheit

Bei den **durchschnittlichen Reinheitswerten** (Straßenverkaufslevel) zeigten sich in den Jahren 2013 bis 2022 ebenfalls immer wieder Schwankungen. Die dargestellten Daten in Tabelle 7.4 beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen und Sicherstellungen des BMI/BK. (vgl. Abschnitt 7.2).

Tabelle 7.4:
Durchschnittliche Reinheit (Mittelwert) der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich 2013–2022

Suchtgift/Suchtmittel	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Cannabisharz (% THC)	9,8	12,0	15,2	15,1	13,2	15,3	16,5	16,0	16,5	24,8
Cannabiskraut (% THC)	9,6	8,9	9,8	10,8	9,6	8,8	7,0	6,1	9,1	9,2
Heroin braun (%)	7,6	11,9	13,7	13,7	15,0	15,8	17,7	17,7	14,2	15,2
Kokain (%)	26,1	31,6	33,4	45,9	51,4	53,2	51,9	59,7	53,6	62,8
Amphetamin (%)	9,5	10,6	18,5	14,5	13,8	12,4	19,8	21,8	16,0	20,2
Methamphetamin (%)	56,0	63,5	51,5	58,7	57,2	55,1	59,4	62,7	64,6	65,3
Ecstasy (%)	46,0	44,6	48,7	47,7	38,3	49,9	41,5	44,9	137,5	116,9

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

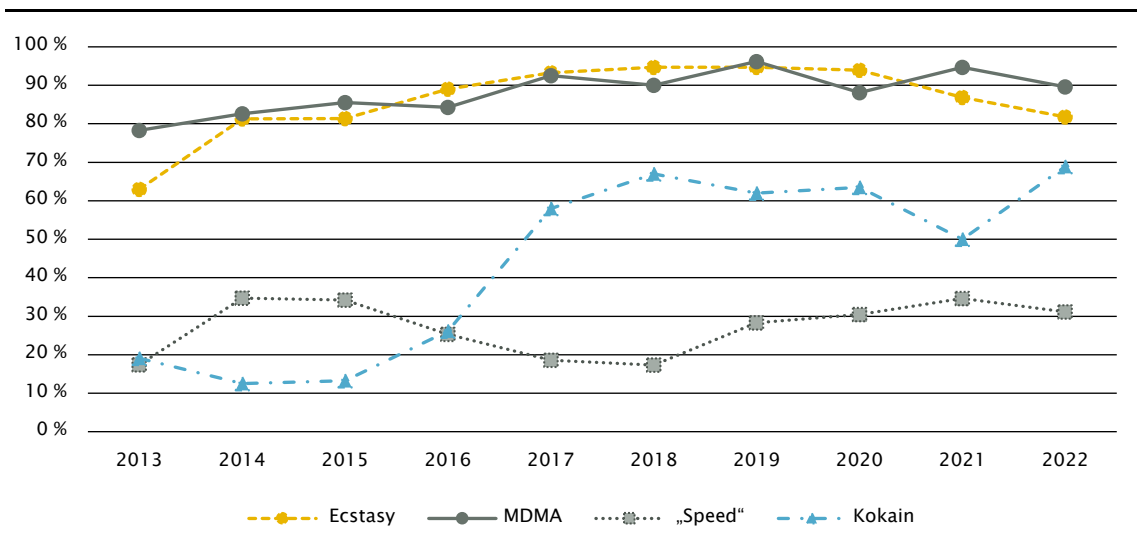
Informationen zur **Reinheit von Substanzen** stehen auch aus dem Drug-Checking (*checkit!* [Wien], *Drogenarbeit Z6* [Tirol], *Kontaktladen & Streetwork* [Graz]) zur Verfügung (vgl. auch Kapitel 3 bzw. 6). Es handelt sich um eine selektive Stichprobe, die essenzielle Aufschlüsse über neue Entwicklungen ermöglicht, aber nur mit Vorbehalt Rückschlüsse auf den gesamten Drogenmarkt in Österreich zulässt. (vgl. *checkit!* 2023, *Drogenarbeit Z6* 2023 bzw. Oberacher 2023).

Abbildung 7.4 zeigt die Entwicklung der Reinheit der Substanzproben, die im Rahmen von *checkit!* analysiert wurden. Generell ist bei Ecstasy/MDMA und Kokain ein Trend dahingehend zu beobachten, dass sie außer den erwarteten Substanzen keine bzw. kaum andere pharmakologisch aktiven Wirkstoffe beinhalten. Hohe Verunreinigungen zeigen sich hingegen bei Speed. Die in Tirol, Wien und Graz analysierten Kokainproben enthielten weiterhin einen hohen durchschnittlichen Wirkstoffgehalt. Es zeigen sehr hohe Spannweiten bei der Reinheit der Proben wie beispielsweise in Graz bei Kokain mit einer Reinheit von 3,8–98,5%. Bei Ecstasy zeigt sich ebenfalls ein Anstieg des Reinheitsgehalts mit teilweise bedenklich hohen Dosierungen¹⁸⁰ (Oberacher 2023, SHW 2023).

Insgesamt ist im längerfristigen Zeitverlauf zu beobachten, dass bei den meisten Drogen die Substanzreinheit steigt, der Preis jedoch, vor allem wenn man die Inflation beachtet, sinkt. Dies zeigte sich im Jahr 2022 vor allem bei braunem Heroin und Methamphetamin (vgl. auch Tabelle 7.3).

Abbildung 7.4:

Anteil der bei *checkit!* analysierten Proben, die ausschließlich den erwarteten Inhaltsstoff enthielten, 2013–2022



Quelle: SHW 2023; Darstellung: GÖG

7.3.2 Trends bei drogenbezogenen Anzeigen

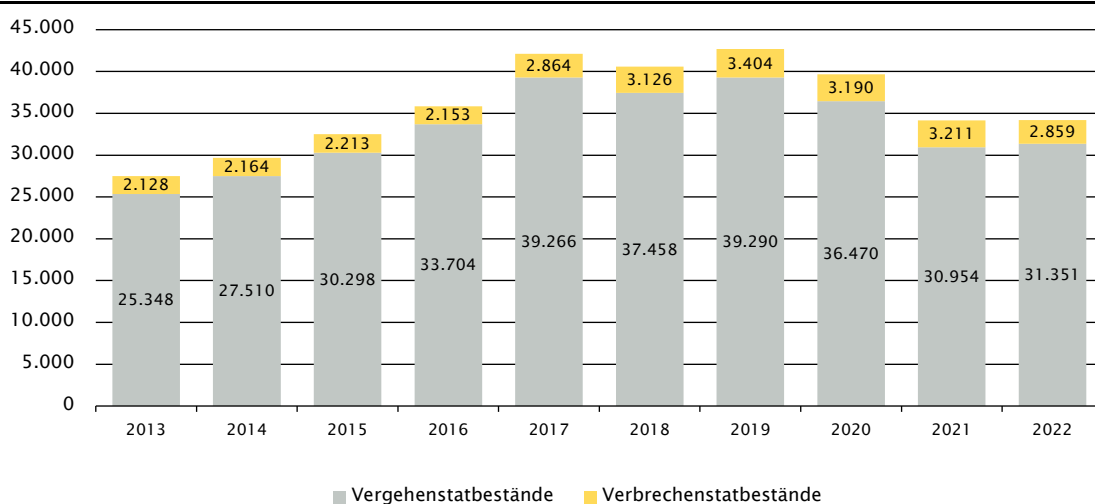
Abbildung 7.5 stellt die **langfristige Entwicklung der Anzeigen** wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG) und Verbrechenstatbeständen (§ 28 und § 28a SMG) dar, wobei hier nur Suchtgifte berücksichtigt wurden. Bis 2019 stiegen die Anzeigen

180

Die Dosierung einer Substanz in den Tabletten oder im Pulver steigt mit zunehmendem Reinheitsgehalt.

nach Vergehenstatbeständen deutlich an, in den Jahren 2020 und 2021 ist hier ein Rückgang zu verzeichnen, während sich im Jahr 2022 der Wert mit 31.351 Fällen auf demselben Niveau wie im Vorjahr bewegt. Die Zahl der Verbrechenstatbestände ist im Jahr 2022 weiter leicht abgesunken (Lichtenegger p. M. BMI 2023).

Abbildung 7.5:
Entwicklung der Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz
(nur Suchtgifte) nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen 2013–2022

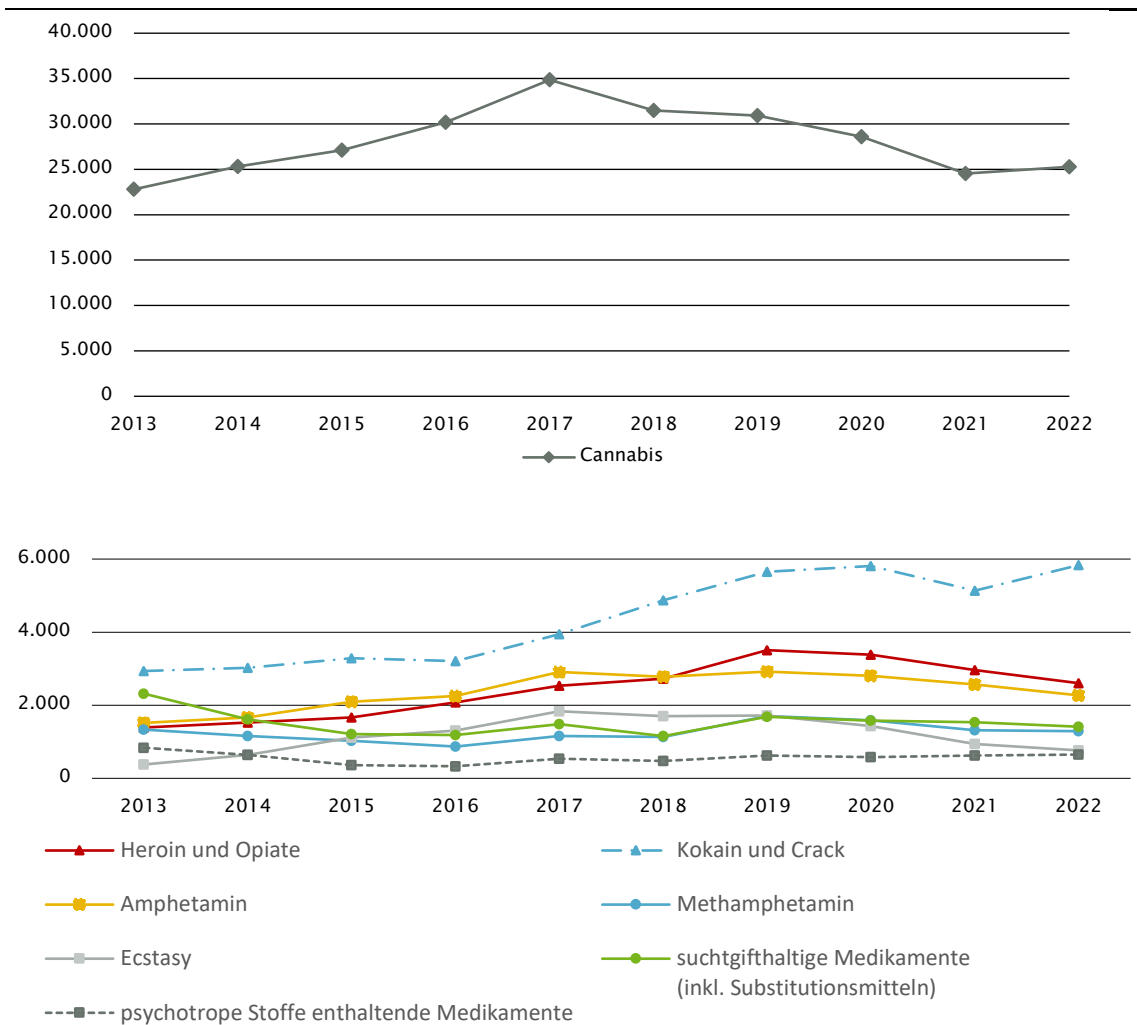


Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Abbildung 7.6 präsentiert die Entwicklung der **Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach der Art des Suchtgifts** (siehe auch Tabelle A7.7). Die Anzeigen wegen Cannabis sind im Jahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr konstant geblieben, während die Anzeigen bei den weiteren Substanzen zurückgegangen sind. Nur bei Kokain/Crack ist es zu einem leichten Anstieg gekommen.

Abbildung 7.6:

Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Art des Suchtgifts 2013–2022



Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Aufgrund der Größenordnung der Anzeigen wegen Cannabis wurden diese in einem gesonderten Diagramm dargestellt.

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

7.4 Neue Entwicklungen

Aufgrund seiner geografischen Lage spielt Österreich auch weiterhin eine bedeutende Rolle bei der Bekämpfung der internationalen organisierten Suchtmittelkriminalität. Das Darknet und der Onlinehandel per se – z. B. im Wege von Messengerdiensten oder auch Social-Media-Kanälen – sowie die Bezahlung mit virtuellen Zahlungsmitteln im Rahmen des illegalen Erwerbs und Handels von Suchtmitteln werden eine zunehmende Bedeutung gewinnen. Im Jahr 2022 wurden drei sogenannte österreichische "Vendoren"¹⁸¹ festgenommen, wobei mehr als 61 Kilogramm Suchtmittel und 15.151,81 Euro – davon 9.476 Euro in Kryptowährungen¹⁸² – sichergestellt wurden. (BMI 2023).

Die Bedeutung der Kryptomärkte¹⁸³ ist außerdem auch im Zusammenhang mit der fortschreitenden Digitalisierung zu betrachten, die allgemein eine Veränderung in der Gesellschaft, Wirtschaft und im Handel nach sich zieht. Bisherige Forschungen stellen eine zunehmende strukturelle Effizienz – es fehlen z. B. die Angst vor Strafverfolgung oder die Informationen über Inhaltsstoffe der psychoaktiven Substanzen, die bei traditionellen Drogenmärkten eine Rolle spielen – sowie schadensminimierende Auswirkungen wie z. B. geringere Gewalterfahrung zur Diskussion (Tzanetakos & Marx 2022).

7.5 Quellen und Methodik

Die in diesem Kapitel referierten Informationen zu Produktion, Schmuggel, Nachschubwegen und Sicherstellungen stammen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/BK), das auch die Daten betreffend Anzeigen, Preise und Reinheit bereitstellte. Weitere Angaben zu Inhaltsstoffen und Reinheit stammen von den beiden Drug-Checking-Einrichtungen *checkit!*¹⁸⁴ und *Drogenarbeit Z6*¹⁸⁵ (vgl. Kapitel 6). Die Zahlen hinsichtlich der Anzeigen wegen Suchtgifts und Alkohols im Straßenverkehr wurden ebenfalls vom Bundesministerium für Inneres zur Verfügung gestellt.

181

Vendoren sind Händler, die illegale Waren und Dienstleistungen auf Untergrundmarktplätzen im Darknet verkaufen.

182

Bei einer Kryptowährung handelt es sich um ein digitales Zahlungsmittel auf der Grundlage eines Blockchain-Systems.

183

Kryptomärkte sind unmoderierte Marktplätze für den Kauf, Verkauf, Tausch und die Speicherung von Kryptowährungen.

184

checkit! ist ein Kooperationsprojekt der *Suchthilfe Wien gGmbH* mit dem Klinischen Institut für medizinische Labordiagnostik der MedUni Wien und bietet u. a. Laboranalysen psychoaktiver Substanzen im Rahmen von Events (Partys, Raves, Festivals etc.) an.

185

Drogenarbeit Z6 bietet in Kooperation mit der Gerichtsmedizin Innsbruck *Drug-Checking* auf Musikevents, Konzerten und Partys in Innsbruck und ganz Tirol an.

7.6 Bibliografie

BMI (2023). Anzeigen, Ermittlungen und Sicherstellungen. Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2022. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien

checkit! (2023). Drug Checking Jahresbericht 2022. Wien

Drogenarbeit Z6 (2023). Tätigkeitsbericht 2022. Innsbruck

Europol (2023). Criminal Networks in EU-Ports. Risk and challenges for law enforcement

Oberacher, H. (2023). Drug Checking 2022. Bericht über den Leistungsumfang der durchgeführten chemischen Analysen und Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Trends. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck

SHW (2023). Bereich Suchtprävention. Tätigkeitsbericht 2022. Suchthilfe Wien GmbH. Wien

Tzanetakakis, M., Marx, S. (2022). Zur Verortung von digitalen Drogenmärkten im Plattform-Kapitalismus, Kurswechsel. Zeitschrift für gesellschafts-, wirtschafts- und umweltpolitischen Alternativen

7.7 Zitierte Bundesgesetze

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

7.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Lichtenegger, Daniel	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt
Schmid, Thomas	Bundesministerium für Inneres

7.9 Anhang

Tabelle A7.1:

Preise der diversen Drogen im Großhandel (pro Kilogramm bzw. pro 1.000 Tabletten)
in Österreich 2022

Preise	Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Meth- amphetamin*	MDMA/ Ecstasy**
typisch	3.525 €	3.438 €	25.750 €	45.125 €	9.125 €	27.500 €	3.500 €
Untergrenze	2.800 €	2.750 €	20.250 €	36.500 €	6.750 €	20.000 €	2.000 €
Obergrenze	4.250 €	4.125 €	31.250 €	53.750 €	11.500 €	35.000 €	5.000 €

* Preis pro Kilogramm

** Preis pro 1.000 Tabletten

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.2:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Ersttäterinnen/-tätern
und Wiederholungstäterinnen/-tätern 2013–2022

Anzeigen**	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anzeigen insgesamt	28.227	30.250	32.907	36.235	42.610	41.044	43.329	40.299	34.837	34.928
Ersttäter:innen	22.979	24.660	17.570	22.715	25.961	23.598	29.499	25.611	19.282	17.661
Wiederholungs- täter:innen	3.688	3.717	13.235*	10.741	13.694	14.190	10.561	12.352	13.714	15.090

* Die massive Steigerung im Jahr 2015 im Vergleich zu 2014 ergibt sich laut BMI aufgrund eines erstmalig österreichweit möglichen Vergleichs aller relevanten Datenfelder, wodurch eine verbesserte und genauere Erfassung der entsprechenden Daten – allerdings auch ein Zeitreihenbruch – gegeben ist.

** alle Anzeigen, nicht nur wegen Suchtgiften, sondern auch wegen psychotroper Stoffe erfolgten
Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = unbekannte Täter:innen

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.3:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte)
nach Bundesland 2013–2022

Bundesland	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Burgenland	844	773	855	895	1.001	967	980	869	697	741
Kärnten	1.460	1.961	1.607	1.646	2.184	2.403	2.824	2.466	2.440	2.347
Niederösterreich	3.134	3.629	4.019	4.153	5.477	5.051	5.069	4.790	4.663	4.253
Oberösterreich	4.446	5.009	5.104	6.006	7.578	7.537	7.052	7.364	6.011	6.348
Salzburg	1.350	1.502	1.755	2.106	2.265	2.378	2.742	2.591	2.162	2.225
Steiermark	2.465	3.266	3.246	3.363	4.254	4.125	4.961	4.182	3.718	3.782
Tirol	3.929	3.502	3.917	3.987	3.941	3.737	4.191	4.430	3.290	3.009
Vorarlberg	1.251	1.385	1.304	1.498	1.597	1.830	2.046	1.838	1.585	1.757
Wien	8.597	8.647	10.704	12.203	13.833	12.556	12.792	11.130	9.599	9.748
Anzeigen gesamt	27.476	29.674	32.511	35.857	42.130	40.584	42.657	39.660	34.165	34.210

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.4:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte)
nach Bundesland 2013–2022 pro 100.000 EW¹⁸⁶

Bundesland	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Burgenland	285,1	261,1	288,8	302,4	338,2	326,7	331,1	293,6	235,5	246,0
Kärnten	258,6	347,4	284,7	291,6	386,9	425,7	500,3	436,8	432,2	412,5
Niederösterreich	184,5	213,6	236,6	244,5	322,4	297,3	298,4	282,0	274,5	247,5
Oberösterreich	295,4	332,8	339,1	399,0	503,5	500,8	468,5	489,3	399,4	416,9
Salzburg	240,0	267,0	311,9	374,3	402,6	422,7	487,4	460,5	384,3	391,5
Steiermark	196,7	260,7	259,1	268,4	339,5	329,2	396,0	333,8	296,8	298,9
Tirol	514,2	458,3	512,6	521,8	515,8	489,1	548,5	579,8	430,6	390,1
Vorarlberg	311,5	344,8	324,6	372,9	397,6	455,6	509,4	457,6	394,6	432,3
Wien	445,1	447,7	554,2	631,8	716,1	650,0	662,3	576,2	497,0	491,8
Anzeigen gesamt	307,6	332,2	364,0	401,4	471,6	454,3	477,5	444,0	382,5	375,7

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

186

Die Darstellung der Anzeigen pro 100.000 Einwohner:innen stellt keinen Indikator für die Suchtmittelkriminalität im Allgemeinen dar, hier spiegeln sich die Ressourcenmöglichkeiten pro Bundesland wider wie z. B. bei verstärkten Einsätzen am Flughafen Wien-Schwechat.

Tabelle A7.5:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe) nach Bundesland 2013–2022

Bundesland	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Burgenland	3	7	3	2	1	1	4	6	3	16
Kärnten	36	44	33	12	26	24	22	59	48	69
Niederösterreich	71	43	45	27	39	29	40	47	61	61
Oberösterreich	98	86	32	49	114	118	124	103	123	124
Salzburg	23	5	8	7	16	19	22	22	24	45
Steiermark	26	14	10	10	31	14	36	52	45	58
Tirol	58	52	51	34	51	45	38	65	51	86
Vorarlberg	20	28	9	29	7	13	25	20	25	24
Wien	406	287	187	178	195	193	322	259	283	230
Anzeigen insgesamt	741	566	378	348	480	457	633	633	663	713

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.6:

Verteilung der Anzeigen bei der Staatsanwaltschaft wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz nach Bundesland 2013–2022

Bundesland	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Burgenland	4	3	0	2	1	4	12	14	12	5
Kärnten	5	5	0	7	5	1	13	12	14	12
Niederösterreich	32	25	16	16	44	28	81	65	118	78
Oberösterreich	9	8	11	13	11	35	99	121	124	81
Salzburg	3	5	0	4	3	4	26	23	24	7
Steiermark	35	15	11	13	7	17	48	85	86	39
Tirol	19	40	6	4	7	10	42	16	27	22
Vorarlberg	6	7	2	9	3	7	18	17	15	4
Wien	15	5	2	10	8	27	99	133	204	56
Anzeigen insgesamt	128	113	48	78	89	133	438	486	624	304

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.7:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel 2013–2022

Suchtgift/Suchtmittel	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Cannabis	22.798	25.309	27.127	30.184	34.857	31.491	30.905	28.587	24.548	25.293
Heroin und Opiate	1.390	1.529	1.666	2.077	2.533	2.724	3.507	3.381	2.965	2.601
Kokain/Crack	2.936	3.026	3.287	3.211	3.944	4.872	5.653	5.807	5.138	5.834
Amphetamin	1.517	1.663	2.097	2.253	2.909	2.779	2.920	2.804	2.570	2.270
Methamphetamin	1.337	1.159	1.026	869	1.154	1.133	1.705	1.590	1.313	1.288
LSD	155	163	189	238	327	344	448	461	422	255
Ecstasy	378	642	1.115	1.307	1.835	1.697	1.721	1.434	941	764
Mephedron	285	89	82	75	43	19	37	26	42	28
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	2.317	1.616	1.213	1.186	1.478	1.155	1.688	1.579	1.536	1.409
sonstige Suchtgifte*	164	260	232	381	363	304	494	637	577	546
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	—	—	—	—	183	135	215	291	203	141
psychotrope Substanzen	59	62	46	37	77	91	150	162	183	196
psychotrope Medikamente	837	637	359	330	539	475	622	578	627	646
Drogenausgangsstoffe	18	15	13	8	1	12	1	18	16	10

— = Daten nicht verfügbar

Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Daher unterscheidet sich die Gesamtanzahl von der Summe der Anzeigen.

*Hier sind auch psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze inkludiert.

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.8:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland 2022

Suchtgift/Suchtmittel	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Gesamt
Cannabis	617	1.698	3.163	4.630	1.780	3.177	2.304	1.457	6.467	25.293
Heroin und Opiate	65	272	273	644	61	96	26	22	1.142	2.601
Kokain/Crack	88	457	565	802	376	458	732	376	1.980	5.834
Amphetamin	112	66	341	751	164	283	131	78	344	2.270
Methamphetamin	19	18	246	405	94	43	36	10	417	1.288
LSD	10	9	37	53	18	49	23	10	46	255
Ecstasy	28	25	85	141	37	117	51	9	271	764
Mephedron	0	0	8	2	0	11	1	0	6	28
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	14	75	113	341	32	114	58	15	647	1.409
sonstige Suchtgifte*	15	23	127	94	29	72	59	13	114	546
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	9	10	31	16	8	18	16	8	25	141
psychotrope Substanzen	3	24	21	45	18	13	39	14	19	196
Medikamente, die psycho- trope Stoffe enthalten	24	50	47	110	29	57	62	18	249	646
Drogenausgangsstoffe	0	0	4	2	0	4	0	0	0	10

Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Daher unterscheidet sich die Gesamtanzahl von der Summe der Anzeigen.

*Hier sind auch psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze inkludiert.

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.9:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland 2022 pro 100.000 EW¹⁸⁷

Suchtgift/ Suchtmittel	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Gesamt
Cannabis	204,81	298,43	184,07	304,04	313,19	251,11	298,71	358,52	326,27	277,80
Heroin und Opiate	21,58	47,80	15,89	42,29	10,73	7,59	3,37	5,41	57,62	28,57
Kokain/Crack	29,21	80,32	32,88	52,67	66,16	36,20	94,90	92,52	99,89	64,08
Amphetamin	37,18	11,60	19,84	49,32	28,86	22,37	16,98	19,19	17,36	24,93
Methamphetamin	6,31	3,16	14,32	26,60	16,54	3,40	4,67	2,46	21,04	14,15
LSD	3,32	1,58	2,15	3,48	3,17	3,87	2,98	2,46	2,32	2,80
Ecstasy	9,29	4,39	4,95	9,26	6,51	9,25	6,61	2,21	13,67	8,39
Mephedron	0,00	0,00	0,47	0,13	0,00	0,87	0,13	0,00	0,30	0,31
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	4,65	13,18	6,58	22,39	5,63	9,01	7,52	3,69	32,64	15,48
sonstige Suchtgifte ^a	4,98	4,04	7,39	6,17	5,10	5,69	7,65	3,20	5,75	6,00
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	2,99	1,76	1,80	1,05	1,41	1,42	2,07	1,97	1,26	1,55
psychotrope Substanzen	1,00	4,22	1,22	2,96	3,17	1,03	5,06	3,44	0,96	2,15
Medikamente, die psycho- trope Stoffe enthalten	7,97	8,79	2,74	7,22	5,10	4,51	8,04	4,43	12,56	7,10
Drogenausgangsstoffe	0,00	0,00	0,23	0,13	0,00	0,32	0,00	0,00	0,00	0,11

Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Daher unterscheidet sich die Gesamtanzahl von der Summe der Anzeigen.

^aHier sind auch psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze inkludiert.

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

187

Die Darstellung der Anzeigen pro 100.000 Einwohner:innen stellt keinen Indikator für die Suchtmittelkriminalität im Allgemeinen dar, hier spiegeln sich die Ressourcenmöglichkeiten pro Bundesland wider wie z. B. bei verstärkten Einsätzen am Flughafen Wien-Schwechat.

Tabelle A7.10:

Anzahl der Sicherstellungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich 2013–2022

Suchtgift/Suchtmittel	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Cannabis (-kraut, -harz, -konzentrat)	10.139	11.914	13.879	16.697	18.896	17.154	16.263	13.535	12.100	13.664
Cannabispflanzen	—	—	—	508	534	565	516	564	552	441
Heroin	346	428	605	677	967	1.115	1.267	1.309	1.096	1.061
Kokain	992	1.078	1.190	1.315	1.571	1.810	2.089	2.000	1.664	1.986
Amphetamin	496	613	784	828	1.099	1.215	1.322	1.163	1.068	904
Methamphetamin	363	317	304	334	389	544	990	655	535	550
LSD	39	61	69	90	131	180	278	283	255	133
Ecstasy	119	212	357	455	818	851	939	597	364	388
Mephedron	54	11	12	8	6	10	15	15	20	20
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	1.129	742	704	655	769	676	1.057	946	750	701
sonstige Suchtgifte*	88	120	127	176	168	167	315	417	344	324
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	—	—	53	90	103	68	155	233	146	107
psychotrope Substanzen	30	26	18	21	33	47	62	56	85	88
psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente	495	417	242	251	349	325	442	377	431	427
Drogenausgangsstoffe	9	16	9	5	-	10	1	16	14	7

— Daten nicht verfügbar

* Hier sind auch psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze inkludiert.

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.11:

Sicherstellungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach Menge 2013–2022

Suchtgift/Suchtmittel	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Cannabis (-kraut, -harz, -konzentrat; kg)	1.757,8	1.708,5	1.138,8	1.082,7	1.659,2	1.499,63	1.367,87	2.056,78	2.113,35	1.758,09
Cannabispflanzen (Stk.)	—	—	—	24.166	31.102	24.571	26.568	17.881	41.230	22.224
Heroin (kg)	80,2	56,2	69,5	68,9	70	76,4	94,64	104,27	71,53	102,43
Kokain (kg)	24,7	31,0	119,6	86,4	71,4	74,99	87,12	62,99	80,53	119,19
Amphetamin (kg)	21,4	15,9	66,6	87,6	50,3	76,77	122,21	36,84	83,43	29,26
Methamphetamin (kg)	7,6	4,7	2,9	4,8	5,0	8,0	30,2	9,24	10,48	9,73
LSD (Trips)	618	778	1.848	1.865	1.374	3.564	3.440	7.066	6.546	2.494
Ecstasy (Stk.)	5.768	5.001	10.148	29.485	446.465 ¹⁾	83.037	77.922	89.148	53.121	20.982
Mephedron (kg)	4,0	1,0	0,2	0,02	0,02	0,06	0,48	0,15	22,43	0,24
suchtgifthaltige Medikamente (Stk.) inkl. Substitutionsmitteln	8.196	19.041,5	7.343	4.820	52.574 ²⁾	59.754	45.115	7.649	15.063	10.720
sonstige Suchtgifte (kg)*	2,2	2,1	3,6	4,8	2,1	6,8	38,74	16,52	68,62	12,56
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	—	—	—	—	1,5	1,1	36,77	7,41	4,1	3,04
psychotrope Substanzen (kg)	0,6	0,5	15,4	0,18	1	29,2	0,8	0,27	1,08	0,67
Medikamente, die psycho- trope Stoffe enthalten (Stk.)	8.423	163.287,5	3.697	4.325	8.077	24.221	27.221	68.594	16.117	20.810
Drogenausgangsstoffe**: fest (kg)	149,7	135,1	2.223,2	—	—	1	—	0,0004	0,36	0,25
Drogenausgangsstoffe**: flüssig (l)	—	—	—	6,65	—	11	1	15,48	22,75	8,85

— Daten nicht verfügbar

* Hier sind auch psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze inkludiert.

** Drogenausgangsstoffe wurden bis inklusive 2015 in Kilogramm, ab 2016 in Litern und werden seit 2018 je nach Substanz in Litern und Kilogramm angegeben.

1) Es gab eine Großsicherstellung von rund 400.000 Stück (Lichtenegger, p. M.).

2) Es gab eine Großsicherstellung im Rahmen des *JIFTdrugs/ƒ.air*-Projekts (Lichtenegger, p. M.).

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.12:

Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten in Österreich nach Menge und Anzahl
2018–2022

Wirkstoff	Sicher- stellungen 2018	Menge (Stück) 2018	Sicher- stellungen 2019	Menge (Stück) 2019	Sicher- stellungen 2020	Menge (Stück) 2020	Sicher- stellungen 2021	Menge (Stück) 2021	Sicher- stellungen 2022	Menge (Stück) 2022
Codein	12	95	2	19	12	189	11	129	15	797
Buprenorphin	46	334	30	172	39	192	93	2.382	87	619
Levomethadon	6	2.953	0	0	0	0	4	18	9	20
Methadon	14	114	19	1.554	12	104	23	578	27	138
Morphin retard	462	2.401	802	4.614	667	4.480	486	5.810	432	5.393
Gesamt	570	5.897	853	6.359	730	4.965	617	8.917	570	6957

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Haft

Inhalt

8	Haft.....	239
8.1	Zusammenfassung.....	239
8.2	Aktuelle Situation.....	240
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und der Gefängnispopulation	240
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme	244
8.2.3	Interventionen im Kontext Drogen und Gesundheit während der Haft	244
8.2.4	Qualitätssicherung für Interventionen im Kontext Drogen und Gesundheit während der Haft	249
8.3	Trends.....	252
8.4	Neue Entwicklungen.....	252
8.5	Quellen und Methodik.....	254
8.6	Bibliografie	255
8.7	Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen	258
8.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	258
8.9	Anhang.....	259

8 Haft

8.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Der Straf- und Maßnahmenvollzug in Österreich unterliegt der Zuständigkeit des Bundes und obliegt der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen (Sektion II) im Bundesministerium für Justiz (BMJ). 28 Justizanstalten mit 15 Außenstellen bieten eine Belagskapazität von 8.473 Haftplätzen (Stand 1. April 2023).

Zum Ausmaß des Substanzkonsums während der Haft stehen keine Informationen aus Erhebungen zur Verfügung. Für die allgemeine Gesundheitsversorgung in Justizanstalten gilt das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip, nach dem dieselbe medizinische Behandlung, die in Freiheit gängig und üblich ist, auch in Haft ermöglicht werden muss. Der Qualitätssicherung dienen u. a. unterschiedliche Erlässe wie z. B. die Opioid-Substitutionsrichtlinien, welche die Basis für die Substitutionsbehandlung während der Haft darstellen. Zuständig für die Versorgung sind Anstaltsärztinnen und -ärzte wie auch externe Anbieter:innen und Pflegekräfte. Mit 1. Oktober 2022 befanden sich rund zehn Prozent der Insassinnen/Insassen (862¹⁸⁸) in Opioidsubstitutionsbehandlung. Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen in Justizanstalten erfolgt über das BMJ, da Personen in Haft nicht durch das allgemeine Sozialversicherungssystem versichert sind.

Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* des Gesundheitsressorts weist in Bezug auf die Basisversorgung intravenös drogenkonsumierender Personen in Haft u. a. auf die Notwendigkeit einer Versorgung mit sterilem Spritzenmaterial hin. Nadel- und Spritzenaustauschprogramme im österreichischen Strafvollzug stehen allerdings derzeit nicht zur Verfügung. Routinemäßige Impfungen gegen Hepatitis B (HBV) für alle seronegativen Insassinnen und Insassen werden nicht durchgeführt.

Vor einer Haftentlassung werden in den Justizanstalten aktuell keine Maßnahmen zur Überlebenshilfe wie etwa entsprechende Naloxonprogramme oder Trainings zur Prävention von Überdosierungen nach der Entlassung angeboten. Weder ist eine Mitgabe von Naloxon in die Zelle möglich, noch ist eine solche bei der Haftentlassung vorgesehen.

188

Die hier angegebene Zahl weicht von der Zahl in Kapitel 5 ab, da sich die Zahl in Kapitel 5 auf das gesamte Jahr bezieht. Der hier angegebenen Zahl liegt eine Stichtagserhebung zugrunde.

Neue Entwicklungen

In den Jahren 2021/2022 wurden die Abteilungen für Entwöhnungsbehandlungen in den Justizanstalten Innsbruck, Klagenfurt, Stein und Wien-Simmering auf- bzw. ausgebaut. Aufgrund der Re- bzw. Umorganisation der Justizanstalt Wien-Favoriten in den Jahren 2020/2021 waren insbesondere im Wiener Raum – auch in Hinblick auf eine gezielte Entlassungsvorbereitung – vermehrt Plätze für entwöhnungsbedürftige Strafgefangene sowie Untergebrachte gemäß § 22 StGB notwendig geworden. Daher ist die Justizanstalt Wien-Simmering seit 1. Mai 2022 auch für den Maßnahmenvollzug gem. § 22 StGB zuständig. In der Justizanstalt Stein wurde ebenso die Abteilung für Insassen gem. § 22 StGB und § 68a StVG ausgebaut und neuorganisiert, um damit auch Strafgefangene mit langen Freiheitsstrafen suchtmittelmedizinisch und suchtttherapeutisch betreuen und behandeln zu können. Suchtkranken Frauen steht in der Justizanstalt Schwarzau eine Maßnahmenabteilung gem. § 22 StGB und § 68a StVG zur Verfügung.

Der *Verein Dialog* hat im Berichtsjahr mit dem *dialog: mobil* (DIM) ein neues telemedizinisches Angebot für österreichische Justizanstalten geschaffen. Um die Anzahl der Ausführungen in umliegende Krankenhäuser zu reduzieren und dennoch eine professionelle medizinische Begutachtung und Behandlung sicherzustellen, werden seit Juli 2022 Allgemeinmediziner:innen zum Zwecke der Erbringung fachspezifischer Dienstleistungen der telemedizinischen Versorgung eingesetzt. Das Projekt wurde in enger Kooperation mit dem Bundesministerium für Justiz und der SAVD Videodolmetschen GmbH erarbeitet und umgesetzt. Seit dem Start im Juli 2022 fanden bis Ende Februar 2023 im Rahmen von 98 Diensten 284 Termine statt, das Angebot wurde bisher von 18 Justizanstalten genutzt (Verein Dialog 2023).

In der Justizanstalt Innsbruck wurden im Rahmen eines Projekts der *AIDS-Hilfe Tirol* die Angebote der *AIDS-Hilfe* vorgestellt und enttabuisierende Informationen, Aufklärung sowie praktische Hinweise zur Prävention vermittelt. Ein Mitarbeiter der *AIDS-Hilfe Tirol* wurde bei der Vermittlung von Risikobewusstsein und Risikominimierung in Bezug auf sexuelle Situationen, Drogenkonsum und Tätowierungen auch von einem professionellen Tätowierer unterstützt (AIDS-Hilfe Tirol 2023).

8.2 Aktuelle Situation

8.2.1 Organisation der Gefängnisse und der Gefängnispopulation

Überblick über die Gefängnisorganisation in Österreich

Der Straf- und Maßnahmenvollzug in Österreich fällt in die Zuständigkeit des Bundes. Der im Bundesministerium für Justiz (BMJ) angesiedelten Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen (Sektion II) als oberster Vollzugs- und Dienstbehörde obliegt die strategische und operative Planung und Steuerung sowie die oberste Leitung des Straf- und Maßnahmenvollzugs. In dieser Sektion ist – neben drei weiteren Abteilungen – die Abteilung II 3

(Abteilung für Vollzug und Betreuung) angesiedelt, die auch den Chefärztlichen Dienst, den Chefzahnärztlichen Dienst sowie eine *Kompetenzstelle Maßnahmenvollzug und Extremismusprävention* beinhaltet. Die Umwandlung der bisherigen Kompetenzstelle Maßnahmenvollzug gemäß § 21 StGB in die *Kompetenzstelle Maßnahmenvollzug und Extremismusprävention* erfolgte im Zuge der Umsetzung des Terror-Bekämpfungsgesetzes zum 1. Jänner 2022.

Für Jugendliche oder junge Erwachsene im Vollzug ist zudem gemäß § 49 Abs. 1 JGG die bundesweit tätige Jugendgerichtshilfe zuständig, die als nachgeordnete Dienststelle der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen im BMJ verankert ist.

Das österreichische Vollzugswesen stützt sich auf 28 Justizanstalten (davon eine ausschließlich für Frauen und eine ausschließlich für Jugendliche) mit 15 Außenstellen und der Jugendgerichtshilfe. Die österreichischen Justizanstalten (JA) bieten Platz für 8.473 Personen. Der Insassenstand betrug mit 1. April 2023 insgesamt 9.135 Personen, wobei 8.217 Personen in Justizanstalten untergebracht waren. Diese Gruppe setzt sich aus Untersuchungshäftlingen, Strafgefangenen und Personen, die in einer vorbeugenden Maßnahme untergebracht sind (Untergebrachte), zusammen (vgl. auch Tabelle A8.1 im Anhang). Die restlichen 918 Insassinnen/Insassen sind in speziellen Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser oder anderen Abteilungen in Krankenanstalten untergebracht bzw. befinden sich in elektronisch überwachtem Hausarrest¹⁸⁹. Aufgrund von Sanierungsarbeiten und kurzfristigen Belagsreduktionen sind die Belagskapazitäten in den Justizanstalten oft Schwankungen unterworfen.

Die nachfolgende Tabelle 8.1 listet die Justizanstalten auf und gibt Auskunft über deren Charakteristika. Abteilungen der JA Stein, JA Innsbruck, JA Klagenfurt und JA Wien-Simmering sind speziell auf die Suchtbehandlung von Insassen und die JA Schwarzau auf die Suchtbehandlung von Insassinnen ausgelegt (Maßnahmenabteilungen gemäß § 22 StGB). Die JA Wien-Favoriten, die zuvor auf die Suchtbehandlung von Insassen ausgelegt gewesen war, wurde in den Jahren 2020/2021 umstrukturiert und ist seitdem für den Maßnahmenvollzug gemäß § 21 Abs. 1 StGB zuständig (Weihen, p. M.; BMJ 2022b).

189

<https://www.justiz.gv.at/web2013/home/strafvollzug/statistik/verteilung-des-insassenstandes~2c94848542ec49810144457e2e6f3de9.de.html> (Zugriff am 10. 7. 2023)

Tabelle 8.1:
Justizanstalten in Österreich, Stand 1. April 2023

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt Eisenstadt (B)	175	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Klagenfurt (K) Außenstelle Rottenstein	363	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, gelockerter Vollzug und Freigängerhaus Abteilung für die Entwöhnungsbehandlung gem. § 68a StVG und Maßnahmenvollzug gem. § 22 StGB
Justizanstalt für Jugendliche Gerasdorf (NÖ) Außenstelle Wien-Josefstadt Außenstelle Wiener Neustadt	91	männliche Jugendliche und junge Erwachsene Sonderanstalt i. S. des Jugendgerichtsgesetzes
Justizanstalt Göllersdorf (NÖ)	161	Männer Untergebrachte gem. § 21 Abs. 1 StGB (zurechnungsunfähige Rechtsbrecher mit psychischen Störungen) sowie Wohngruppenvoll- zug für männliche Strafgefangene
Justizanstalt Hirtenberg (NÖ) Außenstelle Münchendorf	497	Männer Freiheitsstrafen über 18 Monate bis max. 6 Jahre, gelockerter Vollzug gem. § 126 StVG
Justizanstalt Korneuburg (NÖ)	224	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Krems (NÖ)	161	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Schwarza (NÖ) Außenstelle Wien-Josefstadt	196	Frauen, weibliche Jugendliche entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecherinnen (Unterbringung gem. § 22 StGB) und Entwöhnungsbehandlung weibl. Strafgefangener (§ 68a StVG), Strafhaft von 18 Monaten bis lebenslänglich, Kindergarten für bis zu 23 Kinder
Justizanstalt Sonnberg (NÖ)	350	Männer Freiheitsstrafen von 18 Monaten bis zu 10 Jahren, gelockerter Voll- zug
Justizanstalt St. Pölten (NÖ)	229	Männer, männliche Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate
Justizanstalt Stein (NÖ) Außenstelle Mautern Außenstelle Oberfucha gelockerter Vollzug Krems/Donau	839	Männer Untergebrachte gem. § 21 Abs. 2 und § 22 StGB (zurechnungsfähige Rechtsbrecher mit psychischen Störungen und entwöhnungsbedürf- tige Rechtsbrecher), Freiheitsstrafen von 18 Monaten bis lebenslang, Hochsicherheitsgef- ängnis und gelockerter Vollzug
Justizanstalt Wiener Neustadt (NÖ)	203	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Freigängerabteilung; Wohngruppenvollzug
Justizanstalt Asten (OÖ)	235	Männer, Frauen weibliche Untergebrachte gem. § 21 Abs. 1 und Abs. 2 StGB und männliche Untergebrachte gem. § 21 Abs. 1, Wohngruppen mit sozialtherapeutischem Schwerpunkt
Justizanstalt Garsten (OÖ)	203*	Männer Strafgefangene, Untergebrachte gem. § 21 Abs. 2 StGB (zurechnungsfähige Rechtsbrecher mit psychischen Störungen) und Untersuchungshäftlinge, Hochsicherheitsgefängnis; derzeit Um- strukturierung in Maßnahmenvollzug gem. § 21 StGB
Justizanstalt Linz (OÖ)	206	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt Ried im Innkreis (OÖ)	140	Männer, Frauen, Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, Freigängerhaus
Justizanstalt Suben (OÖ)	278	Männer Strafgefängene, Strafzeit ab 18 Monaten, Freigängerhaus
Justizanstalt Wels (OÖ)	156	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Salzburg (S)	227*	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Untergebrachte gem. § 21 Abs. 2 StGB in Christian-Doppler-Klinik
Justizanstalt Graz-Jakomini (St) Außenstelle Paulustorgasse	538	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate, Freigängerhaus
Justizanstalt Graz-Karlau (St) Außenstelle Maria Lankowitz	452*	Männer Untergebrachte gem. § 21 Abs. 2 StGB, Freiheitsstrafen über 18 Monate bis lebenslang, sehr hoher Sicherheitsstandard, gelockerter Vollzug; derzeit Ausweitung des Maßnahmenvollzugs gem. § 21 StGB
Justizanstalt Leoben (St)	180	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Innsbruck (T)	476	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft, Abteilung für die Entwöhnungsbehandlung gem. § 68a StVG und Maßnahmenvollzug gem. § 22 StGB
Justizanstalt Feldkirch (V)	121	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate (Jugendliche bis zu 6 Monate), gelockerter Vollzug
Justizanstalt Wien-Favoriten (W)	69	Männer Maßnahmenvollzug gem. § 21 Abs. 1 StGB
Justizanstalt Wien-Josefstadt (W) Außenstelle Wilhelmshöhe Außenstelle Krems Außenstelle Göllersdorf	1.054	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, hoher Anteil an Untersuchungshäftlingen, Sonderkrankenanstalt
Justizanstalt Wien-Mittersteig (W) Außenstelle Floridsdorf Außenstelle Begutachtungs- und Clearingstelle	91	Männer Sonderanstalt für Maßnahmenvollzug an zurechnungsfähigen Rechtsbrechern mit psychischen Störungen (gem. § 21 Abs. 2 StGB)
Justizanstalt Wien-Simmering (W)	461	Männer Strafhaft von 3 Monaten bis etwa 5 Jahre, Schwerpunkt: soziale, familiäre, berufliche Rehabilitation; Abteilung für die Entwöhnungsbehandlung gem. § 68a StVG und Maßnahmenvollzug gem. § 22 StGB

*reduzierter Belag aufgrund von Sanierungs- bzw. Umstrukturierungsarbeiten

Quelle: BMJ 2020 und Weihen p. M.; Darstellung: GÖG

Die nachfolgende Tabelle 8.2 gibt einen Überblick über den Insassenstand¹⁹⁰ der österreichischen Justizanstalten (siehe auch Tabelle A8.1). Dabei wird deutlich, dass der Anteil der männlichen Häftlinge an der Gesamtanzahl der Inhaftierten über 90 Prozent beträgt. Der Anteil der Personen in Untersuchungshaft liegt bei etwa einem Fünftel.

Tabelle 8.2:

Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen für die Jahre 2016 bis 2023 zum Stichtag 1. April

Insassen	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
männlich	8.344	8.493	8.504	8.887	8.474	7.996	8.043	8.509
weiblich	523	513	537	603	581	540	556	626
Gesamt	8.867	9.006	9.041	9.490	9.055	8.536	8.599	9.135
davon Jugendliche	133	145	155	121	118	93	121	99
davon Personen in Untersuchungshaft*	1.729	1.880	1.863	1.929	1.615	1.519	1.655	1.733

*Untersuchungshaft findet (mit Ausnahmen) in gerichtlichen Gefangenenhäusern am Sitz der Gerichtshöfe erster Instanz statt (Hofinger, Pilgram o. J.).

Quelle: Weihen p. M.; Darstellung: GÖG

8.2.2 Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme

Aktuelle Studien oder andere Informationen zur Prävalenz des Drogenkonsums in Haft und vor Haftantritt liegen nicht vor (ältere verfügbare Daten siehe GÖG/ÖBIG 2011, ÖBIG 2001, Weigl et al. 2017 und Stummvoll et al. 2018).

8.2.3 Interventionen im Kontext Drogen und Gesundheit während der Haft

Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* (vgl. Kapitel 1) weist darauf hin, dass die Basisversorgung von Personen in Haft neben der Gesundheitsvorsorge und der Suchtbehandlung auch Schadensminimierung (insbesondere die Versorgung i. v. konsumierender Inhaftierter mit sterilem Spritzenmaterial und Kondomen samt Gleitmittel) beinhalten sollte (BMG 2015). Allerdings stellt die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* nur einen Rahmenplan und keine konkrete Umsetzungsstrategie dar.

190

Der Insassenstand umfasst alle in den Justizanstalten verwalteten Inhaftierten, d. h. auch jene, die in einer Krankenanstalt oder im elektronisch überwachten Hausarrest (Fußfessel) inhaftiert oder angehalten sind.

Vonseiten des Justizministeriums liegt eine Leitlinie vor, welche die Beratung, Betreuung und Behandlung suchtkranker Menschen in der österreichischen Untersuchungshaft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug standardisiert (BMJ 2015). Gemäß dieser Leitlinie wird die Behandlung drogenabhängiger Insassinnen/Insassen im österreichischen Strafvollzug auch während der Haft durchgeführt, und zwar in Form von

- » Substitutionsbehandlungen im Sinne von Entzugstherapie, Einstellungstherapie, Überbrückungstherapie, Dauertherapie oder Reduktionstherapie,
- » drogentherapeutischer Beratung, Betreuung und Behandlung,
- » medizinisch begleitetem Entzug,
- » drogenfreien Zonen/Abteilungen (DFZ),
- » Abteilungen gemäß § 22 StGB bzw. § 68a StVG sowie der
- » Möglichkeit eines Antrags gemäß § 39 SMG.

Aus dem Äquivalenzprinzip resultiert der Anspruch der Insassinnen/Insassen innerhalb des gesamten Strafvollzugs auf eine adäquate Beratung, Betreuung und Behandlung, die auch außerhalb des Vollzugs als „State of the Art“ gelten (BMJ 2022a).

Die allgemeine Gesundheitsversorgung in Haftanstalten ist für Österreich im Strafvollzugsgesetz (BGBl. 1969/144, StVG), in verschiedenen Erlässen und durch die Europäischen Strafvollzugsgrundsätze (Europäische Strafvollzugsgrundsätze EPR 2006) geregelt. Das BMJ ist für die Gesundheitsversorgung in Haftanstalten zuständig. Finanziert wird die allgemeine Gesundheitsversorgung im Gefängnis aus Mitteln der öffentlichen Hand über das BMJ, die inhaftierten Personen sind somit nicht über die allgemeine Sozialversicherung krankenversichert (vgl. auch Kapitel 2; BMJ 2022a). Damit besteht für Personen in Haft auch kein Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen (Schmiedbauer 2015). Die Vergütungstarife für Ärztinnen und Ärzte, die in Haftanstalten regelmäßig Sprechstunden halten, werden zwischen der Sozialversicherung und dem BMJ vereinbart. In allen anderen Fällen, beispielsweise bei Behandlungen in Fondskrankenanstalten, werden dem BMJ Pauschalen verrechnet, die den Gebühren für Privatpatientinnen/-patienten entsprechen (Bachner et al. 2018; Schmiedbauer 2015).

Zur Sicherstellung der notwendigen Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure des Gesundheits- und Sozialbereichs bestehen Kooperationsmodelle zwischen Gefängnisverwaltungen und relevanten Institutionen bzw. Anbieterinnen/Anbietern hauptsächlich auf regionaler Ebene. Die Vernetzung erfolgt darüber hinaus über die Ämter der Landesregierungen der einzelnen Bundesländer und über die Bezirkshauptmannschaften. Die Gesundheitsversorgung suchtkranker Insassinnen und Insassen in den Justizanstalten wird von Gesundheitsdiensten und therapeutischen Angeboten geleistet, für beide sind teilweise externe Anbieter:innen tätig (vgl. GÖG/ÖBIG 2011; Stummvoll et al. 2017). Zudem werden von externen Suchthilfeeinrichtungen im Zuge der Vorbereitung auf die Haftentlassung spezifische Beratungsangebote offeriert, die darauf abzielen, die Anbindung an die Suchthilfe bzw. an eine weiterführende medizinische Behandlung nach der Entlassung zu optimieren. Beispielsweise betreuen der Verein *Grüner Kreis* und der Verein *p.a.s.s.* suchtkranke Insassinnen und Insassen in zahlreichen Justizanstalten. In den Justizanstalten bestehen unterschiedlichste Behandlungsangebote, wobei Erhaltungstherapie, Entzugstherapie, Unter-

stützung bei der Realisierung des Wunsches nach Abstinenz sowie Prophylaxe, Diagnose und Behandlung von HIV, Hepatitis C und anderen Infektionskrankheiten angeboten werden (siehe dazu auch GÖG/ÖBIG 2011).

Der Maßnahmenvollzug gemäß § 22 StGB / § 68a StVG wird in den Justizanstalten Schwarzau, Stein, Innsbruck und Klagenfurt sowie seit 1. Mai 2022 auch in der JA Wien-Simmering vollzogen. Opioidsubstitutionstherapie (OST) sowie (psycho)therapeutische Betreuungs- und Behandlungsangebote werden in allen Justizanstalten angeboten.

Prophylaxe und Behandlung drogenbezogener Infektionskrankheiten

Bei Antritt der Haft werden den Insassinnen und Insassen Take-Care-Pakete ausgegeben, die u. a. Kondome und Informationsmaterial zu HIV, AIDS und Hepatitis enthalten. Im Sinne der Schadensminimierung sollte in Justizanstalten der frei zugängliche und unbeobachtete Zugang zu Kondomen und Gleitmitteln sichergestellt sein (vgl. BMJ 1998a, 1998b, 1998c). Da dies nicht überall gegeben gewesen war (Weltzien et al. o. J.), wurden 2020 die Leitungen der Justizanstalten durch ein Schreiben des BMJ an die entsprechenden Erlässe zur Schadensminimierung erinnert. Dies geschah 2022 erneut, da in diesem Jahr auch die Übernahme der Herstellung von Take-Care-Paketen durch die Justizanstalt Klagenfurt erfolgte (Weihen p. M.).

In allen 28 Justizanstalten werden nach Angaben des Chefärztlichen Dienstes nach Haftantritt routinemäßig Tests auf die Infektionskrankheiten HIV, HBV, HCV und Tbc durchgeführt. Nach Aufnahme der:des Inhaftierten wird eine elektronische Häftlingsakte im Häftlingsinformationssystem angelegt, in der auch Ergebnisse der Krankenuntersuchung mit Blutbild, Laborchemie und Tbc-Screening ergänzt werden. Bei auffälligen Transaminasen (spezifischen Leberwerten) erfolgt eine Biomarkertestung auf HBV- bzw. HCV-Infektion. Bei positiven Ergebnissen kommt es zu weiterführenden spezifischen Untersuchungen bzw. zu einer Behandlung. Bei negativen Biomarkern erfolgt ein erneutes Screening erst wieder bei der Haftentlassung (HBV, HCV). HBV- und HCV-Testungen werden zudem bei auffälligen klinischen Kriterien oder riskantem Verhalten während des Haftaufenthalts gemacht (Schmid et al. 2017). Den Haftinsassinnen und -insassen wird zudem die antiretrovirale Therapie (ARV-Therapie bei HIV) bzw. die DAA-Behandlung¹⁹¹ (bei HCV) angeboten. Ergebnisse von Routinescreenings liegen nicht vor.

Spritzentauschprogramme, systematische Impfungen gegen Hepatitis A und B für alle seronegativen Insassinnen/Insassen oder vorbeugende Maßnahmen im Zusammenhang mit der Übertragung von Krankheiten durch Tätowieren oder Piercing stehen im österreichischen Strafvollzug nicht zur Verfügung. Haftinsassinnen und -insassen mit einem positiven HCV-Status werden vor Beginn der DAA-Behandlung bzw. bei auffällig riskantem Verhalten gegen Hepatitis A/B geimpft.

191

direct acting antivirals / direkt antiviral wirkende Medikamente

Allgemeinmedizinische, psychosoziale und psychiatrische Versorgung

Um den Gesundheitszustand der Häftlinge einschätzen und gegebenenfalls Behandlungsmaßnahmen setzen zu können, findet nach Angaben des Chefärztlichen Dienstes in jedem Fall kurz nach Haftantritt eine medizinische Zugangsuntersuchung statt. Den Leitlinien (BMJ 2015) folgend, werden bei dieser Untersuchung auch suchtspezifisch-diagnostisch relevante Daten (Suchtscreening I) durch das ärztliche Personal erhoben. Welche Daten dabei bezüglich der Dauer eines Drogenmissbrauchs erfragt werden, ist in allen Justizanstalten entsprechend einer Checkliste standardisiert. Für jede suchtkranke Insassin und jeden suchtkranken Insassen ist ein Vollzugsplan zu erstellen, der auch die individuellen Behandlungspläne enthält. Vollzugliche bzw. sicherheitsrelevante Kontrollmaßnahmen („Drogentests“) obliegen der Anstaltsleitung und sind klar von medizinisch bzw. therapeutisch angeordneten Verlaufskontrollen (Harn-, Blut- oder Speicheltests) zu unterscheiden, die auf Anordnung des entsprechenden Fachpersonals durchgeführt werden.

Im Gegensatz zu vollzuglich angeordneten Suchtmittelkontrollen fallen die Ergebnisse ärztlich angeordneter Suchtmitteltests unter die ärztliche Verschwiegenheitspflicht und werden daher nicht im Rahmen der integrierten Vollzugsverwaltung dokumentiert. Das Haftende ist entsprechend strukturiert vorzubereiten, Substitutionsdosen bzw. valide Rezepte sind mitzugeben. Zusätzlich soll im Zuge der Entlassungsvorbereitung mit Zustimmung der Insassin / des Insassen eine Suchthilfeeinrichtung und die zuständige Ärztin / der zuständige Arzt hinsichtlich suchtspezifischer Versorgung verständigt werden (siehe dazu auch Abschnitt 8.4).

Nach Angaben des Chefärztlichen Dienstes wird davon ausgegangen, dass etwa 16 Prozent der Insassinnen/Insassen irgendeine Form der Drogenbehandlung absolvieren (Winterleitner p. M.). Genaue Zahlen liegen aber nur für die Substitutionsbehandlung vor.

Zuletzt wurde seitens der Volksanwaltschaft der Mangel an Fach- und Gesundheitspersonal für medizinische und pflegerische Versorgung in Justizanstalten kritisiert¹⁹². Es ist zudem üblich, dass Strafvollzugsbeamtinnen und -beamten in gesundheitsbezogene Aufgaben eingebunden werden. Dies wurde zuletzt vom Anti-Folter-Komitee des Europarats kritisiert, wird aber vom BMJ mit dem Gefährdungspotenzial für medizinisches Personal erklärt. Die Vollzugsbeamtinnen und -beamten erhalten entsprechende Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen, etwa im Bereich Erste Hilfe und medizinische Unterstützung (Council of Europe 2023a; Council of Europe 2023b). Trotz einiger Fortschritte wie etwa dem Verfügbarmachen von Dolmetschleistungen für medizinische Behandlungen ortet der Europarat Handlungsbedarf hinsichtlich der Bereitstellung gesundheitsbezogener Leistungen für Personen in Haft (Council of Europe 2023a).

192

https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2023/pk0632 (Zugriff am 25. 7. 2023)

Weiterversorgung und Kooperationen

Die Leitlinie für die *Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in der österreichischen Untersuchungshaft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug* (BMJ 2015) regelt zudem die bereits erwähnte Kooperation zwischen externen Suchthilfeeinrichtungen und dem psychosozialen Dienst einer Justizanstalt zur spezifischen Behandlung und Betreuung suchtkranker Insassinnen/Insassen. In der Regel haben alle Justizanstalten Kooperationen mit regionalen externen Suchthilfeeinrichtungen. Beispielsweise gibt es in der Steiermark derartige Kooperationen zwischen dem *Verein b.a.s.*, den Justizanstalten Graz-Karlau und Graz-Jakomini und der Drogenberatung des Landes Steiermark (Horvath et al. 2017). Auf verschiedenen Ebenen der sozialarbeiterischen und medizinischen Behandlung ist der *Verein Dialog* seit 1999 für Insassinnen/Insassen der beiden Wiener Polizeianhaltezentren (PAZ), in Justizanstalten und im Rahmen von *dialog: mobil* tätig. Der *Verein Dialog* betreute im Jahr 2022 insgesamt 1.909 Klientinnen/Klienten in PAZ und Justizanstalten und bietet auch frauen- und mänderspezifische Leistungen an (Verein Dialog 2023).

Ein Verbindungsdienst wird auch von der Suchthilfe Salzburg angeboten, der etwa einmal im Quartal bzw. nach Bedarf in der Justizanstalt Salzburg vor Ort ist. Wenn Insassinnen/Insassen wegen eines Suchtproblems den Kontakt zum Verbindungsdienst wünschen, nehmen die Sozialarbeiter:innen der Justizanstalt den Kontakt mit der Drogenberatungsstelle auf. Die Kontaktmöglichkeit besteht auch für die Anwältinnen/Anwälte der Betroffenen oder auch für deren Angehörige. Bei der Aufnahme in die Untersuchungshaft oder Strafhaft werden die Insassinnen/Insassen über das Angebot der Drogenberatungsstelle informiert. Bei den Fällen mit denen die Drogenberatungsstelle in Zusammenhang mit Insassinnen/Insassen der Justizanstalt Salzburg befasst ist, geht es meist um die Durchführung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen bzw. die Erfüllung von Auflagen (Parhammer p. M.).

Überlebenshilfe

Vor der Haftentlassung werden in den Justizanstalten **keine Maßnahmen zur Überlebenshilfe** wie etwa entsprechende Naloxonprogramme oder Trainings zur Prävention von Überdosierungen nach der Entlassung angeboten. Naloxon als Fertigprodukt wurde aber anlässlich einer Fortbildung für alle Mitarbeiter:innen der Krankenabteilungen vorgestellt und fachlich diskutiert, im Zuge dessen wurde auch seine Anwendung für den Notfall geübt. Weder ist jedoch eine Mitgabe von Naloxon in die Zelle möglich, noch ist eine solche bei der Haftentlassung vorgesehen (Winterleitner p. M.).

Substitutionsbehandlung in Haft

Substitutionsbehandlungen können während eines Haftaufenthalts sowohl neu begonnen als auch fortgesetzt werden (BMJ 2015). Zum aktuellsten verfügbaren Stichtag, dem 1. 10. 2022, erhielten insgesamt 862 Personen im Gefängnis eine Substitutionsbehandlung, was etwa rund zehn Prozent der Insassinnen/Insassen entspricht (vgl. Tabelle A8.2). Österreichweit wird prinzipiell in allen Justizanstalten Substitutionsbehandlung durchgeführt. Über zehn Prozent der Insassinnen und

Insassen (in Relation zu den Haftplätzen) sind in folgenden Justizanstalten in Substitutionsbehandlung: Schwarzau (23 %), Hirtenberg (18 %), Stein (15 %), Wien-Josefstadt (14 %), Ried (14 %), Wien-Simmering (13 %), Linz (13 %), Graz-Karlau (13 %), Graz-Jakomini (13 %), Krems (11 %) und Wr. Neustadt (11%) (Weißen p. M.).

Die in den Justizanstalten am häufigsten verwendeten Substitutionsmittel sind Methadon (43 % aller Substitutionsbehandlungen) und L-Polamidon (15 %) (Weißen p. M.; vgl. Tabelle A8.2). Damit wird in den Gefängnissen Methadon wesentlich häufiger eingesetzt als außerhalb der Haftanstalten (vgl. Kapitel 5, Abschnitt 5.2.4). Die zahlenmäßig meisten Methadonverschreibungen erfolgen in der JA Wien-Josefstadt, dem größten Untersuchungsgefängnis Österreichs.

8.2.4 Qualitätssicherung für Interventionen im Kontext Drogen und Gesundheit während der Haft

Die bereits in Abschnitt 8.2.3 angesprochenen Leitlinien bzw. Richtlinien werden zum größten Teil in Form von Erlässen kundgemacht. So werden seit April 2015 Leitlinien für die Beratung, Betreuung und Behandlung suchtkranker Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug umgesetzt, die auf dem aktuellen Stand der Gesetzeslage sowie dem damals letzten Stand der Forschung basieren (BMJ 2015; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2013). Die Leitlinien beinhalten u. a. Checklisten für den medizinischen und den sozialen Dienst (Unterstützung der Professionalität der betroffenen Fachdienste) und stellen einen Schritt zu Einheitlichkeit und Qualitätssicherung dar.

In diesen Leitlinien wird außerdem die Grundhaltung formuliert, Sucht bzw. Abhängigkeit als Krankheit zu respektieren und betroffenen Personen innerhalb wie außerhalb des Strafvollzugs adäquate Beratung, Betreuung und Behandlung zu ermöglichen (Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip¹⁹³). Suchtkranke sollen aufgrund ihrer Erkrankung beispielsweise bezüglich Vollzugslockerungen, Arbeit, Ausbildung und Freizeit nicht diskriminiert werden. An die Stelle des Abstinenzparadigmas soll auch im Strafvollzug das Akzeptanzparadigma treten – nicht zuletzt aufgrund der Möglichkeit der Substitutionsbehandlung. In der weiterführenden Behandlung suchtkranker Personen nach Rückfällen¹⁹⁴, die aus suchtmmedizinischer Sicht Teil des Krankheitsbilds sind, soll nicht strafend, sondern in erster Linie im Sinne der therapeutischen Zweckmäßigkeit reagiert werden. Die in den Leitlinien angeführten Standards wurden zum Großteil bereits im Jahr

193

Das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip fordert, dass dieselbe medizinische Behandlung, die in Freiheit gängig und üblich ist, auch in Haft möglich sein muss.

194

Gemeint ist hier die suchtherapeutische Behandlung im engeren Sinn, unbeschadet allfälliger rechtlich begründeter Reaktionen der Vollzugsbehörden.

2014 als Mindeststandards in der Vollzugsgestaltung für suchtkranke Personen im Straf- und Maßnahmenvollzug gemäß § 22 StGB und § 68a StVG entwickelt¹⁹⁵ (BMJ 2014). Diesen Standards folgend, die auch unterschiedliche Stadien der Haft (Einlieferung/Aufnahme, Haftphase, Entlassungsvorbereitung, Entlassung) behandeln, hat jede Justizanstalt ein multiprofessionelles Behandlungsteam aus ihren Fachdiensten (ärztlicher, psychiatrischer, psychologischer, sozialer und pädagogischer Dienst) zu etablieren/organisieren. Suchtspezifisch-diagnostisch relevante Daten (Suchtscreening I) sind zeitnah zur Aufnahme zu erheben. Zur Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung bei Haftantritt werden bestehende Substitutionsbehandlungen weitergeführt (vgl. auch Abschnitt 8.2.3).

Das **Vollzugshandbuch** (VZH; nicht publiziert) ist ein Erlass, der sich an alle Strafvollzugsbediensteten der Strafvollzugsverwaltung richtet und als umfassendes Handbuch ein Mittel der Wissensvermittlung sein soll und den Arbeitsalltag erleichtern soll. In diesem Sinn ist die Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen bestrebt, sukzessive die derzeitige Erlassevidenz in das bestehende VZH einzuarbeiten und auch neue Erlässe zu den Themenbereichen des VZH direkt in dieses aufzunehmen. Darüber hinaus wurde mit Inkrafttreten des VZH die *Vollzugsordnung* zur Gänze aufgehoben (Weihen p. M.). Für die Aufnahme von Informationen zur **Suchtbehandlung in das Vollzugshandbuch** im März 2023 (Rz 119) wurden die Texte und Beilagen in Sachen Suchtbehandlung im Berichtsjahr umfangreich aufgearbeitet und vorbereitet.

Der Chefärztliche Dienst hat gemeinsam mit der Suchthilfe Wien einen österreichweiten Qualitätssicherungszirkel für in der Justiz diensttätige Ärztinnen/Ärzte etabliert, der zumindest ein- bis zweimal pro Halbjahr abgehalten wird und dessen Ziel Fallbesprechungen, die Vernetzung und sonstige wesentliche Themen sind (Winterleitner p. M.).

Das europäische Projekt EPPIC (Exchanging prevention practices on polydrug use among youth in criminal justice systems)¹⁹⁶ mit einer Laufzeit von Januar 2017 bis Dezember 2019 befasste sich wissenschaftlich und im internationalen Vergleich mit der Zielgruppe straffällige Jugendliche im Alter von 15 bis 24 Jahren mit dem Problem der Substanzabhängigkeit (vgl. Stummvoll et al. 2017). Auf Basis der Studienergebnisse wurde ein Handbuch für Qualitätsstandards bezüglich Interventionen bei Jugendlichen, die Drogenkonsumerfahrungen aufweisen und in Kontakt mit dem Justizsystem sind, erstellt (Graf et al. 2019).

Substitutionsbehandlung in Haft

Für die Substitutionsbehandlung in Justizanstalten gelten aufgrund eines Erlasses des Justizressorts die Substitutionsrichtlinien für Justizanstalten in der geltenden Fassung (BMJ 2005a), in denen

195

Die genannten Paragraphen regeln die Entwöhnungsbehandlung Strafgefangener bzw. deren mögliche Einweisung in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher:innen.

196

<https://www.euro.centre.org/projects/detail/203> (Zugriff am 12. 7. 2023)

in einem eigenen Abschnitt auf die Besonderheiten (Indikation, Kontrolle etc.) der Substitutionsbehandlung während des Strafvollzugs eingegangen wird. Dort wird vorgeschlagen, nur solche Substitutionsmittel zu verwenden, die zumindest eine 24-stündige Wirkung aufweisen und damit nur einmal am Tag verabreicht werden müssen (Methadon, Buprenorphin, Morphin in Retardform). Unter anderem aus Kostengründen wird die Verordnung von Methadon empfohlen. Bei Unverträglichkeit kann die Umstellung auf ein anderes Substitutionsmittel erwogen werden. Bei bereits bestehender Substitutionsbehandlung mit einem anderen Medikament sollte dieses weiter verabreicht werden.

Die im Jahr 2005 und in überarbeiteter Form 2009 herausgegebene Broschüre „Der Weg aus der Sucht“ richtet sich an das Gefängnispersonal und bietet einen Überblick über die Behandlung Drogenabhängiger während und nach der Haft (BMJ 2005b, BMJ 2009). Eine unter der Ägide des Gesundheitsressorts erstellte Leitlinie zur Opioidsubstitutionstherapie nimmt explizit Bezug auf die spezifische Behandlungssituation in Haft (vgl. Kapitel 2; ÖGABS et al. 2017).

Prophylaxe gegen drogenbezogene Infektionskrankheiten und deren Behandlung

Ebenfalls im Rahmen von Erlässen wurden Informationsbroschüren zu den Themen Hepatitis, HIV/AIDS in Haft veröffentlicht (BMJ 2013, BMJ 1998a, BMJ 1998b, BMJ 1998c). Im Berichtszeitraum wurden keine neuen Informationsbroschüren erstellt. Richtlinien für die postexpositionelle Prophylaxe gegen HIV nach beruflicher Exposition wurden im Jahr 1999 herausgebracht (BMJ 1999).

Seit 2016 werden Screeninguntersuchungen auf HIV, HCV, HBV und Tbc bei allen neu in Haft befindlichen Insassinnen/Insassen durchgeführt. Alle Untersuchungshäftlinge, die einer Risikogruppe angehören, werden spezifisch getestet.

Nach Angaben des Chefärztlichen Dienstes wird 2023 neuerlich eine Auswertung der Screeninguntersuchungen auf HIV, HCV, HBV und Tbc gemeinsam mit der AGES durchgeführt. Die flächendeckende Erhebung und Meldung der epidemiologischen Untersuchungsdaten (Surveillance) in puncto HBV und HCV bei Strafgefangenen in österreichischen Strafanstalten erfolgt nach dem Epidemiegesetz und fließt damit in die offiziellen Statistiken der neu diagnostizierten Fälle ein. Die gesonderte Veröffentlichung auf JA-Ebene benötigt die Genehmigung der Ressortleitung, welche noch nicht erwirkt werden konnte (Winterleitner p. M.).

Aus- und Fortbildung

Vonseiten der Strafvollzugsakademie werden 2023 die Seminare „Fortbildungstage der Krankenpflegefach- und Sozialbetreuungsdienste“, „Fachtagung: Medizinische Versorgung in den Justizanstalten“, „Fachtagung der Psychologinnen und Psychologen“, „Fachtagung der Fachdienste“ sowie das Curriculum für Strafvollzugsbedienstete „Beraten, Betreuen und Behandeln von Suchtkranken Teil II und III“ angeboten (Strafvollzugsakademie/Fortbildungszentrum 2022).

Zudem wird 2023 erstmals unter Leitung der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen / Abt. Vollzug und Betreuung ein zweitägiger Workshop

für Bedienstete aller Berufsgruppen, die in den Abteilungen gemäß § 22 StGB / § 68a StVG in den Justizanstalten Klagenfurt, Innsbruck, Stein, Wien-Simmering und Schwarzenau tätig sind, angeboten, welcher zukünftig einmal jährlich stattfinden wird. Ziel der Workshops ist es, eine **fachliche Vernetzung und einen regelmäßigen Austausch** zwischen der Generaldirektion / Abt. II 3 und den Bediensteten aus den Justizanstalten, die für den Maßnahmenvollzug gem. § 22 StGB zuständig sind, zu ermöglichen. Dabei sollen allgemeine Konzepte und Vorgehensweisen in den fünf Justizanstalten sowie die Behandlungserfahrungen und auch neue gesetzliche Bestimmungen (Erlässe etc.) thematisiert werden. Im Berichtsjahr 2022 hielt der ärztliche Leiter der Justizanstalt Mauer bereits einen Fachinput zum Thema Substitution (Weihen p. M.).

Im weiteren Sinne suchtrelevante Weiterbildungen erfolgten im Berichtsjahr auch zu den Themen „Lehrgang Frauenvollzug“, „Lehrgang Jugendvollzug“ sowie Hygiene und zu anderen Schwerpunkten, die im Zuständigkeitsbereich des Chefärztlichen Dienstes liegen (Weihen, p. M.). Zudem erfolgen laut den Angaben im Rahmen der Reaktion auf den Bericht des Europarats regelmäßig medizinische Fortbildungen für Vollzugsbeamtinnen und -beamte, etwa im Bereich Erste Hilfe (Council of Europe, 2023b).

8.3 Trends

In den Justizanstalten wird das Augenmerk vermehrt auf das Thema **Infektionskrankheiten** und hier insbesondere auf die Behandlung von HCV gerichtet (vgl. Abschnitt 8.4).

Nachdem durch die Novelle zur Suchtgiftverordnung die rechtliche Grundlage für die **Erweiterung des Applikationsspektrums von Substitutionsmitteln** um eine subkutane Verabreichungsform geschaffen worden ist, wird im Strafvollzug diese Methode vermehrt angeboten. Im Zeitraum Januar bis Juni 2021 wurden 20 Insassen auf diese Weise versorgt. Die Veröffentlichung der Studie inkl. Empfehlungen war für Ende 2022 geplant (Winterleitner p. M.). Aktuelle Informationen liegen nicht vor.

8.4 Neue Entwicklungen

Anlässlich des Berichts des Europarats bzw. des *Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* (CPT) infolge des Besuch in österreichischen Justizanstalten Ende des Jahres 2021, der im Juni 2023 veröffentlicht worden war (Council of Europe, 2023a), wurden seitens der österreichischen Regierung folgende Punkte festgehalten, die geplante **Reformen und Verbesserungen im Bereich Gesundheit** in Justizanstalten betreffen:

1. Aufstockung des Budgets für Gesundheitsversorgung für 2023
 - a. in den Bereichen allgemeinmedizinische, zahnärztliche, (andere) fachärztliche, psychologische und psychotherapeutische Versorgung und für Gebühren in Fondskrankenanstalten um 38,5 Mio. EUR sowie

- b. für die Justizbetreuungsagentur, über die Gesundheitspersonal in Justizanstalten vermittelt wird um 12,6 Mio. EUR (Council of Europe 2023b). Auf Personalmangel wird jedoch hingewiesen, wodurch möglicherweise nicht alle verfügbaren Stellen besetzt werden können.
2. Neben dem Chefärztlichen Dienst werden eine Koordinationsstelle für Gesundheitsversorgung sowie ein Psychiatrischer Chefärztlicher Dienst eingerichtet.
3. Soweit möglich, werden Datenschutzvorkehrungen verstärkt und u. a. eine Revision des sogenannten „Elferzettels“¹⁹⁷ für routinemäßige medizinische Terminvereinbarungen geplant.

Die Sucht- und Drogenkoordination Wien hat in der Arbeitsgruppe „**Versicherung nach Haft**“ in Zusammenarbeit mit der Generaldirektion für Strafvollzug und Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen im BMJ, dem AMS, der ÖGK (und – in weiterer Folge – mit den jeweiligen Landesregierungen) einen Prozess ausgearbeitet, der gewährleisten soll, dass die Klientel in Substitutionsbehandlung nach Haftentlassung einen möglichst umfassenden und insbesondere nahtlosen Versicherungsschutz erhält. Bisher wurde ein Regelbetrieb in Wien, der Steiermark, Niederösterreich, Kärnten, im Burgenland und teilweise in Oberösterreich und Salzburg umgesetzt (Weihen p. M.).

Im Bereich der **Entwöhnungsbehandlungen** gem. § 22 StGB und § 68a StVG wurden in den Jahren 2021/2022 die Abteilungen für Entwöhnungsbehandlungen in den Justizanstalten Innsbruck, Klagenfurt, Stein und Wien-Simmering auf- bzw. ausgebaut. Aufgrund der Re- bzw. Umorganisation der Justizanstalt Wien-Favoriten in den Jahren 2020/2021 waren insbesondere im Wiener Raum – auch in Hinblick auf eine gezielte Entlassungsvorbereitung – vermehrt Plätze für entwöhnungsbedürftige Strafgefangene sowie Untergebrachte gemäß § 22 StGB notwendig geworden, weshalb die Justizanstalt Wien-Simmering seit 1. Mai 2022 auch für den Maßnahmenvollzug gem. § 22 StGB zuständig ist (Weihen p. M.).

In der Justizanstalt Stein wurde ebenso die Abteilung für Insassen gem. § 22 StGB und § 68a StVG ausgebaut und neuorganisiert, um damit auch Strafgefangene mit langen Freiheitsstrafen suchtmedizinisch und suchttherapeutisch betreuen und behandeln zu können. Suchtkranken Frauen steht in der Justizanstalt Schwarzaau eine Maßnahmenabteilung gem. § 22 StGB und § 68a StVG zur Verfügung (Weihen p. M.).

Aufgrund der Novelle der Suchtgiftverordnung vom 18. Mai 2020 (BGBl. II 2020/215) werden, insbesondere was die Erweiterung des Applikationsspektrums betrifft, derzeit die Leitlinien zur Substitutionsbehandlung in Haft überarbeitet. Nach Angaben des Chefärztlichen Dienstes befinden sich die Leitlinien in der internen Diskussionsphase, die Genehmigung war für Herbst 2022 vorgesehen (Winterleitner p. M.), aktuelle Informationen liegen nicht vor.

197

umgangssprachliche Bezeichnung für ein Formular („Strafvollzugsgesetzformular Nr. 11“ zu § 119 StVG: Ansuchen), das ausgefüllt werden muss, um unterschiedliche Ansuchen in Haft zu beantragen.

Der Wiener *Verein Dialog* hat im Berichtsjahr im Rahmen von *dialog:mobil* (DIM) ein neues **telemedizinisches Angebot für österreichische Justizanstalten** geschaffen. Aufgrund des Mangels an medizinischem Personal innerhalb der Justizanstalten müssen Insassinnen und Insassen mit einem Bedarf an medizinischer Versorgung häufig in umliegende Krankenhäuser gebracht werden, was einen hohen organisatorischen als auch finanziellen Aufwand bedeutet. Um die Anzahl der Ausführungen zu reduzieren und dennoch eine professionelle medizinische Begutachtung und Behandlung sicherzustellen, werden seit Juli 2022 Allgemeinmediziner:innen zum Zwecke der Erbringung von fachspezifischen Dienstleistungen der telemedizinischen Versorgung eingesetzt. Das Projekt wurde in enger Kooperation mit dem Bundesministerium für Justiz und der SAVD Videodolmetschen GmbH erarbeitet und umgesetzt. Seit dem Start im Juli 2022 fanden bis Ende Februar 2023 im Rahmen von 98 Diensten 284 Termine statt, das Angebot wurde bisher von 18 Justizanstalten genutzt (Verein Dialog 2023). Im Rahmen von *dialog:mobil* wird seit 2021 *Psychotherapie in Justizanstalten* angeboten, um Insassinnen/Insassen bereits während der Haftzeit die Möglichkeit der Auseinandersetzung mit ihren jeweiligen Problemlagen, unter besonderer Berücksichtigung ihrer Suchtproblematik, zu gewähren (Verein Dialog 2022).

In der Justizanstalt Innsbruck wurden im Rahmen eines Projekts der *AIDS-Hilfe Tirol* zur Unterstützung für Frauen aus dem Normalvollzug und dem Wohngruppenvollzug die Angebote der *AIDS-Hilfe* vorgestellt und enttabuisierende Informationen, Aufklärung sowie praktische Hinweise zur Prävention vermittelt. Hinsichtlich der Männergruppe wurde im Berichtsjahr ein Mitarbeiter der *AIDS-Hilfe Tirol* bei der Vermittlung von Risikobewusstsein und Risikominimierung in Bezug auf sexuelle Situationen, Drogenkonsum und Tätowierungen auch von einem professionellen Tätowierer unterstützt (AIDS-Hilfe Tirol 2023). Zudem hat die *Suchthilfe Tirol* im Jahr 2022 bei 131 Klientinnen/Klienten innerhalb der Justizanstalt Innsbruck erstmals eine Suchtberatung vor Ort durchgeführt (Suchthilfe Tirol 2023).

8.5 Quellen und Methodik

Quellen

Die Daten im vorliegenden Kapitel beruhen im Wesentlichen auf Datensammlungen des BMJ / Abteilung für Vollzug und Betreuung im Strafvollzug in der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen. Weitere Angaben entstammen wissenschaftlichen Publikationen, Erlässen, nationalen Gesetzeswerken, Publikationen des Justizressorts und den Jahresberichten von Einrichtungen der Drogenhilfe. Zudem wurden die Informationen aus dem Bericht des Council of Europe (2023a), der am 27. Juni 2023 veröffentlicht worden war, sowie die Reaktion darauf seitens der österreichischen Regierung (Council of Europe, 2023b) herangezogen.

Studien

Das Europäische Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung beteiligte sich zusammen mit Forschungseinrichtungen im Vereinigten Königreich, in Dänemark, Italien, Deutschland und Polen am oben erwähnten EU-Projekt EPPIC, das auf einen Informationsaustausch zum Themenbereich

Gesundheit und soziale Ungleichheit von Jugendlichen im Straf- oder Maßnahmenvollzug, die ein erhöhtes Risiko haben, problematische Drogenkonsummuster zu entwickeln, abzielte. In Österreich wurden im Zuge dieses Projekts insgesamt 26 Personen im Alter von 14 bis 25 Jahren interviewt. Auf Basis der Ergebnisse des Gesamtprojekts wurde das „*Handbook on quality standards for interventions aimed at drug experienced young people in contact with criminal justice systems*“ publiziert.

8.6 Bibliografie

AIDS-Hilfe Tirol (2023) . Jahresbericht 2022. Fachstelle HIV und Sexuelle Gesundheit (AHT). Innsbruck

Bachner, F.; Bobek, J.; Habimana, K.; Ladurner, J.; Lepuschütz, L.; Ostermann, H.; Rainer, L.; Schmidt, A. E.; Zuba, M.; Quentin, W.; Winkelmann, J. (2018). Austria: Health system review 2018. *Health Systems in Transition*, 20 (3). WHO Regional Office for Europe. Kopenhagen

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

BMJ (1998a). Maßnahmen zur Verhinderung von HIV-/Hepatitisinfektionen in den österreichischen Justizanstalten. 52201/7 V 1/1998

BMJ (1998b). Maßnahmen zur AIDS-/Hepatitis-C-Prophylaxe – Ergebnis der Untersuchung. 52201/18-v.1/1998

BMJ (1998c). Ausgabe eines Präventionspaketes „Take Care“ betreffend Prävention HIV/AIDS und Hepatitis B/C. 52201/35-V.1/1998

BMJ (1999). Richtlinien und Empfehlungen für die „Postexpositionelle Prophylaxe“ (PEP) nach beruflicher Exposition von HIV. 52201/12.V.1/1999

BMJ (2005a). Richtlinien für die Substitutionsbehandlung in den Justizanstalten. BMJ-E52203/0001-V 1/2005

BMJ (2005b). Der Weg aus der Sucht. Drogenbetreuung während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs. Wien

BMJ (2009). Der Weg aus der Sucht. Die Behandlung Suchtkranker während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs. Wien

BMJ (2013). Informationsbroschüre des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema „Hepatitis, HIV/AIDS in Haft“. BMJ-VD52202/0007-VD 2/2013

- BMJ (2014). Mindeststandards in der Vollzugsgestaltung von suchtkranken Personen im Straf- und Maßnahmenvollzug gemäß § 22 StGB und § 68a StVG. BMJ-41902/0002-VD 2/2014
- BMJ (2015). Leitlinien für die Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug. Standards zur Durchführung. BMJ-VD 52203/0004-VD2/2014. Wien
- BMJ (2020). Strafvollzug in Österreich. Stand 1. Jänner 2020. Bundesministerium für Justiz. Wien
- BMJ (2022a). Sicherheitsbericht 2021. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien
- BMJ (2022b) Abteilungen gemäß § 159 StVG – Maßnahmenvollzug gemäß § 22 StGB und Entwöhnungsbehandlung gemäß § 68a StVG, Runderlass vom 19.10.2022.
- Busch, M.; Anzenberger, J.; Brotherhood, A.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2021): Bericht zur Drogensituation 2021. Gesundheit Österreich. Wien
- Council of Europe (2023a) Report to the Austrian Government on the periodic visit to Austria carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 23 November to 3 December 2021, 27.6.2023, Strasbourg
- Council of Europe (2023b) Response of the Austrian Government to the report of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) on its periodic visit to Austria from 23 November to 3 December 2021, 27.6.2023, Strasbourg
- Europäische Strafvollzugsgrundsätze EPR (2006): Council of Europe, Committee of Ministers: Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules (Adopted by the Committee of Ministers on 11 January 2006 at the 952nd meeting of the Ministers' Deputies)
- GÖG/ÖBIG (2011). Bericht zur Drogensituation 2011. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2013). Bericht zur Drogensituation 2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Graf, N.; Moazen, B.; Stöver H. (2019). Handbook on quality standards for interventions aimed at drug experienced young people in contact with criminal justice systems. Frankfurt am Main

- Hofinger, V.; Pilgram, A. (o. J.). Ausländische Gefangene in österreichischen Justizanstalten und Polizeianhaltezentren. Teilstudie im Rahmen des EU-Projekts Foreign Prisoners in European Penitentiary Institutions. Wien
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Suchtbericht Steiermark 2017. Im Auftrag der Abt. 8 der Steiermärkischen Landesregierung. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Wien
- ÖBIG (2001). Bericht zur Drogensituation 2001. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS); Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM); Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP); Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) (2017). Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. 1. Auflage. Wien
- Schmiedbauer, K. (2015). Die medizinische Betreuung von Insassen in österreichischen Justizanstalten – Gegenwärtige Lage und Verbesserungsvorschläge. Diplomarbeit Universität Wien
- Schmid, D.; Spina, A.; Winterleitner, M. (2017). Evaluierung der epidemiologischen Überwachung der Hepatitis B und Hepatitis C bei Strafgefangenen in österreichischen Strafanstalten, 2017. AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie und Surveillance im Auftrag des BMJ. Präsentation im Rahmen der Veranstaltung Virus-Hepatitis und der Öffentliche Gesundheitsdienst in Österreich am 27. 7. 2017, AGES Wien
- Silbernagl, M., Slamanig, R., Stegemann, M., Sterzer, M., Mayer, L., Fischer, G., Unger, A. (2019). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptom Status in a Mixed Gender Population of Opioid-Maintained Prison Inmates. *European addiction research*, 25(2), 80–92. <https://doi.org/10.1159/000496351>
- Strafvollzugsakademie/Fortbildungszentrum (2022). Jahresprogramm 2022. Bundesministerium für Justiz. Wien
- Stummvoll, G.; Goos, C.; Kahlert, R.; Stamatiou, W. (2017). EPPIC – Exchanging prevention practice on polydrug use among youth in criminal justice systems. WP4. National Report Austria. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Wien
- Stummvoll, G.; Kahlert, R.; Goos, C.; Stamatiou, W. (2018). EPPIC – Exchanging prevention practice on polydrug use among youth in criminal justice systems. WP5 2nd Country Report Austria. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Wien
- Suchthilfe Tirol (2023). Tätigkeitsbericht für das Jahr 2022. Suchthilfe Tirol. Hall in Tirol
- Verein Dialog (2022). Jahresbericht 2021. Verein Dialog. Wien

Verein Dialog (2023). Jahresbericht 2022. Verein Dialog. Wien

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

Weltzien, N.; Moser-Riebniger, A.; Weihen, M. (o. J.). PRIDE Europe – an inventory of infection prevention services in prison. National report – Austria

8.7 Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen

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

StVG BGBl. 1969/144 v. 26. März 1969 über den Vollzug der Freiheitsstrafen und der mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen (Strafvollzugsgesetz – StVG)

8.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institutionen bzw. Funktionen
Parhammer, Monika	Suchtkoordination Land Salzburg
Weihen, Marit	Bundesministerium für Justiz
Winterleitner, Margit	Chefärztlicher Dienst, Bundesministerium für Justiz

8.9 Anhang

Tabelle A8.1:

Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten neben der Strafhaft untergebrachten Personen, Stichtag 1. April 2023

Haftart	männliche Erwachsene	männl. Junge Erwachsene*	männl. Jugendliche**	Männer insgesamt	weibliche Erwachsene	weibl. Junge Erwachsene	weibl. Jugendliche	Frauen insgesamt	Gesamtstand	Gesamtstand Anteil
Strafhaft	5.509	174	48	5.281	308	7	0	315	5.596	61,26 %
Untersuchungshaft	1.481	96	35	1.612	113	7	1	121	1.733	18,97 %
untergebracht	1.280	31	4	1.315	160	1	2	163	1.478	16,18 %
sonstige Haft***	277	17	7	301	24	1	2	27	328	3,59 %
Summe	8.097	318	94	8.509	605	16	5	626	9.135	100,00 %

* Junge Erwachsene sind im justiziellen Kontext Personen, die einer Tat beschuldigt werden, die nach Vollendung des 18., aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres begangen wurde.

** Jugendlich ist, wer das 14., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet hat.

*** umfasst alle Personen mit den Haftarten Anhaltung, Auslieferungshaft, Finanzstrafhaft (inkl. § 173 [4] StPO), Justizgewahrsam, Strafhaft § 173 (4) StPO, § 429 StPO, § 438 StPO, Schubhaft, sonstige Haft, Verwaltungshaft (inkl. § 173 [4] StPO), Übergabehaft, untergebracht i. V. m. § 173 (4) StPO oder Zwangsbeugehaft

Quelle: BMJ; Darstellung: GÖG

Tabelle A8.2:

Anzahl der Substituierten in den Justizanstalten nach Substitutionsmittel zum 1. Oktober 2022

Justizanstalt inkl. Außenstelle(n)	Substituierte gesamt	Methadon	L-Polamidon	Substitol	Mundidol	(Subutex) Bupensan	Suboxone	Compensan	Codidol	andere Mittel
Eisenstadt	9	3				1		5		
Feldkirch	14	8		1		3		2		
Garsten	27	10	3	4		3	2			5
Gerasdorf										
Göllersdorf	8	2	1	1			1	1		2
Graz-Jakomini	51	8	9	8	1	1		17	1	6
Graz-Karlau	54	8	14	10		2	6	10	1	3
Hirtenberg	81	19	8	16		9	18	6		5
Innsbruck	28	16		1				1		10
Klagenfurt	24	8	13			1	1	1		
Korneuburg	21	6	1			1		5	5	3
Krems	16	13	1					1		1
Leoben	10		2	2		3		3		
Linz	30	10	17	1		1		1		
Ried	17	8	4	2			2	1		
Salzburg	20		14			1	1	2	2	
Schwarzau	36	21				5		1		9
Sonnberg	26	9	10				4	1		2
St. Pölten	20	5		1				13		1
Stein	103	33	20					31		19
Suben	23	3	3	1		6	2	7		1
Wels	9	4	2	3						
Wien-Favoriten	4	2		2						
Wien-Josefstadt	146	112	1	17		2	6			8
Wien-Mittersteig	3	2		1			1			
Wien-Simmering	60	44					16			
Wiener Neustadt	21	12	2			3		4		
Gesamtsumme (lt. Meldung der JA)	862	366	125	71	1	42	60	113	9	75
Verteilung in Prozent		42,5	14,5	8,2	0,1	4,9	7,0	13,1	1,0	8,7

Quelle: BMJ; Darstellung: GÖG