



# Kurzfassung

Der „Bericht zur Drogensituation in Österreich“ wird jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums erstellt und befasst sich mit illegalen Drogen. Er bietet einen Überblick über aktuelle Entwicklungen bezüglich politischer und rechtlicher Rahmenbedingungen, die epidemiologische Situation und Maßnahmen der Nachfragereduktion im Berichtszeitraum 2004/05. Ergänzend werden jährlich wechselnde Schwerpunkte behandelt, wobei dieses Jahr die Themen „Geschlechtsspezifische Unterschiede“, „Drogen- vs. Suchtpolitik“ und „Drogengebrauch im Freizeitbereich“ vertiefend dargestellt werden.

## Zusammenfassung und Diskussion der wichtigsten Trends

Das wichtigste drogenpolitische Thema im Berichtszeitraum stellte die Substitutionsbehandlung dar. Bereits im Vorjahr (vgl. ÖBIG 2004a) wurden von einigen Fachleuten Bedenken bezüglich des Einsatzes von retardierten Morphinen in der Substitutionsbehandlung laut. Dies bezog sich vor allem auf Hinweise bezüglich einer hohen Verfügbarkeit von Morphinen am Schwarzmarkt sowie gesundheitlicher Schäden, die durch nicht verschreibungsgemäßen Gebrauch - insbesondere intravenösen Konsum - verursacht würden. In den folgenden Monaten wurde in Fachkreisen sowie teilweise auch auf politischer und medialer Ebene eine kontroverse Diskussion bezüglich Nutzen wie Problemen des Einsatzes von retardierten Morphinen geführt, wobei die positiven Erfahrungen bei regulärer Verwendung ins Treffen geführt wurden.

Seitens des BMGF wurde dies zum Anlass genommen, sich generell mit möglichen Verbesserungen in Bezug auf die rechtlichen Regelungen wie die Durchführungspraxis zur Substitutionsbehandlung zu befassen. Es wurde ein mit Fachleuten besetzter Arbeitskreis zur „Optimierung der Substitutionsbehandlung“ eingesetzt, der eine Reihe von Vorschlägen erarbeitete. Eine Verordnung, die wichtige Kernpunkte wie eine strengere Mitgaberegulierung rechtlich verankern soll, ist derzeit in Vorbereitung und soll noch im Jahr 2005 in Kraft treten. Weiters soll durch neue Weiterbildungsstandards für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ein Beitrag zur Qualitätssicherung der Behandlung geleistet werden. Vor dem Hintergrund der breit akzeptierten Vorteile der Diversifikation der Substitutionsbehandlung, die auch den EBDD-Empfehlungen entspricht (vgl. EBDD 2002), wurde weiters entschieden, dass die Substitution mit retardierten Morphinen vorerst weiterhin möglich sein soll, allerdings mit strengeren Auflagen als bisher.

Parallel zu den Maßnahmen auf Bundesebene hat auch eine Reihe von Bundesländern Aktivitäten zur Verbesserung und Qualitätssicherung der Substitutionsbehandlung gesetzt. So wurden beispielsweise in Salzburg ein dreistufiges Modell zur Substitutionsbehandlung entwickelt und in Niederösterreich ein Konzept zur Substitution sowie in Kärnten Richtlinien zur Behandlung der Opiatabhängigkeit erarbeitet. In der Steiermark wurde in Umsetzung des neuen Substitutionsmodells (vgl. ÖBIG 2004a) bereits mit dem Aufbau einer Substitutionsdatenbank begonnen. Auf Bundesebene wurden weiters auch seitens des Justizministeriums neue Richtlinien für die Substitutionsbehandlung im Strafvollzug herausgegeben.

Im Sommer 2005 wurden erste Ergebnisse einer im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) durchgeführten Repräsentativstudie zu Prävalenz und Mustern

des Konsums von legalen wie illegalen Suchtmitteln in der Gesamtbevölkerung verfügbar. Die Studie liefert erstmals für Gesamtösterreich EU-konforme Daten und bestätigt im Wesentlichen die generellen Trends der letzten Jahre. Rund ein Fünftel der Befragten gaben an, bereits einmal in ihrem Leben (= Lebenszeitprävalenz) eine illegale Substanz konsumiert zu haben im Vergleich zu 96,5 Prozent für Alkohol und 75,8 Prozent für Tabak. Konsumerfahrungen mit illegalen Substanzen finden sich am häufigsten bezüglich Cannabis, gefolgt von Ecstasy und Amphetaminen. Die Konsumraten für die letzten zwölf Monate (= Jahresprävalenz) sind deutlich geringer. Sie liegen nur für Cannabis (7,5 %) über einem Prozent, für alle anderen Substanzen darunter. Dies bestätigt, dass der Konsum illegaler Drogen meist auf eine begrenzte Lebensphase bzw. auf das Experimentieren beschränkt ist.

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen finden sich generell höhere Prävalenzraten. Rund 30 Prozent geben Lebenszeiterfahrungen mit Cannabis an, rund fünf Prozent berichten über den Konsum von Ecstasy und biogenen Drogen. Die entsprechenden Werte sinken jeweils um rund die Hälfte, wenn sie auf die Jahresprävalenz bezogen werden. Auch im Rahmen der Schulstudie ESPAD wurde festgestellt, dass der Anteil jener, die regelmäßig Cannabis rauchen, steigt und Cannabis zu einer Alltagsdroge geworden ist. Zugleich zeigt sich aber anhand der Ergebnisse dieser europäischen Studie, dass diese Entwicklungen nicht österreichspezifisch sind, sondern im europäischen Trend liegen. Österreich weist im mitteleuropäischen Vergleich sogar eine unterdurchschnittliche Konsumprävalenz von Cannabis auf, der Wert für Ecstasy liegt im Schnitt.

Auf die steigenden Konsumprävalenzen bei Jugendlichen wird mit gesundheitspolitischen Maßnahmen reagiert. Angebote der Sekundärprävention bei konsumierenden Jugendlichen sind weiterhin im Ausbau, wobei vor allem aufsuchenden und mobilen Angeboten große Bedeutung zukommt. Weiters gibt es viele Aktivitäten in Bezug auf die außerschulische Jugendarbeit, die auf eine stärkere Einbindung bzw. Professionalisierung dieses Bereichs in Hinblick auf die Unterstützung und Betreuung von experimentierenden bis suchtgefährdeten Jugendlichen abzielen.

Im Bereich der Nachfragereduktion kommt weiters Maßnahmen der sozialen Reintegration weiterhin eine steigende Bedeutung zu. Damit wird auf die angespannte Arbeitsmarktlage sowie auf Hinweise bezüglich einer Verschlechterung der sozialen Lage vieler Drogenabhängiger aber auch suchtgefährdeter Jugendlicher reagiert. Besonderes Augenmerk liegt weiterhin auf Angeboten der beruflichen Reintegration. Darüber hinaus wurden aber auch neue Übernachtungs- und Wohnmöglichkeiten geschaffen. Auffällig ist weiters die zunehmende Berücksichtigung von Möglichkeiten der Freizeitgestaltung als Beitrag zur sozialen Reintegration von (Langzeit-)Drogenabhängigen.

Zur Entwicklung hinsichtlich der gesundheitlichen Folgen des Drogenkonsums sind nur eingeschränkte Aussagen möglich. Die Infektionsraten bezüglich Hepatitis liegen auf bekanntem Niveau. Bezüglich der HIV-Rate bei Drogenabhängigen gibt es unklare Daten, die aber teilweise in Richtung eines leichten Anstiegs deuten. Die entsprechende Situation sollte daher aufmerksam und vertiefend untersucht werden, um rechtzeitig zielgerichtete Maßnahmen ergreifen zu können. Zu den suchtgiftbezogenen Todesfällen liegen noch keine aktuellen Daten vor.

Ein deutlicher Anstieg findet sich in Hinblick auf die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG). Es wurden im Jahr 2004 insgesamt 25.215 SMG-Anzeigen (2003: 22.245) verzeichnet, wobei sich der Anstieg ausschließlich auf Vergehenstatbestände (Besitz und Kleinhandel - § 27 SMG) bezieht, während es bei den Verbrechenstatbeständen (Handel großer Mengen, professioneller Handel - § 28 SMG) einen geringfügigen Rückgang gab. Starke Zuwächse gab es weiters vor allem bei den Anzeigen für Cannabis, im geringeren Umfang auch bei Anzeigen bezüglich Kokain und Crack. Analog zu den Anzeigen ist auch die Zahl der Verurteilungen nach dem SMG mit 5.706 Fällen (4.532 im Jahr 2003) erheblich angestiegen. Damit haben die Gesamtzahlen der Verurteilungen nach SMG und ihr Anteil an allen Verurteilungen (1995: 4,7 %; 2004: 12,6 %) neue Höchststände erreicht. Einen Anstieg gab es auch bei Anwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Alternativen zur Bestrafung. Dieser fiel aber weniger stark aus als der Zuwachs bei den Anzeigen und Verurteilungen und bezog sich weiters ausschließlich auf die Anzeigenzurücklegungen, während die Zahl der Verfahrenseinstellungen - wie schon im Vorjahr - leicht rückgängig war.

### Schwerpunkt „Geschlechtsspezifische Unterschiede“

Die verfügbaren geschlechtsspezifischen Daten aus Konsumstudien belegen zum Großteil eine höhere Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei Männern. Besonders deutlich ist dies bei den Erwachsenen. In Jugend- und Schulstudien finden sich teilweise - vor allem bei den jüngsten Altersgruppen - bezüglich einzelner Substanzen kaum ausgeprägte geschlechtsspezifische Unterschiede, im Gesamtbild weisen aber auch hier die männlichen Jugendlichen einen höheren Anteil von Konsumerfahrungen aus. Auf Basis der Ergebnisse von wissenschaftlichen Prävalenzschätzungen dürfte der Frauenanteil unter den Personen mit problematischem Opiatkonsum bei etwa einem Viertel liegen. Dem entspricht in etwa auch das durchschnittliche Geschlechterverhältnis der Klientel der Beratungs- und Betreuungseinrichtungen. Wobei es auch hier einen relevanten Altersfaktor gibt: Während sich im jungen Alter kaum Geschlechtsunterschiede finden, sinkt der Frauenanteil mit steigendem Alter deutlich. Frauen sind weiters auch bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen (Anteil von 15 bis 20 Prozent) und Anzeigen (Anteil von ca. 15 Prozent) deutlich geringer vertreten als Männer.

Geschlechtsspezifische Erfordernisse haben in den letzten Jahren im Bereich Nachfragereduktion zunehmende Beachtung erfahren. Ausgehend von der Annahme, dass die meisten Angebote eher den Bedürfnissen der männlichen Klienten entsprechen, wurden zunächst ergänzende frauenspezifische Angebote gestaltet. Dies inkludiert räumlich getrennte Bereiche („Frauenhaus“, etc.), zeitlich definierte Bereiche (Frauentag, Frauenöffnungszeiten, etc.) sowie geschlechtsspezifische (z. B. eingeschlechtliche Therapiegruppen, gleichgeschlechtliche Betreuungsperson) und geschlechtssensible (Selbstverteidigungskurs, Auseinandersetzung mit Geschlechtsrolle, etc.) Maßnahmen. Zuletzt wurde aber auch eine bessere Abstimmung auf die männlichen Klienten als notwendig erachtet und ausgehend vom Konzept des Gender Mainstreaming eine generelle Berücksichtigung des Geschlechts als wichtiges Element der Zielgruppenorientierung angeregt.

### Schwerpunkt „Drogen- vs. Suchtpolitik“

Bis Mitte der 1990er-Jahre fand sich in Österreich im Bereich der Drogenpolitik ein deutlicher Fokus auf illegalen Drogen. Dies spiegelte sich in Drogenkonzepten, Drogenkoordinationen

und Drogenbeiräten auf Länderebene sowie dem Drogenforum auf Bundesebene wider, die sich in erster Linie und oft ausschließlich mit der Problematik rund um illegale Drogen befassten. In den letzten Jahren ist aber diesbezüglich ein Wandel zu verzeichnen. Es finden sich immer mehr Bundesländer, die über Suchtkonzepte bzw. Suchtpläne verfügen. Parallel dazu wurden auch die Verantwortlichkeiten auf andere Suchtbereiche - vor allem Alkohol und Tabak, teilweise auch Medikamente, Essstörungen und Spielsucht sowie andere nicht stoffgebundene Süchte - ausgeweitet. Dies ist auch in der Umbenennung der relevanten Organisationseinheiten und Gremien auf Suchtkoordinatoren und Suchtbeiräte reflektiert. Mit ein Auslöser für diese Entwicklung war vermutlich der Bereich der Suchtprävention, der sich in den 1990er-Jahren professionalisierte und das Selbstverständnis als umfassende Suchtprävention im Vergleich zur eingeschränkten Drogenprävention entwickelte.

## Schwerpunkt „Drogengebrauch im Freizeitbereich“

Es liegen für Österreich zum Drogenkonsum in Freizeitsettings fast ausschließlich Daten vor, die sich auf die Partyszene - und dabei insbesondere die Techno-Szene sowie verwandte Szenen - und damit vor allem auf Jugendliche beziehen. Sie bestätigen eine sehr hohe Konsumprävalenz einer Reihe von unterschiedlichen Substanzen bei Angehörigen dieser Jugendszenen. Konsumerfahrungen finden sich auch hier am häufigsten mit Cannabis, das ein Großteil der erfassten Jugendlichen bereits konsumiert hat. Hohe Werte gibt es weiters für Kokain, Amphetamine und Ecstasy. Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass diese Ergebnisse sehr spezifische Szenen widerspiegeln und keinesfalls repräsentativ sind für den Drogengebrauch im Freizeitbereich im Allgemeinen. Allerdings gehen Fachleute generell von einem Zuwachs des Freizeitkonsums von verschiedenen Drogen aus, wobei Zusammenhänge mit einem hedonistischen Zugang zum Konsum psychoaktiver Substanzen, „modernem“ Freizeitverhalten und dem - in Vergleich zu früher - günstigen Preis vieler Freizeitdrogen gesehen werden. Einige Arbeiten fanden Korrelationen zwischen Affinität zu riskanten Freizeitaktivitäten (wie Canyoning, Rafting, Bungee-Jumping) bzw. „Sensation Seeking“ und Drogenerfahrungen. Daten und Informationen zum Freizeitdrogenkonsum von Erwachsenen sind nicht verfügbar.

Es wurde in den letzten Jahren eine Reihe von Maßnahmen etabliert, die sich insbesondere auf den Drogenkonsum im Freizeitbereich bzw. in bestimmten Szenen konzentrieren. Die größte Aufmerksamkeit erhielt dabei das Wiener Projekt ChEck it!, das Sekundärprävention auf Raves und ähnlichen Veranstaltungen mit dem Angebot von Pillentests kombiniert. In Westösterreich gibt es mit MDA basecamp (Tirol) und Supromobil (Vorarlberg) ebenfalls Einrichtungen, die direkt vor Ort bei Raves und Parties anwesend sind. Die Projekte arbeiten - wie eine Reihe anderer zielgruppenspezifischer Angebote - auch erfolgreich mit der Nutzung des Mediums Internet und E-Mail-Beratung. Da wiederholt festgestellt wurde, dass insbesondere konsumierende Jugendliche, die bestimmten Jugendszenen angehören, kaum durch Drogenberatungs- und -betreuungseinrichtungen erreicht werden, kommt aufsuchenden und vertrauensbildenden Maßnahmen große Bedeutung zu. So sind beispielsweise Fachleute aus den Drogenhilfeeinrichtungen bei spezifischen Events anwesend, um den Jugendlichen die Möglichkeit zu geben, weiterführende Angebote kennen zu lernen und über persönliche Kontakte einen Bezug herzustellen.

# Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung .....	III
Einleitung.....	1

## TEIL 1: Neue Entwicklungen und Trends

<b>1 Politischer und organisatorischer Rahmen .....</b>	<b>5</b>
1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen .....	5
1.2 Politische und administrative Rahmenbedingungen .....	7
1.3 Budgets und Finanzierungsregelungen .....	9
1.4 Sozialer und kultureller Kontext .....	9
<b>2 Drogenkonsum in der Bevölkerung.....</b>	<b>11</b>
2.1 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung .....	11
2.2 Drogenkonsum bei Jugendlichen .....	12
2.3 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen.....	15
<b>3 Prävention .....</b>	<b>16</b>
3.1 Allgemeine Prävention.....	16
3.2 Selektive Prävention.....	19
<b>4 Problematischer Drogenkonsum.....</b>	<b>22</b>
4.1 Prävalenz- und Inzidenzschätzungen.....	22
4.2 Charakteristika und Konsummuster .....	23
<b>5 Drogenbezogene Behandlungen .....</b>	<b>28</b>
5.1 Behandlungssysteme .....	28
5.2 Abstinenzorientierte Behandlung .....	32
5.3 Substitutionsbehandlung.....	32
<b>6 Gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen .....</b>	<b>35</b>
6.1 Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität.....	35
6.2 Drogenbezogene Infektionskrankheiten .....	35
6.3 Psychiatrische Komorbidität.....	37
6.4 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen.....	37
<b>7 Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....</b>	<b>39</b>
7.1 Prävention von drogenbezogenen Todesfällen.....	39
7.2 Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten .....	40
7.3 Interventionen in Bezug auf psychiatrische Komorbidität.....	41
7.4 Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen .....	42
<b>8 Soziale Zusammenhänge und Folgen .....</b>	<b>43</b>
8.1 Soziale Problemlagen.....	43
8.2 Drogenbezogene Kriminalität.....	43
8.3 Drogenkonsum im Gefängnis.....	46
8.4 Soziale Kosten .....	46

<b>9 Maßnahmen in Hinblick auf soziale Zusammenhänge und Folgen</b> .....	47
9.1 Soziale (Re-)Integration.....	47
9.2 Prävention von drogenbezogener Kriminalität.....	51
<b>10 Drogenmärkte</b> .....	54
10.1 Verfügbarkeit und Angebot von Drogen.....	54
10.2 Sicherstellungen.....	55
10.3 Reinheit und Preis.....	56
 TEIL 2: Schwerpunktthemen	
<b>11 Geschlechtsspezifische Unterschiede</b> .....	59
11.1 Geschlechtsspezifischer Drogenkonsum.....	59
11.2 Geschlechtsspezifische Maßnahmen in Prävention und Drogenhilfe.....	65
<b>12 Drogen- versus Suchtpolitik</b> .....	71
12.1 Konzepte und Strategien in Österreich.....	71
12.2 Entwicklung und inhaltliche Begründung.....	72
12.3 Koordination.....	73
<b>13 Drogengebrauch im Freizeitbereich</b> .....	75
13.1 Konsummuster und Verfügbarkeit.....	75
13.2 Maßnahmen, nationale Politik und rechtliche Aspekte.....	79
<b>Quellenverzeichnis</b> .....	83
<b>Anhang</b> .....	99

# Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

## Tabellen:

Tabelle 6.1: Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C und HIV, 2004 .....	36
Tabelle 10.1: Beurteilung der Schwierigkeit, an diverse psychoaktive Substanzen heranzukommen.....	54
Tabelle 10.2: Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm) der diversen Drogen im Straßenverkauf.....	56
Tabelle 11.1: Geschlechterverhältnis in ausgewählten Behandlungseinrichtungen bzw. Beratungsstellen, 2004 .....	61
Tabelle 11.2: Geschlechterverhältnis in niederschweligen Einrichtungen, 2004.....	64
Tabelle 13.1: Konsumtypen nach ChEck iT!.....	77
Tabelle A1: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich aus den Jahren 1998 bis 2004.....	103
Tabelle A2: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 1996 bis 2004 .....	104
Tabelle A3: Anzahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 1994 - 2003 (Daten für 2004 sind noch nicht verfügbar) .....	105
Tabelle A4: Anzahl der „direkten“ suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Bundesland, 1994 - 2003 (Daten für 2004 sind noch nicht verfügbar) .....	105
Tabelle A5: Anzahl der „indirekten“ suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Bundesland, 1994 - 2003 (Daten für 2004 sind noch nicht verfügbar) .....	105
Tabelle A6: Anzahl der „direkten“ suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 1994 - 2003 (Daten für 2004 sind noch nicht verfügbar).....	106
Tabelle A7: Anzahl der „indirekten“ suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 1994 - 2003 (Daten für 2004 sind noch nicht verfügbar).....	106
Tabelle A8: Verteilung der suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Alter, 2003 (Daten für 2004 sind noch nicht verfügbar) .....	107
Tabelle A9: Verteilung der suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Bundesland, 2003 (Daten für 2004 sind noch nicht verfügbar).....	108
Tabelle A10: Entwicklung der AIDS-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation, 1995 - 2004 .....	108
Tabelle A11: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/ Suchtmittelgesetz in Österreich nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen, 1995 - 2004.....	109
Tabelle A12: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/ Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) in Österreich nach Bundesland, 1995 - 2004 .....	109
Tabelle A13: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/ Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1995 - 2004.....	109
Tabelle A14: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes und Bundesland, 2004.....	110
Tabelle A15: Verurteilungen nach dem Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 1995 - 2004 .....	110



Tabelle A16: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz Verurteilte nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2004.....	111
Tabelle A17: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2004 .....	111
Tabelle A18: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1995 - 2004 .....	112
Tabelle A19: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 1995 - 2004 .....	112
Tabelle A20: Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge, 1995 - 2004 .....	112
Tabelle A21: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Raveveranstaltungen analysierten, als Ecstasy gekauften Proben, 1998 - 2004 .....	113
Tabelle A22: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Raveveranstaltungen analysierten, als Speed gekauften Proben, 1998 - 2004 .....	113
Tabelle A23: Anzahl der aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen und nach Bundesländern, 2004.....	114
Tabelle A24: Präventionsprojekte in Schulen, 2004 .....	115
Tabelle A25: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2003 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht.....	116

## Abbildungen:

Abbildung 1.1: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1995 - 2004 .....	7
Abbildung 1.2: Überblick über die organisatorische Struktur des Drogenbereichs in Österreich.....	8
Abbildung 2.1: Konsumerfahrungen mit illegalen Substanzen in der Gesamtbevölkerung bezogen auf Lebenszeit und die letzten zwölf Monate, 2004 (in Prozent) .....	11
Abbildung 2.2: Konsumerfahrungen mit illegalen Substanzen bei 15- bis 24-Jährigen bezogen auf Lebenszeit und die letzten zwölf Monate, 2004 (in Prozent) .....	13
Abbildung 2.3: Vergleich der Lebenszeiterfahrungen mit Cannabis und Ecstasy bei 15- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern für Österreich und die Nachbarstaaten, 2003 (in Prozent).....	14
Abbildung 4.1: Drogenkonsummuster der Klientel der Einrichtungen der Wiener Drogenhilfe nach Altersgruppen, 2003 .....	24
Abbildung 4.2: Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 1995 - 2004 .....	26
Abbildung 4.3: Lebenszeitbezogen erstmalige Substitutionsbehandlungen nach Alter, 1995 bis 2004 .....	26
Abbildung 5.1: Entwicklung der bei der Erstbehandlung verwendeten Substitutionsmittel in den Jahren 1998 - 2004 .....	34
Abbildung 7.1: Anzahl der verkauften bzw. getauschten Spritzen im Rahmen der Spritzenabgabe in der offenen Szene in Graz, 2001 - 2004.....	40
Abbildung 8.1: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/ Suchtmittelgesetz nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen in Österreich, 1995 - 2004 .....	44

Abbildung 8.2: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/ Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1995 - 2004.....	45
Abbildung 10.1: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften in Österreich, 1995 - 2004 .....	55
Abbildung 11.1: Drogenkonsummuster der Klientel der Wiener Drogeneinrichtungen nach Geschlecht, 2003.....	60
Abbildung 11.2: Entwicklung des durchschnittlichen Alters bei Männern und Frauen in lebenszeitbezogen erstmaliger Substitutionsbehandlung, 2004 .....	62

### **Karten:**

Karte 5.1: Spezialisierte Einrichtungen zur Behandlung, Betreuung und Begleitung von Drogenkonsumierenden bzw. Drogenkranken.....	30
Karte 5.2: Spezialisierte Angebote zur Behandlung, Betreuung und Begleitung von Drogenkonsumierenden bzw. Drogenkranken.....	31
Karte A1: Übersichtskarte mit Bundesländern, Landeshauptstädten und Bezirken.....	117



# Einleitung

Der am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) eingerichtete REITOX Focal Point legt hiermit zum zehnten Mal den „Bericht zur Drogensituation“ vor, der jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und des jeweils für Gesundheit zuständigen Ministeriums verfasst wird.

Der Bericht zur Drogensituation in Österreich befasst sich mit dem Bereich der illegalen Drogen und dient sowohl als landesinterner Bericht über die österreichische Situation als auch als nationaler Beitrag zur Darstellung der Drogensituation in der Europäischen Union (EU). Vergleichbare Berichte werden von den REITOX Focal Points in allen EU-Mitgliedsstaaten und Beitrittskandidatenländern nach einer seitens der EBDD vorgegebenen Struktur verfasst. Sie stellen eine zentrale Grundlage für den Jahresbericht der EBDD zur Drogensituation in Europa (zuletzt: EMCDDA 2004) dar.

Der diesjährige Bericht folgt der im Vorjahr erstmals verwendeten Struktur, die Informationen zu Epidemiologie und Nachfragereduktion stärker integriert. Der erste Teil befasst sich mit den aktuellen Entwicklungen und Trends in Bezug auf die drogenpolitischen Rahmenbedingungen, die epidemiologische Situation und die gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Nachfragereduktion. Dieser Teil bezieht sich auf den Berichtszeitraum Sommer 2004 bis Sommer 2005 bzw. hinsichtlich der Routinestatistiken auf das Jahr 2004. Er baut auf den vorhergehenden Berichten (zuletzt: ÖBIG 2004a) auf und wurde daher bewusst knapp gefasst. Im zweiten Teil werden ausgewählte Schwerpunktthemen ausführlicher behandelt. Im vorliegenden Bericht sind dies die Themen „Geschlechtsspezifische Unterschiede“, „Drogen- vs. Suchtpolitik“ und „Drogengebrauch im Freizeitbereich“. Ergänzend findet sich im Anhang eine Reihe von Tabellen mit detaillierten Informationen und Daten.

Seitens des REITOX Focal Points werden jährlich für die EBDD standardisierte Tabellen und Fragebögen erstellt. Die entsprechenden Daten und Informationen sind in den vorliegenden Bericht eingeflossen. Ein Überblick über alle „Standard Tables“ und „Structured Questionnaires“ findet sich im Anhang C. Die einzelnen Tabellen und Fragebögen können Interessierten auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden.

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

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



**TEIL 1**

**Neue Entwicklungen  
und Trends**



# 1 Politischer und organisatorischer Rahmen

Einen zentralen Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das seit 1998 geltende Suchtmittelgesetz (SMG). Das SMG differenziert vorrangig nach der Menge und - mit Ausnahme einer Sonderbestimmung zu Cannabis - nicht nach der Art des Suchtgifts und sieht ein breites Spektrum von Alternativen zur Bestrafung vor. Die wichtigsten drogenpolitischen Gremien auf Bundesebene sind die Bundesdrogenkoordination und das als Koordinationsgremium mit den Ländern dienende Bundesdrogenforum (vgl. Abbildung 1.2). Den Bundesländern kommt auf Grund der föderalistischen Struktur des Gesundheits- und Sozialbereichs bezüglich der Gestaltung und Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen große Bedeutung zu. Alle neun Bundesländer verfügen über Drogenkonzepte bzw. Suchtpläne sowie über Drogen- bzw. Suchtkoordinatorinnen und -koordinatoren. In Ergänzung zu den Länderkonzepten ist derzeit ein Bundesdrogenkonzept in Vorbereitung (vgl. Kap. 1.2). Die Finanzierung drogenpolitischer Maßnahmen wird vor allem vom Bund, den Ländern und den Sozialversicherungen getragen. Im öffentlichen Diskurs sind Drogen vorrangig im Zusammenhang mit Fragen der öffentlichen Sicherheit und Kriminalität ein Thema. Die drogenpolitischen Positionen der politischen Parteien differieren, Konsens gibt es aber bezüglich des Prinzips „Therapie statt Strafe“, das auch in der Bevölkerung breite Unterstützung findet.

## 1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Es gab im Berichtszeitraum keine größeren rechtlichen Änderungen, die sich unmittelbar auf den Drogenbereich beziehen. Im Zusammenhang mit der Umsetzung des EU-Rahmenbeschlusses zu Mindeststrafen für Drogenhandel (Rat der Europäischen Union 2003) wird es aber im Laufe des nächsten Jahres zu Anpassungen des SMG kommen.

In Umsetzung der entsprechenden Beschlüsse auf internationaler Ebene wurde im Berichtszeitraum die psychotrope Substanz Zolpidem unter das Kontrollregime des SMG aufgenommen. Die Aufnahme der synthetischen Substanzen 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 und TMA-2 ist in Vorbereitung. Da im österreichischen Suchtmittelrecht mit der Aufnahme einer Substanz gleichzeitig auch die Festlegung einer Grenzmenge - die für die Unterscheidung zwischen Vergehens- und Verbrechenstatbeständen relevant ist - erforderlich ist, bedeutet dies in der Regel einen etwas längeren Abstimmungsprozess.

Im Zuge der bereits im Vorjahr dargestellten (vgl. ÖBIG 2004a) Diskussion um den Einsatz retardierter Morphine in der Substitutionsbehandlung (vgl. auch Kap. 1.4) wurde auch über notwendige rechtliche Anpassungen in diesem Bereich beraten. Seitens des BMGF wurde ein mit Fachleuten besetzter Arbeitskreis zur „Optimierung der Substitutionsbehandlung“ eingesetzt, der eine Reihe von Vorschlägen erarbeitete (vgl. Kap. 5.3). Einige Kernpunkte - insbesondere die Einschränkung des Mitgaberechts und eine verpflichtende Weiterbildung für substituierende Ärztinnen und Ärzte - sollen in Form einer Verordnung, die derzeit in Vorbereitung ist, rechtlich verankert werden. Die Mitgabe soll zukünftig nur mehr in wenigen Fällen unbefristet (insbesondere bei nachgewiesener Unvereinbarkeit der täglichen Einnahme in der Apotheke mit der Berufstätigkeit) bzw. zeitlich befristet (insbesondere Urlaub, Erkrankung) möglich sein. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte dürfen in Zukunft nur dann im Be-



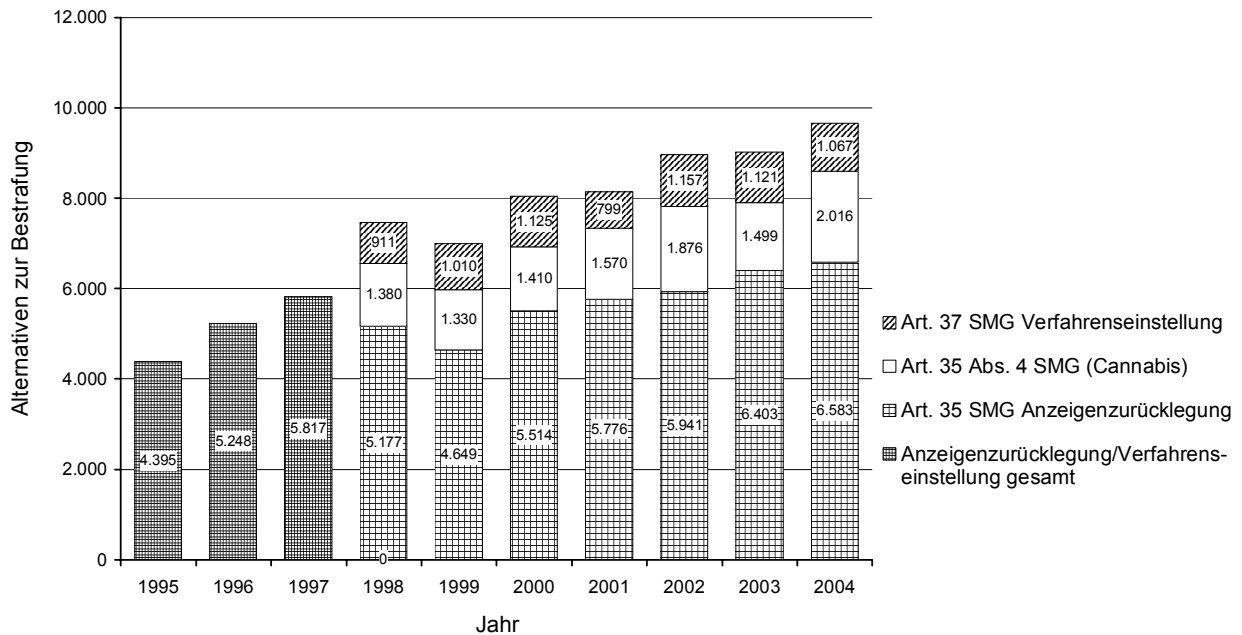
reich der Substitutionsbehandlung tätig sein, wenn sie eine einschlägige Weiterbildung absolviert haben und regelmäßig an Fortbildungsseminaren oder Qualitätszirkeln teilnehmen. Weiters wurde entschieden, dass die Substitution mit retardierten Morphinen vorerst weiterhin möglich sein soll, allerdings mit strengeren Auflagen als bisher.

In Hinblick auf rechtliche Änderungen, die mittelbar für den Drogenbereich von Relevanz sind, ist die Umsetzung der bereits im Vorjahr dargestellten Einrichtung von „Schutzzone“ zu erwähnen (vgl. ÖBIG 2004a). Mit 1. Jänner 2005 ist eine Ergänzung des § 36a Sicherheitspolizeigesetz in Kraft getreten, die es ermöglicht, seitens der Polizei im Umkreis von Schulen, Kindergärten und Altenheimen Personen, bei denen anzunehmen ist, dass sie in der Schutzzone strafbare Handlungen begehen, für maximal 30 Tage zu verweisen. Im ersten Halbjahr 2005 wurden bereits etliche Schutzzone beantragt und genehmigt (Der Standard, 15. Februar 2005). So wurden beispielsweise in Wien und in Niederösterreich je zwei Schutzzone rund um Schulen errichtet, wobei jeweils explizit Bezug auf die Drogenproblematik genommen wurde. Die Schutzzone sind weiterhin umstritten. Die Befürworter verweisen auf eine Verbesserung der Atmosphäre sowie eine Verringerung der Belästigung von Anrainern und Passanten in den Schutzzone. Seitens des Exekutive wird ein Rückgang der Kriminalitätsbelastung - auch im Bereich der Drogenkriminalität - in den Schutzzone vermerkt. Die Gegner kritisieren, dass die Schutzzone verfassungsrechtlich bedenklich sind (vgl. ÖBIG 2004a, VWS 2005b) und falsche Signale in Hinblick auf Suchtprävention setzen (vgl. Fachstellen für Suchtprävention 2004). In Bezug auf die bekannteste Schutzzone - den „Karlsplatz“ in Wien, der seit vielen Jahren ein Treffpunkt der Drogenszene ist - wird von Drogenfachleuten weiters darauf verwiesen, dass durch die Schutzzone der Druck auf die Drogenabhängigen massiv gestiegen ist und damit Erfolge der Drogenarbeit vor allem im Bereich der Risikoreduktion (Infektionsprophylaxe, etc.) gefährdet werden (Schinnerl 2005).

Im Bezug auf die Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen gab es weiters Diskussionen und Maßnahmen im Zusammenhang mit der Vollzugspraxis des SMG durch die Bezirksgesundheitsbehörden. In Salzburg stand der in den Richtlinien für eine einheitliche Vollzugspraxis festgehaltene Konnex zwischen § 12 SMG und § 35(4) SMG - vereinfachte Zurücklegung ohne Einholung einer Stellungnahme der Bezirksgesundheitsbehörde im Falle des Erwerbs oder Besitzes geringer Mengen von Cannabis - im Mittelpunkt einer kontroversiellen Diskussion (Schabus-Eder, persönliche Mitteilung). In Kärnten wurde im Zusammenhang mit der Rückverlagerung der in den letzten Jahren zentral durchgeführten Begutachtungen nach § 12 SMG auf die Bezirksebene (vgl. ÖBIG 2004a) ein Handbuch „Ärztliche Begutachtung und Anwendung des Suchtmittelgesetzes bei der Gesundheitsbehörde“ (Amt der Kärntner Landesregierung 2005) erstellt, das eine einheitliche und qualitätsgesicherte Vorgangsweise sicherstellen soll. Analysen aus Salzburg erlauben weiters exemplarische Einblicke in die Ergebnisse der Begutachtungen nach § 12 SMG seitens der Bezirksgesundheitsbehörden. Im Jahr 2004 wurde bei 58 Prozent der Begutachteten eine gesundheitsbezogene Maßnahme empfohlen, bei 28 Prozent sogar mehrere Maßnahmen, bei 13 Prozent wurden keine Maßnahmen als notwendig erachtet. Die am häufigsten vorgeschlagene Maßnahme war mit 71 Prozent aller Begutachtungen die psychosoziale Beratung und Betreuung (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2005).

In Hinblick auf die Anwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Alternativen zur Bestrafung (vgl. dazu ausführlich ÖBIG 2004a) gab es im Jahr 2004 einen Anstieg. Dieser fiel aber weniger stark aus als der Zuwachs bei den Anzeigen und Verurteilungen im selben Zeitraum (vgl. Kap. 8.2). Der Anstieg bezog sich weiters ausschließlich auf die Anzeigenzurücklegungen, während die Zahl der Verfahrenseinstellungen - wie schon im Vorjahr - leicht rückgängig war (vgl. auch Tabelle A 18 im Anhang A).

Abbildung 1.1: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1995 - 2004



§ 35 SMG = Vorläufige Zurücklegung der Anzeige durch die Staatsanwaltschaft

§ 35 (4) SMG = Vorläufige Zurücklegung der Anzeige bei Eigengebrauch von geringen Mengen Cannabis

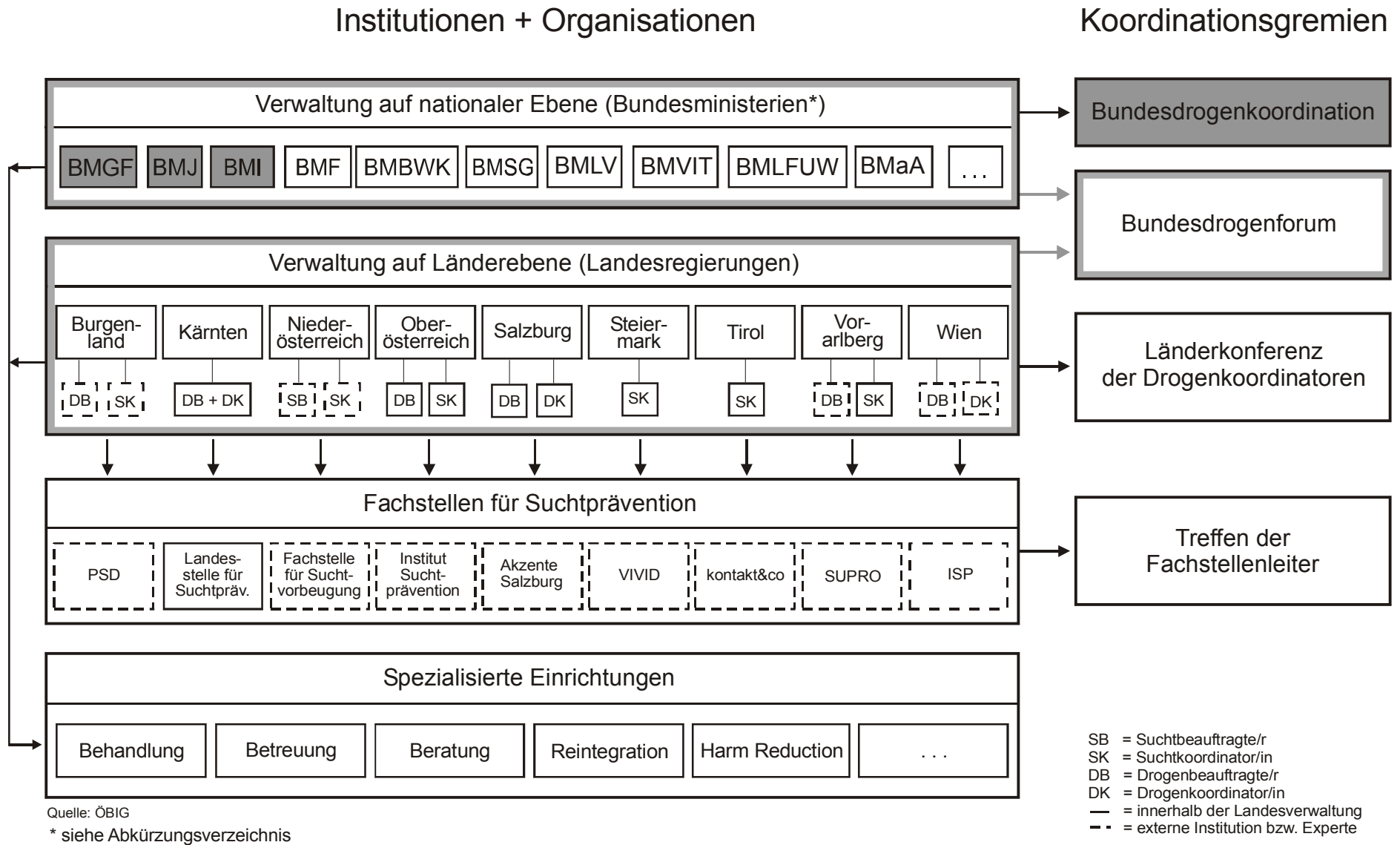
§ 37 SMG = Vorläufige Einstellung des Strafverfahrens durch das Gericht

Anmerkung: Das Suchtgiftgesetz wurde am 1. Jänner 1998 durch das Suchtmittelgesetz abgelöst. Eine Differenzierung der verschiedenen Alternativen zur Bestrafung ist erst ab dem Jahr 1998 möglich. Zu § 39 SMG (Aufschub des Strafvollzugs - „Therapie statt Strafe“) sind derzeit keine verlässlichen Daten verfügbar.

## 1.2 Politische und administrative Rahmenbedingungen

Die politischen und administrativen Rahmenbedingungen wurden im Berichtszeitraum im Wesentlichen beibehalten. Der Zeitplan zu Erstellung eines österreichischen Drogenkonzepts wurde verschoben, um eine Abstimmung mit dem ersten Aktionsplan 2005 bis 2008 der EU-Drogenstrategie für die Jahre 2005 bis 2012 zu ermöglichen. Das Bundesdrogenforum (vgl. Abbildung 1.2) trat im Berichtszeitraum zwei Mal (Oktober 2004, April 2005) zusammen. Auf der Tagesordnung standen unter anderem die Optimierung der Substitutionsbehandlung (vgl. Kap. 1.1 und 5.3), drogenrelevante rechtliche Fragen, die Weiterentwicklung des Drogenmonitorings (v. a. Einführung eines einheitlichen Dokumentations- und Berichtswesens der Einrichtungen der Drogenhilfe, Frühwarnsystem zu neuen Trends) sowie Berichte über aktuelle Entwicklungen und Maßnahmen.

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



Im Burgenland wurde die Suchtkoordination aus der Landesverwaltung ausgelagert und dem Psychosozialen Dienst (PSD) Burgenland als wichtigstem Anbieter von Suchthilfemaßnahmen im Bundesland übertragen (Siegl, persönliche Mitteilung). Weiters wurde mit dem Aufbau einer Fachstelle für Suchtprävention ebenfalls im Rahmen des PSD Burgenland begonnen (vgl. Abbildung 1.2). In Niederösterreich gibt es ebenfalls Pläne, die Suchtkoordination aus der Landesverwaltung auszugliedern und einem privaten Träger zu übertragen, in dessen Bereich auch die Fachstelle für Suchtprävention angesiedelt ist (Itzenthaler, persönliche Mitteilung). In der Umsetzung der regionalen drogenpolitischen Konzepte wurden die Schwerpunkte der letzten Jahre (vgl. ÖBIG 2004a) fortgesetzt, wobei im Berichtszeitraum im Zuge der bundesweiten Diskussionen (vgl. auch Kap. 1.1 und 1.4) in vielen Bundesländern besonderes Augenmerk auf eine Verbesserung der Substitutionsbehandlung gelegt wurde (vgl. auch Kap. 5.3).

### **1.3 Budgets und Finanzierungsregelungen**

Es gab im Berichtszeitraum keine wesentlichen Änderungen der Finanzierungsregelungen im Drogenbereich. Seitens des ÖBIG (2004b) wurde im Auftrag des BMGF eine österreichweite Erhebung zu den öffentlichen Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung durchgeführt, im Zuge derer auch der Leistungsbereich „Vermeidung von Suchtkrankheiten“ (Suchtprävention, Suchtberatungsstellen) erfasst wurde. Laut dieser Studie beliefen sich die Ausgaben für diesen Bereich im Jahr 2001 auf rund 8,4 Millionen €, wobei etwa 68 Prozent von den Bundesländern, rund 21 Prozent vom Bund und rund sechs Prozent von den Städten und Gemeinden aufgewendet wurden. Ein Vergleich mit einer erstmaligen Erhebung im Jahr 1996 weist einen Anstieg der entsprechenden Ausgaben im Zeitraum von fünf Jahren um rund 75 Prozent aus.

### **1.4 Sozialer und kultureller Kontext**

Im Rahmen der ESPAD-Schulstudie (vgl. Kap. 2.2) wurde die Einschätzung der Gefährlichkeit unterschiedlicher Substanzen in Hinblick auf Schäden körperlicher und anderer Art erhoben. Es zeigt sich dabei eine differenzierte Sichtweise der Jugendlichen. So sinkt der Wert für kein bis leichtes Risiko bei Cannabis mit der Bezugnahme auf die Konsumhäufigkeit von rund 50 Prozent (ein- oder zweimal probieren) auf 30 Prozent (gelegentlich rauchen) und zehn Prozent (regelmäßig rauchen). Alle anderen Substanzen werden deutlich seltener als geringes Risiko eingestuft (z. B. Aufputschmittel/Amphetamine 28 % „ein- bis zweimal probieren“ bzw. 4 % „regelmäßig einnehmen“; Ecstasy 20 % bzw. 2 %; Kokain oder Crack 18 % bzw. 2 % Prozent; vgl. Uhl et al. 2004b).

Im Mittelpunkt der politischen Diskussion stand im Berichtszeitraum das Thema Substitutionsbehandlung (vgl. auch Kap. 1.1 und Kap. 5.3), wobei der Fokus auf Nutzen wie Problemen des Einsatzes von retardierten Morphinen lag. Eine Gruppe betonte Hinweise bezüglich einer hohen Verfügbarkeit von Morphinen am Schwarzmarkt sowie gesundheitlicher Schäden, die durch nicht verschreibungsgemäßen Gebrauch - insbesondere intravenösen Konsum - verursacht würden. Die andere Gruppe verwies hingegen auf den Nutzen der Diversifikation der Substitutionsbehandlung und die positiven Erfahrungen bei regulärer Verwen-

dung. Das Thema wurde auch wiederholt medial aufgegriffen (vgl. z. B. Dunst 2005, Kraßnitzer 2005).

Ebenfalls in den Medien fand sich das Thema Cannabis (vgl. z. B. Hofer und Meinhart 2004), wobei die hohe Konsumprävalenz der „Alltagsdroge“ Cannabis (vgl. auch Kap. 2.2) sowie die potentiellen Risiken des Konsums besprochen wurden. Seitens der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) wurde - unter anderem als fachlicher Beitrag zur Diskussion rund um Cannabis - ein Expertenpapier „Cannabis“ herausgegeben (Haller, Dittrich und Fleischhacker o. J.). Das Papier empfiehlt eine sachliche, wissenschaftsgestützte und entideologisierte Diskussion. Bezüglich der möglichen Gesundheitsrisiken wird darauf verwiesen, dass sich diese auf den regelmäßigen, intensiven Konsum beziehen, der gelegentliche Konsum hingegen vor allem Aufmerksamkeit und Reaktionsvermögen einschränkt. Die ÖGPP tritt dafür ein, dass Cannabiszubereitungen im Rahmen der Bedingungen der gesetzlichen Zulassungsverfahren als Medikamente geprüft werden sollen. Weiters wird im Konsenspapier die Meinung vertreten, dass justizielle Reaktionen die Situation von drogengefährdeten oder -abhängigen Menschen nicht zusätzlich erschweren sollen und dem Prinzip „Therapie statt Strafe“ absoluter Vorrang einzuräumen ist. Anzustreben wären gesetzestechnisch flexible Lösungen, die weder eine undifferenzierte Gleichstellung von Cannabis mit anderen Drogen noch eine völlige Freigabe beinhalten.

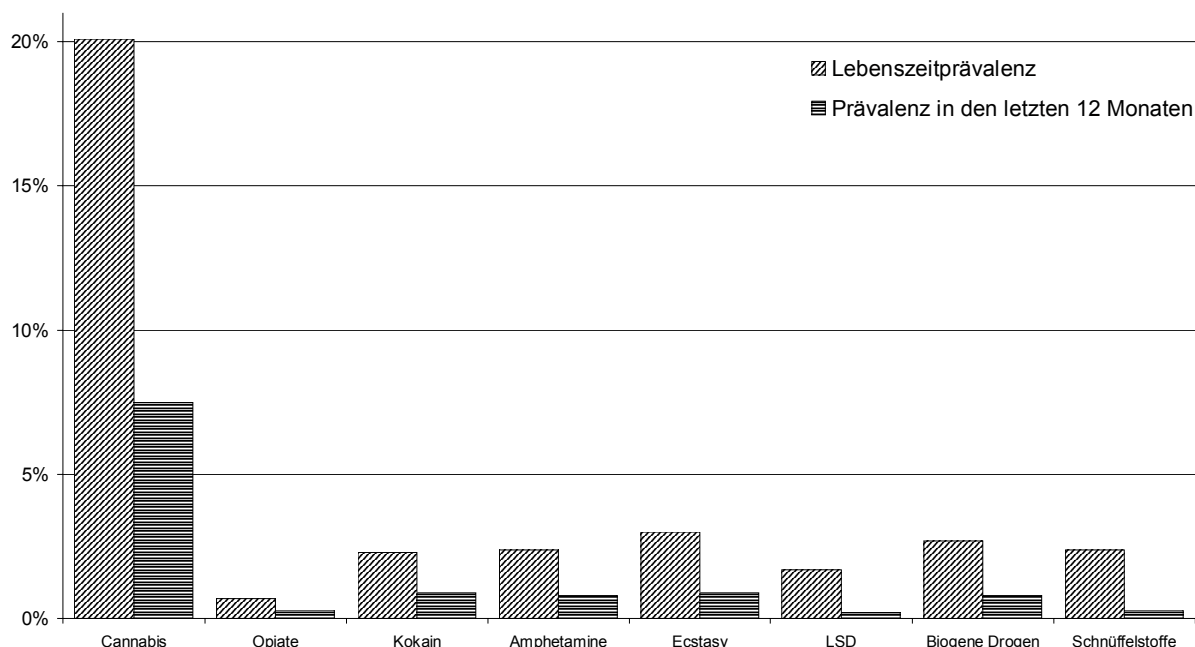
## 2 Drogenkonsum in der Bevölkerung

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen finden sich in Österreich am häufigsten bezüglich Cannabis mit Prävalenzraten von etwa 30 Prozent bei jungen Erwachsenen. In Repräsentativstudien finden sich weiters Konsumerfahrungen von rund zwei bis vier Prozent für Ecstasy, Kokain und Amphetamine und von rund ein bis maximal zwei Prozent für Opiate. In den letzten Jahren wurde beim Probier- und Experimentierkonsum eine Verbreiterung des Substanzspektrums festgestellt. In bestimmten Szenen und Gruppen von Jugendlichen finden sich dabei hohe Prävalenzraten für eine Reihe von unterschiedlichen Substanzen, darunter auch biogene Drogen und Schnüffelstoffe (vgl. auch Kap. 13.1). Aktuelle Ergebnisse von Repräsentativstudien weisen darauf hin, dass sich dies in generell höheren Prävalenzraten - vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen - niederschlägt.

### 2.1 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung

Im Jahr 2004 wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) eine Repräsentativstudie zu Prävalenz und Mustern des Konsums von legalen wie illegalen Suchtmitteln durchgeführt, die erstmals für Gesamtösterreich EU-konforme Daten liefert. Der Gesamtbericht zu dieser Studie wird erst Ende 2005 vorliegen, erste Ergebnisse sind aber bereits verfügbar (Uhl et al. 2005 und Statistical Table 1).

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



Quelle: Uhl et al. 2005

Im Rahmen der Konsumerhebung wurden insgesamt 4.547 Personen im Alter ab 14 Jahren zu ihren Erfahrungen mit dem Konsum von legalen wie illegalen psychoaktiven Substanzen befragt. Insgesamt 20,4 Prozent der Befragten gaben an, bereits einmal in ihrem Leben (= Lebenszeitprävalenz) eine illegale Substanz konsumiert zu haben im Vergleich zu 96,5 Prozent für Alkohol und 75,8 Prozent für Tabak. Konsumerfahrungen mit illegalen Substanzen finden sich am häufigsten mit Cannabis, gefolgt von Ecstasy und Amphetaminen (vgl. Tabelle A1 im Anhang A und Abbildung 2.1). Die Ergebnisse bestätigen damit die generellen Trends der letzten Jahre (siehe oben).

Die Konsumraten für die letzten zwölf Monate (= Jahresprävalenz) sind deutlich geringer. Sie liegen nur für Cannabis (7,5 %) über einem Prozent, für alle anderen Substanzen darunter (vgl. Abbildung 2.1). 3,8 Prozent der Befragten geben an, in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert zu haben. Dies bestätigt, dass der Konsum illegaler Drogen meist auf eine begrenzte Lebensphase bzw. auf das Experimentieren beschränkt ist.

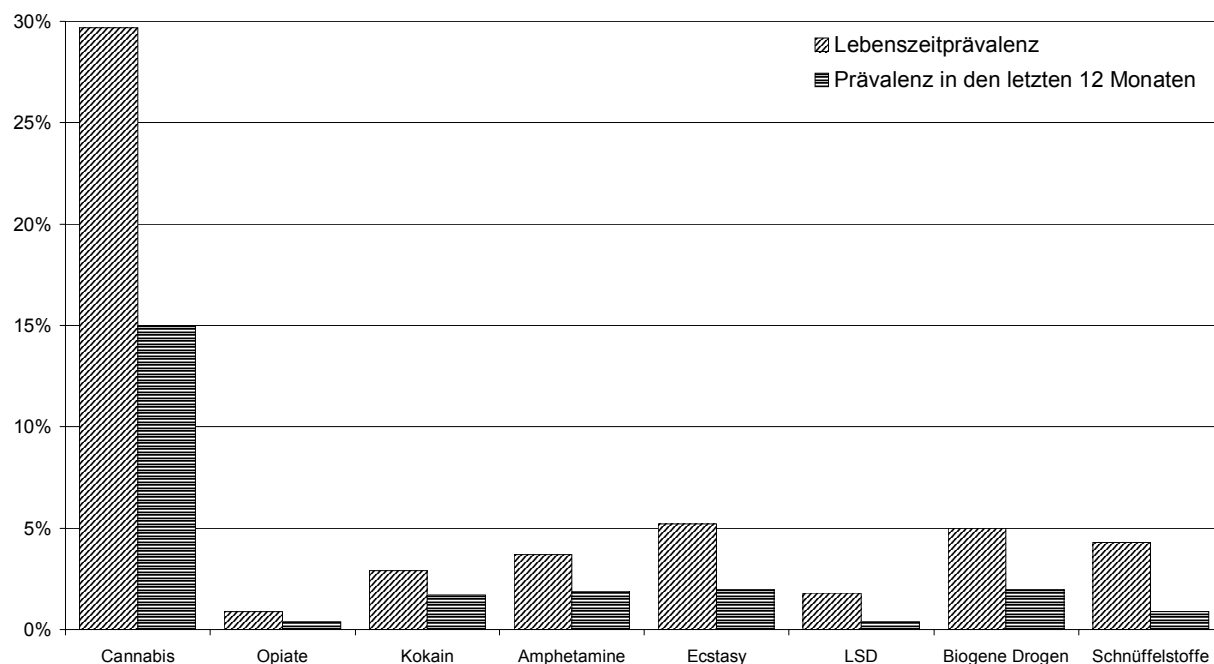
Männer weisen bezüglich aller illegaler Substanzen eine höhere Prävalenz als Frauen auf (vgl. auch Kap. 11.1). Weiters zeigt sich bezüglich der illegalen Drogen das schon bekannte Altersgefälle. So sinkt beispielsweise die Lebenszeitprävalenz für Cannabis von rund 30 Prozent bei den 15- bis 24-Jährigen auf 5,7 Prozent bei den 55- bis 64-Jährigen (Jahresprävalenz: von 15 % auf 0,8 %).

Darüber hinaus liegen keine neuen Daten und Informationen zum Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung vor. In Hinblick auf den sozialen Kontext des Konsums ist aber eine im Sommer 2001 an der Universität Linz mit 302 Studierenden durchgeführte Untersuchung (Gerich und Lehner 2004) über soziale Netzwerke und Substanzaffinität interessant. Auf Basis einer Netzwerkanalyse zeigt sich hinsichtlich des Substanzkonsums große Homogenität in den Netzwerken. So beträgt der Durchschnittsanteil jener, die keine Hanfprodukte konsumieren, im Netzwerk von Nichtkonsumierenden 80 Prozent, während durchschnittlich 89 Prozent der Netzwerkmitglieder von regelmäßigen Hanfkonsumierenden ebenfalls diese Substanz gebrauchen. Die Netzwerke von Hanfkonsumierenden werden als dicht (hohe Zahl von realisierten Beziehungen) und multiplex (mehrere soziale Beziehungen mit den Netzwerkpersonen) beschrieben und stellen eine wichtige Ressource für die Konsumierenden dar (zit. nach: Seyer 2005).

## 2.2 Drogenkonsum bei Jugendlichen

Im Rahmen der oben dargestellten Repräsentativstudie zu Prävalenz und Mustern des Konsums von legalen wie illegalen Suchtmitteln (Uhl et al. 2005) wurden insgesamt 959 Personen im Alter von 15 bis 24 Jahren befragt. Dies erlaubt die getrennte Darstellung der Ergebnisse für diese Altersgruppe. Wie bereits oben ausgeführt, finden sich bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen höhere Prävalenzraten. Rund 30 Prozent geben Lebenszeiterfahrungen mit Cannabis an, rund fünf Prozent berichten über den Konsum von Ecstasy und biogenen Drogen. Die entsprechenden Werte sinken jeweils um rund die Hälfte, wenn sie auf die Jahresprävalenz bezogen werden (vgl. Abbildung 2.2). Die jungen Männer berichten bezüglich aller illegalen Substanzen häufiger über Konsumerfahrungen als die befragten Frauen der gleichen Altersgruppe (vgl. auch Kap. 11.1).

Abbildung 2.2: Konsumerfahrungen mit illegalen Substanzen bei 15- bis 24-Jährigen bezogen auf Lebenszeit und die letzten zwölf Monate, 2004 (in Prozent)



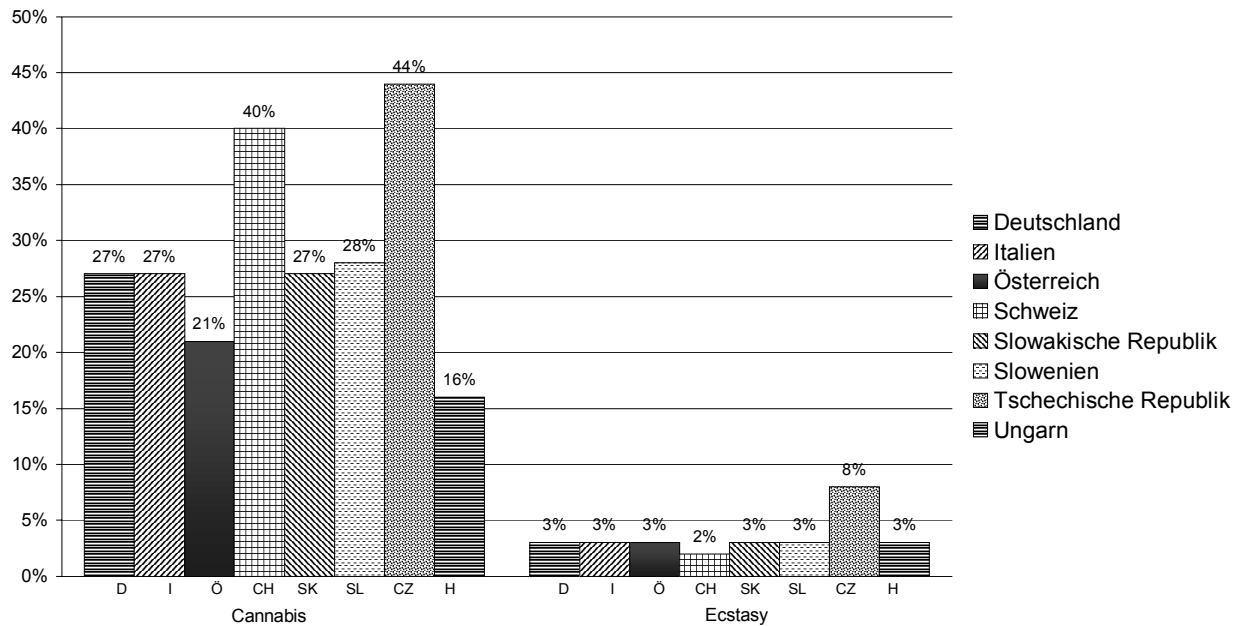
Quelle: Uhl et al. 2005

Zur bereits im Vorjahr kurz dargestellten und vom BMGF finanzierten ESPAD-Studie, die im Jahr 2003 an Schulen durchgeführt wurde, liegt nunmehr ein ausführlicher Bericht vor (vgl. Uhl et al. 2004a). In die endgültige österreichische Auswertung wurden 5.281 Schülerinnen und Schülern im Alter von 14 bis 17 Jahren einbezogen. 22 Prozent der Befragten gaben an, bereits Cannabis konsumiert zu haben. Für alle anderen Substanzen finden sich Prävalenzraten von unter fünf Prozent (Amphetamine/Aufputzmittel: 5 %, Ecstasy: 3 %, Kokain: 2 %, LSD: 2 %, Heroin: 1 %; vgl. auch Tabelle A2 im Anhang A und Kap. 11.1). Bezüglich Cannabis stellt die Studie weiters fest, dass der Anteil jener, die regelmäßig Cannabis rauchen, steigt und das Einstiegsalter sinkt. Es bestätigt sich die Einschätzung von Fachleuten, dass Cannabis zu einer Alltagsdroge geworden ist (vgl. auch Kap. 13.1).

Die Schulstudie ESPAD 2003 wurde in insgesamt 35 europäischen Staaten durchgeführt und erlaubt somit internationale Vergleiche, wobei zu diesem Zweck das österreichische Sample auf die - vergleichbare - Altersgruppe der 15- bis 16-Jährigen eingeschränkt wurde. Österreich liegt bezüglich der Cannabisprävalenz auf Platz 19 und damit im unteren Mittelfeld, in Hinblick auf den Konsum illegaler Drogen außer Cannabis auf Platz 10 und damit im oberen Mittelfeld. In Abbildung 2.3 findet sich ein Vergleich mit den Nachbarländern, der im Sinne der Übersichtlichkeit auf die beiden Substanzen mit der höchsten Prävalenz - Cannabis und Ecstasy - eingeschränkt wurde. Österreich weist demnach im mitteleuropäischen Vergleich eine unterdurchschnittliche Konsumprävalenz von Cannabis auf, während der Wert für Ecstasy im Schnitt liegt.



Abbildung 2.3: Vergleich der Lebenszeiterfahrungen mit Cannabis und Ecstasy bei 15- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern für Österreich und die Nachbarstaaten, 2003 (in Prozent)



Quelle: ESPAD 2004

Neben diesen beiden österreichweiten Repräsentativstudien liegen auch noch die Ergebnisse einer Salzburger Konsumerhebung vor, die im Frühjahr 2004 im Rahmen einer Dissertation bei 395 Pongauer Schülerinnen und Schülern der 9. und 12. Schulstufe durchgeführt wurde (Pfefferkorn-Tschaler 2005). Erfahrungen mit dem Konsum von Cannabis wurden von insgesamt 26 Prozent der Befragten angegeben, *Magic Mushrooms* von drei Prozent, alle weiteren Substanzen (Ecstasy, Amphetamine, Kokain, Heroin) lagen unter einem Prozent. Die Werte für Cannabis liegen damit im Bereich der Erwartungen, die Prävalenz der anderen Substanzen ist im Vergleich zu anderen Schulerhebungen der letzten Jahre (vgl. Tabelle A2 im Anhang A) eher niedrig. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich die Erhebung ausschließlich auf einen ländlichen Raum bezieht. Rund ein Viertel der Cannabiserfahrenen haben Haschisch oder Marihuana bereits zehn Mal und häufiger konsumiert, alle anderen erfragten illegalen Drogen wurden meist nur einmal probiert. In einer vertiefenden Analyse fanden sich signifikante Korrelationen zwischen Drogenerfahrungen und Affinität zu riskanten Freizeitaktivitäten (wie Canyoning, Rafting, Bungee-Jumping), kritischen Lebensereignissen (Schulwechsel, Wiederholung einer Schulklasse, Verlust naher Freunde, längere Arbeitslosigkeit, etc.), aktuellen Problemen (Langeweile, zu wenig Geld, Spannungen mit Erwachsenen, Überforderung durch die Schule, etc.) und sozial unerwünschten Verhaltensweisen (Schule schwänzen, stehlen, Sachbeschädigung, etc.; vgl. auch Kap. 13.1). Die Autorin weist aber darauf hin, dass diese Zusammenhänge keine Aussagen über Ursache und Wirkung zulassen.

Pfefferkorn-Tschaler (2005) erhob weiters auch die Gründe für den Konsum von illegalen Drogen. Der Erstkonsum erfolgt bei fast allen Substanzen mit großer Mehrheit aus Neugier, weitere Motive waren die Suche nach neuen Erfahrungen und einfach high sein wollen oder mehr Spaß haben. Problemverdrängung war hingegen nur für vier Prozent mit ein Grund für

den Konsum. Zwei Drittel meinten weiters, dass sie vom Erstkonsum nichts hätte abhalten können. Für den aktuellen Konsum ist vor allem Spaß und Genuss ausschlaggebend. Wesentliche Gründe, den Konsum zu beenden, wären die Verschlechterung des körperlichen bzw. psychischen Wohlbefindens und konsumbedingte Probleme (Führerschein, Polizei/Gericht, Eltern).

Aus NÖ wird seitens regionaler Drogenfachleute darüber berichtet, dass eine steigende Tendenz zum Experimentieren mit Naturdrogen zu verzeichnen ist. Im Bereich der mobilen Jugendarbeit wurde weiters festgestellt, dass neben dem weiterhin dominanten Wochenendkonsum illegaler Drogen zunehmend auch vermehrt unter der Woche konsumiert wird und der Konsum insgesamt szeneeunabhängiger wird und weniger versteckt erfolgt. Generell wird der auch aus den Ergebnissen der ESPAD-Studie (siehe oben) gezogene Schluss, dass Cannabis für Jugendliche eine Alltagsdroge ist, bestätigt (Itzenthaler, persönliche Mitteilung).

## **2.3 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen**

Bezüglich des Drogenkonsums in spezifischen Gruppen (wie Grundwehrdiener, ethnische Minderheiten, Zuwanderer, etc.) liegen für Österreich bisher ausschließlich Daten aus Projekten vor, die sich mit spezifischen Jugendszenen befassen. Diese sind im Schwerpunktkapitel „Drogengebrauch im Freizeitbereich“ (Kapitel 13) ausführlich dargestellt.

## 3 Prävention

Die Umsetzung von präventiven Maßnahmen erfolgt in Österreich im Einklang mit dem fachlichen Konsens zum Großteil auf lokaler bzw. regionaler Ebene, wobei die auf Länderebene angesiedelten Fachstellen für Suchtprävention eine zentrale Rolle einnehmen. Dabei wird großer Wert auf die Unterscheidung von Primär- und Sekundärprävention gelegt: Primärprävention (= allgemeine Prävention) richtet sich auf die Verhinderung der Entstehung von Sucht bei Personen, die keiner besonderen Risikogruppe zugeordnet werden und bei denen ein Drogenproblem bisher nicht aufgetreten ist. Entsprechende Maßnahmen schließen häufig an das Konzept der Gesundheitsförderung bzw. das Konzept der Lebenskompetenz (Life-Skill-Ansatz) an und verwenden verschiedenste pädagogische Methoden (z. B. Theaterpädagogik, Peer Education). Sekundärprävention (= selektive Prävention) wendet sich an definierte Risikogruppen und an Personen, bei denen bereits Probleme vorliegen, aber noch nicht voll ausgebildet sind. Entsprechende Maßnahmen orientieren sich an den spezifischen Bedürfnissen dieser Gruppen. Die Zielgruppe sekundärpräventiver Aktivitäten sind in erster Linie Jugendliche. Anfang der 1990er-Jahre wurde mit der Etablierung der Fachstellen für Suchtprävention die Primärprävention professionalisiert. In den letzten Jahren liegt der Fokus auf einer Intensivierung der Primärprävention und einem Ausbau der Sekundärprävention.

Die in diesem Bericht angeführten Aktivitäten und weitere sind größtenteils auf den Websites bzw. in den Jahresberichten und Newsletters der Fachstellen bzw. weiterer relevanter Einrichtungen dargestellt (siehe Quellenverzeichnis).

### 3.1 Allgemeine Prävention

Die Primärprävention hat einen großen Stellenwert in Österreich, es gibt eine Fülle von Maßnahmen, die in diesem Bericht nur beispielhaft erwähnt werden können. Einen wesentlichen Rahmen für suchtpreventive Maßnahmen bietet die **Schule**, wobei der Schwerpunkt auf Primärprävention liegt. Suchtprävention wird als Teil der Gesundheitsförderung verstanden und ist dementsprechend im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitsförderung gesetzlich verankert. Präventionsmaßnahmen an Schulen sollen unter Einbindung der gesamten Schulgemeinschaft sowie der regionalen suchtspezifischen Fachleute umgesetzt werden. In diesem Sinne werden österreichweit Suchtpräventionslehrgänge für Lehrerinnen und Lehrer sowie Fortbildungsveranstaltungen zu „Step by Step“ bzw. „Eigenständig werden“ angeboten. In Graz (Steiermark) beispielsweise wurden die Fortbildungsveranstaltungen zu „Step by Step“ im Schuljahr 2004/2005 abgeschlossen, 65 Prozent aller angeschriebenen Grazer Schulen haben sich daran beteiligt. Die Evaluation (vgl. EDDRA) zeigte, dass klare Handlungsmodelle mehr Sicherheit im Umgang mit suchtgefährdeten Jugendlichen bewirken, die Umsetzung jedoch sehr vom Informationsfluss bzw. von Konflikten innerhalb der Schulgemeinschaft abhängt. Die Zuweisungen nach § 13 SMG an die Drogenberatungsstellen sind in der Folge angestiegen. Im Herbst 2004 wurde mit Schulungen in den Bezirken Leoben und Bruck begonnen, um das Projekt in der Steiermark flächendeckend einzusetzen. Die neue burgenländische Fachstelle für Suchtprävention (vgl. Kap. 1.2) plant als Pilotprojekt die

Schulung der Lehrerinnen und Lehrer der HTBLA in Eisenstadt (Siegl, persönliche Mitteilung).

Neben diesen Fortbildungsveranstaltungen bieten die Fachstellen Basisinformation zu Suchtprävention sowie einen Überblick über entsprechende Unterrichtsmaterialien, Modelle und Projekte an. Ziel dieser Bestrebungen ist es, neben einer Orientierungshilfe zu den verschiedenen Angeboten Schulen zu suchtpreventiven Aktivitäten zu motivieren. Beispiele dafür sind die „Pädagogischen Konferenzen“ von Akzente Salzburg, die Kurzveranstaltungen „Suchtprävention aus einer Hand“ von kontakt+co (Tirol) - die aufgrund der großen Nachfrage im Schuljahr 2005/2006 ausgeweitet werden sollen - und die Broschüre „Illegaler Suchtmittelkonsum an Schulen - Helfen statt Strafen“ der Drogenberatung des Landes Steiermark. Die Erfahrungen aus NÖ zeigen, dass zwar viele Schulen über das Thema Sucht inzwischen besser informiert sind, das Lehrpersonal sich dennoch immer wieder überfordert fühlt (Lesnik, persönliche Mitteilung). Generell wächst jedoch das Interesse der Schulen an Präventionsveranstaltungen sowie die Bereitschaft, einen finanziellen Beitrag dafür zu leisten.

In Vorarlberg sind aufgrund der Bezirkskonferenzen von Supromobil (vgl. Kap. 3.2, 13.2 und ÖBIG 2004a) etliche Projekte zur Förderung der Klassengemeinschaft bzw. zur Veränderung der Schule als Ganzes entstanden (z. B. BG Dornbirn-Schoren). Das Pilotprojekt „troubleshoot“ von kontakt+co (Tirol), hat die Prävention selbstschädigenden Verhaltens durch soziales Lernen zum Ziel und setzt ebenfalls bei der Klassengemeinschaft (9. Schulstufe) an. Dazu werden in Schulklassen Vertrauensschülerinnen und -schüler ausgebildet, die bei Problemen an Beratungsstellen weitervermitteln. Das Projekt wurde aufgrund von Erfahrungen in fünf Testschulen adaptiert und wird ab dem Schuljahr 2005/2006 unter dem Titel „KLASSE!“ tirolweit eingesetzt. Die Salzburger Projekte „100% von mir“ und „3 Wochen ohne“ haben Genussfähigkeit zum Thema. Während Genuss im ersten Fall im Zusammenhang mit Grenzerfahrung und Risikoverhalten behandelt wird, geht es beim zweiten Projekt um die Fähigkeit zum Verzicht (vgl. Kap. 13.1). In NÖ wird ein neues Mitspieltheater zur Suchtvorbeugung für Volksschulen erarbeitet („Traust du dich?“) und im Herbst 2005 bei einer Tagung präsentiert (Itzenthaler, persönliche Mitteilung). Nachdem sich gezeigt hat, dass es Jugendlichen oft leichter fällt, mit - von Veranstaltungen her - bekannten Beraterinnen und Beratern in Kontakt zu treten, führen Drogenberatungsstellen ebenfalls suchtpreventive Aktivitäten in Schulen durch (z. B. die Salzburger Drogenberatungsstelle „Jugendhilfsdienst“).

Im Bereich **Kindergarten** liegt der Schwerpunkt nach wie vor auf Fortbildungsmaßnahmen, der Bereitstellung von Informationsmaterial sowie Elternarbeit. Zur Erweiterung der präventiven Handlungskompetenzen von Eltern von Kindergartenkindern wird beispielsweise in NÖ das eineinhalbtägige Seminar „Süchten Grenzen setzen - von Anfang an“ angeboten.

Präventionsmaßnahmen für die Zielgruppe **Eltern** bestehen vor allem aus Informationsabenden und höherschwelligeren Workshops zum Thema Suchtprävention und deren Möglichkeiten im Lebensalltag. Die Auseinandersetzung mit Schutzfaktoren, Aufwuchsbedingungen, Erwartungen und Werten von Eltern und anderen Bezugspersonen sowie Kommunikation stehen im Allgemeinen im Vordergrund. So wurden z. B. im Rahmen des EU-Projektes „Generation E“ (vgl. EDDRA) für Eltern die Workshops „Herausforderung Pubertät“, „Elternthema Essstörungen“ sowie die „Werkstatt für betriebliche Elternarbeit“ entwickelt. kontakt+co hat gemeinsam mit Beratungsstellen und Exekutive im Bezirk Schwaz (Tirol) ein Pi-

lotmodell für Informationsveranstaltungen für Eltern entwickelt. Aufgrund der positiven Erfahrungen soll das Modell ausgebaut und auch in anderen Bezirken Tirols eingesetzt werden.

Ein weiterer Schwerpunkt in Österreich sind suchtpreventive Maßnahmen in **Betrieben**. In diesem Zusammenhang sind Lehrlinge eine wesentliche Zielgruppe. Ein Schwerpunkt sind wiederum Fortbildungsmaßnahmen für Lehrlingsausbilderinnen und -ausbilder, z. B. ein Basis- und Gesprächstraining für die Gemeinde Wien (MA 2) und das BFI (FSW 2005a). Direkt an Lehrlinge richtet sich z. B. das Projekt „G’sunde Lehrlinge an der Berufsschule“ des ISP Wien, in dessen Rahmen bei den AK-Infotagen zum Thema Sucht informiert wurde (FSW 2005a). Eine Exkursion an das Institut für Suchtprävention (OÖ) verbunden mit einem kurzen Workshop soll zur Sensibilisierung hinsichtlich der Sucht- und Drogenthematik beitragen. In Salzburg wurde auf Basis der Ergebnisse einer Erhebung in Berufsschulen ein Projekt zur Suchtprävention bei Lehrlingen erarbeitet und bereits teilweise umgesetzt (Schabus-Eder, persönliche Mitteilung). Dieses Projekt setzt in den Betrieben, den Berufsschulen und den angeschlossenen Berufsschulheimen an und soll einerseits den bewussten Umgang mit Suchtmitteln fördern, andererseits unterstützende Maßnahmen für gefährdete Lehrlinge bereitstellen. In NÖ werden von der Jugendberatungsstelle Auftrieb und der Fachstelle für Suchtvorbeugung kontinuierlich Suchtpräventionsveranstaltungen (u. a. ein Theaterpädagogischer Workshop) in der Landesberufsschule für Tourismus durchgeführt, da diese Lehrlinge berufsbedingt besonders suchtgefährdet sind. Betriebliche Suchtprävention war darüber hinaus der Schwerpunkt der jährlichen Fachtagung der ARGE Suchtprävention im Herbst 2004.

In der **außerschulischen Jugendarbeit** liegt, wie auch bei den Lehrlingen, häufig eine Mischung aus primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen vor (vgl. Kap. 3.2), da in diesem Alter davon ausgegangen werden kann, dass Jugendliche mit Drogen experimentieren (ÖBIG 2001). Die Evaluation des Präventionsprojektes der Fachstelle VIVID (Steiermark) mit dem steirischen Fußballverband zeigte das große Interesse der Trainer an der Umsetzung von präventiven Maßnahmen (vgl. EDDRA). Aufgrund der Ergebnisse wurde eine inhaltliche Adaptierung vorgenommen, indem mehr auf sekundärpräventive Aspekte und konkrete Umsetzungsmöglichkeiten eingegangen wird. Viele Aktivitäten der Fachstellen für Suchtprävention zielten im Berichtszeitraum darauf ab, Unterstützung bei der Entwicklung und Umsetzung von suchtpreventiven Projekten in der außerschulischen Jugendarbeit zu leisten. So bietet z. B. VIVID einen Methodenkoffer „High genug?“ an, der neben Informationen zu Substanzen, Süchten, pädagogischen Möglichkeiten und Grenzen, Arbeitsmaterialien sowie Projektideen auch Best Practice Beispiele für suchtpreventive Projektarbeit enthält. Daneben bietet VIVID auch Praxisberatung und -begleitung an, um bei der Erarbeitung von wirksamen und auf die jeweilige Einrichtung abgestimmten Maßnahmen zu unterstützen. Im Rahmen der „b.yourself“-Angebote werden von kontakt+co (Tirol) Kartenspiele zu Alltagsgewohnheiten und Rollenverhalten, Anleitungen zu Rollenspielen sowie das Forumtheater „Act it“ angeboten. Die Mietbar „Barfuss“ (OÖ) wurde im Jahr 2004 mit einem jugendgerechten Design versehen und hat im Juni 2005 den Kinderschutzpreis erhalten.

Deutlich zugenommen haben in den letzten Jahren in Österreich Aktivitäten bezüglich **gemeindeorientierter Suchtprävention** (vgl. Structured Questionnaire 25). In der Steiermark gibt es eine ganze Reihe von gemeindenahen Suchtpräventionsprojekten (z. B. „Jugend ohne Grenzen?! Mladi brez meja?!“ im Bezirk Radkersburg, „Lebensgenuss an der Mur“ im Be-

zirk Bruck an der Mur und „Sehnsucht“ in Graz und Umgebung), in deren Rahmen unter anderem Aktivitäten für Eltern gesetzt wurden (Elternabende, Elterncafès, Workshops, Arbeitsgruppentreffen, Ideenwerkstatt). In Salzburg fand im Rahmen des Interreg-Projektes „Guat beinand“ im Juni 2005 eine Tagung zu den präventionsspezifischen Facetten des Nahumfeldes der Gemeinde statt. Die neuen Angebote für die Arbeit in Gemeinden in NÖ (ÖBIG 2004a) beinhalten einen Infostand, der bei Gesundheitstagen und -messen und Informationsveranstaltungen eingesetzt wird, sowie einen Gemeindevortrag zu den Grundlagen des Themas Sucht und einen Gemeinde-Workshop, der auf die Bedürfnisse der Menschen in Gemeinden eingeht. Für den Raum Krems (NÖ) wird ein flächendeckendes Gesamtkonzept erarbeitet. Ziel sind unter anderem der Ausbau der neu eröffneten Jugendberatungsstelle auf den Schwerpunkt Suchtpräventionsvernetzungsstelle und Suchtberatung sowie flächendeckende Angebote in Kindergärten, Schulen, Elternarbeit, etc. (Leoni-Holzinger, persönliche Mitteilung). Schließlich gibt es viele Vernetzungsbestrebungen gekoppelt mit Aus- und Fortbildungsmaßnahmen, wie z. B. das Bildungsnetzwerk Vorarlberg für alle Personen, die sich mit Gesundheitsförderung befassen bzw. Gesundheitsförderungsprojekte (mit)gestalten (Universitätsinstitut für Suchtforschung 2004).

## 3.2 Selektive Prävention

Zielgruppenspezifische Suchtprävention findet sich in Österreich vor allem im Freizeitbereich (vgl. Structured Questionnaire 26) mit dem Ziel der Vermittlung eines kritischen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz). Der Schwerpunkt lag im Berichtszeitraum wiederum auf Fortbildungsmaßnahmen für die **außerschulische Jugendarbeit**, ein Bereich, in dem es zu Überschneidungen von Primär- und Sekundärprävention kommt (vgl. Kap. 3.1), aber auch auf Vernetzungsbemühungen. So wurde z. B. in Wien vom Institut für Suchtprävention (ISP) gemeinsam mit dem wienXtra-Institut für Freizeitpädagogik der erste Kurzlehrgang „Suchtprävention in der außerschulischen Jugendarbeit“ (ÖBIG 2004a) durchgeführt und mit einer Fachtagung zum Thema „Suchtprävention in der Jugendarbeit“, zu der Personen aus Jugendarbeit, Jugendwohlfahrt und Drogenhilfe geladen waren, beendet. Das Projekt „Steps for You(th)“ (NÖ) bietet drei Fortbildungsmodule für die außerschulische Jugendarbeit an, mit den Inhalten Grundlagen der Suchtvorbeugung, inhaltliche und methodische Möglichkeiten sowie Umgang mit konsumierenden Jugendlichen. In einigen Bundesländern wurden Fortbildungen zur Motivierenden Kurzintervention (MOVE) bei konsumierenden Jugendlichen veranstaltet. In Graz (Steiermark) wird neben der Ausbildung zum Thema „Suchtkompetentes Jugendcoaching“ von der Drogenberatungsstelle eine Kompetenzgruppe organisiert. Diese hat den Austausch zum Thema Sucht und die Besprechung von konkreten Fallgeschichten zum Ziel und richtet sich an Personen aus der Jugendwohlfahrt und der Suchthilfe. Für das Grazer Jugendamt wurde weiters eine Broschüre zum Thema „Drogenkonsum - Jugendliche - Familie“ zusammengestellt, die das Jugendamt bei Entscheidungen hinsichtlich Hilfestellung, Kindesabnahme, etc. unterstützen soll. In NÖ lag ein Schwerpunkt im Berichtszeitraum auf dem Ausbau der außerschulischen Jugendarbeit (Itzenthaler, persönliche Mitteilung), unter anderem wurde die mobile Jugendarbeit „See you“ wieder eröffnet (Leoni-Holzinger, persönliche Mitteilung).

Die Aktivitäten der Vorarlberger Sekundärpräventionsstelle „Supromobil“ bestehen unter anderem aus Beratung und Coaching für Einrichtungen, die mit Jugendlichen in Kontakt stehen, Vermittlung von Jugendlichen zur weiterführenden Beratung und Behandlung, Informationsveranstaltungen für Jugendliche und Krisenmanagement (vgl. Kap. 13). Im Berichtszeitraum wurde weiterhin an einer Regionalisierung der Hilfe und dem Aufbau von Vernetzungsstrukturen gearbeitet. Visionquests (ÖBIG 2004a) werden inzwischen nicht nur für Jugendliche sondern auch für Erwachsene angeboten. Weiters wurde die Umsetzung von, bei den ersten Bezirkskonferenzen entwickelten, Projektideen wie z. B. eine Informationsplattform über die Angebote der Drogenhilfe in Bludenz sowie Freizeitaktivitäten und Hilfe für jugendliche Randgruppen in Dornbirn unterstützt.

Als eine spezifische Risikogruppe gilt nach wie vor die **Rave-Szene**. MDA basecamp (vgl. Kap. 11.2 und 13.2) bietet seit Februar 2005 eine anonyme, vertrauliche und kostenlose Online-Beratung an, die unter [www.onlinedrogenberatung.at](http://www.onlinedrogenberatung.at) zugänglich ist. Die im Jahr 2004 von der MDA-basecamp-Zentrale durchgeführten Beratungs- und Informationsgespräche gingen zu 43 Prozent von Betroffenen und zu 57 Prozent von Angehörigen aus (MDA basecamp 2005). Ein Viertel der Kontakte am MDA-basecamp-Stand zählte zu den verbindlichen Kontakten im Sinne von konkreter Beratung und Aufklärung. ChEck iT! (vgl. Kap. 13) hat im Jahr 2005 das Rechtsberatungsangebot erweitert, ein Jurist steht nun wöchentlich eine Stunde für drogenspezifische Rechtsfragen zur Verfügung.

Eine wichtige sekundärpräventive Aufgabe der ambulanten Einrichtungen ist die Beratung von **Betroffenen und Angehörigen**. Der steirische Verein b.a.s. hat im Berichtszeitraum den Schwerpunkt auf die Angehörigenarbeit gelegt, in den meisten Beratungsstellen werden nun Angehörigengruppen angeboten. Für Herbst 2005 ist eine steiermarkweite Informationswoche für Angehörige und Menschen aus dem Umfeld von Suchtkranken und -gefährdeten geplant. Die Angebote des Vereins stehen nicht nur den Angehörigen sondern auch Personen aus dem Umfeld der Betroffenen (z. B. Kolleginnen und Kollegen) zur Verfügung. Der Verein Angehörige Drogenabhängiger hat weiters eine Angehörigenhotline installiert. In Tirol fand im Juni 2005 die 1. Tiroler Suchttagung mit dem Schwerpunkt Angehörigenarbeit und dem Ziel der Weiterbildung und Vernetzung statt.

**Sozial Benachteiligte** sind die Zielgruppe des Vorarlberger Gesundheitsförderungsprojektes „Nicht reich aber gesund“ der IfS Familienhilfe Feldkirch (Universitätsinstitut für Suchtforschung 2004). Dabei sollen Themen wie Bewegung, Sucht, Ernährung, Sexualität und Gewalt den von der IfS-Familienarbeit betreuten Familien über neue Wege näher gebracht werden. Durch kreatives Gestalten, tänzerischen Ausdruck und bei Outdoorveranstaltungen werden wichtige, präventiv wirkende Kompetenzen wie Selbstaussdruck, -erfahrung und -vertrauen vermittelt. In OÖ veranstaltet das Institut für Suchtprävention unter dem Titel „Talk about...“ Kurzworkshops zum Thema Konsum, Genuss und Rausch für Jugendgruppen aus Sozialeinrichtungen und sozialpädagogischen Instituten.

**Migrantinnen und Migranten** der zweiten und dritten Generation waren Zielgruppe etlicher Aktivitäten in Steyr (OÖ). Neben der Information von Entscheidungsträgern und der Suche nach Projektpartnern wurden Informationsmaterialien in mehrere Sprachen übersetzt. Der ÖVDF hat einen Elternfolder zum Konsum verschiedener Substanzen und dem Umgang mit Konsumierenden erstellt und inzwischen in zehn Sprachen übersetzt.

In Salzburg sollen, ausgehend von einer Initiative des regionalen Präventionskoordinierungsgremiums im Flachgau, für **Kinder aus suchbelasteten Familien** Maßnahmen erarbeitet werden. Dazu gehören die Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit und die Erstellung von Leitlinien für den Umgang mit dieser Problematik. In Graz kooperiert die Drogenberatung des Landes Steiermark mit den Jugendwohlfahrtsträgern hinsichtlich suchtkranker Eltern mit minderjährigen Kindern. Diese Kooperation soll durch gezielte Unterstützungsmaßnahmen dazu beitragen, einer Fremdunterbringung und eventuellen problematischen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken.



## 4 Problematischer Drogenkonsum

Unter „problematischem Konsum“ verstehen wir den häufigeren Gebrauch „harter Drogen“ (vor allem Opiate, Kokain), der oft mit Abhängigkeit und gesundheitlichen, sozialen und rechtlichen Folgen (vgl. auch Kap. 6 und 8) einhergeht. Es ist aber zu berücksichtigen, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen an sich problematisch oder unproblematisch sind. Problematischer Konsum kann sich daher auch bei anderen Drogen finden.

Traditionell spielt der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten, die häufig intravenös (i.v.) konsumiert werden, in Österreich eine zentrale Rolle. In den letzten Jahren lässt sich eine Entwicklung in Richtung verbreiteter Substanzmuster im Rahmen dieses polytoxikomanen Konsums feststellen. Auch der i.v. Konsum von Kokain in der Straßenszene in Form des exzessiven Konsums über Wochen (KokaRun) hat verstärkte Relevanz gewonnen (VWS 2005a).

Eine Prävalenzrate von 20.000 bis maximal 30.000 Personen mit problematischem Opiatkonsum - in den meisten Fällen vermutlich im Rahmen des polytoxikomanen Konsums - ist für Gesamtösterreich plausibel (vgl. Kap. 4.1). Allerdings sind Prävalenzschätzungen des problematischen Drogenkonsums auf Grund ihrer Komplexität mit einer Reihe von methodischen Problemen verbunden, die ihre Aussagekraft stark einschränken (vgl. ausführlich: ÖBIG 2003). Die Ergebnisse stellen daher immer nur grobe Annäherungen dar und müssen vorsichtig interpretiert werden.

Die bereits im Drogenbericht 2004 (ÖBIG 2004a) angeführte Schwierigkeit der Abgrenzung von Experimentierkonsum vom problematischen Drogenkonsum besteht weiterhin. Zum Experimentierkonsum ist anzumerken, dass aus einigen Bundesländern von riskanten Konsummustern teilweise mit gleichzeitigem Konsum mehrerer Substanzen unter Jugendlichen berichtet wird (vgl. Kap. 2.2 und 13.1). Da wissenschaftliche Analysen in diesem Bereich größtenteils fehlen, wird eine Abgrenzung von problematischem Konsum und Experimentierkonsum immer schwieriger.

### 4.1 Prävalenz- und Inzidenzschätzungen

Wissenschaftliche Schätzungen zur Prävalenz des problematischen Konsums liegen in Österreich nur für Opiate bzw. den polytoxikomanen Konsum mit Beteiligung von Opiaten vor. Die aktuellsten derzeit verfügbaren Zahlen (siehe oben) betreffen das Jahr 2002 und wurden im Bericht zur Drogensituation 2003 (ÖBIG 2003) bereits ausführlich dargestellt (vgl. Standard Table 7). Für das Capture-Recapture-Verfahren, auf dem die Prävalenzschätzung beruht, wurden Daten zu Substitutionsbehandlungen und opiatbezogenen Anzeigen verwendet. Eine Zusatzstudie zu einigen methodischen Problemen, die mit der Datenqualität der verwendeten Quellen in Verbindung stehen, wurde 2004/2005 durchgeführt. Die Ergebnisse werden in das für Herbst 2005 geplante Update der vom ÖBIG in seiner Funktion als REITOX Focal Point durchgeführten Prävalenzschätzung einfließen.

## 4.2 Charakteristika und Konsummuster

Aufgrund des Fehlens einer einheitlichen Datenerfassung sind aus dem **Behandlungsbereich** weiterhin nur wenige, eingeschränkt interpretierbare Daten verfügbar. An der Umsetzung des österreichweiten Behandlungsberichtswesens (DOKLI) wird derzeit intensiv gearbeitet. Im Rahmen dieses vom BMGF in Auftrag gegebenen und finanzierten Dokumentationssystems werden österreichweit aggregierte, den EBDD-Dokumentationsstandards entsprechende Daten zu Klientinnen und Klienten der Einrichtungen der Drogenhilfe zentral am ÖBIG gesammelt und ausgewertet (Details siehe <http://tdi.oebig.at>). Die Implementierung unter Beteiligung eines Großteils der österreichischen Drogeneinrichtungen wird Ende 2005 abgeschlossen sein. Erste Jahresauswertungen sind damit für Daten des Jahres 2006 möglich.

Aktuelle Daten für Wien basierend auf der vom Wiener Arbeitskreis Dokumentation erarbeiteten Basisdokumentation (BADO) liegen für das Jahr 2003 vor (IFES 2004b). Die auswertbaren Daten beziehen sich auf insgesamt 3.477 Klientinnen und Klienten, die sich im Jahr 2003 in einem Betreuungsverhältnis in einer von 24 Einrichtungen der Drogenhilfe in Wien befanden. Unter Betreuung werden mindestens drei Kontakte, die zeitlich jeweils nicht länger als drei Monate auseinander liegen dürfen, oder eine stationäre Aufnahme, verstanden. Zur Datenqualität ist anzumerken, dass 1.977 Datensätze aufgrund einer zu großen Anzahl von fehlenden Angaben aus der Auswertung ausgeschlossen werden mussten. Da auch bei den in der Auswertung verbliebenen Daten unterschiedlich viele fehlende Angaben vorliegen, werden in der Folge in Klammern die Grundgesamtheiten angegeben, auf die sich die jeweiligen Prozentwerte beziehen. Die referierten Auswertungen betreffen nur Klientinnen und Klienten der Einrichtungen der Drogenhilfe. Aus diesem Grund hat die folgende Darstellung nur für jenen Teil der Personen mit Drogenproblemen Aussagekraft, der dieses System in Anspruch nimmt.

31 Prozent der betreuten Klientel ist weiblich ( $n = 3.477$ ). 45 Prozent der Klientinnen und Klienten sind zwischen 21 und 30 Jahre alt, 17 Prozent unter 21 Jahre, 27 Prozent 31 bis 40 Jahre und elf Prozent älter als 40 Jahre ( $n = 3.409$ ). Während bei den Frauen 26 Prozent unter 21 Jahre alt sind, beträgt der Anteil der unter 21-Jährigen bei den Männern nur 14 Prozent. 24 Prozent der Klientel haben zumindest ein Kind ( $n = 2.242$ ). Etwa die Hälfte der Befragten verfügt maximal über einen Hauptschulabschluss oder den Abschluss des Polytechnikums und nur 14 Prozent haben einen höheren Schulabschluss (berufsbildende höhere Schule oder AHS;  $n = 1.996$ ).

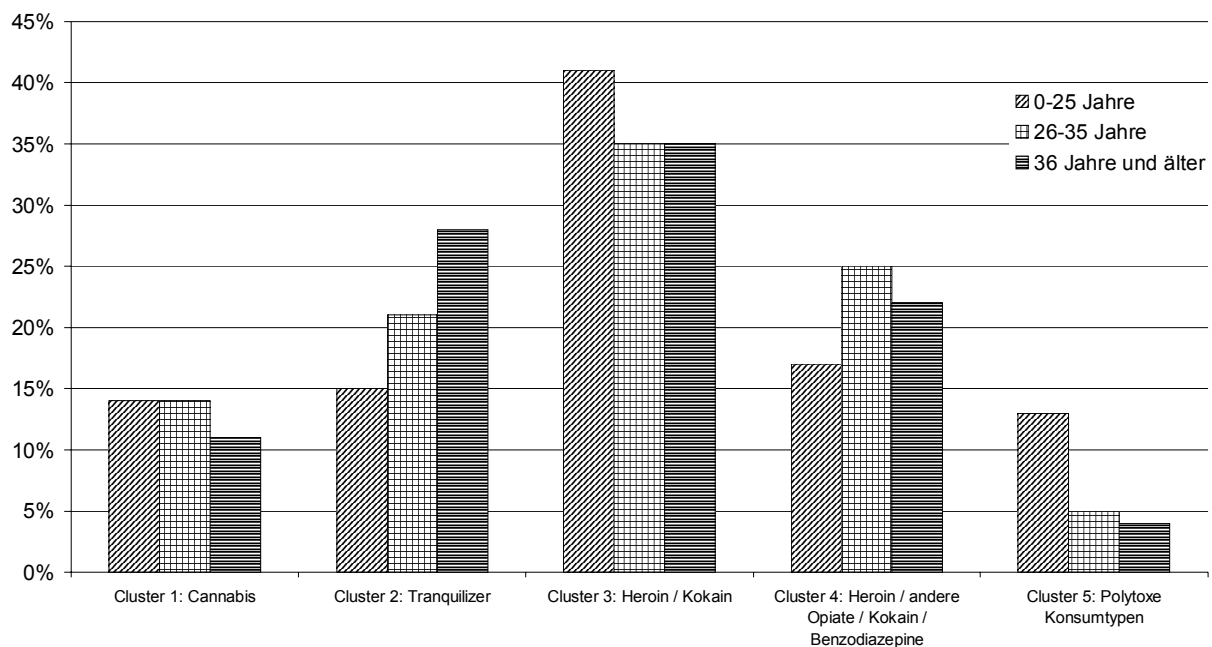
Bei 44 Prozent der Klientel handelt es sich um eine erstmalige Betreuung in einer Einrichtung der Drogenhilfe, 56 Prozent wurden bereits mindestens einmal in einer solchen Einrichtung betreut ( $n = 1.889$ ). 36 Prozent befanden sich aktuell in Substitutionsbehandlung ( $n = 3.103$ ).

Die referierten Zahlen entsprechen in etwa den Ergebnissen der BADO-Auswertung 2002 (IFES 2003). Bei den meisten Angaben ist aber eine wesentliche Verbesserung der Datenqualität (weniger fehlende Angaben) zu beobachten.

Erstmals wurden 2004 auch Analysen zu den Drogenkonsummustern durchgeführt. Eine Clusteranalyse jener 587 Personen, von denen brauchbare Daten zum Drogenkonsum vorlag, ergab fünf Cluster (vgl. Abb. 4.1 und Abb. 11.1). Personen des Clusters „Cannabis“ konsumieren vorwiegend Cannabis. Vereinzelt werden zusätzlich in geringem Ausmaß auch an-

dere Drogen genommen. Dem Cluster „Tranquilizer“ wurden Personen mit starkem Konsum von Benzodiazepinen und mit zusätzlicher Affinität zu anderen Beruhigungs- und Schlafmitteln sowie zu Opiaten und Substitutionsmitteln zugeordnet. Fallweise werden auch Cannabis und Kokain konsumiert. Frauen und ältere Personen sind in diesem Cluster überrepräsentiert (vgl. Abb. 4.1 und Abb. 11.1). Beim Cluster „Heroin/Kokain“ steht die Kombination von Heroin mit Kokain im Vordergrund. Zusätzlich werden Cannabis und Benzodiazepine in wahrnehmbarem Ausmaß konsumiert. Jüngere Frauen sind überdurchschnittlich häufig in diesem Cluster zu finden. Im Cluster „Heroin/andere Opiate/Kokain/Benzodiazepine“ sind Personen mit einem deutlich weiteren Substanzspektrum zu finden. Neben den genannten Substanzen wird auch Cannabis, allerdings in durchschnittlicher Häufigkeit konsumiert. Männer sind in diesem Cluster überrepräsentiert. Dem Cluster „Polytoxe Konsumtypen“ wurden Personen mit ausgeprägtem Konsum fast aller Substanzen zugeordnet. In dieser Gruppe sind jüngere Personen und Männer besonders häufig zu finden.

Abbildung 4.1: Drogenkonsummuster der Klientel der Einrichtungen der Wiener Drogenhilfe nach Altersgruppen, 2003



Anmerkung: Die Prozentsätze beziehen sich auf jene 587 Klientinnen und Klienten, von denen vollständige Informationen zum Drogenkonsum vorliegen.

Quelle: IFES 2004b

Einschränkend ist anzumerken, dass sich die Ergebnisse nur auf die Teilgruppe von Personen mit vollständigen Informationen zum Drogenkonsum beziehen (17 % der Gesamtgruppe der in der BADO erfassten Klientinnen und Klienten). Da anzunehmen ist, dass die Konsumproblematik und fehlende Angaben in der Drogenanamnese nicht unabhängig voneinander sind, kann die prozentuelle Verteilung der Cluster nur sehr eingeschränkt auf die Gesamtpopulation der Klientinnen und Klienten der Wiener Drogeneinrichtungen übertragen werden. Weiters ist zu bedenken, dass der Clusteranalyse der Konsum der einzelnen Substanzen in dichotomer Form (Konsum ja/nein) zugrunde gelegt und keine Differenzierung nach der Schwere der Konsumproblematik vorgenommen wurde. Dies führt möglicherweise zu einer Überschätzung der Anzahl von Substanzkombinationen.

Interessante Ergebnisse liefern auch die Auswertungen zur Art des aktuellen Konsums. Insgesamt liegen von 981 Personen Informationen zur Applikationsform mindestens einer der Drogen Heroin, andere Opiate bzw. Substitutionsmittel, Kokain und Amphetamine vor. 42 Prozent dieser Personen geben an, eine oder mehrere der genannten Drogen in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn intravenös konsumiert zu haben. Überraschend ist, dass als häufigste Applikationsform von Heroin „nasal“ genannt wird (47 % der 451 Personen mit Heroinkonsum in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn). Intravenösen Heroinkonsum geben 42 Prozent, Heroin zu rauchen zehn Prozent und orale Heroineinnahme ein Prozent an. Hier wären vertiefende Analysen notwendig, um zu eruieren, ob der nasale Konsum in erster Linie als Einstieg in den Heroingebrauch dient und später ein Umstieg auf intravenöse Applikation erfolgt, oder ob es Personen gibt, die Heroin ausschließlich sniffen.

Bei Kokain liegt der Anteil der Personen mit intravenösem Konsum mit 57 Prozent vor jenem der nasalen Applikation (40 %). Rauchen (2 %) und orale Einnahme (1 %) treten kaum auf (n = 349).

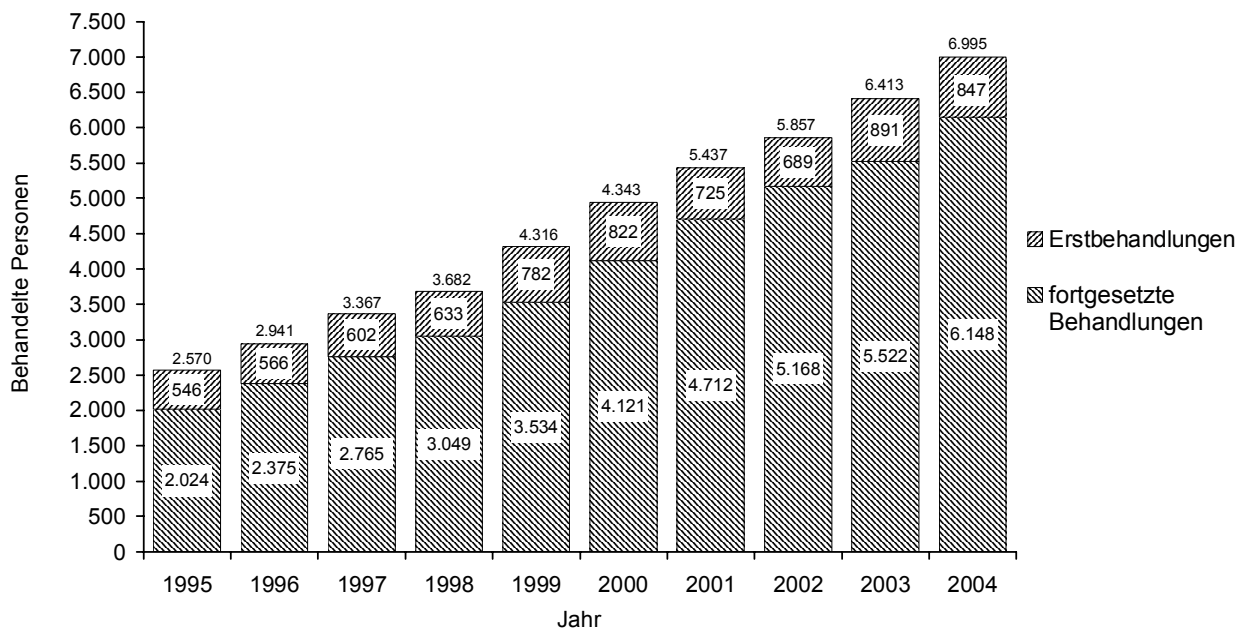
Das nationale Monitoring der **Substitutionsbehandlungen** wird vom BMGF wahrgenommen und basiert auf den Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Diese Meldungen sind nicht immer lückenlos und erfolgen oft nicht zeitgerecht (zur ausführlichen Beschreibung der Datenqualität siehe ÖBIG 2003), dennoch sind daraus grobe Eindrücke sowohl bezüglich der quantitativen Entwicklung als auch bezüglich der Charakteristika der Klientinnen und Klienten zu gewinnen (vgl. Standard Tables 3 und 4). Derzeit wird seitens des BMGF an einer Verbesserung des Monitorings gearbeitet.

Die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme dieser Behandlungsform zeigt sich an der jährlich steigenden Zahl der Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen. Die Anzahl der Erstbehandlungen (= Anzahl der Personen, die lebenszeitbezogen der erste Mal als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldet wurden) ist zwar 2004 im Vergleich zum Vorjahr etwas zurückgegangen, dennoch war 2004 nach 2003 die zweitgrößte Anzahl an Erstbehandlungen zu verzeichnen (vgl. Abbildung 4.2).

Wie Abbildung 4.3 zeigt, ist der Anstieg bei den Erstbehandlungen in den letzten Jahren in erster Linie auf die Altersgruppen bis 19 Jahre und 20 bis 24 Jahre zurückzuführen. Der Anteil dieser beiden Altersgruppen lag von 1995 bis 2000 zwischen 35 und 40 Prozent und ist dann bis 2003 kontinuierlich auf 54 Prozent angestiegen. 2004 betrug der Anteil dieser Altersgruppen 53 Prozent.

Einerseits kann dies als Indikator für eine leichtere Zugänglichkeit zur Substitutionsbehandlung für junge Personen mit Opiatkonsum interpretiert werden. Andererseits kann der Anstieg aber auch ein Hinweis auf eine steigende Prävalenz des (polytoxikomanen) Drogenkonsums mit Beteiligung von Opiaten sein. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass der Anstieg bei den Erstbehandlungen regional sehr unterschiedlich ist. Während beispielsweise in den letzten Jahren in Niederösterreich und der Steiermark der stärkste Anstieg zu verzeichnen ist, sind die Zahlen in Wien gesunken. In Vorarlberg ist nach einer leichten Abnahme der Zahl der Erstbehandlungen im Jahr 2004 wieder ein leichter Anstieg zu beobachten (BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen, vgl. Tab. A23 im Anhang A).

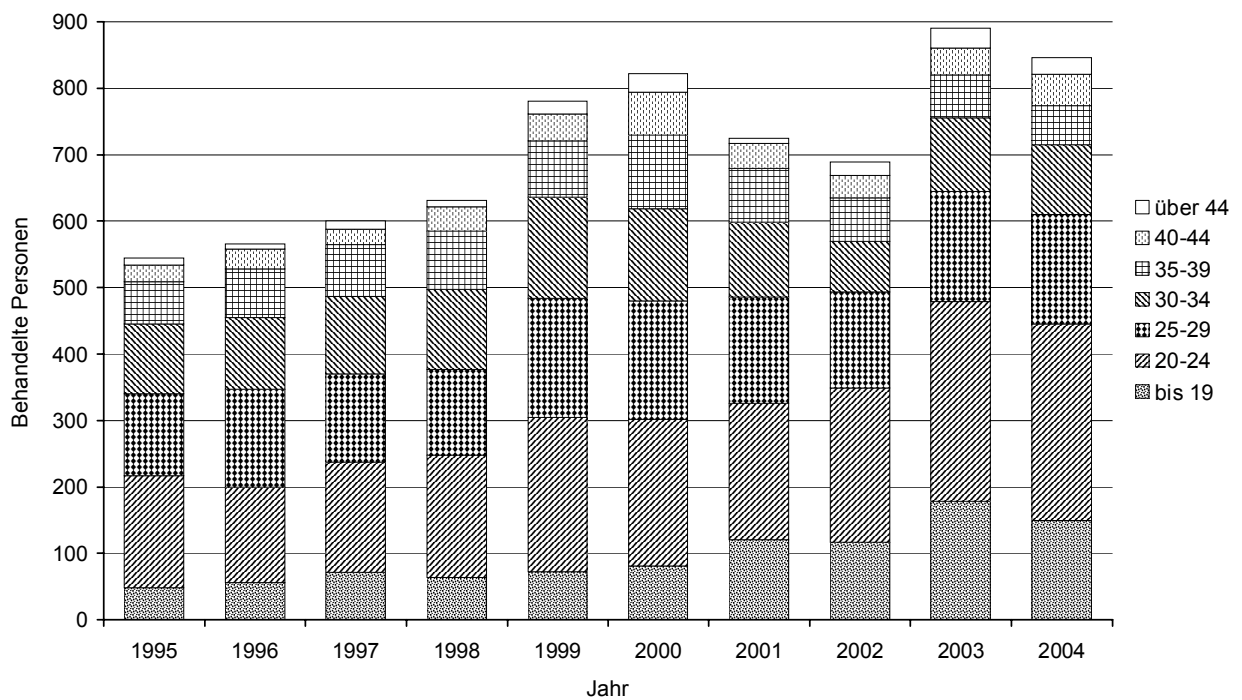
Abbildung 4.2: Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 1995 - 2004



Anmerkung: **Fortgesetzte Behandlungen** sind Behandlungen, die vor dem jeweiligen Jahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, welche früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren. **Erstbehandlung** bedeutet, dass die entsprechenden Personen bisher noch nie in Substitutionsbehandlung waren.

Quellen: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

Abbildung 4.3: Lebenszeitbezogen erstmalige Substitutionsbehandlungen nach Alter, 1995 bis 2004



Quellen: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

Geschlechtsspezifische Analysen zu den in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen finden sich in Kapitel 11.

Informationen zur oben bereits angesprochenen Vermischung von Experimentier- und Problemkonsum liefert auch die 2005 veröffentlichte Sekundäranalyse der Fragebogenstudien von ChEck iT!. Eine Clusteranalyse der Konsummuster ordnete 13 Prozent der auf Rave-Veranstaltungen befragten Jugendlichen einer Hochrisikogruppe mit polytoxikomanem Konsummuster zu (VWS 2005f und Eggerth et al. 2005, Details dazu siehe Kap. 13.1).

## 5 Drogenbezogene Behandlungen

In Österreich wird großer Wert auf die Diversifikation der Behandlungsmöglichkeiten gelegt. In diesem Sinne war im letzten Jahrzehnt im stationären Bereich eine Entwicklung von Langzeit- zu Kurzzeittherapie und generell eine Flexibilisierung der Therapieangebote durch den Aufbau von Modulsystemen, etc. zu beobachten. Diese Flexibilisierung hat zum Ziel, verstärkt auf die individuellen Bedürfnisse eingehen zu können. Die Diversifikation zeigt sich auch in der Substitutionsbehandlung, wo immer mehr Substanzen zur Verfügung stehen. Die Substitutionsbehandlung hat sich in Österreich zur zahlenmäßig wichtigsten Behandlungsform entwickelt, wobei es laufend Bestrebungen zur Verbesserung gibt.

Angebote zur drogenspezifischen Beratung, Betreuung und Behandlung (vgl. Structured Questionnaire 27) werden sowohl durch spezialisierte Einrichtungen als auch im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung (z. B. psychiatrische Krankenhäuser, psycho-soziale Dienste, niedergelassener Bereich) bereitgestellt. Diese Angebote umfassen - vor allem im ambulanten, zunehmend aber auch im stationären Bereich - sowohl abstinenzorientierte als auch substituierende Maßnahmen und sind daher nur bedingt eindeutig zuordenbar. Da das Ziel die Schaffung eines durchgängigen Betreuungsnetzwerks ist, beinhalten die meisten Angebote auch diverse Vorbereitungs- und Nachbetreuungs-, Freizeit- und Reintegrationsmaßnahmen (vgl. Kap. 9.1) sowie Maßnahmen für spezielle Zielgruppen (z. B. Jugendliche, Personen mit psychiatrischer Komorbidität). Informationen und Daten zu Beratungs- und Behandlungseinrichtungen finden sich auch im Kapitel 11.

### 5.1 Behandlungssysteme

Einrichtungen der drogenspezifischen Beratung, Betreuung und Behandlung finden sich in Österreich inzwischen fast flächendeckend (vgl. Karten 5.1 und 5.2). Einen Überblick über ambulante und stationäre Hilfseinrichtungen bietet der Österreichische Suchthilfekompass (<http://suchthilfekompass.oebig.at>), der vom ÖBIG im Auftrag des BMGF und in Kooperation mit dem Anton Proksch-Institut (API) geführt wird. Das Behandlungs- und Betreuungsangebot in Österreich wurde lange Zeit als ausreichend dimensioniert angesehen, in den letzten Jahren kommt es jedoch verstärkt zu Wartelisten bzw. Wartezeiten sowohl bei der Beratung (ÖBIG 2004a) als auch bei der Behandlung (vgl. Kap. 5.2). Die Beratungsstellen Leibnitz, Deutschlandsberg und Liezen in der Steiermark beispielsweise haben Wartezeiten von ca. drei Wochen für Erstgespräche (b.a.s. 2005). Aus Salzburg wird berichtet, dass alle Einrichtungen des Jugendhilfsdienstes zur Gänze ausgelastet sind (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2005). Neben den langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz (bis zu sechs Monate) wird aus NÖ von weiteren Problemen berichtet (Lesnik, persönliche Mitteilung). Die Möglichkeit eines ambulanten Entzuges bzw. einer Substitutionsbehandlung in der Region NÖ-Süd wird unter anderem aufgrund eines Mangels an substitutionsberechtigten Fachärztinnen und Fachärzten als unzureichend angesehen. Weiters wird kritisiert, dass die Möglichkeiten der Aufnahme und Behandlung von jungen Drogenkonsumierenden mit psychiatrischer Komorbidität in NÖ-Süd sehr begrenzt sind. Laut Itzenthaler (persönliche Mitteilung) werden jedoch die Entzugsbetten am Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten-Mauer aufgestockt.

In Wien ist eine zusätzliche Ambulanz (Dialog 10) des Vereins Dialog für die südlichen Wiener Gemeindebezirke und in Kärnten ein Ambulatorium in Villach für den Oberkärntner Raum in Vorbereitung (Dialog 2005; Prehslauer, persönliche Mitteilung).

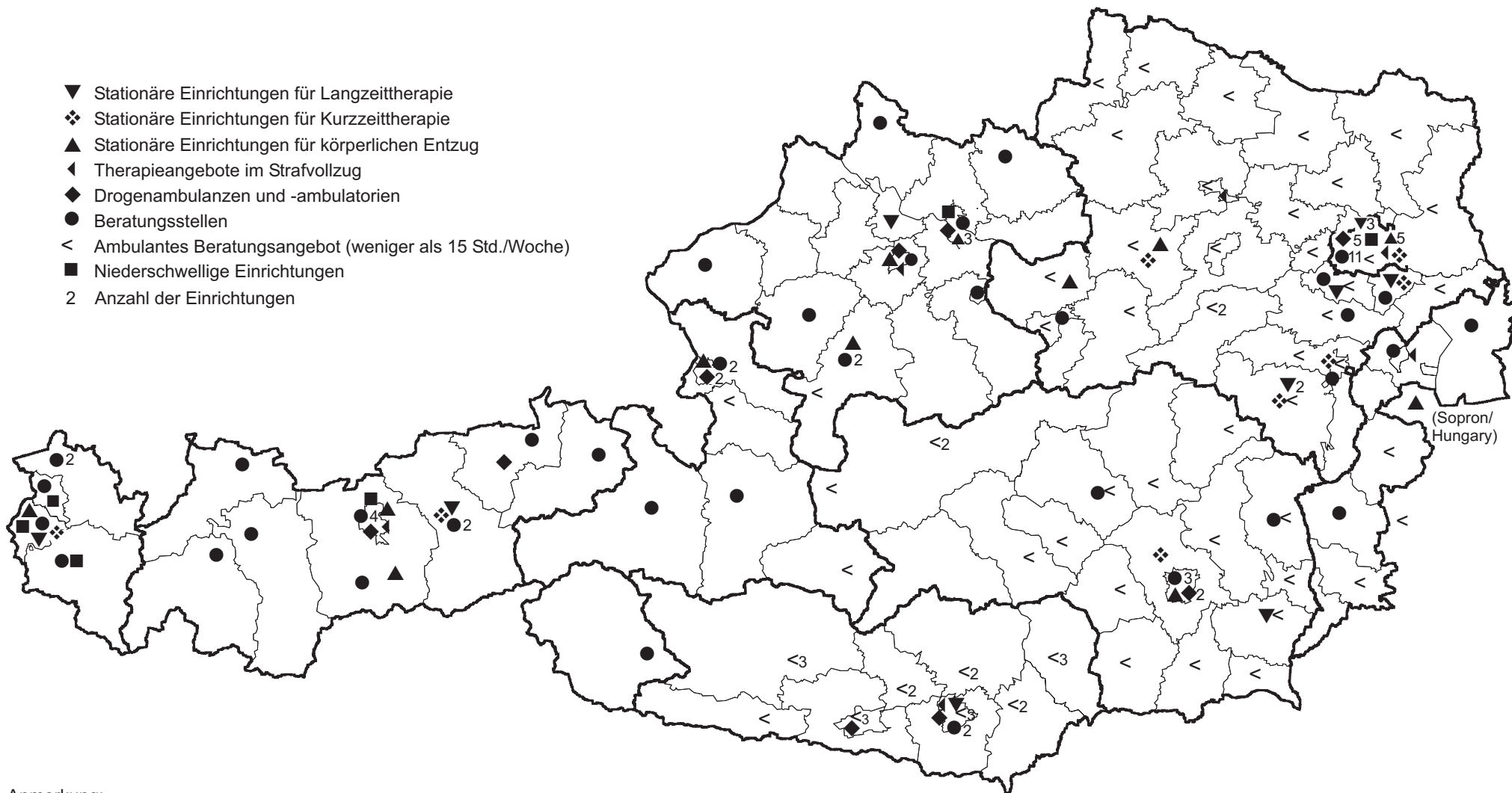
Die Richtlinien für das Ansuchen um Kundmachung gemäß § 15 SMG sind im Berichtszeitraum in Kraft getreten und wurden vom BMGF gemeinsam mit einem Leitfaden als Hilfestellung für die Ausarbeitung des Ansuchens auf der Website publiziert.

Neue Angebote sind die Entspannungsgruppe für Personen mit Suchtproblemen des Vereins Dialog am Standort Needles or Pins (Wien), die zur Rückfallvorbeugung sowie Erhöhung der Lebensqualität und des subjektiven Gesundheitsempfindens beitragen soll ([www.dialog-on.at](http://www.dialog-on.at) August 2005), sowie ein Informationsfolder für schwangere Drogenkonsumentinnen in der Steiermark (Zeder, persönliche Mitteilung). Während die Sprechstelle der Sucht- und Drogenberatung „Jugendhilfsdienst“ in Hallein (Salzburg) im Jahr 2004 aufgrund fehlender Räumlichkeiten vorübergehend eingestellt werden musste (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2005), laufen die Suchtberatungsstellen Baden und Lilienfeld (ÖBIG 2003) seit Anfang 2005 im Regelbetrieb, mit dem Ausbau in den Bezirken der Südbahnregion sowie Tulln, Gänserndorf und Horn wird im Jahr 2005 begonnen (Itzenthaler, persönliche Mitteilung).

Die Drogenberatung des Landes Steiermark in Graz hat im Berichtszeitraum etliche Bemühungen gesetzt, um die Schwellenängste Drogenkonsumierender abzubauen und dadurch mehr Personen zu erreichen. So wird z. B. in den Räumlichkeiten des Kontaktladens von Streetwork Graz einmal wöchentlich Beratung angeboten (Drogenberatung des Landes Steiermark 2005). Damit gewährleistet ist, dass Drogenkonsumierende nach einem Erstkontakt in den Räumlichkeiten des Kontaktladens für längerfristige Beratungen die Beratungsstelle aufsuchen, kommen zu den Terminen jedes Mal verschiedene Beraterinnen und Berater. Diese Kooperation wurde von beiden Seiten als sehr positiv erlebt, teilweise erwiesen sich auch gemeinsame Gespräche mit Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern von Streetwork und der Drogenberatung als hilfreich. Weiters kooperiert die Drogenberatung seit Ende 2004 auch mit der Drogenambulanz an der Universitätsklinik für Psychiatrie des LKH Graz und bietet dort betreuten Drogenabhängigen in der Drogenambulanz ein Erstgespräch mit einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter der Drogenberatung an. Auswertungen der Drogenberatung des Landes Steiermark für 2004 zeigen einen steigenden Trend zur psychosozialen Beratung und Begleitung für Substituierte (Drogenberatung des Landes Steiermark 2005). Diese Entwicklung lässt sich allerdings hauptsächlich auf einige substituierende Ärztinnen und Ärzte zurückführen, die diese Inanspruchnahme deutlicher einfordern.



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

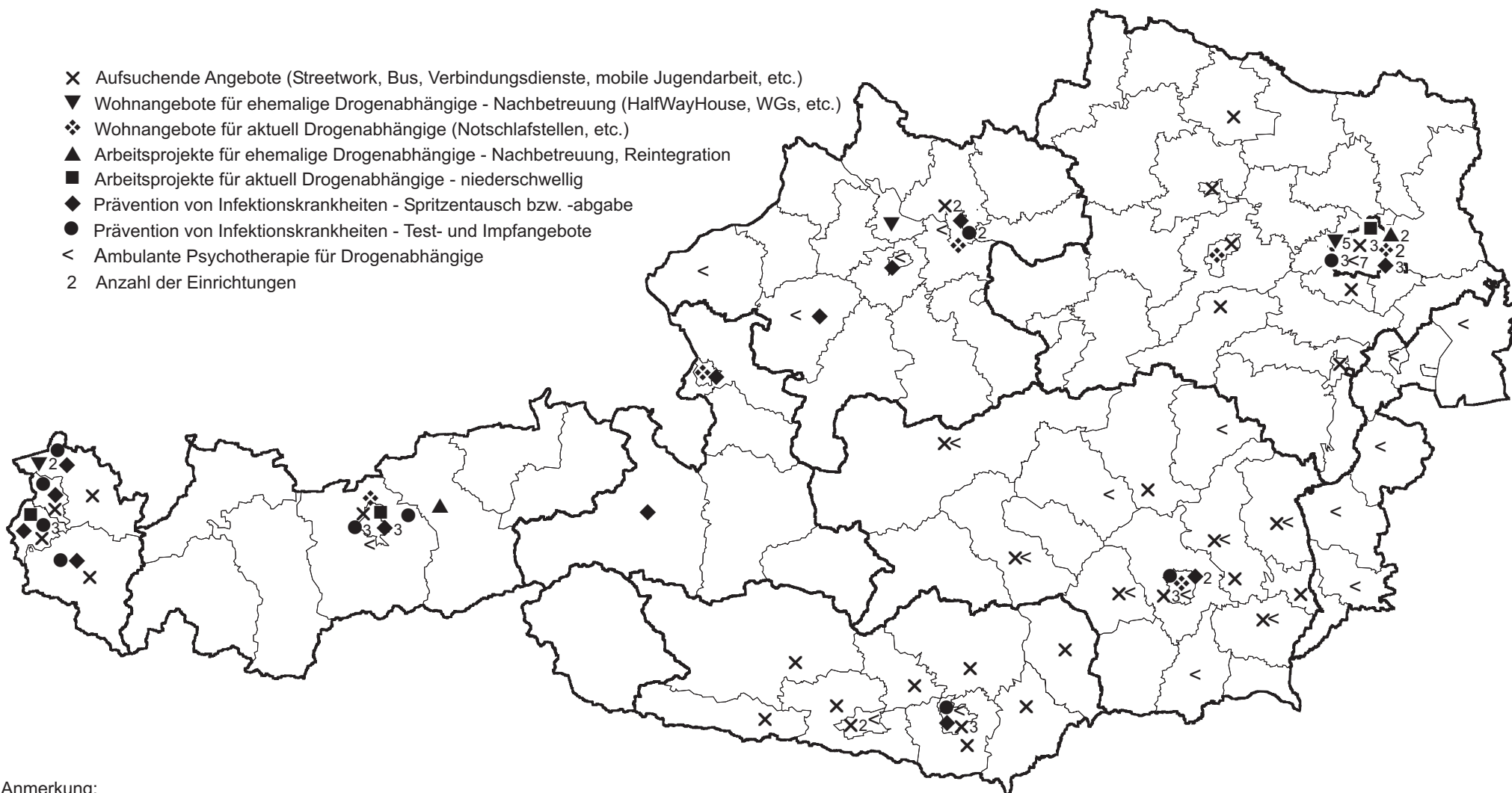


Anmerkung:

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

Quelle: ÖBIG - auf Basis von Informationen der Drogenkoordinatoren bzw. -beauftragten, Stand August 2005

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



Anmerkung:

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

Quelle: ÖBIG - auf Basis von Informationen der Drogenkoordinatoren bzw. -beauftragten, Stand August 2005

## 5.2 Abstinenzorientierte Behandlung

Es gab keine relevanten Veränderungen im Bereich der abstinenzorientierten Behandlung. Drogenentzugsbehandlungen werden in Österreich primär stationär, zunehmend aber auch ambulant durchgeführt. Generell setzt sich in Österreich der Trend hin zu flexibleren Programmen mit unterschiedlichen Laufzeiten fort.

An der Therapiestation Lukasfeld in Vorarlberg wurden bereits im Jahr 2003 die Probe- und Intensivtherapie eingeführt, im Jahr 2005 folgte das neue Konzept „Acht Wochen +“ ([www.mariaebene.at](http://www.mariaebene.at), Mai 2005). In Zukunft soll es ein Angebot für Kurzzeittherapien zwischen zwei und sechs Monaten geben. Gründe für diese Änderung sind einerseits die enorme Nachfrage nach Entwöhnungsplätzen (die Warteliste umfasst derzeit 40 Personen) und andererseits soll die Therapiedauer nicht von der Schwere der Suchterkrankung sondern von den Zielsetzungen abhängig sein. Diese Veränderungen bedeuten, dass mehr in Großgruppen gearbeitet wird. Ehemalige Patientinnen und Patienten der Therapiestation können auch eine Krisenintervention oder eine kurzfristige ausschließliche Entgiftung im Krankenzimmer in Anspruch nehmen. Auch am API in Wien stand die Entwicklung eines Modulsystems im Jahr 2004 im Vordergrund (API 2005). Dieses Modulsystem umfasst fünf Teile, neben Drogenberatung, ambulantem Vorentzug, Entzug und Nachbetreuung wird eine Drei-Monatstherapie sowie eine Sechs- oder Zwölf-Monate-Langzeittherapie angeboten (vgl. Kap. 7.3). Bei der Aufnahme in stationäre Einrichtungen des API gab es im Jahr 2004 Wartezeiten von durchschnittlich 142 Tagen.

An der Therapiestation Carina (Vorarlberg) wird seit zwei Jahren eine Reittherapie, in Kombination mit Aufgaben im Arbeitsbereich Stall, als Unterstützung zum Gesamtkonzept angeboten ([www.mariaebene.at](http://www.mariaebene.at) Juni 2005). Die Erfahrungen damit werden als sehr positiv bewertet. An der Therapiestation Carina kam es im Jahr 2004 aufgrund der großen Nachfrage zu Wartezeiten zwischen vier und sechs Monaten (Stiftung Maria Ebene 2005).

Um den im Jahr 2004 gestiegenen Andrang im Schweizer Haus Hadersdorf (Wien) bewältigen zu können, wurden neue Übergangswohnplätze geschaffen, die Arbeitstherapie reorganisiert sowie das Betreuungs- und Verwaltungsteam erweitert (vgl. Kap. 9.1). Zwei Befragungen aus dem Jahr 2004 ergaben eine relativ große Zufriedenheit mit Betreuung und Therapie unter den Klientinnen und Klienten (SHH 2005). Einerseits wird die geforderte Selbstständigkeit als positiv erlebt, andererseits wird bemängelt, dass Rückfälle nicht bestraft werden, sondern therapeutisch aufgearbeitet werden müssen. Als positiv wird die Möglichkeit der zeitweiligen Integration in eine Substitutionsbehandlung in Verbindung mit Therapie erlebt, die im Jahr 2004 58 Prozent der Betreuten in Anspruch genommen haben (vgl. EDDRA).

## 5.3 Substitutionsbehandlung

Die Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung haben sich im Großen und Ganzen nicht geändert, es sind jedoch einige Änderungen in Richtung Optimierung der Substitutionsbehandlung, aufbauend auf die im Berichtszeitraum stattgefundenen Arbeitskreise (vgl. ÖBIG 2004a und Kap. 1.1), in Vorbereitung. Unter den in den Arbeitskreisen erarbeiteten Maßnahmen zur Verbesserung der Substitutionsbehandlung finden sich eine verpflichtende

bundesweit einheitliche Weiterbildung für alle substituierenden Ärztinnen und Ärzte, eine Optimierung des Monitorings, ein eigenes Fortbildungsmodell für Amtsärztinnen und Amtsärzte und die bessere rechtliche Verankerung ihrer Rolle, das Monitoring der Suchtgift-Einzelverschreibungen durch Amtsärztinnen und Amtsärzte, ein ständiger Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitution sowie Sonderregelungen für retardierte Morphine. Diese Sonderregelungen zur Indikations- und Einstellung bei retardierten Morphinen sind allerdings umstritten. Die Umsetzung der genannten Maßnahmen ist noch ausständig, eine Verordnung bzw. Anpassung des Substitutionserlasses soll noch im Jahr 2005 in Kraft treten.

Auf Basis der Ergebnisse des Subarbeitskreises Ausbildungscurricula wurde von der Wiener Ärztekammer ein Vorschlag zu einem bundesweit einheitlichen Curriculum Substitutionsbehandlung vorgelegt (Kubec 2005). Dieser Vorschlag beinhaltet neben notwendigen, bundesweit einheitlichen Grundvoraussetzungen und Rahmenbedingungen konkrete Vorschläge für eine Basisveranstaltung gekoppelt mit Continuous Medical Education in Form von Qualitätszirkeln. Für die Basisveranstaltung werden acht Module zu verschiedenen Themen (unter anderem klinisch-pharmakologische Grundlagen sowie Behandlungsansätze und -möglichkeiten), für Qualitätszirkel ein Themenkatalog mit sechs Themenkreisen (z. B. Kommunikation und Soziales) vorgeschlagen. Die Qualitätszirkel sollen jedoch auch die Diskussion problematischer Situationen aus dem Alltag ermöglichen. Für den Fall, dass sich Qualitätszirkel nicht durchführen lassen, wird vorgeschlagen, die Themen aus dem Themenkatalog im Rahmen von vier Veranstaltungen pro Länderkammer zu bearbeiten bzw. zu diskutieren.

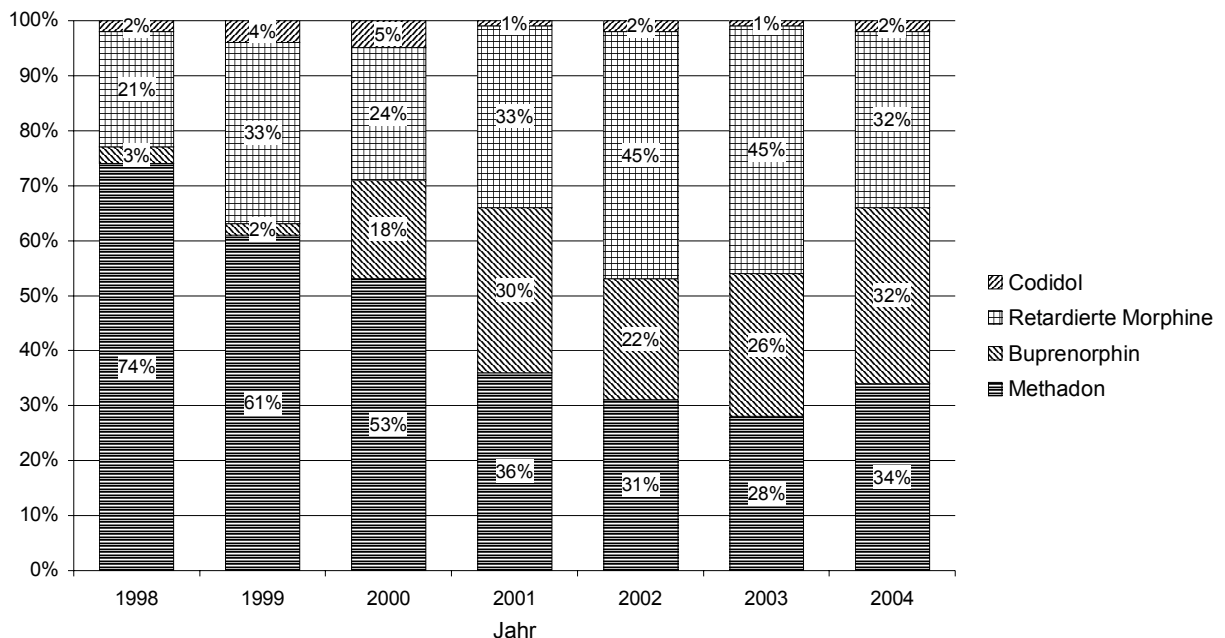
Parallel zur Bundesebene war die Substitutionsbehandlung im Berichtszeitraum auch auf Länderebene ein wichtiges Thema. In der Steiermark wird eine Substitutionsdatenbank aufgebaut, ein Probelauf mit ausgewählten Systempartnern findet derzeit statt (Ederer, persönliche Mitteilung). In Salzburg wurde mit dem Substitutionsmonitoring Anfang des Jahres 2004 begonnen (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2005). Auf Basis der ersten Auswertungen sowie eines Thesenpapiers der Salzburger Ärztekammer wurde im Salzburger Arbeitskreis für Substitution ein dreistufiges Modell entwickelt. Demnach soll die Substitutionsbehandlung für Drogenabhängige mit einem hohen Betreuungsbedarf an der Substitutionsstelle für Opiatabhängige erfolgen, für Drogenabhängige mit einem mittleren Betreuungsbedarf in den Drogenberatungsstellen und dort angebotenen Zweitordinationen niedergelassener (Fach-)Ärztinnen und Ärzte und für Drogenabhängige mit geringem Betreuungsbedarf in der Praxis niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Diese Diversifizierung soll schrittweise erfolgen, der Errichtung von Zweitordinationen in den Drogenberatungsstellen wird jedoch Priorität eingeräumt. Weiters wurde festgestellt, dass es in Salzburg keine Probleme im Zusammenhang mit gelockerten Abgabemodalitäten von retardierten Morphinen gibt und die im Salzburger Durchführungsmodell festgelegten Rahmenbedingungen ausreichend sind. Einschränkungen über Änderungen der gesetzlichen Grundlage der Substitutionsbehandlung auf Bundesebene werden aufgrund der individuellen Behandlungserfordernisse als nicht günstig eingeschätzt.

Der Arbeitskreis „Neuordnung der Substitutionsbehandlung in NÖ“ erarbeitet ein Konzept zur Substitutionsbetreuung, wobei zunächst ein Pilotprojekt „Substitutionsmodell Bezirk St. Pölten Land“ geplant ist (Itzenthaler, persönliche Mitteilung). Dieses Projekt beinhaltet die Neueinstellung auf retardierte Morphine an den Bezirksverwaltungsbehörden durch Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie bzw. durch besonders geschulte Ärztinnen

und Ärzte für Allgemeinmedizin. In Kärnten hat eine Arbeitsgruppe im Jahr 2004 Richtlinien zur Behandlung der Opiatabhängigkeit erarbeitet (Prehslauer, persönliche Mitteilung). Diese nehmen auf regionale Versorgungsstrukturen Bezug und bieten Entscheidungsgrundlagen zur Wahl der individuell besten Behandlungsform.

Im Gegensatz zu der Entwicklung in den letzten Jahren ist im Jahr 2004 der Anteil der mit Methadon Substituierten an den österreichweit gemeldeten Erstbehandlungen wieder gestiegen (vgl. Abb 5.1). Auch die Behandlungen mit Buprenorphin und Codidol haben zugenommen, während die Behandlungen mit retardierten Morphinen zurückgegangen sind. In Vorarlberg wurden im 1. Halbjahr 2005 bei 57 Prozent der Erstbehandlungen Methadon (2004: 18 %), bei 24 Prozent Buprenorphin (2004: 18 %) und bei 16 Prozent retardiertes Morphin (2004: 48 %) eingesetzt (Neubacher 2005). Die Daten aus Salzburg (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2005) und Wien (FSW 2005c) zeigen eine andere Verteilung (33 bzw. 28 % Methadon, 33 bzw. 55 % retardierte Morphine, 21 bzw. 16 % Buprenorphin und 12 % Dihydrocodein in Salzburg bzw. 1 % anderes in Wien), allerdings beziehen sich diese Daten auf die gesamten Behandlungen und geben somit keine Auskunft über einen aktuellen Trend bei Neueinstellungen. In Kärnten, wo bereits im Jahr 2003 die meisten Personen mit Methadon substituiert wurden, betrafen im Jahr 2004 48 Prozent der Suchtgiftdauerverschreibungen Methadon, 31 Prozent retardierte Morphine und 21 Prozent Buprenorphin (Prehslauer, persönliche Mitteilung). Daten zum Alter und der Geschlechterverteilung finden sich in den Kapiteln 4.2 und 11.1.

Abbildung 5.1: Entwicklung der bei der Erstbehandlung verwendeten Substitutionsmittel in den Jahren 1998 - 2004



Quelle: BMGF

Am Schweizer Haus Hadersdorf läuft gerade eine Vergleichsstudie zum Einsatz von Methadon und Substitol (retardiertes Morphin). Erste Ergebnisse sollen im Herbst 2005 vorliegen (vgl. EDDRA).

## **6 Gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen**

Seit 1989 werden in Österreich vom Gesundheitsressort Daten zu suchtgiftbezogenen Todesfällen gesammelt. Nach einer Spitze Mitte der 1990er-Jahre (vgl. Tab. 6.1) sank zunächst die Anzahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle insgesamt (direkt und indirekt). In den letzten Jahren musste wieder ein leichter Anstieg festgestellt werden (vgl. ÖBIG 2002).

Infektionskrankheiten sind insbesondere in Hinblick auf die Übertragungsgefahr bei intravenösem Substanzkonsum von Relevanz, wobei diesbezügliche Daten auf einigen kleinen Samples aus dem Behandlungsbereich bzw. aus der niederschweligen Betreuung basieren (vgl. ÖBIG 2000). Lag die HIV-Prävalenzrate Anfang der 1990er-Jahre noch bei zirka 20 Prozent, bewegt sie sich seitdem auf niedrigerem Niveau (3 bis 6 %). Die Prävalenzrate für Hepatitis C bewegt sich hingegen auf sehr hohem Niveau, wobei die berichteten Daten seit Jahren zwischen 50 und 80 Prozent streuen. Die Prävalenzrate für Hepatitis B liegt bei zirka 30 Prozent.

Psychiatrische Komorbidität rückt im Kontext der Drogenabhängigkeit in Österreich zunehmend in den Blickpunkt. Es gibt dazu zwar keine Routinedaten, jedoch eine Vielzahl von Daten und Berichten aus dem Behandlungsbereich. Auf Basis dieser Daten muss von einer hohen Prävalenz von psychiatrischer Komorbidität (Doppeldiagnosen) bei problematischen Drogenkonsumierenden gesprochen werden (vgl. ÖBIG 2003).

### **6.1 Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität**

Die Zahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle insgesamt (direkt und indirekt) lag von 1997 bis 1999 stabil zwischen 160 und 180 und stieg im Jahr 2000 auf 227 Fälle. 2001 (184 Fälle) ging die Anzahl wieder auf das Niveau von vor 2000 zurück, 2003 wurden insgesamt 189 suchtgiftbezogene Todesfälle erfasst (vgl. Tabelle A2 im Anhang A). Aktuelle Zahlen für 2004 liegen derzeit noch nicht vor, sie werden unmittelbar nach Abschluss der Auswertungen veröffentlicht. Eine detaillierte Datenanalyse zu den letztjährigen Daten findet sich im Drogenbericht 2004 (vgl. ÖBIG 2004a).

### **6.2 Drogenbezogene Infektionskrankheiten**

Aktuelle Daten einiger Einrichtungen aus dem niederschweligen wie auch stationären Drogenhilfsbereich weisen auf eine Hepatitis C (HCV)-Rate von um 50 Prozent hin. Die Hepatitis B (HBV)-Rate streut von 0 bis 37 Prozent, und eine HIV-Infektion wurde bei null bis sechs Prozent der untersuchten Drogenkonsumierenden diagnostiziert (vgl. Tab. 6.1; siehe auch Standard Table 9). In Graz wiesen von 115 freiwillig getesteten Substituierten 34 Prozent eine HCV-Infektion auf und zehn Prozent waren HBV-positiv. Die Statistik des Instituts für Suchtdiagnostik (ISD) enthält eine HCV-Rate von zehn Prozent und eine HIV-Rate von vier Prozent (IFES 2004b, Zeder 2005).

Im Bericht der Wiener BADO (vgl. Kap. 4.2) liegen erstmals Daten zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten über mehrere Einrichtungen zusammengefasst vor. Aus einem Sample

von 1.644 Drogenkonsumierenden wird auf anamnestischer Basis eine HCV-Rate von 39 Prozent, eine HBV-Rate von fünf Prozent und eine HIV-Rate von ebenfalls fünf Prozent erkenntlich. Bedenkt man, dass es sich hier um Drogenkonsumierende generell handelt, kann davon ausgegangen werden, dass in der Gruppe der intravenös (i.v.) Konsumierenden die Infektionsrate um einiges höher ist (IFES 2004b). Diese Werte bestätigen sich auch durch die Statistik der niederschweligen Einrichtung Ganslwirt (Wien), die auf eine HIV-Rate von sechs Prozent kommt und die Daten für 2004 explizit für i.v. Konsumierende ausweisen kann sowie darauf hinweist, dass HIV-Neuinfektionen in einem großen Ausmaß junge Konsumierende betreffen (VWS 2004b).

Tabelle 6.1: Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C und HIV, 2004

Datenquelle	HBV-Rate	HCV-Rate	HIV-Rate
Therapiestation Lukasfeld	12 % (6/52) <sup>1</sup>	56 % (29/52)	0 % (0/52)
Langzeittherapiestation des API	0 % (0/52) <sup>2</sup>	50 % (26/52)	2 % (1/52)
Sozialmedizinische Beratungsstelle „Ganslwirt“	37 % (27/73) <sup>3</sup>	53 % (48/90)	6 % (10/159)
Caritas Marienambulanz	15 % (10/65)	51 % (43/85)	0 % (0/75)
Suchtgiftbezogene Todesfälle (Intoxikationen) <sup>4</sup>	nicht erfasst	33 % (54/163) 42 % (54/130) <sup>5</sup>	7 % (11/163) 8 % (11/130) <sup>5</sup>

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

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

<sup>3</sup> Dieser Prozentsatz bezieht sich auf Personen, bei denen Antikörper oder Antigene gegen Hepatitis B nachgewiesen wurden, und die noch nicht gegen Hepatitis B geimpft waren (Daten aus dem Impfprojekt des „Ganslwirt“).

<sup>4</sup> Die Daten zu den drogenbezogenen Todesfällen stammen aus dem Jahr 2003.

<sup>5</sup> Nur in 130 von 163 Gutachten zu den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen fand der Infektionsstatus von HCV und HIV Erwähnung. In den 33 restlichen Fällen wird nicht deutlich, ob der Infektionsstatus nicht erhoben, oder ob er auf Grund eines negativen Ergebnisses im Gutachten nicht erwähnt wurde. Die beiden angegebenen Prozentsätze stellen somit die Ober- bzw. Untergrenze der Prävalenzraten zu HCV und HIV dar.

Quellen: Duspara, persönliche Mitteilung; API 2005; Haltmayer, persönliche Mitteilung; Anderwald, persönliche Mitteilung

Diese teilweise widersprüchlichen Daten aus den unterschiedlichen Samples machen verlässliche Aussagen über Veränderungen und Trends kaum möglich. Zur Erhebung eines Gesamtbildes sind Repräsentativerhebungen unabdingbar, um auch auf Maßnahmenebene auf diese aktuellen Entwicklungen spezifisch reagieren zu können (vgl. auch ÖBIG 2004a). Eine Verbesserung der Datenlage, zumindest aus dem Behandlungsbereich, wird sich ab 2007 durch das im Aufbau befindliche österreichweite Behandlungsberichtswesen der Drogenhilfe (DOKLI) ergeben, welches auch einen Fragenpool zu Infektionskrankheiten beinhaltet (vgl. Kap. 4.2).

TBC-Infektionen stellen nach Meinung der Fachleute in Österreich bezüglich drogenassoziierter Begleiterkrankungen weiterhin kaum ein Problem dar. Es treten lediglich vereinzelt Fälle auf. In den Daten der Wiener BADO (vgl. Kap. 4.2) finden sich sexuell übertragbare Krankheiten (STD) unter den Klientinnen und Klienten weiterhin nur mit einer Prävalenz von einem Prozent (IFES 2004b).

### 6.3 Psychiatrische Komorbidität

Wie bereits in den letzten Jahren beschrieben (vgl. ÖBIG 2003, ÖBIG 2004a), ist auch weiterhin eine hohe Prävalenz von psychiatrischer Komorbidität (Doppeldiagnosen) bei problematischen Drogenkonsumierenden zu erkennen. Zwar fehlen österreichweite Routinedaten, doch richten die einzelnen Einrichtungen ein verstärktes Augenmerk auf dieses Problemfeld.

So weisen von 109 Neuaufnahmen der Therapiestation Lukasfeld (Vorarlberg) 44 Prozent neben der Abhängigkeitsdiagnose eine oder mehrere psychische Persönlichkeitsstörungen, eine psychosomatische Erkrankung oder eine (drogeninduzierte) Psychose auf (Stiftung Maria Ebene 2005). Auch wird in den Suchtberatungsstellen eine stetig wachsende Zahl von Klientinnen und Klienten mit Doppeldiagnosen festgestellt, allen voran mit drogeninduzierten Psychosen (Caritas NÖ 2005).

Die Wiener BADO (vgl. Kap. 4.2) berichtet für das Jahr 2003, dass sich ein Fünftel der erhobenen Klientinnen und Klienten innerhalb der letzten zwölf Monate in einer psychiatrischen Behandlung befunden hat. Davon waren 59 Prozent in ambulanter und 52 Prozent in stationärer psychiatrischer Behandlung. Auffällig ist der hohe Prozentsatz von unter 15-Jährigen (35 %). In der Altersgruppe der 16- bis 20-Jährigen sinkt dieser Anteil auf 15 Prozent und steigt dann stetig auf 30 Prozent bei den über 40-Jährigen (IFES 2004b). Ein hoher Anteil von Jugendlichen mit diagnostizierter Persönlichkeitsstörung, nämlich fünf von sieben, findet sich auch in der niederösterreichischen Langzeittherapiestation Mödling (API 2005).

Mit Beginn des Jahres 2004 wurde die klinisch-psychologische Diagnostik im Schweizer Haus Hadersdorf (SHH) (Wien) neu strukturiert. Es werden vor allem affektive Störungen, Schizophrenie, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, aber auch Angststörungen und Belastungsreaktionen diagnostiziert (SHH 2005).

Bezüglich der Geschlechterverteilung bzw. des Durchschnittsalters unterscheiden sich Multimorbiditätspatientinnen bzw. -patienten kaum von Langzeitpatientinnen bzw. -patienten. Im Grünen Kreis konnte aber sehr wohl ein Unterschied im Drogenkonsum festgestellt werden. Während der Anteil von Heroinkonsumierenden und Konsumierenden anderer Opiate bzw. von Opiatersatzstoffen bei den Langzeitpatientinnen und -patienten höher ist, konsumieren Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Komorbidität neben mehr Alkohol auch verstärkt Amphetamine, Schnüffelstoffe, Benzodiazepine und andere Beruhigungstabletten (Grüner Kreis 2005a).

### 6.4 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen

Neben der psychiatrischen Komorbidität und den körperlichen Folgen der oben dargestellten Infektionskrankheiten wie AIDS oder Hepatitis sind auch somatische Krankheiten und Schädigungen, denen insbesondere i.v. Konsumierenden infolge ihrer oft problematischen Lebensverhältnisse ausgesetzt sind, anzuführen.

Die Anzahl der Einsatzfahrten der Wiener Rettung wegen Verdachts auf Überdosierung stieg auch im Jahr 2004 weiter an. Insgesamt wurden 775 Einsätze wegen Drogennotfällen gefahren, wobei vor allem in den Sommermonaten ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen ist. Der ansteigende Trend der letzten Jahre setzt sich somit fort (vgl. ÖBIG 2004a). Von nieder-



schwelligen Wiener Einrichtungen werden im Jahr 2004 insgesamt 34 durchgeführte lebensrettende Maßnahmen gemeldet, das sind deutlich weniger als im Jahr 2003 (VWS 2005c, VWS 2005d).

Im Rahmen des Drogenmonitorings in OÖ konnte festgestellt werden, dass die Vergiftungen durch den Konsum psychoaktiver Substanzen zwar einen geringen Anteil an den drogenbedingten Diagnosen ausmachen, aber vor allem jüngere Konsumierende betreffen. Die meisten Vergiftungsdiagnosen in Bezug auf das Alter finden sich bei den 15- bis 24-Jährigen (Seyer 2005).

In der Statistik der Wiener BADO (vgl. Kap. 4.2) wird ersichtlich, dass 66 Prozent der erfassten Personen aktuelle gesundheitliche Probleme aufweisen. Dieser Prozentsatz korreliert stark mit dem Alter der Drogenkonsumierenden. Nennt bei den 16- bis 20-Jährigen die Hälfte mindestens ein gesundheitliches Problem, so sind bei den über 40-Jährigen fast alle mit einer Reihe von vielfach schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen konfrontiert. Genannt werden in der Reihenfolge der Häufigkeit chronische Hepatitis C, Zahnprobleme, Magen-Darmprobleme, psychiatrische Erkrankungen, Probleme mit Haut und Venen, Krampfanfälle, epileptische Anfälle u. a. Bei jenen Personen, die in den Jahren 2002 und 2003 im Wiener Drogenhilfssystem geblieben sind, konnte durch die Verlaufsdokumentation festgestellt werden, dass die gesundheitliche Situation stabil gehalten werden konnte (IFES 2004b). Auch die Beratungsstelle Clean Bregenz (Vorarlberg) berichtet von schweren gesundheitlichen Folgeschäden, die gerade bei der Teilgruppe der älteren Drogenkonsumierenden zu beobachten sind (Stiftung Maria Ebene 2005).

## 7 Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Unter Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen wird eine Vielfalt von Interventionen gefasst. Diesbezügliche Angebote liegen in Österreich schwerpunktmäßig im Bereich von drogenrelevanten Infektionskrankheiten und bieten vorwiegend eine niederschwellige Unterstützung im Sinne von Schadensminimierung an. Spritzentausch, Hepatitis-Impfungen, Informationen zu Safer Use/Safer Sex sind gängige Angebote von niederschweligen Einrichtungen und aufsuchenden Angeboten (Streetwork). Die Behandlung von gesundheitlichen Folgen wird hauptsächlich vom allgemeinen Gesundheitssystem abgedeckt (z. B. Notfallmedizin, Psychiatrie).

In den letzten Jahren wurde die Aufmerksamkeit vermehrt auf die Prävention von Überdosierungen und das Thema Komorbidität gerichtet.

### 7.1 Prävention von drogenbezogenen Todesfällen

Maßnahmen zur Prävention von Überdosierungen sind weiterhin ein wesentliches Thema im niederschweligen Drogenbereich, in zunehmendem Maße wird aber auch das Internet zur Informationsvermittlung genutzt (vgl. ÖBIG 2003, ÖBIG 2004a). Über die Hompages von Do it Yourself ([www.doit.at](http://www.doit.at)) und ChEck iT! ([www.checkyourdrugs.at](http://www.checkyourdrugs.at)) werden neben Erste-Hilfe-Maßnahmen auch vermehrt Warnungen bezüglich hochdosierten oder unbekanntem Pillen weitergegeben. Auch MDA Basecamp ([www.mdabasecamp.com](http://www.mdabasecamp.com)) bietet Informationen zu Überdosierungen auf ihrer Homepage an.

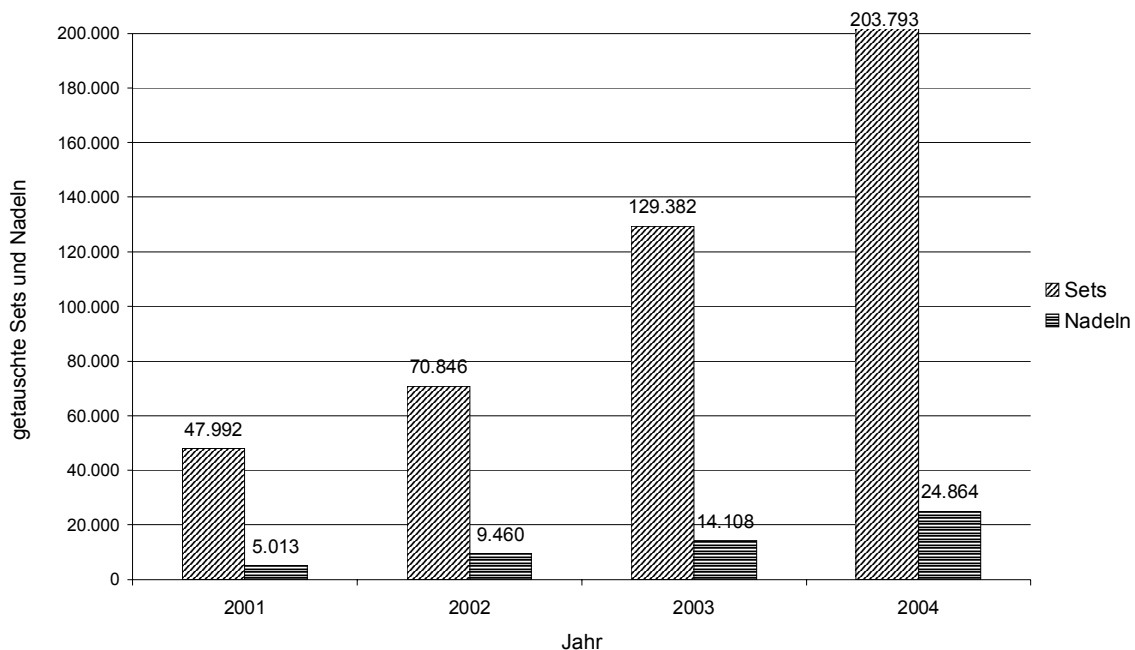
CONTACT, der Spitalsverbindungsdienst für Drogenabhängige in Wien, konnte seine Erstkontakte nach Überdosierungen weiter steigern (2002: n = 429; 2003: n = 478; 2004: n = 494) und betreute davon 387 Personen über einen längeren Zeitraum. In Zusammenarbeit mit dem Projekt Drogensozialarbeit im AKH (DSA im AKH) wurden drei Fortbildungen, mit dem Ziel, spezifische Informationen über Suchtpatientinnen und -patienten im Krankenhaus zu vermitteln, veranstaltet (FSW 2005a; vgl. Kap. 7.4). Im Institut für Freizeitpädagogik (Wien) wurde ein Informationsabend zum Thema Erste Hilfe bei Drogenmissbrauch für in der Jugendarbeit Tätige angeboten (IFP 2005).

Gespräche über Safer Use und Safer Sex sind wesentliche Themen der aufsuchenden Drogenarbeit. Im Kontaktladen Graz (Stmk.) machen sie 14,9 Prozent des beanspruchten Beratungsangebots aus (Kontaktladen 2005) und in den niederschweligen Wiener Einrichtungen wurden 2004 insgesamt 2.887 Safer-Use-Gespräche mit Drogenkonsumierenden geführt (VWS 2005a). Im Berichtsjahr wurden keine Safer-Use-Trainings abgehalten. Der Trend hin zu einer gezielten Informationsarbeit scheint sich zu bestätigen. So hat die Stadt Graz Safer-Use-Merkblätter für intravenös (i.v.) Konsumierende aufgelegt, und in Wien werden im Safer Use Eck' der GAWI News weiterhin alltagspraktische Informationen zu diesem Thema veröffentlicht (VWS 2004b, Zeder 2005).

## 7.2 Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Die Abgabe von sterilen Spritzensets erfolgt im Rahmen von niederschweligen Einrichtungen, von aufsuchenden Angeboten oder durch Spritzenautomaten (vgl. ÖBIG 2004a). Im Berichtszeitraum wurden die diesbezüglichen Angebote nicht erweitert. Die Zahlen aus den Bundesländern zeigen aber durchgängig, dass sowohl der Spritzenverkauf als auch die Zahl der getauschten Spritzen weiter gestiegen sind. Tirol berichtet von insgesamt 126.435 abgegebenen Sets, von denen 4.552 verkauft wurden. Der interne Spritzentausch in der Mentlvilla ist im Jahr 2004 auf 7.008 Sets gestiegen, was man auf die höhere Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner zurückführen kann (Komfűdro 2005, Tiroler Suchtkoordination 2005). Im Rahmen der Spritzenabgabe in Wien kam es bei 1.442.302 abgegebenen Sets zu 161.117 Klientinnen- und Klientenkontakten (VWS 2005f). Leicht rückläufig sind die Zahlen in Salzburg, wo 2004 2.318 Sets abgegeben wurden. In diese Zahl sind jene Spritzensets, die gratis von der AIDS-Hilfe angeboten werden, nicht inkludiert (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2005). Die Rücklaufquote betrřgt allgemein zwischen 93 und 97 Prozent. Dieser Wert hat sich seit einigen Jahren nur marginal verändert.

Abbildung 7.1: Anzahl der verkauften bzw. getauschten Spritzen im Rahmen der Spritzenabgabe in der offenen Szene in Graz, 2001 - 2004



Quelle: Kontaktladen 2005

Eine große Steigerung der getauschten und verkauften Spritzensets konnte in Graz beobachtet werden. Im Rahmen des Spritzentauschs in der niederschweligen Einrichtung Kontaktladen (Stmk.) wurden neben 203.793 Spritzensets auch 24.864 Nadeln abgegeben (vgl. Abb. 7.1). Dies entspricht einer über 50-prozentigen Steigerung zum Vorjahr. Zusätzlich hat sich der Präventionsautomat bewährt, durch den im Jahr 2004 9.149 Spritzensets mit insgesamt 18.298 Spritzen verkauft wurden. Ein zusätzlicher Automat in einem anderen Stadtteil wird von Seiten der niederschweligen Einrichtung gewünscht. Deutlich wird anhand

dieser Zahlen (Spritzentausch vs. Automaten), dass Drogenkonsumierende primär das Tauschangebot in Anspruch nehmen und nur in spezifischen Situationen den Automaten nutzen. Zum einen ist der Automat, im Gegensatz zum Spritzentauschangebot, rund um die Uhr verfügbar, zum anderen wollen einige Klientinnen und Klienten trotz gewährleisteter Anonymität den Kontaktladen nicht aufsuchen.

Die Stadt Graz (Stmk.) reagiert auf den erhöhten Spritzengebrauch auch mit einer Schulung der städtischen Reinigungskräfte zum Umgang mit Spritzenfunden. Zudem wurden entsprechende Merkblätter erstellt und ausgeteilt. In Wien kam der Spritzensammeldienst der MA 48 im Jahr 2004 auf 12.022 gesammelte und entsorgte Spritzen, was einer Steigerung von 50 Prozent im Vergleich zum Vorjahr entspricht. Der Fokus der Sammelaktion lag vor allem im Bereich Karlsplatz und Westbahnhof (FSW 2005c).

Neben den bereits bestehenden Hepatitis-Impfprojekten wird nun auch in Salzburg seit Sommer 2004 eine kostenlose Hepatitis-A- und -B-Impfung für Drogenkonsumierende angeboten. Auch in Graz ist ein ähnliches Angebot als Kooperationsprojekt zwischen dem Kontaktladen, der Landessanitätsdirektion Steiermark, dem Gesundheitsamt der Stadt Graz, einigen Pharmaunternehmen und der AIDS-Hilfe in Planung (Verein Substanz, Persönliche Mitteilung; Kontaktladen 2005). Wie vom API berichtet wird, hat sich die Durchimpfungsrate der Drogenkonsumierenden gegen Hepatitis B deutlich verbessert. Von 52 Patientinnen und Patienten waren 33 Prozent schon im Vorfeld geimpft worden. Vor allem bei jugendlichen Patientinnen und Patienten liegt die Impfquote für HBV, oftmals auch HAV, bei ca. 40 Prozent (API 2005).

Auf Grund einer HCV-Infektionsrate von 32 Prozent der freiwillig getesteten Drogenkonsumierenden in Graz startete die niederschwellige Einrichtung Kontaktladen in Graz eine Hepatitis-Ordination. Im Rahmen dieses wöchentlichen Angebots werden Informationen über die gesundheitlichen Folgen von HCV gegeben, aber auch die ersten Schritte hin zu einer spezifischen Behandlung thematisiert. Zwischen Februar 2004 und März 2005 fanden in diesem Rahmen rund 40 Einzelberatungen statt. Geplant ist weiters eine Informationskampagne zum Thema Hepatitis, die sich speziell an die Gruppe der i.v. Drogenkonsumierenden richtet (Kontaktladen 2005).

Im Oktober 2005 findet in Wien der zweite internationale Fachtag Hepatitis C statt, der sich mit dem komplexen Thema HCV und Drogengebrauch befasst. Inhaltlich beschäftigt sich die Tagung mit den Bereichen Epidemiologie, Prävention, Behandlung und psychosoziale Betreuung ([www.hepatitisCfachtag.org](http://www.hepatitisCfachtag.org)).

### **7.3 Interventionen in Bezug auf psychiatrische Komorbidität**

Das gesteigerte Augenmerk auf das Thema Komorbidität im Suchtbereich wird auch auf Maßnahmenebene sichtbar. Zunehmend mehr Einrichtungen der Drogenhilfe bieten spezifische Angebote für Patientinnen und Patienten mit multimorbiden Persönlichkeitsstörungen an.

Nach einer einjährigen Probephase integriert das Anton Proksch-Institut (API) eine Langzeittherapiestation für Drogenabhängige mit schweren Persönlichkeitsstörungen in sein beste-

hendes Angebot (vgl. Kap. 5.2). Im Rahmen dieses stationären Betreuungsprogramms können Patientinnen und Patienten mit Komorbidität, die schon einmal im API in stationärer Behandlung waren, zu einem verkürzten Aufenthalt von sechs bis sieben Monate aufgenommen werden. Mit Ende 2004 wurden acht Personen in diese Verkürzung der Aufenthaltsdauer einbezogen (API 2005). In Voitsberg (Stmk.) wurde die sozialpsychiatrische Wohngemeinschaft Ubuntu eröffnet, die 14 Personen mit Persönlichkeitsstörungen betreut. Das Angebot richtet sich vor allem an junge Menschen zwischen 14 und 30 Jahren und ist für Drogenklientinnen und -klienten offen (Ederer, persönliche Mitteilung). Der Grüne Kreis, der schon seit einigen Jahren im Rahmen eines Spezialprogramms multimorbide Suchtpatientinnen und -patienten betreut (vgl. ÖBIG 2004a), widmet dem Thema „Sucht und seelische Erkrankung - die Behandlung der Komorbidität im Grünen Kreis“ einen Themenschwerpunkt in seinem Magazin (Grüner Kreis 2004).

In zunehmendem Maße wäre es auch notwendig, ein spezifisches Betreuungsangebot für jugendliche Klientinnen und Klienten mit multimorbidem Störungsbild aufzubauen, denn aus NÖ wird berichtet, dass gerade diese Gruppe kaum in bestehenden Einrichtungen unterzubringen ist (NÖ Suchtkoordination 2005).

## **7.4 Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen**

Das Wiener Projekt DSA im AKH führte im Jahr 2004 insgesamt 1.052 Beratungs- und Betreuungsgespräche durch. Das Beratungsangebot wurde von 28 Frauen und 22 Männern genutzt, 59 Frauen und zwölf Männer wurden über einen längeren Zeitraum betreut. Neben Informationsveranstaltungen für Studierende unterschiedlicher Studienrichtungen (Pädagogik, FH Sozialarbeit, Medizin, Psychologie) wurde gemeinsam mit dem Spitalsverbindungsdienst CONTACT (vgl. Kap. 7.1) eine Fortbildung zum Thema „Der Suchtpatient im Krankenhaus“ bzw. eine Veranstaltungsreihe für opiatabhängige junge Mütter angeboten (FSW 2005a).

Drogenkonsum und Schwangerschaft war auch Thema eines Workshops der Tagung des ÖAKDA im April 2005, und in Graz wurden Informationsfolder zu diesem Thema erstellt, die seit Anfang 2005 verteilt werden (Zeder 2005).

Die rollende Ordination Marienambulanz bietet auch weiterhin in Graz dreimal pro Woche eine niederschwellige, aufsuchende, medizinische Behandlung an. Im Mittelpunkt der Arbeit stehen akute Erkrankungen, Infektionen der Luftwege oder der Haut, die durch den Drogenkonsum oder durch daraus resultierende problematische Wohnverhältnisse verursacht werden. Im Jahr 2004 fanden in diesem Rahmen 686 Behandlungen statt (Kontaktladen 2005, EDDRA).

## **8 Soziale Zusammenhänge und Folgen**

Wie in den Vorjahren betreffen die wichtigsten sozialen Probleme von Drogenkonsumierenden besonders Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit und Schulden, wobei dies im Wesentlichen für schwer Drogenabhängige aus der Straßenszene gilt. Verschärft wird diese Entwicklung außerdem durch die allgemein angespannte Situation auf dem Arbeitsmarkt. Die Anzahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) ist insgesamt stark gestiegen. Über die Situation im Strafvollzug wird nach grober Experteneinschätzung berichtet, dass etwa 25 bis 50 Prozent der Häftlinge illegale Drogen konsumieren.

### **8.1 Soziale Problemlagen**

Mehr als zwei Drittel der Klientinnen und Klienten der Wiener BADO (vgl. Kap. 4.2) waren vor der Aufnahme in die Betreuung nicht erwerbstätig bzw. gingen keiner geregelten Beschäftigung nach. Der Anteil der Erwerbstätigen unter dieser Klientel fällt mit zehn Prozent (n = 1.907) sehr niedrig aus. Die Mehrzahl dieser Personen gab an, allein oder bei den Eltern zu wohnen, etwa zehn Prozent lebten auf der Straße oder waren in Institutionen untergebracht. Primär bestreiten diese Klientinnen und Klienten ihr Einkommen aus Notstandshilfe, Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe, wobei die Notstandshilfe ab dem 20. Lebensjahr deutlich und stetig steigend beansprucht wird und bei den über 40-Jährigen 46 Prozent (n = 1.886) beträgt. Während Frauen öfter Sozialhilfebezug als Einkommensquelle angeben, wird von Männern viel häufiger Notstandshilfe genannt. Hier ist anzumerken, dass Notstandshilfe eine AMS (Arbeitsmarktservice)-Versicherungsleistung ist und damit immer noch eine gewisse Bindung an den Arbeitsmarkt gegeben ist. Der Bezug von Sozialhilfe bedeutet jedoch, dass man endgültig aus dem Arbeitsmarkt ausgeschieden ist oder nie darin integriert war. Hinsichtlich höchster abgeschlossener Schulbildung liegen die Klientinnen und Klienten der Wiener Drogenbetreuungseinrichtungen deutlich unter dem allgemeinen Bevölkerungsschnitt. Insgesamt rund die Hälfte (n = 1.996) der betreuten Personen verfügt maximal über einen Hauptschulabschluss bzw. über den Abschluss der Polytechnischen Schule (IFES 2003, IFES 2004b).

Daran zeigt sich, dass die soziale Situation der vom Wiener Drogenhilfssystem erfassten Personen relativ zur Gesamtgesellschaft eindeutig schlechter ist (Wohnsituation, Schulbildung, Erwerbstätigkeit, Einkommen und gesundheitliche Situation). Daraus folgt aber keineswegs, dass eine Drogenproblematik in erster Linie bei sozial Benachteiligten auftritt. Es bedeutet zunächst nur, dass diese Gruppe eher vom Wiener Drogenhilfssystem erfasst wird als jene Personen, die (noch) über soziale und finanzielle Ressourcen verfügen (IFES 2004b). Eine detaillierte Beschreibung der Ergebnisse der Wiener Basisdokumentation der Klientinnen und Klienten findet sich in Kapitel 4.2.

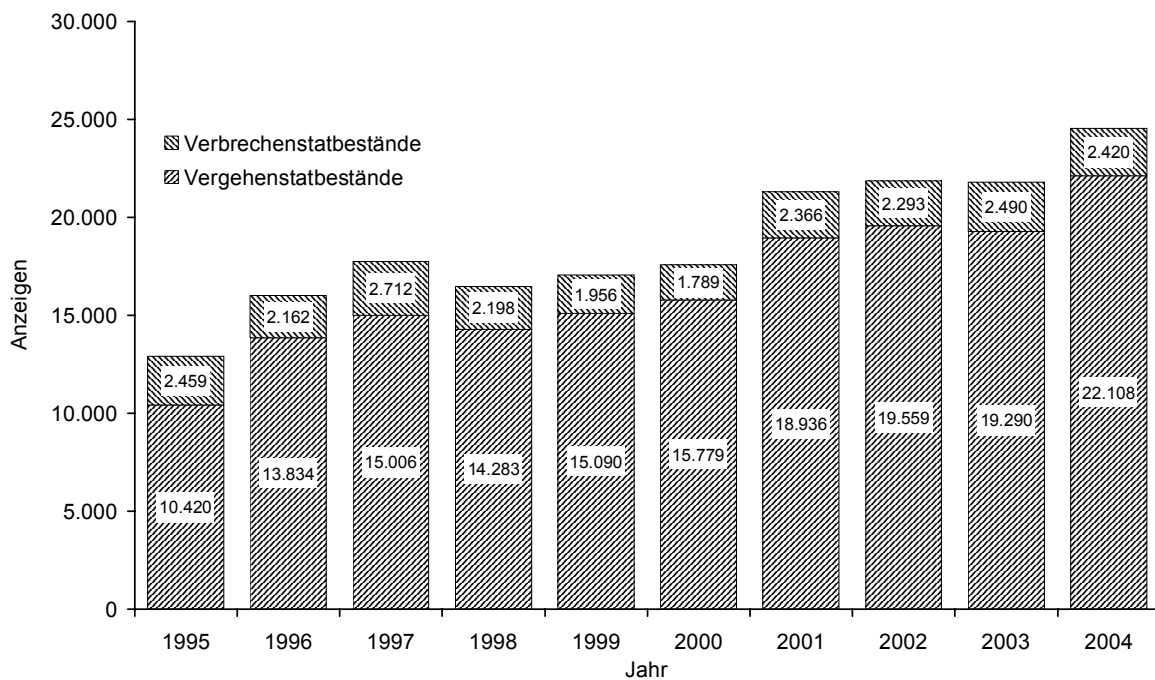
### **8.2 Drogenbezogene Kriminalität**

Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) lag 2004 bei 25.215 (2003: 22.245; vgl. auch Tabelle A11 im Anhang A und Standard Table 11) und ist

damit im Vergleich zum Vorjahr stark gestiegen. Insgesamt 24.528 Anzeigen bezogen sich auf Suchtgifte, der Rest auf psychotrope Stoffe. Differenziert man nach der Art der Anzeige (vgl. Abbildung 8.1), so steht - im Gegensatz zum Jahr 2003 - einem starken Anstieg bei den Vergehenstatbeständen (Besitz und Kleinhandel - § 27 SMG) ein geringfügiger Rückgang bei den Verbrechenstatbeständen (Handel großer Mengen, professioneller Handel - § 28 SMG) gegenüber (vgl. Kap. 1.1).

Differenziert man nach involvierten Substanzen (vgl. Tabelle A13 im Anhang A und Standard Table 13), so findet sich im Vergleich zum Vorjahr ein starker Zuwachs bei den Anzeigen für Cannabis, der auch weit über der Anzahl der Anzeigen aus den Jahren davor liegt (vgl. Abbildung 8.2). Mittlere Zuwächse lassen sich bei den Anzeigen für Kokain und Crack sowie psychotrope Stoffe feststellen, während bei Amphetaminen eine geringe Steigerung zu verzeichnen ist. Die Anzeigen für Ecstasy und LSD sind 2004 leicht zurückgegangen.

Abbildung 8.1: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/ Suchtmittelgesetz nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen in Österreich, 1995 - 2004



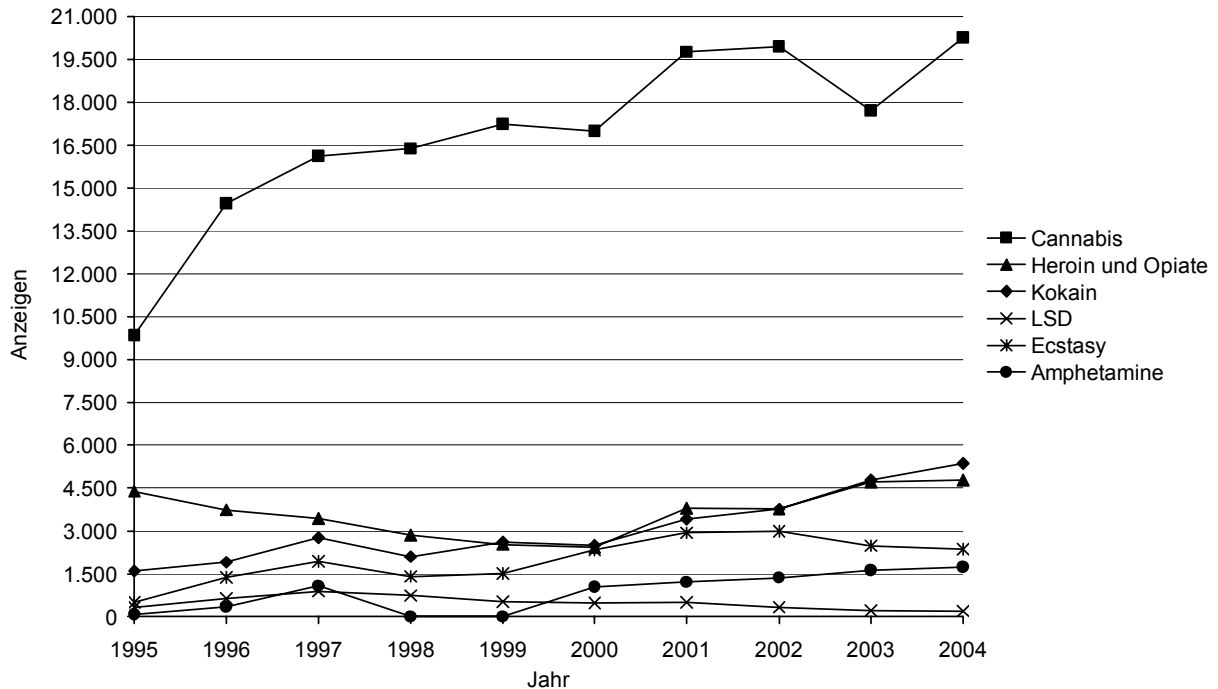
Anmerkung: Das Suchtgiftgesetz wurde am 1. Jänner 1998 durch das Suchtmittelgesetz abgelöst. Zu Vergleichszwecken wurden in dieser Abbildung für 1998 bis 2001 nur Suchtgift-Anzeigen berücksichtigt. Die Differenz zur Gesamtzahl der Anzeigen ergibt sich durch nicht zuordenbare Anzeigen.

Quelle: BMI - Bundeskriminalamt

Nach Bundesländern bestehen weiterhin einerseits große Unterschiede bezüglich der involvierten Substanzen und andererseits Differenzen in der Entwicklung der Anzeigenzahlen nach Substanzen (vgl. Tabellen A12 und A14 im Anhang A). Sind etwa die Anzeigen bei Cannabis im Burgenland, in Kärnten und Vorarlberg im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen, so sind sie besonders in Oberösterreich, der Steiermark und in Tirol stark angestiegen. Im Vergleich zum Vorjahr gleich geblieben ist der Umstand, dass Wien einen vergleichsweise hohen Anteil von Anzeigen wegen Opiaten und Kokain aufweist, wobei sich in allen Bun-

desländern der Großteil der Anzeigen auf Cannabis bezieht. Überproportional viele Anzeigen wegen Amphetaminen finden sich wie in den Vorjahren in NÖ, OÖ und der Steiermark.

Abbildung 8.2: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/ Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1995 - 2004



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

Quelle: BMI - Bundeskriminalamt

Den 25.215 Anzeigen standen im Jahr 2004 insgesamt 3.667 Festnahmen (2003: 2.983) im Zusammenhang mit Suchtmittelermittlungen gegenüber, wobei es zu Letzteren aber keine genaueren Aufschlüsselungen (Arten der Vergehen, Substanzen, etc.) gibt.

Wie bereits in den Vorjahren ausgeführt und auch vom zuständigen Ressort betont (BMI 2005), erlaubt die Anzeigenstatistik aber nur bedingt Rückschlüsse auf die Entwicklung des Konsums und Missbrauchs illegaler Drogen, da sie in erster Linie Intensität und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden widerspiegelt.

Die Anzahl der Verurteilungen nach dem SMG ist im Jahr 2004 mit 5.706 Fällen erheblich angestiegen (4.532 im Jahr 2003), wodurch auch die Anzahl der Inhaftierungen massiv angestiegen ist - wie bereits in früheren Berichten dargestellt. Damit haben die Gesamtzahlen der Verurteilungen nach SMG und ihr Anteil an allen Verurteilungen (1995: 4,7 %; 2004: 12,6 %) neue Höchststände erreicht und liegen wesentlich über den Werten aus dem Vorjahr. Weiterhin besteht ein deutlicher Überhang von Vergehen (§ 27 SMG - Besitz und Kleinhandel) mit 4.229 Fällen (2003: 3.318) im Vergleich zu Verbrechen (§ 28 SMG - Handel) mit 1.441 Fällen (2003: 1.161; vgl. Tabelle A15 im Anhang A). Die Anzahl der Erwachsenen ist sowohl bei den Vergehen als auch bei den Verbrechen im Vergleich zum Vorjahr weiter gestiegen, während jene der Jugendlichen annähernd stabil blieb. Etwa 70 Prozent aller Verurteilten (2003: rund 67 %) erhielten Freiheitsstrafen (vgl. Tabelle A17 im Anhang A). Der An-



teil der bedingten an allen Freiheitsstrafen beträgt 42 Prozent und ist damit im Vergleich zu den Vorjahren weiter gesunken (2002: knapp über 50 %; 2003: 47 %).

Ergänzend zu den Verurteilungen sind auch die Daten bezüglich der vorläufigen (probeweisen) Anzeigenzurücklegungen (§ 35 SMG) und Verfahrenseinstellungen (§ 37 SMG) von Relevanz (vgl. Kap. 1.1).

Zur Beschaffungs- und Begleitkriminalität liegen weiterhin keine Daten vor.

### **8.3 Drogenkonsum im Gefängnis**

Die vorhandenen Informationen zum Drogenkonsum im Strafvollzug wurden im Jahr 2001 im Schwerpunktkapitel „Drogenkonsum im Gefängnis“ ausführlich dargestellt (ÖBIG 2001a). Es liegen keine neuen Daten vor.

### **8.4 Soziale Kosten**

Weiterhin liegen keine aktuellen Studien oder Daten zu den sozialen und ökonomischen Kosten des Drogenkonsums vor. Die Ausgaben für drogenbezogene Nachfragereduktion wurden im Jahr 2001 ausführlich in einem Schwerpunktkapitel dargestellt (vgl. ÖBIG 2002).

## 9 Maßnahmen in Hinblick auf soziale Zusammenhänge und Folgen

Maßnahmen zur sozialen (Re-)Integration von (ehemals) Drogenabhängigen richten sich sowohl an Klientinnen und Klienten nach einer Abstinenztherapie als auch an Personen mit bestehendem Drogenkonsum. In Österreich kommt Maßnahmen dieser Art traditionell große Bedeutung zu, besonders im Hinblick auf die Bereiche Wohnen, Arbeit, (Aus-)Bildung (vgl. Structured Questionnaire 28). Diese Maßnahmen erfolgen teilweise im Rahmen der Behandlungskette innerhalb einzelner Behandlungsmodul oder werden von niederschweligen Einrichtungen als Leistungen im Zusammenhang mit Suchtbegleitung erbracht (vgl. Kap. 5). Zusätzlich werden in jüngster Zeit auch diesbezügliche Aktivitäten im Freizeitbereich gefördert. In den österreichischen Justizanstalten (JA) und Polizeianhaltezentren (PAZ) wird ein weites Spektrum an drogenbezogenen Maßnahmen im Strafvollzug angeboten. In diesem Zusammenhang kommen Prävention, Substitutionsbehandlung, Prophylaxe von Infektionskrankheiten und abstinenzorientierte Therapie zur Anwendung.

### 9.1 Soziale (Re-)Integration

Die im letztjährigen Bericht zur Drogensituation (ÖBIG 2004a) ausführlich dargestellten Teilprojekte der Entwicklungspartnerschaft *drugaddicts@work* konnten im Berichtsjahr erfolgreich weitergeführt und weiterentwickelt werden. Die entsprechenden Maßnahmen zu **Ausbildung und Arbeit** wurden im Jahr 2004 von 322 Personen in Anspruch genommen. Davon entfielen u. a. 226 auf das Beratungsmodul Berufsassistentenz, 48 auf das Qualifizierungsmodul *@kurse* und 48 auf die Beschäftigungsmodul Gabarage, Pool7.at und *fix und fertig-TeleCenter*. Das Angebot wird von der Zielgruppe sehr gut angenommen, die Zugangskriterien von Gabarage und Pool7.at - absolute Abstinenz - erschweren es aber für die Berufsassistentenz, passende Klientinnen und Klienten für diese Module zu finden. Verschärft wird die Situation durch die neue Kontingentregelung des AMS (siehe auch weiter unten), wonach die Stellen in den Modulen nach Wohnorten der Klientinnen und Klienten zu besetzen sind. Zur Verbreitung der Anliegen und Ergebnisse der Regionalen Entwicklungspartnerschaft *drugaddicts@work* wurde vom Projektmanagement@work - Gesamtkoordination des Projekts - im Jahr 2004 u. a. eine umfassende Imagekampagne (Inserate, TV-Spots, Plakate, etc.) durchgeführt und drei Newsletter erstellt und vertrieben (*drugaddicts@work* 2005; vgl. auch Kap. 11.2).

In Weiterentwicklung der Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Integration soll 2005 besonderes Augenmerk auf den Ausbau der vorhandenen Angebote zur Erhöhung der Nachhaltigkeit gelegt werden. So sollen im Rahmen eines neuen EU-Projekts Strukturen geschaffen werden, die den (Wieder-)Einstieg von Menschen mit Sucht- und Drogenproblemen in den Arbeitsmarkt dauerhaft erleichtern. Das Projekt E2a - Neue Wege der Integration - ist eine Entwicklungspartnerschaft der Wiener Drogenhilfe, gefördert aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) mit österreichischer Kofinanzierung. Es wird im ersten Halbjahr 2005 mit den beteiligten Einrichtungen Wiener Berufsbörse (WBB), Dialog, Verein Wiener Sozialprojekte (VWS), Contact, Institut für Suchtdiagnostik (ISD) und Anton Proksch-Institut

(API) vorbereitet und danach umgesetzt werden. Schwerpunkt des Projekts ist es, „neue Wege der beruflichen Integration“ zu erproben. Menschen mit Suchtproblemen sollen über das Projekt an den Arbeitsmarkt herangeführt werden, wobei neue Ansätze des Case Managements speziell bei der Integration in den Arbeitsmarkt erprobt werden sollen. Die beteiligten Einrichtungen bieten ihre Mitarbeit einerseits beim Erarbeiten dieses „Case Management“-Ansatzes an und in den Fällen des Dialog und der WBB auch die Umsetzung ergänzender Module. Der Dialog wird für die Zielgruppen der Älteren und Jungen eigene Kursmodule anbieten mit dem Schwerpunkt des Empowerments, die WBB wird die zentrale Aufgabe der Schnittstellenarbeit übernehmen. Contact und ISD betreiben das zentrale Steuerungsmodul und die Koordination des „Case Management in der Wiener Suchthilfe“. Der Fachbereich Drogen des FSW übernimmt die Aufgabe der zentralen Projektleitung und der internationalen Vernetzung (FSW 2005b).

Das Jahr 2004 war für fix und fertig das erfolgreichste Jahr seit Bestehen der Einrichtung. So wurde einerseits bei den Erlösen ein Rekordergebnis erzielt - € 382.000 im Vergleich zu € 285.000 im Jahr 2003 - und andererseits gestaltete sich die Vermittlung in den Ersten Arbeitsmarkt äußerst positiv. So konnten von den 26 Personen, die 2004 das Dienstverhältnis beendet haben, neun (35 %) in den Ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden (2003: fünf von 20 Personen = 25 %). Das Angebot an Tagesarbeitsplätzen konnte pro Arbeitstag auf durchschnittlich 22 erhöht werden, aber auch die Zahl der Bewerbungen stieg auf durchschnittlich fast 37, sodass täglich 14 bis 15 Personen abgewiesen werden mussten. Als Transitarbeitskräfte konnten in den Bereichen Siebdruck, Postversand und Verwaltung 44 verschiedene Personen beschäftigt werden. Im TeleCenter - ein Projekt im Rahmen der EQUAL Entwicklungspartnerschaft „*drug-addicts@work*“ - waren im Lauf des Berichtsjahres zwölf Personen tätig (VWS 2004a, VWS 2005a).

Probleme bei der Vermittlung von Arbeitsplätzen an sozialökonomische Betriebe stellen sich für die regionalen Geschäftsstellen (RGS) des AMS seit März 2004, da sie innerhalb ihres regionalen Betreuungsbereichs nur mehr eine bestimmte Anzahl von Transitarbeitskräften zuweisen dürfen. Da die Wohnortverteilung der fix und fertig-Bewerberinnen und -Bewerber nicht mit der Kontingentverteilung übereinstimmt, mussten Interessentinnen und Interessenten allein deshalb abgewiesen werden, weil sie durch ihre Wohnadresse einer RGS zugeordnet waren, deren Kontingent bereits erschöpft war. Diese Regelung wurde zwar für fix und fertig ab Oktober 2004 aufgehoben, besteht aber seit Jahresbeginn neuerlich (VWS 2005a).

Durch bereits bestehende Anlaufstellen der Caritas für Drogensüchtige (Notschlafstelle, Komfüdros) wurde die zusätzliche Ausgrenzung dieser Personengruppe aus bildungs- und arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen erkannt. Im Gegensatz zu Ostösterreich, wo zielgerichtete Maßnahmen für drogenabhängige Menschen auch vom AMS unterstützt werden, existiert in Tirol keine diesbezügliche Einigung. Daher bietet abrakadabra - u. a. im Rahmen der Entwicklungspartnerschaft „My Job my Way“ - Tagesarbeitsplätze für jugendliche Drogenkonsumierende und fixe Beschäftigung in Form von Transitarbeitsplätzen für ältere, langjährige Drogenkonsumentinnen und -konsumenten an. Zusätzlich wird beim Ausfüllen von Anträgen unterstützt, der Kontakt zu Ärztinnen und Ärzten oder Bewährungshelferinnen und -helfern, dem AMS und der Schuldnerinnen- und Schuldnerberatung hergestellt und in Rechtsfällen beraten. Im Projektverlauf hat sich gezeigt, dass junge Klientinnen und Klienten zwar instabiler sind, sich aber besser zu einer Veränderung ihrer Situation motivieren lassen

(ca. 65 %). Ältere Klientinnen und Klienten sehen im Transitarbeitsplatz eher einen Dauerarbeitsplatz. 2004 konnten sieben von elf Jugendlichen, die kontinuierlich mitgearbeitet haben, im Arbeitsmarkt - auch in Lehrstellen - untergebracht werden (vgl. EDDRA).

Schon kurz nach Beginn einer stationären Langzeittherapie wird mit den Klienten des Jugendhauses Waldheimat des Grünen Kreises ein **Bildungsplan** erstellt. Dieser beinhaltet einen gegebenenfalls nachzuholenden Hauptschulabschluss, eine im Rahmen des Aufenthalts fortgeführte allgemeinbildende höhere Schule, den Beginn einer Lehre, die Vorbereitung auf die Lehrabschlussprüfung oder den Erwerb spezieller Kenntnisse wie etwa den Computerführerschein. Zusätzlich werden ein Berufsorientierungskurs sowie ein Bewerbungstraining angeboten. Dabei können die Vorbereitungen für den Hauptschulabschluss bzw. die Lehrabschlussprüfung im Betreuungshaus selbst stattfinden und erleichtern so das Ablegen der entsprechenden Prüfungen (Grüner Kreis 2005b; vgl. Kap. 11.2).

Die kurz- bis mittelfristigen Betreuungsangebote des Schweizer Haus Hadersdorf (SHH) werden durch Aus- und Fortbildungsmaßnahmen ergänzt, die die Klientinnen und Klienten an selbstständiges Arbeiten und Wohnen heranführen. Zusätzlich geht es um die Vermittlung von Alltagskompetenz, Kreativität, Bildung, Freizeitgestaltung, etc. Leider ist für die Klientinnen und Klienten die Teilnahme an AMS-Kursen oder anderen beruflichen Fördermaßnahmen nicht möglich, da sie für die Dauer der Therapie als „krankgeschrieben“ gelten und daher nach AMS-Regelungen für arbeitsmarktpolitische Maßnahmen nicht in Frage kommen. Um semistationäre/dezentrale Patientinnen und Patienten bei der Reintegration zu unterstützen, zu beschäftigen und eine Tagesstrukturierung anzubieten, wurde daher das „Tagesstrukturprojekt (TSP)“ in einem Clublokal in 1050 Wien ins Leben gerufen. Das TSP findet täglich statt, es werden Kurse und Qualifizierungsmaßnahmen angeboten. Als Vorbereitung auf die Arbeitssuche kann jede Patientin und jeder Patient durch Zusammenarbeit mit der „Wiener Berufsbörse“ schon während der stationären Phase eine Beratung durch eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter dieser Institution in Anspruch nehmen (SHH 2005, vgl. EDDRA).

Um für Patientinnen und Patienten direkt nach der stationären Phase oder nach einem **Wohnungsverlust** „Übergangswohnplätze“ zu schaffen, wurden im November 2004 die neuen Räumlichkeiten des SHH in 1060 Wien bezogen, von wo aus die Betreuung für die „dezentrale Phase“ erfolgt. Dort befindet sich auch eine Wohngemeinschaft für männliche Patienten (acht Wohnplätze), während gleichzeitig in den Räumen des vorherigen Betreuungsbüros für diese Phase in 1050 Wien eine Übergangswohngemeinschaft für weibliche Patientinnen geschaffen werden konnte. Insgesamt konnte etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten in eine WOBES-Wohnung oder eine Gemeindewohnung wechseln; 16 Patientinnen und Patienten bewohnten eine der beiden der dezentralen Phase angeschlossenen Wohngemeinschaften. Alle übrigen Patientinnen und Patienten waren in eigenen Wohnungen bzw. bei der Familie oder bei der Lebensgefährtin bzw. dem Lebensgefährten, etc. untergebracht, wo sie ebenfalls durch die Wohnbetreuung des SHH versorgt wurden. 13 Patientinnen und Patienten wurden aufgrund einer Krisensituation entsprechend dem flexiblen Phasenkonzept wieder stationär ins SHH aufgenommen (SHH 2005, vgl. EDDRA und Kap. 5.2).

Weiterhin besteht große Nachfrage nach einem Wohnplatz bei Betreutes Wohnen (VWS), sodass die Wartezeit im Schnitt neun Monate beträgt. Eine Voraussetzung für einen Wohn-

platz ist, dass die betreffende Person von einer weiteren Einrichtung betreut wird, wodurch trotz begrenzter personeller Ressourcen eine ganzheitliche Betreuung, die sämtliche Problembereiche der Klientin bzw. des Klienten abdeckt, sichergestellt wird. Die stabile Unterkunft sowie die Erarbeitung der Wohnbefähigung als Basis einer gesellschaftlichen Integration erleichtern es dabei der kooperierenden Einrichtung in anderen Feldern, wie z. B. Schuldenregulierung oder Freizeitgestaltung, erfolgreich tätig zu werden (VWS 2005a).

Die große Rolle, die Obdachlosigkeit für Drogenkonsumentinnen und -konsumenten spielt, zeigt sich auch an der Nachfrage nach Schlafplätzen. So wurde die Notschlafstelle des Ganslwirts im Jahr 2004 von 340 Personen in Anspruch genommen und 3.569 Nächtigungen bei 5.722 Anmeldungen wurden verzeichnet. Eine Entlastung der Ganslwirt-Notschlafstelle konnte durch die Integration obdachloser Drogenkonsumentinnen in das System der allgemeinen Wohnungslosenhilfe erreicht werden. Die kategorische Abgrenzung der Unterkunftseinrichtungen der Stadt Wien gegenüber Drogenkonsumentinnen und -konsumenten ist gefallen, was bedeutet, dass diese Personen seit April 2004 von der Clearingstelle P7 an Unterkunftseinrichtungen vermittelt werden. Zusätzlich wurde das bisherige Angebot der tagesweisen Nächtigung um die Möglichkeit einer mehrtägigen Unterbringung erweitert. Damit können Betreuungen intensiviert und die Unterkunfts- und Lebenssituationen mancher Klientinnen und Klienten stabilisiert werden (VWS 2005a).

In St. Pölten (NÖ) ist seit Herbst 2004 die Notschlafstelle „JUMP“ für suchtgefährdete Jugendliche in Betrieb. Außerdem wurde von mehreren St. Pöltener Einrichtungen, die in der Suchtarbeit tätig sind, ein Bedarf an Betreuung von suchtgefährdeten Jugendlichen in Form von Beschäftigungsprojekten herangetragen, was derzeit seitens des Landes NÖ geprüft wird (NÖ Suchtkoordination 2005). Die von der Caritas der Diözese Innsbruck (Tirol) betriebene Mentvilla bietet eine Notschlafstelle für max. 16 Personen und sechs Außenstellen mit zehn Garconnieren, die über die Caritas vermietet werden und in denen ehemalige Bewohnerinnen und Bewohner der Mentvilla weiterhin ambulant betreut werden. Weiters werden in der Mentvilla selbst frauenspezifische Drogen- und Sozialarbeit und ein getrennter Wohnbereich für Frauen angeboten (Mentvilla 2005).

Eine Reihe neuer Aktivitäten zum Thema **Freizeit** unterstreicht die zunehmende Bedeutung dieses Bereichs in der Drogenarbeit. Im Jänner 2004 wurden Räumlichkeiten für das „Zeitraum“-Projekt (ehemaliges „SOFA“) eröffnet. Das Projekt gibt der Klientel der Mentvilla *Zeit* und *Raum*, um die Freizeit eigenverantwortlich, selbständig und eigeninitiativ zu gestalten. So wurde 2004 mittwochs ein Kreativnachmittag angeboten und andere Aktivitäten wie z. B. Kinobesuche und Schwimmen wurden begleitet. Außerdem haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von „Zeitraum“ die Organisation und Begleitung eines verlängerten Hüttenwochenendes für Klientinnen und Klienten von abrakadabra, Komfüdro und Mentvilla übernommen (Mentvilla 2005).

Das ambulante Nachbetreuungsprogramm des Innsbrucker Zentrums für systemische Beratung, Betreuung und Therapie (ZSB) (Tirol) wurde im Jahr 2003 als Pilotprojekt gestartet und im Jahr 2005 endgültig fest verankert, um dem steigenden Bedarf nach einer professionellen Nachsorge gerecht zu werden. Das Programm richtet sich vorwiegend an Jugendliche und junge Erwachsene, die eine Entwöhnungsbehandlung erfolgreich abgeschlossen haben, und ist pro Jahr auf zehn ehemalige Konsumentinnen und Konsumenten beschränkt. Durch Psychotherapie und sozialarbeiterische Arbeit soll eine Stärkung der psychischen Konstitution

und damit soziale Selbstständigkeit der Klientinnen und Klienten erreicht werden. Im Zeitraum von einem Jahr bis maximal zwei Jahren finden zwei bis vier Treffen (zwischen Klientin bzw. Klient, Sozialarbeiterin bzw. -arbeiter und Therapeutin bzw. Therapeut) im Monat statt. Gegebenenfalls werden Freizeitaktivitäten mit den Klientinnen und Klienten in einem 1:1-Setting individuell besprochen. Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit mit den Klientinnen und Klienten ist die Unterstützung bezüglich Arbeitssuche, um durch gesicherte Arbeit einen großen Teil zur psychosozialen Stabilisierung der Klientinnen und Klienten beizutragen. Im Zuge der Nachbetreuung wurden im Jahr 2004 80 Prozent der Männer und 50 Prozent der Frauen in den Arbeitsmarkt vermittelt (vgl. EDDRA).

Eine Maßnahme, die zwar nicht den Bereich soziale (Re-)Integration betrifft, aber zur Erhöhung des subjektiven Sicherheitsgefühls und zur Vermeidung sozialer Störungen im öffentlichen Raum beitragen soll, wird ab September in Wien umgesetzt (vgl. ÖBIG 2004a). Im Rahmen des Projekts „Help U“ wird ein vom Fonds Soziales Wien (FSW) und den Wiener Linien finanziertes achtköpfiges Mediatorinnen- und Mediatorenteam in Wien am Karlsplatz - einem langjährigen Problembereich der Drogenstraßenszene (vgl. Kap. 1.1) - anwesend sein. In Ergänzung einer fixen Anlaufstelle wird das Team täglich für alle Beteiligten als Ansprechstelle dienen (Wiener Linien, FSW 2005).

## 9.2 Prävention von drogenbezogener Kriminalität

Die rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der drogenspezifischen Maßnahmen im Strafvollzug haben sich im Berichtszeitraum - bis auf die Ausgabe von Substitutions-Richtlinien für Justizanstalten im Jänner 2005 (BMJ 2005a, BMJ 2005b) - nicht geändert und werden im Drogenbericht 2001, Kapitel 13 (ÖBIG 2001a) ausführlich erläutert. Aktuelle Daten sowie Informationen zeigen, dass im Strafvollzug die Haft wegen SMG-Delikten weiterhin eine relevante und vor allem zunehmende Rolle spielt (vgl. Kap. 8.2).

Die im Jänner 2005 erlassenen Substitutions-Richtlinien für Justizanstalten (BMJ 2005a, BMJ 2005b) erklären kurz die Zielsetzungen und Arten der Substitution und gehen in weiterer Folge auf im vorliegenden Setting geeignete Substitutionsmittel (Methadon als erstes Substitutionsmittel, Buprenorphin und retardierte Morphine) sowie die durchschnittliche Tagesdosis, mögliche Nebenwirkungen und Arzneimittelinteraktionen ein. Weiters behandeln die Richtlinien Indikationen für Substitutionen in Justizanstalten (z. B. bereits vorhandene extramurale Substitution) und verweisen auf - in diesem Zusammenhang notwendige - obligatorische Vereinbarungen mit den Patientinnen und Patienten (z. B. Observanz der Einnahme unter Sicht). Auch die ethischen Grundsätze der Substitution und die Notwendigkeit von „Harm Reduction“ werden ebenso angesprochen wie gelegentliche Rückfälle, die als zum Wesen der Suchtkrankheit gehörig angesehen werden.

Weiterhin wird im Strafvollzug ein breites Spektrum an drogenbezogenen Maßnahmen angeboten. Auch der möglichen (Re-)Integration in den Beruf wird großes Augenmerk geschenkt. Neben drogenfreien Abteilungen und Therapiestationen wird den Insassinnen und Insassen unter bestimmten Bedingungen die Möglichkeit geboten, einen Arbeitsplatz im Rahmen des Freiganges zu behalten. In der Justizanstalt (JA) Favoriten liegt den Behandlungsangeboten im Frauenvollzug ein frauenspezifischer Ansatz der Suchtentstehung und Suchterkrankung zugrunde. Im sozialtherapeutischen Betrieb „NORA“ können bis zu vier

Frauen nach Absolvieren eines EDV-Kurses arbeiten, sobald sie im gelockerten Vollzug sind bzw. Freigängerinnen-Status erlangt haben. So können sich die Frauen unter beschäftigungstherapeutischen Gesichtspunkten im Arbeitsprozess erfahren und in der Auseinandersetzung mit den an sie gestellten Anforderungen fachliche und persönliche Kompetenz entwickeln (vgl. Kap 11.2).

Die JA Stein verfügt über eine Substitutionsabteilung mit 44 Betten; die Anzahl der Substituierten liegt mit 115 weit über den vorhandenen Kapazitäten. Aus diesem Grund ist einerseits die Schaffung einer zweiten Substitutionsabteilung mit 40 Betten geplant. Andererseits sollen in einer Außenstelle Steins mit landwirtschaftlichem Schwerpunkt 15 Betten zur Verfügung gestellt werden. Dort verpflichten sich die Insassen, in der landwirtschaftlichen Arbeit tätig zu sein und zusätzlich eine Suchttherapie zu absolvieren. Ziel dieses Außenstellenprojekts ist es, bei ausreichender Motivation der Insassen eine verbesserte soziale Reintegration durch vermehrte Ausgänge zu ermöglichen.

In der Abschlussphase in der substanzfreien Abteilung in der JA Garsten soll der Insasse ein gewisses Maß an Selbständigkeit gewinnen und die Möglichkeit erhalten, bestimmte Teile seines Leben (z. B. Jobsuche) selbst zu koordinieren. In dieser Phase ist es auch möglich, ein Haustier zu kaufen und zu versorgen.

In der JA Innsbruck erfolgt in der ein- bis zweimonatigen Entlassungsphase aus der drogenfreien Abteilung die Abklärung der späteren Wohn- und Arbeitsmöglichkeit; externe Kurse zum Zweck der Berufsausbildung und Fortbildung können besucht werden (BMJ 2005b).

Im Sinne der Infektionsprophylaxe wurde in der JA Favoriten eine zentrale Verteilerstelle für Informationsmaterial betreffend HIV/AIDS bzw. Hepatitis C für alle Justizanstalten eingerichtet. Jeder und jedem neu Inhaftierten wird anlässlich der Zugangsuntersuchung ein sogenanntes „Care-Paket“ überreicht, das Informationsbroschüren, Kondome und ein Merkblatt betreffend Risikoverhalten enthält (BMJ 2005b).

Seit Mitte des Jahres 2003 wird vom Verein P.A.S.S. unter dem Titel „Wege aus der Sucht“ eine wöchentliche Therapiegruppe für Jugendliche in Haft angeboten. Diese Gruppe wird in Zusammenarbeit mit Mitarbeiterinnen der Wiener Jugendgerichtshilfe durchgeführt und soll den Jugendlichen die Möglichkeit geben, ihre Verhaltensmuster im Zusammenhang mit dem Suchtmittelkonsum zu reflektieren. Die Gruppe bietet Informationen über Behandlungs- und Beratungsangebote und soll die Motivation für eine Therapie im Anschluss an die Haft fördern (P.A.S.S. 2005).

Die im Polizeianhaltezentrum Wien 9 (PAZ) angehaltenen Personen werden durch den Dialog suchtmedizinisch und psychiatrisch betreut (vgl. ÖBIG 2004a), wobei für die im PAZ angehaltenen Männer mit Verwaltungsstrafen, die eine große Gruppe darstellen, bislang keine sozialarbeiterische Betreuung existiert. Der Dialog sieht es als vorrangige Aufgabe, sein Betreuungskonzept auf diese Gruppe auszudehnen und dafür die entsprechenden Mittel aufzubringen. Die Anzahl der Klientinnen im Rahmen der frauenspezifischen Betreuung hat im PAZ 2004 im Vergleich zum Vorjahr um 13 Prozent zugenommen (2003: 78, 2004: 88). Die Betreuerinnen und Betreuer gehen davon aus, dass ein größerer Teil der angehaltenen Frauen angesprochen werden könnte. Um dieses Ziel zu erreichen, wird seit Beginn 2005 jeder Frau, die wegen Verwaltungsstrafen im PAZ angehalten ist, im Rahmen eines Kontakt-

gesprächs durch eine Sozialarbeiterin des Dialog das Angebot vorgestellt. Die Frau entscheidet dann selbst, ob sie ein Angebot des Dialog nutzen möchte (Dialog 2005).

Im Rahmen der regelmäßigen Befragungen der Klientinnen und Klienten wurden 2004 13 Männer und elf Frauen - alle wegen Verwaltungsstrafen angehalten - befragt, wobei Schubhäftlinge aufgrund fehlender Ressourcen leider nicht einbezogen werden konnten. Die Zufriedenheit mit dem Angebot des Dialog war sehr groß, und es wurde positiv erwähnt, dass die Klientinnen und Klienten ernst genommen wurden, sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Dialog Zeit nehmen und sehr um Unterstützung bemüht sind (Dialog 2005).

Im Jahr 2004 wurden vom Dialog etwa 50 Beamtinnen und Beamte im Rahmen der berufsbegleitenden Fortbildung zum Thema „Umgang mit Suchtmittelabhängigen unter Haftbedingungen“ geschult. Ärztinnen und Ärzte des Dialog hielten vor Polizeiamtsärztinnen und -ärzten Referate zu den Themen „Umgang mit psychisch Kranken unter Haftbedingungen“ und „Substitution in Schubhaft“ (Dialog 2005).

Das Prinzip „Therapie statt Strafe“ stellt weiterhin einen wichtigen Bestandteil aller Drogen- bzw. Suchtkonzepte und -pläne Österreichs dar (ÖBIG 2002). Die Umsetzung der Maßnahmen erfolgt in Österreich nicht im Rahmen von Spezialeinrichtungen, vielmehr steht dazu das gesamte Spektrum der Drogenhilfe zur Verfügung (vgl. dazu Kap. 1.1).



# 10 Drogenmärkte

Die am häufigsten in Österreich beschlagnahmte Substanz ist Cannabis, gefolgt von Kokain und Heroin. Allerdings ist insbesondere die Menge der beschlagnahmten Substanzen ein schlechter Indikator für deren Verfügbarkeit in Österreich, da ein wesentlicher Teil der Drogen nicht für Österreich bestimmt ist (Transit), und sich in den Zahlen auch das Ausmaß der Aktivität der Exekutive widerspiegelt. Bezüglich der Reinheit und der Konzentration der in Österreich erhältlichen Substanzen zeigt die Erfahrung der letzten Jahre erhebliche Schwankungsbreiten. Dies betrifft sowohl den Bereich der klassischen Straßenszene (Opiate und Kokain) als auch den Bereich der neuen synthetischen Drogen (Ecstasy und Amphetamine). Die Unsicherheit über die tatsächlichen Inhaltsstoffe und die Konzentration derselben stellt einen erheblichen Risikofaktor beim Drogenkonsum dar (vgl. Kap. 13.2).

## 10.1 Verfügbarkeit und Angebot von Drogen

Information zur Verfügbarkeit bzw. den lebenszeitbezogenen erstmaligen Erwerb von illegalen Drogen bei Jugendlichen liefern einige Fragen des ESPAD-Surveys (Uhl et al. 2004b, vgl. Kap.1.4 und 2.2 und 13.1). Es zeigt sich, dass jene Jugendlichen, die bereits mindestens einmal eine illegale Droge konsumiert haben, diese in erster Linie von Freundinnen oder Freunden bzw. Geschwistern erhalten haben (ältere Freundin oder älterer Freund bzw. ältere Geschwister: 28 %; jüngere bzw. gleichaltrige Freundin oder jüngerer bzw. gleichaltriger Freund: 26 %; Droge wurde innerhalb einer Gruppe von befreundeten Personen geteilt: 27 %, von einer Freundin oder einem Freund gekauft: 4 %). Fremde Personen oder Personen, die nur vom Hörensagen bekannt sind, werden nur von fünf Prozent als Bezugsquelle ihrer ersten illegalen Droge angegeben.

Die Antwortverteilungen auf die Frage „Wie schwierig wäre es deiner Meinung nach, an eine der folgenden Substanzen heranzukommen, wenn du sie möchtest?“, die für unterschiedliche legale und illegale Substanzen gestellt wurde, finden sich in Tabelle 10.1. Während über 80 Prozent der Jugendlichen es ziemlich bis sehr einfach finden, an Alkohol heranzukommen (Wein/Sekt: 93 %, Spirituosen: 81 %), liegt der diesbezügliche Prozentsatz für illegale Drogen nur bei Cannabis bei etwas über einem Drittel der Befragten (35 %). Ecstasy und Amphetamine werden jeweils von etwa 20 Prozent, alle anderen illegalen Drogen von unter 15 Prozent als ziemlich bis sehr einfach erhältlich eingeschätzt.

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

Schwierigkeit, an die jeweilige Substanz heranzukommen	Substanz									
	Cannabis	Ecstasy	Amphetamine	Kokain	Heroin	LSD	Magic Mushrooms	Tranquilizer/Sedativa	Wein/Sekt	Spirituosen
unmöglich	13 %	19 %	15 %	22 %	23 %	18 %	21 %	19 %	1 %	3 %
sehr schwierig	13 %	18 %	17 %	21 %	22 %	19 %	17 %	19 %	1 %	2 %
ziemlich schwierig	18 %	16 %	18 %	16 %	16 %	20 %	15 %	17 %	3 %	9 %
ziemlich einfach	21 %	13 %	14 %	9 %	7 %	9 %	9 %	7 %	16 %	22 %
sehr einfach	14 %	7 %	7 %	5 %	4 %	4 %	7 %	4 %	77 %	59 %
weiß nicht	22 %	27 %	29 %	28 %	29 %	29 %	30 %	34 %	2 %	6 %

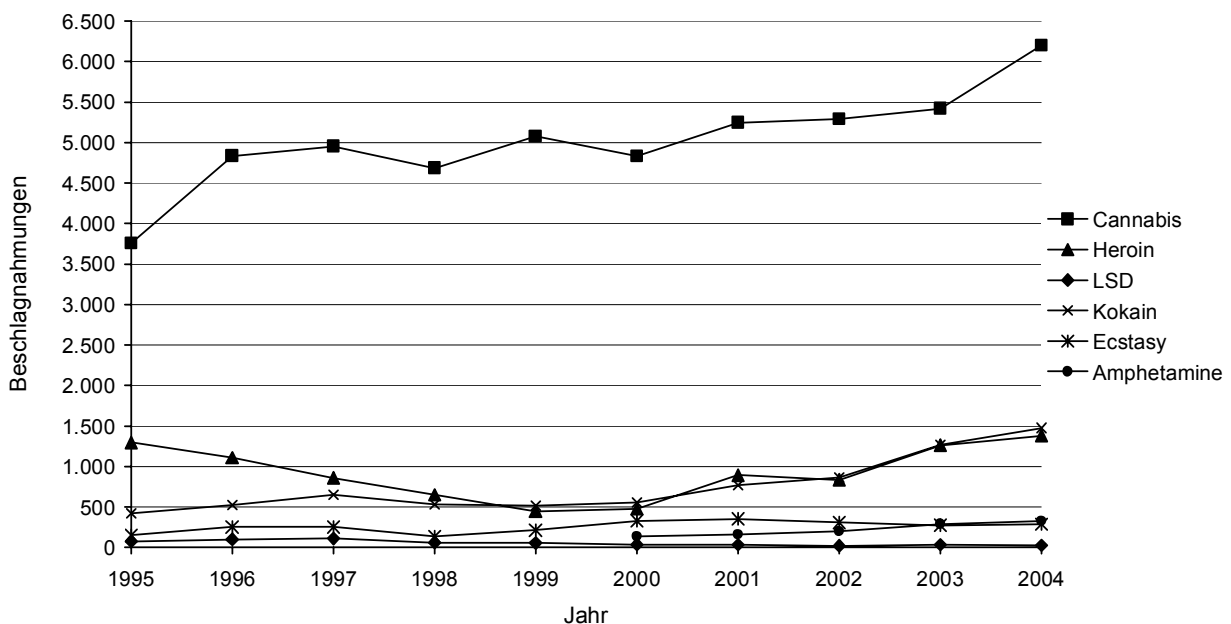
Quelle: Uhl et al. 2004b

Zur subjektiv empfundenen Verfügbarkeit von Cannabis wurde zusätzlich die Frage gestellt, ob die Jugendlichen einen Ort kennen, an dem sie leicht Cannabis kaufen könnten, wenn sie es wollten. 64 Prozent der Befragten bejahen dies. Als Orte, an denen Cannabis nach Einschätzung der Jugendlichen für sie leicht erhältlich sei, werden am häufigsten Diskothek/Bar (43 %) und Straßen/Parks (33 %) angegeben. Wesentlich seltener wurde die Wohnung eines Dealers (21 %), die Schule (16 %) und sonstiges (16 %) angekreuzt.

## 10.2 Sicherstellungen

Laut Bundesministerium für Inneres (BMI) wurde im Jahr 2004 ein starker Anstieg der Zahl der Sicherstellungen bei Cannabis und Kokain und ein Anstieg bei Heroin und Amphetaminen festgestellt. Bei Ecstasy und LSD sind die Zahlen in etwa gleich geblieben (vgl. Abbildung 10.1, Tabelle A19 im Anhang A und Standard Table 13).

Abbildung 10.1: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften in Österreich, 1995 - 2004



Quelle: BMI - Bundeskriminalamt

Diese Tendenzen spiegeln sich nur bedingt in der Menge der beschlagnahmten Substanzen wider, da diese sehr stark von einzelnen Aufgriffen großer Drogenmengen geprägt wird (vgl. Tabelle A20 im Anhang A und Standard Table 13). So hat sich beispielsweise die Menge an sichergestelltem Heroin (235 kg) im Vergleich zum Vorjahr verfünffacht, die Sicherstellungsmenge bei Ecstasy (122.663 Stück) ist um 71 Prozent gesunken (BMI 2005).

Im Frühjahr 2005 wurden im Rahmen von polizeilichen Sicherstellungen erstmals Pillen, die für den Verkauf als Ecstasy gedacht waren, mit dem Wirkstoff mCPP (Meta-Chlor-Phenyl-Piperazin) und Pillen, die neben MDMA auch den Stoff MDHOET (3,4-Methylenedioxy-N-(2-Hydroxyethyl)amphetamin) enthielten, beschlagnahmt.

## 10.3 Reinheit und Preis

Im Kontext des ChEck iT!-Projekts (vgl. Kap. 3.2 und 13.1), in dessen Rahmen auf Raves Tests von als Ecstasy oder Speed gekauften Substanzen auf **Reinheit und Zusammensetzung** durchgeführt werden, wurden im Jahr 2004 bei insgesamt fünf Raveveranstaltungen 95 als Ecstasy und 41 als Speed gekaufte Proben analysiert (VWS 2005e). Der Prozentsatz der als **Ecstasy** gekauften Tabletten, die außer MDMA, MDE oder MDA keine anderen psychotropen Substanzen enthielten, ist in etwa gleich hoch wie in den Vorjahren (88 %). Es fällt aber eine extrem hohe Schwankungsbreite des Reinheitsgehalts pro Tablette auf (6 bis 179 mg MDMA, MDE oder MDA). Die als **Speed** gekauften und von ChEck iT! analysierten Substanzen enthielten nur zu 22 Prozent ausschließlich Amphetamin, zu 20 Prozent Amphetamin und Koffein, zu 39 Prozent Amphetamin gemischt mit anderen psychotropen Substanzen (vgl. Tabellen A21 und A22 im Anhang A und Standard Table 15). Über die Jahre betrachtet fällt auf, dass der Anteil der Amphetaminproben, die tatsächlich nur Amphetamin als Wirkstoff enthalten, stark rückläufig ist (2001: 61 %, 2003: 35 %, 2004: 22 %). Hauptverantwortlich für diesen Rückgang ist das seit 2002 beobachtete Auftreten sogenannter „unbekannter Amphetaminderivate“ (2002: 10 %, 2003: 26 %, 2004: 24 %). Diese Substanzen können entweder Resultat einer unsachgemäßen Herstellung von Amphetamin aus billigen Ausgangsstoffen sein, oder es handelt sich dabei um neu entwickelte Designerdrogen. Die Wirkung und Gefahren dieser Substanzen sind unbekannt und nicht einschätzbar (VWS 2005f).

Angaben, die vom BMI bezüglich Reinheit und Preis der diversen Drogen auf Straßenverkaufsniveau gemacht werden, finden sich in Tabelle 10.2. Die Daten beruhen auf Informationen und Scheinkäufen von verdeckten Ermittlern (vgl. Standard Tables 14 und 16).

Tabelle 10.2: Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm) der diversen Drogen im Straßenverkauf

		Cannabis- kraut	Cannabis- harz	Braunes Heroin	Weißes Heroin	Kokain	Ampheta- mine	Ecstasy	LSD
Reinheit	Untergrenze	0,03 %	0,8 %	0,2 %	-	2,8 %	1 %	11 %	-
	Obergrenze	27 %	38 %	92 %	-	95 %	100 %	100 %	-
	Typisch	5 %	10 %	14 %	-	40 %	25 %	38 %	-
Preis	Untergrenze	3	7	50	80	70	20	10	30
	Obergrenze	4	8	70	100	95	25	15	35
	Typisch	3	7	60	95	90	20	12	30

Quelle: BMI- Bundeskriminalamt

Auffallend sind die oft erheblichen Schwankungsbreiten in der Konzentration der für den Straßenhandel bestimmten Drogen. Weiterführende Interpretationen und Aussagen über Trends sind aber nur im Rahmen einer Analyse der Daten über mehrere Jahre möglich.

## **TEIL 2**

# **Schwerpunktthemen**



# 11 Geschlechtsspezifische Unterschiede

## 11.1 Geschlechtsspezifischer Drogenkonsum

Eine Vielzahl an Studien zu **Konsumerfahrungen** mit illegalen Drogen innerhalb der Bevölkerung (vgl. Kap. 2 und 13.1) belegt, dass Männer eine höhere Prävalenz des Konsums illegaler Drogen aufweisen als Frauen (ÖBIG 2002, 2004a; Haas 2005). So ergaben beispielsweise eine Bevölkerungsbefragung (15- bis 59-Jährige) und eine Jugendbefragung (15- bis 24-Jährige) in OÖ im Jahr 2003 folgende Unterschiede: Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, bei der hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz des Konsums von Cannabis ein Verhältnis von 1,5:1 (männlich : weiblich) zu finden ist, zeigt sich bei den Jugendlichen ein ausgeglicheneres Geschlechterverhältnis (Seyer 2005). Hinsichtlich der 12-Monate-Prävalenz finden sich bei den 18- bis 19-jährigen weiblichen Jugendlichen höhere Konsumraten als bei den gleichaltrigen männlichen Jugendlichen. In der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen weisen jedoch die männlichen Jugendlichen höhere Konsumraten auf. In den jüngeren bzw. älteren Altersgruppen gibt es kaum relevante Unterschiede. Wird schließlich die 30-Tage-Prävalenz betrachtet, so sind in der Gesamtbevölkerung keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu beobachten. Bei den Jugendlichen zeigen sich wieder höhere Konsumraten bei den weiblichen Jugendlichen in der Altersgruppe der 18- bis 19-Jährigen und bei den männlichen Jugendlichen in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen.

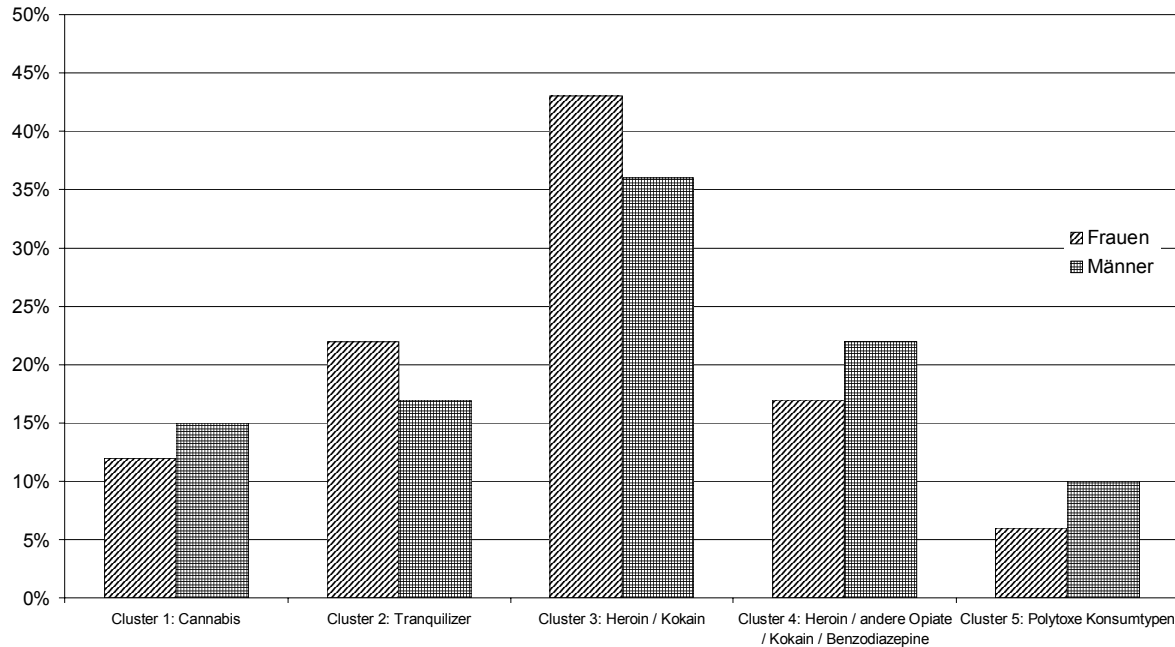
Die österreichweite Bevölkerungsbefragung aus dem Jahr 2004 (Uhl et al. 2005 - vgl. Kap. 2.1 und 2.2) ergab hinsichtlich des Cannabiskonsums ebenfalls höhere Prävalenzraten für Männer. Hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz und der 12-Monate-Prävalenz liegen bei den Jugendlichen (15- bis 24-Jährige) im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (15- bis 64-Jährige) ebenfalls ein ausgeglicheneres Geschlechterverhältnis vor. Bei der 30-Tage-Prävalenz ist das Geschlechterverhältnis annähernd gleich. Im Gegensatz zum Cannabiskonsum wird der Konsum von Nikotin - in geringerem Ausmaß auch von Alkohol - von weiblichen Jugendlichen häufiger angegeben als von männlichen Jugendlichen.

Die Ergebnisse der ESPAD-Studie (Uhl et al. 2004a) zeigen folgende Geschlechtsunterschiede: 25 Prozent der männlichen und 18 Prozent der weiblichen Jugendlichen gaben an, bereits einmal Cannabis probiert zu haben, ein regelmäßiger Cannabiskonsum wird von fünf bzw. zwei Prozent berichtet. Die Geschlechterunterschiede bei allen anderen Substanzen sind, abgesehen von den Magic Mushrooms mit einem ähnlichen Verhältnis wie bei Cannabis, gering (vgl. ÖBIG 2004a und Kap. 2.2).

Die Fachleute sind sich darin einig, dass männliche Jugendliche Nikotin und Alkohol um ein Jahr früher, weibliche Jugendliche hingegen illegale Substanzen um zwei Jahre früher probieren (z. B. Prehslauer et al. 2001). Dafür sprechen z. B. die Auswertungen der Wiener BADO für das Jahr 2003 (IFES 2004b - vgl. Kap. 4.2), nach denen das mittlere Erstkonsumalter für fast alle Substanzen bei den Frauen fast immer und teilweise deutlich unter dem der Männer liegt. Auch die von ChEck iT! im Jahr 2003 beratenen Frauen waren im Durchschnitt jünger als die beratenen Männer (VWS 2004d). Begründet wird dieser Unterschied mit den älteren Freunden, an deren Konsumverhalten sich die Mädchen anpassen (Österreichisches Institut für Jugendforschung 1999). Nach Eisenbach-Stangl (1995) emanzipieren sich junge

Frauen erst mit der Ausbildung der Geschlechterrollen und entwickeln damit eine eigenständige weibliche Identität sowie vom Partner unabhängige Konsumgewohnheiten.

Abbildung 11.1: Drogenkonsummuster der Klientel der Wiener Drogeneinrichtungen nach Geschlecht, 2003



Anmerkung: Die Prozentsätze beziehen sich auf jene 587 Klientinnen und Klienten, von denen vollständige Informationen zum Drogenkonsum vorliegen.

Quelle: IFES 2004b

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich auch beim **problematischen Konsum**, wo der Anteil der Männer mit zunehmendem Alter deutlich überwiegt. Auf Basis einer Prävalenzschätzung mit Capture-Recapture-Verfahren (ÖBIG 2003, 2004a) kann von einem Frauenanteil von rund 26 Prozent bei den problematisch Konsumierenden ausgegangen werden. Diese Schätzungen beruhen auf Daten zur Substitutionsbehandlung sowie opiatbezogenen Anzeigen (vgl. Kap. 4.1). Eine Clusteranalyse der Konsumdaten der im Jahr 2003 in Wien betreuten Personen ergab fünf verschiedene Konsummuster (vgl. Kap. 4.2). Die Aufteilung nach Geschlecht ist in Abb. 11.1 ersichtlich.

Die Zahlen aus **Beratung und Behandlung** sind ein Indiz für den höheren Männeranteil unter den problematisch Konsumierenden (vgl. Tab. 11.1). Es wird aber auch ein geschlechtsspezifischer Unterschied hinsichtlich der Inanspruchnahme der Angebote vermutet (Haas 2005), wodurch die Aussagekraft dieser Zahlen eingeschränkt ist. Laut Wiener BADO für das Jahr 2003 (IFES 2004b - vgl. Kap. 4.2) waren in Wien sieben von zehn dokumentierten und betreuten Personen Männer, wobei der Unterschied in der stationären Behandlung größer war. Die Zahlen der Drogenberatung des Landes Steiermark zeigen ein ausgeglicheneres Geschlechterverhältnis, ein Grund dafür könnte der hohe Anteil an Frauen mit Diagnosen aufgrund von Verhaltenssuchten sein (Drogenberatung des Landes Steiermark 2004). Auch im Bereich der Beratung und Behandlung hat das Alter einen entscheidenden Einfluss. So liegt z. B. der Frauenanteil an der Drogenambulanz der Christian-Doppler-Klinik (Salzburg) in der Altersgruppe der über 40-Jährigen mit 14 Prozent deutlich unter dem Anteil (24 %) in

den anderen Altersgruppen (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2005). Beim Grünen Kreis lag im Jahr 2004 das Durchschnittsalter der Frauen mit 25,4 Jahren ebenfalls unter dem der Männer (28,2 Jahre; Grüner Kreis 2005a). In Wien war im Jahr 2003 rund ein Viertel der in Betreuung gestandenen Frauen höchstens 20 Jahre alt, bei den Männern befanden sich nur 14 Prozent in dieser Altersgruppe (IFES 2004b). In den höheren Altersgruppen zeigt sich ein umgekehrtes Verhältnis. Diese Zahlen sprechen dafür, dass Frauen therapeutische Angebote in jüngeren Jahren in Anspruch nehmen als Männer.

*Tabelle 11.1: Geschlechterverhältnis in ausgewählten Behandlungseinrichtungen bzw. Beratungsstellen, 2004*

Programm, Einrichtung und Träger	Anzahl Klientinnen / Klienten gesamt	Anteil Männer	Anteil Frauen
Salzburger Drogenberatungsstellen	299	76 %	24 %
Ambulante Betreuung, Drogenambulanz der Landesklinik II für Psychiatrie der Christian-Doppler-Klinik, Salzburg	421	76 %	24 %
Suchtstation, Landesklinik II für Psychiatrie der Christian-Doppler-Klinik, Salzburg	152	78 %	22 %
Drogenberatung des Landes Steiermark	247 <sup>1</sup>	58 %	42 %
Kooperationsprojekt mit niederschwelligem Bereich, Drogenberatung des Landes Steiermark	31	84 %	16 %
Tiroler Suchtberatungsstellen (ASP, Verein BIT, Verein BIN, Verein KIT, Drogenberatung des Jugendzentrums Z6)	2381	70 %	30 %
Kurzzeittherapie, Haus am Seespitz, Tirol	54	70 %	30 %
Behandlung, Verein KIT, Tirol	21	81 %	19 %
Ambulante Therapie, Betreuungszentrum Wien, Grüner Kreis	110	91 %	9 %
Nachbetreuung, Betreuungszentrum Wien, Grüner Kreis	60	78 %	22 %
Ambulante Therapie, Betreuungszentrum Graz, Grüner Kreis	42	71 %	29 %
Vorbereitung, Betreuungszentrum Klagenfurt, Grüner Kreis	123	66 %	34 %
Stationäre Kurzzeittherapie, Grüner Kreis	54	80 %	20 %
Stationäre Langzeittherapie, Grüner Kreis <sup>2</sup>	469	74 %	26 %
Therapiestation Carina, Stiftung Maria Ebene	42 <sup>3</sup>	67 %	33 %
Therapiestation Lukasfeld, Stiftung Maria Ebene	64 <sup>3</sup>	73 %	27 %
Krankenhaus Maria Ebene, Stiftung Maria Ebene	381	72 %	28 %
Beratungsstelle Bregenz, Stiftung Maria Ebene	441	79 %	21 %
Betreuung, Treffpunkt, API	460	76 %	24 %
Spezialambulanz, Treffpunkt, API	83	77 %	23 %
Substitution, Spezialambulanz, Treffpunkt, API	42	83 %	17 %
Drogenambulanz Wiener Neustadt, API	155	74 %	26 %
Drogenambulanz Neunkirchen, API	158	74 %	26 %
Nachbetreuung, Half-Way-House + Club Drive API	84	68 %	32 %
Entzugsstation und Kurzzeittherapie, API	124	75 %	25 %
Langzeittherapiestation Mödling, API	100	67 %	33 %
Schweizer Haus Hadersdorf	139	83 %	17 %

<sup>1</sup> Neuzugänge und Wiederaufnahmen mit längerfristiger Betreuung

<sup>2</sup> inklusive Spezialprogramm Multimorbidität

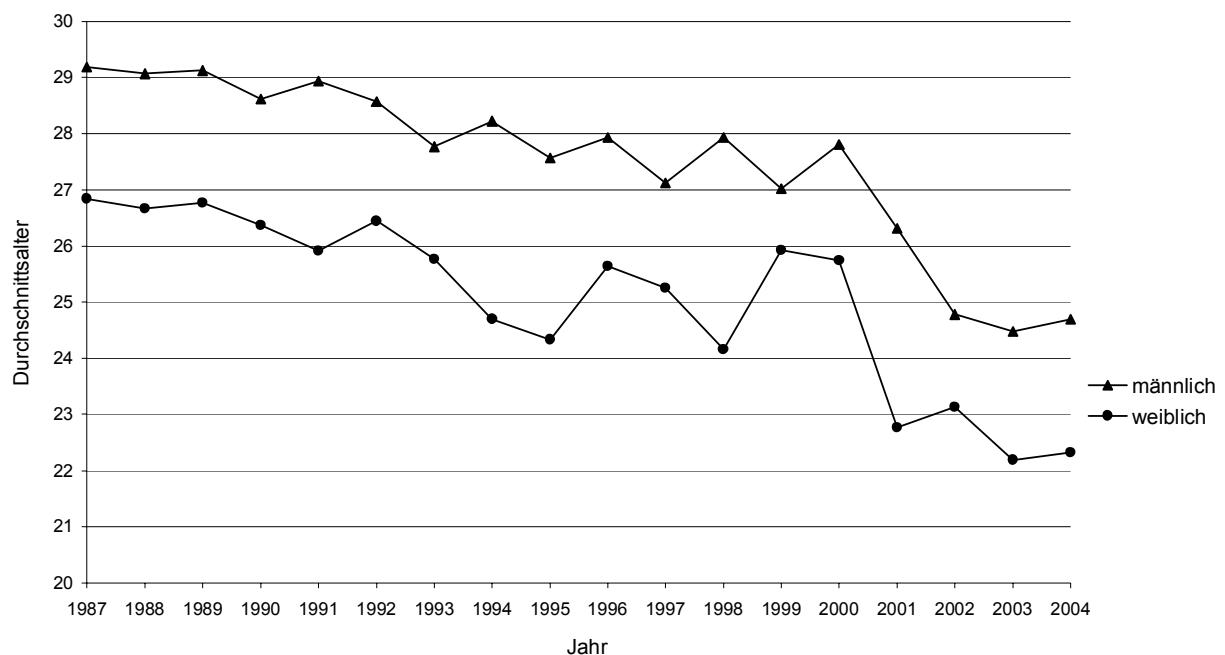
<sup>3</sup> Neuzugänge im Jahr 2003

Quellen: Jahresberichte der verschiedenen Einrichtungen; Kern, persönliche Mitteilung



In der Substitutionsbehandlung (vgl. Kap. 4.2 und 5.3) beträgt der Frauenanteil bei den im Jahr 2004 österreichweit gemeldeten gesamten Behandlungen 29 Prozent, bei den lebenszeitbezogenen Erstbehandlungen sind es 25 Prozent. Während bei den unter 20-Jährigen das Verhältnis eher ausgewogen ist (Frauenanteil 45 % an gesamten und 43 % an Erstbehandlungen), überwiegt der Männeranteil in den höheren Altersgruppen mit 69 bis 80 bzw. 75 bis 84 Prozent deutlich. Das Durchschnittsalter der Frauen lag bei den im Jahr 2004 gemeldeten Erstbehandlungen mit 22,3 Jahren unter dem der Männer (24,7 Jahre). Abb 11.2. zeigt die Entwicklung des Durchschnittsalters bei Männern und Frauen seit Beginn der Substitutionsbehandlung in Österreich.

Abbildung 11.2: Entwicklung des durchschnittlichen Alters bei Männern und Frauen in lebenszeitbezogenen erstmaliger Substitutionsbehandlung, 2004



Quelle: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

Aus den Bundesländern werden ähnliche Zahlen berichtet. In Salzburg war im Dezember 2004 unter allen Substitutionsbehandlungen ein wesentlich höherer Prozentsatz Männer zu finden, der größte Frauenanteil befand sich in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2005). In Oberösterreich betrug das Geschlechterverhältnis bei den Neuzugängen fast 5:1 (männlich zu weiblich), eine Verschiebung in Richtung Männer ist in den letzten Jahren zu beobachten (ISP 2005). In Kärnten betrug im Jahr 2004 der Männeranteil an den dauerhaft Substituierten 72 Prozent, der Frauenanteil 28 Prozent (Prehslauer, persönliche Mitteilung).

Geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich auch bei den **gesundheitlichen Folgen**. In OÖ wurden beispielsweise Daten der öffentlichen Krankenhäuser für das Jahr 2003 ausgewertet (ISP 2005): die Geschlechterverteilung bei den drogeninduzierten Behandlungsepisoden beträgt 2:1 bis 2,5:1 (männlich : weiblich), bei den Abhängigkeitsdiagnosen liegt sie bei 2,5:1 (1,5:1 im Jahr 1999). Auch die Daten zu Infektionskrankheiten von i.v. Drogenkonsumierenden (vgl. Kap. 6.2 und Standard Table 9) zeigen höhere Prävalenzraten hinsichtlich Hepatitis B und C bei den Männern (Haas 2005). Auswertungen der Wiener Rettung

für das Jahr 2004 zu Einsatzfahrten mit Verdacht auf Überdosierung ergeben einen Frauenanteil von 28 Prozent, bei den Erstkontakten des CONTACT-Spitalsverbindungsdienstes betrug der Frauenanteil im Jahr 2004 jedoch 43 Prozent (FSW 2005c).

Unter den direkt und indirekt drogenbezogenen Todesfällen befanden sich im letzten Jahrzehnt in Österreich etwa 15 bis 20 Prozent Frauen (Haas 2005), wobei der Frauenanteil bei den indirekt drogenbezogenen Todesfällen (2003: 31 %) höher ist als bei den direkt drogenbezogenen Todesfällen (2003: 18 %; ÖBIG 2004a). In Vorarlberg wurde beobachtet, dass der Frauenanteil an den drogenbezogenen Todesfällen in den letzten Jahren gesunken ist, im Jahr 2003 betrug er 16,7 Prozent (Universitätsinstitut für Suchtforschung 2004). Auch hier hat das Alter einen Einfluss: das Durchschnittsalter der weiblichen Todesfälle liegt unter dem der männlichen, besonders deutlich ist das bei den direkt drogenbezogenen Todesfällen zu sehen (Haas 2005). In Vorarlberg betrug z. B. im Jahr 2003 das Durchschnittsalter der weiblichen drogenbezogenen Todesfälle 29,5 Jahre, das der männlichen 33 Jahre (Universitätsinstitut für Suchtforschung 2004).

Hinsichtlich der **sozialen Folgen** sind unter anderem die Auswertungen der im Jahr 2004 aufgrund eines begründeten Verdachts auf Suchtgiftmissbrauch durchgeführten Begutachtungen nach §12 SMG von Interesse (vgl. Kap. 1.1). In Salzburg liegt ein Männeranteil von 82 Prozent (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2005) vor, bei einem regionalen Vergleich beträgt dieser Anteil für den Zentralraum ohne Stadt sogar 88 Prozent. In Wien beträgt der Männeranteil 85 Prozent (FSW 2005c), bei den Personen, für die eine gesundheitsbezogene Maßnahme empfohlen wurde, liegt er bei 84 Prozent (FSW 2005a). Die nach dem SMG im Jahr 2004 in Österreich erstatteten Anzeigen betrafen zu 85 Prozent Männer (BMI 2005). Unter den rechtskräftig nach österreichischem SGG bzw. SMG Verurteilten sind es sogar 91 Prozent (vgl. Anhang). Der Anteil drogenkonsumierender Häftlinge ist zwar in Frauengefängnissen prozentuell gesehen höher als in Männerhaftanstalten (Liebl 2002), es muss jedoch berücksichtigt werden, dass der Frauenanteil an der gesamten Gefängnispopulation gering ist.

Die Zahlen aus den Angeboten zur **Schadensminimierung** bestätigen ebenfalls einen höheren Männeranteil unter den problematisch Konsumierenden (vgl. Tab. 11.2). In Wien betrafen z. B. rund 20 Prozent der Kontakte in niederschweligen Einrichtungen Frauen (VWS 2005d). Weiters wird berichtet, dass der Frauenanteil in den letzten Jahren einigermaßen stabil geblieben ist (VWS 2005d, Komfüdro 2005).

Aufgrund der vorliegenden Daten scheint der Konsum von illegalen Drogen weiterhin eher eine „Männersache“ zu sein. Der Anteil der Frauen sinkt vor allem mit steigendem Alter und Schweregrad der Drogenproblematik (Busch/Haas 2004). Es gibt jedoch viele Faktoren, die einen Einfluss auf die Geschlechterverteilung haben, so dass eindeutige Zusammenhänge schwer festzustellen sind. Einig sind sich Fachleute darüber, dass Frauen und Männer zu einem unterschiedlichen Risikoverhalten neigen (d. h. intensiverer, häufigerer und härterer Umgang mit psychoaktiven Substanzen bei Männern), was sich auf die Gesundheit und das Krankheitsgeschehen auswirkt. Weiters scheinen Frauen häufiger und frühzeitiger professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, wodurch sie sich seltener lebensbedrohlichen Risiken aussetzen (Universitätsinstitut für Suchtforschung 2004, Haas 2005). So gaben z. B. unter den im Jahr 2003 in Wien betreuten Personen Frauen häufiger als Männer an, bereits einen

stationären Entzug, eine Therapie oder eine Substitutionsbehandlung gehabt zu haben (IFES 2004b).

Tabelle 11.2: Geschlechterverhältnis in niederschweligen Einrichtungen, 2004

Programm / Einrichtung / Träger	Anzahl Klientinnen / Klienten gesamt	Anteil Männer	Anteil Frauen
Notaufnahmen, Mentlvilla, Caritas Innsbruck	47	72 %	28 %
BewohnerInnen, Mentlvilla, Caritas Innsbruck	47	83 %	17 %
Komfüdro, Caritas Innsbruck	63	73 %	27 %
Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Caritas Graz	500	72 %	28 %
Vorarlberger Kontakt- und Anlaufstellen <sup>1</sup>	n.v.	76 %	24 %
Streetwork Karlsplatz, VWS	285 <sup>2</sup>	53 %	47 %
psychosozial./sozialmedizin. Bereich, Ganslwirt, VWS	613 <sup>2</sup>	74 %	26 %
medizin. Bereich, Ganslwirt, VWS	954 <sup>2</sup>	70 %	30 %
Tagesarbeitskräfte, Fix und Fertig, VWS	213 <sup>2</sup>	81 %	19 %
Transitarbeitskräfte, Fix und Fertig, VWS	56 <sup>2</sup>	71 %	29 %
Betreutes Wohnen, VWS	21 <sup>2</sup>	57 %	43 %
Spritzentausch/-verkauf, FSW	161.117 <sup>3</sup>	79 %	21 %

<sup>1</sup> Daten aus 2003

<sup>2</sup> namentlich bekannte Personen

<sup>3</sup> Kontakte mit Frauen bzw. Männern

n.v. = nicht verfügbar

Quellen: Jahresberichte der verschiedenen Einrichtungen

Der risikoreichere Lebensstil der Männer, der sozial auffälliger ist und mit Handel und anderen kriminellen Handlungen einhergeht, führt zu einem höheren Anteil an den Angezeigten (Eisenbach-Stangl 2002). Allerdings wird dieser höhere Männeranteil bei den Anzeigen auch mit der unterschiedlichen Aufmerksamkeit, die die Strafverfolgungsorgane von Polizei und Justiz drogenkonsumierenden Frauen und Männern zuwenden, begründet (Eisenbach-Stangl 2005, Pilgram/Stummvoll 2005). Demnach werden Frauen weniger häufig angezeigt und vor Gericht werden Strafverfahren gegen Frauen häufiger eingestellt bzw. werden Frauen weniger streng bestraft als Männer. Diese Unterschiede haben sich jedoch laut Pilgram und Stummvoll (2005) im Laufe der letzten 30 Jahre verringert. Nach Haller et al. (2005) sind über die Zusammenhänge zwischen Geschlecht, Sucht und Delinquenz nur eingeschränkte Kenntnisse vorhanden. Es scheint primär männliche und weibliche Delinquenztendenzen zu geben, die durch einen Drogenkonsum eher verstärkt als vereinheitlicht werden. Kriminalität wird als Folge von suchtbegleitenden psychosozialen Störungen, indirekten Auswirkungen der Sucht auf die gesellschaftsrelevante Anpassung sowie selbstschädigenden außenseitlichen Verhaltensweisen dargestellt.

Eisenbach-Stangl (2005) hat die langfristige Entwicklung der Konsumgewohnheiten analysiert und eine Annäherung des Geschlechterverhältnisses bei stagnierenden oder sinkenden Konsumtrends sowie, aufgrund eines erhöhten Konsumverhaltens der Männer, eine entgegengesetzte Entwicklung bei steigenden Konsumtrends beobachtet. In Phasen der Annäherung kommt es laut Eisenbach-Stangl einerseits zu einer Auflösung der traditionell geschlechtsspezifischen Konsumstile von Männern und Frauen, andererseits bleiben sie im Vergleich zu anderen Verhaltensbereichen in erstaunlichem Ausmaß erhalten. So finden sich männliche Drogenkonsumenten im Gegensatz zu weiblichen mehrheitlich im repressiven

staatlichen statt im medizinischen System. Konsumanstiege werden demnach stärker von den Männern als von den Frauen verursacht, gleichzeitig werden aber auch Männer vermehrt dafür zur Verantwortung gezogen, was in der Folge den Substanzkonsum von Männern als männlich bestätigen und stimulieren kann.

Etlche aktuelle Artikel und Studien beschäftigen sich auch mit der Lebenssituation von drogenabhängigen Frauen. So beschreibt beispielsweise Goger (2004) als relevantesten Unterschied in den Kindheitserfahrungen von männlichen und weiblichen Drogenkonsumierenden die Gewalterfahrungen, die Frauen deutlich häufiger erlitten haben als Männer. Sie betont in diesem Zusammenhang aber auch, dass der Drogenkonsum für viele Frauen eine Coping-Strategie darstellt, um mit ihren Erfahrungen leben zu können. Bauer (2003) versucht einen „Idealtypus“ weiblicher Drogenkarrieren auf der Basis von im Leben weiblicher Drogenabhängiger häufig anzutreffenden Aspekten darzustellen, was sich aufgrund der sehr heterogenen Gruppe als schwierig herausstellt. Neben Gewalterfahrungen werden als häufige Faktoren unter anderem Partnerschaften mit Drogenabhängigen oder Alkoholikern sowie eigene Suizidversuche oder Erfahrungen mit dem Tod nahestehender Personen genannt. De Cordoba et al. (2005) sehen bei suchtkranken Frauen und Männern ein anderes psychologisches Profil als Ursache für geschlechtsspezifische Unterschiede bei Beginn und Verlauf einer Suchterkrankung sowie hinsichtlich der Begleiterkrankungen. Während bei suchtkranken Männern externalisierende psychopathologische Abweichungen überwiegen, sind bei suchtkranken Frauen internalisierende und externalisierende Symptome gleichermaßen zu finden. Vorhergehende oder gleichzeitig auftretende Depression und Angststörungen führen bei Frauen häufiger zu einer Suchterkrankung, eine posttraumatische Belastungsstörung findet sich ebenfalls häufiger in dieser Gruppe. Als Ursache für die Entwicklung eines Suchtverhaltens von Männern beschreibt Weber (2004) unter anderem den großen Einfluss der Peer-Group sowie die Diskrepanz zwischen ihrer Lebenssituation und ihrem Selbstbild, riskantes Konsumverhalten dient hier als ausgleichende Bestätigung.

## 11.2 Geschlechtsspezifische Maßnahmen in Prävention und Drogenhilfe

Die Notwendigkeit geschlechtsspezifischer Suchtarbeit in Suchtprävention, Beratung, Behandlung und Betreuung ist sowohl im Wiener als auch im Vorarlberger Drogenkonzept festgehalten. Geschlechtsspezifische gesetzliche Regelungen gibt es hinsichtlich schwangerer Frauen: Das Vorliegen einer Schwangerschaft gilt als eine der Indikationen für eine Substitutionsbehandlung und ermöglicht die Ersteinstellung mit einem anderen Substitutionsmittel als Methadon (Substitutionserlass). Die Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Unterschieden hat in den letzten Jahren zugenommen, so wurde z. B. in Wien aufgrund der Ergebnisse des DAPHNE-Projektes „Sucht als Über-Lebenschance für Frauen mit Gewalterfahrung“ das Projekt „Daphne Wien“ zur Vernetzung der Einrichtungen aus Drogenhilfe und Frauengewaltschutz etabliert (Tomas 2005). Die Ergebnisse werden im Herbst 2005 bei einer Abschlussveranstaltung präsentiert. Der Verein Dialog hat sich mit dem Thema Gender Mainstreaming nicht nur hinsichtlich seiner Angebote sondern auch intern auseinandergesetzt (Haas 2005). Auch im Rahmen der Entwicklungspartnerschaft [drugaddicts@work](mailto:drugaddicts@work) (vgl. Kap. 9.1) war Gender Mainstreaming ein Thema und hat unter anderem zur Herausgabe eines Newsletters [gendermainstreaming@work](mailto:gendermainstreaming@work) geführt. Im Allgemeinen wird davon ausgegan-

gen, dass die Einrichtungen der Drogenhilfe eher nach den Bedürfnissen der drogenkonsumierenden Männer ausgerichtet sind (VWS 2003). In den letzten Jahren gab es zwar einige Bestrebungen, die theoretischen Überlegungen umzusetzen und vor allem frauenspezifische Angebote zu schaffen, das Ausmaß bzw. die Verfügbarkeit dieser spezifischen Angebote ist jedoch in den meisten Bereichen noch sehr gering und Evaluationen dazu sind bisher kaum vorhanden. Speziell männerspezifische Angebote gibt es nur vereinzelt.

Zur Umsetzung des Gender Mainstreaming Ministerratsbeschlusses vom 9. März 2004 wurde vom BMGF eine Pilotstudie zum Drogenbudget in Auftrag gegeben. Ziel ist es, ein methodisches Instrumentarium für die praktische Umsetzung von Gender Budgeting in der österreichischen Bundesverwaltung zu entwickeln. Dabei wird das Budget ausgewählter Drogenhilfeeinrichtungen nach Gender-Kriterien analysiert, um das Angebot der Einrichtungen auf die spezifischen Bedürfnisse drogenabhängiger Frauen und Männer hin beurteilen zu können und Empfehlungen für geschlechtergerechte Gestaltungsmöglichkeiten zu geben. Im Zusammenhang mit der Finanzierung ist weiters zu erwähnen, dass in Wien Präventionsprojekte als eines von mehreren Qualitätsmerkmalen Geschlechtssensibilität beinhalten müssen, damit sie vom FSW gefördert werden (FSW 2005a).

Die Bedeutung geschlechtssensibler Maßnahmen in der **Suchtprävention** wurde vielfach thematisiert (z. B. Frauenbüro der Stadt Wien 1999, Franke 2000, Acker 2000), allerdings mangelt es im Bereich der Suchtprävention häufig noch an der Umsetzung entsprechender Projekte (ISP 2005). Als besonders wichtig im Zusammenhang mit geschlechtssensibler Suchtprävention werden geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich Körperwahrnehmung und Körperumgang, Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen (BMBWK 2002) sowie die Entwicklung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen, Normen, Werte und Einstellungen dargestellt (BMSG 2003b). In der Mädchenspezifischen Suchtprävention sollte z. B. auf die Vermittlung von extravertierten Ausdrucksformen statt nach innen gerichteter Bewältigungsstrategien geachtet werden (Frauenbüro der Stadt Wien 1999). Als wichtige Voraussetzung für geschlechtssensible Arbeit wird zudem die persönliche und aktive Auseinandersetzung der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit dem eigenen Rollenbild betont (BMBWK 2002). Laut Acker (2000) können bei der praktischen Umsetzung alle suchtpreventiven Materialien und Übungen zur Lebenskompetenzförderung verwendet werden. Eine besondere Bedeutung kommt aber der Selbsterfahrung und Rollenreflexion sowie der Ansprechperson (eine weibliche für Mädchen und eine männliche für Burschen) zu. Um nicht Geschlechtsstereotypen weiter zu zementieren, sind Phasen der getrennten, geschlechtshomogenen Arbeit wichtig, mit dem Fokus auf den geschlechtstypischen Ausgangssituationen und Zielsetzungen sowie der Entwicklung einer positiven weiblichen bzw. männlichen Identität. Während in gemischten Gruppen Interaktionen begleitet werden, können sie in geschlechtshomogenen Gruppen aufgearbeitet und neue Verhaltensweisen ausprobiert werden (BMBWK 2002).

Entsprechend diesen Empfehlungen arbeitet ein Großteil der geschlechtsspezifischen Präventionsprojekte in Österreich mit getrennten Workshops oder Seminaren für Mädchen und Burschen und zielt darauf ab, Körperwahrnehmung, Identitätsfindung, Selbstständigkeit und Handlungskompetenzen zu fördern. Häufig beziehen sich jedoch entsprechende Projekte auf das - frauenspezifische - Thema der Essstörungen (z. B. das VIVID-Seminar für Pädagoginnen und Pädagogen höherer Schulen „Zu dick, zu dünn - oder doch gerade richtig?!“). Bei-

spiele für primärpräventive Projekte für die Volksschule, die explizit geschlechtsspezifische Inhalte berücksichtigen, sind das Mitspieltheater „Viktoria geht auf Reisen“ (NÖ) und „Selbst sind die Kids“ (Wien) sowie das österreichweit umgesetzte Projekt „Eigenständig werden“. Beispiele für Projekte, die mit nach Geschlechtern getrennten Gruppen arbeiten, sind „I luag uf mi“ für Volksschulen (Vorarlberg) und die Wanderausstellung „Alles im Griff“ für Jugendliche (NÖ). Im Rahmen des EU-Projektes „Generation E“ für Eltern werden geschlechtssensibel pubertätsrelevante Fragen berücksichtigt (FSW 2005a). Das sekundärpräventive Projekt „Step by Step“ berücksichtigt im 1. Schritt, dem Erkennen von Signalen, ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede (Schmidinger 2002). Aus dem Bereich der selektiven Prävention sind keine explizit geschlechtsspezifischen Projekte bekannt. Die mobile Jugendarbeit geht jedoch prinzipiell von einem für die Zielgruppe parteilichen und geschlechtsspezifischen Konzept aus (Fellöcker 2000). Geschlechtsspezifische Aktionen hat z. B. MDA basecamp im Jahr 2003 gesetzt, in dem zum Thema Essverhalten ein Fragebogen entwickelt und eine Waage-Aktion durchgeführt wurden (MDA basecamp 2004).

Erfahrungen aus NÖ zeigen, dass Burschen sich mehr für Substanzaufklärung, gesetzliche Maßnahmen und Möglichkeiten der Schadensminimierung interessieren, während Mädchen eher über problematisches Suchtverhalten, substanzungebundene Süchte, physische Problematik von Suchterkrankungen sowie Beziehungsverhalten im Umgang mit suchtgefährdeten Freunden und Familienangehörigen sprechen (Lesnik, persönliche Mitteilung). Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigten sich auch hinsichtlich der Mitarbeit bei Peer Projekten: während Burschen eher davon überzeugt sind, beratend mitarbeiten zu können, haben Mädchen die Sorge, möglicherweise falsche Informationen weiterzugeben und damit die Situation für die betroffenen Jugendlichen zu verschlechtern (BMSG 2003b).

Im Bereich der **Behandlung** liegen in Österreich vor allem gemischtgeschlechtliche Einrichtungen mit getrennten Bereichen bzw. Wohngemeinschaften (z. B. Schweizer Haus Hadersdorf - vgl. Kap. 5.2 und 9.1) oder auch nur getrennten Zimmern für Frauen und Männer (z. B. Entzugsstationen, API) vor. Daneben gibt es in einem geringeren Umfang Einrichtungen, die nur Männer oder Frauen aufnehmen, wie z. B. die „Waldheimat“ des Grünen Kreises für männliche Jugendliche und das Frauenhaus „Binder“ des Grünen Kreises für weibliche Jugendliche und Erwachsene, sowie einige wenige Einrichtungen mit einem speziellen Angebot für Mütter mit Kindern (z. B. Eltern-Kind-Haus des Grünen Kreises). In gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen werden häufig eingeschlechtliche Therapiegruppen (z. B. Drogenabteilung des API) und frauenspezifische Therapiesprache (z. B. Verein KIT) angeboten. Darüber hinaus gibt es vereinzelt frauenspezifische Freizeitangebote (z. B. Verein KIT). Geschlechtergerechte Angebote sind jedoch nach wie vor strukturell nicht verankert, verbindliche Standards und Maßnahmen fehlen sowohl in der Drogenpolitik als auch in den Einrichtungen (Goger 2004). „Models of good practice“, die Anregungen für die Planung und Umsetzung von zielgruppenspezifischen Angeboten liefern, wurden im Rahmen des DAPHNE-Projektes zum Thema „Sucht als Überlebenschance von Frauen mit Gewalterfahrungen“ entwickelt (Haas 2005).

Der niedrigere Frauenanteil in Einrichtungen der Drogenhilfe (vgl. Kap. 11.1) wird neben dem unterschiedlichen Risikoverhalten auch auf andere Faktoren zurückgeführt. De Cordoba et al. (2005) stellen z. B. fest, dass Frauen ihre suchtbefugenen Probleme weniger als suchtbefugenen wahrnehmen und daher eher andere Hilfe in Anspruch nehmen, als Einrichtungen

der Drogenhilfe zu kontaktieren. Bauer (2003) beobachtet unter anderem, dass drogenabhängige Frauen in Notlagen durchaus Unterstützung bei ihren Familien erhalten, sofern der Kontakt nicht vollkommen abgebrochen ist. Goger (2004) vermutet, dass es eine Gruppe heimlicher und unauffälliger Drogenkonsumentinnen gibt, die sich nie in der Szene bewegen und sich an Einrichtungen der Drogenhilfe eher spät oder gar nicht wenden. Als mögliche Gründe für den versteckteren Umgang mit Sucht werden ein im Gegensatz zu Männern ausgeprägteres Schamgefühl, stärkerer gesellschaftlicher Druck sowie die Verantwortung für die Versorgung von Kindern genannt (Hütter 2005). Weiters dürfte sich die mangelnde Ausrichtung der Einrichtungen auf die Bedürfnisse und Lebensumstände der Frauen auswirken (Haas 2005, Goger 2004, Hütter 2005). Schließlich erschweren längerfristig aufrechte Beziehungen, die bei suchtkranken Männern als stabilisierender Faktor gesehen werden, bei Frauen häufig den Eintritt in ein Behandlungsprogramm (De Cordoba et al. 2005).

Laut Brosch (2005) stellt sich die Situation in Österreich in der Praxis so dar, dass *die geschlechtsspezifischen Ursachen jener Faktoren, die süchtiges Verhalten fördern oder prolongieren, in vielen Institutionen ignoriert oder zumindest einer nivellierenden Routine geopfert* werden. In gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen herrscht häufig ein Geschlechterverhältnis von 3-4:1 (Männer : Frauen), teilweise ist die Differenz noch größer bzw. sind über einen bestimmten Zeitraum nur Männer vorhanden. Dies hat einen wesentlichen Einfluss auf das Klima und die Dynamik in einer Einrichtung. Im Rahmen einer therapeutischen Gemeinschaft kann diese jedoch als „Spiegel pathologischer Strukturen und Kommunikationsmuster“ genutzt werden. Geschlechtsspezifische Einrichtungen haben vor allem für Frauen den Vorteil, einen Schutz vor psychischen, physischen und sexuellen Übergriffen und eine Unterbrechung der Gewalt zu bieten (Brosch 2005, VWS 2003, Haas 2005). Diese Funktion als Schutzraum kann nur dann gewährleistet sein, wenn Frauen ausschließlich auf Frauen treffen (unter Klientinnen und Mitarbeiterinnen). Unter diesen Voraussetzungen können mit Hilfe von Therapeutinnen Gewalterfahrungen, Verdrängungs- und Beziehungsmuster aufgearbeitet und neue Perspektiven entwickelt werden. Unterstützung durch Frauen wird von suchtmittelabhängigen Frauen als entlastend erlebt, ein Erfahrungsaustausch ist möglich, Konkurrenz wird durch Verbundenheit ersetzt, Wertschätzung kann erlebt werden (VWS 2003). Diese positiven Erfahrungen beschreibt auch Gruber (2002) in ihrer Diplomarbeit zum Therapieverlauf ehemals polytoxikoman abhängiger Frauen. Die Abwertung und Ablehnung des Frauenseins zu Beginn der Behandlung konnte im Laufe der frauenspezifischen therapeutischen Gemeinschaft im Frauenhaus des Grünen Kreises zu einer positiven weiblichen Identität hin verändert werden. Laut Goger (2005) treffen suchtmittelabhängige Frauen in manchen Einrichtungen jedoch auf Männer in ihrem Rückzugsraum (wenn diese beispielsweise bei ihren Freundinnen im Mehrbettzimmer übernachten), auf gemischtgeschlechtliche Therapiegruppen und im ambulanten Bereich auf Ärzte, so dass z. B. Themen wie Menstruationsbeschwerden in der Einzelbetreuung statt in der medizinischen Beratung besprochen werden. Weber (2004) stellt fest, dass die Einrichtungen der Drogenhilfe entgegen weitverbreiteter Meinungen auch nicht entsprechend männlichen Bedürfnissen ausgerichtet, sondern in erster Linie den Bedürfnissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerecht werden. Hinsichtlich männerspezifischer Suchtarbeit ist es aus seiner Sicht ebenfalls notwendig, dass Männer mit Männern arbeiten, wobei die Betreuer sich mit ihrer eigenen Rolle auseinandergesetzt haben müssen, um ihr *reflektiertes Mannsein als Projektions- und Imitationsfläche zur Verfügung zu stellen*.

Auswertungen des Schweizer Haus Hadersdorf für das Jahr 2004 ergeben für Frauen geringere Erfolgsraten (regulär beendetes Programm). Als mögliche Ursache dafür wird angeführt, dass Frauen mehr Konflikte in ihren Lebensläufen und ihrem sozialen Umfeld aufweisen als Männer (SHH 2005). Allerdings ist zu beachten, dass die Stichprobengröße gering ist und bei den Männern ein wesentlich höherer Anteil über „Therapie statt Strafe“ an das Schweizer Haus Hadersdorf kommt. In der stationären Langzeittherapie des Grünen Kreises zeigen sich hinsichtlich der Erfolgsquoten (regulär beendet oder bereits > 300 Tage und weiterhin in Therapie) keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern (Grüner Kreis 2005a). Liegt die Erfolgsquote bei den Erwachsenen bei 45 bzw. 42 Prozent (Männer bzw. Frauen), so sind es bei den jugendlichen Männern 41 und bei den jugendlichen Frauen 27 Prozent. Spezielle geschlechtsspezifische Angebote im Bereich Beratung/Betreuung sind unter anderem die „DSA im AKH“ Wien des FSW für schwangere Frauen (aber auch ihre Partner) sowie die Wochenendgruppe für Partnerinnen des Vereins Dialog (Wien).

Für den Bereich der **Schadensminimierung** gilt im Wesentlichen dasselbe wie für den Bereich der Behandlung. Frauen werden in gemischtgeschlechtlichen Angeboten mitbetreut, nur durch engagierte Mitarbeiterinnen werden Nischen für Frauen wie z. B. das Frauencafe am Karlsplatz von Streetwork Wien geschaffen (VWS 2003). Die Evaluation des Safer Use-Trainings „Zur Sache am Karlsplatz“, für das eine gemischtgeschlechtliche Trainingsgruppenleitung gewählt wurde, hat gezeigt, dass Frauen im Vergleich zu den sonstigen Kontakten bei diesen Veranstaltungen unterrepräsentiert waren (Zündel 2001). Aus diesem Grund wurden Frauenaktivitäten in den Rahmen des Frauencafes ausgelagert. Auffällig ist, dass in den niederschweligen Einrichtungen Wiens der Frauenanteil unter den namentlich bekannten Personen höher ist als unter den Kontakten (VWS 2005d). In der Nachtstation des Ganslwirt (Wien) schlafen Frauen und Männer getrennt (Goger 2004), in der Mentivilla (Tirol - vgl. Kap. 9.1) gibt es getrennte Wohnbereiche und für Paare gemeinsame Zimmer außerhalb des Wohnbereiches (Caritas 2005). Frauen werden in beiden Einrichtungen nur von Mitarbeiterinnen betreut. Das Frauenwohnzimmer des Ganslwirt, das Frauen in schwierigen Lebenssituationen zur Verfügung steht, bietet unter anderem Möglichkeiten zum Duschen, Wäschewaschen, zur Aufbewahrung von Dokumenten sowie Unterstützung bei der Veränderung der Lebens- und Wohnsituation (VWS 2005b). Die Mitarbeiterinnen setzen sich speziell mit dem Problem der Frauenobdachlosigkeit auseinander. Die niederschwellige Anlaufstelle Komfüdros (Tirol) bietet einmal wöchentlich Frauenöffnungszeiten, wobei dasselbe Angebot wie im offenen Betrieb zur Verfügung steht (Komfüdros 2005). Weiters gibt es spezielle Freizeitaktivitäten und Fortbildungen für Frauen. Komfüdros konnte durch diese Angebote den Frauenanteil in den letzten Jahren deutlich steigern. Auch das HIOB (Vorarlberg) hat ein wöchentliches spezielles Angebot für Frauen, in dessen Rahmen regelmäßig eine Ärztin Vorsorgeuntersuchungen und Beratungen zu Geschlechtskrankheiten anbietet. Im Rahmen des Projektes „Daphne Wien“ (Tomas 2005) wurde eine Reihe an positiven Auswirkungen der Vernetzung (vgl. Kap. 11.1) gekoppelt mit Vorträgen und Hospitationen festgestellt. Bemängelt wurde jedoch, dass adäquate Unterbringungsmöglichkeiten für drogenkonsumierende instabile Frauen mit Gewalterfahrungen, die sich an die Strukturen z. B. in einem Frauenhaus nicht anpassen können, fehlen.

Im Bereich der **Reintegration** ist als explizit geschlechtsspezifische, das heißt in diesem Fall frauenspezifische, Maßnahme die Wiedereinsteigerinnen-Gruppe für Frauen mit Suchtpro-



blemen zu erwähnen, die im Rahmen des Projektes Needles or Pins der Drogenberatungsstelle Dialog angeboten wird (SORA 2003, ÖBIG 2004a). Diese offene Gruppe wird teilweise eigenständig geführt, teilweise in die Coachingmaßnahme integriert. Ziel ist die Auseinandersetzung mit arbeitsmarktrelevanten Themen unter einem frauenspezifischen Fokus. Im gesamten Projekt Needles or Pins wird geschlechterhomogen gearbeitet, wobei sich das Problem stellt, dass in der sozialen Arbeit grundsätzlich mehr Frauen tätig sind als Männer. Die Geschlechterverteilung hängt von den konkreten Angeboten ab: das Clearinggespräch wird von 28 Prozent, die Intensivbetreuung von 36 Prozent, die ärztliche Beratung und Betreuung von 38 Prozent, das Coaching von 52 Prozent, die Kursangebote von 43 Prozent und die therapeutische Beratung und Betreuung von 12 Prozent Frauen in Anspruch genommen. Die Zwischenevaluation der Entwicklungspartnerschaft drugaddicts@work (vgl. Kap. 9.1) zeigte, dass Frauen in den einzelnen Modulen unterrepräsentiert bleiben, was unter anderem auf strukturelle Ursachen zurückgeführt wird (drugaddicts@work 2005). Im Rahmen von Austausch- und Arbeitsforen „GM-Round Tables“ wurde unter anderem festgestellt, dass (ehemals) drogenabhängige Frauen durch strukturelle Rahmenbedingungen am Arbeitsmarkt und in den Unterstützungssystemen mehrfach diskriminiert werden und die AMS-Kontingenzplatzregelung (vgl. Kap. 9.1) für manche (ehemals) drogenabhängige Frauen und Männer eine Hürde darstellt. Diskutiert wurde auch die Frage, welche Voraussetzungen nötig sind, damit die Maßnahmen für Frauen interessant und sinnvoll werden.

Geschlechtsspezifische Maßnahmen im Zusammenhang mit Sucht und illegalen Drogen gibt es im **Strafvollzug** nur in den Justizanstalten Wien Favoriten und Feldkirch (BMJ 2005b). Im Frauenvollzug der JA Wien Favoriten (vgl. Kap. 9.2) werden neben den therapeutischen Angeboten auch die Probleme behandelt, die im Zusammenhang mit der Suchterkrankung stehen (z. B. Gewalterfahrungen). Alle Behandlungsangebote basieren auf einem frauenspezifischen Ansatz der Suchtentstehung und Suchterkrankung. Ab dem Jahr 2006 wird in der Außenstelle Münchendorf eine Frauenstation mit zwölf Betten zur Verfügung stehen (Werdenich, persönliche Mitteilung). Ein weiteres spezifisches Angebot stellt der sozialtherapeutische Betrieb „NORA“ dar (vgl. Kap. 9.2). In der JA Feldkirch (Vorarlberg) gibt es eine Gruppe für Frauen zum Thema stoffgebundene und nicht stoffgebundene Süchte. Das Schweizer Haus Hadersdorf bietet in der JA Josefstadt (Wien) eine wöchentliche Therapiegruppe jeweils für weibliche bzw. männliche Inhaftierte an. Weitere frauenspezifische Angebote des Vereins Dialog (Wien) sind „Sozialarbeit im Polizeianhaltezentrum“ (vgl. Kap. 9.2) und anschließend an den Haftaufenthalt die Nachbetreuung „Frauensache“ in der Beratungsstelle Hegelgasse.

Eine Diplomarbeit zur Risikominderung in Rehabilitationsverläufen suchtmittelabhängiger inhaftierter Frauen (Garnitschnig 2003) beschreibt als entscheidende Faktoren für das Auftreten von Rückfällen während und nach der Haft die Ausstiegsmotivation, die Verfügbarkeit von Konfliktbewältigungsstrategien und das Vorhandensein eines sozialen Netzes. Am höchsten ist das Rückfallsrisiko zu Beginn der Haft und zu Beginn des gelockerten Vollzugs, da in diesen Phasen große Veränderungen im Alltag bewältigt werden müssen. Als hilfreich werden Möglichkeiten zum Rückzug, zur Gestaltung der freien Zeit (mit entsprechender Motivationsarbeit im Vorfeld) und zum Abreagieren von Aggressionen und Frustrationen genannt. Sinnvoll wären weiters Projekte zur Förderung der Teamfähigkeit der Frauen und ein dichteres Auffangnetz im gelockerten Vollzug zum Abfangen von kritischen Situationen.

## 12 Drogen- versus Suchtpolitik

### 12.1 Konzepte und Strategien in Österreich

In Österreich wird derzeit an einem nationalen Drogenkonzept gearbeitet, das aber erst in einigen Monaten vorliegen wird. Bereits verfügbar sind Drogenkonzepte bzw. Suchtpläne der Bundesländer, denen auf Grund der föderalistischen Struktur des Gesundheits- und Sozialbereichs im Drogenbereich eine wichtige Rolle zukommt (vgl. Kap. 1). Das erste Drogenkonzept wurde im Jahr 1980 (Vorarlberg) beschlossen. Die aktuell gültigen Drogenkonzepte bzw. Suchtpläne der einzelnen Bundesländer wurden zwischen 1993 (Tirol) und 2004 (Oberösterreich) erstellt.

Prinzipiell basieren alle länderspezifischen Drogenkonzepte bzw. Suchtpläne auf dem nationalen Suchtmittelgesetz (SMG). Da die Gestaltung und Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen jedoch den einzelnen Ländern obliegt, finden sich in den einzelnen Konzepten unterschiedliche Zugangsweisen.

Drei von neun Länderkonzepten (Salzburg, Wien und Vorarlberg) gehen zwar von einem umfassenden und integrierenden Ansatz in der Suchtpolitik aus, konzentrieren sich aber primär auf die Probleme, die im Zusammenhang mit dem Missbrauch und der Abhängigkeit von jenen psychoaktiven Substanzen entstehen, die nach dem SMG als Suchtgifte (§ 2 SMG) geregelt werden.

In den Konzepten der restlichen sechs Bundesländer findet sich schon im grundsätzlichen Zugang eine Erweiterung des Substanzspektrums und ein Schwenk weg vom Fokus auf den Drogenbereich hin zu einer umfassenden Betrachtung der Suchtproblematik. Die Konzepte inkludieren neben den illegalen Drogen auch andere Substanzen wie Alkohol, Nikotin und Medikamente (z. B. Niederösterreich). Im oberösterreichischen, Tiroler und Kärntner Konzept wird dieser Zugang explizit um substanzungebundene Süchte wie Spielsucht oder Essstörungen erweitert. Das steirische Drogenkonzept geht noch weiter und nimmt auch Verhaltensweisen auf, die in einen Suchtmechanismus einmünden können.

Eine Differenzierung hinsichtlich der Aspekte Illegalität der Substanzen bzw. Drogen- vs. Suchtpolitik findet insgesamt weniger auf der Ebene des grundsätzlichen Zugangs statt, als vielmehr auf den einzelnen Umsetzungsebenen.

Der Maßnahmenbereich der Primärprävention (vgl. Kap. 3.1) bezieht sich eindeutig auf den Suchtbegriff und trennt nicht zwischen substanzspezifischen und substanzungebundenen Süchten. Auch die Thematik Legalität vs. Illegalität einzelner Substanzen spielt in diesem Bereich keine wesentliche Rolle. Eine wichtige Zielgruppe der Primärprävention stellen Kinder und Jugendliche dar, die noch nicht mit einem Konsum von (legalen und illegalen) Substanzen begonnen haben. Der Hauptfokus der Maßnahmen richtet sich auf die Prophylaxe süchtigen Verhaltens, um die Förderung einer gesunden Lebensführung im Sinne einer allgemeinen Gesundheitsförderung zu erreichen.

Im Rahmen der sekundärpräventiven Maßnahmen (vgl. Kap. 3.2) verschiebt sich der Fokus verstärkt auf ein bestehendes Konsumverhalten und die daraus resultierenden spezifischen Suchtprobleme und Substanzmuster. Der Aspekt der Illegalität bestimmter Substanzen

kommt hier bereits zum Tragen und die Angebote sind stärker spezifiziert, aber nicht ausschließlich auf illegale Drogen eingeschränkt. Das Augenmerk richtet sich einerseits auf schadensvermeidende Präventionsstrategien für bereits (illegale) Substanzen konsumierende Jugendliche, andererseits auf einen adäquaten Umgang im Bereich von Drogenvorkommnissen in der Schule, Krisenintervention und auf die Betreuung delinquenter Jugendlicher.

Im Bereich der Beratung und Behandlung von Abhängigen finden sich zwar schon Differenzierungen der Angebote nach unterschiedlichen Substanzgruppen, aber dennoch gibt es Überschneidungen. Der Bereich der Drogenhilfe bezieht sich in allen Bundesländern nur mehr auf den Bereich der im SMG festgelegten illegalen Substanzen. In diesem Kontext ist auch die niederschwellige Drogenhilfe zu nennen, die in allen Ländern besteht und als schadensminimierendes Angebot für Konsumierende illegaler Drogen konzeptualisiert ist.

## 12.2 Entwicklung und inhaltliche Begründung

Bis vor wenigen Jahren lag der Fokus in Österreich auf einer Drogenpolitik, die sich mit Maßnahmen im Zusammenhang mit den im SMG geregelten illegalen Substanzen befasste. Entsprechend fanden sich auf Länderebene Drogenkonzepte, Drogenkoordinationen und Drogenbeiräte und auf Bundesebene die Bundesdrogenkoordination und das Bundesdrogenforum. In den letzten Jahren ist diesbezüglich aber ein rascher Wandel eingetreten. Eingeläutet wurde dieser durch die Professionalisierung der Präventionsarbeit und der damit einhergehenden Ausrichtung auf einen umfassenden Ansatz der primären Suchtprävention, der neben illegalen Drogen auch weitere Substanzen (vor allem Alkohol, Tabak, Medikamente) sowie stoffungebundene Süchte (Spielsucht, Essstörungen, etc.) berücksichtigt. Dies dürfte mit ein Anstoß gewesen sein, auch in anderen Bereichen eine breitere und integrativere Betrachtung der Suchtproblematik zu übernehmen. Eine starke Entwicklung weg vom Drogenbegriff in Richtung Sucht lässt sich vor allem auf konzeptioneller und struktureller Ebene finden. Auf Länderebene wurden zunehmend Suchtpläne statt Drogenkonzepte erarbeitet, und bezüglich der organisatorischen Rahmenbedingungen wurden die Aufgabenstellungen häufig in Richtung Suchtkoordinationen und -beiräte erweitert. Hatten im Jahre 2000 noch alle neun Bundesländer Drogenkoordinationen, so gibt es derzeit bereits sechs Bundesländer mit Suchtkoordinationen.

Die meisten der länderspezifischen Drogenkonzepte bzw. Suchtpläne gehen von einem umfassenden Suchtbegriff aus und begründen dies damit, dass es vor allem um den Umgang mit süchtigem Verhalten geht, unabhängig davon, ob die Substanz im SMG als Suchtgift definiert wird. Weiters können bei den substanzgebundenen wie auch bei den substanzungebundenen Süchten ähnliche psychodynamische, persönlichkeitspezifische und soziale Störungsbilder beobachtet werden und weisen Konzepte der Suchttherapie oftmals große Ähnlichkeiten auf.

Deutlich wird in diesen Konzepten der Fokus auf das Verständnis von Sucht als Krankheit und dem daraus resultierenden umfassenden Ziel einer Verhinderung und Reduktion der gesundheitlichen und sozialen Schäden im Zusammenhang mit Suchterkrankungen bzw. psychoaktiven Substanzen. Die Konzepte inkludieren im Maßnahmenbereich legale psychoaktive Substanzen, weisen aber auch darauf hin, dass es notwendig ist, ein integriertes Betreuungs- und Therapienetz aufzubauen, welches spezifisch auf die unterschiedlichen Gruppen

von Abhängigen (Drogen, Alkohol, Medikamentenkonsum) Bezug nimmt. *Oberstes Ziel ist die Verhinderung bzw. Reduktion der gesundheitlichen und sozialen Schäden im Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen bzw. Suchterkrankungen. Zur Bewältigung der komplexen Probleme im Zusammenhang mit Sucht und Drogen (Alkohol, Nikotin, illegalisierte Drogen) sind ineinandergreifende Strategien zu entwickeln, um den Schaden für die gesamte Gesellschaft so gering wie möglich zu halten* (Amt der OÖ Landesregierung 2004).

Die Länder, die sich in ihren Drogenkonzepten explizit auf illegale Drogen beziehen, begründen diese klare Abgrenzung damit, dass Problementwicklungen durch illegale Substanzen über weite Strecken spezifische und differenzierte Lösungsstrategien notwendig machen. Die Abhängigkeit von illegalen Drogen weist verschiedene Charakteristika bezüglich Risiken, therapeutischen Konzeptionen und einer rechtlichen Handhabung auf, welche eine Gleichsetzung mit anderen Formen süchtigen Verhaltens nicht zulassen. Eine allzu weite Definition der Suchterkrankungen im Rahmen des Drogenkonzepts, so wird argumentiert, verhindert eine konkrete Handhabung der realen Problematik. Die Drogenkonzepte können in diesem Sinne als politische Umsetzung der durch rechtliche Regelungen notwendigen Maßnahmen verstanden werden.

Ein Teil der Überlegungen gilt natürlich auch in diesen Konzepten für Suchtverhalten schlechthin. Ganz allgemein ist das Bewusstsein vorhanden, dass zum einen bei vielen Betroffenen ein polyvalentes Suchtverhalten vorliegt und zum anderen auch legale Substanzen wie Nikotin oder Alkohol eine große Problematik in Österreich darstellen, die nicht außer Acht gelassen werden kann. *Das Wiener Drogenkonzept konzentriert sich auf die Probleme im Zusammenhang mit jenen Substanzen, die im Suchtmittelgesetz geregelt sind, wie Opiate, Kokain, Amphetamine und Cannabis; dies unbeschadet der Tatsache, dass weitaus mehr Menschen durch den Missbrauch von Alkohol und psychotropen Substanzen als durch den Missbrauch illegaler Drogen betroffen sind. Allerdings gilt ein Teil der Überlegungen generell für Suchtverhalten. Doch müssen zu den unterschiedlichen Problemstellungen differenzierte Strategien entwickelt werden* (Drogenkoordination der Stadt Wien 1999).

Die primäre Suchtprävention, die sich in Österreich in den 1990er-Jahren stark entwickelt hat, ist Bestandteil aller Drogenkonzepte bzw. Suchtpläne. Hier besteht Einigkeit darüber, dass sich die Primärprävention auf alle Formen süchtigen Verhaltens beziehen muss, da sie eine grundlegende Gesundheitsförderung auch im Sinne der Lebenskompetenzförderung zum Ziel hat.

## 12.3 Koordination

Die Bundesdrogenkoordination bezieht sich in Österreich ausschließlich auf Substanzen, die in der Suchtgiftverordnung erfasst sind und damit dem Regelungsregime des SMG unterliegen. Auch das Koordinationsgremium mit den Ländern, das Bundesdrogenforum, setzt sich mit Problemstellungen auseinander, die sich auf illegale Drogen beziehen (vgl. Abb. 1.2). Die im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) angesiedelte Fachabteilung für Suchtmittelangelegenheiten inkludiert auch Alkohol und Tabak in ihr Aufgabengebiet.

Die Koordinationsgremien der einzelnen Länder hingegen, denen auf Grund der föderalistischen Struktur in der Gestaltung und Umsetzung Bedeutung zukommt, erweitern den Be-

zugraben und definieren ihren Zuständigkeitsbereich nicht nur in Hinblick auf das SMG. Ihr Aufgabengebiet umfasst Probleme, die sich generell durch den Konsum von psychoaktiven Substanzen ergeben, sowie auch die Umsetzung allgemein suchtpreventiver Maßnahmen, die substanzungebundenes Suchtverhalten mit einbeziehen. Ganz allgemein kann festgestellt werden, dass in den letzten Jahren eine Verschiebung der Bezeichnungen von Drogenkoordinationen und Drogenbeiräten hin zu Suchtkoordinatoren und Suchtbeiräten stattgefunden hat. Einen umfassenden Überblick über die organisatorische Struktur des Drogenbereichs in Österreich gibt die Abbildung 1.2.

Auch wenn der theoretische Zugang in den einzelnen Drogenkonzepten bzw. Suchtplänen stark von einem umfassenden Suchtbegriff geprägt ist, so liegt der primäre Fokus der Tätigkeiten dennoch auf dem Themenkomplex der illegalen Substanzen. Dies ist vor allem auf Handlungsnotwendigkeiten zurückzuführen, die sich zum einen aus der Definition dieser Substanzen als „illegal“ und zum anderen aus der Vollziehungsfunktion der Länder in gewissen Bereichen des SMG ergeben.

Es gibt in Österreich in weiten Bereichen weder klar abgegrenzte Drogen- noch Suchtbudgets, da die Mittel zur Finanzierung von drogen- bzw. suchtbezogener Prävention, Behandlung und sozialer Reintegration ebenso wie auch von polizeilichen Maßnahmen und Repression unterschiedlichen politischen Ressorts und Verwaltungsbereichen zugeordnet sind. Eine ausführliche Darstellung der Finanzierungsmodalitäten wie der Mittel für Nachfragereduktion findet sich in einem entsprechenden Schwerpunktkapitel im Bericht zur Drogensituation 2002 (ÖBIG 2002).

## 13 Drogengebrauch im Freizeitbereich

Die in Österreich vorliegenden Arbeiten und Studien zum Thema behandeln im Wesentlichen den Drogengebrauch von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Rahmen von Veranstaltungen in der Party-Szene. Im Folgenden werden die Ergebnisse der aktuellsten Arbeiten wiedergegeben, wobei sich die Darstellung auf illegale Substanzen konzentriert. Um ein umfassendes Bild des Suchtmittelkonsums geben zu können, werden aber auch Bezüge zum Konsum legaler Substanzen - vor allem Alkohol - berücksichtigt. Daten aus älteren Studien können den Berichten zur Drogensituation aus den Jahren 2002 und 2003 entnommen werden (ÖBIG 2002, ÖBIG 2003).

### 13.1 Konsummuster und Verfügbarkeit

Laut einer Vorarlberger Analyse zum Gefahrenpotential von sogenannten „Freizeitdrogen“ (Kocsis et al. 2003) hat sich der eher problemorientierte zu einem „hedonistischen“ Drogenkonsum gewandelt und ist im Zusammenhang mit einem neuen Verständnis des Drogengebrauchs und dem „modernen“ Freizeitverhalten zu sehen. Einschränkend ist zu sagen, dass diese Entwicklung nur für einen Teil der Jugendkultur, die sich in viele unterschiedliche Gruppierungen aufspaltet, gilt. Die preislich sehr günstigen Freizeitdrogen kommen dem Wunsch und subjektiven Gefühl nach mehr Vergnügen, mehr Erlebnisintensität, mehr Antrieb und Selbstwertgefühl und mehr sozialer Kompetenz entgegen, wobei der „fun-factor“ im Vordergrund steht. Junge Drogenkonsumierende setzen zur Erzeugung von Rauschzuständen und Halluzinationen gern biologische Substanzen ein, und befriedigen so die Lust nach immer neuen, unerwarteten Erlebnissen. Die Parallelität dieser Form des Drogenerlebens mit den heute dominierenden Arten der Kommunikation und des Freizeitverhaltens ist unübersehbar. Laut dieser Vorarlberger Analyse besteht das Gefahrenpotenzial unter anderem darin, dass die neuen Medien Informationen über Herstellung und Vertrieb illegaler Drogen bieten und einen überregionalen Austausch über Konsumerfahrungen ermöglichen. Damit verbunden sind auch neue Herausforderungen für die Präventionsarbeit.

Bestätigt werden diese Erkenntnisse von Pfefferkorn-Tschaler (2005), die im Rahmen ihrer Dissertation im Frühjahr 2004 eine Fragebogenerhebung unter 395 Schülerinnen und Schülern der neunten und zwölften Schulstufe - Schulformen mit Maturaabschluss - durchgeführt hat. Im Vergleich zum Erstkonsum, für den als Gründe Neugier und die Suche nach neuen Erfahrungen angegeben werden, sind die Gründe für den aktuellen Konsum das Bestreben, mehr Spaß zu haben und es zu genießen, einfach high zu sein. Pfefferkorn-Tschaler berichtet unter anderem von signifikanten Korrelationen zwischen Drogenerfahrungen und der Affinität zu riskanten Freizeitaktivitäten wie z. B. Canyoning, Rafting, Base-Jumping und Bungee-Jumping (vgl. auch Kap. 2.2).

Ähnliche Ergebnisse werden in der Diplomarbeit von Stransky (2005) referiert. Die Arbeit hatte unter anderem zum Ziel, die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Aspekten des Drogengebrauchs und der Risikobereitschaft zu untersuchen. Dabei zeigt sich, dass sich die Partydrogenkonsumentinnen und -konsumenten bezüglich „Sensation Seeking“ hoch signifikant von der Gruppe unterscheidet, die nicht Ecstasy, LSD, Speed oder Kokain einge-

nommen hat. Außerdem besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen Mischkonsum, kein Mischkonsum und kein Konsum von illegalen Drogen, wobei die Gruppe der Mischkonsumierenden ein deutlich höheres „Sensation Seeking“ aufweist als die Gruppe, die keine illegalen Drogen konsumiert.

Jugendliche, die angeben, bereits Drogen angeboten bekommen zu haben, sind in erster Linie auf Partys und Festen oder in Diskotheken mit Drogen in Kontakt gekommen. Über alle Altersgruppen hinweg gibt rund jede/r Zweite, der/dem bereits Drogen angeboten wurden, an, dass ihr/ihm die Drogen auf einem Fest oder einer Party offeriert wurden. Jede/r Dritte hat die Drogen eigenen Angaben zufolge in einem Lokal angeboten bekommen. Rund jede/r Fünfte, der/dem bereits Drogen angeboten wurden, war bei einem Clubbing damit konfrontiert. Knapp über 50 Prozent der 20- bis 24-Jährigen, die schon einmal Drogen angeboten bekommen haben, und über 40 Prozent der 14- bis 19-Jährigen sowie der 25- bis 30-Jährigen, denen man eigenen Angaben zufolge schon einmal Drogen angeboten hat, ist das in einer Diskothek passiert (BMSG 2003a, vgl. Kap. 10.1).

Eine von ChEck iT! im heurigen Jahr erschienene Studie (Eggerth et al. 2005) versucht, mögliche Konsumtrends bei Party- und Freizeitdrogenkonsumierenden über die Jahre zu erkennen und ein differenzierteres Bild der einzelnen Gruppen innerhalb des Partysettings zu zeichnen. Damit soll unter anderem ein Beitrag zur (Weiter-)Entwicklung von Interventionen in diesem Bereich geleistet werden.

Die untersuchten Daten stammen aus den Jahren 1998 und 2001 bis 2003 und wurden im ChEck iT!-Areal im Rahmen von Rave-Veranstaltungen in Wien, Linz und Innsbruck erhoben. Hier ist besonders darauf hinzuweisen, dass die Daten für das Gesamtpublikum dieser Veranstaltungen nicht repräsentativ sind. Die Größe der Gesamtstichprobe beträgt 838, der Frauenanteil sank über die betrachteten Jahre von etwa 35 bis 40 Prozent auf rund 25 Prozent und das Durchschnittsalter betrug 18 Jahre, wobei die Männer um ein Jahr älter waren als die Frauen. Nicht ganz ein Drittel der Befragten kam aus Wien, ein Viertel aus Oberösterreich und ein Fünftel aus Niederösterreich.

Die Entwicklung der 30-Tage-Prävalenzen in den Untersuchungsjahren zeigt einen signifikanten Anstieg bei den Substanzen Cannabis, Ecstasy, Kokain, Ketamin und Pilzen und einen signifikanten Rückgang für Poppers und LSD. Die Entwicklung der Konsumfrequenzen zeigt lediglich bei Cannabis und Ecstasy signifikante Änderungen im Untersuchungszeitraum. Der Median der monatlichen Konsumtage von Ecstasy lag 1998 bei zwei Tagen, stieg 2001 auf drei Tage, sank 2002 wieder auf zwei Tage und lag für 2003 bei einem Tag. Größere Veränderungen zeigen sich für die Konsumtage von Cannabis im letzten Monat. 1998 betrug dieser Wert sechs Tage, 2001 15 Tage, 2002 zwölf Tage und 2003 wieder 15 Tage. Auffällig ist hier der Anstieg des Prozentsatzes der Personen, die regelmäßig Cannabis konsumieren (Konsum an 20 bis 30 Tagen), von 25 Prozent im Jahr 1998 auf 45 Prozent im Jahr 2003 (vgl. Kap. 11.1).

Anschließend wurden mit Hilfe einer Clusteranalyse mögliche Konsumtypen identifiziert ( $n = 827$ ), wobei als Variablen die Konsumtage von Alkohol, Cannabis, Ecstasy, Speed, Kokain, LSD, Pilzen, Schlafmitteln und Heroin im letzten Monat gewählt wurden. Dabei konnten vier Konsumtypen ermittelt werden, die in Tabelle 13.1 genau beschrieben sind.

Tabelle 13.1: Konsumtypen nach ChEck iT!

	1. Nichtkonsumenten illegaler Drogen	2. Gelegenheitskonsumenten	3. Cannabiskonsumenten mit Gelegenheitskonsum anderer Freizeitdrogen	4. Hochrisikogruppe
Größe der Gruppe	225	295	196	111
Altersdurchschnitt in Jahren	18	18	19	18,5
Frauenanteil	42,9 %	35,4 %	20,2 %	29,1 %
Konsumtage im Monat: Alkohol	4	4	4	4
Konsumtage im Monat: illegale Substanzen	< 1	-	-	-
Konsumtage im Monat: Cannabis	-	1	25	14
Konsumtage im Monat: Ecstasy	-	1	< 1	3
Konsumtage im Monat: Speed	-	< 1	< 1	4
Konsumtage im Monat: Pilze	-	-	< 1	< 1
Konsumtage im Monat: Kokain	-	-	-	2
durchschnittliche Anzahl der konsumierten Substanzen im letzten Monat (inkl. Alkohol)	0,88	2,97	3,31	5,31
wollen am Abend der Befragung eine Substanz testen lassen	21,6 %	56,1 %	47 %	67,6 %
Personen aus Freundeskreis haben ein Drogenproblem	52 %	57,5 %	53,6 %	69,4 %

Quelle: Eggerth et al. 2005

Die erste Gruppe hat den höchsten Frauenanteil und geht am seltensten auf Rave-Veranstaltungen. Gruppe zwei ist die größte und besucht am zweithäufigsten Raves, während Gruppe vier am häufigsten auf Raves anzutreffen ist. In dieser Gruppe werden außer Alkohol und Cannabis alle Substanzen am häufigsten konsumiert. Hier finden sich auch die meisten Heroin- und Kokainkonsumentinnen und -konsumenten.

Wie aus Tabelle 13.1 ersichtlich, handelt es sich bei der Gruppe der „Freizeitdrogenkonsumierenden“ um eine sehr inhomogene Gruppe, bei der der Vergleich der Konsummuster informativer ist als der Vergleich der Prävalenzwerte.

Ein Vergleich über die Jahre zeigt lediglich für Gruppe drei einen durchgängigen Anstieg des Cannabis-Konsums von 19 Prozent im Jahr 1998 auf 31 Prozent im Jahr 2003. Hier spiegeln sich vermutlich auch die bereits beschriebenen Veränderungen in der Konsumfrequenz bei den Cannabiskonsumentinnen wider.

Vergleicht man den Mischkonsum einzelner Substanzen mit Ecstasy über die Jahre, sind teilweise beträchtliche Schwankungen zu beobachten. So ist der Mischkonsum von Ecstasy mit Alkohol über die Jahre statistisch signifikant angestiegen, mit Speed, LSD und Poppers / Schnüffelstoffen zurückgegangen. Bei den Substanzen, die nur in den Jahren 2001 bis 2003 erhoben wurden, ist ein statistisch signifikanter Anstieg des Mischkonsums mit Schlafmitteln nachzuweisen.

Statistisch signifikante Geschlechtsunterschiede sind beim Mischkonsum mit den Substanzen Alkohol und Cannabis nachzuweisen, Männer konsumieren innerhalb der Wirkdauer von Ecstasy diese Substanzen eher als Frauen. Insgesamt betreiben 87,7 Prozent der Ecstasy-konsumierenden Mischkonsum. Eine Entwicklung in dieser Gruppe ist der signifikante Anstieg des Mischkonsums von Ecstasy mit Alkohol in den letzten Jahren. Diesbezügliche Daten decken sich mit den Angaben der Veranstalterinnen und Veranstalter, dass auf Raves heute viel mehr Alkohol konsumiert wird als früher.



Auch im Mischkonsum spiegeln sich die weiter oben beschriebenen Konsumtypen wider. So wurde von der „Hochrisikogruppe“ am häufigsten der Konsum von Ecstasy kombiniert mit drei anderen Substanzen genannt, während die „Cannabiskonsumenten mit Gelegenheitskonsum anderer Freizeitdrogen“ am liebsten Ecstasy mit Alkohol und Cannabis mischen. Die „Gelegenheitskonsumenten“ kombinieren Ecstasy mit Alkohol.

Am ehesten werden Personen der Hochrisikogruppe von den traditionellen Einrichtungen der Drogenhilfe erreicht (31,9 %), am wenigsten die „Nichtkonsumenten“ mit 14,6 Prozent. Das heißt aber auch, dass fast 70 Prozent der Hochrisikokonsumentinnen und -konsumenten und jeweils etwa 85 Prozent der anderen Gruppen von den traditionellen Einrichtungen der Drogenhilfe nicht erreicht werden. Hier empfiehlt sich die (Weiter-)Entwicklung niedrigschwelliger, zielgruppennaher Angebote mit einer Kombination aus Beratung vor Ort und einem ständigen Angebot. Ein diesbezügliches Anlauf- und Betreuungskonzept für Freizeitdrogenkonsumenten wurde 2004 von ChEck iT! entwickelt (Eggerth et al. 2005, vgl. Kap. 3.2 und 4.2).

Eine Projektarbeit zur Randszenenforschung (Baumgartner/Thurner 2004) gibt einen kleinen Überblick über das Konsumverhalten in den verschiedenen Sub-Gruppen. Dabei wurde gemeinsam mit ChEck iT! auf die Goa-, Freetekno- und Drum'n Bass-Szene näher eingegangen. Diese Szenen bestehen abseits der großen Mainstream-Technoevents und waren bisher noch nicht Schauplatz von ChEck iT!-Aktivitäten. Als Mittel der Wahl wurden anhand eines Fragebogens Interviews geführt und teilnehmende Beobachtungen angestellt.

Beim Besuch von 20 Veranstaltungen wurden von insgesamt etwa zwei Drittel Männern und einem Drittel Frauen 110 Fragebögen ausgefüllt, wobei der Frauenanteil in der Goa-Szene (30 %) am niedrigsten und in der Drum'n Bass-Szene (54 %) am höchsten war. Bei der Auswertung der Frage, welche Substanzen bereits konsumiert wurden, wird deutlich, dass in der Goa-Szene die Wurzeln der Hippie-Bewegung mitschwingen und so besonders hohe Zahlen bei Pilzen, Natural Drugs und Heroin entstehen. In allen Szenen auffällig ist der Konsum von Alkohol, Zigaretten und Cannabis, der überall mehr als 80 Prozent beträgt. Mit Alkohol haben alle Befragten schon Erfahrungen gemacht. Aber auch der Konsum von Speed, Ecstasy und Kokain erreicht in allen Szenen Werte über 50 Prozent. Im Vergleich wird in der Drum'n Bass-Szene am wenigsten konsumiert, was von den Autorinnen darauf zurückgeführt wird, dass diese Szene an öffentliche Lokale gebunden ist, und die Besucher aus sehr verschiedenen Gesellschaftsschichten zu kommen scheinen. Drum'n Bass-Veranstaltungen werden eher als Möglichkeit zum Ausgehen genutzt und scheinen nicht mit einem bestimmten Lebensgefühl verbunden zu sein, wie es bei Goa und Freetekno der Fall ist. Besonders zu betonen ist der durchwegs hohe Konsum sämtlicher Substanzen in der Freetekno-Szene. Die Werte für Kokain, Speed und Ecstasy befinden sich hier mit ca. 90 Prozent auf äußerst hohem Niveau. Auch das Konsumverhalten bezüglich Cannabis (100 %), LSD (fast 80 %) und 2-CB (20 %) liegt sehr hoch.

Bei Betrachtung der 30-Tages-Prävalenz ist bemerkenswert, dass Kokain von allen synthetischen Drogen in allen untersuchten Szenen am öftesten konsumiert wird - im Durchschnitt 2,7 Mal in den letzten 30 Tagen. Während Alkohol an ca. 6,4 Tagen (der letzten 30 Tage) konsumiert wird, liegt der Cannabis-Wert bei 13,9 von 30 Tagen. In der Goa- und Freetekno-Szene wird Cannabis im Durchschnitt öfter als jeden zweiten Tag konsumiert.

Interessant zu beobachten ist, dass mehr Leute sich vorstellen können, ohne Zigaretten zu leben als ohne Alkohol oder Cannabis. In der Freetekno-Szene ist der Wert bezüglich Cannabis- und Speedkonsum gleich - 23 von 26 Leuten können sich vorstellen, Cannabis und Speed (wieder) zu konsumieren. Im Gegensatz dazu können sich aber „nur“ 19 von 26 Personen vorstellen, eine Zigarette zu rauchen.

Die hohe Quote der Leute aus der Freetekno-Szene, die ihre Substanzen schon einmal testen haben lassen (46 %), kommt wohl daher, dass viele Personen ihre Substanzen im Ausland einem Test unterzogen haben, da sie mit der Szene durch ganz Europa wandern. Insgesamt haben 25 Prozent der Befragten ihre Drogen schon einmal testen lassen - zwölf Prozent aus der Drum'n Bass-Szene und 19 Prozent aus der Goa-Szene. Einen neuerlichen Test der Drogen würden insgesamt 80 Prozent durchführen lassen.

Insgesamt würden 55 Prozent der Personen Beratung/Aufklärung in Anspruch nehmen, wobei die Goa-Szene mit 53 Prozent Ablehnung hervorsticht, was auf den hohen Altersschnitt und die vermeintliche Reife zurückzuführen sein könnte. Erwähnenswert ist das Ergebnis aus der Freetekno-Szene, wo von 64 Prozent Beratung/Aufklärung bejaht wird. Eine Anlaufstelle würden insgesamt 65 Prozent in Anspruch nehmen, wobei hier Analyse, Drogenberatung und das Treffen mit anderen Konsumierenden im Vordergrund stehen würde. Auf die Frage, warum sie Pill Testing nicht in Anspruch nehmen würden, antworten 54 Prozent, dass die Anonymität nicht gewährleistet wäre, worunter vor allem Angst vor polizeilicher Erfassung und rechtlichen Konsequenzen fällt. Aufklärungsarbeit in diesem Bereich ist also von großer Wichtigkeit.

Hier ist anzumerken, dass in einigen Szenen große Skepsis gegenüber ChEck iT! herrscht, die meist mit Angst vor polizeilichem Zugriff im Zusammenhang steht. Gute Kontakte konnten besonders mit Veranstalterinnen und Veranstaltern aus der Goa-Szene aufgebaut werden, die ein gutes Fundament für die weiteren Arbeiten bilden. Da in allen Szenen illegale Substanzen konsumiert werden, ist potentielles Publikum für ChEck iT! überall vorhanden. Allerdings sind nicht alle Szenen für ChEck iT! zugänglich, da manche vom Setting zu schwierig (illegale Location) oder zu kleine Veranstaltungen sind (Baumgartner/Thurner 2004).

## 13.2 Maßnahmen, nationale Politik und rechtliche Aspekte

Während in den letzten Jahren in den Bereichen nationale Politik und rechtliche Aspekte keine Entwicklung zum Thema stattgefunden hat, gibt es viele Aktivitäten, um Freizeitdrogenkonsumierende zu erreichen. Dabei wird auch in der Präventionsarbeit das Internet als Medium genutzt, um Beratung anzubieten. So ist das wissenschaftliche Projekt ChEck iT! seit 1997 im Bereich Beratung, Information und Pill-Testing im Rahmen von Events tätig. Zusätzlich wird eine Webpage betrieben und können Beratung und Information auch per E-Mail oder telefonisch eingeholt werden (VWS 2005e, vgl. ÖBIG 2002, ÖBIG 2003, Kap. 4.2, 13.1). Auch MDA basecamp bietet Beratung über Internet an.

Dem Tätigkeitsbericht 2004 der Tiroler Einrichtung MDA basecamp ist zu entnehmen, dass Veränderungen in Bezug auf die Events in den letzten Jahren dahin gehen, dass es heute schwieriger und aufwändiger ist, an die Zielgruppe heran zu kommen als Ende der 1990er-

Jahre, wo sich alles auf großen Raves und Partys (über 2000 Leute) abgespielt hat. Heute ist die „Technoszene“ in viele unterschiedliche Sub-Szenen und Stile aufgefächert (Drum'n Bass, Goa, Trance, House-Clubbing, ...), und so verläuft sich das Publikum auf relativ kleinen Partys. Für die eventbegleitende Arbeit heißt das, öfter präsent sein zu müssen, aber jeweils weniger Personen zu erreichen (450 Info- und Beratungskontakte im Jahr 2004). Zwei Drittel der Jugendlichen, die zum Infostand kommen, wissen über MDA basecamp Bescheid oder hatten schon einmal Kontakt. Während ChEck iT! vom Fonds Soziales Wien und dem BMGF finanziert wird, konnte dem von MDA basecamp erarbeiteten Konzept des Drug-Testing-Angebots [fact] für Tirol Ende 2004 aufgrund rechtlicher Bedenken des BMJ nicht zugestimmt werden (MDA basecamp 2005; vgl. ÖBIG 2004a).

Seit 2004 wird von MDA basecamp eine weitere Möglichkeit der jugendnahen Präventions- (und ggf. auch Beratungs-)arbeit verfolgt. Die MDA basecamp „members“ sind junge Leute zwischen 16 und 22 Jahren, die Interesse an der Arbeit des MDA basecamp haben und in diesem Sinn in der lokalen Techno- und Dancefloorszene aktiv sein wollen. Sie können im Rahmen von Partydiensten (fotografieren, Flyer verteilen, ...) oder backstage (selbstständig oder betreut im Z6 arbeiten, ...) tätig sein und dafür Kompetenzerweiterungen bzw. Schulungen oder Workshops (Performance, Radio, Film, ...) in Anspruch nehmen (MDA basecamp 2005, vgl. Kap. 3.2).

Für viele Jugendliche ist zwar der Konsum illegaler Drogen alltäglich, sie würden aber von sich aus eine Beratungsstelle nicht aufsuchen. Aus diesem Grund gestaltet die Vorarlberger Einrichtung Supromobil - unter Einbindung der Verantwortlichen der Exekutive, des Gerichts und Apotheken - Kommunikationsräume auf Veranstaltungen (über 20 im Jahr 2004), wo sich die jungen Gäste miteinander und mit den Beraterinnen und Beratern austauschen können. Die Jugendlichen erfahren so, dass es für sie spezielle Hilfsangebote gibt, falls durch den Konsum Probleme entstehen (vgl. Kap. 3.2).

In den Kommunikationsräumen besteht keine Verpflichtung, das unverbindliche, kostenlose und anonyme Beratungsangebot in Anspruch zu nehmen. Für die Beraterinnen und Berater ist es wichtig, präsent zu sein. Unter dem Motto „safer use“ werden Raum zur Erholung, Gratis-Wasser, Früchte, Informationen, Kondome, Ohrenstöpsel und Traubenzucker angeboten. Das beratende Team besteht aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der landesweiten Drogenberatungsstellen und Einrichtungen der Offenen Jugendarbeit. Regelmäßige Treffen und Schulungen sind eine wichtige Voraussetzung für die Qualitätssicherung der Arbeit.

Für 2005 ist die Weiterentwicklung einer Website - [www.suchthaufen.at](http://www.suchthaufen.at) - geplant, wo im Rahmen einer gemeinsamen Internetplattform den Jugendlichen die Angebote der Vorarlberger Drogenhilfe näher gebracht werden. Die Jugendlichen werden auf den Veranstaltungen, die vom Team der Eventbegleitung besucht werden, durch Transparente, Visitenkarten und andere give-aways auf diesen Internetauftritt aufmerksam gemacht. Auf der Website finden sich Fotoserien der Events, Informationen über Suchtmittel und Gesetze und über die bestehenden Angebote zur Online-Beratung (Supromobil 2005).

Unter dem Motto „Was hilft in der Arbeit mit Partydrogenkonsumenten?“ diskutierten im November 2004 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Vorarlberger Drogenhilfe und der Offenen Jugendarbeit über Problemfelder in der Behandlung und Beratung von Partydrogenkonsumentenden. Die Präsenz der Eventbegleitung vor Ort spielt ebenso wie die Eingrenzung der

Zielgruppe - Alter, Ethnien, Geschlecht, soziale Schicht, Angehörige, Umfeld, Peer Group und Konsummuster - eine wesentliche Rolle, wobei „die User sind die Experten“ gilt.

Es entstand die Idee, ein gemeinsames Helpcamp mit der ambulanten und stationären Drogenhilfe für Risikokonsumentinnen und -konsumenten (Menschen mit Problemkonsum, sozialen Problemen bzw. Persönlichkeitsstörungen) zu organisieren. Zur Zielgruppe zählen junge Leute, die es nicht schaffen, in ihrem Umfeld eine abstinente Phase durchzuhalten. Voraussetzungen sind zumindest minimale soziale Integration sowie kein Vorliegen einer körperlichen Abhängigkeit.

Für Partydrogenkonsumierende würde eine stationäre Therapie zu lange dauern. Mit einem vier- bis sechswöchigen therapeutisch und erlebnis-pädagogisch unterstützten Camp sollen Veränderungen in Gang gesetzt werden, anschließend ist eine ambulante Begleitung vorgesehen. In den Sommer-Ferien 2005 soll ein erstes Helpcamp dieser Art durchgeführt werden (Supromobil 2005, vgl. Kap. 3.1).

Stransky (2005) befasste sich in ihrer Diplomarbeit „Partydrogen und Sensation Seeking“ u. a. auch mit den Wünschen von Jugendlichen im Zusammenhang mit Drogenaufklärung. Dafür standen 87 Fragebögen mit selbst erhobenen Daten zur Verfügung. Auf die Frage, was sich nach Meinung der befragten Jugendlichen in der Drogenaufklärung ändern sollte, wünschten sich mehr als zwei Drittel mehr Beratung vor Ort, fast die Hälfte ein vermehrtes Angebot von Drogen-Testing bzw. eine vermehrte Aufklärung in den Medien bzw. die Veröffentlichung von Pillenlisten. Als Ressourcen, die den Probanden helfen, mit dem Drogengebrauch umzugehen, und Regeln, die im Sinne eines risikomindernden Gebrauchs angewendet werden, wurden von 57 Prozent als wichtigste Stützen im Umgang mit Drogen Freundinnen bzw. Freunde, die auch Drogen konsumieren, bzw. Informationen über Drogen genannt. Gutes Selbstvertrauen half 55 Prozent und 48 Prozent Gespräche, um mit ihrem Konsum „klar zu kommen“. 43 Prozent fanden Unterstützung bei drogenabstinenten Freundinnen und Freunden, 36 Prozent durch Fernbleiben von Partys und 26 Prozent durch andere Interessen. 21 Prozent sahen Infobroschüren, Flyer und Beratung vor Ort als Hilfe beim Umgang mit Partydrogen an. 10 Prozent fanden Unterstützung in Drogenberatungsstellen. Zur Frage nach den Gebrauchsregeln, die das Risiko bei Drogenkonsum mindern, meinten über drei Viertel „ausreichend Wasser trinken“. 62 Prozent nahmen Partydrogen nur in angenehmer Atmosphäre zu sich und 55 Prozent hielten einen großen Abstand zwischen den einzelnen Einnahmen ein. 52 Prozent informierten sich über die Substanzen und hielten sich im Anschluss an den Konsum ein oder mehrere Tage zur Erholung frei. So genanntes „Antesten“ - zuerst eine viertel oder halbe Dosis einnehmen - nannten 41 Prozent und 38 Prozent haben immer eine Freundin bzw. einen Freund dabei, der auf die Verfassung der Konsumierenden achtet (Stransky 2005).

Auch im medizinischen Bereich sind neue Ansätze gefragt. Bei den „neuen“ Drogen besteht durch unklare Zusammensetzungen, Dosierungen und Wirkungen die Gefahr von Intoxikationen und abnormen psychischen Reaktionen (psychotische Symptome), wodurch diesen Drogen auch psychiatrische Relevanz zukommt. In diesem Zusammenhang kommt der Information des medizinischen Personals und der substanzbezogenen Prävention erneut Bedeutung zu (Kocsis et al. 2003, vgl. ÖBIG 2004a und Kap. 10.3).



# Quellenverzeichnis



## BIBLIOGRAPHIE

- Acker, N. (2000). Geschlechtssensible Suchtprävention. Suchtvorbeugung in Österreich. Fellöcker, K., Franke, S. (Hrsg.). Wien
- Amt der Burgenländischen Landesregierung (Hg.) (2002). Burgenländisches Suchtkonzept. Eisenstadt
- Amt der Kärntner Landesregierung (2005). Handbuch „Ärztliche Begutachtung und Anwendung des Suchtmittelgesetzes bei der Gesundheitsbehörde“. Gesundheit, Abteilung Zwölf. Klagenfurt
- Amt der Niederösterreichischen Landesregierung (2000). Niederösterreichischer Suchtplan – Rahmenplan für die Suchtarbeit in Niederösterreich. St. Pölten
- Amt der Oberösterreichischen Landesregierung (2004). Suchtkonzept für Oberösterreich. Linz
- Amt der Salzburger Landesregierung (1999). Salzburger Drogenkonzept 1999. Salzburg
- Amt der Tiroler Landesregierung (1993). Tiroler Drogenkonzept 1993. Innsbruck
- Amt der Vorarlberger Landesregierung (2002). Entwurf zum Vorarlberger Drogenkonzept. Bregenz
- API (2005). Jahresbericht 2004 der Abteilung V - Drogenabteilung Anton Proksch Institut Klinikum. Wien
- b.a.s. (2005). Infomail des Steirischen Vereins für Suchtkrankenhilfe 3/05, Graz
- Bauer, N. (2003). Weibliche Suchtbiographien: Frauenspezifische Aspekte bei substanzgebundener Sucht unter besonderer Berücksichtigung von illegalen Drogen. Karl-Franzens-Universität, Graz
- Baumgartner E., Thurner C. (2004). Projekt Randszenenforschung – Endbericht Projektpraktikum an der Fachhochschule für Sozialarbeit, Freytaggasse. Mit Unterstützung von ChEck iT! 2004. Wien
- Berthold, J. (1999). Steirisches Drogenkonzept. Graz, Oktober 1999
- BMBWK (2002). Suchtprävention in der Schule. Informationsmaterialien für die Schulgemeinschaft. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Abt. V/12. Wien
- BMGF (2004). Analyse der Drogenopfer. Jahresstatistik 2003. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen - Abteilung VI/B/11. Wien
- BMI (2005). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2004. Bundesministerium für Inneres - Bundeskriminalamt. Wien
- BMJ (2005a). Substitutions-Richtlinien für Justizanstalten. Wien
- BMJ (2005b). Der Weg aus der Sucht – Drogenbetreuung während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs. Bundesministerium für Justiz. 2005. Wien
- BMSG (2003a). 4. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich. Teil A: Jugendradar 2003. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Wien
- BMSG (2003b). 4. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich. Teil B: Prävention in der außerschulischen Jugendarbeit. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Wien



- Bohrn, A. und Bohrn, K. (1996). Drogenmissbrauch im Kindes- und Jugendalter: Risikofaktoren, Probier- und Einstiegsverhalten, Suchtverläufe und Ausstieg. Zwischenbericht an die Kärntner Landesregierung. Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie. Wien
- Brosch, R. (2005). Geschlechtsspezifische Ansätze in der Drogenbehandlung. Männer, Frauen, Sucht. Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S., Mader, R. (Hrsg.), Wien
- Brunmayr, E. (1997). Gefährdungen Jugendlicher - Auszug aus der NÖ Jugendstudie 1997. Bericht an das Jugendreferat der NÖ Landesregierung. St. Pölten
- Busch, M., Haas, S. (2004). Illegale Drogen in Österreich: Epidemiologische Situation und aktuelle Trends. Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich. Brosch, R., Mader, R. (Hrsg.), Wien
- Caritas NÖ (2005). Bericht zur Drogensituation. St. Pölten
- Caritas Innsbruck (2005). Jahresbericht Mentlvilla 2004. Innsbruck
- De Cordoba, U., Bawert, A., und Fischer, G. (2005). Sucht, Sex und Gender. Männer, Frauen, Sucht. Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S., Mader, R. (Hrsg.), Wien
- Dialog (2005). PAZ 2004. Jahresbericht über die Tätigkeit des DIALOG im Wiener Polizeianhaltezentrum. Verein Dialog - Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige. Wien
- Dialog (2005a). Handbuch 4. Überarbeitete Version 4. Wien
- Drogenberatung des Landes Steiermark (2005). Jahresbericht 2004. Graz
- Drogenkoordination des Landes Salzburg (2005). Bericht zur Drogensituation im Land Salzburg. Jahresbericht 2004. Salzburg
- Drogenkoordination der Stadt Wien (1999). Wiener Drogenkonzept 1999. Wien
- drugaddicts@work (2005). Jahresbericht 2004 der Regionalen Entwicklungspartnerschaft drugaddicts@work. 1-1A-11/74. Wien
- Dunst, A. (2004). Schwarzmarktnische. Profil. 6. September 2005
- Dür, W. und Mravlag, K. (2002). Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des 6. HBSC-Surveys 2001 und Trends von 1990 bis 2001. Reihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Wien
- EBDD (2002). Drogen im Blickpunkt: Schlüsselrolle der Substitution in der Drogentherapie. Briefing 1. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon
- Eggerth A., Keller-Ressel M., Lachout S., Schmid R. (2005). Konsumtypen bei Freizeitdrogenkonsumenten in Österreich. Sucht 51(2), 2005, 88-96
- Eisenbach-Stangl, I. (1995). Geschlechtsspezifischer Umgang mit dem Körper, mit Gesundheit und Krankheit. Bericht über die Situation der Frauen in Österreich, Frauenbericht 1995. Bundesministerin für Frauenangelegenheiten (Hrsg.), Wien
- Eisenbach-Stangl, I. (2002). Die Zweigeschlechtlichkeit des Konsums von psychotropen Substanzen. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Heft ½ 2002, 33-40
- Eisenbach-Stangl, I. (2005). Männer, Frauen und der Konsum psychoaktiver Substanzen. Männer, Frauen, Sucht. Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S., Mader, R. (Hrsg.), Wien
- EMCDDA (2004). Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union and Norway 2004. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon

- Fachstellen für Suchtprävention (2004). Stellungnahme der österreichischen Suchtprävention zur aktuellen Debatte um die geplanten Schutzzonen vor Schulen. <http://www.praevention.at>
- Fellöcker, K. (2000). Lebensweltorientierte Sekundärprävention im ländlichen Raum. Suchtvorbeugung in Österreich. Fellöcker, K., Franke, S. (Hrsg.). Wien
- Foregger, E. et al. (1998). Suchtmittelgesetz. Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung. Wien
- Franke, S. (2000). Suchtprävention in der Kindheit. Suchtvorbeugung in Österreich. Fellöcker, K., Franke, S. (Hrsg.). Wien
- Frauenbüro der Stadt Wien (1999). Wiener Mädchenbericht. Zahlen und Fakten. Band 6 Teil 1 der Schriftenreihe frauen. Wien
- FSW (2005a). Input für den Bericht zur Drogensituation 2005. Fonds Soziales Wien. Wien
- FSW (2005b). Jahresarbeitsprogramm 2005 des Fonds Soziales Wien. Wien
- FSW (2005c). Dokumentation Aktuell Nr.17, Februar 2005. Fonds Soziales Wien. Wien
- FSW und IFES (2002). Suchtmittel-Studie. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Oktober/November 2001. Institut für empirische Studien. Wien
- Garnitschnig, J. (2003). Risikominderung in Rehabilitationsverläufen suchtmittelabhängiger inhaftierter Frauen. Eine qualitative Studie an der Frauenabteilung der Justizanstalt Wien-Favoriten. Universität Wien, Wien
- Gerich, J. und Lehner, R. (2004). Soziale Netzwerke und Substanzaffinität - eine computer-gestützte egozentrierte Netzwerkerhebung. Paper, präsentiert bei der CIS-Tagung „Anwendungen sozialer Netzwerkanalyse“, 14.&15. Oktober 2004, Universität Zürich. Zürich
- Goger, K. (2004). Frauen und Sucht. Sucht und Geschlecht. Verein Dialog, Wien
- Gruber, C. (2002). Von der Abhängigkeit in die Beziehungsfähigkeit. Therapieverlauf ehemals polytoxikoman abhängiger Frauen. Universität Wien, Wien
- Grüner Kreis (2004). Magazin. Winter 2004, No.52. Verein Grüner Kreis. Wien
- Grüner Kreis (2005a). Tätigkeitsbericht 2004. Verein Grüner Kreis. Wien
- Grüner Kreis (2005b). Magazin. Sommer 2005, No. 54. Verein Grüner Kreis. Wien
- Haas, S. (2005). Problembewußte Frauen, risikofreudige Männer? Illegale Drogen und Geschlecht. Männer, Frauen, Sucht. Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S., Mader, R. (Hrsg.), Wien
- Haller, R., Dittrich, I. und Fleischhacker, W. (o. J.) Expertenpapier der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) zum Thema „Cannabis“. ÖGPP. Feldkirch
- Haller, R., Dittrich, I., Kocsis, E. (2005). Geschlechtsspezifische Kriminalität im Zusammenhang mit süchtigem Verhalten. Männer, Frauen, Sucht. Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S., Mader, R. (Hrsg.), Wien
- Haltmayer, H. und Schmid, R. (2004). Untersuchungen über den i.v. Drogen-Konsum durch Spritzentests. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- Hütter, G. (2005). Sucht hat ein Geschlecht. Website des Vereins b.a.s. vom 13.4.2005
- IFES (2003). BADO - Basisdokumentation KlientInnenjahrgang 2002. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Wien

- IFES (2004a). Suchtmittel-Monitoring 2003. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2004b). BADO - Basisdokumentation KlientInnenjahrgang 2003. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Wien
- IFP (2005). ifp-programm. April – September 2005. Institut für Freizeitpädagogik. Wien
- Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (1999). Substanzkonsum und -missbrauch bei Kindern und Jugendlichen in Niederösterreich. Risiko- und Schutzfaktoren, Probier- und Einstiegsverhalten, Verläufe und Ausstieg. Endbericht an die Niederösterreichische Landesregierung. Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie. Wien
- Institut für Soziologie der Johannes-Kepler-Universität-Linz (o. J.). Vom Genuss zur Sucht. Eine empirische Untersuchung über Alltagserfahrungen mit Alkohol, Nikotin und Cannabis. Institut für Soziologie der Johannes-Kepler-Universität-Linz. Linz
- Klopf. J. und Weinlich, C. (2004). Fragebogenstudie über den Gebrauch von Alkohol, Drogen und Tabak unter Lehrlingen (unveröffentlicht)
- Kocsis, E., Haller, R., Dittrich, I. und Hinterhuber, H. (2003). Zum Gefahrenpotential von sogenannten „Freizeitdrogen“. Neuropsychiatrie Band 17, 1/2003, 15-30
- Komfüdro (2005). Jahresbericht 2004. Komfüdro. Innsbruck
- Kontaktladen (2005). Jahresbericht 2004 Kontaktladen/ Streetwork. Caritas. Graz
- Kraßnitzer, M. (2005). Streit um Substitol. ärztemagazin. Heft 7/2005. 17. Februar 2005
- Kubec, A. (2005). Projekt Curriculum Suchtmedizin. Ärztekammer Wien, Wien
- Liebl, T. (2002). Drogen und deren Prävention im Strafvollzug. Universität Innsbruck, Innsbruck
- NÖ Suchtkoordination (2005). Informationen der NÖ Suchtkoordination. St. Pölten
- market (2000). Die Drogensituation in Oberösterreich. Ergebnisse einer face-to-face Befragung im August/September 2000. Kommentarbericht. Linz
- MDA basecamp (2004). Tätigkeitsbericht 2003. Innsbruck
- MDA basecamp (2005). Tätigkeitsbericht 2004. Innsbruck
- Mentlvilla (2005). Jahresbericht 2004. Innsbruck
- Neubacher, T. (2005). Halbjahresauswertung per 30. Juni 2005. Information & Dokumentation Substitution. Amt der Vorarlberger Landesregierung - IVa Gesellschaft und Soziales. Bregenz
- ÖBIG (1999). Bericht zur Drogensituation 1999. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖBIG (2000). Bericht zur Drogensituation 2000. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖBIG (2001a). Bericht zur Drogensituation 2001. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖBIG (2001b). Drogenspezifische Problemlagen und Präventionserfordernisse bei Jugendlichen. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖBIG (2002). Bericht zur Drogensituation 2002. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

- ÖBIG (2003). Bericht zur Drogensituation 2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖBIG (2004a). Bericht zur Drogensituation 2004. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖBIG (2004b). Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich 2001. ÖBIG. Wien
- Österreichisches Institut für Jugendforschung (1999). 3. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich. Themenauszug: Ausmaß und Entwicklung jugendlichen Drogenkonsums unter besonderer Berücksichtigung von Ecstasy. Wien
- P.A.S.S. (2005). Jahresbericht 2004. Verein P.A.S.S. Wien
- Pfefferkorn-Tschaler (2005). Drogenkonsum Jugendlicher als Risikoverhaltensweise zwischen Genuss, Missbrauch und Sucht. Dissertation eingereicht im April 2005 im Fachbereich Psychologie an der Naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Salzburg
- Pilgram, A., Stummvoll, G. (2005). Geschlechtsspezifische Kriminalisierung im Zusammenhang mit Suchtmitteln. Männer, Frauen, Sucht. Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S., Mader, R. (Hrsg.), Wien
- Prehslauer et al. (2001). Suchtprävention und Drogenhilfe – Land Kärnten. Rahmenplan 2001-2005. Klagenfurt
- Rat der Europäischen Union (2003). Entwurf eines Rahmenbeschlusses zur Festlegung von Mindeststrafen über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich illegalen Handels mit Drogen. DROIPEN 84. CORDROGUE 100 Rev 1. Brüssel
- Schinnerl, G. (2005). Strafe statt Therapie. Falter. 6. April 2005. Wien
- Schmidinger, S. (2002). Krisenintervention als Methode der Suchtprävention – am Beispiel des sekundärpräventiven Projektes „Step by Step“. St. Pölten
- Schönfeldinger, R. P. (2002). Empirische Erhebung über den Konsum von legalen und illegalen Substanzen bei burgenländischen Jugendlichen. Abschlussbericht. PSD Burgenland. Eisenstadt
- Schüßler, G., Rumpold, G., Dornauer, K. und Klingseis, M. (2000). Das Drogenrisiko Jugendlicher und die Differenzierbarkeit des Rauschmittelkonsums. Eine empirische Arbeit über das Verständnis des qualitativen Suchtverhaltens am Beispiel Tiroler Jugendlicher. Innsbruck
- Seyer, S. (2005). Von illegalen Substanzen. Vom Gebrauch der Drogen. Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich. Institut für Suchtprävention - Pro Mente OÖ. Linz
- SHH (2005). Jahresbericht 2004. Schweizerhaus Hadersdorf. Wien
- SORA (2003). Endbericht: Evaluierung der Maßnahme Needles or Pins im Auftrag des waff. Institute for Social Research and Analysis, Wien
- Stiftung Maria Ebene (2005). Jahresbericht 2004. Stiftung Maria Ebene. Frastanz
- Stransky, G. (2005). Partydrogen und Sensation Seeking – Untersuchung zum Drogengebrauch auf Technopartys und Risikoverhalten. Diplomarbeit eingereicht an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften der Leopold Franzens-Universität Innsbruck – Studienrichtung Psychologie. 2005 (unveröffentlicht)
- Supromobil (2005). Tätigkeitsbericht 2004. SUPRO – Stiftung Maria Ebene. Dornbirn

- Tiroler Suchtkoordination (2005). Bericht zur Drogensituation in Tirol 2005. Suchtkoordination Tirol. Innsbruck
- Tomas, B. (2005). Daphne Wien. Projekt zur regionalen Vernetzung von Frauengewaltschutz und Suchteinrichtungen in Wien. Wien
- Uhl, A., Grimm, G., Springer, A., Bohrn, K., Fenk, R., Lantschik, E. (2004a). ESPAD - Austria 2003. Vorläufiger Bericht. Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung in Kooperation mit dem Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie. Wien
- Uhl, A., Grimm, G., Springer, A., Bohrn, K., Fenk, R., Lantschik, E. (2004b). ESPAD - Austria 2003. Häufigkeitsauszählung und Fragebogen. Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung in Kooperation mit dem Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie. Wien
- Uhl, A., Springer, A., Gnams, T. (2005). Repräsentativerhebung: Substanzkonsum in Österreich 2004 (in Vorbereitung)
- Universitätsinstitut für Suchtforschung (2004). Vorarlberger Drogenbericht 2004. Universität Innsbruck, Innsbruck
- VIVID (2005). Bildungsprogramm Jugendalter 2005. Graz
- WWS (2003). Bericht 2002. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- WWS (2004a). Tätigkeitsbericht fix und fertig 2003. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- WWS (2004b). Gawi News. 16. Ausgabe, Dezember 2004. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- WWS (2005a). Tätigkeitsbericht 2004. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- WWS (2005b). Gawi News. Schwerpunkt Schutzzone. 17. Ausgabe, März 2005. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- WWS (2005c). Tätigkeitsbericht Ganslwirt 2004. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- WWS (2005d). Tätigkeitsbericht Streetwork 2004. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- WWS (2005e). Tätigkeitsbericht ChEckiT! 2004. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- WWS (2005f). Daten zum Konsumverhalten von Freizeitdrogen-KonsumentInnen – Eine Sekundäranalyse der ChEckiT!-Fragebogenstudien 1998 und 2001 bis 2003. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- Weber, M. (2004). Schau mich bitte nicht so an. Ein Augenblick männerspezifischer Suchtarbeit. Sucht und Geschlecht. Verein Dialog, Wien
- Wiener Drogenkoordination und IFES (2000) Suchtmittelstudie Monitoring 1999, Bevölkerungsbefragung Wien. Studie im Auftrag der Drogenkoordination der Stadt Wien. Berichtband. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- Wiener Linien und FSW (2005): Help U. Eine Initiative der Wiener Linien und des Fonds Soziales Wien 2005. Wien
- X-Sample (2002a). Die Drogensituation unter Grazer Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Eine Monitoring-Studie von X-Sample in Kooperation mit dem Suchtkoordinator der Stadt Graz, im Auftrag des Grazer Gesundheitsressorts. X-Sample. Graz
- Zeder (2005). Input für den Drogenbericht 2005. Graz
- Zündel, A. (2001). SICHER JUNKEN! Safer Use als Arbeitsgrundlage in der Akzeptierenden Drogenarbeit unter Berücksichtigung der Situation in Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden. Bundesakademie für Sozialarbeit, Wien

## DATENBANKEN

### **EDDRA = Exchange on Drug Demand Reduction Action**

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

### **Österreichische Projekte in der EDDRA-Datenbank:**

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

**Alles im Griff?** - Wanderausstellung  
(Fachstelle für Suchtprävention, Niederösterreich)

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

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

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

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

**Behandlung von Schwangeren an der Drogenambulanz des AKH Wien**  
Sub-Programm des Wiener Modellprojekts "Schwangerschaft und Drogen" - Comprehensive Care-Projekt für substanzabhängige Mütter und ihre Kinder  
(AKH, Wien)

**Berufsassistenz** - Subprojekt der Wiener Berufsbörse im Rahmen der Entwicklungspartnerschaft Equal  
(Wiener Berufsbörse, Wien)

**Betreutes Wohnen**  
(Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

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

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

**CONTACT** - Spitalsverbindungsdienst für Drogenabhängige  
(Fonds Soziales Wien)

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

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

**drugaddicts@work** - Evaluationsprojekt zur beruflichen Reintegration drogenabhängiger Personen in den Arbeitsmarkt  
(Fonds Soziales Wien)

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

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

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

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

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

**Europäische Netzwerkentwicklung** in der Suchtprävention  
(Institut Suchtprävention, Oberösterreich)

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

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

**Fix und Fertigkeit** - Sozialökonomischer Betrieb  
(Verein Wiener Sozialprojekte)

**Fortbildungslehrgang** zur Suchtvorbeugung im Kindergarten für Kindergartenpädagoginnen  
(VIVID - Fachstelle für Suchtprävention, Steiermark)

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

**Generation E** - Werkstatt für kreative Elternarbeit  
(Institut für Suchtprävention, Fonds Soziales Wien)

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

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

**in motion** - ein Multiplikatorenprojekt zur schulischen Suchtvorbeugung  
(Institut Suchtprävention - eine Einrichtung von pro mente Oberösterreich)

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

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

**Kinder stark machen** - Stark statt süchtig - Massenmediale Kampagne  
(SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe, Vorarlberg)

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

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

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

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

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

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

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

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

**Needles or Pins** - Europäisches Projekt zur Entwicklung innovativer Projekte zur sozialen und beruflichen Reintegration von Personen mit drogenbezogenen Problemen - Vorarlberger Subprojekt  
(Die Fähre, Vorarlberg)

**Needles or Pins** – Berufliche Reintegration von Personen mit Suchtproblemen  
(Beratungsstelle DIALOG, Wien)

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

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

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

**SAS** - Schüler auf der Suche nach alternativen Lösungsmöglichkeiten. Ein Schülermultiplikatorenprojekt zur primären Suchtprävention mit dem Ansatz der peer-group-education  
(VIVID - Fachstelle für Suchtprävention, Steiermark)

**Schweizer Haus Hadersdorf** - Medizinische, Psychologische und Psychotherapeutische Gesundheits- und Heilstätte  
(Evangelisches Haus Hadersdorf - WOBES, Wien)

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

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



**Spielzeugfreier Kindergarten.** Suchtprävention durch Lebenskompetenzförderung  
(ISP - Informationsstelle für Suchtprävention, Wien)

**Step by Step** - Früherkennung und Intervention im Vorfeld möglicher Suchtprobleme  
(kontakt&co - Suchtpräventionsstelle, Tirol)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## WEBSITES

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

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

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

Suchtkoordination für das Land Burgenland  
<http://www.burgenland.at>

Drogenkoordination des Landes Kärnten  
[www.gesundheit-kaernten.at](http://www.gesundheit-kaernten.at)

Suchtkoordination des Landes Niederösterreich  
<http://www.noel.gv.at/service/gs/g4/noesuchtkoordination.htm>

Drogen- und Suchtkoordination des Landes OÖ  
[http://www.ooe.gv.at/cps/rde/xchg/SID-3DCFCFC3-B859C7E6/ooe/hs.xsl/554\\_DEU\\_HTML.htm](http://www.ooe.gv.at/cps/rde/xchg/SID-3DCFCFC3-B859C7E6/ooe/hs.xsl/554_DEU_HTML.htm)

Drogenkoordination des Landes Salzburg  
[http://www.salzburg.gv.at/themen/gs/soziales\\_einstieg2/leistungen\\_und\\_angebote/abhaengigkeit.htm](http://www.salzburg.gv.at/themen/gs/soziales_einstieg2/leistungen_und_angebote/abhaengigkeit.htm)

Suchtkoordination des Landes Steiermark  
<http://www.verwaltung.steiermark.at>

Suchtkoordination des Landes Tirol  
<http://www.jugendweb.at/drogen>

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

Fonds Soziales Wien, Drogenkoordination Wien  
<http://www.drogenhilfe.at>

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

Landesstelle für Suchtprävention Kärnten  
[www.gesundheit-kaernten.at](http://www.gesundheit-kaernten.at)

Fachstelle für Suchtvorbeugung NÖ  
<http://www.suchtvorbeugung.at>

Institut Suchtprävention OÖ  
<http://www.praevention.at>

AKZENTE Salzburg  
<http://www.akzente.net>

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

kontakt &co. Jugendrotkreuz, Tiroler Fachstelle für Suchtprävention  
<http://www.kontaktco.at>

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

### **Bundesministerien:**

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen  
<http://www.bmgf.gv.at>

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

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

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur  
<http://www.bmbwk.gv.at>

Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz  
<http://www.bmsg.gv.at>

### **Monitoring und Forschung:**

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

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

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

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

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

### **Weitere WebSites:**

AIDS-Hilfe  
<http://www.aidshilfen.at>

Alles im Griff  
<http://www.alles-im-griff.at>

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

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

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

Berufsbörse  
<http://www.berufsboerse.at>

Blue Monday Gesundheitsmanagement  
<http://www.bluesday.at>

Carina - Therapiestation  
<http://www.mariaebene.at/carina/>

Caritas der Diözese Innsbruck  
<http://www.caritas-innsbruck.at>

ChEcki! - Verein Wiener Sozialprojekte  
<http://checkyourdrugs.com>

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

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

Do it yourself - Kontakt- u. Anlaufstelle für Drogenkonsumenten/innen  
<http://www.doit.at>

Drogenambulanz - AKH Wien  
<http://www.akh-wien.ac.at/drogenambulanz>

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

drugaddicts@work  
<http://www.work.at>

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

Ganslwirt - Verein Wiener Sozialprojekte  
<http://www.vws.or.at/ganslwirt/index.html>

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

Haus am Seespitz - Kurzzeittherapie für Drogenabhängige  
[http://www.jugendweb.at/drogen/drogen\\_ein\\_det.asp?ID=12](http://www.jugendweb.at/drogen/drogen_ein_det.asp?ID=12)

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

Komfüdro - Kommunikationszentrum für DrogenkonsumentInnen  
<http://fp.tsn.at/hs-abschluss/komfuedro.htm>

Krankenhaus Rosenhügel  
<http://www.health.magwien.gv.at/welt/kavw/nkr>

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

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

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

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

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

Needles or Pins - dialog  
[http://www.dialog-on.at/article\\_85.html](http://www.dialog-on.at/article_85.html)

Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen  
<http://www.schule.at/gesundheit/>

Otto Wagner-Spital - Drogeninstitut  
<http://www.drogenhilfe.at/rathilfe/skh/r-s-ows.htm>

Österreichische Caritaszentrale - Integration durch Arbeit KEG  
<http://www.ida-equal.at>

Österreichischer Verein für Drogenfachleute  
[www.oevdf.at](http://www.oevdf.at)

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

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

Schultüte (FSW/ISP Wien)  
<http://schultuete.at>

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

Stiftung Maria Ebene

<http://www.mariaebene.at>

Streetwork Graz

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

Substanz - Verein für suchtbegleitende Hilfe

<http://www.substanz.at>

Supromobil

<http://www.supromobil.at>

Therapiestation Erlenhof

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

Verein für Bewährungshilfe und Soziale Arbeit

[http://www.sysinet.com/re/adinfo/id\\_1/ix\\_1/cid\\_322301/pg\\_0/dp\\_V/](http://www.sysinet.com/re/adinfo/id_1/ix_1/cid_322301/pg_0/dp_V/)

VIVA - Drogenberatung

<http://www.gesundheit-kaernten.at>

Angebote der Vorarlberger Drogenhilfe auf einer Internetplattform für Jugendliche

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

VWS - Verein Wiener Sozialprojekte

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

Wiener Berufsbörse

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

# **ANHANG**

**A. Tabellen, Karte**

**B. Abkürzungsverzeichnis**

**C. Standard Tables & Structured  
Questionnaires**



# **ANHANG A**

## **Tabellen, Karte**





*Tabelle A1: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich aus den Jahren 1998 bis 2004*

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung	
				Altersgruppe	%
Linzer Suchtmittelstudie (Institut für Soziologie der Universität Linz o. J.)	Linz 1998 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 394)	Cannabis	15 - 19	28
			Cannabis	20 - 29	37
			Cannabis	30 - 39	19
			Cannabis	40 - 49	7
			Cannabis	50 +	5
Wiener Suchtmittelstudie (Wiener Drogenkoordinati- on und IFES 2000)	Wien 1999 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 623)	Cannabis	16 +	11
			Ecstasy	16 +	1
			Amphetamine	16 +	1
			Kokain	16 +	1 - 2
			Opiate	16 +	1
			andere Drogen (z. B. LSD)	16 +	1 - 2
Bevölkerungsbefragung OÖ (market 2000)	Oberösterreich 2000 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 1.011)	Cannabis	15 +	21
			Ecstasy	15 +	4
			Amphetamine	15 +	1
			Kokain	15 +	4
			Morphium	15 +	1
			LSD	15 +	3
			Smart Drugs	15 +	1
Wiener Suchtmittelstudie (FSW und IFES 2002)	Wien 2001 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 650)	Cannabis	15 +	14
			Ecstasy	15 +	1
			Amphetamine	15 +	1
			Kokain	15 +	1
			Opiate	15 +	1
			andere Drogen (z. B. LSD)	15 +	2
Suchtmittelstudie Steier- mark (IFES 2002)	Steiermark 2002 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung von 14 bis 60 Jahren (n = 1.000)	illegale Drogen (gesamt)	14 - 60	14
			Cannabis	14 - 60	13
			andere illegale Drogen	14 - 60	2
			illegale Drogen (gesamt)	14 - 19	15
			illegale Drogen (gesamt)	20 - 29	21
			illegale Drogen (gesamt)	30 - 39	17
			illegale Drogen (gesamt)	40 - 49	13
illegale Drogen (gesamt)	50 - 60	6			
Bevölkerungsbefragung OÖ (market 2004)	Oberösterreich 2003 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 1.018)	Cannabis	15 +	23
			Ecstasy	15 +	3
			Amphetamine	15 +	3
			Kokain	15 +	3
			Heroin	15 +	1
			Morphium	15 +	2
			LSD	15 +	3
			Schnüffelstoffe	15 +	5
			Biogene Drogen	15 +	3
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2004a)	Wien 2003 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 750)	Cannabis	15 +	16
			Ecstasy	15 +	2
			Amphetamine	15 +	2
			Kokain	15 +	3
			Opiate	15 +	1
			biogene Drogen	15 +	3
			andere Drogen (z. B. LSD)	15 +	2
Bevölkerungsbefragung Österreich (Uhl, Springer und Gnams 2005)	Österreich 2004 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.547)	Cannabis	14 +	20,1
			Ecstasy	14 +	3,0
			Amphetamine	14 +	2,4
			Kokain	14 +	2,3
			Opiate	14 +	0,7
			biogene Drogen	14 +	2,7
			LSD	14 +	1,7
			Schnüffelstoffe	14 +	2,4

Zusammenstellung: ÖBIG

Tabelle A2: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 1996 bis 2004

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung	
				Altersgruppe	%
Schulstudie Kärnten (Bohrn und Bohr 1996)	Kärnten 1996 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler der 7. bis 12./13. Schulstufe (n = 1.234)	Haschisch	13 - 19	7,7
			Ecstasy	13 - 19	3,2
			LSD	13 - 19	1,0
			Kokain	13 - 19	0,3
			Heroin	13 - 19	0,3
NÖ Jugendstudie (Brunmayr 1997)	Niederösterreich 1996/97 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler der 9. bis 12./13. Schulstufe (n = 1.300)	Haschisch	15 - 19	20
			Ecstasy	15 - 19	4
			Halluzinogene	15 - 19	> 1
			Kokain	15 - 19	> 1
			Heroin	15 - 19	>1
Schulstudie NÖ (Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie 1999)	Niederösterreich 1997 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler der 7. bis 12. Schulstufe (n = 1.899)	Cannabis	13 - 18	13,6
			Ecstasy	13 - 18	3,8
			LSD	13 - 18	1,7
			Kokain	13 - 18	1,3
			Heroin	13 - 18	0,6
Jugendstudie Tirol (Schüßler u. a. 2000)	Innsbruck 1999 (Lebenszeit)	Jugendliche von 14 bis 19 Jahren (n = 493)	Haschisch andere Drogen	14 - 19 14 - 19	22 3
Schulstudie Burgenland (Schönfeldinger 2002)	Burgenland 2001 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler der 7. bis 13. Schulstufe (n = 1.899)	Cannabis	12 - 19	20
			Ecstasy	12 - 19	4
			Kokain	12 - 19	2
			Heroin	12 - 19	1
			Speed	12 - 19	3
			Halluzinogene	12 - 19	3
			Schnüffelstoffe	12 - 19	20
Biogene Drogen	12 - 19	8			
HBSC-Studie (Dür und Mravlag 2002)	Österreich 2001 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler im Alter von 15 Jahren (n = 1.292)	Cannabis	15	14
Grazer Jugendstudie (X-Sample 2002a)	Graz 2002 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren (n = 515)	Cannabis	12 - 25	58,2
			Partydrogen	12 - 25	15,4
			Kokain	12 - 25	7,3
			Heroin	12 - 25	4,9
			Speed	12 - 25	6,0
			Halluzinogene	12 - 25	7,2
			Schnüffelstoffe	12 - 25	9,2
			Biogene Drogen	12 - 25	21,1
Berufsschulstudie Salz- burg (Klopf und Weinlich, un- veröffentlicht)	Salzburg 2003 (Lebenszeit)	Berufsschülerinnen und -schüler im Alter von 15 bis 25 Jahren (n = 609)	Cannabis	15 - 25	31
			Ecstasy	15 - 25	7
			Kokain	15 - 25	5
			LSD	15 - 25	5
			Halluzinogene Pilze	15 - 25	9
			Schnüffelstoffe	15 - 25	15
Bevölkerungsbefragung OÖ (ISP 2004)	Oberösterreich 2003 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 567)	Cannabis	15 - 24	34,2
			Ecstasy	15 - 24	8,3
			Amphetamine	15 - 24	8,8
			Kokain	15 - 24	6,2
			LSD	15 - 24	5,6
			Schnüffelstoffe	15 - 24	12,5
			Biogene Drogen	15 - 24	10,1
ESPAD Österreich (Uhl et al. 2004a)	Österreich 2003 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler im Alter von 14 bis 17 Jahren (n = 5.281)	Cannabis	14 - 17	22
			Ecstasy	14 - 17	3
			Kokain	14 - 17	2
			Crack	14 - 17	2
			Heroin	14 - 17	1
			Amphetamine	14 - 17	5
			GHB	14 - 17	1
			LSD	14 - 17	2
			Schnüffelstoffe	14 - 17	15
			Magic Mushrooms	14 - 17	4

Zusammenstellung: ÖBIG

*Tabelle A3: Anzahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 1994 - 2003 (Daten für 2004 sind noch nicht verfügbar)*

Todesursache	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Intoxikation mit Opiat(en)	63	49	69	39	27	25	18	17	17	40
Mischintoxikation mit Opiat(en)	105	115	115	92	81	101	147	119	119	115
(Misch-)Intoxikation mit Suchtgift(en) ohne Opiate	4	4	6	5	1	2	2	3	3	8
Psychoaktive Medikamente	4	8	4	5	8	8	*	*	*	*
Intoxikation unbekannter Art	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0
<b>Summe direkt suchtgiftbezogene Todesfälle</b>	<b>177</b>	<b>178</b>	<b>195</b>	<b>141</b>	<b>117</b>	<b>136</b>	<b>167</b>	<b>139</b>	<b>139</b>	<b>163</b>
AIDS	41	28	23	9	20	11	13	12	4	13
andere Krankheiten	13	21	5	5	11	9	22	17	21	9
Selbstmord (keine Intoxikation)	13	9	2	8	8	12	16	9	15	3
Unfall, Mord	6	5	5	9	4	3	8	6	0	1
Todesursache unbekannt	0	0	0	0	2	3	1	1	0	0
<b>Summe indirekt suchtgiftbezogene Todesfälle</b>	<b>73</b>	<b>63</b>	<b>35</b>	<b>31</b>	<b>45</b>	<b>38</b>	<b>60</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>26</b>

\* = ab dem Jahr 2000 nicht mehr berücksichtigt

Quelle: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

*Tabelle A4: Anzahl der „direkten“ suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Bundesland, 1994 - 2003 (Daten für 2004 sind noch nicht verfügbar)*

Bundesland	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	1994 - 2003
Burgenland	0	3	2	2	2	0	0	0	0	2	11
Kärnten	3	1	3	3	3	7	2	5	7	6	40
Niederösterreich	7	9	18	12	9	8	11	14	12	13	113
Oberösterreich	9	9	6	6	6	2	11	8	6	13	76
Salzburg	4	6	6	11	11	7	6	7	7	5	70
Steiermark	4	6	9	13	5	6	11	9	13	14	90
Tirol	18	12	12	8	12	14	11	16	13	13	129
Vorarlberg	6	11	14	5	6	5	5	11	6	5	74
Wien	126	121	125	81	63	87	110	69	75	92	949
<b>Gesamt</b>	<b>177</b>	<b>178</b>	<b>195</b>	<b>141</b>	<b>117</b>	<b>136</b>	<b>167</b>	<b>139</b>	<b>139</b>	<b>163</b>	<b>1.552</b>

Quelle: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

*Tabelle A5: Anzahl der „indirekten“ suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Bundesland, 1994 - 2003 (Daten für 2004 sind noch nicht verfügbar)*

Bundesland	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	1994 - 2003
Burgenland	4	0	0	1	0	0	0	0	1	0	6
Kärnten	3	3	0	5	2	0	1	3	2	1	20
Niederösterreich	3	2	0	1	2	4	4	6	5	0	27
Oberösterreich	18	15	11	4	8	3	7	12	7	5	90
Salzburg	1	1	0	1	2	2	1	0	0	0	8
Steiermark	1	2	1	0	1	0	1	2	2	3	13
Tirol	8	11	6	7	6	7	7	0	2	2	56
Vorarlberg	14	13	6	2	7	5	5	6	4	7	69
Wien	21	16	11	10	17	17	34	16	17	8	167
<b>Gesamt</b>	<b>73</b>	<b>63</b>	<b>35</b>	<b>31</b>	<b>45</b>	<b>38</b>	<b>60</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>26</b>	<b>456</b>

Quelle: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

*Tabelle A6: Anzahl der „direkten“ suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 1994 - 2003 (Daten für 2004 sind noch nicht verfügbar)*

Altersgruppe	1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
bis 19	27	15,3	31	17,4	24	12,3	18	12,8	7	6,0	16	11,8	19	11,4	20	15,1	18	12,9	20	12,3
20 - 24	48	27,1	35	19,7	45	23,1	32	22,7	35	29,9	23	16,9	33	19,8	21	14,4	20	14,4	37	22,7
25 - 29	36	20,3	37	20,8	34	17,4	25	17,7	20	17,1	23	16,9	31	18,6	19	13,7	24	17,3	28	17,2
30 - 34	34	19,2	42	23,6	47	24,1	30	21,3	20	17,1	27	19,9	27	16,2	27	19,4	23	16,5	24	14,7
35 - 39	24	13,6	20	11,2	31	15,9	23	16,3	16	13,7	28	20,6	27	16,8	25	18,0	24	17,3	29	17,8
40 und älter	8	4,5	13	7,3	14	7,2	13	9,2	19	16,2	19	14,0	30	17,4	27	19,4	30	21,6	25	15,3
<b>Gesamt</b>	177	100	178	100	195	100	141	100	117	100	136	100	167	100	139	100	139	100	163	100
<b>weiblich</b>	25	14,1	30	16,9	27	13,8	23	16,3	16	13,7	38	27,9	35	21,0	22	15,8	25	18,0	30	18,4
<b>männlich</b>	152	85,9	148	83,1	168	86,2	118	83,7	101	86,3	98	72,1	132	79,0	117	84,2	114	82,0	133	81,6

abs. = in Absolutzahlen

Quelle: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

*Tabelle A7: Anzahl der „indirekten“ suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 1994 - 2003 (Daten für 2004 sind noch nicht verfügbar)*

Altersgruppe	1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
bis 19	7	9,6	2	3,2	0	0,0	2	6,5	1	2,2	3	7,9	6	10,0	1	2,2	2	5,0	1	3,8
20 - 24	7	9,6	5	7,9	2	5,7	6	19,4	6	13,3	4	10,5	7	11,7	6	13,3	4	10,0	1	3,8
25 - 29	6	8,2	9	14,3	2	5,7	1	3,2	6	13,3	4	10,5	10	16,7	4	8,9	8	20,0	6	23,1
30 - 34	31	42,5	20	31,7	7	20,0	3	9,7	6	13,3	12	31,6	8	13,3	11	24,4	7	17,5	5	19,2
35 - 39	18	24,7	21	33,3	14	40,0	7	22,6	11	24,4	10	26,3	12	20,0	9	20,0	7	17,5	3	11,5
40 und älter	4	5,5	6	9,5	10	28,6	12	38,7	15	33,3	5	13,2	17	28,3	14	31,1	12	30,0	10	38,5
<b>Gesamt</b>	73	100	63	100	35	100	31	100	45	100	38	100	60	100	45	100	40	100	26	100
<b>weiblich</b>	15	20,5	15	23,8	9	25,7	6	19,4	8	17,8	10	26,3	25	41,7	15	33,3	9	22,5	8	30,8
<b>männlich</b>	58	79,5	48	76,2	26	74,3	25	80,6	37	82,2	28	73,7	35	58,3	30	66,7	31	77,5	18	69,2

abs. = in Absolutzahlen

Quelle: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A8: Verteilung der suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Alter, 2003 (Daten für 2004 sind noch nicht verfügbar)

Todesursache			Altersgruppen										
			< 15	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	> 49	Summe	
Intoxikationen	Opiate	ein Opiat	0	4	6	5	5	5	3	1	1	30	
		mehrere Opiate	0	1	3	2	2	2	0	0	0	10	
		+ Alkohol	0	2	2	5	2	6	1	0	0	18	
		+ psychoaktive Medikamente	0	4	6	4	3	4	1	2	0	24	
		+ Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	2	3	1	1	2	4	0	0	13	
	Opiate und andere Suchtgifte	ausschließlich SG	0	2	6	4	2	2	3	0	0	19	
		SG + Alkohol	0	0	3	1	1	2	3	0	0	10	
		SG + psychoaktive Medikamente	0	3	6	5	5	4	1	0	0	24	
		SG + Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	3	2	1	1	0	7	
	Suchtgifte ohne Opiate	ausschließlich SG	0	2	1	0	0	0	2	0	0	5	
		SG + Alkohol	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	
		SG + psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
			SG + Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Summe <b>direkt</b> suchtgiftbezogene Todesfälle			0	20	37	28	24	29	20	4	1	163
	davon Männer			0	15	30	25	21	21	18	2	1	133
Indirekt suchtgiftbezogene Todesfälle	AIDS		0	0	0	3	1	3	4	2	0	13	
	Sonstige Krankheit		0	0	1	1	3	0	1	1	2	9	
	Selbstmorde (keine Intoxikation)		0	1	0	1	1	0	0	0	0	3	
	Unfall, Mord		0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
	Todesursache unbekannt		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Summe <b>indirekt</b> suchtgiftbezogene Todesfälle		0	1	1	6	5	3	5	3	2	26	
davon Männer		0	1	1	4	3	1	3	3	2	18		

SG = Suchtgift(e)

Quelle: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A9: Verteilung der suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Bundesland, 2003 (Daten für 2004 sind noch nicht verfügbar)

Todesursache			Bundesland										
			B	K	N	O	S	St	T	V	W	Ö	
Intoxikationen	Opiate	ein Opiat	0	0	4	1	0	4	0	0	21	30	
		mehrere Opiate	0	1	1	1	1	0	0	0	6	10	
		+ Alkohol	1	0	2	2	0	3	1	0	9	18	
		+ psychoaktive Medikamente	1	1	0	3	0	2	4	0	13	24	
		+ Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	1	1	0	1	2	2	2	4	13	
	Opiate und andere Suchtgifte	ausschließlich SG	0	1	3	0	0	1	0	0	14	19	
		SG + Alkohol	0	1	1	0	0	1	1	1	5	10	
		SG + psychoaktive Medikamente	0	0	1	5	3	0	2	2	11	24	
		SG + Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	1	0	1	0	0	1	0	4	7	
	Suchtgifte ohne Opiate	ausschließlich SG	0	0	0	0	0	0	1	0	4	5	
		SG + Alkohol	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	
		SG + psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
		SG + Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Summe <b>direkt</b> suchtgiftbezogene Todesfälle			2	6	13	13	5	14	13	5	92	163
	indirekt suchtgiftbezogene Todesfälle	AIDS		0	1	0	1	0	1	2	3	5	13
Sonstige Krankheit		0	0	0	4	0	1	0	1	3	9		
Selbstmorde (keine Intoxikation)		0	0	0	0	0	0	0	3	0	3		
Unfall, Mord		0	0	0	0	0	1	0	0	0	1		
Todesursache unbekannt		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Summe <b>indirekt</b> suchtgiftbezogene Todesfälle			0	1	0	5	0	3	2	7	8	26	

Quelle: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A10: Entwicklung der AIDS-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation, 1995 - 2004

Risikosituation	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Homo-bisexueller Kontakt	73	59	25	28	27	12	14	19	7	12
Intravenöser Drogenkonsum	39	25	23	25	27	21	18	19	11	13
Heterosexueller Kontakt	35	21	18	25	31	28	21	39	21	28
Anders/unbekannt	61	33	35	21	16	23	10	15	9	12
Gesamt	208	139	102	99	101	84	90	93	49	65

Quelle: BMGF 2005, ÖBIG-eigene Berechnungen

**Tabelle A11: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz in Österreich nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen, 1995 - 2004**

Anzeigen	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Gesamtanzeigen	13.093	16.196	17.868	17.141	17.597	18.125	21.862	22.422	22.245	25.215
Ersttäter	5.521	8.322	9.278	8.672	9.868	9.343	11.033	11.269	12.117	14.346
Wiederholungstäter	7.313	7.511	8.325	8.228	7.463	8.296	10.052	10.380	9.288	9.990

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = unbekannte Täter

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

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

Quelle: BMI - Bundeskriminalamt

**Tabelle A12: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) in Österreich nach Bundesland, 1995 - 2004**

Bundesland	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Burgenland	669	694	759	707	603	843	712	805	984	967
Kärnten	534	1.280	961	1.076	1.208	1.088	1.758	1.676	1.659	1.464
Niederösterreich	1.655	1.550	2.686	2.519	2.389	2.624	2.975	3.319	3.017	3.531
Oberösterreich	1.405	1.941	2.256	2.334	1.946	1.887	2.677	3.054	2.782	3.521
Salzburg	355	962	855	1.053	840	718	1.471	1.384	868	1.077
Steiermark	851	1.093	1.125	973	1.367	1.305	1.601	1.910	1.570	1.705
Tirol	1.382	2.268	2.204	2.212	2.152	2.687	2.449	2.229	2.102	2.695
Vorarlberg	1.082	1.040	933	1.144	1.848	1.183	1.447	1.265	1.146	1.044
Wien	5.160	5.368	6.089	4.606	4.858	5.233	6.212	6.210	7.652	8.524
Gesamtanzeigen	13.093	16.196	17.868	16.624	17.211	17.568	21.302	21.852	21.780	24.528

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

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

Quelle: BMI - Bundeskriminalamt

**Tabelle A13: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1995 - 2004**

Suchtgift/Suchtmittel	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Cannabis	9.845	14.456	16.124	16.376	17.236	17.001	19.760	19.939	17.706	20.252
Heroin und Opiate	4.386	3.727	3.434	2.850	2.524	2.413	3.802	3.954	4.717	4.770
Kokain + Crack	1.603	1.912	2.764	2.103	2.608	2.494	3.416	3.762	4.785	5.365
LSD	315	640	893	736	532	477	506	327	214	196
Ecstasy	496	1.375	1.942	1.411	1.517	2.337	2.940	2.998	2.473	2.362
Amphetamine	81	342	1.068	-	-	1.041	1.215	1.357	1.619	1.741
Psychotrope Stoffe	-	-	-	802	750	780	822	736	603	903
Sonstige	302	430	850	-	-	-	1.288	1.524	1.311	1.826

- = nicht getrennt erfasst bzw. ausgewiesen

Anmerkung: Das Suchtgiftgesetz wurde am 1. Jänner 1998 durch das Suchtmittelgesetz abgelöst und erfasst seither auch psychotrope Stoffe. Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Daher unterscheidet sich die Summe von der Anzahl der Gesamtanzeigen.

Quelle: BMI - Bundeskriminalamt



*Tabelle A14: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes und Bundesland, 2004*

Suchtgift	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Gesamt
Cannabis	948	1.700	2.629	3.884	1.109	1.941	3.007	1.084	3.950	20.252
Heroin und Opiate	104	90	922	321	115	250	126	102	2.740	4.770
Kokain + Crack	109	170	743	482	193	260	355	237	2.816	5.365
LSD	12	8	34	57	6	41	17	7	14	196
Ecstasy	104	219	450	519	171	284	270	116	229	2.362
Amphetamine	85	29	395	566	77	274	58	46	211	1.741
Psychotrope Stoffe	3	22	46	27	17	9	35	0	733	903

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

Quelle: BMI - Bundeskriminalamt

*Tabelle A15: Verurteilungen nach dem Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 1995 - 2004*

Jahr	Gesamtzahl der Verurteilungen nach SGG/SMG	Verurteilungen nach § 12 SGG/ § 28 SMG	Verurteilungen nach § 16 SGG/ § 27 SMG	Verurteilungen in Österreich	
				Gesamtzahl	davon nach SGG/SMG in %
1995	3.261	1.124	2.102	69.779	4,7
1996	3.454	1.027	2.382	66.980	5,2
1997	3.797	1.036	2.717	65.040	5,8
1998	3.327	1.041	2.207	63.864	5,2
1999	3.359	1.022	2.230	61.954	5,4
2000	3.240	933	2.245	41.624	7,8
2001	3.862	1.141	2.671	38.763	10,0
2002	4.394	1.108	3.243	41.078	10,7
2003	4.532	1.161	3.318	41.749	10,9
2004	5.706	1.441	4.229	45.185	12,6

SGG = Suchtgiftgesetz

SMG = Suchtmittelgesetz

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

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

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

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

Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik)

**Tabelle A16: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz Verurteilte nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2004**

Verurteilungsgrund		14 - 19 Jahre	20 - 24 Jahre	25 - 29 Jahre	30 - 34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SGG/SMG gesamt	männlich	1.537	1.745	770	454	676	5.182
	weiblich	120	196	70	51	87	524
§ 12 SGG / § 28 SMG	männlich	210	399	244	164	300	1.317
	weiblich	20	44	17	14	29	124
§ 16 SGG / § 27 SMG	männlich	1.327	1.343	519	288	356	3.833
	weiblich	100	150	53	36	57	396

SGG = Suchtgiftgesetz

SMG = Suchtmittelgesetz

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

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

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

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

Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik)

**Tabelle A17: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2004**

Verurteilungsgrund		Geldstrafe	Freiheitsstrafe			sonstige Strafformen <sup>1</sup>	Gesamt
			bedingt	unbedingt	teilbedingt		
SGG/SMG gesamt	Jugendliche	142	331	123	156	57	809
	Erwachsene	1.388	1.369	1.222	854	64	4.897
§ 12 SGG / § 28 SMG (Verbrechen)	Jugendliche	5	22	37	27	0	91
	Erwachsene	19	305	675	347	4	1.350
§ 16 SGG / § 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	137	309	86	129	57	718
	Erwachsene	1.358	1.051	536	506	60	3.511

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

SGG = Suchtgiftgesetz

SMG = Suchtmittelgesetz

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

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

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

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

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

Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik)

**Tabelle A18: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1995 - 2004**

Anzeigenzurücklegung/ Verfahrenseinstellung	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Gesamt	4.395	5.248	5.817	7.468	6.989	8.049	8.145	8.974	9.023	9.666
§ 35 SMG Anzeigenzurücklegung	-	-	-	6.557	5.979	6.924	7.346	7.817	7.902	8.599
davon § 35 Abs. 4 SMG (Cannabis)	-	-	-	1.380	1.330	1.410	1.570	1.876	1.499	2.016
§ 37 SMG Verfahrenseinstellung	-	-	-	911	1.010	1.125	799	1.157	1.121	1.067

§ 35 SMG = Vorläufige Zurücklegung der Anzeige durch die Staatsanwaltschaft

§ 35 (4) SMG = Vorläufige Zurücklegung der Anzeige bei Eigengebrauch von geringen Mengen Cannabis

§ 37 SMG = Vorläufige Einstellung des Strafverfahrens durch das Gericht

Anmerkung: Das Suchtgiftgesetz wurde am 1. Jänner 1998 durch das Suchtmittelgesetz abgelöst. Eine Differenzierung der verschiedenen Alternativen zur Bestrafung ist erst ab dem Jahr 1998 möglich. Die Daten zu § 39 SMG (Aufschub des Strafvollzugs - „Therapie statt Strafe“) sind derzeit nicht verfügbar.

Quelle: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

**Tabelle A19: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 1995 - 2004**

Suchtgift/Suchtmittel	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Cannabis	3.757	4.838	4.957	4.683	5.079	4.833	5.249	5.294	5.422	6.202
Heroin	1.298	1.110	861	654	452	478	895	836	1.263	1.383
Kokain	421	525	651	531	519	554	768	863	1.271	1.475
Amphetamine	43	136	221	-	-	141	161	202	294	324
LSD	80	102	113	61	56	42	32	20	33	29
Ecstasy	153	254	253	135	215	330	352	308	276	286
Psychotrope Substanzen	-	-	-	14	74	65	1	0	6	5
Psychotrope Medikamente	-	-	-	521	517	501	566	515	432	678

- = nicht (getrennt) erfasst bzw. ausgewiesen

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

Quelle: BMI - Bundeskriminalamt

**Tabelle A20: Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge, 1995 - 2004**

Suchtgift/Suchtmittel	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Cannabis (kg)	697	517	912	1.336	451	1.806	456	743,1	925,9	1.680,9
Heroin (kg)	47,0	81,3	102	118	78	230	288	59,5	42,8	235,0
Kokain (kg)	55,3	72,7	87	99	63	20	108	36,9	58,3	75,5
Amphetamine (kg)	1,6	3,7	7,9	-	-	1	3	9,4	54,2	25,7
LSD (Trips)	2.602	4.166	5.243	2.494	2.811	865	572	851	298	2.227,5
Ecstasy (Stk.)	31.338	25.118	23.522	114.677	31.129	162.093	256.299	383.451	422.103	122.663
Psychotrope Substanzen (kg)	-	-	-	0,128	4,004	1,294	0,002	0	0,2	0,1
Psychotrope Medikamente (Stk.)	-	-	-	82.018	36.437	38.507	31.377	20.081	15.649	21.119

- = nicht (getrennt) erfasst bzw. ausgewiesen

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

Quelle: BMI - Bundeskriminalamt

**Tabelle A21: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Raveveranstaltungen analysierten, als Ecstasy gekauften Proben, 1998 - 2004**

Inhaltsstoffe	Als Ecstasy gekaufte Proben						
	in Prozent						
	1998 (n = 216)	1999 (n = 155)	2000 (n = 326)	2001 (n = 271)	2002 (n = 269)	2003 (n = 95)	2004 (n = 95)
MDMA	33,33	85,81	81,90	77,12	68,03	83,45	71,58
MDMA + MDE	0,00	0,00	3,07	2,21	14,13	7,59	9,47
MDMA + MDA	0,93	0,00	0,92	1,48	6,69	0,00	0,00
MDE und/oder MDA	2,31	0,65	1,23	7,01	0,37	0,00	7,37
MDMA + Koffein	0,93	1,29	1,53	0,00	0,74	0,69	1,05
MDMA + Amphetamin	0,93	0,65	0,61	0,37	0,00	0,69	0,00
MDMA + diverse Mischungen*	2,78	3,87	2,15	0,37	0,00	3,45	1,05
PMA/PMMA	0,00	0,00	1,23	0,37	0,00	0,69	0,00
Amphetamin	14,81	3,87	1,53	0,00	1,86	1,38	0,00
Methamphetamin	0,93	0,00	0,61	2,58	1,49	0,00	0,00
Koffein	3,24	0,00	0,92	0,00	1,49	0,00	1,05
Chinin/Chinidin	5,56	0,00	0,61	1,11	0,00	0,00	0,00
Diverse Mischungen*	34,26	3,87	3,68	7,38	5,20	2,07	8,42

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

Quelle: Verein Wiener Sozialprojekte

**Tabelle A22: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Raveveranstaltungen analysierten, als Speed gekauften Proben, 1998 - 2004**

Inhaltsstoffe	Als Speed gekaufte Proben						
	in Prozent						
	1998 (n = 81)	1999 (n = 67)	2000 (n = 93)	2001 (n = 51)	2002 (n = 87)	2003 (n = 57)	2004 (n = 41)
Amphetamin	51,85	53,73	56,99	60,78	45,98	35,09	21,95
Amphetamin + Koffein	2,47	4,48	9,68	9,80	8,05	15,79	19,51
Amphetamin + Methamphetamin	0,00	1,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amphetamin + diverse Mischungen*	8,64	20,90	7,53	3,92	17,24	29,82	39,02
Methamphetamin	3,70	7,46	3,23	1,96	3,45	1,75	2,44
Koffein	3,70	1,49	3,23	11,76	8,05	0,00	4,88
MDMA	2,47	2,99	3,23	0,00	1,15	0,00	0,00
Ephedrin gesamt	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Diverse Mischungen*	27,16	7,46	16,13	11,76	16,09	17,54	12,20

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

Quelle: Verein Wiener Sozialprojekte

*Tabelle A23: Anzahl der aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen und nach Bundesländern, 2004*

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö*
Fortgesetzte Behandlung	54	151	656	447	369	618	253	405	3.189	6.148
Erstbehandlung	16	35	150	69	46	169	23	58	279	847
Gesamt	70	186	806	516	415	787	276	463	3.468	6.995

Anmerkung: **Fortgesetzte Behandlungen** sind Behandlungen, die vor dem Jahr 2003 begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, welche früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren. **Erstbehandlungen** bedeutet, dass die entsprechenden Personen bisher noch nie in Substitutionsbehandlung waren. Die Zahlen beziehen sich auf jene Behandlungen, die dem BMGF gemeldet wurden.

\* Die Gesamtsumme für Österreich stimmt mit der Summe über die Bundesländer nicht exakt überein, da bei einigen Fällen die Angabe des Bundeslands fehlte.

Quelle: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A24: Präventionsprojekte in Schulen, 2004

Name	Bundesland	Zielgruppen	Umsetzung durch	Zusammenhang mit Schulpolitik	Anzahl beteiligter Schulen	Anzahl erreichter Schülerinnen und Schüler	Anzahl beteiligter Lehrerinnen und Lehrer	Stunden für Training von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren	Einbindung der Schulgemeinschaft	Evaluation
Step by Step	Stmk.	11- bis 18-jährige Schülerinnen und Schüler	Lehrkräfte, Erzieherinnen und Erzieher	ja	ca. 35 pro Jahr	-	ca. 474 pro Jahr	12	Schulärztinnen und Schulärzte, Direktion, Eltern, Schulpsychologinnen und -psychologen	Outcome- und Prozess-Evaluation
Eigenständig werden	Stmk.	6- bis 10-jährige Schülerinnen und Schüler	Lehrkräfte	ja	bisher ca. 41	ca. 50 Klassen	50	24	Eltern, Direktion	Implementierung eines bereits evaluierten Programms
Pädak-Lehrgang	Stmk.	Lehrkräfte	Fachleute	nein	-		ca. 30	32	nein	nein
"Stationenmodell"	NÖ	12- bis 16-jährige Schülerinnen und Schüler	Fachleute und Lehrkräfte	Ja	32	2.328	186	8 Stunden + Reflexionsstunde	Eltern, Direktion, fallweise Schulärztinnen und Schulärzte	Outcome- und Prozess-Evaluation
Viktoria auf Reisen	NÖ	6- bis 10-jährige Schülerinnen und Schüler	Fachleute	nein	36	3.718	215	2 Stunden Elternabend, 2 Stunden Pädagog. Konferenz	Eltern und Direktion	Prozess-Evaluation
Eigenständig werden	NÖ	6- bis 10-jährige Schülerinnen und Schüler	Lehrkräfte	nein	27	-	30	24	Eltern, Direktion	Implementierung eines bereits evaluierten Programms
Step by Step	NÖ	11- bis 18-jährige Schülerinnen und Schüler	Lehrkräfte	ja	34	-	48	27	Schulärztinnen und Schulärzte, Direktion	keine Evaluation vorgesehen
"Amstettner Modell"	NÖ	Schülerinnen und Schüler	Fachleute und Lehrkräfte	ja	11	310	30	4	Direktion und Eltern	Outcome-Evaluation

- = keine Angaben verfügbar

Anmerkung: Diese Tabelle enthält nur eine geringe Auswahl der österreichischen Präventionsprojekte, die in Schulen ansetzen.

Quelle: ÖBIG-eigene Erhebung, Frühjahr/Sommer 2005

Tabelle A25: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2003 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppe	männlich	weiblich	gesamt
0 bis unter 5 Jahre	203.810	192.917	396.727
5 bis unter 10 Jahre	230.800	220.351	451.151
10 bis unter 15 Jahre	249.236	236.391	485.627
15 bis unter 20 Jahre	246.664	234.629	481.293
20 bis unter 25 Jahre	255.190	248.148	503.338
25 bis unter 30 Jahre	256.095	255.014	511.109
30 bis unter 35 Jahre	312.600	312.496	625.096
35 bis unter 40 Jahre	359.079	348.599	707.678
40 bis unter 45 Jahre	339.681	329.804	669.485
45 bis unter 50 Jahre	282.065	282.571	564.636
50 bis unter 55 Jahre	248.953	252.752	501.705
55 bis unter 60 Jahre	225.086	234.683	459.769
60 bis unter 65 Jahre	242.156	260.987	503.143
65 bis unter 70 Jahre	151.586	175.122	326.708
70 bis unter 75 Jahre	140.701	180.570	321.271
75 bis unter 80 Jahre	103.215	179.424	282.639
80 bis unter 85 Jahre	59.968	139.349	199.317
85 und mehr Jahre	31.697	95.365	127.062
<b>Gesamt</b>	<b>3.938.582</b>	<b>4.179.172</b>	<b>8.117.754</b>
0 bis unter 15 Jahre	683.846	649.659	1.333.505
15 bis unter 30 Jahre	757.949	737.791	1.495.740
30 bis unter 45 Jahre	1.011.360	990.899	2.002.259
45 bis unter 60 Jahre	756.104	770.006	1.526.110
60 bis unter 75 Jahre	534.443	616.679	1.151.122
75 und mehr Jahre	194.880	414.138	609.018
<b>Gesamt</b>	<b>3.938.582</b>	<b>4.179.172</b>	<b>8.117.754</b>

Quelle: Statistisches Jahrbuch 2005, Statistik Austria, ÖBIG-eigene Berechnungen

Karte A1: Übersichtskarte mit Bundesländern, Landeshauptstädten und Bezirken



Maßstab 1:2 500 000





# **ANHANG B**

## **Abkürzungsverzeichnis**



AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AHS	Allgemeinbildende höhere Schulen
AK	Arbeiterkammer
AKH	Allgemeines Krankenhaus
AMS	Arbeitsmarktservice
API	Anton Proksch-Institut
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
BFI	Berufsförderungsinstitut
BG	Bundesgymnasium
BMAA	Bundesministerium für auswärtige Angelegenheiten
BMBWK	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMLFUW	Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft
BMLV	Bundesministerium für Landesverteidigung
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
DB	Drogenbeauftragte bzw. -beauftragter
DK	Drogenkoordinatorin bzw. -koordinator
DOKLI	Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe in Österreich
DSA	Drogensozialarbeit
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EDDRA	Exchange on Drug Demand Reduction Action
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESF	Europäischer Sozialfonds
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
EU	Europäische Union
FH	Fachhochschule
FSW	Fonds Soziales Wien
GAWI	Niederschwellige Einrichtung Ganslwirt/Wien
HAV	Hepatitis A Virus
HBV	Hepatitis B Virus
HCV	Hepatitis C Virus
HIV	Human Immundeficiency Virus

HTBLA	Höhere technische Bundeslehranstalt
IFES	Institut für empirische Sozialforschung
IfS	Institut für Sozialdienste
ISD	Institut für Suchtdiagnostik
ISP	Institut Suchtprävention
i.v.	intravenös
JA	Justizanstalt
JGG	Jugendgerichtsgesetz
LKH	Landeskrankenhaus
LSD	Lysergsäurediethylamid
mCPP	Meta-Chlor-Phenyl-Piperazin
MDHOET	3,4-Methylenedioxy-N-(2-Hydroxyethyl)amphetamin
MDA	3,4-Methylenedioxyamphetamine
MDE	3,4-methylenedioxy-N-ethylamphetamine
MDMA	Methylen-Dioxy-Methyl-Amphetamin
MOVE	Motivierende Kurzintervention
NÖ	Niederösterreich
ÖAKDA	Österreichischer Arbeitskreis für Kommunikative Drogenarbeit
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
OÖ	Oberösterreich
ÖVDF	Österreichischer Verein der Drogenfachleute
PAZ	Polizeianhaltezentrum
PMA	Paramethoxyamphetamin
PMMA	4-Metoxi-Metamphetamin
PSD	Psychosozialer Dienst
REITOX	Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
RGS	Regionale Geschäftsstelle des AMS
SB	Suchtbeauftragte bzw. -beauftragter
SGG	Suchtgiftgesetz
SHH	Schweizer Haus Hadersdorf
SK	Suchtkoordinatorin bzw. -koordinator
SMG	Suchtmittelgesetz
STD	Sexuell übertragbare Krankheit
StGB	Strafgesetzbuch
TBC	Tuberkulose
TMA-2	2,4,5-Trimethoxyamphetamine

TSP	Tagesstrukturprojekt
VWS	Verein Wiener Sozialprojekte
WBB	Wiener Berufsbörse
WOBES	Verein zur Förderung von Wohnraumbeschaffung
2C-B	4-Bromo-2,5-dimethoxyphenethylamin
2C-I	2,5-Dimethoxy-4-Iodophenethylamine
2C-T-2	2,5-Dimethoxy-4-Ethylphenethylamine
2C-T-7	2,5-Dimethoxy-4-(n)-Propylphenethylamine
ZSB	Zentrum für systemische Beratung, Betreuung und Therapie



## **ANHANG C**

# **Standard Tables & Structured Questionnaires**





## Verzeichnis der österreichischen Standard Tables & Structured Questionnaires des Jahres 2005

Die folgende Liste gibt einen Überblick über alle Standard Tables und Structured Questionnaires, die für Österreich im Jahr 2005 erstellt und an die EBDD übermittelt wurden. Sie können Interessierten auf Anfrage (Monika Löbau, [loebau@oebig.at](mailto:loebau@oebig.at)) zur Verfügung gestellt werden.

- STANDARD TABLE 01: BASIC RESULTS AND METHODOLOGY OF POPULATION SURVEYS ON DRUG USE (Konsumerhebung Österreich)
- STANDARD TABLE 03: CHARACTERISTICS OF PERSONS STARTING TREATMENT FOR DRUGS
- STANDARD TABLE 04: EVOLUTION OF TREATMENT DEMANDS
- STANDARD TABLE 05: ACUTE/DIRECT DRUG-RELATED DEATHS
- STANDARD TABLE 06: EVOLUTION OF ACUTE/DIRECT DRUG-RELATED DEATHS FIGURES
- STANDARD TABLES 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Anton Proksch Institut: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLES 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Kurzzeittherapiestation Lukasfeld: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLES 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Marienambulanz Graz: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLES 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Verein Wiener Sozialprojekte - Ganslwirt: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLE 11: ARRESTS/REPORTS FOR DRUG LAW OFFENCES
- STANDARD TABLE 13: QUANTITY AND NUMBER OF SEIZURES OF ILLICIT DRUGS
- STANDARD TABLE 14: PURITY AT STREET LEVEL OF ILLICIT DRUGS
- STANDARD TABLE 15: COMPOSITION OF TABLETS SOLD AS ILLICIT DRUGS
- STANDARD TABLE 16: PRICE IN EUROS AT STREET LEVEL OF ILLICIT DRUGS
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 25: COMMUNITY-LOCATED PREVENTION
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 26: SELECTIVE AND INDICATIVE PREVENTION
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 27: TREATMENT PROGRAMMES
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 28: SOCIAL REINTEGRATION
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 29: REDUCTION OF ACUTE DRUG-RELATED DEATHS

ISBN 3-85159-073-2