

**GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH
GESCHÄFTSBEREICH ÖBIG**



Bericht zur Drogensituation 2006

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

Gesundheit Österreich GmbH
Geschäftsbereich ÖBIG



Bericht zur Drogensituation 2006

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

Unter Mitarbeit von
Judith Austaller

Wien, Oktober 2006

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

ISBN 3-85159-085-6

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

Der Umwelt zuliebe: Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne technische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Der „Bericht zur Drogensituation in Österreich“ wird jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums erstellt und befasst sich mit illegalen Drogen. Er bietet einen Überblick über aktuelle Entwicklungen bezüglich politischer und rechtlicher Rahmenbedingungen, über die epidemiologische Situation und Maßnahmen der Nachfragereduktion im Berichtszeitraum 2005/06. Ergänzend werden jährlich wechselnde Schwerpunkte behandelt, wobei dieses Jahr die Themen „Drogenkonsum bei unter 15-Jährigen“, „Kokain und Crack“ und „Drogen im Straßenverkehr“ vertiefend dargestellt werden.

Zusammenfassung und Diskussion der wichtigsten Trends

Im Mittelpunkt der drogenpolitischen Diskussionen und Maßnahmen stand – wie bereits im Vorjahr – die Substitutionsbehandlung. Die Pläne zu veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen wurden im Berichtszeitraum nach ausführlicher Begutachtung und Diskussion in Form zweier Verordnungsentwürfe vorbereitet, die aber zu Redaktionsschluss (Sommer 2006) noch nicht umgesetzt waren. Damit soll – als wichtiges Ziel – die bisher fehlende unmittelbare Rechtsverbindlichkeit für die behandelnde Ärzteschaft sichergestellt werden. Wesentliche Eckpunkte der geplanten Neuregelung sind die verpflichtende Weiterbildung für substituierende Ärztinnen und Ärzte, eine strengere Mitgaberegulierung, die Aufwertung der Rolle der Gesundheitsbehörden und die Etablierung von Kommissionen bzw. Ausschüssen auf Länder- und Bundesebene, die der laufenden Qualitätssicherung dienen sollen. Buprenorphin soll in Zukunft neben Methadon als Mittel der ersten Wahl gelten. Von einem generellen Verbot der retardierten Morphine soll im Sinne der Behandlungsvielfalt Abstand genommen werden, allerdings ist eine Neubewertung nach Vorliegen von wissenschaftlichen Studien vorgesehen. In etlichen Bundesländern wurden parallel dazu ebenfalls Schritte zur Qualitätsverbesserung der Substitutionsbehandlung sowie auch zum weiteren Ausbau des Angebots gesetzt.

Ein wichtiger Schwerpunkt der drogenspezifischen Arbeiten auf Bundesebene ergab sich weiters durch die österreichische Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr 2006. Neben den laufenden Agenden brachte Österreich insbesondere die thematischen Schwerpunkte „Kokain“, „Suchtbehandlung in Gefängnissen“, „Soziale Reintegration“, „Cannabis“ und „Heroin schmuggel über die Balkanroute“ in die relevanten Gremien ein. Weiters konnte unter Federführung der österreichischen Präsidentschaft die Novellierung der EBDD-Gründungsverordnung abgeschlossen werden.

Es liegt eine Reihe von aktuellen Daten zur Einschätzung der Drogensituation vor. Die verfügbaren Surveys bestätigen die bereits aus den letzten Jahren bekannten Konsumraten. Demnach ist die Prävalenz von Erfahrungen mit dem Konsum von illegalen psychoaktiven Substanzen sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen im letzten Jahrzehnt etwas gestiegen, zuletzt aber – auf erhöhtem Niveau – wieder stabil. Rund ein Fünftel der Bevölkerung hat bereits einmal Cannabis konsumiert, mit Spitzenwerten von bis zu 35 Prozent bei den jungen Erwachsenen. Für alle anderen Substanzen sind die Werte deutlich geringer und liegen meist bei maximal ein (Heroin) bis drei Prozent (Ecstasy, Amphetamine, Kokain) für die Gesamtbevölkerung. Zudem sind die Raten für den aktuellen Konsum (letzte zwölf Mona-

te) nochmals deutlich geringer – dies belegt, dass der Konsum von illegalen Substanzen meist auf Probiererfahrungen bzw. eine begrenzte Lebensphase beschränkt ist.

Eine Einschätzung des problematischen Konsums erlauben aktualisierte Prävalenzschätzungen, die Entwicklung der suchtgiftbezogenen Todesfälle und Berichte und Daten aus dem Bereich der Drogenhilfe. Erste Daten aus dem bundesweiten Dokumentationssystem zu den Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI) werden erst im Jahr 2007 vorliegen. Die Implementierung des Systems wurde aber mit Ende 2005 abgeschlossen und die Routinedatensammlung mit Jänner 2006 begonnen. Damit wurde eine wichtige Lücke im drogenspezifischen Monitoring geschlossen, was in Zukunft eine zuverlässigere Bewertung der Drogensituation ermöglichen sollte.

Eine Analyse der verfügbaren Daten und Informationen zum problematischen Drogenkonsum in Österreich über mehrere Jahre lässt darauf schließen, dass die diesbezügliche Problematik in den letzten Jahren zugenommen hat. Eine aktualisierte Schätzung der Prävalenz des problematischen – meist polytoxikomanen – Konsums mit Beteiligung von Opiaten kommt für das Jahr 2004 auf rund 25.000 bis 32.000 betroffene Personen in Österreich. Im Vergleich zu einer methodologisch vergleichbaren Berechnung für das Jahr 2001 ist dies ein Anstieg von rund 10.000 Personen. Besonders deutlich fällt dieser für die Altersgruppe 15 bis 24 Jahre aus. Weiters ist auch die Zahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle seit 2002 zum dritten Mal in Folge gestiegen, und zwar auf nunmehr 191 Fälle im Jahr 2005. Obwohl die entsprechenden Daten aufgrund der geringen Fallzahlen mit Vorsicht zu interpretieren sind, spricht die gleichzeitige Reduktion des Durchschnittsalters der an einer Suchtgiftintoxikation verstorbenen Personen doch dafür, dass dies bis zu einem gewissen Grad Veränderungen in der Drogensituation widerspiegelt.

Dies steht in Einklang mit Berichten aus verschiedenen Bundesländern im Laufe der letzten Jahre, wonach von regionalen Einrichtungen und Fachleuten eine Zunahme von der Anzahl von Jugendlichen mit massivem und oft hochriskantem Drogenkonsum verzeichnet wird. Diese Entwicklung wurde schon länger beobachtet (siehe Berichte der Vorjahre) und scheint sich auf Basis der verfügbaren Daten nunmehr zu bestätigen.

Bezüglich der gesundheitspolitischen Maßnahmen ist wiederum eine Fülle von neuen bzw. adaptierten Angeboten in fast allen Bundesländern zu verzeichnen. Ausgehend vom Ziel einer vernetzten und möglichst durchgängigen Betreuungskette von Maßnahmen, die auf die unterschiedlichen Bedürfnisse und Anforderungen der Zielgruppen abgestimmt sind, wird – nach bzw. parallel zum Auf- und Ausbau der diversifizierten Basisversorgung – eine Reihe von sehr spezifischen Interventionen geplant und umgesetzt. Grundlage dafür sind häufig in der Praxis bzw. bei Bedarfserhebungen oder auch Evaluationen identifizierte Defizite und Lücken bzw. Anpassungserfordernisse. Neben vielfältigen Aktivitäten in den Bereichen Primär- und Sekundärprävention sowie Schadensminimierung und Behandlung stehen dabei zahlreiche neue oder erweiterte Angebote zur sozialen Reintegration ins Auge. Die berufliche Reintegration von (ehemals) Drogenkonsumierenden stellt weiterhin einen wichtigen Schwerpunkt dar. Daneben finden auch die Erfordernisse in Bezug auf Wohnen (Krisenübernachtung ebenso wie längerfristige Unterbringung) und Freizeit bzw. soziales Netzwerk zunehmende Beachtung.

Schwerpunkt „Drogenkonsum bei unter 15-Jährigen“

Drogenkonsum bei sehr jungen Jugendlichen stellt in Österreich quantitativ kein relevantes Problem dar. Nur ein kleiner Teil der Jugendlichen macht erste (Probier-)Erfahrungen mit illegalen Drogen bereits vor dem 15. Lebensjahr. Das Durchschnittsalter des Erstkonsums liegt mit Ausnahme von Alkohol, Nikotin (jeweils rund 14 Jahre), Schnüffelstoffen und Cannabis (jeweils rund 15 Jahre) für alle psychoaktiven Substanzen bei deutlich über 15 Jahren.

Die Gruppe jener, die in diesem Alter bereits massiveren Konsum bzw. Missbrauch von illegalen Substanzen oder riskante Konsumformen aufweisen, ist sehr klein. Bei diesen Kindern bzw. Jugendlichen stehen zudem fast immer schwere psychosoziale Problemlagen im Vordergrund. Der Drogenmissbrauch stellt einen Aspekt bzw. häufig auch eine Folge dieser Kumulation von Problemen und Belastungen dar, trägt allerdings meist zu einer weiteren Verschärfung der Situation bei. Die aktuelle Lebenslage der Betroffenen ist oft von Loslösung aus sozialen Bezügen wie Elternhaus und Schule, mangelnder sozialer Absicherung, psychischen bzw. psychiatrischen Probleme sowie (fallweise) Prostitution oder Kleinkriminalität gekennzeichnet.

Kinder und sehr junge Jugendliche mit Drogenproblemen finden sich kaum in drogen- bzw. suchtspezifischen Einrichtungen, sondern eher in der Jugendwohlfahrt und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Darauf wurde in den letzten Jahren mit verstärkter Kooperation zwischen dem Suchtbereich einerseits und dem Jugend(wohlfahrts)bereich andererseits reagiert, um die erforderliche Vernetzung sowie den Austausch von Kompetenz und Expertise sicherzustellen. Ergänzend wurden im Bereich der Drogenhilfe auch spezifische Angebote für Jugendliche mit (beginnendem) Problem- und Risikokonsum geschaffen, die auch für die unter 15-Jährigen offen stehen.

Schwerpunkt „Kokain und Crack“

In den letzten Jahren wurde medial immer wieder die „Modedroge Kokain“ thematisiert. Tatsächlich zeigt sich im langjährigen Vergleich, dass Konsumerfahrungen mit aufputschenden Substanzen wie Kokain etwas gestiegen sind. Allerdings sind sie nunmehr bereits seit einigen Jahren wieder stabil und liegen noch immer auf niedrigen Werten von meist bis zu maximal drei Prozent. Crack spielt in Österreich weiterhin keine Rolle.

Bezüglich des regelmäßigen Kokainkonsums ist vor allem zwischen dem Freizeitkonsum von Kokain in bestimmten Szenen („Kokser“) und dem Konsum im Kontext des polytoxikomanen Problemkonsums zu unterscheiden. Während Ersteres ein lang bekanntes Phänomen ist, hat sich Kokain in der (Straßen-)Drogenszene vor allem im Laufe des letzten Jahrzehnts als relevante Substanz im Rahmen des polytoxikomanen Konsums etabliert, wobei manchmal der Kokainkonsum, häufig aber der Opiatkonsum im Vordergrund steht. Niederschwellige Einrichtungen berichten darüber, dass der Kokainkonsum in der Straßendrogenszene oft mit sehr riskantem Verhalten und Missachtung von Safer-Use-Regeln einhergeht. Kokain spielte in den letzten Jahren auch bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen eine wichtige Rolle. Reine Kokainintoxikationen kommen zwar selten vor, Kokain wird aber häufig bei Mischintoxikationen unter Beteiligung von Opiaten festgestellt.

In den Drogeneinrichtungen finden sich Klientinnen und Klienten mit vordergründiger Kokainproblematik noch in geringem Umfang, was darauf hinweist, dass die Erreichbarkeit der Be-

troffenen nicht immer zufriedenstellend gelingt. Das Drogenhilfesystem ist in Österreich generell nicht vorrangig substanzspezifisch ausdifferenziert, allerdings wurden in den letzten Jahren zunehmend spezifische Angebote – wie beispielsweise stationäre Therapie, spezielle Kokainsprechstunde, Ruheraum im niederschweligen Bereich, telefonische Kokainsprechstunde – geschaffen, um eine bessere Berücksichtigung der Bedürfnisse und Anforderungen sicherzustellen.

Schwerpunkt „Drogen im Straßenverkehr“

Probleme und notwendige Maßnahmen im Zusammenhang mit Drogen im Straßenverkehr werden in Österreich seit vielen Jahren kontroversiell diskutiert, was sich unter anderem in Studien, Hearings, Arbeitskreisen und Symposien niederschlug. Im Jahr 2002 wurde eine Novelle der Straßenverkehrsordnung (StVO) beschlossen, die die Einführung von Bluttests bei Verdacht auf Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit durch Suchtgifte beinhaltete. Die Regelung sieht keine Differenzierung nach unterschiedlichen Substanzen vor, sondern eine weitgehende Gleichstellung mit den gültigen Bestimmungen zu Alkohol.

Es ist ein mehrstufiges Modell zum Nachweis der Suchtgiftebeeinträchtigung vorgesehen: In einem ersten Schritt stellen die Organe der Straßenaufsicht den Verdacht fest. Danach erfolgt eine klinische Untersuchung durch die Amtsärztin bzw. den Amtsarzt, die den Verdacht überprüfen und den Grad der Beeinträchtigung feststellen soll. Bestätigt sich der Verdacht, so folgt die Blutabnahme durch eine dazu berechtigte Person (Ärztin bzw. Arzt). Auf Basis einer weiteren Novelle im Jahr 2005 wäre zwischen erstem und zweitem Schritt noch eine Speichelprobe vorgesehen, allerdings konnten dafür bisher keine geeigneten Testgeräte gefunden werden.

Im Falle eines positiven Ergebnisses kommt es zu einer (vorläufigen) Abnahme des Führerscheins, einer Verwaltungsstrafe und eventuell zu begleitenden Maßnahmen wie einer Nachschulung. Der positive Bluttest nach StVO führt zu keiner Strafanzeige nach Suchtmittelgesetz (SMG), sondern es erfolgt eine Meldung an die zuständige Gesundheitsbehörde. Im Jahr 2005 wurden in Österreich insgesamt 913 Personen wegen klinisch nachgewiesener und durch Bluttest bestätigter Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit durch Suchtgifte angezeigt – also nur ein Bruchteil im Vergleich zu fast 40.000 Anzeigen wegen Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit durch Alkohol.

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	III
Einleitung	1
TEIL 1: Neue Entwicklungen und Trends	
1 Politischer und organisatorischer Rahmen	5
1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	5
1.2 Politische und administrative Rahmenbedingungen.....	7
1.3 Budgets und Finanzierungsregelungen	9
1.4 Sozialer und kultureller Kontext	9
2 Drogenkonsum in der Bevölkerung	12
2.1 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung	12
2.2 Drogenkonsum bei Jugendlichen.....	13
2.3 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen	15
3 Prävention	16
3.1 Allgemeine Prävention	16
3.2 Selektive Prävention	19
4 Problematischer Drogenkonsum	22
4.1 Prävalenz- und Inzidenzschätzungen	22
4.2 Charakteristika und Konsummuster.....	24
5 Drogenbezogene Behandlungen	28
5.1 Behandlungssysteme.....	28
5.2 Abstinenzorientierte Behandlung	30
5.3 Substitutionsbehandlung.....	33
6 Gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen	36
6.1 Suchtgiftbezogene Todesfälle und Mortalität.....	36
6.2 Drogenbezogene Infektionskrankheiten	39
6.3 Psychiatrische Komorbidität.....	40
6.4 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen	41
7 Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen	43
7.1 Prävention von suchtgiftbezogenen Todesfällen	43
7.2 Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten	43
7.3 Interventionen in Bezug auf psychiatrische Komorbidität	46
7.4 Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen	47
8 Soziale Zusammenhänge und Folgen	48
8.1 Soziale Problemlagen	48
8.2 Drogenbezogene Kriminalität.....	48
8.3 Drogenkonsum im Gefängnis.....	51
8.4 Soziale Kosten	51

9 Maßnahmen in Hinblick auf soziale Zusammenhänge und Folgen	52
9.1 Soziale (Re-)Integration	52
9.2 Prävention von drogenbezogener Kriminalität	55
10 Drogenmärkte	58
10.1 Verfügbarkeit und Angebot von Drogen.....	58
10.2 Sicherstellungen.....	58
10.3 Reinheit und Preis.....	59
 TEIL 2: Schwerpunktthemen	
11 Drogenkonsum bei unter 15-Jährigen	63
11.1 (Problematischer) Drogenkonsum bei unter 15-Jährigen	63
11.2 Gruppencharakteristiken.....	66
11.3 Gesundheitliche, psychosoziale und rechtliche Zusammenhänge des frühen Drogenkonsums	67
11.4 Nationale Politik und rechtliche Aspekte.....	68
11.5 Prävention und Behandlung.....	68
12 Kokain und Crack.....	71
12.1 Prävalenz, Muster und Trends des Kokain- und Crack-Konsums	71
12.2 Probleme im Zusammenhang mit Kokain- und Crack-Konsum.....	75
12.3 Interventionen bei Kokain- und Crack-Konsum	77
12.4 Kriminalität im Zusammenhang mit Kokain und Kokain- und Crack-Märkte	78
13 Drogen im Straßenverkehr	80
13.1 Politischer Rahmen	80
13.2 Prävalenz und epidemiologische Methodik.....	81
13.3 Drogentests, Vorgangsweise und Umsetzung.....	83
13.4 Prävention	85
Quellenverzeichnis	87
Anhang	105

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen:

Tabelle 6.1:	Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C und HIV, 2005	39
Tabelle 6.2:	Aktuelle gesundheitliche Probleme nach Altersgruppen und Geschlecht in Prozent (n = 1.700), Klientinnen- und Klientenjahrgang 2004.....	42
Tabelle 10.1:	Angaben zur Verfügbarkeit psychoaktiver Substanzen in Österreich in Prozent, 2004.....	58
Tabelle 10.2:	Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm/Stück) der diversen Drogen im Straßenverkauf, 2005	60
Tabelle 11.1:	Kontaktzahlen bei Z6 Streetwork, sortiert nach Alter und Geschlecht, 2005	65
Tabelle 12.1:	Anzahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle mit toxikologischen Analysen und mit Beteiligung von Kokain für die Jahre 2003 bis 2005.....	76
Tabelle A1:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich aus den Jahren 1998 bis 2005.....	109
Tabelle A2:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 1996 bis 2004.....	110
Tabelle A3:	Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 1996–2005	111
Tabelle A4:	Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Bundesland, 1996–2005	111
Tabelle A5:	Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 1996–2005	111
Tabelle A6:	Verteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Alter, 2005.....	112
Tabelle A7:	Verteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Bundesland, 2005	113
Tabelle A8:	Entwicklung der AIDS-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation, 1996–2005	113
Tabelle A9:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz in Österreich nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen, 1996–2005	114
Tabelle A10:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) in Österreich nach Bundesland, 1996–2005.....	114
Tabelle A11:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1996–2005	114
Tabelle A12:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes und Bundesland, 2005	115
Tabelle A13:	Verurteilungen nach dem Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 1996–2005	115
Tabelle A14:	Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz Verurteilte nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2005	116

Tabelle A15: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2005	116
Tabelle A16: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1996–2005	117
Tabelle A17: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 1996–2005	117
Tabelle A18: Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge, 1996–2005	117
Tabelle A19: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy gekauften Proben in Prozent, 1999–2005	118
Tabelle A20: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 1999–2005	118
Tabelle A21: Anzahl der dem BMGF gemeldeten aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen und nach Bundesländern, 2005.....	119
Tabelle A22: Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und Bundesländern, 2005.....	119
Tabelle A23: Präventionsprogramme im Kindergarten, 2005/2006	120
Tabelle A24: Präventionsprogramme in Schulen, 2005/2006	121
Tabelle A25: Durchschnittsalter bei Erstkonsum und Beginn des regelmäßigen Konsums von Suchtmitteln bei Klientinnen und Klienten der Wiener Drogeneinrichtungen, 2004.....	123
Tabelle A26: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2004 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht	124

Abbildungen:

Abbildung 1.1: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1996–2005.....	6
Abbildung 1.2: Überblick über die organisatorische Struktur des Drogenbereichs in Österreich	8
Abbildung 1.3: Einstellung der Wiener Bevölkerung zu drogenpolitischen Maßnahmen im Zeitvergleich 1995–2005 (Zustimmung zu Maßnahmen in Prozent).....	10
Abbildung 2.1: Lebenszeiterfahrungen der Wiener Bevölkerung mit illegalen Drogen im Zeitvergleich 1993–2005 (in Prozent).....	12
Abbildung 2.2: Konsumerfahrungen mit psychoaktiven Substanzen bei Berufsschülerinnen und Berufsschülern in der Steiermark, bezogen auf die Lebenszeit und die letzten 12 Monate, 2005 (in Prozent)	14
Abbildung 4.1: Ergebnisse der Prävalenzschätzungen des problematischen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opiaten mittels 2-Sample-CRC-Methode, altersstratifiziert, 2001–2004.....	23
Abbildung 4.2: Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 1996–2005	26
Abbildung 4.3: Lebenszeitbezogen erstmalige Substitutionsbehandlungen nach Alter, 1996–2005	27

Abbildung 5.1: Entwicklung der bei der Erstbehandlung verwendeten Substitutionsmittel in den Jahren 1998–2005	34
Abbildung 6.1: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 1996–2005	37
Abbildung 6.2: Altersverteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich, 1996–2005	38
Abbildung 7.1: Spritzentausch- und Verkauf in Österreich, 2003 und 2005.....	44
Abbildung 8.1: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen in Österreich, 1996–2005	49
Abbildung 8.2: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1996–2005	50
Abbildung 10.1: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften in Österreich, 1996–2005	59
Abbildung 11.1: Lebenszeitprävalenz bei 14- und 15- bis 16-Jährigen in Wien in Prozent, 2000.....	64

Karten:

Karte 5.1: Spezialisierte Einrichtungen zur Behandlung, Betreuung und Begleitung von Drogenkonsumierenden bzw. Drogenkranken.....	31
Karte 5.2: Spezialisierte Angebote zur Behandlung, Betreuung und Begleitung von Drogenkonsumierenden bzw. Drogenkranken.....	32
Karte A1: Übersichtskarte mit Bundesländern, Landeshauptstädten und Bezirken	125

Einleitung

Der am ÖBIG eingerichtete REITOX Focal Point legt hiermit zum elften 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 REITOX Focal Point dient als zentraler Knotenpunkt eines drogenrelevanten Daten- und Informationsnetzes in Österreich und kooperiert in dieser Rolle eng mit den verantwortlichen Stellen auf Bundes- wie auf Länderebene sowie mit den Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe.

Der Bericht zur Drogensituation in Österreich befasst sich mit dem Bereich der illegalen Drogen und dient sowohl als landesinterner Bericht über die österreichische Situation als auch als nationaler Beitrag zur Darstellung der Drogensituation in der Europäischen Union (EU). Vergleichbare Berichte werden von den REITOX Focal Points in allen EU-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: EBDD 2005) dar.

Der erste Teil des Berichts befasst sich mit den aktuellen Entwicklungen und Trends in Bezug auf die drogenpolitischen Rahmenbedingungen, die epidemiologische Situation und die gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Nachfragereduktion. Er baut auf den vorhergehenden Berichten (zuletzt: ÖBIG 2005a) auf und bezieht sich auf den Berichtszeitraum Sommer 2005 bis Sommer 2006 bzw. hinsichtlich der Routinestatistiken auf das Jahr 2005. Im zweiten Teil werden ausgewählte Schwerpunktthemen ausführlicher behandelt. Im vorliegenden Bericht sind dies die Themen „Drogenkonsum bei unter 15-Jährigen“, „Kokain und Crack“ und „Drogen im Straßenverkehr“. Ergänzend findet sich im Anhang eine Reihe von Tabellen mit detaillierten Informationen und Daten.

Seitens des REITOX Focal Point werden jährlich für die EBDD standardisierte Tabellen und Fragebögen erstellt. Die entsprechenden Daten und Informationen sind in den vorliegenden Bericht eingeflossen. 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. Suchtkoordinatoren übermittelten Berichte zu den einzelnen Bundesländern. Einzelne Fachleute haben darüber hinaus vertiefende Informationen und spezifische Daten zu einzelnen Teilen des Berichts geliefert (vgl. dazu auch die Schwerpunktkapitel). Wir möchten uns bei allen dafür herzlich bedanken.

Besonderer Dank gilt den Mitgliedern der beratenden Arbeitsgruppe des REITOX Focal Point Österreich, Michael Dressel (Wiener Drogenkoordinator und Vertreter der Länder), Thomas Neubacher (Drogenkoordinator des Landes Vorarlberg und Vertreter der Länder), Franz Pietsch (Bundesdrogenkoordinator und Vorsitzender der Bundesdrogenkoordination), Robert Scharinger (BMGF), Johanna Schopper (Leiterin der Abteilung Drogen und Suchtmittel 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 aufgrund der föderalistischen Struktur des Gesundheits- und Sozialbereichs bezüglich der Gestaltung und Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen große Bedeutung zu. Alle neun Bundesländer verfügen über Drogenkonzepte bzw. Suchtpläne sowie über Drogen- bzw. Suchtkoordinatorinnen und -koordinatoren. In Ergänzung zu den Länderkonzepten ist ein Bundesdrogenkonzept in Vorbereitung. Die Finanzierung drogenpolitischer Maßnahmen wird vor allem von den Ländern, den Sozialversicherungen und dem Bund getragen. Im öffentlichen Diskurs sind Drogen vorrangig im Zusammenhang mit Fragen der öffentlichen Sicherheit und Kriminalität ein Thema. Die drogenpolitischen Positionen der politischen Parteien differieren, Konsens gibt es aber bezüglich des Prinzips „Therapie statt Strafe“, das auch in der Bevölkerung breite Unterstützung findet.

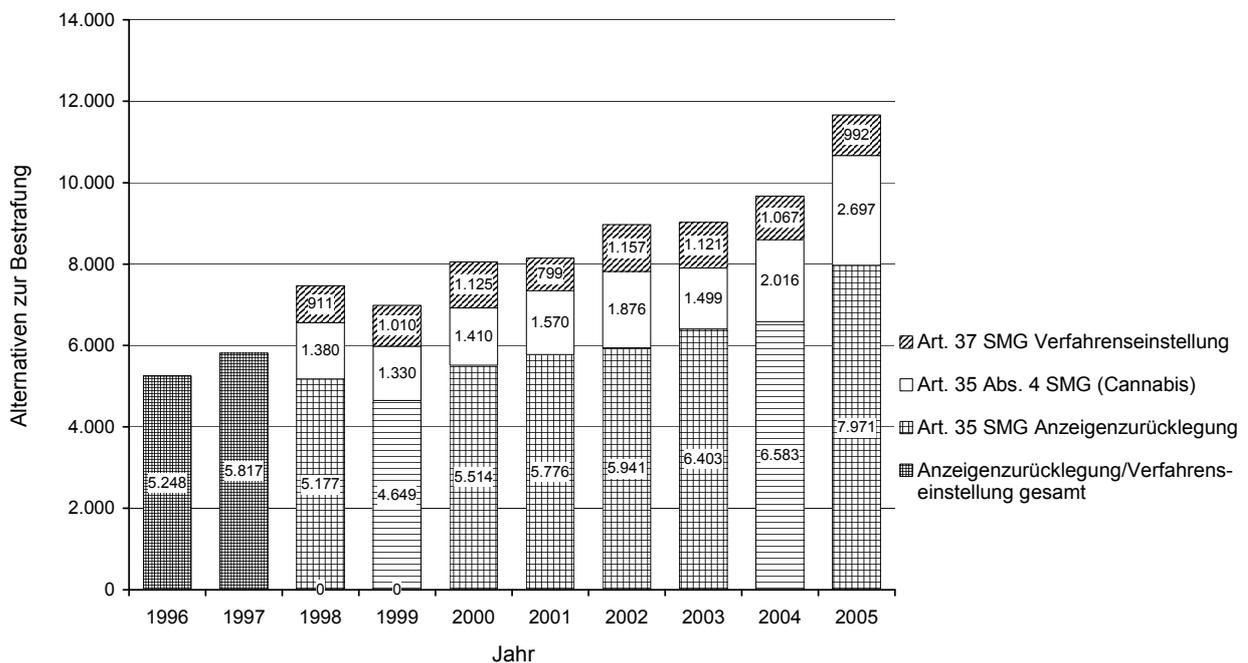
1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Es gab im Berichtszeitraum keine Veränderungen des Suchtmittelgesetzes (SMG). In Umsetzung der entsprechenden Beschlüsse auf internationaler Ebene wurden allerdings die synthetischen Substanzen 2C-B, 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 und TMA-2 unter das Kontrollregime des SMG aufgenommen. Weiters gab es Vorbereitungsarbeiten zur Umsetzung des „Rahmenbeschlusses zur Festlegung von Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich des illegalen Handels mit Drogen“ der EU (Rat der Europäischen Union 2003), der eine Anpassung des SMG erforderlich macht.

Im Zusammenhang mit den bereits im Vorjahr dargestellten Plänen zu veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen im Bereich der Substitutionsbehandlung (vgl. ÖBIG 2005a) wurden im Berichtszeitraum nach ausführlicher Begutachtung und Diskussion zwei Verordnungen vorbereitet. Damit soll – als wichtiges Ziel – zukünftig die bisher fehlende unmittelbare Rechtsverbindlichkeit für die behandelnde Ärzteschaft sichergestellt werden. Wesentliche strukturelle Eckpunkte der geplanten Neuregelung (vgl. auch Kap. 5.3) sind die verpflichtende Weiterbildung für substituierende Ärztinnen und Ärzte, die Aufwertung der Rolle der Gesundheitsbehörden und die Etablierung von Sachverständigenkommissionen zur regionalen Koordination der Substitutionsbehandlung auf Länderebene sowie eines Ausschusses für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung auf Bundesebene. Von einem generellen Verbot der retardierten Morphine soll im Sinne der Behandlungsvielfalt Abstand genommen werden, allerdings ist eine Neubewertung nach Vorliegen von wissenschaftlichen Studien vorgesehen.

Im Bezug auf die Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen liegen Informationen zur Anwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Alternativen zur Bestrafung vor (vgl. dazu ausführlich ÖBIG 2004 sowie Structured Questionnaire 31). Entsprechende Maßnahmen sind im Jahr 2005 im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegen (von 9.666 auf 11.660 Fälle). Der Anstieg bezog sich wie schon im Vorjahr ausschließlich auf die Anzeigenzurücklegungen, während die Zahl der Verfahrenseinstellungen leicht rückgängig war (vgl. auch Tabelle A 16 im Anhang A). Parallel dazu gab es auch einen Zuwachs bei den Anzeigen (von 25.215 auf 25.892) und vor allem bei den Verurteilungen (von 5.706 auf 6.128) nach dem SMG (vgl. Kap. 8.2).

Abbildung 1.1: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1996–2005



§ 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.

Quelle: BMGF; ÖBIG-eigene Berechnungen

Aus Salzburg liegen ergänzend wieder Analysen der Ergebnisse der Begutachtungen nach § 12 SMG vor, die exemplarische Einblicke in die Vollziehungspraxis der Gesundheitsbehörden erlauben. Im Jahr 2005 wurde bei 26 Prozent der Begutachteten eine gesundheitsbezogene Maßnahme empfohlen, bei 60 Prozent wurden sogar mehrere Maßnahmen, bei 14 Prozent keine Maßnahmen als notwendig erachtet. Im Vergleich zum Jahr 2004 fällt eine Umkehrung des Verhältnisses eine (58 %) versus mehrere (28 %) empfohlene Maßnahmen auf. Weiters wurde deutlich häufiger eine „ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes“ (75 % im Jahr 2005 vs. 33 % im Jahr 2004) empfohlen, „psychosoziale Beratung und Betreuung“ hingegen seltener (62 % vs. 71 %). Diese Veränderungen sind in ihrer Drastik

nicht nachvollziehbar und müssen weiter beobachtet werden. Die Ergebnisse deuten aber darauf hin, dass weiterhin von keiner einheitlichen Begutachtungspraxis der Bezirksgesundheitsbehörden auszugehen ist (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2005). Es wäre daher die Entwicklung und Umsetzung von Standards und Qualitätssicherungsmaßnahmen notwendig – dies idealerweise auf Bundesebene, da das Problem nicht nur das Land Salzburg betrifft (vgl. ÖBIG 2005a).

1.2 Politische und administrative Rahmenbedingungen

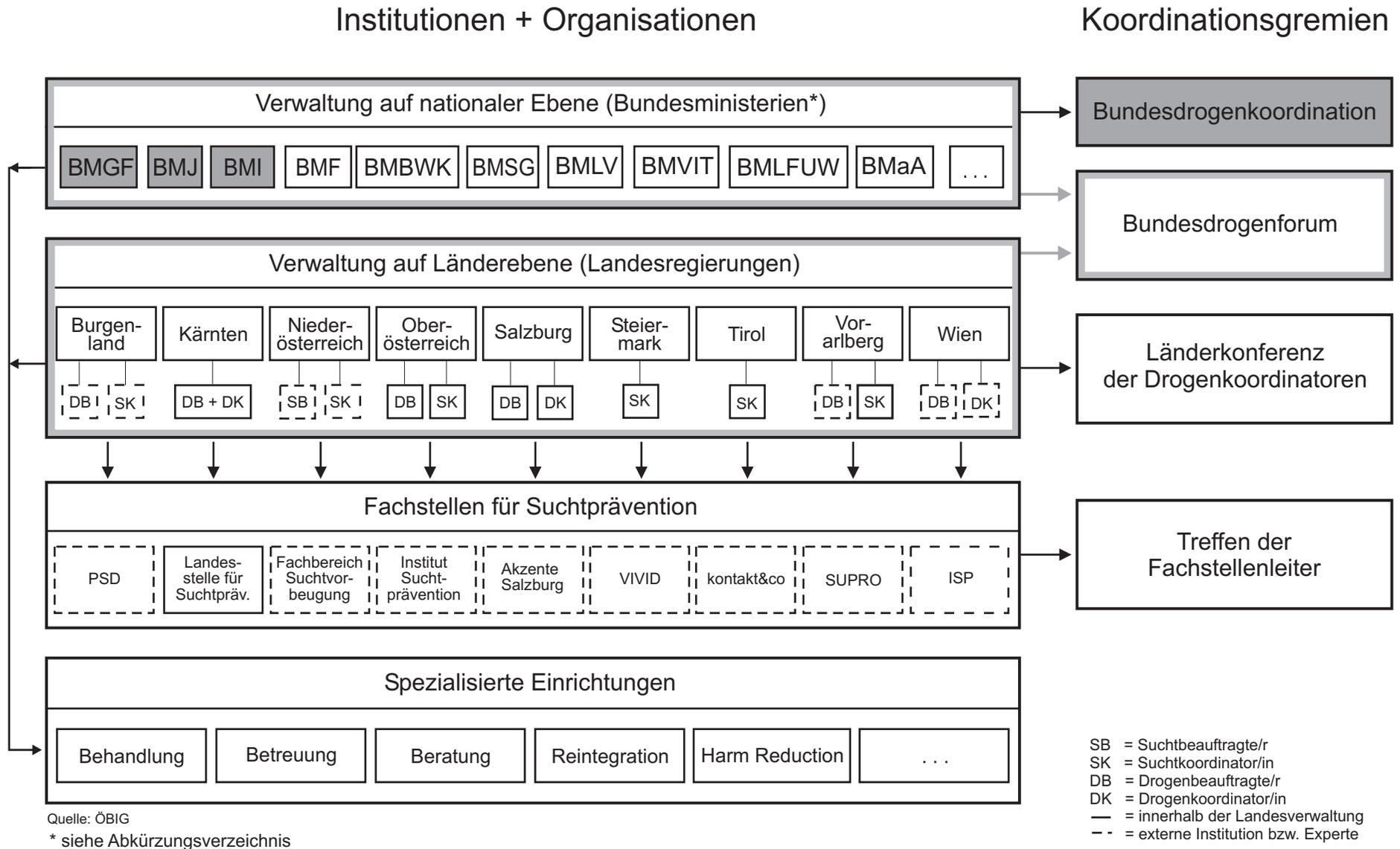
Die politischen und administrativen Rahmenbedingungen wurden im Berichtszeitraum im Wesentlichen beibehalten (vgl. auch Structured Questionnaire 32). Das Bundesdrogenforum (vgl. Abbildung 1.2 auf der nächsten Seite) trat im Berichtszeitraum zweimal (November 2005, April 2006) zusammen. Auf der Tagesordnung standen unter anderem die Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung (vgl. Kap. 1.1 und 5.3), drogenrelevante rechtliche Fragen (inkl. der Umsetzung des EU-Rahmenbeschlusses, vgl. Kap. 1.1), die Weiterentwicklung des Drogenmonitorings, die österreichische Ratspräsidentschaft und weitere internationale Kooperationen.

Ein wichtiger Schwerpunkt der drogenspezifischen Arbeiten auf Bundesebene ergab sich durch die österreichische Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr 2006. Im Rahmen des Vorsitzes der Horizontalen Drogengruppe (HDG) wurden – neben der Befassung mit einer Reihe von laufenden Agenden (wie internationale Kooperationen, revidierte EBDD-Verordnung) – von Österreich die thematischen Schwerpunkte „Kokain“, „Suchtbehandlung in Gefängnissen“ und „Soziale Reintegration“ eingebracht. Weiters wurde unter anderem die europäische Beteiligung bei der Commission on Narcotic Drugs (CND) auf UN-Ebene vor- und nachbereitet sowie koordiniert und eine Reihe von weiteren internationalen Treffen abgewickelt. Am 16. und 17. Februar fand in Innsbruck das Treffen der nationalen Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren statt, bei dem die Themen Cannabisproblematik, Heroinschmuggel über die Balkan-Route und Kokain vertiefend behandelt wurden.

Außerdem wurde auf Basis eines österreichischen Kompromissvorschlags die Novellierung der EBDD-Gründungsverordnung abgeschlossen. Von besonderer Relevanz ist dabei die Tatsache, dass die EBDD künftig die Analyse neuer Trends beim kombinierten Konsum legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen als dezidierte Aufgabe wahrnehmen wird.

Weiters gab es einige relevante Aktivitäten und Entwicklungen auf nationaler Ebene. Ende 2005 wurde die Implementierung des einheitlichen Dokumentations- und Berichtssystems zu den Klientinnen und Klienten der österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen (DOKLI) abgeschlossen (vgl. ÖBIG 2005a und ÖBIG 2005b). Seit Jänner 2006 läuft DOKLI im Routinebetrieb, womit ein Meilenstein in der Erweiterung und Verbesserung des drogenspezifischen Monitorings erreicht werden konnte. Im Rahmen der Gender-Mainstreaming-Initiative des BMGF wurde die bereits im letzten Jahr angeführte Studie zu Gender Budgeting (vgl. ÖBIG 2005a) abgeschlossen und ein Konzept für Gender Budgeting im Drogen- und Suchtbereich erstellt, das nunmehr umgesetzt wird.

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



Auf Bundesländerebene gab es ebenfalls wenig Veränderungen. In Niederösterreich (NÖ) wurde die Suchtkoordination aus der Landesverwaltung ausgegliedert und einem privaten Träger – dem Verein „Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung“ – übertragen, der sich neben der Suchtkoordination und der Umsetzung des NÖ Suchtplans auch mit Suchtvorbeugung und Therapie befasst (Hörhan, persönliche Mitteilung). In Wien wurden die Drogenagenden aus dem Fonds Soziales Wien (FSW) ausgegliedert und der neu gegründeten Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH übertragen. In der Steiermark wurde der Suchtbeirat des Landes erweitert (u. a. um Justiz, Ärztekammer, Apotheken). Es setzten sich damit die Trends in Richtung Ausgliederung der Koordinationsaufgaben aus der Landesverwaltung sowie Einbettung der Drogenbelange in eine breitere Befassung mit Sucht fort. Wichtige Schwerpunkte der drogenpolitischen Maßnahmen in allen Bundesländern waren zum einen die Umsetzung der regionalen drogen- bzw. suchtpolitischen Konzepte und zum anderen die Reaktion auf aktuelle Entwicklungen und Probleme.

1.3 Budgets und Finanzierungsregelungen

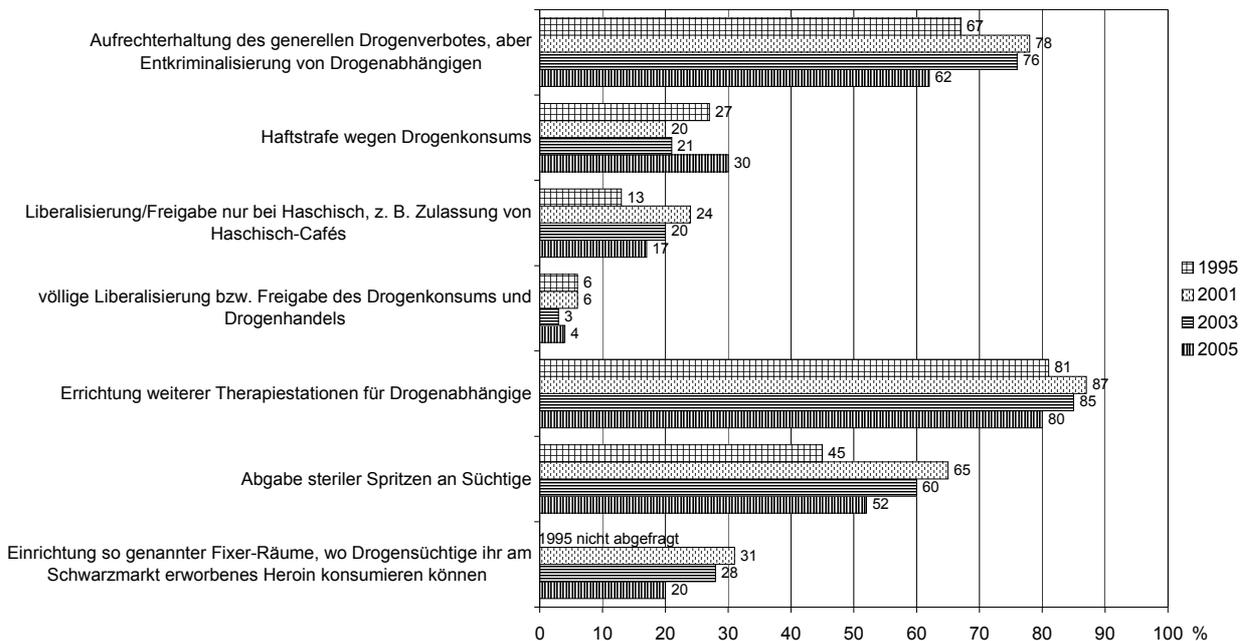
Es gab im Berichtszeitraum keine wesentlichen Änderungen der Finanzierungsregelungen im Drogenbereich. Zu den Budgets liegen nur vereinzelt Informationen vor, die keinen umfassenden Überblick erlauben.

1.4 Sozialer und kultureller Kontext

Es liegen wieder einige aktuelle Studien vor, die Daten zu den drogenpolitischen Einstellungen der Bevölkerung beinhalten. Die Wiener Suchtmittelstudien erlauben eine Analyse der längerfristigen Trends, da sie seit 1993 alle zwei Jahre durchgeführt werden. Im Rahmen der aktuellen Erhebung wurden im Herbst 2005 600 Personen ab 15 Jahren interviewt (IFES 2005a; vgl. auch Kap. 2.1 und 12.1). Die Ergebnisse zeigen weiterhin große Zustimmung zum Vorrang für gesundheitspolitische Maßnahmen (Therapiestationen) und Entkriminalisierung vor repressiven Maßnahmen (Haftstrafe) für Drogenkonsumierende und Abhängige sowie eine Ablehnung einer weitgehenden Liberalisierung von Drogen. Substitutionsbehandlung wird von der Mehrheit (63 % Zustimmung) als sinnvoll erachtet, die Verschreibung von Heroin hingegen abgelehnt (9 % Zustimmung).

Ein Vergleich über die Jahre zeigt tendenziell einen Rückgang von liberalen Einstellungen. Während in den Jahren 1995 bis 2001 die Zustimmung beispielsweise zur „Liberalisierung/Freigabe nur bei Haschisch“ stieg, ist sie in der Folge wieder gesunken. Parallel dazu fanden repressivere Positionen zunehmende Akzeptanz, wie beispielsweise „Haftstrafe wegen Drogenkonsums“ (vgl. Abbildung 1.3 nächste Seite).

Abbildung 1.3: Einstellung der Wiener Bevölkerung zu drogenpolitischen Maßnahmen im Zeitvergleich 1995–2005 (Zustimmung zu Maßnahmen in Prozent)



Quelle: IFES 2005a

Im Rahmen der vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) beauftragten Repräsentativstudie zu Prävalenz und Mustern des Konsums von legalen wie illegalen Suchtmitteln (vgl. auch Kap. 2.1, 10.1 und 12.1 sowie ÖBIG 2005a) wurden die drogenpolitischen Einstellungen zu Vergleichszwecken weitgehend analog zur Wiener Suchtmittelstudie erhoben. Im Rahmen der Studie wurden im Jahr 2004 österreichweit rund 4.500 Personen im Alter ab 14 Jahren befragt (Uhl et al. 2005a). Die drogenpolitischen Einstellungen sind für Gesamtösterreich durchaus vergleichbar mit Wien (vgl. Abbildung 1.3): 60 Prozent unterstützen die „Aufrechterhaltung des generellen Drogenverbots, aber Entkriminalisierung von Drogenabhängigen“, 80 Prozent die „Errichtung weiterer Therapiestationen für Drogenabhängige“, 58 Prozent die „Abgabe steriler Spritzen an Süchtige“ und 20 Prozent die „Errichtung so genannter Fixer-Räume“. „Haftstrafe wegen Drogenkonsum“ findet österreichweit mit 37 Prozent etwas höhere Zustimmung als in Wien. Umgekehrt ist auch die Zustimmung zu „Liberalisierung/Freigabe nur bei Haschisch“ (20 %) und „völliger Liberalisierung“ (6 %) geringfügig höher als bei der Wiener Suchtmittelstudie.

In der Österreich-Studie wurde auch die Einschätzung der Gefährlichkeit unterschiedlicher Substanzen erhoben. Das Gefährlichkeitsurteil für Heroin [94 % (sehr) gefährlich für ein- oder zweimal probieren bzw. 100 % (sehr) gefährlich für regelmäßig konsumieren], Kokain (87 % bzw. 99 %) und Ecstasy (80 % bzw. 98 %) ist in allen Altersgruppen etwa gleich stark ausgeprägt. Alkohol (15 % bzw. 84 %) und Nikotin (18 % bzw. 78 %) werden mit steigendem Alter als immer gefährlicher wahrgenommen. Cannabis (60 % bzw. 87 %) wird von den jüngsten Befragten nahe bei den anderen illegalen Drogen eingeordnet, dann mit steigendem Alter bis ca. 23 Jahre als immer weniger gefährlich gesehen, danach nimmt das Gefährlichkeitsurteil bis ins hohe Alter konstant zu (Uhl et al. 2005a).

Aus der Steiermark liegen Informationen zur Gefährlichkeitseinschätzung und zu drogenpolitischen Einstellungen bei Lehrlingen vor, die im Zuge einer Befragung von insgesamt 3.919 Berufsschülerinnen und -schülern im Alter von rund 15 bis 20 Jahren erhoben wurden (Hutsteiner et al. 2005; vgl. auch Kap. 2.2, 3.1. und 12.1). Tabak (2,09 auf der Skala von 1=sehr gefährlich/sehr hohe Suchtgefahr bis 4=überhaupt nicht gefährlich/keine Suchtgefahr) und Alkohol (2,40) werden gemeinsam mit Naturdrogen (2,22) und Schnüffelstoffen (2,00) als Substanzen mit dem geringsten Suchtpotenzial betrachtet, illegale Substanzen (Cannabis: 1,76; Partydrogen: 1,31; Amphetamine: 1,28, Opiate: 1,18; Kokain: 1,17; Crack: 1,27) werden als deutlich gefährlicher eingestuft. Bezüglich der drogenpolitischen Einstellungen lassen sich eher rigide Haltungen feststellen. So sprechen sich rund 70 Prozent der Befragten gegen eine Legalisierung von Haschisch für Personen ab 18 Jahren aus – im Vergleich zu anderen Studien bei Jugendlichen ein hoher Wert. Weiters ist zu beobachten, dass ein relativ großer Anteil der Lehrlinge wissenschaftlich widerlegte Meinungen für richtig hält (z. B. „Einstiegsdrogen- oder Schrittmachertheorie“ oder tödliche Dosierungen von Haschisch).

Im Berichtszeitraum wurden die politischen und medialen Diskussionen zum Thema Substitutionsbehandlung (vgl. ÖBIG 2005a) fortgesetzt, wobei sich der Schwerpunkt zunehmend von Kontroversen rund um die Zweckmäßigkeit des Einsatzes von retardierten Morphinen auf das Für und Wider der geplanten Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen (vgl. Kap. 1.1 und Kap. 5.3) verschob.

In Wien wurde ein – im Vorjahr bereits kurz erwähntes (vgl. ÖBIG 2005a) – Projekt gestartet, das die Reduktion von öffentlicher Störung zum Ziel hat. Das von der Stadt Wien initiierte und gemeinsam mit den Wiener Linien am Karlsplatz – einem zentralen Knotenpunkt des öffentlichen Verkehrs und traditionellen Treffpunkt der Drogenszene – umgesetzte Pilotprojekt „Help U“ soll ein konfliktfreies Miteinander und noch mehr Sicherheit an städtischen Brennpunkten erreichen. Das Team von „Help U“ steht vor Ort Passantinnen und Passanten, Fahrgästen, Touristinnen und Touristen, Geschäftsleuten etc. zur Verfügung und soll Konflikte abfangen, bei Krisen rasch intervenieren und Notfallhilfe leisten. Das Pilotprojekt startete im September 2005 und läuft bis Dezember 2006. Eine Weiterführung des Projekts ist geplant, auch eine Ausweitung auf andere Gebiete ist möglich (vgl. www.wien.gv.at).

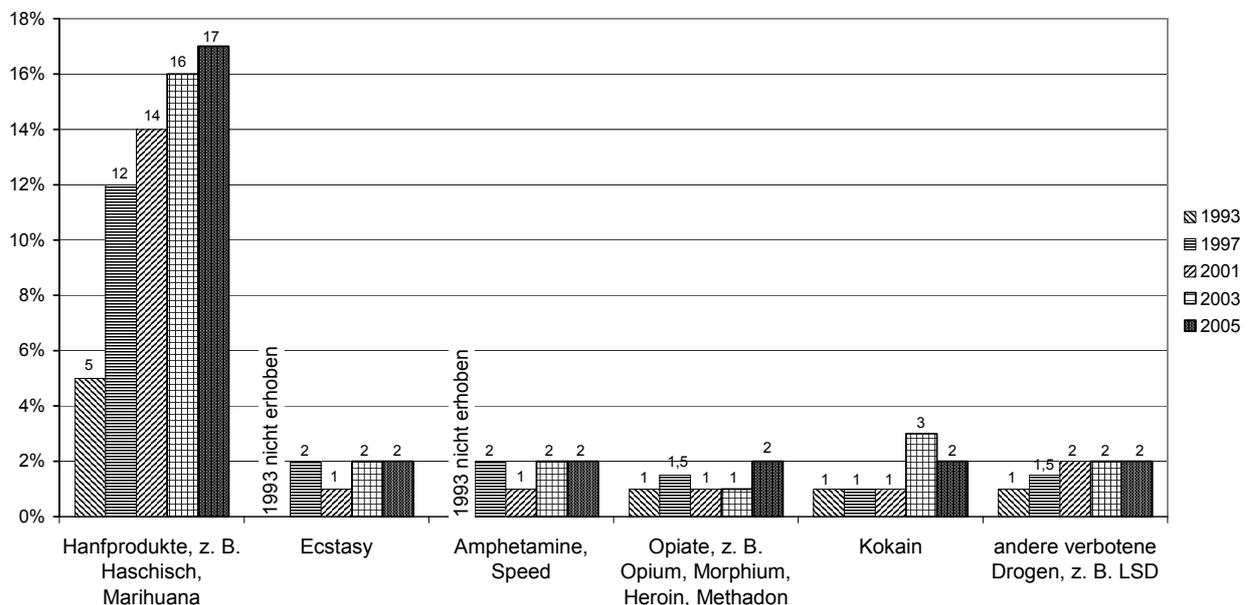
2 Drogenkonsum in der Bevölkerung

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. 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

Die Wiener Suchtmittelstudie wird seit dem Jahr 1993 alle zwei Jahre mit gleichem Design durchgeführt und erlaubt somit die Analyse von längerfristigen Trends. Die letzte Erhebung wurde im Herbst 2005 mit Interviews bei 600 Personen ab 15 Jahren durchgeführt (IFES 2005a; vgl. auch Kap. 1.4 und 12.1 sowie Tabelle A1 im Anhang A).

Abbildung 2.1: Lebenszeiterfahrungen der Wiener Bevölkerung mit illegalen Drogen im Zeitvergleich 1993–2005 (in Prozent)



Quelle: IFES 2005a

Die Konsumerfahrungen bewegen sich im Bereich der letzten Jahre (vgl. Abbildung 2.1). Der Konsum von Cannabis korreliert stark mit dem Alter und fällt von 34 Prozent bei den unter 30-Jährigen auf sieben Prozent bei den 50- bis unter 60-Jährigen. Weiters liegt die Lebens-

zeitprävalenz der Männer in allen Altersgruppen deutlich über jener der Frauen. Meldungen über eine zunehmende Verbreitung von Kokain (vgl. auch Kap. 12) bestätigten sich in der Studie nicht. Ergänzend wurde auch der Konsum in den letzten drei Jahren sowie in den letzten 30 Tagen erhoben. Aussagekräftige Werte gibt es hier nur für Cannabis (7 % bzw. 3 %), für alle anderen Substanzen liegt die entsprechende Prävalenz bei maximal ein Prozent oder darunter. Rund ein Viertel der Personen, die Lebenszeiterfahrungen mit Cannabis haben, haben die Substanz innerhalb der letzten drei Jahre öfter als nur ein- bis zweimal konsumiert. Das Durchschnittsalter beim Erstkonsum von Cannabis liegt bei 18 Jahren (IFES 2005a).

Zur bereits im Vorjahr dargestellten österreichweiten Repräsentativstudie (ÖBIG 2005a; vgl. auch Kap. 1.4 und 12.1 sowie Tabelle A1 im Anhang A) liegt nunmehr der Endbericht vor (Uhl et al. 2005a). Auch in dieser Studie zeigte sich, dass der Großteil der Konsumierenden illegale Drogen ein paarmal ausprobiert und den Konsum bald wieder aufgibt („Experimentierkonsum“). Die Geschlechterunterschiede sind je nach Substanz mehr oder weniger deutlich (z. B. Frauenanteil LSD: 27 %; Kokain: 33 %; Cannabis: 42 %). Eine genauere Beschreibung der Gruppe der Konsumierenden ist in erster Linie für Cannabis möglich, da für alle anderen illegalen Drogen die niedrigen Prävalenzraten eine weitere Differenzierung kaum zulassen. Die aktuellen Cannabis-Konsumierenden sind vor allem im Alter zwischen 20 und 49 Jahren zu finden, sind eher gebildet, psychisch weniger ausgeglichen, in der Großstadt lebend sowie unverheiratete, kinderlose Singles. Die soziodemografischen Unterschiede zu den Nichtkonsumierenden nehmen aufgrund der Normalisierung des Cannabis-Konsums aber im Vergleich zu früher ab.

In Salzburg wird auf Basis eines mehrjährigen Vergleichs der Begutachtungsergebnisse (vgl. Kap. 1.1) der Bezirksgesundheitsbehörden geschlossen, dass es einen Trend zur leichten, kontinuierlichen Zunahme des Anteils der „Partydrogen“ (Ecstasy, Speed, Kokain) gibt, während der Anteil von Cannabis und Halluzinogenen stabil und die Entwicklung beim Konsum von Opiaten eher rückläufig ist (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2005).

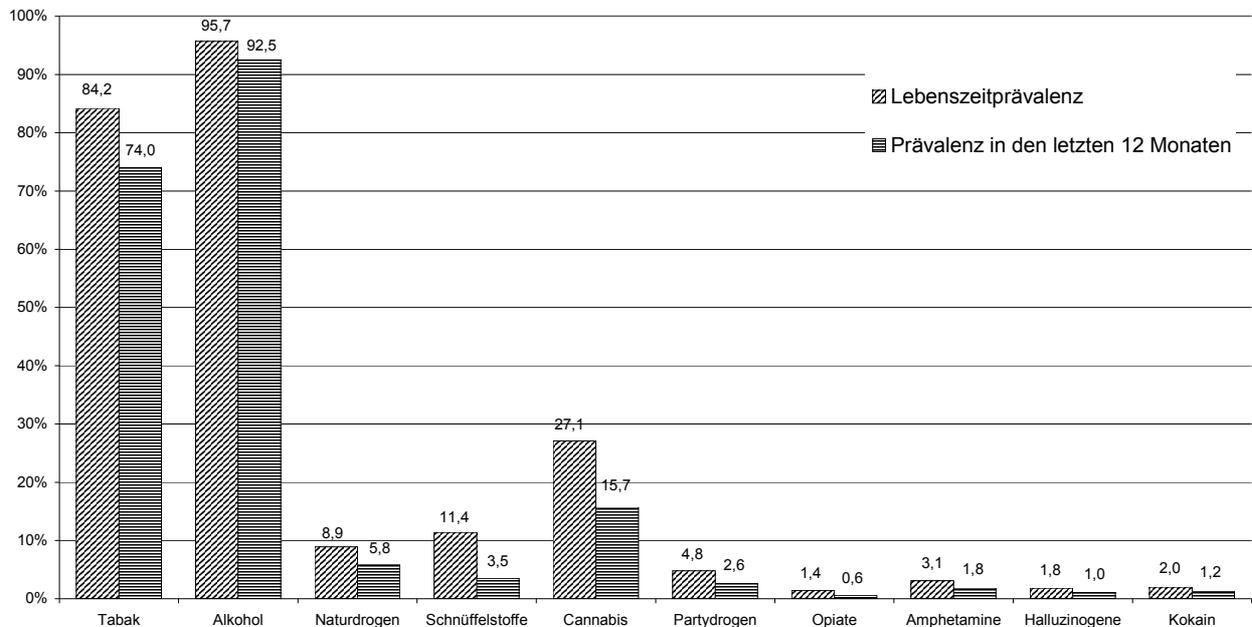
2.2 Drogenkonsum bei Jugendlichen

In der Steiermark wurden im Jahr 2005 insgesamt 3.919 Berufsschülerinnen und -schüler im Alter von rund 15 bis 20 Jahren im Zuge der oben bereits dargestellten Berufsschulstudie (vgl. Kap. 1.4) auch zu ihren Konsumerfahrungen befragt (Hutsteiner et al. 2005; vgl. auch Kap. 3.1 und 12.1). Nicht überraschend zeigt sich auch in dieser Erhebung eine deutlich geringere Prävalenz des Konsums in den letzten zwölf Monaten im Vergleich zu Lebenszeiterfahrungen (vgl. Abbildung 2.2). Die grundlegenden Ergebnisse zu den Prävalenzraten stehen im Einklang mit vergleichbaren Erhebungen bzw. Analysen der letzten Jahre (vgl. Klopff und Weinlich 2004, Uhl et al. 2005b sowie Tabelle A2 im Anhang A), die sich ebenfalls auf den Berufsschulbereich beziehen.

Die Lebenszeitprävalenz für illegale Substanzen steigt bei den erfassten Berufsschülerinnen und -schüler mit dem Alter (z. B. Cannabis von 15,5 % bei den bis 15-Jährigen auf 35,4 % bei den über 18-Jährigen; Partydrogen von 3,4 % auf 6,2 %) und ist im städtischen Bereich deutlich höher als im ländlichen Bereich (z. B. Cannabis 42,7 % in Graz und 20,6 % in peripheren Bezirken). Das gleiche Muster findet sich auch bezüglich des Konsums in den letzten

zwölf Monaten, wobei sich hier zusätzlich eine deutlich höhere Prävalenz bei den männlichen Berufsschülern zeigt (Hutsteiner et al. 2005). Cannabis wird von den befragten Jugendlichen am ehesten „bei Freunden“ konsumiert (71 %), Partydrogen und Amphetamine hingegen „beim Ausgehen“ (85,7 % bzw. 80,5 %).

Abbildung 2.2: Konsumerfahrungen mit psychoaktiven Substanzen bei Berufsschülerinnen und Berufsschülern in der Steiermark, bezogen auf die Lebenszeit und die letzten 12 Monate, 2005 (in Prozent)



Quelle: Hutsteiner et al. 2005

Die steirische Berufsschulstudie befasste sich weiters auch mit den Motiven für Drogenkonsum. Die Aussage, dass Drogen dazu dienen, dem Alltag zu entfliehen, wird von der Mehrheit der befragten Jugendlichen ebenso abgelehnt (2,94 auf der Skala von 1=stimme völlig zu bis 4=stimme überhaupt nicht zu) wie die Aussage „Wenn ich in einer kiffenden Gruppe kein Haschisch rauche, fühle ich mich in gewissem Maße ausgeschlossen“ (3,36 auf der Skala). Der Wert ist noch geringer für Cannabis konsumierende Gruppen, wo sich nur 18,8 Prozent (im Vergleich zu 25,6 % generell) ausgeschlossen fühlen, wenn sie nicht mitkiffen. Bezüglich der Einschätzung der Drogensituation in der Berufsschule („Ausmaß des Konsums ist viel zu hoch“) wird die Situation bezüglich Alkohol (2,32 auf der Skala von 1=stimme völlig zu bis 4=stimme überhaupt nicht zu) und Tabak (1,85) als problematischer eingestuft als bezüglich illegaler Drogen (2,99).

Neben diesen Studien liegen noch Einschätzungen von Drogeneinrichtungen und Fachleuten aus einigen Bundesländern vor, die eine qualitative Ergänzung der Daten erlauben. Aus dem Burgenland wird berichtet, dass in Beratungsstellen zunehmend junge, gefährdete Drogenkonsumierende zu finden sind, die schwierig zu betreuen sind (Dantendorfer 2005). Aus NÖ wird ebenfalls aus dem Beratungsbereich berichtet, dass der exzessive Konsum von Cannabis bei Jugendlichen zunimmt (Hörhan, persönliche Mitteilung; vgl. auch Kap. 11.1).

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. Ausgewählte Ergebnisse daraus sind ins Schwerpunktkapitel „Kokain und Crack“ (Kapitel 12) eingeflossen. Neue Daten dazu liegen nicht vor.

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 Primär¹- und Sekundärprävention² gelegt. Anfang der 1990er-Jahre wurde mit der Etablierung der Fachstellen für Suchtprävention die Primärprävention professionalisiert. In den letzten Jahren liegt der Focus auf einer Intensivierung der Primärprävention und einem Ausbau der Sekundärprävention. Aber auch eine verstärkte Regionalisierung der Initiierung und Koordinierung von Präventionsmaßnahmen ist zu beobachten.

Grundsätzlich werden in Österreich Langfristigkeit und Nachhaltigkeit der Präventionsmaßnahmen angestrebt. Daher gibt es eine Reihe von Standardprogrammen (z. B. „Eigenständig werden“, „Step by Step“), die flächendeckend und routinemäßig durchgeführt werden (Tabellen A23 und A24 in Anhang A). Aber auch etliche regionale Projekte werden bereits über einen längeren Zeitraum erfolgreich eingesetzt (z. B. die Peer-Education in OÖ). In diesem Kapitel werden in erster Linie innovative Maßnahmen und neue Entwicklungen präsentiert. Das breite Spektrum der österreichischen Präventionsmaßnahmen, darunter auch die im Bericht angeführten Aktivitäten, wird ausführlich auf den Websites, in den Jahresberichten und Newslettern der Fachstellen und weiterer relevanter Einrichtungen, aber auch in früheren Berichten des ÖBIG dargestellt (siehe Quellenverzeichnis).

3.1 Allgemeine Prävention

Die Primärprävention hat einen großen Stellenwert in Österreich, ein wesentlicher Rahmen dafür bietet die **Schule**. Neben lang etablierten Kooperationsformen und Aktivitäten gibt es eine Reihe neuer Entwicklungen. So sollen z. B. in Salzburg für Vertrauenslehrerinnen und -lehrer Vernetzungsstrukturen auf Bezirksebene für deren bessere Einbindung in regionale Koordinierungsgremien entwickelt werden (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2006). Im Burgenland fand im Herbst 2005 ein Seminar zum Thema „Strategien von Suchtprävention in Schulen“ für Schulärztinnen und -ärzte statt. Die Evaluation des Tiroler Projektes „Expertengestützte schulische Suchtinformation“, ein einheitliches Modell für fundierte Suchtinformation (vgl. EDDRA), ergab positive Rückmeldungen zu den Veranstaltungen, allerdings wäre eine verstärkte Mitwirkung der Lehrkräfte und mehr Flexibilität der Schulen hinsichtlich der Organisation im Rahmen der Stundenpläne wünschenswert. Das erfolgreiche Projekt

¹ 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).

² 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 sind in erster Linie Jugendliche.

zur Peer-Education (OÖ) wurde zu „Peers for Peers“ weiterentwickelt. Ziel ist es, den Peer-Gedanken langfristig an den Schulen zu verankern, indem erfahrene Peers neu eingeschulte Jugendliche bei dieser Aufgabe unterstützen. Die Möglichkeiten und Grenzen von Peer-Education in der Suchtprävention waren Gegenstand einer Tagung des Instituts für Suchtprävention (ISP, OÖ) im Juni 2006. Der Lehrbehelf „Zeitung in der Schule“ (Wien) soll suchtpreventive Inhalte und Medienkompetenz vermitteln. Maßnahmen für Berufsschulen konzentrieren sich auf die Verbesserung des Umgangs mit Drogenfällen, z. B. wurde in Salzburg „Step by Step“ speziell für diese Anforderungen modifiziert (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2006), während in Vorarlberg einzelne Initiativen eigene Regelwerke erarbeiten.

In NÖ wird das neue Mitspieltheater „Traust du dich?“, das erstmals den Genderaspekt berücksichtigt, seit dem Schuljahr 2005/2006 gemeinsam mit einem Elternabend und/oder einer pädagogischen Konferenz angeboten. Das „Stationenmodell“ (vgl. EDDRA), dessen Ziel es ist, zeitgemäße pädagogische Methoden und Inhalte der Suchtvorbeugung in das Schulsystem zu integrieren, wurde im Berichtszeitraum evaluiert und erweitert. Der Schwerpunkt liegt auf der Fortbildung der Lehrkräfte, die anschließend gemeinsam mit Fachleuten einen modular aufgebauten Aktionstag an ihrer Schule durchführen. Die Erfahrungen zeigen, dass sich das Modell gut für den Einstieg in die Suchtvorbeugung eignet und an die jeweilige Situation angepaßt werden kann. Wesentlich für den Erfolg sind eine projektbetreibende Lehrkraft und die Unterstützung durch die Direktion. Um die Inhalte und Methoden der Suchtprävention langfristig besser in den Schulalltag integrieren zu können, wurde ein aufbauendes „Erweitertes Stationenmodell“ entwickelt. Da häufig ein Drogenanlassfall der Ausgangspunkt für das Projekt war, wurde zusätzlich ein eigenes Kurzinterventionsprogramm mit dem Titel „Helfen statt Strafen“ entwickelt. Dieses ermöglicht eine rasche und gezielte Unterstützung bei Verdacht auf Suchtgiftmissbrauch an der Schule und stellt eine Verbindung zwischen dem „Stationenmodell“ und „Step by Step“ dar.

Aus dem Bereich **Kindergarten** sind keine wesentlichen Änderungen zu berichten. In Wien wird derzeit eine Bedarfserhebung durchgeführt, um den Stand der Suchtprävention in den Wiener Kindergärten zu erfassen und daraus Maßnahmen abzuleiten (Kolar, persönliche Mitteilung). Geplant ist der Aufbau eines wienweiten Systems zur Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

Präventionsmaßnahmen für die Zielgruppe **Eltern** setzen vor allem auf Information zum Thema Sucht und Prävention. Die Informations- und Diskussionsveranstaltungen „Drogen – Angst ist ein schlechter Ratgeber“, die im ländlichen Raum Salzburgs für die Eltern von Jugendlichen angeboten werden, sollen die Verunsicherung im Zusammenhang mit jugendlichem Drogenkonsum verringern (Schabus-Eder, persönliche Mitteilung). Im Bezirk Dornbirn (Vorarlberg) wurde die Broschüre „Kindersorgen – Sorgenkinder“ erarbeitet, die einen Überblick über die Angebote für Eltern im Bezirk niederschwellig aufbereitet. Zu erwähnen ist auch die Kampagne „Leichter Leben“ des Drogeriemarktes dm, deren Broschüre auch Tipps für Eltern zur Förderung von verantwortungsvollem Umgang mit Suchtmitteln bei Kindern enthält. Von VIVID (Steiermark) wurde eine Spezialbeilage mit dem Titel „Wissen schützt!“ erarbeitet, die im September 2005 mit einer Auflage von 205.700 Stück der „Kleinen Zeitung“ beigelegt wurde. Dadurch sollte die Bevölkerung zum Thema Sucht und Suchtvorbeugung und über die Angebote der Fachstelle informiert werden. Eine gesteigerte Nachfrage nach den Angeboten für Eltern war die Folge, das Projekt soll daher 2006 wiederholt 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, es werden aber auch Seminare für Führungskräfte angeboten. Diese Seminare (z. B. in OÖ unter dem Titel „Sunplus“) sollen sensibilisieren, aber auch Verständnis für Präventionsarbeit erzeugen und Grundlagenwissen vermitteln. Auch ein Training zur Gesprächsführung im Anlassfall wird angeboten. Das ISP Wien baut derzeit ein Netzwerk Prävention auf, dessen Ziele die Etablierung von Qualitätsstandards für die betriebliche Suchtprevention und die Koordination entsprechender Projekte sind (FSW 2006a). Auch eine Tagung zum Thema „Sucht am Arbeitsplatz“ ist geplant. Der theaterpädagogische Ansatz soll in der Steiermark erstmals auch zur Gesundheitsförderung und Suchtprevention in Betrieben eingesetzt werden. Ziel des Projektes „blauPAUSE“ ist die Erarbeitung eines interaktiven Theaterangebotes, das die Sensibilisierung und Auseinandersetzung mit dem Thema in Unternehmen, aber auch in Non-Profit-Organisationen ermöglicht.

Eine Erhebung an steirischen Berufsschulen und Lehrlingshäusern (Hutsteiner et al. 2005, vgl. Kap. 1.4, 2.2, 12.1) ergab unter anderem, dass durchaus vielfältige Kooperationen im Präventionsbereich bestehen. Der § 13 SMG wird als überwiegend sinnvoll angesehen, aufgrund der kurzen Verweildauer der Auszubildenden an den Berufsschulen ist jedoch die Früherkennung von Substanzmissbrauch schwierig (vgl. Structured Questionnaire 22). Empfohlen werden Maßnahmen zur Selbstwertsteigerung und Immunisierung von Lehrlingen gegen Gruppendruck, eine Ausweitung von attraktiven Freizeitangeboten an Lehrlingshäusern, objektive und fundierte Informationen über Substanzen und ihre Wirkungen/Risiken sowie ein Beratungsangebot an den Schulen durch externe Personen. Hinsichtlich des § 13 SMG wären Adaptierungen bei problematischem Alkoholkonsum wünschenswert, aber auch eine intensivere Einbindung der Eltern bei Entscheidungen zu psychosozialen Maßnahmen. Weiters sollte die Kommunikation zwischen Lehrlingshaus und Berufsschule verbessert und ein formales Handlungsmodell dafür geschaffen werden. Es besteht auch ein Bedarf an Weiterbildung für Pädagoginnen und Pädagogen in Berufsschulen und Lehrlingshäusern sowie an Maßnahmen zur Burn-out-Prävention für Beratungslehrerinnen und -lehrer, die eine Schlüsselrolle einnehmen und hoher Belastung ausgesetzt sind.

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 2001b). Im Berichtszeitraum wurden die Fortbildungsmaßnahmen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ausgebaut. Beispielsweise wurde in Wien in die Ausbildung Jugendarbeit ein Modul zur Suchtprevention integriert (FSW 2006a). VIVID (Steiermark) bietet zum überarbeiteten und evaluierten Methodenkoffer „High genug?“ (ÖBIG 2005a) begleitende Fortbildungen an. Bis zum Frühjahr 2006 wurden rund 200 Methodenkoffer vor allem an Einrichtungen mit hauptamtlicher Jugendarbeit abgegeben. Das Feedback hinsichtlich der Inhalte und deren Anwendbarkeit in der Praxis ist sehr positiv (vgl. EDDRA). Die Broschüren zum Nachschlagen werden allerdings häufiger genutzt als die Materialien, die eine tiefere Auseinandersetzung erfordern.

Deutlich zugenommen haben in den letzten Jahren in Österreich Aktivitäten bezüglich **gemeindeorientierter Suchtprävention**, die neben einer Sensibilisierung der Bevölkerung auch eine erhöhte Nachfrage nach Schulungen, Workshops und ambulanten Angeboten der Drogenberatung zur Folge haben (Ederer, persönliche Mitteilung). Von VIVID (Steiermark) wurde ein Leitfaden zur gemeindenahen Suchtvorbeugung herausgegeben, der Entscheidungsträgerinnen und -träger sowie interessierte Personen aus Gemeinden bei der Planung und Durchführung von suchtpreventiven Projekten unterstützen soll. Enthalten sind Informationen und Anregungen zu möglichen Maßnahmen, praktische Beispiele sowie Checklisten für die Umsetzung. Zusätzlich werden Informationsvorträge für Gemeinden angeboten. In der Stadt Salzburg sollen zur effektiveren Umsetzung eines bereits beschlossenen Maßnahmenkatalogs zur Suchtprävention drei Arbeitsgruppen für die Bereiche frühe Kindheit, Schule und außerschulische Jugendarbeit eingerichtet werden (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2006).

Das steirische Projekt „Jugend ohne Grenzen?! Mladi brez meja?!“ (ÖBIG 2005a) wurde inzwischen evaluiert (vgl. EDDRA). Neben Fortbildungen und Veranstaltungen zum Thema Sucht wurde auch eine PR-Initiative zur Finanzierung von Kleinprojekten durchgeführt sowie eine alkoholfreie Bar (soft:bar) kostenlos zur Verfügung gestellt. In den eingebundenen Gemeinden konnte ein hoher Bekanntheitsgrad erreicht werden, das Projekt wird von der Bevölkerung als relevant eingestuft. Die Befragten aus den slowenischen Gemeinden wissen allerdings deutlich besser über Hilfsangebote bei Suchtproblemen Bescheid als die Befragten aus den steirischen Gemeinden.

Das Interreg-Projekt „Guat beinand“ (Salzburg) wurde Ende 2005 abgeschlossen (vgl. EDDRA). In den meisten Gemeinden konnten gut funktionierende Trägergruppen installiert und ein breites Spektrum an gesundheitsfördernden und suchtpreventiven Maßnahmen durchgeführt werden. Die Evaluation zeigte, dass für die Umsetzung und Nachhaltigkeit des Projektes die Bereitschaft der Gemeinde und eine optimale Zusammensetzung der regionalen Trägergruppen essentiell ist. Die Begleitung durch Präventionsfachleute ist vor allem in der Anfangsphase wichtig, um ein gemeinsames Suchtverständnis zu erarbeiten. Auf Basis der Erfahrungen wurde ein Nachfolgeprojekt („FeierFest!“) mit den Schwerpunkten Jugendschutz bzw. Förderung einer neuen bewussten Feier- und Partykultur entwickelt (Rögl, persönliche Mitteilung). Die Attraktivität für Jugendliche soll durch die Einbindung jugendlicher Party-Peers gewährleistet werden.

Weitere Aktivitäten im Präventionsbereich sind unter anderem das neu gegründete Netzwerk für Absolvierende des Akademielehrganges für Suchtprävention in OÖ und die Bestrebungen des Bundes, die Präventionsaktivitäten in Österreich besser zu koordinieren, um Synergieeffekte zu erzielen. Dazu wurde Anfang 2006 eine Koordinierungssitzung mit den relevanten Institutionen einberufen.

3.2 Selektive Prävention

Zielgruppenspezifische Suchtprävention findet sich in Österreich vor allem im Freizeitbereich, und zwar mit dem Ziel der Vermittlung eines kritischen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz). Einen wichtigen Rahmen stellt in diesem Zusammenhang die **außerschulische Jugendarbeit** dar, ein Bereich, in dem es zu Überschneidungen von

Primär- und Sekundärprävention kommt (vgl. Kap. 3.1). In Vorarlberg begann in der zweiten Hälfte des Jahres 2005 die dritte Staffel der Bezirkskonferenzen (ÖBIG 2004, ÖBIG 2005a). Insgesamt nahmen an den Bezirkskonferenzen im Jahr 2005 über 200 Systempartner aus den Bereichen Drogenarbeit, Jugendarbeit, Beratung und Therapie, Schule, Sportvereine, Verwaltung und Politik teil. Im Sommer 2006 startete ein neues Interreg-Projekt von Supromobil mit dem Titel „Reflect and act – Jugendkultur in bewegenden Bildern“. Das Projekt ermöglicht es Jugendlichen zwischen 14 und 26 Jahren, ihre eigene Geschichte in Form von Digital Stories zu erzählen. Dadurch sollen sie angeregt werden, ihre Lebenswelt bzw. Jugendkultur zu reflektieren. MDA basecamp bietet seit 2005 unter dem Titel „Mobile Drogenarbeit im Alltag“ punktuelle Aktionen in der alltäglichen Lebenswelt von Jugendlichen, wie z. B. Großkinos, Einkaufszentren, Fußgängerzonen, aber auch Jugendzentren, an. Die Erfahrungen zeigen, dass mit diesem Ansatz zwar weniger vertrauliche Gespräche mit gefährdeten Jugendlichen zustande kommen, die Zielgruppe jedoch erweitert werden kann.

Als eine spezifische Risikogruppe gelten die Besucherinnen und Besucher der **Club- und Partyszene**. In Vorarlberg wurde von der Arbeitsgemeinschaft Eventbegleitung ein Eventbegleitungskonzept für das Jahr 2006 entwickelt, das neben den positiven Erfahrungen der letzten Jahre auch weitere Maßnahmen einbezieht, wie z. B. die Beratung von Veranstalterinnen und Veranstaltern, fachlich qualifizierte Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie innovative Produkte zur Schadensminimierung. Der Einsatz von ChEck iT! bei einem Techno-Großevent in NÖ zeigte, dass Öffentlichkeitsarbeit und Information über die Tätigkeiten von ChEck iT!, aber auch die Anwesenheit auf anderen Techno-Großveranstaltungen wichtig sind, um die „neuen“ Techno-Besucherinnen und -Besucher zu erreichen und den Zugang zu dieser Szene zu erhalten. Im Sommer 2005 wurde von MDA basecamp ein Vernetzungstreffen für eventbegleitende Einrichtungen organisiert. Als gemeinsame Trends in der Eventbegleitung wurden die Regionalisierung und Einbindung in ein größeres Netzwerk, aber auch die Verstärkung der Themen Alkohol und Cannabis identifiziert.

Eine wichtige sekundärpräventive Aufgabe der ambulanten Einrichtungen ist die Beratung von **Betroffenen und Angehörigen**. Von MDA basecamp und der Drogenberatungsstelle des Jugendzentrums Z6 (Tirol) wurde ein Cannabistelefon als Hotline für Eltern etabliert. In NÖ wurde eine Hotline für Angehörige von Drogenabhängigen eingerichtet, die anonyme und kostenlose Erstberatung zur Verfügung stellt (Hörhan, persönliche Mitteilung). In Zusammenarbeit mit dem Grünen Kreis wurde weiters eine Broschüre herausgegeben, die Eltern, Familien und Jugendliche hinsichtlich Früherkennung unterstützen soll (Grüner Kreis 2006a).

Im Zusammenhang mit **sozial Benachteiligten** als spezifischer Zielgruppe ist das neue Projekt aXXept von Streetwork Wien zu nennen, ein Beratungs- und Betreuungsangebot für Punks und andere „sozial auffällige“ Jugendliche, das Mitte 2005 gegründet wurde (FSW 2006a). Ziel ist einerseits die Minimierung der Konflikte im öffentlichen Raum, andererseits die Verbesserung der sozialen Situation der Betroffenen. Streetwork Rumtrieb (NÖ) hat im Jahr 2005 im Rahmen der aufsuchenden Arbeit in sozial benachteiligten Wohngebieten Wiener Neustadts besonders die Mädchenarbeit forciert. Ein fixer Mädchennachmittag in der Anlaufstelle konnte etabliert und die Vertrauensbasis und Möglichkeit für intensive Beratungsgespräche und Einzelfallhilfe geschaffen werden.

Hinsichtlich **Migrantinnen und Migranten** kann von einer Kooperation von Supromobil (Vorarlberg) mit „okay.zusammen leben“ berichtet werden, in deren Rahmen ein türkisch-deutsches Informationsblatt über Beratungsmöglichkeiten erstellt wurde. Unter dem Titel „Alle Fragen rund ums Kind“ wird im Rahmen von bestehenden Deutsch- und Orientierungskursen für Migrantinnen auch Beratung zu Erziehungsfragen und Suchtverhalten angeboten.

Das Thema **Kinder aus suchbelasteten Familien** wird immer wichtiger, allerdings konzentrieren sich viele Maßnahmen, z. B. das europäische Netzwerk ENCARE, auf Kinder von alkoholkranken Eltern. Im Juni 2006 fand zu diesem Thema eine Fachtagung in Salzburg statt, bei der über Theorie und Praxis der Prävention – auch im Zusammenhang mit illegalen Drogen - informiert und diskutiert wurde. Von Supromobil wurde in Kooperation mit dem Ambulanten Familiendienst im Jahr 2005 unter dem Titel „Kasulino“ ein Konzept für Kinder aus Suchtfamilien erprobt. Die Kinder werden im Rahmen einer geschlossenen Gruppe begleitet, wo sie Alternativen zu den familiären Einflüssen erfahren und sich neue Perspektiven entwickeln können. Aufgrund der guten Erfahrungen ist eine Erweiterung geplant.

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. 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. Zusätzlich bestehen Schwierigkeiten hinsichtlich der Abgrenzung von Experimentierkonsum und problematischem Drogenkonsum (ÖBIG 2004). Dieses Problem wird dadurch verschärft, dass wissenschaftliche Analysen in diesem Bereich größtenteils fehlen.

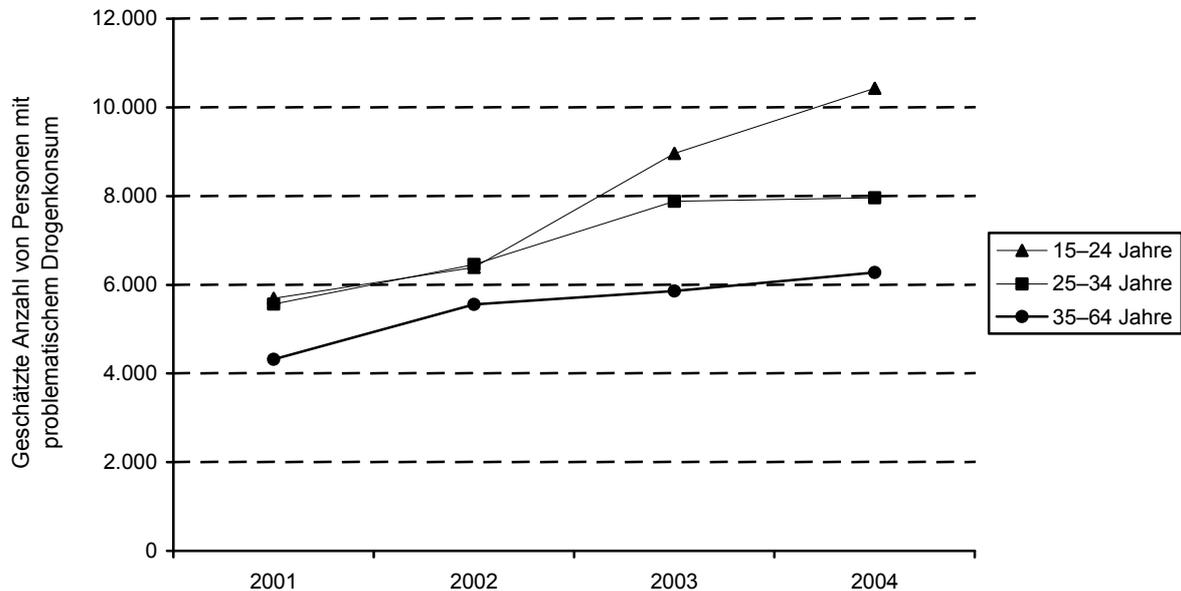
Traditionell spielt der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten, die häufig intravenös (i. v.) konsumiert werden, in Österreich eine zentrale Rolle. Im letzten Jahrzehnt haben sich die Substanzmuster im Rahmen dieses polytoxikomanen Konsums verbreitert. Auch der i. v. Konsum von Kokain in der Straßenszene hat verstärkte Relevanz gewonnen (Kap. 12, ÖBIG 2001a).

Aktualisierte Prävalenzschätzungen machen eine Prävalenzrate von 25.000 bis maximal 32.000 Personen mit problematischem Opiatkonsum – in den meisten Fällen vermutlich im Rahmen des polytoxikomanen Konsums – für Gesamtösterreich plausibel. Allerdings sind Prävalenzschätzungen des problematischen Drogenkonsums aufgrund ihrer Komplexität mit einer Reihe von methodischen Problemen verbunden, die ihre Aussagekraft stark einschränken (ÖBIG 2003). Die Ergebnisse stellen daher immer nur grobe Annäherungen dar und müssen vorsichtig interpretiert werden.

4.1 Prävalenz- und Inzidenzschätzungen

Wissenschaftliche Schätzungen zur Prävalenz des problematischen Konsums liegen in Österreich nur für Opiate bzw. den polytoxikomanen Konsum mit Beteiligung von Opiaten vor. Im Rahmen des Monitoringprojekts wurden die bisher bis zum Jahr 2002 vorliegenden Schätzungen (ÖBIG 2003) für die Jahre 2003 und 2004 aktualisiert (ÖBIG in Vorbereitung). Für das Capture-Recapture-Verfahren, auf dem die Prävalenzschätzung beruht, wurden Daten zu Substitutionsbehandlungen und opiatbezogenen Anzeigen verwendet. Basierend auf den in Kapitel 4.2 dargestellten Ergebnissen der Zusatzerhebung bei den substituierenden Ärztinnen und Ärzten wurde für den Anteil der „ghost cases“ bei den Substitutionsbehandlungen ein Korrekturfaktor in die Schätzungen einbezogen. Für das Jahr 2004 ergibt sich eine Schätzung von insgesamt 29.597 Personen (95 % Konfidenzintervall: 27.763, 31.431). Im Vergleich dazu beträgt die korrigierte Schätzung für 2001 17.750 (95 % Konfidenzintervall: 16.620, 18.880) In Abbildung 4.1 werden die altersstratifizierten Schätzungen dargestellt. Es zeigt sich besonders in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre ein Anstieg der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opiaten.

Abbildung 4.1: Ergebnisse der Prävalenzschätzungen des problematischen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opiaten mittels 2-Sample-CRC-Methode, altersstratifiziert, 2001–2004



Quelle: ÖBIG in Vorbereitung

Die Ergebnisse der 2-Sample-CRC-Schätzungen konnten für die Jahre 2001 und 2002 mittels 3-Sample-CRC-Schätzungen unter zusätzlichem Einbezug der suchtgiftbezogenen Todesfälle großteils verifiziert werden (für 2004 und 2005 lagen die Daten zu den suchtgiftbezogenen Todesfällen, die für die 3-Sample-CRC-Schätzungen 2003 und 2004 benötigt werden, noch nicht vor).

Die Ergebnisse der CRC-Methode stellen aufgrund methodischer Einschränkungen immer nur eine ungefähre Annäherung dar. Die geschätzte Anzahl der Personen mit problematischem Drogenkonsum wird beispielsweise durch Faktoren wie Anzahl der wegen Opiaten angezeigten Personen ohne Problemkonsum oder Verfügbarkeit der Substitutionsbehandlung für neue Gruppen von Klientinnen und Klienten verfälscht. Einen weiteren Unsicherheitsfaktor stellen Wechselwirkungen zwischen den Datenquellen dar (z. B. wenn die Tatsache einer Anzeige die Wahrscheinlichkeit einer Substitutionsbehandlung beeinflusst). Dieser Bias kann aber im Rahmen von 3-Sample-CRC-Schätzungen teilweise mitberücksichtigt werden. Nach Uhl und Seidler (2000) kann bei CRC Schätzungen realistischere davon ausgegangen werden, dass die Wirklichkeit irgendwo zwischen 50 Prozent und der doppelten Anzahl der Schätzung liegt.

Zu beobachtende Trends bei der Anzahl der geschätzten Personen können ebenfalls durch systematische Veränderungen der Fehlerquellen beeinflusst werden. Wird davon ausgegangen, dass sich die Fehlerquellen im Zeitraum von 2001 bis 2004 nicht massiv verändert haben, ist von einem Anstieg der Personen mit problematischem Drogenkonsum auszugehen. Erhärtet wird diese Schlussfolgerung dadurch, dass, wie aus Abbildung 4.1 ersichtlich, die Steigerung bei den Personen der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre wesentlich stärker ausfällt als in den anderen Altersgruppen. Eine weiteres Indiz in Richtung Anstieg des problematischen Drogenkonsums stellt der in den letzten Jahren beobachtete Anstieg der Zahl der suchtgift-

bezogenen Todesfälle bei gleichzeitigem Sinken des Durchschnittsalters dar (vgl. Kap. 6.1). Die für die Beurteilung der Gesamtsituation wichtige Säule der Daten aus dem Behandlungsbereich fehlt derzeit (noch). Die isolierte Betrachtung der Zunahme von Personen in Substitutionsbehandlung (vgl. Kap. 4.2) erlaubt keinen Rückschluss, ob diese auf einen Anstieg der Personen mit Opiatproblemen oder auf eine Steigerung der Verfügbarkeit dieser Behandlungsform zurückzuführen ist. Neben den referierten Routinedatenquellen gab es auch immer wieder qualitative Einschätzungen auf lokaler Ebene, die von einem Anstieg des problematischen Drogenkonsums berichteten. Für 2005 liegen solche Einschätzungen für Oberösterreich (Pro mente Oberösterreich 2006) und Burgenland (Dantendorfer 2005) vor.

In Zusammenschau der referierten Datenquellen ist auf Basis der vorliegenden Daten mit ziemlicher Sicherheit von einem quantitativen Anstieg der Personen mit problematischem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opiaten auszugehen. Dieser Trend ist auch in Zusammenhang mit dem Verschwimmen der Grenzen zwischen Experimentierkonsum und Problemkonsum zu sehen. Vertiefende Analysen (z. B. Szenestudien) zu Ursachen und Hintergründen einerseits und zur Absicherung der Trendabschätzung andererseits sind dringend erforderlich.

4.2 Charakteristika und Konsummuster

Die Implementierung des österreichweiten Behandlungsberichtswesens (DOKLI) wurde 2005 abgeschlossen. 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>). Insgesamt beteiligen sich 179 Einrichtungen der Drogenhilfe (Stand: August 2006) am DOKLI-System. Erste Jahresauswertungen werden 2007 für die Daten des Jahres 2006 erfolgen. Aufgrund des Fehlens einer einheitlichen Datenerfassung sind aus dem Behandlungsbereich derzeit weiterhin nur wenige, eingeschränkt interpretierbare Daten verfügbar.

Aktuelle Daten für Wien, basierend auf der vom Wiener Arbeitskreis Dokumentation erarbeiteten Basisdokumentation (BADO), liegen für das Jahr 2004 vor (IFES 2005b). Die auswertbaren Daten beziehen sich auf insgesamt 3.614 Klientinnen und Klienten, die sich im Jahr 2004 in einem Betreuungsverhältnis in einer von 27 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 2.892 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.

28 Prozent der betreuten Klientel sind weiblich (n = 3.477). 48 Prozent der Klientinnen und Klienten sind zwischen 21 und 30 Jahre alt, 18 Prozent unter 21 Jahre, 24 Prozent 31 bis 40 Jahre und zehn Prozent älter als 40 Jahre (n = 3.488). Während bei den Frauen 24 Prozent

unter 21 Jahre alt sind, beträgt der Anteil der unter 21-Jährigen bei den Männern nur 14 Prozent. 26 Prozent der Klientel haben zumindest ein Kind (n = 1.682).

Die Daten zu den Konsummustern stellen einen Beleg dafür dar, dass der Mischkonsum mit Beteiligung von Opiaten bei Personen mit Drogenproblemen, die im Wiener Behandlungssystem registriert werden, dominiert. Interessante Ergebnisse liefern die Auswertungen zur Art des aktuellen Konsums. Die bereits bei den Daten von 2003 beobachtete Tatsache, dass als häufigste Applikationsform von Heroin „nasal“ genannt wird, ist auch bei den Daten von 2004 zu beobachten. 53 Prozent der 625 Personen mit Heroinkonsum in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn gibt eine solche Applikationsform an. I. v. Heroinkonsum geben 42 Prozent, Heroin zu rauchen fünf Prozent und orale Heroineinnahme null Prozent an. Hier wären vertiefende Analysen notwendig, um zu eruieren, ob der nasale Konsum in erster Linie als Einstieg in den Heroingebruch dient und später ein Umstieg auf intravenöse Applikation erfolgt, oder ob es Personen gibt, die Heroin ausschließlich sniffen. Andere Opiate und Substitutionsmittel werden zu 33 Prozent i. v., zu einem Prozent nasal und zu 65 Prozent oral eingenommen (n = 551). Bei Kokain liegt der Anteil der Personen mit i. v. Konsum bei 47 Prozent (nasale Applikation: 51 %, Rauchen: 2 %; n = 509). Amphetamine werden zu sieben Prozent intravenös, zu 53 Prozent nasal und zu vierzig Prozent oral konsumiert (n = 58).

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 = 1.826). 40 Prozent befanden sich aktuell in Substitutionsbehandlung (n = 2.264). Die referierten Zahlen entsprechen in etwa den Ergebnissen der BADO-Auswertungen 2002 und 2003 (IFES 2003, IFES 2004b).

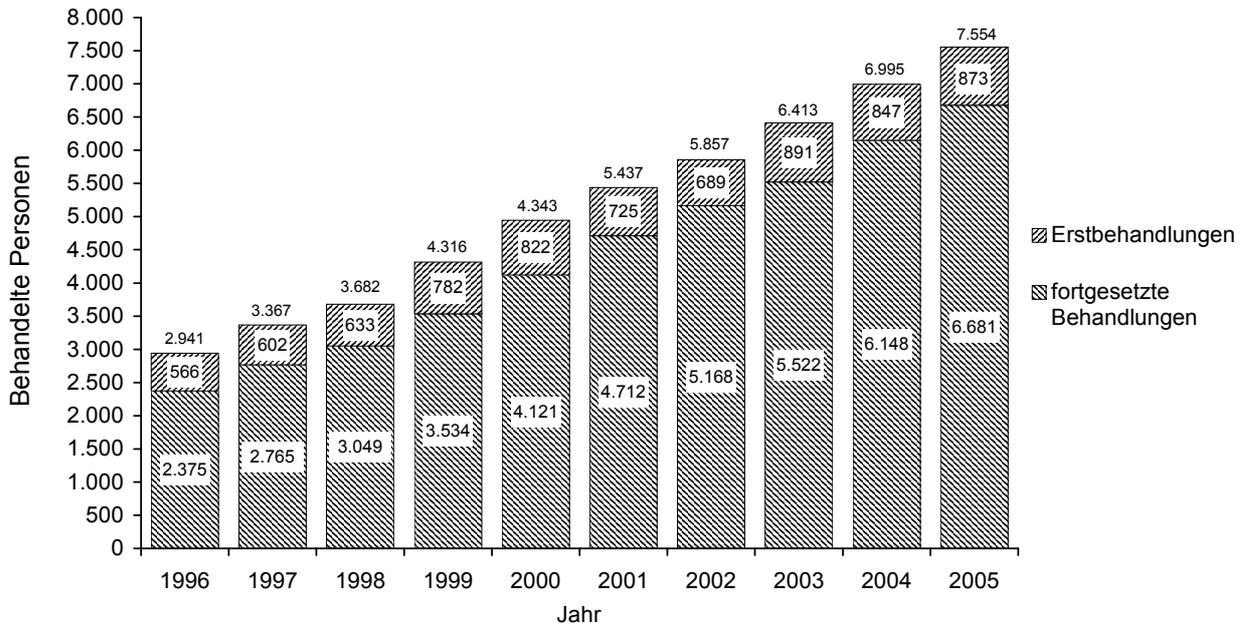
Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen wird vom BMGF wahrgenommen und basiert auf den Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Diese Meldungen sind nicht immer lückenlos und erfolgen oft nicht zeitgerecht (vgl. ÖBIG 2003), dennoch sind daraus grobe Eindrücke sowohl bezüglich der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

Ein wesentliches Problem des derzeitigen Monitorings der Substitutionsbehandlungen stellt das Fehlen der Meldung des Endes von Substitutionsbehandlungen dar. Dies bewirkt, dass die entsprechende Klientin bzw. der entsprechende Klient über die Jahre weiter als in einer laufenden Behandlung (= „ghost case“) befindlich in die Statistik eingeht. Dieser über die Jahre sich kumulierende Fehler stellt insbesondere für Prävalenzschätzungen ein massives Problem dar. Zur Abschätzung dieses Fehlers (bzw. zur statistischen Korrektur des Fehlers bei den Prävalenzschätzungen) wurden 2005 die substituierenden Ärzte von 600 zufällig ausgewählten als in Behandlung befindlich gemeldeten Klientinnen und Klienten bezüglich des Behandlungsstatus befragt. Der Anteil der so ermittelten „ghost cases“ beträgt insgesamt etwa 35 Prozent, wobei ein starker Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Anteil von „ghost cases“ besteht. So beträgt der Anteil bei den Personen, die seit maximal zwei Jahren in Behandlung gemeldet sind, nur drei Prozent, jener bei Personen mit einer gemeldeten Behandlungsdauer von sechs bis zehn Jahren 55 Prozent und jener bei Personen mit mehr als zehnjähriger Behandlungsdauer 70 Prozent (ÖBIG in Vorbereitung).

Die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlung zeigt sich an der jährlich steigenden Zahl der Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung be-

findlichen Personen. Die Anzahl der Erstbehandlungen (= Anzahl der Personen, die lebenszeitbezogen der erste Mal als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldet wurden) ist 2005 im Vergleich zum Vorjahr etwas angestiegen (vgl. Abbildung 4.2).

Abbildung 4.2: Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 1996–2005



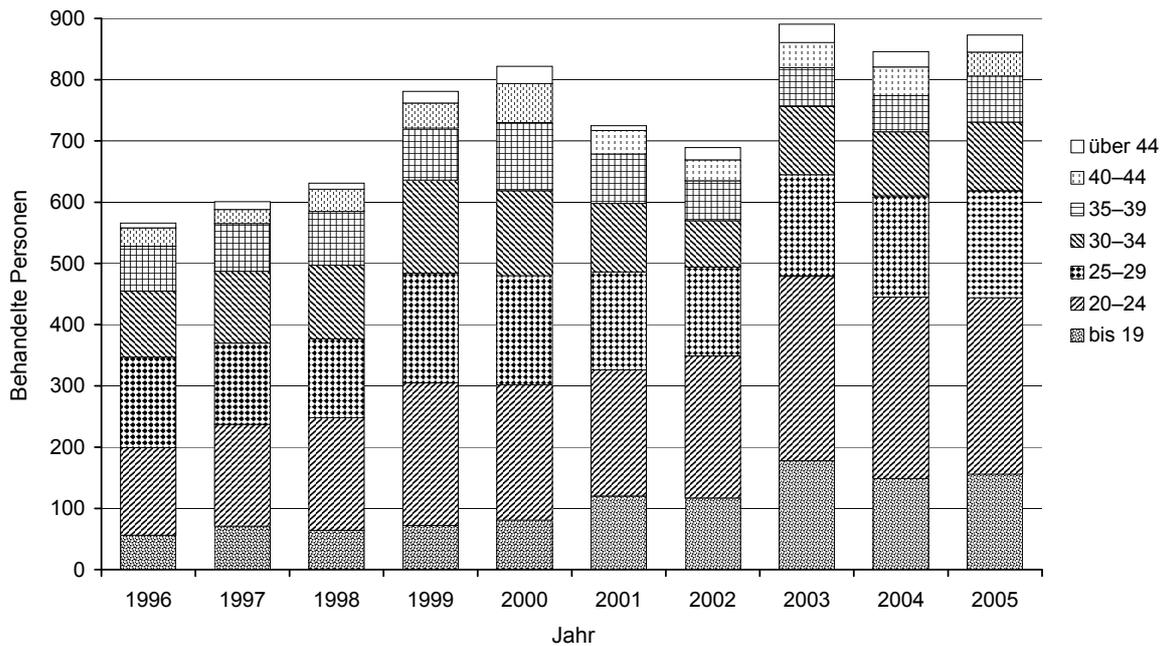
Anmerkung: **Fortgesetzte Behandlungen** sind Behandlungen, die vor dem jeweiligen Jahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, welche früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren. **Erstbehandlung** bedeutet, dass die entsprechenden Personen bisher noch nie in Substitutionsbehandlung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

Quellen: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

Wie Abbildung 4.3 zeigt (siehe nächste Seite), 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. 2005 betrug der Anteil dieser Altersgruppen 51 Prozent.

Einerseits kann dies als Indikator für eine leichtere Zugänglichkeit zur Substitutionsbehandlung für junge Personen mit Opiatkonsum interpretiert werden. Andererseits kann der Anstieg aber auch ein Hinweis auf eine steigende Prävalenz des (polytoxikomanen) Drogenkonsums mit Beteiligung von Opiaten sein (vgl. Kap. 4.1). Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass der Anstieg bei den Erstbehandlungen regional sehr unterschiedlich ist. Während beispielsweise in den letzten Jahren in Kärnten und Vorarlberg ein Anstieg zu verzeichnen ist, sind die Zahlen in der Steiermark und in Tirol gesunken (BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen; vgl. Tabelle A21 im Anhang A).

Abbildung 4.3: Lebenszeitbezogen erstmalige Substitutionsbehandlungen nach Alter, 1996–2005



Quellen: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

Geschlechtsspezifische Analysen zeigen, dass der Anteil der Frauen an jenen Personen, die erstmals eine Substitutionsbehandlung beginnen, über die Jahre zwischen 25 Prozent und 35 Prozent liegt (2005: 26 %). Wie in den Vorjahren zeigt sich auch bei den Erstbehandlungen des Jahres 2005, dass der Frauenanteil bei den unter 20-Jährigen mit 40 Prozent größer ist als bei den anderen Altersgruppen. In den höheren Altersgruppen findet sich ein deutliches Übergewicht der Männer. Die Beobachtung, dass der Frauenanteil bei den jüngeren in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen höher ist, stellt eine Parallele zu ähnlichen Befunden in der Wiener BADO und bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen dar und wird derzeit in einem EBDD-Projekt unter Beteiligung von Griechenland, der Niederlande, Österreich, Schweiz und Tschechien bearbeitet.

Qualitative Berichte aus einigen Bundesländern in den letzten Jahren enthalten Hinweise auf einen möglichen Missbrauch von retardierten Morphinen im Rahmen des Opiatkonsums (z. B. Zeder, persönliche Mitteilung; Neubacher, persönliche Mitteilung). Eine quantitative Abschätzung dieser Problematik ist auf Basis der verfügbaren Daten derzeit nicht möglich. Bei der aus Graz berichteten Existenz einer Szene, die Ritalin intravenös konsumiert, handelt es sich um ein lokal abgegrenztes Phänomen (Zeder, persönliche Mitteilung).

5 Drogenbezogene Behandlungen

In Österreich wird großer Wert auf die Diversifikation der Behandlungsmöglichkeiten gelegt. In diesem Sinne war im letzten Jahrzehnt im stationären Bereich eine Entwicklung von Langzeit- zu Kurzzeittherapie und generell eine Flexibilisierung der Therapieangebote durch den Aufbau von Modulsystemen etc. zu beobachten. Diese Flexibilisierung hat zum Ziel, verstärkt auf die individuellen Bedürfnisse eingehen zu können. Die Diversifikation zeigt sich auch in der Substitutionsbehandlung, wo eine Reihe von Substanzen zur Verfügung stehen. Die Substitutionsbehandlung hat sich in Österreich zur zahlenmäßig wichtigsten Behandlungsform entwickelt, wobei es laufend Bestrebungen zur Verbesserung gibt (vgl. Kap. 4.2).

Angebote zur drogenspezifischen Beratung, Betreuung und Behandlung werden sowohl durch spezialisierte Einrichtungen als auch im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung (z. B. psychiatrische Krankenhäuser, psychosoziale Dienste, niedergelassener Bereich) bereitgestellt. Diese Angebote umfassen – vor allem im ambulanten, zunehmend aber auch im stationären Bereich – sowohl abstinenzorientierte als auch substituierende Maßnahmen und sind daher nur bedingt eindeutig zuordenbar. Da das Ziel die Schaffung eines durchgängigen Betreuungsnetzwerks ist, beinhalten die meisten Angebote auch diverse Vorbereitungs- und Nachbetreuungs-, Freizeit- und Reintegrationsmaßnahmen (vgl. Kap. 9.1) sowie Maßnahmen für spezielle Zielgruppen (z. B. Jugendliche, Personen mit psychiatrischer Komorbidität). Die im Bericht dargestellten Angebote werden auf den Websites bzw. in den Jahresberichten und Newsletters der Einrichtungen ausführlich beschrieben (siehe Quellenverzeichnis).

5.1 Behandlungssysteme

Einrichtungen der drogenspezifischen Beratung, Betreuung und Behandlung finden sich in Österreich inzwischen fast flächendeckend (vgl. Karten 5.1. und 5.2). Wie bereits in den letzten Jahren finden sich sowohl in Beratung als auch Behandlung nach wie vor Wartelisten und Wartezeiten (ÖBIG 2004, ÖBIG 2005a). Für Erstgespräche in Beratungsstellen betragen in manchen Bundesländern die Wartezeiten bis zu fünf Wochen. Ein Grund scheint nach wie vor die derzeit gängige Begutachtungspraxis zu sein, wonach Personen beraten werden, die eigentlich keine Betreuung benötigen, was sich wiederum in einem relativ hohen Anteil an Fällen mit kurzer Betreuungsdauer widerspiegelt. So wird z. B. aus Salzburg berichtet, dass die Betreuungsabschlüsse im Verhältnis zur Gesamtzahl der in Drogenberatungen betreuten Personen kontinuierlich steigt. Im Jahr 2005 wurden von zehn Fällen sechs bis sieben abgeschlossen, im Jahr 2000 waren es nur vier bis fünf (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2006). Ein weiterer Grund ist die zunehmende Inanspruchnahme von Beratungsstellen durch Substituierte im Rahmen einer psychosozialen Begleitmaßnahme. Dies wird beispielsweise aus der Steiermark berichtet. Aber auch der steigende Drogenkonsum (vgl. Kap. 4.1) wird sich in dieser Hinsicht auswirken.

Im Berichtszeitraum wurde das Beratungsangebot sowohl weiter ausgebaut als auch spezifischer auf die Zielgruppen ausgerichtet. So wurde z. B. im Jahr 2005 vom Verein Dialog (Wien) die Beratungsstelle Dialog 10 eröffnet, die unter anderem einen Schwerpunkt auf

jugendliche Suchtmittelkonsumierende legt (vgl. Kap. 11.5). Es wird ein klassischer Terminbetrieb, aber auch ein offener Betrieb (v. a. für Opiatabhängige, deren Lebensumstände es nicht ermöglichen, Termine einzuhalten) angeboten. Neu ist auch das Angebot für Akupunktur des Vereins Dialog, von dem vor allem Personen mit dem Wunsch nach Substanzentzug profitieren. In NÖ wurden inzwischen sieben Beratungsstellen voll ausgebaut, d. h. pro Bezirk und 50.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner wird eine Vollzeitkraft (30 Stunden Sozialarbeit, 5 Stunden ärztliche Betreuung, 5 Stunden Psychotherapie) eingesetzt (Hörhan, persönliche Mitteilung). Der Grüne Kreis bietet seit Juli 2005 in den Geschäftsstellen des AMS NÖ kostenlose Suchtberatung an (Grüner Kreis 2006b). Die Möglichkeiten und Grenzen von Selbsthilfe für Jugendliche und Kinder waren Thema einer Fachtagung in der Therapiestation Carina (Vorarlberg) im Dezember 2005, die von Supromobil und Club Antenne, Selbsthilfeservice- und Kontaktstelle Vorarlberg, initiiert wurde. Auf den Ergebnissen der Tagung aufbauend sollen Angebote entwickelt werden. Im Burgenland wird daran gearbeitet, das Angebot von Hausbesuchen durch Fachärztinnen und -ärzte auszubauen (Dantendorfer 2005).

Die Bemühungen, Gender Mainstreaming in der Drogenarbeit zu verankern, werden ebenfalls fortgesetzt (vgl. Kap. 1.2). Auf Basis einer Befragung zu aktuellen geschlechtersensiblen und -spezifischen Angeboten und Maßnahmen in den Wiener Einrichtungen der Drogenhilfe wurde im Februar 2006 begonnen, Guidelines für eine geschlechtergerechte Drogenarbeit zu erarbeiten. Vom Verein Dialog wurde unter dem Titel „4men“ eine Männergruppe für isolierte, substituierte Männer ab 20 Jahren eingeführt. Ziel ist es, gemeinsam Copingstrategien und Möglichkeiten zur Strukturierung des Alltags zu erarbeiten. Von der Drogenberatung des Landes Steiermark wurde eine Frauengruppe neu eingerichtet (vgl. Kap. 9.1). Um den Wünschen der Betroffenen nach mehr Kontinuität entgegenzukommen, wird diese Gruppe seit Anfang 2006 regelmäßig einmal pro Monat weitergeführt.

Zur Qualitätssicherung der Suchthilfe wurden im Berichtszeitraum sowohl Leitlinien erarbeitet als auch Fortbildungsveranstaltungen angeboten. So gibt es beispielsweise seit kurzem einen „Leitfaden zur ärztlichen Behandlung von substanzabhängigen Patientinnen und Patienten“ für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in der Steiermark (Ederer, persönliche Mitteilung), der ein Nachschlagewerk zu Theorien, Substanzen und Behandlungsmöglichkeiten darstellt. Die von ChEck iT! in Kooperation mit anderen Beratungsstellen erstellten „Standards der Onlineberatung“ wurden Anfang 2006 unter www.e-beratungsjournal.net veröffentlicht bzw. als Broschüre herausgegeben. Der Leitfaden enthält einerseits Grundlagen der Onlineberatung und des dafür geeigneten Ansatzes der Motivierenden Gesprächsführung, bietet andererseits aber auch ein Konzept mit konkreten Handlungsanweisungen für die Umsetzung in der Praxis. In NÖ wird an einem Konzept für Qualitätssicherung in Suchteinrichtungen gearbeitet (Hörhan, persönliche Mitteilung). Ziel der Veranstaltung „Drogenkonsumierende Jugendliche zwischen Anpassung, Absturz und Ausgrenzung“ des ÖVDF im November 2005 war das Vermitteln von Handlungsansätzen und Kompetenzen, um den Umgang mit diesem Thema zu erleichtern. „Sucht und Migration“ war Thema eines Symposiums der Stiftung Maria Ebene (Vorarlberg) im November 2005, bei dem die Lebenssituation von jugendlichen Migrantinnen und Migranten und die daraus entstehenden Chancen bzw. Probleme in der stationären Drogentherapie beleuchtet wurden. Ein zusätzlicher Workshop ermöglichte den Erfahrungsaustausch zur „Beratung und Behandlung von Drogenabhängigen mit Migrationshintergrund“. Dabei wurde unter anderem festgestellt, dass für die Arbeit mit

Migrantinnen und Migranten die unterschiedlichen Migrationshintergründe berücksichtigt werden müssen. Die Integration von Suchtkranken mit türkischem oder ex-jugoslawischem Hintergrund scheint in der Therapiestation Lukasfeld gut zu funktionieren.

Das Ziel eines neuen grenzüberschreitenden EU-Projektes zur „Akutversorgung Suchtkranker im Bodenseeraum ASBO“ (ein Interreg-III-A-Projekt) ist es, die therapeutischen Angebote in der Region Alpenrhein-Bodensee-Hochrhein miteinander zu vernetzen und zu vergleichen und daraus Best-Practice-Modelle abzuleiten. Dazu fanden im ersten Halbjahr 2006 zwei Veranstaltungen unter dem Titel „Suchtdialog am Bodensee“ statt, bei denen ein Austausch der beteiligten Einrichtungen zu Verfahren des Drogenentzugs einerseits und zur Komorbidität von Sucht und anderen psychischen Erkrankungen andererseits stattgefunden hat. Vernetzung war auch Ziel der ersten österreichischen Suchthilfemesse im Herbst 2005. Vor allem stationäre Einrichtungen stellten ihre Angebote vor.

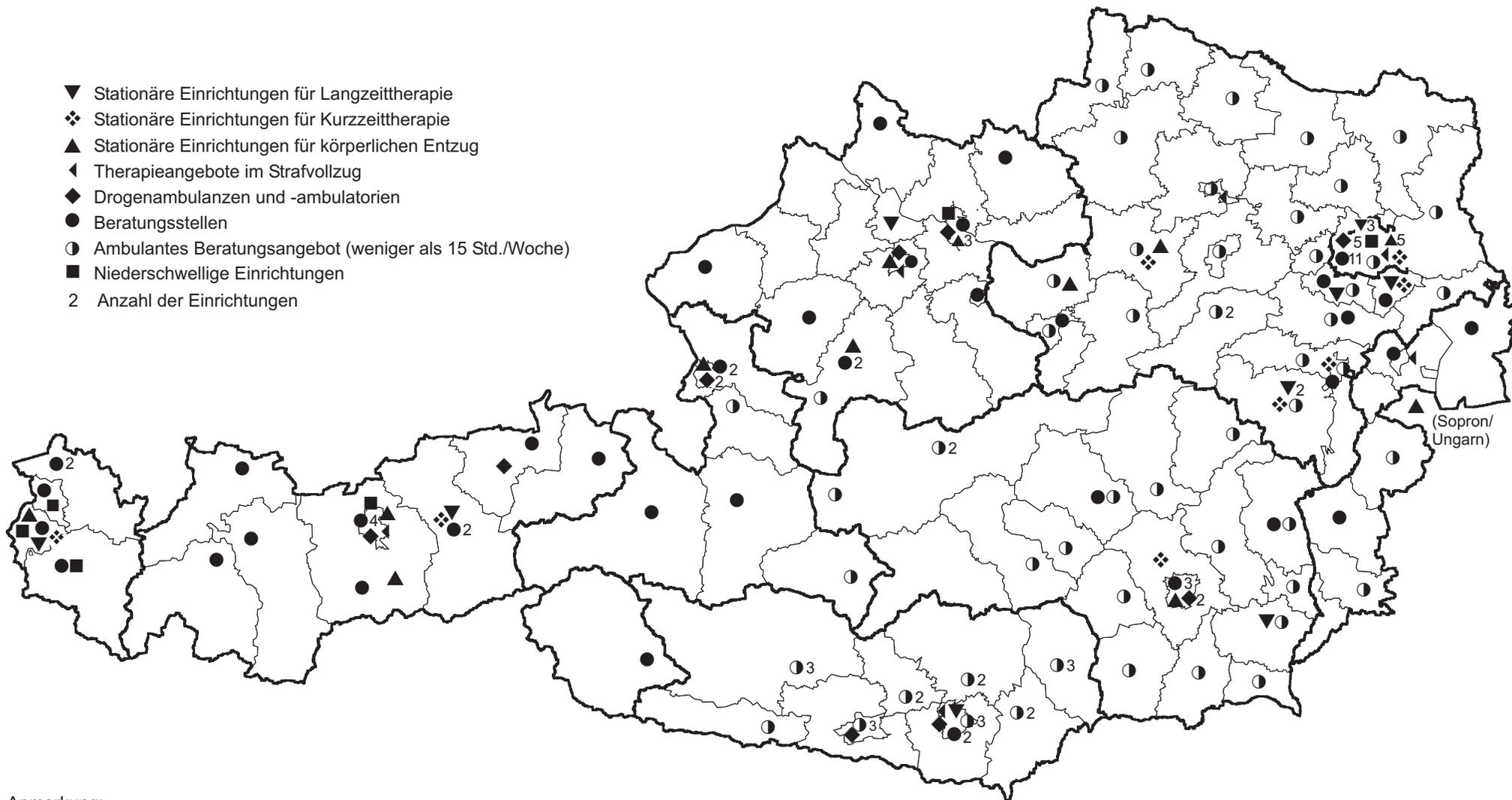
5.2 Abstinenzorientierte Behandlung

Es gab keine relevanten Veränderungen im Bereich der abstinenzorientierten Behandlung. Drogenentzugsbehandlungen werden in Österreich primär stationär, zunehmend aber auch ambulant durchgeführt. Generell setzt sich in Österreich der Trend zu flexibleren Programmen mit unterschiedlichen Laufzeiten fort. Die Wartezeiten für eine Aufnahme in stationäre Therapie betragen zwischen 10 und 100 Tagen (Suchthilfekompass).

Die Therapiestation Erlenhof hat durch Kooperation mit Gemeinde und Bezirk ein Programm für suchtkranke Mütter mit Kindern entwickelt. Allerdings wurde festgestellt, dass viele Mütter erst nach der Abnahme des Kindes durch das Jugendamt eine Therapie beginnen bzw. aufgrund der Angst vor einer Abnahme die Hilfe nicht in Anspruch nehmen (pro mente Oberösterreich 2006). Im Rahmen der Initiative Qualitätssicherung 2005 wurde an der Therapiestation Carina (Vorarlberg) mit der Umsetzung einer standardisierten, klinisch-psychologischen Eingangsdiagnostik (vgl. Kap. 7.3), einer systematischen Erhebung der Ergebnisqualität bei regulär abgeschlossenen Therapien inklusive Abschlussdiagnostik und einer standardisierten Katamneseerhebung für regulär abgeschlossene Therapien begonnen. Die Entwicklung und Erprobung der Eingangsdiagnostik konnte bereits abgeschlossen und Anfang 2006 in den Therapieprozess integriert werden. Erste Auswertungen zeigen, dass 85 Prozent der befragten Personen ihren Therapieerfolg als gut bis sehr gut beurteilen und bei Abschluss der Therapie mit dieser zufrieden bzw. sehr zufrieden waren (Stiftung Maria Ebene 2006).

Eine Studie zum Quasi-Compulsory Treatment in Wien zeigte einen Erfolg der Behandlung sowohl bei „Freiwilligen“ als auch bei Personen, die aufgrund von Therapie statt Strafe in Behandlung gegangen sind (Trinkl und Werdenich 2006; vgl. Kap. 12.1).

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

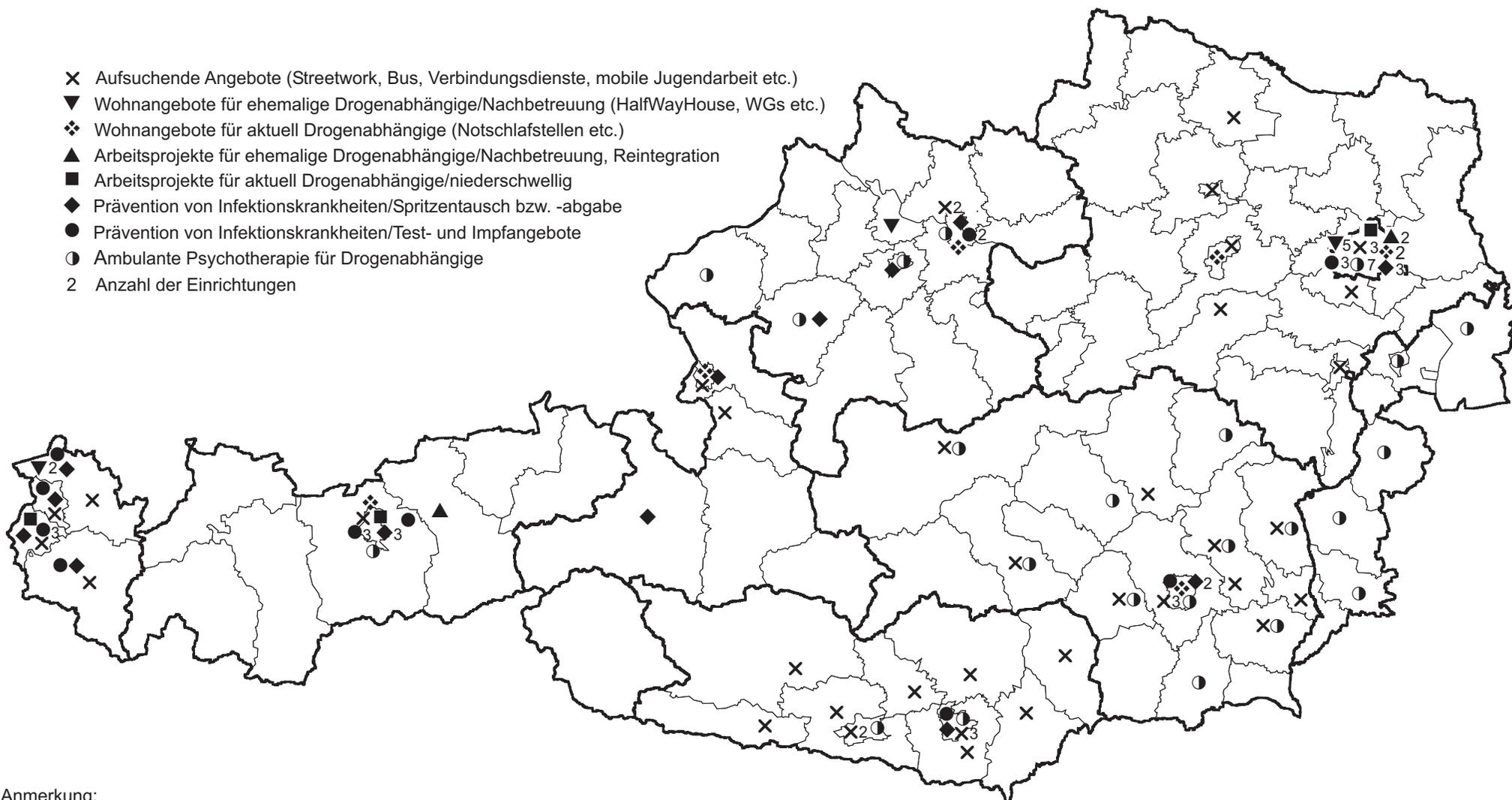


Anmerkung:

Die Karte gibt einen Überblick über ausgewählte drogenspezifische Einrichtungen, aufgeschlüsselt nach Bezirken. Die Karte erlaubt keinen Aufschluss über Quantität (zeitliche Verfügbarkeit) und Qualität (wie Besetzung und Qualifikation des Personals) des Angebots. Für den Bereich der Beratung, die häufig im Rahmen von allgemein ausgerichteten Einrichtungen (psychosoziale Beratungsstellen, Suchtberatungsstellen etc.) beschränkt auf wenige Stunden pro Woche angeboten wird, wurde aber eine Differenzierung vorgenommen. Spezialisierte Drogenberatungsstellen und beschränktes Beratungsangebot werden getrennt erfasst (siehe Legende). Weiters wird darauf verwiesen, dass es noch eine Reihe von nicht drogenspezifischen Einrichtungen (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 2006

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 2006

5.3 Substitutionsbehandlung

Aufbauend auf den in den letzten Jahren stattgefundenen Arbeitskreisen wurden im Berichtszeitraum Entwürfe für zwei Verordnungen erarbeitet, die die zukünftigen Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung festlegen sollen (ÖBIG 2004, ÖBIG 2005a; vgl. Kap. 1.1). Ziel ist eine Optimierung der Substitutionsbehandlung, manche der vorgesehenen Änderungen wurden aber von den Fachleuten kontroversiell diskutiert. Gefordert wurden insbesondere ausreichende Übergangsbestimmungen sowie – von einem Teil der Fachleute – die weitere Verfügbarkeit von retardierten Morphinen als Substitutionsmittel.

Zu den geplanten Änderungen bzw. Neuregelungen der Suchtgiftverordnung gehören eine besonders sorgfältige Prüfung der Indikation bei jungen Personen und kurzer Dauer der Opioidabhängigkeit sowie der Einsatz von Methadon und Buprenorphin als Mittel der ersten Wahl und von anderen Substanzen – wie retardierten Morphinen – nur bei Kontraindikationen der zuerst genannten Mittel. Generell soll die täglich kontrollierte Einnahme des Substitutionsmittels unter Aufsicht verordnet werden, Ausnahmen davon sollen nur sehr eingeschränkt zulässig sein und vor allem beim Einsatz von retardierten Morphinen sehr restriktiv geregelt werden. Die Amtsärztinnen und Amtsärzte sollen in Zukunft nicht nur für die Vidierung aller Verschreibungen zuständig sein, sondern auch für die Prüfung der Qualifikation der behandelnden Person sowie der Verordnungskonformität von Indikationsstellung und Behandlung.

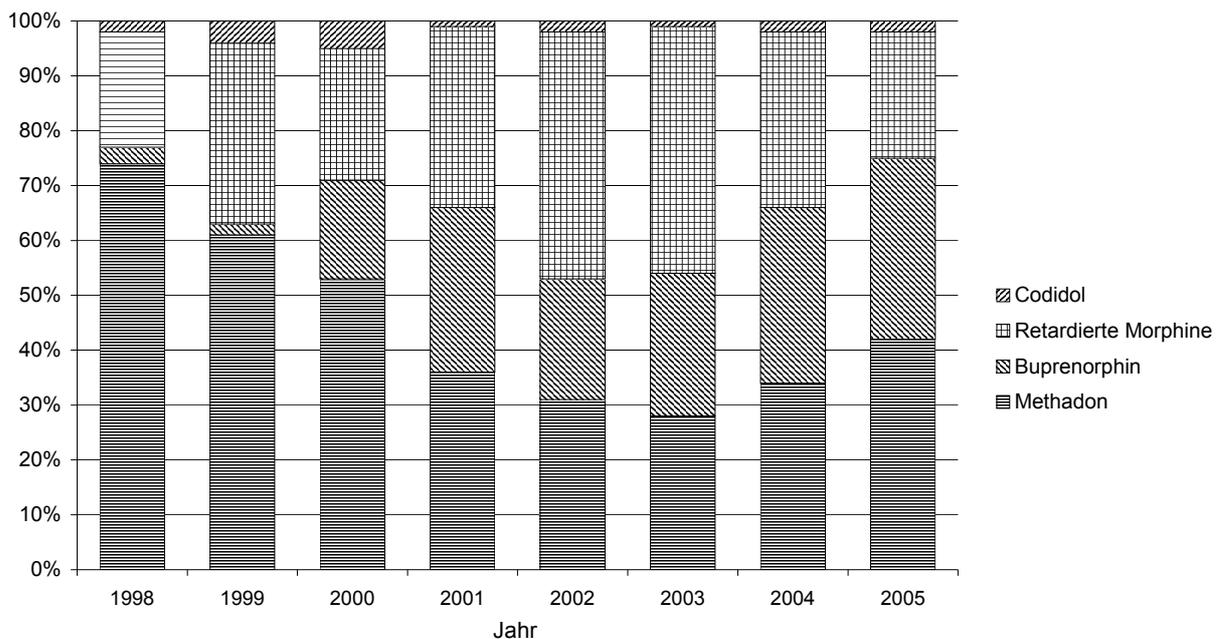
Der Entwurf zur Weiterbildungsverordnung orale Substitution (ÖBIG 2005a; Kap. 1.1) legt fest, dass in Zukunft nur mehr entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte in der Substitutionsbehandlung tätig sein dürfen. Die Weiterbildung soll von der Österreichischen Ärztekammer unter anderem in Kooperation mit den medizinischen Universitäten sichergestellt werden. Vorgesehen sind ein Basismodul (40 Einheiten) sowie eine vertiefende Weiterbildung (6 Einheiten pro Jahr bei einem Durchrechnungszeitraum von drei Jahren), wobei 20 Einheiten des Basismoduls durch E-Learning absolvierbar sein sollen. Der Qualifikationsnachweis soll der Bezirksverwaltungsbehörde vorgelegt werden, die auch eine Liste der für die Durchführung der Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte zu führen hätte. Die Eintragung würde jeweils für die Dauer von drei Jahren gelten, spätestens drei Monate vor Ablauf wäre die Aufrechterhaltung zu beantragen. Für Personen, die auf dem Gebiet der Substitutionsbehandlung bereits über einen längeren Zeitraum tätig sind, sind im Entwurf Übergangsbestimmungen vorgesehen.

Aus der Steiermark wird aufgrund der Verzögerungen und Unklarheiten bei den geplanten Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen eine Verunsicherung bei Behandelnden und Suchtkranken berichtet. In Salzburg wurde im Berichtszeitraum das Konzept zu Zweitordinationen in Drogenberatungsstellen weiterentwickelt (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2006, ÖBIG 2005a). Darüber hinaus wurde im Arbeitskreis für Substitution beschlossen, dass an dem dreistufigen Modell zur Substitutionsbehandlung (ÖBIG 2005a) festgehalten werden soll. Das in NÖ erarbeitete Konzept „Substitutionsmodell Bezirk St. Pölten-Land“ wird bereits erfolgreich umgesetzt und auch in Bruck an der Leitha aufgebaut (Hörhan, persönliche Mitteilung; ÖBIG 2005a). Im Burgenland wurde im Berichtszeitraum das Substitutionsprogramm ausgebaut, regionale Qualitätszirkel für diesen Bereich wurden etabliert (Dantendorfer 2005). In Vorarlberg wurde Ende 2005 in der Kontakt- und Anlaufstelle

H.I.O.B. unter dem Titel „Intensive Care Substitution“ ein intensiv begleitetes und umfassendes Angebot eingerichtet (Neubacher 2006). Dieses Angebot bündelt Abgabe, Betreuung und ärztliche Versorgung an einer Stelle, um Suchtkranke mit erhöhtem Behandlungsbedarf (u. a. Personen mit problematischem Beikonsum) für eine Standard-Substitutionsbehandlung zu stabilisieren. In erster Linie werden Methadon und Buprenorphin verordnet, nur in begründeten Ausnahmefällen werden retardierte Morphine eingesetzt. Die Abgabe des Substitutionsmittels erfolgt täglich unter Aufsicht und ermöglicht es, auf akute Probleme reagieren zu können. Problematischer Beikonsum wird nicht sanktioniert, jedoch ständig thematisiert. Behandlungsziele und die aktuelle Situation der Suchtkranken werden in wöchentlichen Teamsitzungen, zum Teil gemeinsam mit den Betroffenen, besprochen. Angeboten wird auch ein kontrollierter ambulanter Entzug von Benzodiazepinen über mehrere Monate. Der Erfolg dieses Programms zeigt sich unter anderem dadurch, dass zirka die Hälfte der Behandelten für weiterführende Maßnahmen wie Therapie oder Entzug angemeldet ist. In einigen Beratungsstellen wie beispielsweise Clean Feldkirch (Vorarlberg) werden Mitgaben von Substitutionsmitteln nur noch nach schriftlicher Antragsstellung und Bestätigung durch den Amtsarzt genehmigt (Stiftung Maria Ebene 2006). Seither gibt es diesbezüglich deutlich weniger Anfragen.

Die Diskussionen und Änderungen des Substitutionserlasses haben sich, wie bereits im Vorjahr (ÖBIG 2005a), auch im Jahr 2005 auf die österreichweit gemeldeten Erstbehandlungen (vgl. Kap. 4.2) ausgewirkt (vgl. Abb. 5.1). Der Anteil der mit Methadon Substituierten an den österreichweit gemeldeten Erstbehandlungen ist gestiegen (auf 42 %), während die Anzahl der Behandlungen mit retardierten Morphinen gesunken ist (auf 23 %). Die Zahl der Behandlungen mit Buprenorphin bzw. Codein hat sich nur geringfügig bzw. nicht geändert (33 bzw. 2 %).

Abbildung 5.1: Entwicklung der bei der Erstbehandlung verwendeten Substitutionsmittel in den Jahren 1998–2005



Quelle: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

Die altersmäßige Verteilung der Substitutionsmittel in Salzburg zeigt, dass retardierte Morphine vor allem bei älteren Suchtkranken eingesetzt werden, Buprenorphin und Codein hingegen eher bei jüngeren (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2006).

6 Gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Seit 1989 werden in Österreich vom Gesundheitsressort Daten zu suchtgiftbezogenen Todesfällen gesammelt. Ab Mitte der 1990er-Jahre (vgl. Abb. 6.1 auf der nächsten Seite) sank zunächst die Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle, in den letzten Jahren musste jedoch wieder ein Anstieg festgestellt werden (vgl. ÖBIG 2006b).

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 sich die berichteten Daten tendenziell bei 50 bis 60 Prozent einpendeln. 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 bei Menschen mit problematischem Drogenkonsum von einer hohen Prävalenz psychiatrischer Komorbidität (Doppeldiagnosen) gesprochen werden (vgl. ÖBIG 2003).

6.1 Suchtgiftbezogene Todesfälle und Mortalität

Bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen wird zwischen den direkt und den indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen unterschieden¹. In einigen Ländern, darunter auch in Österreich, wurde lange Zeit die Summe von direkt und indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen als offizielle Zahl der „Drogenopfer“ referiert. Die intensive Auseinandersetzung mit der Thematik in internationalen Arbeitsgruppen auf Ebene der EBDD hat aber dazu geführt, dass in allen Ländern der EU nur mehr direkt suchtgiftbezogene Todesfälle im Rahmen des Indikators „suchtgiftbezogene Todesfälle“ erfasst werden. Dies hat mehrere Gründe: Zunächst ist die Aufsummierung von direkt und indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen höchst problematisch, da Indikatoren für unterschiedliche Sachverhalte vermischt werden. Bei indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen liegt der Drogenkonsum oft weit zurück (z. B. bei Personen, die

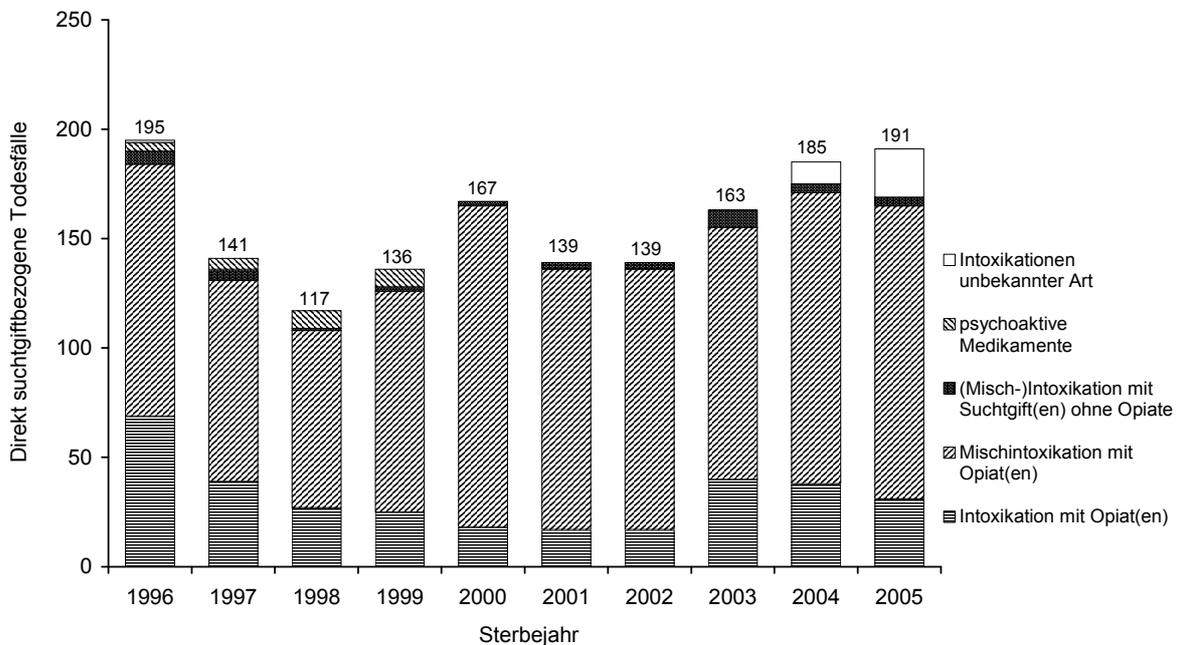
¹ Bei den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen kann ein unmittelbar kausaler Konnex zwischen Tod und Suchtgiftkonsum angenommen werden. Es handelt sich dabei – im Gegensatz zu den indirekten Todesfällen – um an einer akuten Intoxikation mit Beteiligung eines Suchtgiftes Verstorbene. Diese Definition entspricht der Definition für „Drug-related Deaths“ der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD).

Bei den indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen ist die Todesursache nicht eine akute Intoxikation mit Beteiligung eines Suchtgiftes. Es ist aber aufgrund einer suchtgiftbezogenen Vorgeschichte eine mögliche Beziehung zwischen dem Tod und einem Suchtgiftkonsum denkbar. Nach Definition der EBDD sind unter indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen unter anderem Tod durch Krankheiten, bei denen ein Bezug zum Drogenkonsum angenommen wird (z. B. AIDS, wenn die HIV-Infektion durch i. v. Drogenkonsum erfolgte), Unfälle unter Drogeneinfluss oder Selbstmorde von Drogenabhängigen (nicht durch Überdosierung) zu verstehen. Der kausale Bezug zwischen Drogenkonsum und Tod ist indirekt und beruht auf Schlussfolgerungen (ÖBIG 2006b).

an AIDS versterben und sich beim Drogenkonsum mit HIV infiziert haben). Ein Bezug zur aktuellen Drogensituation ist hier oft nicht gegeben. Ein weiterer Grund ist, dass die Zuordnung zu indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen in den meisten Fällen auf Schlussfolgerungen statt direkten Belegen beruht und auch der indirekte Kausalbezug zwischen Drogenkonsum und Todesfall nicht nachgewiesen werden kann. Weiters sind die Zahlen sehr unvollständig, da zu vermuten ist, dass beispielsweise bei Tod durch eine durch intravenösen (i. v.) Drogenkonsum verursachte Sekundärschädigung (z. B. Hepatitis) dieser Sachverhalt nicht erkannt und daher nicht als Verdachtsfall gemeldet wird. Die Darstellung der indirekt suchtgiftbezogenen Todesfälle erfolgt in Kapitel 6.4.

Die Zahl der direkt an den Folgen von Drogenkonsum verstorbenen Personen ist im Jahr 2005 auf 191 gestiegen (2004: 185 Fälle; vgl. Tabelle A3 und A4 im Anhang A; ÖBIG 2006a, ÖBIG 2006b). In 25 Prozent der Fälle wurden bei der Toxikologie ausschließlich illegale Drogen (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination) festgestellt. Zusätzlich wurden in 39 Prozent der Fälle auch psychoaktive Medikamente, in 15 Prozent der Fälle auch Alkohol und zu 20 Prozent beides – sowohl Alkohol als auch psychoaktive Medikamente – nachgewiesen (vgl. Tabellen A6 und A7 im Anhang A). Wie in den Vorjahren zeigt sich ein starkes Überwiegen der Mischintoxikationen unter Beteiligung von Opiaten (79 % der Intoxikationen mit bekannten Substanzen; vgl. Abbildung 6.1). Der Anteil reiner Opiatintoxikationen ist mit rund 18 Prozent im Vergleich zu den zwei Jahren davor leicht gesunken (2001 und 2002: 12 %, 2003: 25 %, 2004: 22 %). Polytoxikomane Konsummuster, bei denen die sich teilweise potenzierende Wirkung unterschiedlicher Substanzen schwer kontrollierbar werden kann, sind nach wie vor stark verbreitet und stellen ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar.

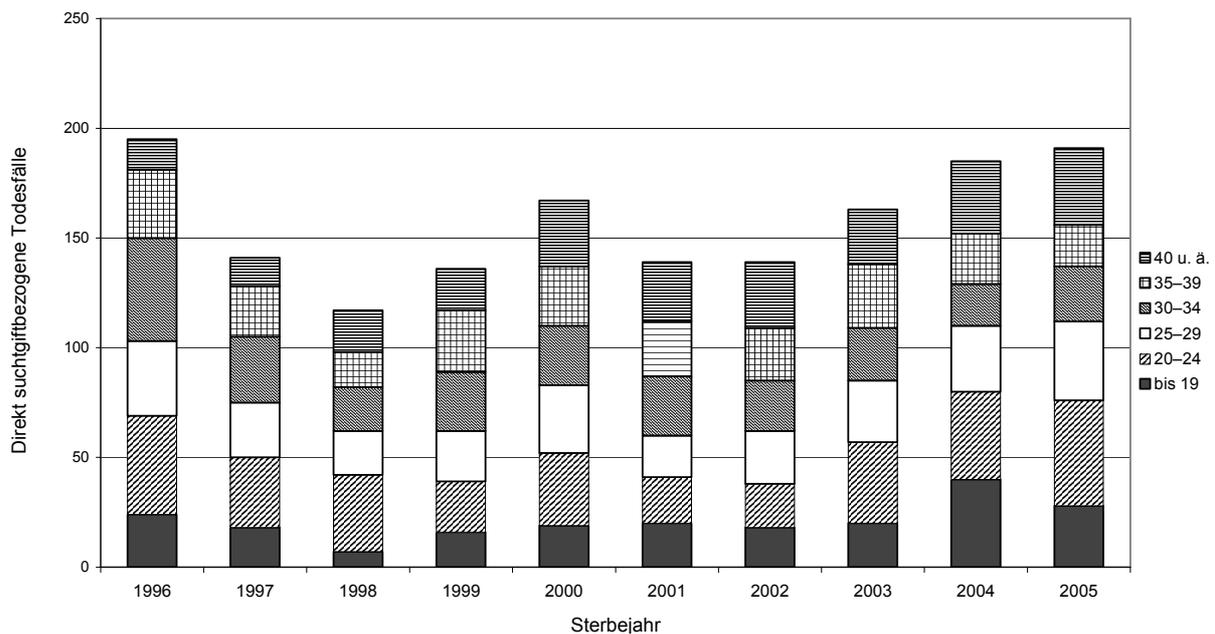
Abbildung 6.1: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 1996–2005



Quelle: ÖBIG 2006b

Das Durchschnittsalter der direkt an den Folgen des Drogenkonsums verstorbenen Personen ist bis zum Jahr 2002 gestiegen. Seit dem Jahr 2003 ist eine Verringerung des gruppierten Median¹ festzustellen, im Jahr 2005 betrug dieser 25,9 Jahre. Der Anteil der Gruppe der Personen unter 20 Jahren ist im Jahr 2004 leicht angestiegen, ist jedoch mit 15 Prozent im Jahr 2005 etwa gleich hoch wie in den Jahren davor (2002: 13 %, 2003: 12 %, 2004: 22 %; vgl. Abbildung 6.2). Der Anteil der 20- bis 24-Jährigen liegt mit 25 Prozent im Durchschnitt der letzten Jahre (2002: 14 %, 2003: 23 %, 2004: 22 %). Der Anteil der Frauen bei den direkt an den Folgen des Drogenkonsums verstorbenen Personen entspricht mit 23 Prozent dem langjährigen Durchschnitt.

Abbildung 6.2: Altersverteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich, 1996–2005



Quelle: ÖBIG 2006b

Die meisten suchtgiftbezogenen Todesfälle verzeichnete im Jahr 2005 das Bundesland Wien, was nicht überrascht, da bekanntermaßen in Großstädten und Ballungszentren Drogenproblematik verschärft auftritt. In Wien wurden 2005 (vgl. Tabelle A4 und A7 im Anhang A) 8,2 direkt suchtgiftbezogene Todesfälle pro 100.000 Personen in der Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren gezählt, gefolgt von Tirol mit 3,6 pro 100.000 Einwohner (ÖBIG 2006b).

Zum ersten Mal wurde heuer auch der Auffindungsort der einzelnen Personen systematisch erfasst. Dieser liefert wichtige Informationen über den räumlichen Kontext, in dem tödlich verlaufende Überdosierungen vorkommen. Es zeigt sich, dass die Mehrheit (81 %) der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in einer Wohnung versterben. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Großteil des hochriskanten Drogenkonsums im (scheinbar) ge-

¹ Der gruppierte Median ist jener Wert, bei dem 50 Prozent der Fälle niedriger und 50 Prozent der Fälle höher liegen.

geschützten privaten Rahmen stattfindet, dieser Kontext aber möglicherweise das Ausbleiben von rascher Hilfe bei Intoxikationen bedeutet und damit das Risiko einer tödlich verlaufenden Überdosierung erhöht. Zusätzlich wurde eine Analyse der Begleiterkrankungen von direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle vorgenommen (vgl. Kap. 6.4.).

Schwankungen bezüglich der Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle müssen wegen der im statistischen Sinne geringen Anzahl mit Vorsicht interpretiert werden und dürfen keinesfalls mit der Entwicklung der Drogensituation insgesamt gleichgesetzt werden. Da jedoch im Jahr 2005 im dritten Jahr in Folge ein Anstieg der Zahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle zu beobachten ist, kann (auch unter Berücksichtigung der Verringerung des Durchschnittsalters) von einer Verschlechterung der Situation hinsichtlich direkt suchtgiftbezogener Todesfälle ausgegangen werden. Das sollte Anlass sein, sich gezielte gesundheitspolitische Maßnahmen zur Risikominimierung in diesem Bereich zu überlegen.

6.2 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Aktuelle Daten einiger Einrichtungen aus dem niederschweligen wie auch stationären Drogenhilfebereich (vgl. Tab. 6.1) weisen auf eine Hepatitis-B-(HBV-)Rate hin, die zwischen 0 und 28 Prozent streut. Die Hepatitis-C-(HCV-)Prävalenz scheint sich auf einem Niveau zwischen 50 und 60 Prozent einzupendeln, da die diesjährigen Daten kaum Unterschiede zu den zwei vorangegangenen Jahren aufweisen.

Tabelle 6.1: Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C und HIV, 2005

Datenquelle	HBV-Rate	HCV-Ab-Rate ¹	HIV-Rate
Therapiestation Lukasfeld	16 % (5/31) ²	55 % (17/31)	0 % (0/31)
Langzeittherapiestation des Anton-Proksch-Instituts (API)	0 % (0/58) ³	59 % (34/58)	0 % (0/58)
Sozialmedizinische Beratungsstelle Ganslwirt	28 % (22/80) ⁴	49 % (45/92)	3 % (5/163)
Caritas Marienambulanz	22 % (21/94) ⁵	49 % (47/96)	0 % (0/89)
Drogenambulanz AKH	nicht erfasst	49 % (48/97)	2 % (2/97)
Suchtgiftbezogene Todesfälle (Intoxikationen) 2004	4 % (7/185)	23 % (42/185)	5 % (10/185)
Suchtgiftbezogene Todesfälle (Intoxikationen) 2005	nicht erfasst	32 % (61/191) ⁶ 48 % (61/127) ⁶	7 % (14/191) ⁶ 12 % (14/118) ⁶

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

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

³ Dieser Prozentsatz bezieht sich auf Personen, bei denen Antikörper gegen Hepatitis B nachgewiesen wurden und die nachweislich nicht geimpft bzw. ausgeheilt waren.

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

⁵ Die positiven Testergebnisse sind nur HBVsAb positiv und nicht antiHBs positiv.

⁶ Nur in 127 bzw. 118 von 191 Gutachten zu den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen fand der Infektionsstatus von HCV und HIV Erwähnung. In den 64 restlichen Fällen wird nicht deutlich, ob der Infektionsstatus nicht erhoben oder ob er aufgrund eines negativen Ergebnisses im Gutachten nicht erwähnt wurde. Die beiden angegebenen Prozentsätze stellen somit die Ober- bzw. Untergrenze der Prävalenzraten zu HCV und HIV dar.

Quellen: Duspara, Stolz-Gombocz, Haltmayer, Anderwald, Fischer, persönliche Mitteilungen; ÖBIG 2006a, ÖBIG 2006b, vgl. auch Standard Table 9

Vergleicht man diese Prävalenzdaten über die Jahre, so fällt auf, dass sie unter den einzelnen Einrichtungen weniger streuen als noch in den Jahren zuvor. Aus den Einrichtungen wird weiterhin eine niedrige HIV-Prävalenz zwischen null und fünf Prozent berichtet, wobei sich aus den Gutachten der suchtgiftbezogenen Todesfälle seit langem wieder eine Prävalenz von über zehn Prozent ergibt. Dies ist insofern relevant, als es sich um ein unabhängiges Sample handelt und somit die Vermischung von Inzidenz und Prävalenz ausgeschlossen werden kann. Diese Tendenz bestätigt das schon in den letzten Berichten vermutete Ansteigen von HIV-Neuinfektionen unter i. v. Drogenkonsumierenden (vgl. ÖBIG 2004, ÖBIG 2005a). Die gerichtsmedizinischen Gutachten zu den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen weisen weiters darauf hin, dass von den 14 HIV-infizierten Personen bereits vier an AIDS erkrankt waren.

Verlässliche Aussagen über Veränderungen und Trends sind weiterhin aufgrund der wenigen Datenquellen nicht möglich. Seit Januar 2006 werden über das einheitliche Dokumentationssystem der Einrichtungen der Drogenhilfe (DOKLI) auch Daten zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten erhoben, die ab 2007 zusätzlich Informationen aus dem Behandlungsbereich liefern werden (vgl. Kap. 4.2).

Im Berichtsjahr gibt es erstmals auch Prävalenzwerte bezüglich einer HCV-PCR, die mehr über die Chronifizierung aussagt als ein HCV-Antikörpernachweis (HCV-Ab). Diesbezügliche Daten zeigen, dass im niederschweligen Setting der Caritas Marienambulanz (37 von 47 HCVAb-Positiven) und in der Drogenambulanz im Allgemeinen Krankenhaus Wien (38 von 48 HCVAb-Positiven) über die Hälfte der HCVAb-Positiven auch einen positiven PCR-Nachweis haben. Im Behandlungsbereich (Lukasfeld: 7 von 17 HCVAb-Positiven; Anton-Proksch-Institut: 10 von 34 HCVAb-Positiven) ist dieses Verhältnis geringer. Bezüglich der HCV-Genotypisierung sind weiterhin kaum Daten bekannt. Aus Innsbruck wird berichtet, dass bei 54 Prozent der HCV-Positiven der Genotyp 1 und bei 38 Prozent der Genotyp 3 nachweisbar ist (Vogel 2005).

Betrachtet man die Daten aus der Wiener BADO, so wird ein Alterstrend hinsichtlich HIV- und HCV-Infektionen sichtbar. In der Gruppe der 16- bis 20-Jährigen geben 14 Prozent eine HCV an, bei den 21- bis 25-Jährigen bereits 23 Prozent, und Personen zwischen 26 und 35 Jahren berichten zu 37 Prozent von einer bereits diagnostizierten Hepatitis C. Betreffend einer HIV-Infektion ist vor allem ab einem Alter von 30 Jahren ein stärkerer Anstieg, nämlich von zwei bis drei Prozent auf sieben bis neun Prozent, zu verzeichnen (IFES 2005b, vgl. Kap. 4.2).

TBC-Infektionen stellen nach Meinung der Fachleute in Österreich weiterhin kaum ein Problem dar. Es treten lediglich vereinzelt Fälle auf. In den Daten der Wiener BADO finden sich sexuell übertragbare Krankheiten (STD) unter den Klientinnen und Klienten mit einer Prävalenz von unter einem Prozent (vgl. Tab. 6.2, IFES 2005b).

6.3 Psychiatrische Komorbidität

Wie bereits in den letzten Jahren beschrieben (vgl. ÖBIG 2004, ÖBIG 2005a), ist auch weiterhin eine hohe Prävalenz von psychiatrischer Komorbidität (Doppeldiagnosen) bei Menschen mit problematischem Drogenkonsum zu erkennen. Zwar fehlen österreichweite Routinedaten, doch richten die einzelnen Einrichtungen im Rahmen von klinisch-psychologischer Diagnostik verstärktes Augenmerk auf dieses Problemfeld.

Von 58 Neuaufnahmen des Anton-Proksch-Instituts (API) nahmen 52 Personen an der klinisch-psychologischen Untersuchung teil, sechs davon waren unter 19 Jahren. Von den über 19-Jährigen zeigten sich bei rund 30 Prozent zumindest eine Persönlichkeitsstörung und bei 43 Prozent zwei bis drei Störungsbilder nach DSM IV. Bei den Diagnosen überwiegen mit 34 Prozent antisoziale Persönlichkeitsstörungen, beginnend vor dem 15. Lebensjahr, gefolgt von Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit 24 Prozent Anteil. Auch narzisstische, abhängige, vermeidende und histrionische Persönlichkeitsstörungen wurden diagnostiziert. Kaum eine Rolle spielen die Diagnosen der zwanghaften bzw. paranoiden Persönlichkeitsstörungen (API 2006). Von Carina (Vorarlberg) wird berichtet, dass bei fast 54 Prozent der Patientinnen und Patienten neben der Suchtdiagnose noch eine weitere psychiatrische Diagnose besteht. Dabei handelt es sich in erster Linie um Persönlichkeitsstörungen und drogeninduzierte Psychosen. Bei mehr als 35 Prozent wurden zwei oder mehrere Diagnosen gestellt (Stiftung Maria Ebene 2006). Diese Beobachtungen decken sich auch mit Berichten aus dem Beratungs- und Betreuungszentrum (BBZ Wien; Dialog 2006).

Wie auch in den Vorjahren befanden sich rund 20 Prozent der Klientel der Wiener Drogenhilfseinrichtungen (vgl. Kap. 4.2) innerhalb der letzten zwölf Monate vor Betreuungsbeginn den eigenen Angaben zufolge in psychiatrischer Behandlung. 56 Prozent davon geben eine ambulante und 53 Prozent eine stationäre psychiatrische Behandlung an. Es lassen sich diesbezüglich weder geschlechtsspezifische noch altersspezifische Unterschiede nachweisen, lediglich in der Altersgruppe der über 40-Jährigen ist eine deutlich höhere Quote an Psychiatriepatientinnen und -patienten feststellbar (IFES 2005b).

6.4 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen

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

Erstmals wurden die gerichtsmedizinischen Gutachten der suchtgiftbezogenen Todesfälle hinsichtlich Begleiterkrankungen systematisch analysiert, wobei die Palette von leicht reversiblen Organschäden bis hin zu akut lebensbedrohlichen Krankheitszuständen reicht. Von den insgesamt 191 direkten Todesfällen werden in 120 Gutachten Aussagen zu Begleiterkrankungen gemacht. Bei 38 Personen wird ein Organ als geschädigt diagnostiziert, 68 Personen weisen zwei bzw. drei geschädigte Organe auf und 14 Personen mehr als vier erkrankte Organe.

Am häufigsten, nämlich in 100 Gutachten, wird eine Leberschädigung als begleitende Krankheit angegeben. In zehn Fällen handelt es sich bereits um eine Leberzirrhose. In 69 Fällen ist das Herz geschädigt, wobei die Befunde von einer fettigen und bindegewebigen Degeneration, Schwielenherz, Infarkt Narben über Coronarsklerose bis hin zur Herzmuskel- und Herzklappenentzündung reichen. Die Lunge zeigt in 32 Fällen pathologische Begleitbefunde, am häufigsten mit den Diagnosen Lungenemphysem bzw. Lungenanthrakose. Nierenschäden werden in 17 Gutachten beschrieben, und aus zwölf Obduktionsgutachten geht eine Bauchspeicheldrüsenschädigung hervor. Die Körperarterieninnenwände zeigen in 17 Fällen – wahrscheinlich aufgrund der chronischen Toxineinwirkung – vermehrt Auflagerungen

(Atherosklerose). Neurologische Veränderungen im Gehirn werden in sieben Gutachten beschrieben. Neben den organischen Schäden wird in 18 Gutachten ein begleitender lebensbedrohlicher Gesundheitszustand wie begleitende Sepsis, schwere Lungenentzündung oder Kachexie beschrieben. Bei derartigen Krankheitsbildern ist die Toleranz gegenüber den eingenommenen Suchtmitteln wesentlich herabgesetzt, sodass normalerweise tolerable Dosen bereits eine tödliche Wirkung entfalten können (vgl. ÖBIG 2006b).

Insgesamt 36 Todesfälle wurden im Jahr 2005 als indirekt suchtgiftbezogene Todesopfer verifiziert. Die meisten indirekt suchtgiftbezogenen Todesfälle (18 Personen) starben an Krankheiten wie z. B. Myokarditis oder Leberzirrhose. Jeweils sieben Personen verstarben bei einem Selbstmord bzw. einem Unfall. Indirekt suchtgiftbezogene Todesfälle umfassen zwei Personen, die sich via i. v. Konsum mit HIV infiziert haben und im Jahre 2005 an manifestem AIDS verstorben sind. Zwei weitere Personen verstarben an anderen Ursachen.

In der Statistik der Wiener BADO geben 59 Prozent der erfassten Personen aktuelle gesundheitliche Probleme an. Im Vergleich zu den beiden letzten Berichtsjahren wird ersichtlich, dass diese Angaben tendenziell sinken. Vor allem die anamnestischen Angaben zu Hepatitis C sind von 42 Prozent 2002 auf 30 Prozent gesunken (IFES 2005b). Eine detaillierte Auflistung der genannten Krankheiten nach Alter und Geschlecht findet sich in Tab. 6.2.

Tabelle 6.2: Aktuelle gesundheitliche Probleme nach Altersgruppen und Geschlecht in Prozent (n = 1.700), Klientinnen- und Klientenjahrgang 2004

Aktuelle gesundheitliche Probleme	Gesamt	Männer	Frauen	Altersgruppen						
				< 15	16–20	21–25	26–30	31–35	36–40	> 49
	59	58	60	14	47	57	61	65	74	77
Chronische Hepatitis C	30	30	29	3	14	23	37	41	51	45
Zahnprobleme	19	20	16	–	13	19	21	23	23	27
Magen-, Darmprobleme	11	11	11	–	9	12	11	10	12	17
Psychiatrische Erkrankungen	9	8	12	3	7	10	9	9	11	12
Haut, Venen	7	6	8	–	4	6	8	8	11	13
AIDS, HIV-Infektion	4	3	5	–	1	3	2	7	9	7
Krampfanfälle, epileptische Anfälle	5	5	6	–	6	5	7	3	4	4
Chronische Hepatitis B	4	4	3	3	2	2	4	4	6	10
Invaldität	1	1	1	–	–	1	*	2	4	2
Gynäkologische Probleme	2	*	8	–	4	4	2	2	3	1
STD (sexuell übertragbare Krankheiten)	*	*	1	–	*	*	1	*	1	1
Andere	9	8	12	7	9	9	8	9	7	16
Keine aktuellen gesundheitlichen Probleme	41	42	40	86	53	43	39	35	26	23

* = Anteil ist kleiner als ein Prozent

– = Anteil ist null Prozent

Quelle: IFES 2005b

Die Anzahl der Einsatzfahrten der Wiener Rettung wegen Verdachts auf Überdosierung belief sich im Jahr 2005 auf 663, der kontinuierliche Anstieg der letzten Jahre wurde somit unterbrochen (FSW 2006b, vgl. ÖBIG 2005a). Von niederschweligen Einrichtungen in Wien werden im Berichtsjahr 72 lebensrettende Maßnahmen gemeldet, bei denen entweder die Rettung gerufen wurde oder eine Beatmung notwendig war (VWS 2006b, VWS 2006c).

7 Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Unter Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen wird eine Vielfalt von Interventionen gefasst. Diesbezügliche Angebote liegen in Österreich schwerpunktmäßig im Bereich von drogenrelevanten Infektionskrankheiten und bieten vorwiegend niederschwellige Unterstützung im Sinne von Schadensminimierung an. Spritzentausch, Hepatitis-Impfungen, Informationen zu Safer Use/Safer Sex sind gängige Angebote von niederschweligen Einrichtungen und aufsuchenden Angeboten (Streetwork). 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 suchtgiftbezogenen Todesfällen

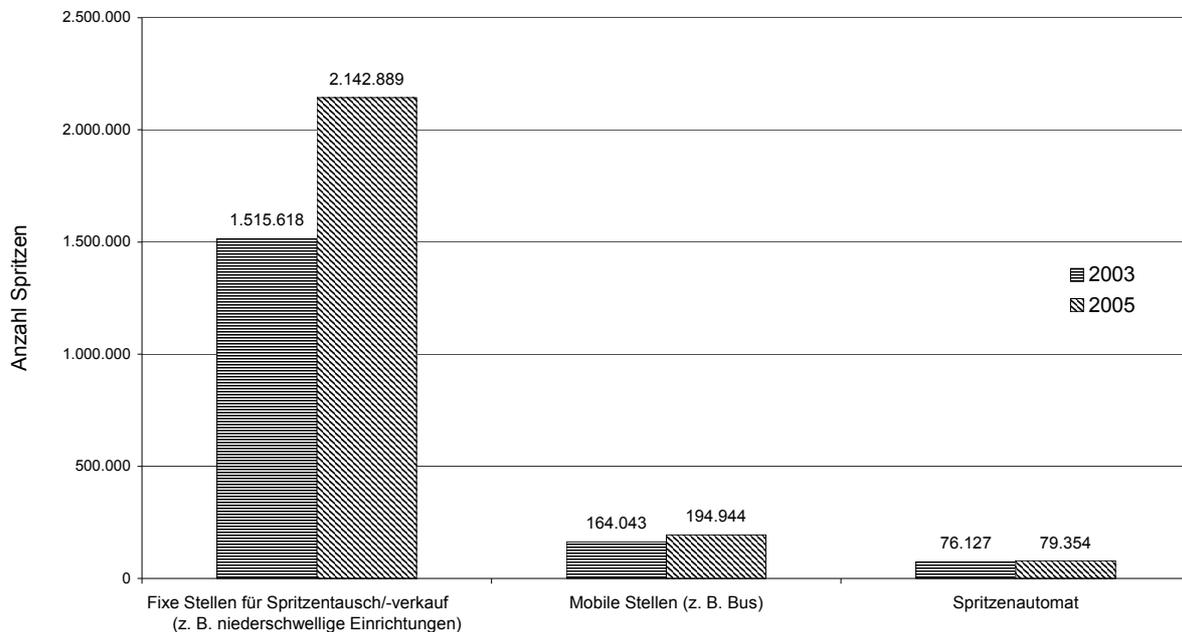
Maßnahmen zur Prävention von Überdosierungen sind weiterhin ein wesentliches Thema im niederschweligen Drogenbereich (vgl. ÖBIG 2004, ÖBIG 2005a). Es wird die Erfahrung gemacht, dass für Drogenkonsumierende in Krisensituationen schon der Weg in eine niederschwellige Einrichtung eine große Hürde darstellen kann, und die Notfallhilfe, wie Krisenintervention und Observation, aber auch lebensrettende Maßnahmen passieren daher verstärkt im Bereich von lebensweltnahen Angeboten wie Streetwork. In Wien wurden im Berichtsjahr im niederschweligen Bereich insgesamt 284 Kriseninterventionen, 1.041 Observationen und 72 lebensrettende Maßnahmen durchgeführt (vgl. VWS 2006b, VWS 2006c). CONTACT, der Spitalsverbindungsdienst für Drogenabhängige in Wien, wurde 2005 insgesamt 423-mal von unterschiedlichen Krankenhäusern in Wien verständigt. In seiner Arbeit in den Krankenhäusern kam es zu 1.007 Kontakten mit drogenkonsumierenden Patientinnen und Patienten und zu 990 Kontakten, die nach dem Krankenhausaufenthalt stattgefunden haben (FSW 2006b).

7.2 Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Die Infektionsprophylaxe ist eine wesentliche Aufgabe von niederschweligen Einrichtungen und aufsuchenden Angeboten, wobei in diesem Kontext vor allem dem Spritzentausch und -verkauf ein wichtiger Stellenwert zukommt. In Österreich gibt es diesbezüglich keine nationalen Programme, sondern die Umsetzung erfolgt auf Länderebene. In den sechs von neun Bundesländern mit Spritzenprogrammen gibt es in vier neben Tauschangeboten auch Spritzenautomaten (vgl. ÖBIG 2004). Seit 2003 wurde das Angebot um eine fixe Stelle für Spritzentausch bzw. -verkauf erweitert, und die Anzahl der mobilen Angebote hat sich von eins auf drei erhöht. Ein deutlicher Anstieg ist in diesem Zeitraum auch bei der Gesamtsumme der ausgegebenen Spritzen zu verzeichnen, die von über 1,7 Millionen auf über 2,4 Millionen gestiegen ist. Ein Vergleich der Verfügbarkeit von Spritzen in Österreich zwischen 2003 und

2005 findet sich in Abbildung 7.1, aktuelle länderspezifische Zahlen in Tabelle A22 im Anhang A. Die Rücklaufquote beträgt allgemein zwischen 93 und 97 Prozent und hat sich seit einigen Jahren nur marginal verändert.

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



Quelle: Standard Table 10, ÖBIG-eigene Erhebung

Der Verein Wiener Sozialprojekte (VWS) verzeichnete im Jahr 2005 eine enorme Steigerung bei den Klientinnen- und Klientenkontakten durch den angebotenen Spritzentausch. Die Kontakte stiegen von 161.117 im Jahr 2004 auf 227.457 an, und die Anzahl der getauschten Spritzen erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr um rund 20.000 (vgl. ÖBIG 2005a). Der Anstieg geht fast ausschließlich auf die Zuwächse bei den Streetwork-Anlaufstellen am Karlsplatz zurück (VWS 2006a), wobei sich die Zahl lediglich auf den Spritzentausch bezieht. Die Größe der Aufenthaltsszene blieb stabil. Neue Angebote im Bereich des Spritzentausches gibt es zum einen seit Herbst 2005 bei der AIDS-Hilfe in Salzburg, zum anderen seit Beginn 2005 auch in Braunau (OÖ). Für beide Angebote können erst ab 2006 Zahlen geliefert werden.

Sowohl der Spritzentausch als auch der -verkauf verzeichnet in Graz weiterhin Erfolge. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Tauschzahlen um ein Drittel (vgl. ÖBIG 2005a). Zusätzlich zu den Sets wurden „stericups“ und Plastikboxen zur Verwahrung des Injektionsmaterials ausgegeben, was zu einer weiteren Sensibilisierung bezüglich Infektionskrankheiten führte (Kontaktladen 2006). Aus Tirol berichtet die niederschwellige Einrichtung Komfüdro (Tirol) von rund 6.000 verkauften und über 150.000 im Rahmen des Spritzentauschs abgegebenen Spritzen, und in der Mentlvilla hat der Spritzentausch 2005 aufgrund der höheren Anzahl an Bewohnerinnen und Bewohner zugenommen (Kern, persönliche Mitteilung).

In Wien kam die MA 48 im Rahmen des Dienstes „Mistmobile“ auf 10.422 gesammelte und entsorgte Spritzen. Aus Graz (Stmk.) wird berichtet, dass in öffentlichen Toilettenanlagen

Spritzenentsorgungsboxen installiert wurden. Auch wurde mit einer Frequenzstatistik über Spritzenfunde an öffentlichen Toiletten begonnen (Zeder, persönliche Mitteilung).

Eine zweite wesentliche Maßnahme im Bereich der Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten stellen regionale und einrichtungsspezifische Hepatitis-Impfprojekte dar. Zwischen 1995 und 2004 wurden im Ambulatorium Ganslwirt insgesamt 799 Personen auf HBV-Marker getestet, 80 Prozent davon wurde eine Hepatitis-A/B-Impfung empfohlen. Von diesen haben 70 Prozent mit der Grundimmunisierung begonnen, und fast die Hälfte konnte diese auch regulär abschließen. Zur Überprüfung der Immunisierung unterzog sich mehr als die Hälfte der Geimpften einer Anti-HBs-Titer-Bestimmung. Die Immunantwort bei Drogenkonsumierenden ist schlechter als bei der Allgemeinbevölkerung. Die Non-Responder-Rate beläuft sich in dieser Gruppe auf 34 Prozent. Mangelernährung, Rauchen, multiple bakterielle Infektionen und HCV-Koinfektion werden als negativ beeinflussende Faktoren gesehen (Haltmayer 2006). Ein Schwerpunkt der medizinischen Arbeit des Kontaktladens (Graz) war die in Kooperation mit anderen Stellen umgesetzte Gratis-Hepatitis-A/B-Impfung, die 2005 von 17 Personen in Anspruch genommen wurde. Es wurde im Rahmen dieses Programms die Beobachtung gemacht, dass sich die Klientel aufgrund dieses Angebots vermehrt mit der Möglichkeit einer Ansteckung auseinander zu setzen begonnen hat. Dies hatte einerseits positive Auswirkungen im Bereich des Safer Use, andererseits wurden auch Hepatitis- und HIV-Testangebote verstärkt genutzt, was unter anderem auf die 2005 gestartete Impfkampagne zurückgeführt wird (Kontaktladen 2006, vgl. ÖBIG 2005a).

Aus dem API wird berichtet, dass nur 19 Prozent der behandelten Patientinnen und Patienten gegen HBV geimpft waren, was eine Verschlechterung der Impfquote im Vergleich zu 2004 bedeutet. Die vorhergegangenen Impfungen erfolgten entweder bei einem Voraufenthalt im API, im Ganslwirt oder bei einem praktischen Arzt (API 2006).

Hinsichtlich einer Behandlung der HCV wird aus dem API von vier extern durchgeführten, erfolgreich abgeschlossenen Behandlungen berichtet, bei denen spätestens nach drei Monaten eine PCR-Negativität diagnostiziert wurde (API 2006). Auch aus Graz wird berichtet, dass Patientinnen und Patienten unter der laufenden Substitutionsbehandlung eine HCV-Behandlung erfolgreich abschließen konnten (Kontaktladen 2006). Die Behandlung der HCV war neben einigen spezifischen Referaten auch Thema eines Workshops des Zweiten Internationalen Fachtags Hepatitis C in Wien im Oktober 2005, bei dem festgestellt wurde, dass bezüglich Drogenkonsumierenden die Zusammenarbeit mit hepatologischen Spezialambulanzen teilweise suboptimal läuft. Gute Erfahrungen bei der Behandlung der HCV gibt es in dem Setting, in dem die/der substituitionsbehandelnde Ärztin oder Arzt die notwendigen Arzneimittel verabreicht (Tanzmeister 2006, vgl. ÖBIG 2005a).

Gespräche über Safer Use und Safer Sex sind wesentliche Themen der aufsuchenden Drogenarbeit und finden in der Regel direkt beim Spritzentausch statt. Die niederschweligen Wiener Angebote führten im Berichtszeitraum rund 3.800 Gespräche, die Harm-Reduction-Botschaften im Zusammenhang mit Drogenkonsum fokussierten. Um den in der Arbeit aufgefallenen Wissensdefiziten bei Klientinnen und Klienten entgegenzuwirken, thematisierte Clean Feldkirch (Vorarlberg) 2005 im Zuge eines Projektes wesentliche Aspekte der HCV. Im Rahmen von persönlichen Safer-Use-Gesprächen, aber auch durch einen Informationsfolder zu HCV werden neben allgemeinem Wissen über die Formen der Hepatitis auch Risi-

ken im Kontext des Drogenkonsums bzw. alltägliche Ansteckungsrisiken vermittelt (Stiftung Maria Ebene 2006).

Schulungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Spritzentausch und -verkauf, die inhaltliche Bereiche wie Infektionsrisiken, sichere Handhabung von kontaminiertem Material und richtiger Umgang bei Stichverletzungen mit Nadeln fokussieren, werden vor allem im niederschweligen Bereich in Tirol, Vorarlberg und Wien regelmäßig angeboten. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen werden zudem verstärkt als Referierende zu Themen wie Erste Hilfe und Drogengebrauch sowie HIV- und HCV-Prophylaxe angefragt (VWS 2006c).

Im Oktober 2005 fand in Wien der 2. Internationale Fachtag Hepatitis C statt, an dem über 100 Personen vorwiegend aus dem deutschsprachigen Raum teilgenommen haben. Die Tagung lieferte einen Überblick über den aktuellen Stand der Wissenschaft hinsichtlich wesentlicher Aspekte der Komorbidität von Drogenabhängigkeit und Hepatitis C und beleuchtete die Bereiche Epidemiologie, Prävention, Behandlung und psychosoziale Betreuung (VWS 2006d).

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 bzw. integrieren eine ausführlichere klinisch-psychologische Eingangsdiagnostik in den Therapieprozess (vgl. API 2006, Stiftung Maria Ebene 2006). Im Dialog (Wien) wird bei den Behandlungsempfehlungen verstärkt zwischen allgemeinmedizinischer und psychiatrischer Behandlung differenziert, und die berufsgruppenübergreifende Abklärung und Diagnostik, die im Anschluss an den Erstkontakt stattfindet, hat die Qualität der Behandlungsvorschläge deutlich erhöht (Dialog 2006).

Die Langzeittherapiestation Mödling bietet vierzig Behandlungsbetten für Drogenabhängige mit schweren Persönlichkeitsstörungen (vgl. ÖBIG 2005a). Das strukturierte psychotherapeutische Angebot umfasst Einzeltherapie, Gruppentherapie und Großgruppe und ist in eine arbeitstherapeutische und gemeinschaftsorientierte Struktur eingebettet. Insgesamt wurden 2005 106 Patientinnen und Patienten betreut, davon waren 58 Neuaufnahmen. Das Durchschnittsalter bei den Frauen betrug 28 Jahre und bei den Männern 29 Jahre. Rund die Hälfte der Betreuten konnte einen regulären Therapieabschluss erreichen (API 2006).

Um auf die Bedürfnisse von Personen mit schweren Abhängigkeiten und anderen psychischen Problematiken bei einer Entzugsbehandlung besser eingehen zu können, wurden in der Therapiestation Lukasfeld die Therapiezeiten flexibilisiert. Im Rahmen von „8 Wochen +“ (vgl. ÖBIG 2005a) können Patientinnen und Patienten nach einer vierwöchigen Probetherapie entscheiden, ob sie noch weitere vier Wochen bleiben. Die Perspektive einer Langzeittherapie wird insofern nicht aus den Augen verloren, als im Zuge dieses Konzepts eine Wiederaufnahme leichter möglich ist (Stiftung Maria Ebene 2006).

Um der steigenden Zahl komorbider Klientinnen und Klienten des BBZ (Wien) einen raschen Zugang zu einer fachärztlichen Abklärung und Behandlungsempfehlung gewährleisten zu können, wurde eine wöchentlich angesetzte psychiatrische Ambulanz eingeführt (Dialog 2006).

7.4 Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Im Rahmen des Ambulatoriums im Ganslwirt (Wien) wurden 2005 von 1.315 Personen medizinische Leistungen in Anspruch genommen. Mit Abstand die häufigste Leistung stellt dabei die medikamentöse Behandlung dar, gefolgt von der Behandlung akuter Entzugssymptomatik, Überbrückungsbehandlungen und ärztlichen Gesprächen. Im Kontaktladen Graz stiegen im Jahr 2005 die ärztlichen Behandlungen von Drogenkonsumierenden auf 820 an (2004: 686 Behandlungen; Kontaktladen 2006).

Clean Bregenz (Vorarlberg) setzte 2005 einen Schwerpunkt auf die Begleitung und Betreuung von drogenkonsumierenden Frauen, die nach teilweise langjähriger Prostitution „ausgestiegen“ sind. Die Situation dieser Frauen ist vor allem geprägt durch Sinnkrisen, Suizidalität, Traumatisierung und existentielle Probleme. Schwangerschaft bzw. die Geburt eines Kindes stellen in diesem Kontext oftmals die Motivation zum Ausstieg, aber auch neue Belastungen dar (Stiftung Maria Ebene 2006).

8 Soziale Zusammenhänge und Folgen

Die wichtigsten sozialen Probleme von Drogenkonsumierenden betreffen weiterhin besonders Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit und Schulden, wobei dies im Wesentlichen für schwer Drogenabhängige aus der Straßenszene gilt. Verschärft wird diese Entwicklung außerdem durch die allgemein angespannte Situation auf dem Arbeitsmarkt. So waren z. B. laut Statistiken des AMS Ende Juli 2005 in Wien 76.543 Menschen arbeitslos, was einer Arbeitslosenquote von 9,2 Prozent entsprach (diepartner.at 2005).

Die Anzahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) ist insgesamt nur wenig gestiegen. Zur Situation im Strafvollzug wird geschätzt, dass etwa 25 bis 50 Prozent der Häftlinge illegale Drogen konsumieren.

8.1 Soziale Problemlagen

Betrachtet man den Klientinnen- und Klientenjahrgang des Jahres 2004 der Wiener BADO (vgl. Kap. 4.2), so zeigt sich, dass hier mehr als drei Viertel (78 Prozent) der behandelten Personen nicht berufstätig waren bzw. keiner geregelten Beschäftigung nachgingen (n = 1.512), was gegenüber dem Jahr davor eine Erhöhung von zehn Prozentpunkten (2003: 68 Prozent) bedeutet. Der Anteil der Vollzeit-Erwerbstätigen unter dieser Klientel lag mit zwölf Prozent sehr niedrig und betrug für Frauen nur acht Prozent (Männer: 14 Prozent). Jeweils ein Drittel dieser Personen gab an, allein oder bei den Eltern zu wohnen, etwa zehn Prozent lebten auf der Straße oder waren in Institutionen untergebracht (n = 1.792). Primär bestritten diese Klientinnen und Klienten ihr Einkommen aus Notstandshilfe, Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe, wobei der Bezug des Arbeitslosengeldes ab den mittleren Altersgruppen zurückging, die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Notstandshilfe stetig stieg und bei den über 36- bis 40-Jährigen 48 Prozent (n = 1.663) betrug. Während Frauen öfter Sozialhilfebezug als Einkommensquelle angaben, wurde von Männern viel häufiger Notstandshilfe oder Arbeitslosengeld genannt. Hinsichtlich höchster abgeschlossener Schulbildung lagen die Klientinnen und Klienten der Wiener Drogenbetreuungseinrichtungen weiterhin deutlich unter dem allgemeinen Bevölkerungsschnitt. Etwas mehr als die Hälfte (n = 1.951) der betreuten Personen verfügte maximal über einen Hauptschulabschluss bzw. über den Abschluss der Polytechnischen Schule (IFES 2004b, IFES 2005b).

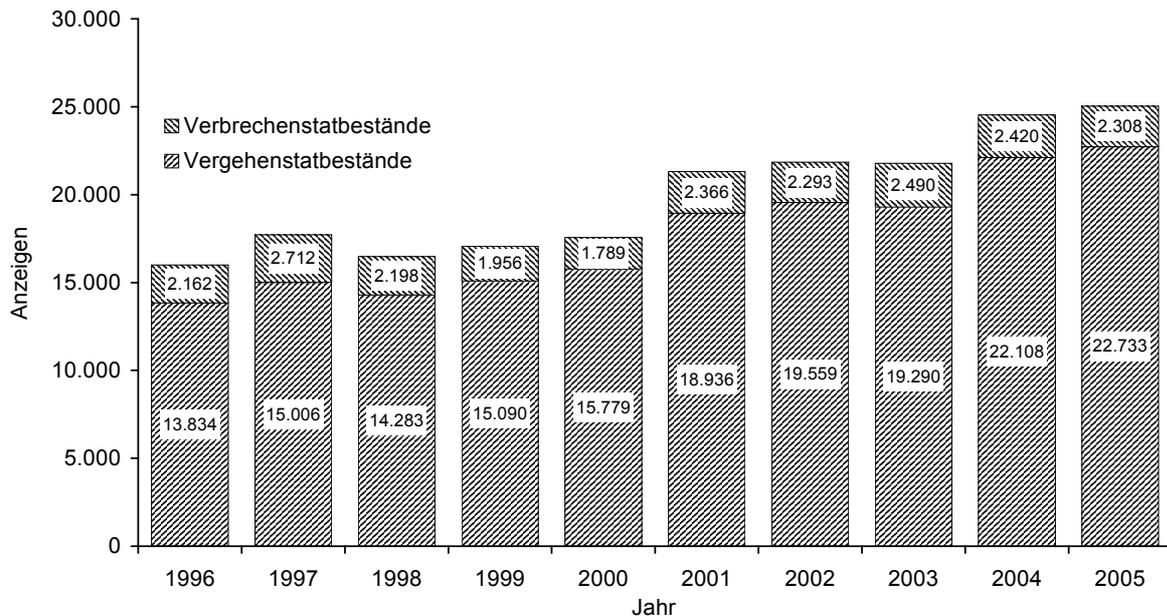
Daran zeigt sich, dass die soziale Situation der vom Wiener Drogenhilfssystem erfassten Personen relativ zur Gesamtgesellschaft eindeutig schlechter ist (Wohnsituation, Schulbildung, Erwerbstätigkeit, Einkommen und gesundheitliche Situation). Daraus folgt aber keineswegs, dass eine Drogenproblematik 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 (vgl. Kapitel 4.2, IFES 2005b).

8.2 Drogenbezogene Kriminalität

Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) lag 2005 bei 25.892 (2004: 25.215; vgl. auch Tabelle A11 im Anhang A und Standard Table 11) und ist

damit im Vergleich zum Vorjahr nur wenig gestiegen. Insgesamt 25.041 Anzeigen bezogen sich auf Suchtgifte, der Rest auf psychotrope Stoffe. Differenziert man nach der Art der Anzeige (vgl. Abbildung 8.1), so kam es zu einer Fortsetzung der seit 2003 zu beobachtenden Entwicklung, die einen Anstieg bei den Vergehenstatbeständen (Besitz und Kleinhandel – § 27 SMG) und einen Rückgang bei den Verbrechenstatbeständen (Handel großer Mengen, professioneller Handel – § 28 SMG) zeigt (vgl. Kap. 1.1).

Abbildung 8.1: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen in Österreich, 1996–2005



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.

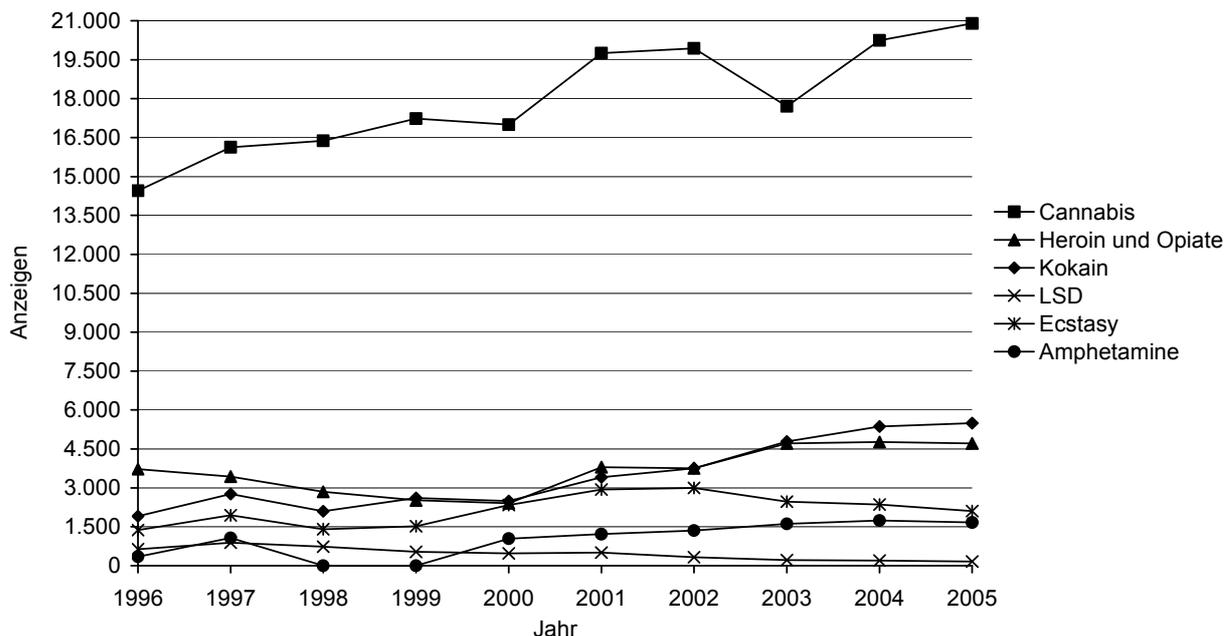
Quelle: BMI/Bundeskriminalamt

Unterscheidet man nach involvierten Substanzen (vgl. Tabelle A11 im Anhang A und Standard Table 11), so fanden sich im Vergleich zum Vorjahr geringe Zuwächse bei den Anzeigen für Cannabis, Kokain und Crack sowie für psychotrope Stoffe und ein Anzeigenzuwachs bei sonstigen Suchtmitteln (vgl. Abbildung 8.2 auf der nächsten Seite). Erstmals seit 2001 war bei den Anzeigen wegen Heroins und Opiaten ein – wenngleich geringer – Rückgang zu beobachten. Wie schon im Vorjahr sind die Anzeigen wegen Ecstasy und LSD weiter zurückgegangen – eine Entwicklung, die sich 2005 auch bei den Anzeigen wegen Amphetaminen gezeigt hat.

Den 25.892 Anzeigen standen im Jahr 2005 insgesamt 3.929 Festnahmen (2004: 3.667) 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 2006), erlaubt die Anzeigenstatistik aber nur bedingt Rückschlüsse auf die Entwicklung des Konsums und Missbrauchs illegaler Drogen, da sie in erster Linie Intensität und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden widerspiegelt.

Abbildung 8.2: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1996–2005



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

Quelle: BMI/Bundeskriminalamt

Obwohl die Anzahl der Verurteilungen nach dem SMG im Jahr 2005 mit 6.128 Fällen nur leicht (um 7 %) angestiegen ist (5.706 im Jahr 2004 oder 26 % von 2003 auf 2004), zeigte die Anzahl der unbedingten Freiheitsstrafen (2005: 1.624) eine Steigerung von 21 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Damit erreichten die Gesamtzahlen der Verurteilungen nach dem SMG und ihr Anteil an allen Verurteilungen (1996: 5,2 %; 2005: 13,4 %) neue Höchststände, lagen aber nur wenig über den Werten aus dem Vorjahr (vgl. Tabelle A13 im Anhang A).

Weiterhin bestand ein deutlicher Überhang von Vergehen (§ 27 SMG – Besitz und Kleinhandel) mit 4.702 Fällen (2004: 4.229) im Vergleich zu Verbrechen (§ 28 SMG – Handel) mit 1.357 Fällen (2004: 1.441; vgl. Tabelle A13 im Anhang A). Die Anzahl der Jugendlichen ist sowohl bei den Verbrechen als auch bei den Vergehen im Vergleich zum Vorjahr gesunken, während die Anzahl der Erwachsenen bei den Verbrechen zwar gesunken, bei den Vergehen jedoch um 17 Prozent gestiegen ist (2004: 3.511, 2005: 4.115). Etwa 70 Prozent aller Verurteilten (2004: 71 %) erhielten Freiheitsstrafen (vgl. Tabelle A15 im Anhang A), wobei der Anteil der bedingten an allen Freiheitsstrafen 41 Prozent betrug (2003: 47 %, 2004: 42 %).

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

Zur Beschaffungs- und Begleitkriminalität liegen weiterhin keine allgemeinen Daten vor. Die wenigen im Zusammenhang mit Kokain vorliegenden Daten finden sich in Kapitel 12.4.

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). Im Rahmen der Zweiten Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft, die im Frühjahr 2006 in Wien stattgefunden hat, war zu erfahren, dass es im März 2006 etwa 9.000 Inhaftierte gab, von denen etwa 2.000 Drogen konsumierten. In der Justizanstalt Josefstadt in Wien saßen auf 990 Plätzen 1.310 Insassen ein, von denen 40 Prozent Suchtkranke (polytoxikoman: 30 %, alkoholkrank: 10 %) waren (Gesundheitsförderung in Haft 2006).

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 (ÖBIG 2002a).

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 Behandlungsmodule 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 in den letztjährigen Berichten zur Drogensituation (ÖBIG 2004, ÖBIG 2005a) ausführlich dargestellte Entwicklungspartnerschaft `drugaddicts@work` mit ihren Teilprojekten konnte mit September 2005 erfolgreich abgeschlossen werden, wie eine Mitte 2005 erstellte Evaluation des Projekts zeigte (`diepartner.at` 2005). Ziel der Entwicklungspartnerschaft `drugaddicts@work` war die (Re-)Integration von (ehemals) Suchtkranken in den regulären Arbeitsmarkt und die Verminderung der Ausgrenzung aus jenem. In diesem Zusammenhang betreute die Entwicklungspartnerschaft im Rahmen von Maßnahmen zu **Ausbildung und Arbeit** über 700 (ehemalige) Suchtkranke und konnte die arbeitsmarktpolitische Beratung und das Beschäftigungsangebot für die Zielgruppe verdoppeln. Etwa 90 Prozent (86 Personen) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer schlossen die von `@work` angebotenen Kurse ab, weitere 30 Personen der sozialökonomischen Betriebe der Entwicklungspartnerschaft wurden in spezifischen Schulungen ausgebildet und haben sich im Bereich Persönlichkeitsstärkung und Kommunikation qualifiziert. Insgesamt fanden 17 Personen aus den sozialökonomischen Betrieben eine Arbeitsstelle auf dem Regelarbeitsmarkt, die Vermittlungsquote auf den Regelarbeitsmarkt lag je nach Beschäftigungsmodul zwischen 25 und 50 Prozent (vgl. EDDRA). Da die tatsächlichen Einnahmen deutlich niedriger waren als erwartet, ist es den Modulen nicht gelungen, eine Eigendeckungsquote von 20 Prozent zu erreichen. Berücksichtigt man aber den indirekten ökonomischen Nutzen, kann dem Projekt eine positive volkswirtschaftliche Bilanz bescheinigt werden.

Im Jahr 2004 ist die Wiener BerufsBörse (WBB), die auch an `drugaddicts@work` beteiligt war, evaluiert worden (Gruber et al. o. J.). Die WBB stellt eine Schnittstelle zwischen Suchtkrankenhilfe und Arbeitsmarktservice (AMS) dar; der Bedarf an einer solchen Einrichtung zeigt sich an der jährlich steigenden Zahl von persönlichen Beratungsgesprächen (1998: 521, 2003: 3.500). Im Zeitraum von 2001 bis 2003 wurden etwa zwei Drittel der Klientinnen und Klienten vom AMS und ein Drittel von Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und der Stadt Wien an die WBB zugewiesen. Ein Vergleich der Daten der WBB mit jenen der Sozialversi-

cherung zeigte im ersten Jahr nach dem Ende der Beratung bzw. Betreuung durch die WBB eine markante Verbesserung der Beschäftigungssituation. Gemittelt über alle Klientinnen und Klienten und über das erste und zweite Jahr nach Inanspruchnahme der WBB, betrug die Beschäftigungsrate stabil 40 Prozent (vgl. EDDRA).

Mithilfe der WBB können in jenen Fällen, in denen eine berufliche Reintegration nicht realisierbar ist, aufgrund der genau erhobenen sozial- und berufsbiografischen Anamnese für die betroffenen Personen adäquate Maßnahmen – wie z. B. Antrag auf (Früh-)Pensionierung, Abklärungen usw. – in die Wege geleitet werden. In diesem Zusammenhang ist auch das von der WBB konzipierte Informations- und Schulungsangebot für AMS-Beraterinnen und -berater zu sehen, das zu einer größeren Sensibilisierung für das Thema sowie zu einem entsprechenden Umgang mit suchterfahrenen Personen geführt hat. Durch die zusätzliche Möglichkeit einer „diagnostischen Assistenz“ durch die WBB-Beraterinnen und -berater im Rahmen der „Beratungstage“ in den regionalen Geschäftsstellen des AMS kommt es zu einer weiteren Entlastung der AMS-Beraterinnen und -berater. Dabei hat sich gezeigt, dass viele Personen mit Suchtproblemen durchaus in den Arbeitsmarkt einzugliedern sind und dass auch ein Teil der Klientinnen und Klienten mit akuten Suchtproblemen unter entsprechenden Bedingungen arbeitsfähig ist.

Der Verein Dialog führte die Abschlussarbeiten im Rahmen der EQUAL-Kurse (Entwicklungspartnerschaft drugaddicts@work) durch und präsentierte die Ergebnisse auf diversen nationalen und internationalen Veranstaltungen (Dialog 2006). Die „Coachinggruppe“ wurde eingestellt und durch die „Landebahn“ ersetzt, die interessierten Klientinnen und Klienten, die auf einen Betreuungs- oder Kursplatz warten, die Möglichkeit bietet, trotz geringer Beratungskapazitäten den Kontakt zur Einrichtung zu halten, und so Erstversorgung gewährleistet. Die Wiedereinsteigerinnengruppe, die ebenfalls im Rahmen von EQUAL neu angeboten worden war, wurde in die Förderung des WAFF übernommen und findet nunmehr als Regelangebot statt, das laufend weiterentwickelt wird. Aufgrund der Erfahrungen bewarb sich Needles or Pins gemeinsam mit einigen bekannten Partnerinnen und Partnern für eine zweite EQUAL-Runde. Das im letztjährigen Drogenbericht (ÖBIG 2005a) vorgestellte ambitionierte Vorhaben – „Case-Management“ einerseits und spezielle Angebote für jugendliche und ältere Suchtkranke andererseits – wurde im Rahmen des Programms aber für nicht förderungswürdig befunden.

Nach längerer Pause wurde wieder das niedrigschwellige Angebot „Training der Schlüsselqualifikationen“ angeboten, wo Berufsorientierung für jene Personen stattfindet, bei denen tatsächlich ein Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt absehbar ist, und Strukturtraining für die Personen, die wahrscheinlich längere Zeit benötigen, um sich zu stabilisieren. Der Dialog hatte keine Probleme, die angebotenen Kurse zu füllen, was damit erklärt wird, dass die Versorgungs- und Betreuungssituation für die Zielgruppe knapp geworden ist und es schwieriger ist, einen Platz in einer Einrichtung zu bekommen. Bemerkenswert an den angebotenen Berufsorientierungskursen war, dass fast alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer einen Praktikumsplatz fanden und so ihre reale Arbeitsfähigkeit überprüfen konnten (Dialog 2006).

Der sozialökonomische Betrieb „fix und fertig“ konnte feststellen, dass die Aufhebung der Kontingentregelung im Herbst 2005 mit einer deutlich gestiegenen Qualität der Bewerberinnen und Bewerber, die vonseiten des AMS zugewiesen wurden, verbunden war (VWS 2006e). Um die Chancen der Transitarbeitskräfte weiter zu verbessern, setzt „fix und fertig“

seit 2005 auf ein neues Konzept mit den Schwerpunkten arbeitsspezifische und sozialarbeiterische Zielpläne, Qualifizierungs- und Bewerbungsplan im Outplacement, interne und externe Qualifizierung sowie abgestimmter Einsatz aller Instrumente der Personalentwicklung. Zur Erleichterung der externen Qualifizierung der Transitarbeitskräfte wurden 2005 die Rahmenbedingungen wie z. B. Kostenübernahme, Arbeitszeit usw. in Form einer Richtlinie geregelt. Um Transitarbeitskräften, die nach Ablauf ihres Dienstverhältnisses nicht gleich über eine andere Arbeitsstelle verfügen, eine Unterstützungsmöglichkeit zu bieten, können diese Personen Nachbetreuung in Form von Einzelcoachings über die Dauer von drei Monaten in Anspruch nehmen.

Im Rahmen eines sozialökonomischen Beschäftigungsprojekts bietet der Grüne Kreis unter dem Namen Pool 7 für Menschen mit Suchterfahrungen Arbeitsplätze in den Bereichen Catering und Partyservice, Eventbetreuung sowie Kunst- und Kulturprogramme (Grüner Kreis 2006b). Dabei werden einerseits Artikel mit dem Fairtrade-Gütesiegel und andererseits vereinseigene Produkte des Grünen Kreises verwendet, die teilweise aus der Gärtnerei in der Therapieeinrichtung Meierhof stammen. Da die Nachfrage nach Gartenbauprodukten innerhalb der letzten Jahre stark angestiegen ist, wurde die Gärtnerei durch größere Glashäuser erweitert. Mittlerweile finden die Patientinnen und Patienten des „Grünen Kreises“ nicht nur bei Garten-Pflegeaufträgen, sondern vorrangig bei Garten-Neuanlagen Beschäftigung und es finden sich immer einige, die auch nach der Therapie als Landschaftsgärtnerin oder -gärtner arbeiten möchten.

Unter anderem mit dem Thema **Wohnen** beschäftigt sich STARK (Streetwork Tiroler Arbeitskreis), in dem sich alle derzeit bestehenden Streetwork-Einrichtungen in Tirol zusammengeschlossen haben (Z6-Streetwork 2006). Neben Zielen wie z. B. einrichtungsübergreifendem, regelmäßigem Austausch oder sozialpolitischer Einflussnahme wurde auch die Notunterbringung von jungen Menschen – vor allem Mädchen und jungen Frauen – in Krisensituationen thematisiert. In allen Einrichtungen kommt es immer wieder vor, dass Unterkünfte für einige Tage gebraucht werden und darauf spezialisierte Einrichtungen keine Betten mehr frei haben oder die Jugendlichen diese Stellen aus diversen Gründen nicht in Anspruch nehmen wollen bzw. können.

In Wien gibt es seit Dezember 2005 die Jugendnotschlafstelle a_way, die obdachlosen Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren eine niederschwellige Notunterkunft bietet (Caritas der Erzdiözese Wien o. J.). Sie wird vor allem von Wegläuferinnen und -läufern aus Familie oder städtischen Einrichtungen sowie Punks frequentiert, wobei Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit keine Ausschließungsgründe darstellen. Konsum und Handel in und vor der Einrichtung sind aber streng untersagt. Einzige Bedingung für das kostenlose und anonyme Übernachten ist ein Gespräch mit einer Sozialarbeiterin oder einem Sozialarbeiter, bevor das erste Mal im a_way übernachtet wird. Die Jugendlichen können dann bis zu fünf Nächten im Monat im a_way schlafen und werden auf Wunsch auch in andere Unterkünfte vermittelt (vgl. Kap. 11.5).

Die große Rolle, die Obdachlosigkeit für Drogenkonsumierende spielt, zeigt sich auch an der Nachfrage nach Schlafplätzen. Dabei hat sich die seit April 2004 bestehende Integration obdachloser Drogenkonsumentinnen und -konsumenten in das System der allgemeinen Wiener Wohnungslosenhilfe auch 2005 positiv ausgewirkt. Der Ganslwirt ist nun in der Lage, auch mehrtägige Übernachtungen anzubieten, was neue Möglichkeiten für die Betreuung eröffnet.

Dementsprechend hat sich die Inanspruchnahme der Notschlafstelle gegenüber dem Vorjahr erhöht (bei den Nächtigungen: +25 Prozent, bei den Anmeldungen: +11 Prozent), es kam aber nicht mehr zu jener Überlastung der Einrichtung wie sie in den Jahren 2001 bis 2003 stattgefunden hat. So wurde die Notschlafstelle des Ganslwurts im Jahr 2005 von 359 Personen in Anspruch genommen, und bei 6.362 Anmeldungen wurden 4.460 Nächtigungen verzeichnet (VWS 2006c).

In der Steiermark wurde in Zusammenarbeit mit der Wohnplattform Steiermark das Projekt „Wohnen“ initiiert, das die Defizite der Klientinnen und Klienten im Bereich der Wohnraumversorgung und -erhaltung ausgleichen soll (Drogenberatung des Landes Steiermark 2006). Ziel ist, als Übergangseinrichtung eine adäquate Wohnversorgung und -betreuung für erwachsene Suchtklientinnen und -klienten zu schaffen und die Integration dieser Personengruppe durch die erforderliche Betreuung zu fördern. Dabei werden für eine Aufenthaltsdauer von zwei Jahren zwei Wohnformen zur Verfügung stehen, und zwar entweder eine Wohngemeinschaft für drei bis vier Klientinnen bzw. Klienten oder eine mobile Wohnbetreuung in Einzelwohnungen.

Auch im Bereich **Freizeit** hat die Drogenberatung des Landes Steiermark (2006) Neues anzubieten. Im Juni 2005 wurde Klettern als Angebot der Drogenberatung eingeführt und wird mittlerweile als monatliches Gruppenangebot betrieben. Insgesamt konnten in diesem Rahmen 14 Klientinnen und Klienten ihre ersten Klettererfahrungen machen. Frauen, die bereits im Einzelkontakt mit der Drogenberatung standen, konnten 2005 zur Ausweitung des Körperbewusstseins einen Tanz- und Bewegungsworkshop besuchen, der in vier Einheiten abgehalten wurde. Zusätzlich fanden im Jahr 2005 erstmals drei Trommelworkshops unter professioneller Leitung statt, an denen 13 Personen teilnahmen.

9.2 Prävention von drogenbezogener Kriminalität

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

Wie bereits in Kapitel 8.3 erwähnt, hat im Frühjahr 2006 die Zweite Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft in Wien stattgefunden. Gefängnisinsassinnen und -insassen gehören zu einer vulnerablen Gruppe, die im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung eine fünf- bis zehnmal höhere HIV- und Hepatitis-C-Prävalenz aufweist. Ein erhöhtes Risiko von Neuinfektionen in der Haft ist durch gemeinsam benutztes Spritzbesteck, Tätowierungen und ungeschützten Geschlechtsverkehr gegeben (vgl. auch Kap. 6.2; Grüner Kreis 2006b). Während Spritzentausch in den österreichischen Justizanstalten (noch) nicht möglich ist, können Substitutionsbehandlungen im Gefängnis weitergeführt oder begonnen werden. Im Rahmen der Entlassung aus der Haft ist es wesentlich, diesbezüglich Hilfestellungen anzubieten. So wird in der Justizanstalt (JA) Simmering vor jeder Entlassung Beratung angeboten, wodurch bei Bedarf wieder auf eine niedrigere Substitutionsdosis eingestellt werden kann, um das Risiko einer Überdosierung zu reduzieren. Oberstes Prinzip ist das Äquivalenzprinzip, das da-

für sorgt, dass ein Häftling die gleichen Möglichkeiten der medizinischen Betreuung hat, wie sie außerhalb der Haftanstalt gegeben sind (Gesundheitsförderung in Haft 2006).

Um den Ärztinnen und Ärzten Unterstützung bei der Betreuung von Gefangenen zu bieten, wurde vom Bundesministerium für Justiz (BMJ) ein Leitfaden für den Gefängnisarzt herausgegeben (Pont und Wool 2006). Dieser Leitfaden stellt eine wertvolle Quelle dar, um fehlende Aus- und Fortbildung auszugleichen, und führt die Praktikerin bzw. den Praktiker von allgemeinen Grundsätzen schrittweise zu einer Vielzahl von Empfehlungen betreffend die verschiedenen Arbeitsbereiche einer Anstaltsärztin bzw. eines Anstaltsarztes. Ein eigenes Kapitel ist dem Drogenmissbrauch und der Suchtkrankheit gewidmet, wo unter anderem auf Drogenstrategien, Therapieprogramme sowie risikoreduzierende Maßnahmen eingegangen wird. Es wird auch darauf verwiesen, dass der Aufenthalt in der Justizanstalt die Chance mit sich bringt, sich einer Therapie der Suchtkrankheit zu unterziehen, da die durch die Haftsituation aufgezwungene Reglementierung der Lebensweise oft zur physischen und psychischen Stabilisierung führt. Allfällige Behandlungserfolge können mit ärztlicher Unterstützung durch Planung der Weiterbetreuung nach der Haftentlassung gesichert werden.

Der Dialog hat sein Angebot im Polizeianhaltezentrum (PAZ) ausgebaut, wodurch sich der Schwerpunkt der medizinischen Arbeit im PAZ zusehends weg von der rein suchtmmedizinischen Betreuung der Angehaltenen hin zu einer umfassenden psychiatrischen Versorgung und Behandlung aller psychiatrischen Krankheitsbilder verlagerte. So kam es im Jahr 2005 zu einer deutlichen Erhöhung der Anzahl jener Personen, die im PAZ durch den Dialog beraten und betreut wurden. Dieser Anstieg betraf 415 Personen, wodurch die Gesamtanzahl insgesamt 1.104 Personen betrug. Im Vergleich zum Jahr 2004 machte das eine Steigerung von 60 Prozent aus. Weiterhin existiert für die große Gruppe der im PAZ angehaltenen Männer mit Verwaltungsstrafen keine psychosoziale Betreuung.

Die schon in den Vorjahren ins Leben gerufenen Nachbetreuungsangebote innerhalb des Dialogs – wie die ausschließlich Klientinnen zugängliche Frauensache, bei der psychosoziale und medizinische Hilfe angeboten wird – zeigten in diesem Jahr auch innerhalb des PAZ positive Auswirkungen. Die Anzahl der betreuten Klientinnen stieg deutlich, nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass die Angebote des Dialogs im PAZ durch die Wachebeamtinnen und -beamten allen Insassinnen und Insassen vorgestellt wurden. Es konnte erreicht werden, dass die Angebote des Dialogs zum fixen Bestandteil des PAZ wurden und eine Möglichkeit darstellen, während der Verbüßung einer Verwaltungsstrafe vorbereitende Schritte zur sozialen Integration nach der Entlassung zu beginnen.

Im Jahr 2006 ist ein deutlicher Ausbau der psychiatrischen Versorgung geplant. Weiters soll nach der Wiedereröffnung des PAZ Rossauer Lände der medizinische Betrieb des Vereins Dialog sowohl dort als auch im PAZ Hernalser Gürtel stattfinden. Die psychosoziale Betreuung weiblicher Insassinnen soll beibehalten werden. Für die Sozialarbeit für männliche Insassen sollen Finanzierungsmöglichkeiten gefunden werden (Dialog 2006).

Für eine breitere Klientel bietet der Dialog seit Ende 2005 eine „Sprechstunde Anzeigenzurücklegung“ sowie multiprofessionelles Clearing für spezifische Zielgruppen und hat damit sein diesbezügliches Angebot erweitert (Dialog 2006).

Das Prinzip „Therapie statt Strafe“ stellt weiterhin einen wichtigen Bestandteil aller Drogen- bzw. Suchtkonzepte und -pläne in Österreich dar (ÖBIG 2002a). Die Umsetzung der Maßnahmen erfolgt in Österreich nicht im Rahmen von Spezialeinrichtungen, vielmehr steht dazu das gesamte Spektrum der Drogenhilfe zur Verfügung (vgl. dazu Kap. 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 Reinheit und Konzentration der in Österreich erhältlichen Substanzen zeigt die Erfahrung der letzten Jahre erhebliche Schwankungsbreiten. Dies betrifft sowohl den Bereich der klassischen Straßenszene (Opiate und Kokain) als auch den 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.

10.1 Verfügbarkeit und Angebot von Drogen

Neue Informationen zur Verfügbarkeit von illegalen Drogen im engeren Sinne liegen nicht vor. Indirekte Informationen dazu liefert die österreichweite Repräsentativerhebung zum Substanzgebrauch 2004 (Uhl et al. 2005a – vgl. Kap. 1.4, 2.1 und 12.1). Es wurde die Frage „Kennen Sie jemanden aus Ihrem persönlichen Bekanntenkreis oder Freundeskreis, der (Droge) konsumiert, oder nicht?“ für eine Reihe von psychoaktiven Substanzen gestellt (vgl. Tabelle 10.1). Es zeigt sich, dass mit Ausnahme von Cannabis und Ecstasy der Prozentsatz von Personen mit Konsumentinnen und Konsumenten der jeweiligen Drogen im persönlichen Bekanntenkreis unter zehn Prozent liegt.

Tabelle 10.1: Angaben zur Verfügbarkeit psychoaktiver Substanzen in Österreich in Prozent 2004

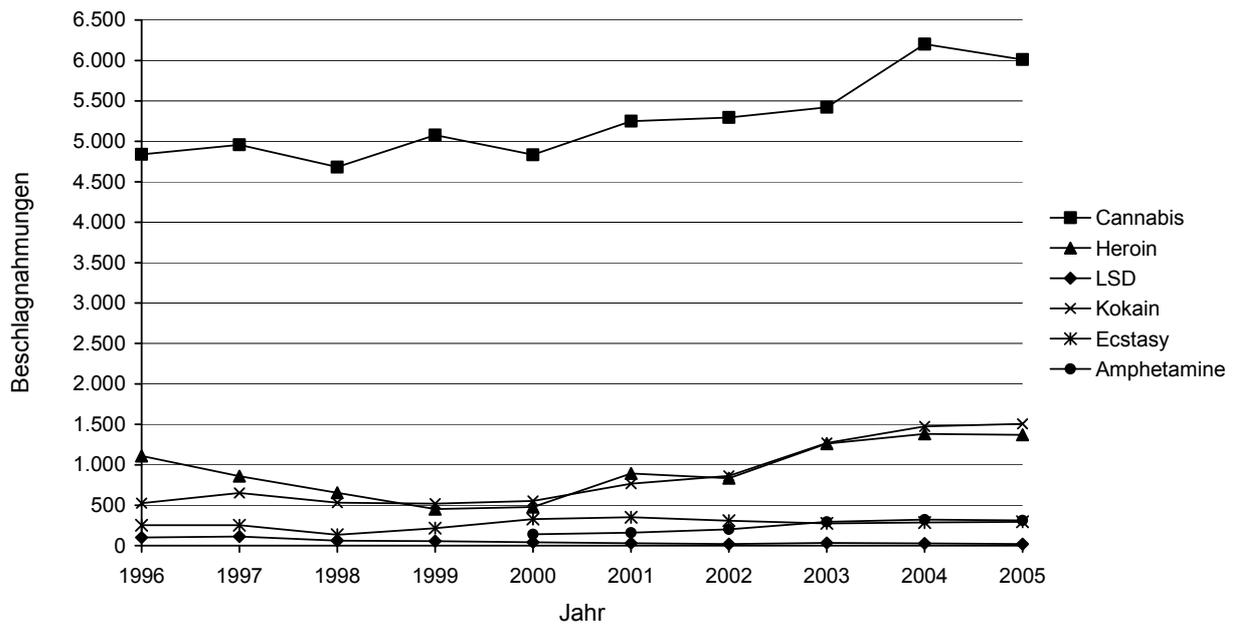
Kennen Sie jemanden aus Ihrem persönlichen Bekanntenkreis oder Freundeskreis, der (Droge) konsumiert, oder nicht?	Substanz							
	Cannabis	Ecstasy	Amphetamine	Kokain	Heroin	LSD	Biogene Drogen	Schnüffelstoffe
Ja	33 %	12 %	9 %	8 %	5 %	6 %	10 %	6 %
Nein	67 %	88 %	91 %	92 %	95 %	94 %	90 %	94 %

Quelle: Uhl et al. 2005a

10.2 Sicherstellungen

Laut Bundesministerium für Inneres (BMI) wurde im Jahr 2005 ein leichter Rückgang der Zahl der Sicherstellungen bei Cannabis festgestellt. Bei allen anderen Drogen ist die Anzahl der Sicherstellungen im Vergleich zum Vorjahr auf hohem Niveau in etwa gleich geblieben (vgl. Abbildung 10.1 auf der nächsten Seite und Tabelle A17 im Anhang A).

Abbildung 10.1: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften in Österreich, 1996–2005



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 (BMI 2006, vgl. Tabelle A18 im Anhang A und Kap. 12.4).

10.3 Reinheit und Preis

Im Kontext des ChEck-iT!-Projekts (vgl. Kap. 3.2), in dessen Rahmen auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene Tests von als Ecstasy oder Speed gekauften Substanzen auf Reinheit und Zusammensetzung durchgeführt werden, wurden im Jahr 2005 bei insgesamt sechs Musikveranstaltungen (Goa, Techno, Electronic) 57 als Ecstasy und 33 als Speed gekaufte Proben analysiert (VWS 2006f). Der Prozentsatz der als Ecstasy gekauften Tabletten, die außer MDMA, MDE oder MDA keine anderen psychotropen Substanzen enthielten, ist niedriger als in den Vorjahren (70 %). Zusätzlich fällt eine wesentlich extremere Schwankungsbreite des Reinheitsgehalts pro Tablette auf, wobei einige Tabletten sehr hohe Konzentrationen von MDMA, MDE oder MDA, die im gesundheitsgefährdenden Bereich liegen, enthielten.

Die als Speed gekauften und von ChEck iT! analysierten Substanzen enthielten nur zu 33 Prozent ausschließlich Amphetamin, zu sechs Prozent Amphetamin und Koffein, zu 24 Prozent Amphetamin gemischt mit anderen psychotropen Substanzen (vgl. Tabellen A19 und A20 im Anhang A). Nach wie vor stellen so genannte „unbekannte Amphetaminderivate“ ein Problem dar. Diese Substanzen können entweder Resultat einer unsachgemäßen Herstellung von Amphetamin aus billigen Ausgangsstoffen sein, oder es handelt sich dabei um neu entwickelte Designerdrogen. Wirkung und Gefahren dieser Substanzen sind unbekannt und nicht einschätzbar (VWS 2006f).

Sowohl über Beschlagnahmungen als auch über den Konsum von Ecstasytabletten mit dem Inhaltsstoff mCPP wurde 2005 berichtet. mCPP weist im Vergleich zu MDMA eine vergleichsweise schwache psychoaktive Wirkung, aber sehr häufig unangenehme Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Nierenschmerzen, Nervosität, Schweratmigkeit, Müdigkeit und ein mehrere Tage anhaltendes „hangover“ auf. Zusätzlich kann es bei gleichzeitigem Konsum von MDMA zu Krampfanfällen kommen.

Angaben, die vom BMI bezüglich Reinheit und Preis der diversen Drogen auf Straßenverkaufs-niveau gemacht werden, finden sich in Tabelle 10.2. Die Daten beruhen auf Informationen und Scheinkäufen aus verdeckten Ermittlungen. Die Anzahl der Reinheitsanalysen bei den unterschiedlichen Drogen bewegt sich zwischen 60 und 218).

Tabelle 10.2: Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm/Stück**) der diversen Drogen im Straßenverkauf, 2005*

		Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	Braunes Heroin*	Weißes Heroin*	Kokain*	Ampheta- mine*	Ecstasy**	LSD**
Reinheit	Untergrenze	0,03 %	0,1 %	0,2 %	–	0,2 %	0,6 %	2 %	–
	Obergrenze	20 %	26 %	48 %	–	94 %	92 %	100 %	–
	Typisch	6 %	8 %	8 %	–	38 %	25 %	33 %	–
Preis	Untergrenze	3	7	45	80	65	15	10	30
	Obergrenze	4	8	70	90	90	25	15	35
	Typisch	3	7	55	85	80	20	11	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 Drogenkonsum bei unter 15-Jährigen

Generell finden sich in Österreich wenig Daten zum Drogenkonsum bei unter 15-Jährigen, da die meisten Repräsentativerhebungen und Studien Personen erst ab 15 Jahren erfassen. Die dargestellten Ergebnisse basieren auf Daten aus vorhandenen Bevölkerungserhebungen (z. B. ESPAD), auf spezifischen Sonderauswertungen und auf Interviews in jugendspezifischen Einrichtungen¹. Weiters können aus einer Reihe von Studien Rückschlüsse über das Einstiegsalter gezogen werden.

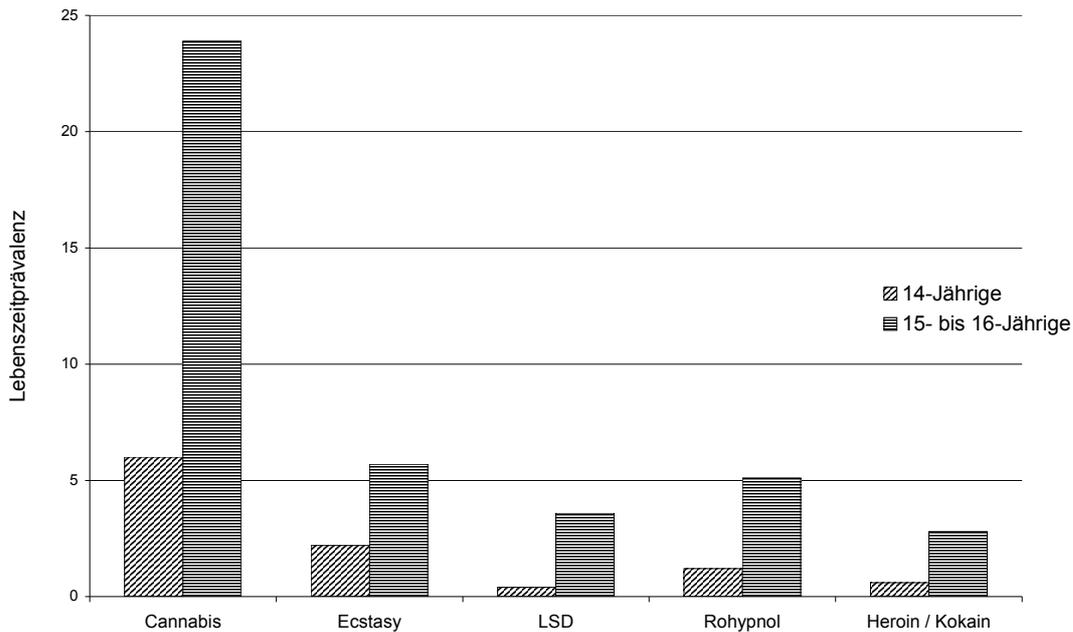
11.1 (Problematischer) Drogenkonsum bei unter 15-Jährigen

Drogenkonsum bei unter 15-Jährigen stellt in Österreich quantitativ kein massives Problem dar, da nur wenige in dieser Altersgruppe einen psychoaktiven Substanzkonsum aufweisen. Wie bei Jugendlichen generell (vgl. ÖBIG 2001b, ÖBIG 2002a, ÖBIG 2002b, ÖBIG 2005a) berichten Fachleute in dieser Altersgruppe einerseits von Probierkonsum, andererseits von massivem und hochriskant polytoxikomanem Konsumverhalten. Österreichweite Repräsentativerhebungen sowie regionale Studien zeigen auf, dass sich der einmalige oder auch mehrmalige Konsum illegaler Substanzen bei unter 15-Jährigen mit großem Abstand hinter Zigaretten und Alkohol befindet. Daneben zählen Cannabis und Schnüffelstoffe zu den am häufigsten konsumierten psychoaktiven Substanzen. Der Konsum von Schnüffelstoffen scheint laut Daten eher bei den Jüngeren verbreitet zu sein, und neun Prozent der 14- bis 15-Jährigen geben einen mehrmaligen Konsum an, wobei männliche Jugendliche tendenziell häufiger konsumieren. Mit Cannabis haben Zwölf- bis 13-Jährige insgesamt wenig Kontakt, und zwischen 14 und 15 Jahren ergibt sich eine Lebenszeitprävalenz je nach Studie zwischen vier und sechs Prozent. Es wird darüber berichtet, dass Männer wie Frauen zwar früher erste Konsumerfahrungen mit Cannabis machen, die Lebenszeitprävalenz in der Gruppe der unter 15-Jährigen aber nicht sichtbar steigt (Uhl et al. 2005a, Uhl et al. 2005b). Alle anderen illegalen Substanzen weisen in der beschriebenen Altersgruppe eine Lebenszeitprävalenz von einem bis maximal zwei Prozent auf (vgl. Gartner-Schiller et al. 2006, MA-L 2001, ÖBIG 2002b, X-Sample 2002). Generell haben elf Prozent der Zwölf- bis 14-Jährigen Erfahrungen mit zumindest einer psychoaktiven Substanz, abgesehen von Alkohol und Tabak (Schönfeldinger 2002).

Die Lebenszeitprävalenz des mehrmaligen Konsums illegaler Substanzen steigt ab dem Alter von 15 Jahren deutlich an (vgl. Abbildung 11.1 auf der nächsten Seite). Cannabis weist bei 14-Jährigen eine Prävalenz von maximal sechs Prozent auf und steigt in der Gruppe der 15- bis 16-Jährigen auf bis zu 24 Prozent an (vgl. ÖBIG 2002a, ÖBIG 2003).

¹ Besonderer Dank gilt den Fachleuten bzw. Einrichtungen B.I.T. (Tirol), Z6 (Tirol), DOWAS Chill Out (Tirol), Dialog (Wien), VWS (Wien) und Andrea Gartner-Schiller (Auftrieb, NÖ) für durchgeführte Zusatzerhebungen sowie Wolfgang Bäcker (Kompetenzzentrum Drogen), Martin Haiderer, Lena Hodlinka (a_way) und Uwe Hincicza (VWS Streetwork) für die ausführlichen Interviews.

Abbildung 11.1: Lebenszeitprävalenz bei 14- und 15- bis 16-Jährigen in Wien in Prozent, 2000



Quelle: MA-L 2001

Einen indirekten Hinweis zur Lebenszeitprävalenz liefern Angaben über den Erstkonsum älterer Jugendlicher in der ESPAD-Studie. Rund zwölf Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler geben an, unter 15 Jahren das erste Mal Cannabis konsumiert zu haben, wobei der Anteil der Burschen mit fast dreizehn Prozent höher ist als der der Mädchen mit rund zehn Prozent. Der Erstkonsum von Schnüffelstoffen unter 15 Jahren wird mit neun Prozent (Männer: 8,4 Prozent, Frauen: 9,8 Prozent) angeführt (Uhl et al. 2005b, vgl. ÖBIG 2005a).

Das Durchschnittsalter der Allgemeinbevölkerung beim Erstkonsum beträgt hinsichtlich Cannabis und Schnüffelstoffe rund 15 Jahre. Alle anderen psychoaktiven Substanzen, ausgenommen Alkohol und Tabak, werden im Durchschnitt um einige Jahre später zu konsumieren begonnen (vgl. Haller 2005). Diese Angaben unterscheiden sich nicht von Daten aus dem drogenbezogenen Behandlungsbereich (vgl. Grüner Kreis 2005, VWS 2005a; IFES 2005b, vgl. auch Kap. 4.2). Insgesamt betrachtet liegt das mittlere Erstkonsumalter bei den Frauen hinsichtlich fast allen Substanzen deutlich unter jenem der Männer (vgl. Tabelle A25 im Anhang A). Die durchschnittliche Zeitspanne zwischen Erstkonsum und regelmäßigem Konsum ist relativ kurz. Lediglich bei Alkohol beläuft sie sich auf rund 2,5 Jahre, bei den meisten übrigen Substanzen beträgt sie maximal ein Jahr. Dies bedeutet, dass die Jugendlichen zu Beginn eines regelmäßigen Substanzkonsums durchschnittlich schon älter als 15 Jahre sind.

Betrachtet man die Häufigkeit der Kontakte mit unter 15-Jährigen auf Einrichtungsebene, so werden von drogenspezifischen Angeboten keine oder kaum Kontakte mit dieser Altersgruppe berichtet, am ehesten noch im Zusammenhang mit Spritzentauschprogrammen („Substanz“ und Neubauer, persönliche Mitteilungen). Deutlicher vorhanden ist diese Gruppe in jugendspezifischen niederschweligen Einrichtungen wie auch Beratungsstellen, die zwischen zwei und fünf Prozent unter 15-jährige Klientinnen und Klienten betreuen. Z6-Streetwork Innsbruck berichtet von 18 Prozent, wobei in dieser Zahl auch die 15-Jährigen inkludiert sind

(siehe Tab. 11.1) und Drogenkonsum häufig, aber nicht ausschließlich vorhanden ist. Die Kontaktzahlen steigen, ähnlich wie die Lebenszeitprävalenz, auch hier ab 15 Jahren deutlich an (vgl. B.I.T. 2006). Chill Out, eine niederschwellige Einrichtung der Jugendwohlfahrt Tirol, weist darauf hin, dass in den Jahren 2002 bis 2005 zwischen 20 und 30 Prozent der gesamt betreuten Jugendlichen einen schädlichen Substanzgebrauch aufweisen. Von diesen sind in den Berichtsjahren zwischen zehn und 19 Prozent unter 15 Jahre alt (DOWAS Chill Out, persönliche Mitteilung).

Tabelle 11.1: Kontaktzahlen bei Z6-Streetwork, sortiert nach Alter und Geschlecht, 2005

Altersgruppe	Kontaktzahl	Männer	Frauen	Anteil an Gesamtkontakten
Unter 12	37	9	28	1,3 %
12–13	50	26	24	1,9 %
14–15	359	178	211	14,9 %
16–17	1.101	519	582	41,3 %
18–19	686	453	233	25,7 %
Über 19	401	275	126	15 %

Quelle: Z6-Streetwork 2006

Jugendspezifische Einrichtungen der Drogenhilfe berichten hinsichtlich Substanzen, Konsumformen und damit verbundenen Problematiken von zwei zirka gleich großen Gruppen von unter 15-Jährigen:

Zum einen besteht Kontakt mit Jugendlichen mit beginnendem regelmäßigem, zumeist aber unproblematischem Cannabis-Konsum, zum Teil auch mit unregelmäßigem Opiatkonsum (Heroin rauchen oder sniffen) bzw. vereinzelt mit unregelmäßigem Konsum von Kokain, Partydrogen und Benzodiazepinen. Diese Jugendlichen scheinen in einer Phase der Weichenstellung in Kontakt mit Beratungsstellen zu kommen. Die Integration in das System Schule bzw. Ausbildung ist häufig noch gegeben, und es bestehen wenige Probleme psychischer und sozialer Natur. Die Motivation dieser Klientinnen und Klienten beschränkt sich in vielen Fällen auf die Erfüllung behördlicher Auflagen, wie zum Beispiel im Rahmen einer Schulzuweisung gemäß § 13 Abs. 1 SMG. Eine wichtige Rolle im Zuge der Kontaktaufnahme mit den Einrichtungen spielen in diesem Kontext die Familie und der Freundeskreis. Im Rahmen der Betreuung ergibt sich oftmals ein unproblematischer Verlauf der Distanzierung vom Konsum, und es wird die Beobachtung geschildert, dass sich im Laufe dieser im Grunde unfreiwillig eingegangenen Betreuung bei den Betroffenen neue Ziele im Umgang mit dem Substanzkonsum entwickeln (vgl. B.I.T. 2006, Dialog 10 und BBZ, persönliche Mitteilungen).

Zum anderen wird eine Gruppe von Jugendlichen beschrieben, die einen hochriskanten, polytoxikomanen Konsum, verbunden mit einer großen Experimentierfreudigkeit und Neugierde bezüglich Substanzen, aufweisen. Es sind dies unter 15-Jährige, die seit mindestens einem Jahr regelmäßig Opiate nasal und/oder intravenös konsumieren. Viele von ihnen geben zudem einen regelmäßigen Benzodiazepin-Konsum an, der über längere Zeit (zwischen sechs

Monaten und zwei Jahren) besteht. Alkohol und Cannabis spielen in dieser Gruppe keine nennenswerte Rolle. Es bestehen große Wissensdefizite über spezifische Substanzwirkungen, Dosierungen und über Safer Use, was einerseits das Risiko von schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen und andererseits das von Überdosierungen erhöht. Die Einrichtungen berichten, dass dies Jugendliche sind, die zumeist freiwillig kommen, dennoch schwer zu halten bzw. sehr behandlungsintensiv sind (Gartner-Schiller und Neumayr 2006, Dialog, VWS Streetwork, Z6-Streetwork, a_way, persönliche Mitteilungen).

11.2 Gruppencharakteristiken

In Österreich gibt es keine repräsentativen Studien, die den Zusammenhang zwischen spezifischen gesellschaftlichen Risikogruppen bzw. spezifischen psychischen Diagnosen und den unter 15-jährigen Drogenkonsumierenden fokussieren. Generell besteht die Auffassung, dass nicht die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe per se eine größere Vulnerabilität bezüglich Drogenproblemen und Suchtentwicklung impliziert, sondern dass eine Kumulation von Problemlagen und die Wechselwirkung zwischen individuellen Belastungen und Ressourcen im Sinne von Risiko- und Schutzfaktoren von Relevanz sind (vgl. ÖBIG 2001b).

Jugendspezifische Einrichtungen stellen aber fest, dass generell Jugendliche, die in der Drogen-Straßenszene auftauchen, zumeist schon eine psychosoziale Problematik und Kontakt zur Jugendwohlfahrt haben. Sichtbar wird dabei ein direkter Zusammenhang mit schwierigen Lebensereignissen wie auffälligen Familiengeschichten, die z. B. in Bezug zu Verwahrlosung, massivem Substanzmissbrauch der Eltern oder psychischer/physischer Abwesenheit der Eltern stehen. Sozioökonomische Benachteiligung ist ein Faktor, der diese Problematik noch verstärkt. Dazu kommen in vielen Fällen noch Missbrauchserfahrungen, erlebte körperliche Gewalt innerhalb der eigenen Familie und die damit resultierende Fremdunterbringung in Betreuungssystemen der Jugendwohlfahrt oder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Der Kontakt mit der Drogenszene ist für die Jugendlichen stark konnotiert mit Autonomie und eigenem Leben und geht einher mit der Loslösung von alten sozialen Bezügen. In der Szene werden schnell Kontakte, Freundschaften geknüpft und persönliche Unterstützung gefunden, und der Verzicht auf eben dies im Kontext von Betreuung/Behandlung erweist sich für die Betroffenen oftmals als unüberwindbare Schwelle.

Die aktuelle Lebenslage der Betroffenen ist gekennzeichnet von Themen wie Verweigerung des Schulbesuches trotz bestehender Schulpflicht, Abhauen aus dem Elternhaus oder aus Einrichtungen der Jugendwohlfahrt und das (teilweise) Fehlen einer Tagesstruktur. Bei Mädchen kommen dazu noch Erfahrungen in der Tagesprostitution. Im psychiatrischen Kontext ist die Häufigkeit von zum Teil schon sehr frühen Suizidversuchen (ab zwölf Jahren) und eine formulierte Orientierungs- und Perspektivenlosigkeit auffällig (a_way, Dialog, Z6-Streetwork, VWS-Streetwork, Wolfgang Bäcker, persönliche Mitteilungen).

11.3 Gesundheitliche, psychosoziale und rechtliche Zusammenhänge des frühen Drogenkonsums

Konsumierende Jugendliche unter 15 Jahren werden in Österreich eher nicht als drogenabhängig bezeichnet. Dies resultiert u. a. daraus, dass bei dieser Altersgruppe die im Vordergrund stehenden psychosozialen Problemlagen besonders augenscheinlich sind. Der Substanzkonsum wird als ein Aspekt der Gesamtproblematik oder auch als eine Folge dieser Kumulation von Problemen und Belastungen gesehen. Allerdings trägt er in vielen Fällen zu einer Verschärfung der Situation bei. Die Intensität des zum Teil auch exzessiven Konsums hängt zudem mit den Konsummustern der sozialen Peergruppe zusammen und ist weniger manifest als bei älteren Konsumierenden. Fachleute berichten weiters, dass in dieser Altersgruppe außer bei den Substanzen Nikotin und Alkohol kaum körperliche bzw. psychische Abhängigkeitssyndrome wahrgenommen werden können.

Jene Jugendlichen mit zum Teil massivem Probierkonsum sind häufig mit der Bewältigung von Adoleszenzkrise beschäftigt, wobei bei einigen behandlungsrelevante psychiatrische Auffälligkeiten diagnostiziert werden, allen voran psychotische Entwicklungen und Verwahrlosungstendenzen. Vier Prozent der unter 15-Jährigen in den Wiener Einrichtungen der Drogenhilfe geben an, dass sie innerhalb der letzten zwölf Monate in psychiatrischer Behandlung waren (IFES 2005b). Auf der Verhaltensebene sind fremd- und selbstaggressive Handlungen auffällig, wobei Mädchen eher zu selbstaggressiven Handlungen wie Brennen, Schneiden etc. tendieren. Bei Buben finden sich häufiger fremdaggressive Handlungen gegenüber Mitgliedern des sozialen Umfeldes. Vor allem Mädchen sind in ihrem Leben auf der Straße mit Prostitution konfrontiert. Der Einstieg erfolgt schleichend im Kontext von „Gefälligkeiten“ für ältere Mitglieder der Straßenszene und resultiert in Erfahrungen von sexuellem Missbrauch, Beschaffungsprostitution, aber auch frühen Schwangerschaften. Prostitution ist sicherlich auch bei Buben ein Thema, wenngleich es stark tabuisiert und kaum angesprochen wird (a_way, persönliche Mitteilung).

Bei Jugendlichen, die neben einem massiven Cannabis-Konsum regelmäßig Kokain und Pilze konsumieren, zeigen sich Probleme wie Schlafstörungen, erhöhte Aggressivität, psychotische Symptome, die zum Teil durch den Substanzkonsum ausgelöst werden (Dialog, persönliche Mitteilung). Bei jenen unter 15-Jährigen mit hochriskantem polytoxikomanem Substanzkonsum ist die Gefahr einer Überdosierung gegeben. In Wien kam es 2005 im Rahmen des Spitalsverbindungsdienssts CONTACT (vgl. Kap. 7.1) zu sieben Krankenhausmeldungen bei unter 15-Jährigen. In der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle wird ersichtlich, dass 2004 drei Personen und 2005 eine Person unter 15 Jahren direkt an den Folgen des Drogenkonsums verstorben sind (ÖBIG 2006a, ÖBIG 2006b; vgl. Kap. 6.1). Das mangelhafte Wissen über Safer Use wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit drogenbezogener Infektionskrankheiten. In den jugendspezifischen Einrichtungen werden auch hygienische Mangelzustände betreffend Zähne, allgemeine Körperpflege, Krätze und Geschlechtskrankheiten beobachtet (Z6-Streetwork, persönliche Mitteilung).

Die psychosozialen Folgen des frühen Drogenkonsums ergeben sich hauptsächlich aus dem Nicht-Schaffen der pubertätsbezogenen Entwicklungsaufgaben. Schwierigkeiten gibt es in diesem Zusammenhang mit dem Abschluss von Ausbildung und Schule. Aus den Wiener Betreuungs- und Behandlungsdaten (IFES 2005b, ÖBIG 2005a; vgl. Kap. 4.2) geht hervor,

dass nur vier von zehn unter 15-Jährigen noch im Schulsystem eingebettet sind, die übrigen stehen außerhalb eines Ausbildungs- und Berufslebens. Auch die Ablösung vom Elternhaus erfolgt oftmals durch einen emotionalen Bruch mit den Eltern, durch Rauschmiss oder Weglaufen. Der Übergang von der Familie weg zu einer eigenständigen Berufstätigkeit und einer eigenen Wohnung hin wird in dieser Dynamik gebrochen und stellt Betroffene vor langfristige problematische Konsequenzen.

Wie wichtig die sozialen Beziehungen und Bezüge in dieser Altersgruppe sind, wird immer wieder betont. Beratungsstellen berichten, dass vor allem bei Gelegenheitskonsumierenden von Cannabis wichtig ist, die Kommunikation mit der Familie bzw. mit Ausbildungseinrichtungen zu beeinflussen und die Verbindung zu diesen Lebensbereichen aufrechtzuerhalten.

Ein massiver Drogenkonsum zieht auch bei unter 15-Jährigen, wie bei allen Altersgruppen, die Tendenz zu kleinkriminellen Handlungen nach sich. Darunter fallen Diebstähle, Einbrüche und Drogenhandel im kleinen Ausmaß. In Österreich sind Personen ab 14 Jahren strafmündig, was dazu führt, dass die Betroffenen Kontakt mit der Justiz haben und auch Gefängnisstrafen verhängt werden. Gerade in diesem Setting laufen Jugendliche Gefahr, Kontakte zu älteren Drogenkonsumierenden zu knüpfen bzw. unter problematischen Bedingungen an Substanzen zu kommen, was den Beginn einer manifesten Drogenkarriere darstellen kann (Bäcker, persönliche Mitteilung).

11.4 Nationale Politik und rechtliche Aspekte

Die Handhabung bezüglich des Substanzkonsums bei Kindern und Jugendlichen ist in Österreich nach bundesverfassungsrechtlicher Kompetenzverteilung in den länderspezifischen Jugendschutzgesetzen geregelt. Der Konsum und Erwerb von Tabak und alkoholischen Getränken ist in allen Bundesländern bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres verboten. In allen Jugendschutzgesetzen – außer Tirol – ist zudem der Konsum von Drogen oder ähnlichen Stoffen, die nicht unter das Suchtmittelgesetz (SMG) fallen, die aber allein oder in Verbindung mit anderen Stoffen eine Betäubung, Aufputschung oder Stimulierung herbeiführen können, bis zum 18. Lebensjahr verboten (vgl. www.api.or.at/akis).

Der Konsum und Handel mit illegalen Substanzen ist über das SMG geregelt. Durch den § 13 des SMG sind Schulen verpflichtet, jungen Schülerinnen und Schülern, die im Sinne eines Substanzmissbrauchs auffällig werden, gezielte Hilfe anzubieten. In diesem Fall hat die Schulleitung den Jugendlichen einer schulärztlichen bzw. schulpsychologischen Untersuchung zuzuführen. Je nach Ausgang der Untersuchung ist gegebenenfalls eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2 notwendig. Werden die angeordneten Untersuchungen vom Jugendlichen absolviert, besteht vonseiten der Schule keinerlei Meldepflicht gegenüber den Behörden (BMBWK 2001, vgl. ÖBIG 2004).

11.5 Prävention und Behandlung

Prinzipiell gelten die im Bericht dargestellten jugendspezifischen Angebote im Bereich der Prävention und Behandlung auch für die Altersgruppe der unter 15-Jährigen (vgl. Kap. 3 und

5, ÖBIG 2001b), da sich bis auf einige Spezifika keine Unterschiede zu älteren Jugendlichen finden.

Unter 15-Jährige sind, wenn sie nicht bei ihren (Pflege-)Familien leben, in Einrichtungen der Jugendwohlfahrt untergebracht. Diese unterscheidet zwischen einem Kinderbereich für bis 14-Jährige und einem Jugendbereich. Drogenkonsum ist in beiden Bereichen Thema, wobei er vonseiten des Betreuungspersonals im Kinderbereich oft nicht erwartet und folglich nicht erkannt wird. Kommt es zu einem massiven Drogenkonsum, hat man vonseiten der Jugendwohlfahrt die Erfahrung gemacht, dass die Betroffenen oft schwer in den Einrichtungen zu halten sind, und man setzt in diesem Fall vermehrt auf eine Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Um der Notwendigkeit einer Vernetzung von Jugendwohlfahrt, Drogenhilfe und Psychiatrie Rechnung zu tragen, hat die Stadt Wien das Kompetenzzentrum Drogenprävention eingerichtet (vgl. ÖBIG 2002b). Dieses soll, auch im Sinne einer frühen Interventionsstrategie, ermöglichen, dass die betreuten Jugendlichen möglichst vor Ort weiter betreut werden können und nicht aus ihrer sozialen Einbettung gerissen werden. Neben spezifischen Schulungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendwohlfahrtseinrichtungen zum Thema jugendlicher Substanzkonsum fokussiert das Kompetenzzentrum die Zusammenarbeit mit Drogenhilfe und Psychiatrie, um im Bedarfsfall Ressourcen und Unterstützung beziehen zu können. Weiters wurden Richtlinien ausgearbeitet, die den Umgang mit konsumierenden Jugendlichen in der Betreuungssituation erleichtern sollen.

In Wien wird derzeit überlegt, für die Einrichtungen der Jugendwohlfahrt einen jugendpsychiatrischen Notfalldienst einzurichten, der in Extremfällen an Ort und Stelle kommt und weitere Maßnahmen anordnet, da das betreuende Personal in den Einrichtungen mit konsumierenden Jugendlichen immer öfter an die Grenze der Überforderung gelangt. Weiters sind auch Beatmungsgeräte in den Einrichtungen vorhanden, da es immer wieder Überdosierungsfälle gibt. Für schwer zu betreuende Mädchen wurde in Wien eine Anlaufstelle in Form einer Wohngemeinschaft errichtet, die zwölf Plätze umfasst. Angeboten wird eine relativ niederschwellige Unterkunft ohne Tagesstruktur (Bäcker, persönliche Mitteilung).

Auf eine steigende Konsumprävalenz bei Jugendlichen wird auch auf der Ebene der Drogenhilfe reagiert (vgl. ÖBIG 2001b, ÖBIG 2002a, ÖBIG 2002b). In Wien wurde 2005 die niederschwellige Einrichtung Dialog 10 für Jugendliche eröffnet (vgl. Kap. 5.1), die lebensweltnahe Betreuungsangebote und Tagesstrukturen bietet. Für die multifaktorielle Abklärung in der Arbeit mit den Jugendlichen gibt es neben diversen Kooperationsvereinbarungen auch individuelle Fallkonferenzen. Im offenen Betrieb liegt der Hauptfokus vor allem auf der Grundversorgung hinsichtlich Essen, Trinken und Hygiene und nicht auf einer Entwicklung auf sozialpädagogischer Ebene. Auch Drogenberatungsstellen bieten vermehrt eigene Konzepte im Umgang mit Jugendlichen und Kindern an, die das Ziel haben, dass die jugendlichen Klientinnen und Klienten den Umgang als Hilfe wahr- und annehmen können, wobei in allen Einrichtungen keine altersspezifischen Unterschiede gemacht werden. In den Einrichtungen wird beobachtet, dass gerade bei Jugendlichen die Themen und Problemfelder sehr vermischt und spontan thematisiert werden, was dazu führt, dass die professionellen Antworten nicht in die üblichen Beratungsbereiche untergliedert werden können.

Deutlich wird in diesem Setting auch, dass die Einbeziehung relevanter sozialer Bezugspersonen und/oder -einrichtungen, die Aktivierung von anderen unterstützenden Angeboten aus

dem Kinder- und Jugendbereich und suchtmedizinische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen eine große Relevanz haben.

Auch aufsuchende Angebote sind mit der Gruppe der unter 15-Jährigen Drogenkonsumierenden konfrontiert, im Bereich des Drogenstreetworks hauptsächlich durch den Spritzen-tausch. Im Dezember 2005 wurde in Wien a_way, eine Notschlafstelle für obdachlose Jugendliche von 14 bis 18 Jahren eröffnet, in der Alkohol- und Drogenkonsum keinen prinzipiellen Ausschließungsgrund darstellt (vgl. Kap. 9.1).

Allgemein kann gesagt werden, dass es das primäre Ziel von Betreuungseinrichtungen ist, Jugendliche mit problematischem Substanzkonsum zu stabilisieren und sie zumindest eine Zeit lang aus der Konsum- und Psychodynamik herauszuholen.

Die Wichtigkeit spezifischer Trainings für Professionals, die mit substanzkonsumierenden Jugendlichen in Kontakt sind, wird zum Teil auf Einrichtungsebene erkannt und umgesetzt. Neben den Schulungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendwohlfahrt in Wien bietet auch die Drogenambulanz Innsbruck Fortbildungen für den Pflegebereich an, da gerade der Umgang mit drogenproblematischen Kindern und Jugendlichen einige Besonderheiten im Pflegesetting beinhaltet (Bäcker, Giacomuzzi, persönliche Mitteilungen).

12 Kokain und Crack

Wie bereits im Jahr 2000 liegen in Österreich zu Kokain relativ wenige Informationen und Daten vor (ÖBIG 2000). Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass die Gruppe jener Personen, die ausschließlich Kokain konsumieren, sozial weitgehend unauffällig und damit epidemiologisch schwer erfassbar ist. Zum anderen befassen sich die meisten verfügbaren Forschungsarbeiten zu Drogen und Drogensucht mit Opiaten. Aus diesem Grund existiert in Österreich wenig statistisches Material über das Ausmaß des Kokain-Konsums oder die Anzahl der Konsumentinnen und Konsumenten. Die im Folgenden verwendeten Informationen stammen in erster Linie aus Studien, die sich mit der Drogensituation allgemein und nicht speziell mit Kokain befassen. Aus den wenigen kokainspezifischen Studien geht jedoch hervor, dass Crack in Österreich – wie bereits vor sechs Jahren – weiterhin keine Rolle spielt.

12.1 Prävalenz, Muster und Trends des Kokain- und Crack-Konsums

Für einen Vergleich der Suchtmittelerfahrungen sei auf die Tabellen A1 und A2 im Anhang A verwiesen, wo Lebenszeitprävalenzen aus verschiedenen Studien seit 1998 angeführt sind. Bei Erwachsenen sowie Schülerinnen und Schülern liegen die Prävalenzwerte für Kokain im Bereich von zwei bis vier Prozent – das entspricht in etwa den Werten für Amphetamine – und befinden sich damit deutlich unter jenen für Cannabis von sieben bis 37 Prozent (vgl. auch Kap. 11.1).

Die im Jahr 2004 in Österreich durchgeführte Repräsentativerhebung der Bevölkerung beinhaltete auch Fragen zum Gebrauch legaler und illegaler Substanzen (Uhl et al. 2005a). Die Auswertungen ergaben für Kokain eine Lebenszeitprävalenz von 2,3 Prozent und eine 30-Tage-Prävalenz von 0,3 Prozent. Im Vergleich dazu betragen die entsprechenden Prävalenzraten für Amphetamine 2,4 bzw. 0,3 Prozent und für Heroin 0,7 bzw. 0,2 Prozent (vgl. Kap. 1.4, 2.1, 11.1).

Vergleichbare Ergebnisse des IFES (IFES 2005a) konnten Meldungen über eine stark zunehmende Verbreitung von Kokain nicht bestätigen (vgl. Kap. 1.4, 2.1 und Abb. 2.1, S. 12). So wie vor zwei Jahren gaben insgesamt zwei Prozent der Befragten an, diese Substanz schon einmal konsumiert zu haben, wobei es sich so gut wie ausschließlich um Männer handelte (vier Prozent). Für die Jahre von 1993 bis 2001 lag der Wert derer, die angaben, schon einmal Kokain probiert zu haben, bei einem Prozent. Für eine Einnahme von Kokain innerhalb der letzten drei Jahre bzw. der letzten 30 Tage lag der Prozentwert auf Basis der Gesamtbevölkerung bei unter eins. Für die letzten Jahre konnten vom IFES auch keine relevanten Veränderungen der Lebenszeitprävalenz bei Kokain festgestellt werden.

In Oberösterreich wird alle drei Jahre eine repräsentative Bevölkerungsbefragung durchgeführt, die auch das Thema illegale Drogen berührt. Zusätzlich wurden 420 Jugendliche im Alter von 15 bis 24 Jahren befragt, womit diese Altersgruppe überrepräsentiert war und genauere Auswertungen dieser Gruppe möglich waren. Betrachtet man die Gruppe der 15- bis 59-Jährigen nach Substanzen, so zeigte sich im Jahr 2003 für Kokain eine Lebenszeit-

prävalenz von 3,7 Prozent gesamt und 5,2 Prozent bei den Männern (vgl. Tabelle A1 im Anhang A). Für die Gruppe der 15- bis 24-Jährigen lag der entsprechende Wert bei 6,2 Prozent (vgl. Tabelle A2 im Anhang A). Bei der im Jahr 2000 durchgeführten Befragung (market 2000) ergab sich für die Gesamtbevölkerung ein Wert von 2 Prozent für die Lebenszeitprävalenz bei Kokain. Im Vergleich dazu betragen die Werte für die Lebenszeitprävalenz bei Cannabis im Jahr 2003 23,7 Prozent (15- bis 24-Jährige: 34,3 %) und im Jahr 2000 etwa 15 Prozent. Auch in Oberösterreich liegt der Wert der Kokainprävalenz innerhalb der letzten 30 Tage für die Gruppe der 15- bis 59-Jährigen unter 1 Prozent, während der analoge Wert für die 15- bis 24-Jährigen 1,3 Prozent beträgt (vgl. Tabellen A1, A2 im Anhang A).

Im Jahr 2003 wurden im Rahmen der ESPAD-Studie in Österreich Schülerinnen- und Schüler der neunten und zehnten Schulstufe zu Alkohol und anderen Drogen befragt (Uhl et al. 2005b). Hier ergaben sich für die Lebenszeitprävalenzen bei Kokain 2 Prozent, bei Amphetaminen 5 Prozent, bei Ecstasy 3 Prozent und bei Heroin 1 Prozent. Danach befragt, in welchem Alter bestimmte illegale Drogen zum ersten Mal probiert wurden, ergaben sich für Kokain – ebenso wie für Heroin – für alle erfragten Altersklassen (unter elf bis 16 Jahren) Werte unter 1 Prozent.

Ende des Jahres 2005 wurden im Rahmen einer Studie der Beratungsstelle Auftrieb in Wiener Neustadt und Umgebung (NÖ) 1.404 Jugendliche im Alter von zwölf bis 19 Jahren zum Thema Substanzkonsum befragt (Gartner-Schiller und Neumayr 2006). Hier ergab sich bei Kokain – ebenso wie für Speed und LSD – eine Lebenszeitprävalenz von etwa 2,5 Prozent. Für Cannabis betrug der entsprechende Wert 12 Prozent. Nach Angabe der Autorinnen spielten Opiate, Kokain und andere „harte“ Drogen bei den Jugendlichen kaum eine Rolle, wobei auch der Probierkonsum gering ausfiel. Nur wenige gefährdete Jugendliche, bei denen mehrere belastende und suchtfördernde Faktoren zusammenkommen, scheinen zu solchen Drogen zu greifen bzw. davon abhängig zu werden.

Aktuelle Zahlen über die Drogensituation an steirischen Berufsschulen und Lehrlingshäusern liefert die gleichnamige Studie, die auf Befragungen von 43 Pädagoginnen und Pädagogen sowie 3.919 Berufsschülerinnen und -schülern aufbaut (Hutsteiner et al. 2005). Hier wurde für Kokain eine Lebenszeitprävalenz von 2 Prozent und eine Zwölf-Monats-Prävalenz von 1,2 Prozent erhoben, was deutlich unter den bisher für diese Gruppe berichteten Werten liegt (vgl. Kap. 1.4, 2.2, 3.1).

Im Rahmen des EU-Projekts „Support Needs for Cocaine and Crack Users in Europe“ (COCINEU) entstand an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien die Diplomarbeit „Österreichs Kokain- und Crackkonsumentinnen und -konsumenten – Eine Untersuchung zum Ausmaß des Problems“ (Primus 2005), die zu den wenigen zur Verfügung stehenden kokainspezifischen Studien zählt. Die Diplomarbeit erfasste anhand von Interviews drei verschiedene Gruppen von Konsumentinnen und Konsumenten und verglich deren Daten miteinander. Zusätzlich wurden Harntest-Daten aus sieben Jahren verglichen, um die Entwicklung des Kokainkonsums von 1996 bis 2002 überprüfen zu können.

Von 2002 bis 2003 wurden Interviews mit insgesamt 211 Personen durchgeführt, die sich in Behandelngengruppe, Szenegruppe und Partygruppe unterteilten. Mitglieder der ersten Gruppe mussten sich zur Zeit des Interviews in einer Drogenbehandlung befinden, Probandinnen und Probanden der Szenegruppe durften zum Zeitpunkt der Befragung nicht in Drogenbe-

handlung sein und sollten der offenen Drogenszene angehören, während sich die Partygruppe aus sozial integrierten Personen zusammensetzte, die nicht in Drogenbehandlung waren und nur nasal konsumierten. Als Einschlusskriterium hatten alle drei Gruppen den Konsum von Kokain mindestens einmal im Monat vor der Befragung.

Das Durchschnittsalter der Befragten betrug etwa 28 Jahre, der Frauenanteil machte in der Behandelten- und Szenegruppe in etwa ein Drittel aus, in der Partygruppe fast 50 Prozent. Das durchschnittliche Kokain-Einstiegsalter lag bei 21 Jahren und die durchschnittliche Konsumdauer bei 4,5 Jahren. Da nur neun der Probandinnen und Probanden angaben, Crack konsumiert zu haben, konnten keine diesbezüglichen Daten ausgewiesen werden.

Kokain war von der Szenegruppe im letzten Monat an 22 Tagen, von der Behandeltengruppe an 9,5 und von der Partygruppe an acht Tagen konsumiert worden. Von der Szenegruppe wurden neben anderen illegalen Substanzen an 19 Tagen auch Heroin (Behandelten- und Partygruppe: an sieben Tagen) und an acht Tagen Cannabis (Behandelten- und Partygruppe: an zehn Tagen) konsumiert. Die Szenegruppe gab an, im letzten Monat vor der Befragung an 23 Tagen mehr als eine Substanz konsumiert zu haben, für die Behandeltengruppe betrug dieser Wert 14 Tage und für die Partygruppe zwölf Tage. Die längste ununterbrochene Konsumphase dauerte bei der Behandeltengruppe 31 Stunden, bei der Partygruppe zwölf und bei der Szenegruppe neun Stunden. Kokain wurde von der Partygruppe nasal (97 %) konsumiert oder geraucht (3 %), während es von der Behandeltengruppe zu 21 Prozent nasal und zu 79 Prozent intravenös (i. v.) appliziert wurde. Die Szenegruppe konsumierte Kokain ausschließlich i. v.

Zusätzlich wurden Harntests, die von 1996 bis 2002 in der Drogenambulanz des AKH Wien von Patientinnen und Patienten im Rahmen einer Methadon-Erhaltungstherapie abgegeben worden waren, im Hinblick auf Kokain ausgewertet. Dabei wurden einerseits jeweils zwei aufeinanderfolgende Jahre bezüglich signifikanter Unterschiede und andererseits der gesamte Zeitraum untersucht. Dabei zeigte sich, dass im Jahr 2002 signifikant mehr Personen kokainpositive Harntests als im Jahr 1996 abgegeben hatten. Aufgrund der Ergebnisse der Untersuchungen kommt die Autorin der Diplomarbeit zu dem Schluss, dass es auch in Österreich, wie im Großteil Europas, in den letzten Jahren zu einem Anstieg des Kokainkonsums gekommen ist.

Mit der Kokain-Problematik in der Wiener Drogen-Straßenszene beschäftigte sich eine Studie aus dem Jahr 2003 (VWS 2003b). Seit Mitte der 1990er Jahre spielt der Kokain-Konsum in der Drogen-Straßenszene eine bedeutende Rolle, wobei die besondere Problematik dadurch gegeben ist, dass es sich dabei fast ausschließlich um i. v. Konsum handelt. Die Anzahl der betroffenen Personen wurde nach vorsichtigen Schätzungen mit einigen hundert angegeben, wobei bezüglich des Drogenkonsummusters drei Gruppen unterschieden werden konnten. Es handelte sich dabei erstens um Personen, die hauptsächlich Kokain konsumierten; ein möglicher Opiatkonsum fand nur in Verbindung mit Kokain (so genannte „Cocktails“) – dessen Wirkung dabei im Vordergrund steht – statt. Die zweite Gruppe setzte sich aus Personen zusammen, die im Rahmen eines polytoxikomanen Konsummusters neben Kokain im gleichen Ausmaß auch Opiate und Benzodiazepine konsumierten (vgl. ÖBIG 2000, ÖBIG 2001a). Die dritte Gruppe schließlich bestand aus Personen, die primär Opiate und Benzodiazepine mit Kokain nebenher konsumierten.

Silbermayr nannte für Wien eine Zahl von 2.000 Personen, die einen täglichen und problematischen Kokain-Konsum aufwiesen (Silbermayr 2003), wobei er die oben genannten Gruppen einerseits um Studentinnen und Studenten erweiterte, die zur Konzentrationssteigerung Kokain konsumierten, und andererseits angab, dass Vertreterinnen und Vertreter der neuen Wirtschaft Amphetamine und Kokain regelmäßig in geringen Dosen konsumierten. Die letztgenannte Gruppe sah sich nicht mit einem Drogenproblem behaftet und war daher auch nicht in den Einrichtungen der Drogenhilfe anzutreffen.

Mit der Drogen-Straßenszene ebenfalls nicht vergleichbar war die Zielgruppe von ChEck iT!, die bezüglich Kokain kaum i. v. Konsum betrieb, kaum vergleichbare Konsumspitzen aufwies und im Normalfall (noch) integriert war. Die Konsumprävalenzwerte für die Klientinnen und Klienten von ChEck iT! lagen bei 29 Prozent im letzten Monat und bei 55 Prozent Lebenszeitprävalenz. 23 Prozent berichteten von einem Mischkonsum von Kokain und Ecstasy. Obwohl diese Prävalenzzahlen relativ hoch sind, war Kokain, das hier üblicherweise nasal konsumiert wurde, zumeist nicht die Leitdroge. Es wurde vorwiegend zu bestimmten Anlässen konsumiert oder wenn man es sich gerade leisten konnte. Oft wurde Speed wegen der längeren Wirkdauer und des geringeren Preises Kokain vorgezogen (vgl. Kap. 3.2, 10.3; VWS 2003b).

Die Tiroler Drogen- und Suchtberatung B.I.T. führte dankenswerterweise eine genauere Analyse der Daten von 160 Personen durch, die angegeben hatten, zum Zeitpunkt der Aufnahme Kokain konsumiert zu haben, und kam dabei zu folgenden Ergebnissen (B.I.T. 2006): Das Durchschnittsalter der Konsumentinnen und Konsumenten lag bei 25,4 Jahren, der Frauenanteil bei etwa einem Fünftel. Das durchschnittliche Alter beim Erstkontakt betrug für Kokain 18,8 Jahre, für Crack – das von acht Personen (5 %) zusätzlich zu Kokain konsumiert wurde – 19,9 Jahre. Knapp 40 Prozent der Konsumentinnen und Konsumenten von Kokain gaben an, im letzten Monat vor Betreuungsbeginn mindestens einmal pro Woche konsumiert zu haben, 3 Prozent gaben einen täglichen Konsum an. Kokain wurde von 79 Prozent nasal und von 14 Prozent i. v. konsumiert. Als zusätzliche Substanzen wurden Cannabis, Alkohol, MDMA und Amphetamine konsumiert.

Im Rahmen einer im Jahr 2005 erstellten Studie zum Projekt QCT-Europe wurden Unterschiede zwischen so genannten Zwangsklientinnen und -klienten (Personen mit Therapieauflagen) und „freiwilligen“ Klientinnen und Klienten von Drogeneinrichtungen erhoben (Trinkl und Werdenich 2005). Bei den Personen mit Therapieauflage stellte Kokain zu 22,2 Prozent die Hauptproblemsubstanz dar, während der entsprechende Wert für die „Freiwilligen“ 10,4 Prozent betrug, wobei das vorrangige Konsummuster polytoxikoman war und keine signifikanten Unterschiede im Drogenkonsumverhalten der beiden Gruppen bestanden (vgl. Kap. 5.2).

Bezüglich weiterer Informationen zum Thema sei auf Kapitel 13 (Drogengebrauch im Freizeitbereich) des letztjährigen Berichts zur Drogensituation (ÖBIG 2005a) verwiesen.

12.2 Probleme im Zusammenhang mit Kokain- und Crack-Konsum

Um Aussagen über den möglichen Behandlungsbedarf im Zusammenhang mit Kokain treffen zu können, stehen lediglich Behandlungsdaten aller Substanzen betreffend zur Verfügung. Auch werden Daten aus dem österreichweiten Dokumentationssystem für Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI) frühestens 2007 bereitstehen (vgl. Kap. 4.2).

Im Rahmen der Wiener BADO gaben vier von zehn in den Jahren 2002 und 2004 betreuten Klientinnen und Klienten den Konsum von Kokain im letzten Monat an (vgl. Kap. 4.2). Etwas mehr als die Hälfte konsumierte in dieser Zeit Cannabis bzw. Heroin. Im Jahr 2004 nahm rund die Hälfte der Befragten Kokain nasal ein, die andere Hälfte i. v. Mehr als die Hälfte der Klientinnen und Klienten von 2004 wurde bereits vor der aktuellen Aufnahme von einer Einrichtung der Wiener Drogenhilfe betreut. Diesbezügliche kokainspezifische Angaben standen nicht zur Verfügung (IFES 2005b).

Ähnliche Zahlen wurden vom Grünen Kreis berichtet (Grüner Kreis 2005). Im Jahr 2004 konsumierten 46 Prozent der stationär betreuten Patientinnen und Patienten vor der Therapie Kokain und 49 Prozent mehrmals pro Woche Heroin. Bemerkenswert war, dass Justizklientinnen und -klienten zu 63 Prozent einen Kokainkonsum aufwiesen – was weit über der in der Studie von Trinkl und Werdenich (siehe oben) referierten Zahl lag –, während dieser Wert für die übrigen Klientinnen und Klienten nur 42 Prozent betrug. Im Jahr 2004 befanden sich insgesamt 54 Patientinnen und Patienten in stationärer Kurzzeitbehandlung – ein Fünftel davon waren Frauen. Personen, die diese Therapieform in Anspruch nahmen, hatten neben Alkohol (70 %) am häufigsten Cannabis (46 %), Kokain (43 %) und Ecstasy (28 %) konsumiert. Bei Kokain bestanden zwischen Lang- (46 %) und Kurzzeitpatientinnen und -patienten (43 %) keine signifikanten Unterschiede. Klientinnen und Klienten in ambulanter Behandlung bzw. Betreuung konsumierten hauptsächlich Cannabis (65 %) und Kokain (57 %). Diese Personen konsumierten öfter Kokain, stationäre Patientinnen und Patienten häufiger Alkohol, Heroin, Ersatzmittel, Benzodiazepine und andere Beruhigungsmittel.

Die Stiftung Maria Ebene berichtete in ihrem Jahresbericht für 2005, dass die Trends im Drogenkonsumverhalten im Wesentlichen unverändert waren. Stimulierende Substanzen wie Kokain, aber auch Amphetamine und Ecstasy würden weiterhin auf insgesamt hohem Niveau konsumiert. An erster Stelle der Behandlungsnachfrage stand jedoch weiterhin der Mehrfachkonsum der Leitdroge Opiate (58 %). Der Anteil von Cannabis als Leitdroge hat von 13 Prozent auf 23 Prozent zugenommen, während der von Kokain von 23 auf 12 Prozent gesunken ist (Stiftung Maria Ebene 2006).

In der ambulanten Tiroler Drogenhilfseinrichtung B.I.T. betrug der Anteil der Kokainkonsumentinnen und -konsumenten im Jahr 2005 etwa 8,5 Prozent an der Gesamtzahl der betreuten Personen (B.I.T. 2006). Im Gegensatz zum Grünen Kreis erschien diese Personengruppe hier weniger aufgrund gesetzlicher Maßnahmen und eher auf ärztliche oder familiäre Empfehlung oder aus eigener Initiative. Dieser Unterschied ergibt sich daraus, dass B.I.T. ambulant und der Grüne Kreis im Wesentlichen stationär arbeitet.

Aus der Steiermark wurde von der ambulanten Einrichtung b.a.s. gemeldet, dass hier Kokain als Leitdroge eine sehr marginale Rolle spielte (b.a.s. 2006). Im Jahr 2005 war Kokain bei

sechs Männern und drei Frauen Leitdroge; die Gesamtanzahl der in diesem Jahr erfassten Personen betrug 1.312. Auch von hier wurde gemeldet, dass Crack weiterhin nicht zu beobachten ist.

Betrachtet man die Statistik der suchtgiftbezogenen Todesfälle, so zeigt sich, dass Kokain dabei eine nicht unwesentliche Rolle spielt. So konnte über die Jahre bei 30 Prozent der suchtgiftbezogenen Todesfälle auch Kokain nachgewiesen werden (ÖBIG 2006a, ÖBIG 2006b, BMGF 2004). Wie aus Tabelle 12.1 ersichtlich, wurden im Jahr 2005 169 toxikologische Analysen von suchtgiftbezogenen Todesfällen durchgeführt, wobei Kokain 37-mal nachgewiesen werden konnte und damit nach Morphin die zweithäufigste illegale Substanz darstellte, was auch für die Jahre davor galt. In 34 Fällen war Kokain mit Opiaten gemischt worden, was 83 Prozent der Mischintoxikationen von Opiaten mit einem anderen illegalen Suchtgift entsprach. In drei Fällen war Kokain das einzige illegale Suchtmittel, dabei war es in einem Fall zusammen mit einem psychoaktiven Arzneimittel konsumiert worden. Zwei Personen hatten Kokain gemeinsam mit Alkohol zu sich genommen (vgl. auch Kap. 6.1).

Tabelle 12.1: Anzahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle mit toxikologischen Analysen und mit Beteiligung von Kokain für die Jahre 2003 bis 2005

	2003	2004	2005
Gesamtanzahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle, bei denen toxikologische Analysen durchgeführt worden sind	163	175	169
Kokain nachgewiesen	49	52	37
Kokain mit Opiaten (und Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln)	43	49	34
Kokain als einzige illegale Substanz	6	3	3
davon: Kokain mit Alkohol	1	1	2
davon: Kokain mit einer psychoaktiven Substanz	1	–	1

Quellen: ÖBIG 2006a, ÖBIG 2006b, BMGF 2004

In den Jahren 2003 bis 2005 betraf die Mehrzahl der Todesfälle mit Beteiligung von Kokain die Altersgruppe der männlichen 20- bis 24-Jährigen (2003: 11; 2004: 15; 2005: 14). Im Jahr 2004 fanden sich außerdem elf Fälle in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen. Das Geschlechterverhältnis der kokainbezogenen Todesfälle entsprach in allen Jahren etwa dem der Gesamtanzahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle mit einem Männeranteil von zirka 80 Prozent. Die weitaus größte Anzahl (60 % bis 70 %) der Todesfälle mit Beteiligung von Kokain ereignete sich in den betrachteten Jahren in Wien. Im Zusammenhang mit der Erfassung der drogenbezogenen Todesfälle werden zwar Infektionskrankheiten festgestellt, dabei wird jedoch nicht auf die zugrunde liegenden Substanzen eingegangen (vgl. Kap. 6.2).

In der bereits in Kapitel 12.1 beschriebenen Diplomarbeit (Primus 2005) wurde auch auf den Infektionsstatus der Probandinnen und Probanden eingegangen. Bezüglich Hepatitis B gab der Großteil aller drei Gruppen an, nicht infiziert zu sein. Bei Hepatitis C zeigten sich aber andere Ergebnisse. Die Behandeltegruppe gab zu 57 Prozent eine Hepatitis-C-Infektion an, in der Szenegruppe lag dieser Prozentsatz bei 59 Prozent. Signifikant davon unterschied sich die Partygruppe mit nur 3 Prozent. Bei der Frage nach HIV gab der Großteil aller drei Gruppen an, davon nicht betroffen zu sein. Was die Sexualkontakte der Personen aus allen drei Gruppen anging, war festzustellen, dass sie sich weder in der Häufigkeit des Ge-

schlechtsverkehrs ohne Kondom unterschieden noch in der Anzahl der Partnerinnen bzw. Partner, mit denen sie ohne Kondom Verkehr hatten. Lediglich die Mitglieder der Szene-gruppe gaben häufiger an, dass sie Sexualkontakte mit i. v. konsumierenden Drogenkonsumentinnen und -konsumenten hatten als die anderen beiden Gruppen.

Wie bereits oben erwähnt, hat sich das Problem des i. v. Kokain-Konsums in der Drogen-Straßenszene in den letzten Jahren weiter verschärft. Dabei ist zu bedenken, dass bei bis zu 20 Konsumvorgängen pro Tag nicht nur enormer Beschaffungsdruck entsteht, sondern auch die Beachtung von Safer-Use-Regeln beim Konsum in den Hintergrund tritt (VWS 2003b). Weiterhin üblich ist der schon im Jahr 2000 berichtete Konsum von Speedballs, die eine Mischung aus Heroin und Kokain darstellen und i. v. appliziert werden. Da sich die hierbei verwendeten Substanzen in ihrer Wirkung wechselseitig verstärken, ist diese Mischung als besonders gefährlich anzusehen (ÖBIG 2000).

12.3 Interventionen bei Kokain- und Crack-Konsum

Derzeit existieren in Österreich keine kokainspezifischen Behandlungsansätze, was zum Teil daran liegen könnte, dass der polytoxikomane Konsum verschiedener Substanzen das bestimmende Konsummuster der im Drogenhilfesystem Betreuten darstellt. Daher werden Kokain-Konsumentinnen und -konsumenten zumeist gemeinsam mit Konsumierenden anderer Substanzen behandelt. Wie bereits erwähnt, setzen sich die Kokain-Konsumentinnen und -konsumenten aus sehr unterschiedlichen Gruppen zusammen, weshalb es notwendig wäre, jeder Gruppe die für sie geeignete Behandlungsform anzubieten.

Besonders schwer fällt es, die der Straßenszene angehörigen Konsumentinnen und Konsumenten von Kokain „in Behandlung zu bekommen“. Bei exzessivem Kokain-Konsum ist die Schmerzwahrnehmung nur mehr ansatzweise vorhanden. Kommt es dennoch zur Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe, ist die Compliance in Bezug auf Kontrolltermine und verordnete Medikamente schlecht, wodurch die Läsionen so massiv werden können, dass eine stationäre Aufnahme angezeigt wäre. Diese Intervention scheitert aber entweder an der fehlenden Bereitschaft der Patientinnen und Patienten oder am frühzeitigen Abbruch der stationären Behandlung. Um hier wenigstens etwas Abhilfe zu schaffen, werden Kokain-Konsumierende im Ganslwirt-Ambulatorium auch nachts behandelt (VWS 2003a).

Im Krankenhaus Maria Ebene in Vorarlberg kann – integriert in die bestehenden Stationen – eine stationäre Behandlung bei Kokainsucht absolviert werden. Das Angebot richtet sich dabei besonders an die Gruppe jener Personen, die Alkohol in Kombination mit Kokain konsumieren. Zusätzlich werden auch Personen im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ wegen ihres Kokain-Konsums behandelt (Neubacher, persönliche Mitteilung).

Aus Tirol wird berichtet, dass an der Drogenambulanz in Innsbruck seit drei Jahren eine Kokainsprechstunde besteht, die von den Betroffenen gut angenommen wird. Neben Beratungsgesprächen wird auch ein medizinisch-therapeutisches Programm angeboten, in dessen Rahmen die Betroffenen bis zu sechs Monate behandelt und betreut werden sowie regelmäßig Harntests durchgeführt werden. Bei schweren Verläufen der Kokainabhängigkeit sind in Ausnahmefällen unterstützend so genannte Schlafkuren möglich (Kern, persönliche Mitteilung).

Die Kokain-Konsumierenden der Straßenszene leiden unter Rastlosigkeit, extremer Anspannung bis hin zu Paranoia und haben keine Möglichkeit, sich zurückzuziehen oder zu entspannen. Das Bedenklichste ist jedoch, dass die Konsum-Verhaltensregeln im Sinne der Schadensbegrenzung – z. B. möglichst hygienisch und langsam zu konsumieren – oft keine Rolle mehr spielen. Der Ganslwirt reagierte im Jahr 2002 mit einer weiteren Verringerung von möglichen Schwellen und dem Angebot eines eigenen Ruheraumes für diese Personengruppe. Weitere Maßnahmen der Schadensbegrenzung im Kontakt mit Kokain-Konsumentinnen und -Konsumenten sind Informations- und Safer-Use-Gespräche, die auch als Angelpunkt für weitere Interventionen geeignet sind, sowie die Ausgabe von Wasser, Tee oder Saft bzw. Brot zu jeder Tages- und Nachtzeit im Ganslwirt und unbegrenzter Spritzen- und Nadelverkauf (vgl. auch Kap. 7.2; VWS 2003a). Andere Schritte im Zusammenhang mit Harm Reduction sind nicht auf Kokain-Konsumentinnen und -konsumenten beschränkt (vgl. Kap. 7.2 und Structured Questionnaire 23).

Um auch für Angehörige der Partygruppe ein entsprechendes Betreuungsangebot zu schaffen, wurde an der Universitätsklinik für Psychiatrie am AKH Wien eine telefonische „Kokain-sprechstunde“ eingerichtet. Die Sprechstunde kann einmal pro Woche von Patientinnen und Patienten der Partygruppe, die Kokain (nicht Heroin) konsumieren, in Anspruch genommen werden und gestattet größtmögliche Anonymität (Thau 2004).

Band sechs der Schriftenreihe der Stiftung Maria Ebene stellt eine Informationsbroschüre zum Thema Kokain dar, die mehr Aufmerksamkeit auf die so genannte Modedroge lenken soll und sachliche Informationen bietet. Gleichzeitig beinhaltet das Heft Angaben über Möglichkeiten zur Beratung und Therapie sowie für den Bedarfsfall auch Adressen und Kontaktmöglichkeiten (Stiftung Maria Ebene, Homepage).

Weiters wird von Expertinnen und Experten – neben der Einrichtung von Konsumräumen und zusätzlichen Spritzenautomaten – die Erarbeitung eines Interventionsmodells für Kokain-Konsumierende als wesentlich angesehen (VWS 2003b). Dieser Gedanke deckt sich mit den Vorschlägen von Silbermayr, der es ebenfalls für notwendig erachtet, ein Netzwerk unterschiedlicher Zugänge und Einrichtungen ebenso wie kokainspezifische Informationen zu entwickeln und anzubieten. Kokainspezifische Programme sollten auch auf die Bedürfnisse unterschiedlicher ethnischer Gruppen Rücksicht nehmen und Beratungen in entsprechenden Muttersprachen zur Verfügung stellen (Silbermayr 2003).

12.4 Kriminalität im Zusammenhang mit Kokain und Kokain- und Crack-Märkte

Wie bereits in Kapitel 8.2 dargestellt, ist die Gesamtanzahl der Anzeigen im Zusammenhang mit Kokain im Vergleich zum Vorjahr nur leicht angestiegen, hat sich aber im Vergleich zum Jahr 2000 mehr als verdoppelt (vgl. Tabelle A11 im Anhang A und Standard Table 11). Die Anzahl der Beschlagnahmungen von Kokain hat sich im Vergleich zum Jahr 2004 nur leicht erhöht, während die beschlagnahmte Menge dreimal so hoch ist wie 2004 und damit aufgrund von drei großen Sicherstellungen einen absoluten Höchstwert erreicht hat (vgl. Tabellen A17, A18 im Anhang A und Standard Table 13).

Zur Beschaffungskriminalität geht aus der in Kapitel 12.1 beschriebenen Studie (Primus 2005) hervor, dass von den dort untersuchten Konsumentinnen- und Konsumentengruppen die Szenegruppe am häufigsten (21,4 %) angab, im letzten Monat vor der Befragung der Prostitution nachgegangen zu sein. Die Partygruppe wies diesbezüglich nur einen Anteil von 1,4 Prozent auf. Ein signifikanter Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen besteht auch hinsichtlich Verkauf, Vermittlung oder Herstellung von Drogen, wobei die Szenegruppe angab, diese Tätigkeiten an 13 Tagen im letzten Monat vor dem Interview ausgeführt zu haben, während die Partygruppe diesbezüglich nur fünf Tage nennt.

Aus den Daten des BMI geht hervor, dass die Reinheit des Kokains aus dem Straßenverkauf im Jahr 2005 im Schnitt bei 45 Prozent lag und damit im Vergleich zu den Vorjahren etwas gestiegen ist (vgl. Tabelle 10.2 auf Seite 60 und Standard Table 14). Im Jahr 2002 wurde eine Untersuchung von 526 gebrauchten Injektionsspritzen und 496 Fragebögen durchgeführt (Haltmayer und Schmid 2004). Die bei der Analyse der Injektionsspritzen nachgewiesenen Drogen waren Kokain (35 %), Kokain und Opiate (12,5 %), Morphin (24 %) und Opiate (17 %). Weiters wurde festgestellt, dass die als Kokain konsumierten Proben (Selbstangabe) nur zu 17 Prozent tatsächlich reines Kokain enthalten hatten. Mehrheitlich war das Kokain mit Streckstoffen (31 %) versetzt oder eine Mischung (31 %) mit anderen Substanzen. Bei Betrachtung des Kaufverhaltens zeigte sich, dass Kokain von der untersuchten Gruppe eher auf der Straße als privat gekauft worden war.

Das BMI (2006) gibt an (vgl. Tabelle 10.2 und Standard Table 16), dass der Endabnehmerpreis für Kokain im Jahr 2005 durchschnittlich € 80,- per Gramm betrug und damit im Vergleich zu 2002 ein wenig gesunken ist (€ 95,-). Pro Monat gab die Szenegruppe aus Primus (2005) fast € 2.000,- für Drogen aus, während die Partygruppe einen Betrag von fast € 600,- nannte.

Jugendliche, die angaben, bereits Drogen angeboten bekommen zu haben, waren diesbezüglich vorwiegend mit Cannabis, Ecstasy und Amphetaminen konfrontiert, erst an vierter Stelle wurde den Jugendlichen Kokain angeboten (BMSG 2003a). Bei der im Jahr 2003 durchgeführten ESPAD-Studie antworteten auf die Frage, wie schwierig es für sie sei, an Kokain heranzukommen, 8,7 Prozent (Wien: 11,9 %) der Schülerinnen und Schüler, dass dies „ziemlich einfach“ sei. Der diesbezügliche Wert für Cannabis betrug 20,8 Prozent (Wien: 23,6 %) und liegt damit wesentlich über dem für Kokain errechneten Wert (vgl. Kap 12.1 und Uhl et al. 2005b).

13 Drogen im Straßenverkehr

Drogen im Straßenverkehr sind immer wieder Thema in Österreich, und sowohl auf politischer Ebene als auch auf fachlicher bzw. wissenschaftlicher Ebene wurde es kontroversiell diskutiert. Dabei stand einerseits die Verkehrssicherheit im Vordergrund, andererseits wurden bezüglich Drogentests häufig verfassungsrechtliche Bedenken geäußert. In den letzten Jahren wurden in diesem Zusammenhang auch Gesetzesänderungen vorgenommen. Generell wird zwar zwischen Alkohol und Drogen unterschieden, nicht jedoch auf einzelne Substanzen (z. B. Cannabis) bzw. Arzneimittel (z. B. Benzodiazepine) eingegangen.

13.1 Politischer Rahmen

Bereits im Jahr 1997/98 wurde im Rahmen der Wiener Drogenkommission von einer Studie des Verkehrsressorts berichtet, deren Ziel die Prüfung der Verkehrstauglichkeit mithilfe von Harnkontrollen und ärztlichen Untersuchungen war. Damals wurde festgestellt, dass Drogenkonsum mithilfe eines Harntests sowie einer Untersuchung der Pupillenstellung und -reaktion nachgewiesen werden kann, mittels Speicheltests sowie anderer klinischer Untersuchungen gelang der Nachweis jedoch nicht. Im Jahr 2001 wurde das Thema „Drogen im Straßenverkehr“ auf Basis eines Entschließungsantrages der Regierungsparteien diskutiert, vor diesem Hintergrund fanden ein Expertenhearing der Bundesdrogenkoordination, ein von FSW und ARBÖ organisiertes Symposium und eine Befragung von Fachleuten statt (ÖBIG 2001a, ÖBIG 2002a). Die Diskussion konzentrierte sich im Wesentlichen auf verpflichtende Drogentests für Fahrzeuglenkerinnen und -lenker, deren Sinnhaftigkeit aufgrund der mangelnden Aussagekraft der verfügbaren Tests über die aktuelle kraftfahrtspezifische Leistungsfähigkeit stark bezweifelt wurde. Es wurde festgestellt, dass in dieser Hinsicht zusätzliche Informationen und der Einsatz von identifizierenden Verfahren notwendig wären, dass aber auch ein Forschungsbedarf vor allem in den Bereichen substanzspezifische Diagnostik und Testverfahren besteht.

Im Juni 2002 wurde von der Tiroler Apothekerkammer ein Symposium zum Thema Medikamente und Drogen im Straßenverkehr durchgeführt (Heinrich 2002). Bei diesem Symposium wurden diverse für das Thema relevante Fragestellungen aus wissenschaftlicher, juristisch-forensischer und politischer Sicht von europäischen Fachleuten beleuchtet. Gefordert wurden beispielsweise eine Änderung der Kennzeichnungsverordnung von Arzneimitteln, die etwaige Nebenwirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit ausweist, aber auch die Schaffung einer wissenschaftlichen Basis durch einschlägige Forschungsaufträge sowie Aufklärung und Information der Bevölkerung anstelle von Überwachung und möglichen Strafsanktionen. Im Anschluss daran wurde vom Gesundheitsressort wie auch vom Wiener Drogenbeirat je ein Arbeitskreis zum Thema Drogen und Medikamente im Straßenverkehr gegründet.

Im Juli 2002 wurde eine Novelle der Straßenverkehrsordnung (StVO) im Nationalrat beschlossen, die die Einführung von verpflichtenden Bluttests bei Verdacht auf Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit durch Suchtgifte beinhaltet (Kap. 13.3). Ziel war es, die straßenpolizeilichen Suchtgiftbestimmungen an die Alkoholbestimmungen anzupassen (Vergeiner et al. 2004). Am 1. 7. 2005 ist schließlich die 21. Novelle der StVO in Kraft getreten, mit der Spei-

cheltests zur Feststellung des Verdachts auf Beeinträchtigung durch Suchtgifte eingeführt wurden (Kap. 13.3). Der für die Umsetzung notwendige interministerielle Erlass, der die genaue Vorgangsweise von Exekutive, Staatsanwaltschaften und Amtsärzten sowie die für Speicheltests zu verwendenden Vortestgeräte definieren soll, ist jedoch noch ausständig, da die geeigneten Geräte fehlen.

Neben der Novellierung der StVO wurde auch eine Novellierung der Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung (FSG-GV) immer wieder diskutiert. In der FSG-GV (BGBl. II Nr. 322/1997, zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 427/2002) ist geregelt, dass bei Personen, die von Alkohol oder Suchtmitteln abhängig sind oder ihren Suchtmittelkonsum nicht so weit einschränken können, dass sie beim Lenken eines Fahrzeugs nicht beeinträchtigt sind, die gesundheitliche Eignung als Voraussetzung für eine Lenkberechtigung nicht gegeben ist. Bei Verdacht auf eine Abhängigkeit muss daher der Amtsärztin bzw. dem Amtsarzt eine fachärztliche psychiatrische Stellungnahme vorgelegt werden. Eine (Wieder-)Erteilung der Lenkberechtigung auf Basis einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme sowie der Auflage ärztlicher Kontrolluntersuchungen ist nur bei einer Lenkberechtigung der Gruppe 1 (Motorrad und Pkw) möglich. Eine Ausweitung dieser Vorgangsweise auf Lenkberechtigungen der Gruppe 2 (Bus und Lkw) wird vor allem unter dem Aspekt der beruflichen Reintegration ehemals Suchtkranker eingefordert (ÖBIG 1999, ÖBIG 2002a, ÖBIG 2003). Diese Pläne wurden jedoch nach wie vor nicht umgesetzt.

Relevant ist in diesem Zusammenhang auch der § 39 des Führerscheingesetzes (BGBl. I Nr. 129/1997, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 152/2005), der regelt, dass bei Vorliegen einer Beeinträchtigung durch Alkohol- oder Suchtmittelgenuss eine vorläufige Abnahme des Führerscheins erfolgen muss, wenn ein Kraftfahrzeug gelenkt, in Betrieb genommen oder es in Betrieb zu nehmen versucht wird.

„Alkohol und Drogen“ sind einer der Schwerpunkte im Österreichischen Verkehrssicherheitsprogramm 2002–2010 (BMVIT 2003). Unter den Maßnahmen zu diesem Thema finden sich spezielle Schulungen für Exekutivbeamtinnen und -beamte zur Identifizierung von auffälligen Lenkerinnen und Lenkern bei Verkehrskontrollen, aber auch für die mit deren Begutachtung betraute Ärzteschaft. Weiters soll die Überwachung intensiviert werden.

13.2 Prävalenz und epidemiologische Methodik

Es sind keine Prävalenzschätzungen zum Drogenkonsum im Straßenverkehr bekannt, weder für illegale Drogen generell noch für Cannabis oder Arzneimittel wie beispielsweise Benzodiazepine. Regelmäßige Erhebungen oder Surveys werden nicht durchgeführt. Es gibt daher kaum Daten zum Ausmaß des Drogenkonsums im Straßenverkehr. Dieses Defizit an statistischen Daten wird von den Fachleuten in Österreich bemängelt. Um dies zu ändern, wurde unter anderem vorgeschlagen, einen etwaigen Drogenbezug verpflichtend bei Unfällen mit Personenschaden zu erheben (z. B. Vergeiner et al. 2004). Aufgrund der Datenlage können keine Aussagen zu Trends, betroffenen Altersgruppen, Geschlechterunterschieden etc. gemacht werden. Es zeigt sich aber, dass Drogen derzeit eine wesentlich geringere Rolle im Straßenverkehr spielen als Alkohol. So führte beispielsweise eine Beeinträchtigung durch Suchtmittelgenuss im Jahr 2003 in 688 Fällen zu vorläufigen Führerscheinabnahmen, im Vergleich dazu waren es 21.188 Fälle wegen Beeinträchtigung durch Alkoholgenuss (ÖBIG

2004). Aufgrund von klinisch nachgewiesenen und durch einen Bluttest bestätigten Beeinträchtigungen der Fahrtauglichkeit durch Suchtgifte wurden in Österreich im Jahr 2005 913 Personen angezeigt (Germ, persönliche Mitteilung). Im Vergleich dazu wurden im Jahr 2005 32.708 Personen wegen einer Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit durch Alkohol angezeigt, aufgrund einer minderen Beeinträchtigung (0,5 ‰) waren es noch einmal ca. 7.000 Personen.

In der jährlichen Unfallstatistik (Statistik Austria 2006) sind nur Auswertungen zu Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten enthalten (2005 insgesamt 2.746 Unfälle). Einige Fachleute gehen davon aus, dass ein hohes Unfallrisiko vor allem bei der Kombination von Drogen mit Alkohol besteht und dass deren Tendenz, im Gegensatz zu Alkohol, steigend ist. Von anderer Seite wird dies jedoch bezweifelt bzw. wird die Einnahme von Medikamenten, die die Verkehrstauglichkeit negativ beeinflussen können, im Vergleich zum Drogenkonsum als wesentlich größeres Problem angesehen (Heinrich 2002).

Zum Alter gibt es eine Schätzung des Kuratoriums für Verkehrssicherheit (2004), nach der rund 90 Prozent der unter Drogeneinfluss fahrenden Personen zwischen 18 und 33 Jahre alt sind. Schließlich liegen noch Daten des Instituts für Suchtdiagnostik (ISD, Wien) zur Begutachtung nach § 5 STVO vor (FSW 2006a). Demnach wurden dem Institut im Jahr 2005 53 Personen zugewiesen, in den Jahren davor waren es 89 (2004) bzw. 54 (2003). In diesem Zusammenhang sieht das ISD das Fehlen von geeigneten Messmethoden, die einen direkten Bezug zu verkehrsrelevanten Beeinträchtigungen haben, als problematisch an.

Hinsichtlich des Verhältnisses der Prävalenz von Benzodiazepinen und Alkohol im Straßenverkehr ist eine Studie interessant, die an der Innsbrucker Universitätsklinik für Unfallchirurgie durchgeführt wurde. Innerhalb eines Jahres wurde bei 269 Personen, die aufgrund eines Verkehrsunfalles aufgenommen wurden, eine Blutprobe zur Bestimmung von Alkohol- und Benzodiazepin-Plasmaspiegeln entnommen. 27,5 Prozent hatten einen positiven Wert für Alkohol, 5,2 Prozent waren positiv bezüglich Benzodiazepine, und 1,9 Prozent hatten für beides positive Werte (Heinrich 2002). Die Plasmakonzentrationen für Benzodiazepine lagen ausschließlich im subtherapeutischen oder therapeutischen Bereich. Die Auswertungen des Schweregrades an Verletzungen ergab bei Personen mit positivem Benzodiazepin-Plasmaspiegel einen deutlich höheren Anteil an erlittenen Polytraumen.

Um den Einfluss der Substitutionsmittel Methadon und Buprenorphin auf mögliche kognitive und psychomotorische Beeinträchtigungen, die im Straßenverkehr eine wesentliche Rolle spielen, zu untersuchen, wurde an der Drogenambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie Wien eine kontrollierte Studie durchgeführt (Schindler et al. 2004). 30 auf Methadon oder Buprenorphin eingestellte Personen wurden 22 Stunden nach Medikationseinnahme einer psychodiagnostischen Testserie unterzogen und mit einer Kontrollgruppe verglichen. Die Ergebnisse zeigten beim Großteil der untersuchten Parameter keine signifikanten Unterschiede. Unter monotonen Bedingungen ergab sich eine signifikant höhere Zahl an Reaktionen mit einem höheren Anteil an fehlerhaften Reaktionen bei der Gruppe der Substituierten. Unter dynamischen Bedingungen zeigten die mit Methadon Substituierten eine längere durchschnittliche Entscheidungs- und Reaktionszeit. Personen mit Zusatzkonsum von illegalen Drogen hatten schlechtere Ergebnisse als Personen ohne Zusatzkonsum.

13.3 Drogentests, Vorgangsweise und Umsetzung

Die Vorgangsweise bei Drogentests im Straßenverkehr ist in § 5 der StVO 1960 (BGBl. I Nr. 159/1960, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 52/2005) geregelt. Es wird nur zwischen Alkohol und Suchtgift (definiert in § 2 SMG) unterschieden, es gibt auch keine spezifischen Bestimmungen für Arzneimittel wie beispielsweise Benzodiazepine. Im Gegensatz zu Alkohol gibt es bei Suchtgiften keine einschränkenden Grenzwerte, sondern ein absolutes Fahrverbot. Ausschlaggebend ist ein beeinträchtigter Zustand, der in § 58 Abs. 1 StVO folgendermaßen umschrieben wird: Ein Fahrzeug darf nur gelenkt werden, wenn die lenkende Person sich in einer körperlichen und geistigen Verfassung befindet, in der ein Fahrzeug beherrscht und die beim Lenken zu beachtenden Rechtsvorschriften befolgt werden können. Die Polizei bzw. Gendarmerie kann, wenn aufgrund des Verhaltens, einer Unfallsituation und bzw. oder einer körperlichen Auffälligkeit der Verdacht einer körperlichen Beeinträchtigung besteht und eine Alkoholisierung ausgeschlossen wurde, einen Drogentest vornehmen. Diese Vorgangsweise gilt auch für Fußgänger, die in Verdacht stehen, in einem durch Suchtgift beeinträchtigten Zustand einen Verkehrsunfall verursacht zu haben. Dazu ist folgendes mehrstufiges Modell zum Nachweis der Suchtgiftbeeinträchtigung vorgesehen:

- Prüfung des Verdachtes der Beeinträchtigung durch Suchtgift unter gleichzeitigem Ausschluss einer Alkoholisierung durch die dazu ermächtigten Organe der Straßenaufsicht mithilfe eines Drogencheckformulars. Dieses Formular beinhaltet Fragen zum Fahrverhalten, zur Unfallsituation oder Anhaltung, Ansprechbarkeit, Stimmung, Sprache, Gang sowie Ergebnisse des Alkomattests (Öffentliche Sicherheit 2006).
- Als zweiter Schritt ist die Prüfung einer Speichelprobe auf Suchtgift mithilfe eines Speichelvortestgerätes durch besonders geschulte Organe der Straßenaufsicht oder einer Amtsärztin bzw. eines Amtsarztes vorgesehen, dafür geeignete Geräte existieren jedoch noch nicht (siehe unten).
- Bei erhärtetem Verdacht der Beeinträchtigung durch Suchtgift wird von einer Amtsärztin bzw. einem Amtsarzt der Grad der Beeinträchtigung durch eine klinische Untersuchung (z. B. Messung von Blutdruck und Herzfrequenz) anhand eines standardisierten Untersuchungsbogens festgestellt.
- Wird die Beeinträchtigung im Rahmen der klinischen Untersuchung bestätigt, so folgt schließlich eine Blutabnahme und -untersuchung auf Suchtgift durch eine dazu berechtigte Person (Ärztin bzw. Arzt). Diese Blutabnahme kann zwar nicht zwangsweise durchgeführt werden, in § 5 Zi. 10 wird jedoch festgehalten, dass eine Blutabnahme vorzunehmen ist bzw. die betroffene Person diese vornehmen lassen muss.

In § 5 Abs. 8 StVO ist geregelt, dass die Blutprobe der nächstgelegenen Polizei- oder Gendarmeriedienststelle ohne unnötigen Aufschub zu übermitteln ist, wobei die Blutprobe nicht durch den Probanden übermittelt werden darf. Die Blutuntersuchung hat durch ein Institut für gerichtliche Medizin oder eine gleichwertige Einrichtung zu erfolgen. Die Kosten der Blutuntersuchung von ca. 500 Euro (Öffentliche Sicherheit 2006) sind dann von der betroffenen Person zu bezahlen, wenn eine Suchtgiftbeeinträchtigung festgestellt wurde.

Wird aufgrund der Blutuntersuchung der Missbrauch von Suchtgift festgestellt, so erfolgt eine Meldung an die zuständige Gesundheitsbehörde (§§ 12–14 SMG), aber keine Strafanzeige

gemäß § 27 SMG. Weiters führt die Beeinträchtigung durch Drogen zu einer Verwaltungsstrafe im Ausmaß von 581 bis 3.633 Euro und ist damit einer Alkoholisierung zwischen 0,8 und 1,19 Promille gleichgestellt (Vergeiner et al. 2004). Neben einer vorläufigen Abnahme des Führerscheins (vgl. Kap. 13.1) können auch begleitende Maßnahmen wie z. B. eine Nachschulung und die Beibringung eines amtsärztlichen Gutachtens über die gesundheitliche Eignung gefordert werden. Allerdings ist nicht geregelt, wie lange die Maßnahmen dauern sollen und wer die Einhaltung kontrolliert, auch ein geregeltes Berichtswesen fehlt (FSW 2006a). Bei einer Verweigerung der Vorführung und der klinischen Untersuchung sowie einer unberechtigten Verweigerung der Blutabnahme droht eine Verwaltungsstrafe (Vergeiner et al. 2004). Die Geldstrafe von 1.162 bis 5.813 Euro bei Verweigerung der Vorführung entspricht dem Ausmaß der höchsten Stufe der Alkoholisierung (mehr als 1,6 ‰).

Die Evaluierung von verfügbaren Speichelvortestgeräten im Auftrag des BMI hat bisher keine verlässlichen Ergebnisse erbracht. Im Rahmen eines Forschungsprojektes wurden drei verschiedene Speichelvortestgeräte im Vergleich zu Blutanalysen (Serum) bei 100 Suchtkranken getestet (Öffentliche Sicherheit 2006). Bei Cannabis gab es nur in drei Viertel der Fälle eine Übereinstimmung mit der Blutanalyse, bei Opiaten in 80 Prozent und bei Kokain in 95 Prozent der Fälle. Diese Werte sind jedoch für die Anwendung in der Praxis nicht ausreichend, da falsch positive Ergebnisse aufgrund der rechtlichen Konsequenzen problematisch und daher möglichst zu vermeiden sind. Falsch negative Ergebnisse sind wiederum hinsichtlich der Verkehrssicherheit problematisch, da das Ziel, beeinträchtigte Fahrzeuglenkerinnen und -lenker aus dem Verkehr zu ziehen, nicht erreicht wird. Aufgrund des Mangels an geeigneten Geräten existiert auch der in § 5 Abs. 11 StVO vorgesehene Erlass zur Bestimmung dieser Geräte noch nicht (vgl. Kap. 13.1). Speichelproben werden daher derzeit nur zu Testzwecken und auf freiwilliger Basis durchgeführt (Germ, persönliche Mitteilung). Vom Fonds Soziales Wien (FSW 2006a) werden jene Fälle als problematisch bezeichnet, in denen aufgrund eines Harntests, verbunden mit einer amtsärztlichen Untersuchung, eine Beeinträchtigung festgestellt und der Führerschein abgenommen wird, das Ergebnis des Bluttests (das erst nach zirka zwei Wochen vorliegt) die Beeinträchtigung jedoch nicht bestätigt.

Mit der Einführung der verpflichtenden Bluttests und auch im Zusammenhang mit den geplanten Speicheltests wurde bzw. wird eine entsprechende Schulung der durchführenden Personen gefordert. Eine Schulung zur Erkennung der Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit für die Organe der Straßenaufsicht erfolgt im Zusammenhang mit dem Thema Verkehrsrecht im Rahmen der Grundausbildung (Germ, persönliche Mitteilung). In den Jahren 2002/2003 gab es zusätzlich eine Ausbildungsoffensive mit einer halbtägigen Schulung für Organe der Straßenaufsicht. Diese Schulungen werden seither von den Landespolizeikommandos im Rahmen der Personalentwicklung weiterbetrieben. Aus der Sicht mancher Fachleute sind die angebotenen Seminare für Ärztinnen und Ärzte zur Erkennung von etwaigen Beeinträchtigungen durch Suchtgiftkonsum nicht ausreichend. Eine Intensivierung der Fortbildung wird gefordert (FSW 2006a) bzw. der ausschließliche Einsatz von Ärztinnen und Ärzten, die über eine spezielle vertiefende Ausbildung sowie eine entsprechende Praxiserfahrung verfügen (Dantendorfer 2005).

13.4 Prävention

Der Großteil der Präventionsaktivitäten bezieht sich ausschließlich auf Alkohol. Etliche dieser Maßnahmen zielen jedoch auf eine Auseinandersetzung von Jugendlichen mit ihrem Konsumverhalten bzw. mit Risiko und Verantwortung ab, sodass generell Auswirkungen hinsichtlich ihres Konsums von psychoaktiven Substanzen im Straßenverkehr zu vermuten sind. Beispiele dafür sind „Mehr Spaß mit Maß“ (Vorarlberg), in dessen Rahmen bereits 72 Schulungen an Fahrschulen durchgeführt wurden (Neubacher, persönliche Mitteilung), sowie das Pilotprojekt „RespoDrive“ (Steiermark), das neben einem Workshop ein Spezialfahrersicherheitstraining beinhaltet (bluemonday.at vom 9. 6. 2006).

Maßnahmen, die sich an Jugendliche direkt richten und gezielt auch das Thema Drogen im Straßenverkehr behandeln, gibt es in einem wesentlich geringeren Ausmaß. So macht z. B. das Projekt „mobil & sicher“ des Raiffeisen Clubs Steiermark in vier Stationen auf die Gefahren im Straßenverkehr aufmerksam (bluemonday.at vom 9. 6. 2006). Bei der Station „Be clean“ wird sehr praxisnah zum Thema Alkohol und Drogen informiert und diskutiert. Österreichweit wird in allen Berufsschulen eine Verkehrssicherheitsberatung in Form eines Vortrags mit Film durchgeführt, in deren Rahmen auch das Thema Alkohol und Drogen angesprochen wird (Germ, persönliche Mitteilung). Ein ähnliches Programm ist für weiterführende Schulen geplant, Zielgruppe sind 16- bis 18-Jährige. In Tirol läuft bereits ein Pilotprojekt. An Multiplikatorinnen und Multiplikatoren richtet der Folder „Klarheit am Steuer“ des ÖVDF, der vor allem rechtliche Informationen z. B. zu Verkehrskontrollen und Verdacht auf Suchtmittelkonsum bzw. mögliche Auswirkungen auf den Führerscheinbesitz enthält. Bei der Tagung „Rausch und Recht“, die im April 2005 für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendarbeit stattgefunden hat, standen ebenfalls rechtliche Fragen zu den Themen Drogen, Jugendschutz und Straßenverkehr im Mittelpunkt (ISP OÖ 2006). Bemängelt wird, dass es für Personen, denen eine Beeinträchtigung aufgrund von Drogenkonsum nachgewiesen wurde, keine adäquaten Nachschulungsprogrammen gibt, die einen wissenschaftlich nachgewiesenen präventiven Effekt haben (FSW 2006a).

Noch weniger Aktivitäten beziehen sich ausdrücklich auch auf Arzneimittel. Ein Beispiel dafür stellt die im Jahr 2001 von der Tiroler Apothekerkammer durchgeführte Informationskampagne zum Thema „Arzneimittel und Drogen im Straßenverkehr“ dar. In der Folge konnte eine erhöhte Sensibilisierung der Bevölkerung für Nebenwirkungen von Arzneimitteln und eine höhere Frequenz entsprechender Fragen in Apotheken beobachtet werden (Heinrich 2002). Hinsichtlich der Prävention von Beeinträchtigungen durch Arzneimittel ist unter anderem die Kennzeichnung relevant. Diese ist im Arzneimittelgesetz (AMG) geregelt und wurde mit der Änderung BGBl. I Nr. 152/2005 an die geltenden EU-Richtlinien angepasst. § 17 Absatz 3 AMG schreibt vor, dass bei Arzneyspezialitäten, die die Reaktionsfähigkeit oder Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigen können, Angaben darüber auf der Außenverpackung und der Primärverpackung enthalten sein müssen. Auswirkungen auf die Fähigkeit zum Führen von Kraftfahrzeugen müssen auch in der Fachinformation enthalten sein (§ 15 Absatz 2 AMG), während in den Vorschriften zur Gebrauchsinformation diese Auswirkungen nicht eigens angeführt sind (§ 16 Absatz 2 AMG). Hinsichtlich einer Klassifizierung von Arzneimitteln in Bezug auf ihren Effekt sind keine Aktivitäten in Österreich bekannt.

In den Medien ist das Thema „Drogen im Straßenverkehr“ immer wieder präsent, größtenteils jedoch im Zusammenhang mit Alkoholkonsum und Unfällen. In viel geringerem Umfang, und auch nur im Zusammenhang mit relevanten Unfällen, wird der Konsum von Drogen im Straßenverkehr thematisiert. Beeinträchtigungen durch Arzneimittel wie Benzodiazepine sind kein Thema.

Quellenverzeichnis

BIBLIOGRAPHIE

- API (2006). Jahresbericht 2005 der Abteilung V – Drogenabteilung. Anton-Proksch-Institut Klinikum. Wien
- b.a.s. (2006). Jahresbericht 2005. Graz
- B.I.T. (2006). Jahresbericht 2005 der Drogen und Suchtberatung B.I.T. Tirol. Verein B.I.T. – Suchtberatung. Volders
- BMBWK (2001). Gemeinsamer Dialog – § 13 Suchtmittelgesetz. Fachtagung. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur. Wien
- BMGF (2004). Analyse der Drogenopfer. Jahresstatistik 2003. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen – Abteilung VI/B/11. Wien
- BMI (2006). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2005. Bundesministerium für Inneres/Bundeskriminalamt. Wien
- BMSG (2003a). 4. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich. Teil A: Jugendradar 2003. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Wien
- BMVIT (2003). Österreichisches Verkehrssicherheitsprogramm 2002–2010. Strategien für mehr Verkehrssicherheit auf der Straße. Stand 2004. Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie. 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
- Brunmayr, E. (1997). Gefährdungen Jugendlicher – Auszug aus der NÖ Jugendstudie 1997. Bericht an das Jugendreferat der NÖ Landesregierung. St. Pölten
- Caritas der Erzdiözese Wien (o. J.). Folder zu a_way – Notschlafstelle für Jugendliche. Wien
- Dantendorfer, K. (Hg.) (2005). Die PsychoSoziale Versorgung des Burgenlandes – Psychiatrierbericht Burgenland 2004/2005. Burgenländische Landesregierung. Eisenstadt
- Dialog (2006). Jahresbericht 2005. Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige. Wien
- diepartner.at (2005). Evaluation der Entwicklungspartnerschaft drugaddicts@work – Kurzfassung des Abschlussberichts. Die partner.at Sozial- & Gesundheitsmanagement GmbH. Wien
- Drogenberatung des Landes Steiermark (2006). Jahresbericht 2005. Graz
- Drogenkoordination des Landes Salzburg (2006). Bericht zur Drogensituation im Land Salzburg. Jahresbericht 2006. Salzburg
- 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 (2005). Jahresbericht 2005. Stand der Drogenproblematik in Europa. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon
- FSW (2006a). Input für den Bericht zur Drogensituation 2006. Fonds Soziales Wien. Wien
- FSW (2006b). Dokumentation Aktuell Nr. 23, Februar 2006. 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

- Gartner-Schiller, A. und Neumayr, H. (2006). Studie zum Substanzkonsum von Jugendlichen aus Wiener Neustadt und Umgebung 2005/2006. Verein Jugend und Kultur. Wiener Neustadt
- Gesundheitsförderung in Haft (2006). Zweite europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft am 6. und 7. April 2006 in Wien.
- Gruber, C., Uhl, A., Koberna, U., Bachmayer, S. (o. J.). Evaluation der Wiener BerufsBörse – Eine Beratungs- und Betreuungseinrichtung im Spannungsfeld zwischen Arbeitsvermittlung und Suchtkrankenhilfe. Forschungsbericht des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung – Kurzfassung. Wien 2004
- Grüner Kreis (2005). Tätigkeitsbericht 2004. Verein Grüner Kreis. Wien
- Grüner Kreis (2006a). Magazin. Frühjahr 2006, No. 57. Verein Grüner Kreis. Wien
- Grüner Kreis (2006b). Magazin. Sommer 2006, No. 58. Verein Grüner Kreis. Wien
- Haller, R. (2005). Epidemiologischer Suchtsurvey 2005. Universität Innsbruck, Institut für Suchtforschung. Innsbruck
- Haltmayer, H. und Schmid, R. (2004). Untersuchungen über den i. v. Drogen-Konsum durch Sprizentests. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- Haltmayer, H. (2006). Stellenwert der Hepatitis-Impfung bei DrogengebraucherInnen. 2. Internationaler Fachtag Hepatitis C. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- Heinrich, M. (2002). Arzneimittel & Drogen im Straßenverkehr. Österreichische Apothekerzeitung Aktuell, Ausgabe 14/2002.
- Hutsteiner, T., Seebauer, S., Auferbauer, M. (2005). Die Drogensituation an steirischen Berufsschulen und Lehrlingshäusern. Endbericht. X-Sample. Graz
- IFES (2002). Suchtmittelstudie Steiermark. Bevölkerungsbefragung 2002. Berichtsband. Im Auftrag der Suchtkoordination Steiermark. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (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
- IFES (2005a). Suchtmittel-Monitoring 2005. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2005b). BADO – Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2004. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Wien
- 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
- ISP OÖ (2006). Jahresbericht 2005. Institut für Suchtprävention Oberösterreich. Linz
- Klopf, J. und Weinlich, C. (2004). Fragebogenstudie über den Gebrauch von Alkohol, Drogen und Tabak unter Lehrlingen (unveröffentlicht)

Kontaktladen (2006). Jahresbericht 2005 Kontaktladen/ Streetwork. Caritas. Graz

MA-L (2001). Wiener Kindergesundheitsbericht 2000. Magistrat für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion/Dezernat II für Gesundheitsplanung. Wien

market (2000). Die Drogensituation in Oberösterreich. Ergebnisse einer Face-to-face-Befragung im August/September 2000. Kommentarbericht. Linz

Neubacher, T. (2006). Erfahrungen nach einem Jahr Intensive Care Substitution – H.I.O.B., Feldkirch. 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 (2002a). Bericht zur Drogensituation 2002. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2002b). Die Rolle der außerschulischen Jugendarbeit in Hinblick auf suchtgefährdete Jugendliche. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2003). Bericht zur Drogensituation 2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

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

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

ÖBIG (2005b). Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogen-einrichtungen. Endbericht. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2006a). Suchtgiftbezogene Todesfälle 2004. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2006b). Suchtgiftbezogene Todesfälle 2005. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (in Vorbereitung). Ergebnisse des Monitoringprojekts 2004 und 2005. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

Öffentliche Sicherheit (2006). Drogen im Straßenverkehr. Öffentliche Sicherheit 1–2/2006. Das Magazin des Innenministeriums. Wien

Pont, J. und Wool, R. (2006). Ein Leitfaden für den Gefängnisarzt – Richtlinien für Ärzte, die Gefangene betreuen. Herausgegeben vom Österreichischen Bundesministerium für Justiz. Wien 2006

Primus, N. (2005). Österreichs Kokain- und CrackkonsumentInnen – Eine Untersuchung zum Ausmaß des Problems. Diplomarbeit, entstanden im Rahmen des EU-Projekts COCINEU und eingereicht im Jahr 2005 an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien

Pro mente Oberösterreich (2006). Immer mehr junge Menschen suchen Hilfe bei Abhängigkeit von „harten Drogen“. Homepage von Pro mente Oberösterreich, 24.7.2006

- Rat der Europäischen Union (2003). Entwurf eines Rahmenbeschlusses zur Festlegung von Mindeststrafen über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich illegalen Handels mit Drogen. DROIPEN 84. CORDROGUE 100 Rev 1. Brüssel
- Schindler, S. D., Ortner, R., Peternell, A., Eder, H., Opgenoorth, E., Fischer, G. (2004). Maintenance therapy with synthetic opioids and driving aptitude. *Journal of European Addiction Research*, 2004, 10 (2).
- 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
- Silbermayr, E. (2003). Concepts for outpatient Treatment of Cocaine Addiction. Final Report for European Fellowship for Studies and Research in Drug Abuse. 2003, Wien
- Statistik Austria (2006). Straßenverkehrsunfälle 2005. Statistik Austria. Wien
- Stiftung Maria Ebene (2006). Jahresbericht 2005. Stiftung Maria Ebene. Frastanz
- Tanzmeister, E. (2006). Hepatitis C in der Praxis: Von der Diagnose zur Behandlung. 2. Internationaler Fachtag Hepatitis C. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- Thau, K. (2004). Presseinformation zur EU-Studie: Hilfsbedarf von Kokain- und Crack-Konsumentinnen und -konsumenten in Europa. Präsentiert beim Bundesdrogenforum im Mai 2004. Wien.
- Trinkl, B. und Werdenich, W. (2005). Quasi-Compulsory Treatment – Ergebnisse des Projekts QCT-Europe (Österreich) in Form einer PowerPoint-Präsentation. Wien
- Uhl, A. und Seidler, D. (2000). Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. Unveröffentlichte Studie. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung. Wien
- Uhl, A., Springer, A., Kobrna, U., Gnamb, T., Pfarrhofer, D. (2005a). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- Uhl, A., Bohrn, K., Fenk, R., Grimm, G., Kobrna, U., Springer, A., Lantschik, E. (2005b): ESPAD Austria 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- Vergeiner, M., Riccabona-Zecha, C., Mesecke, S. (2004). Die Teilnahme am Straßenverkehr unter Drogeneinfluss. *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, Nr. 3/2004.
- Vogel, W. (2006). Aktueller Stand bei der Behandlung der Hepatitis C. 2. Internationaler Fachtag Hepatitis C. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- VWS (2003a). Bericht 2002. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- VWS (2003b). Kokain in der Wiener Drogen-Straßenszene – Eine Situationsbeschreibung. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- VWS (2005a). Daten zum Konsumverhalten von Freizeitdrogen-KonsumentInnen – Eine Sekundäranalyse der ChEck-iT!-Fragebogenstudien 1998 und 2001 bis 2003. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS (2006a). Infektionsprophylaxe. Tätigkeitsbericht 2005. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS (2006b). Streetwork. Tätigkeitsbericht 2005. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS (2006c). Ganslwirt. Tätigkeitsbericht 2005. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS (2006d). 2. Internationaler Fachtag Hepatitis C. Kongress-Publikation. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS (2006e). Tätigkeitsbericht fix und fertig 2005. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS (2006f). ChEck iT! Tätigkeitsbericht 2005. Verein Wiener Sozialprojekte. 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

X-Sample (2002). 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

Z6-Streetwork (2006). Jahresbericht von Z6-Streetwork. Verein zur Förderung des Jugendzentrums Z6. Innsbruck

Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Namen und Seitenzahlen	Institutionen bzw. Funktionen
DGKS Christine Anderwald (S. 39)	Ambulatorium Caritas Marienambulanz, Graz
a_way (S. 54, 66 f., 70)	Notschlafstelle für Jugendliche, Wien
Wolfgang Bäcker (S. 66)	MAG ELF – Dezernat 6 – Sozialpädagogische Einrichtungen – Kompetenzzentrum Drogenberatungs- und Therapieangebote, Wien
BBZ (S. 65)	Beratungs- und Betreuungszentrum des Vereins Dialog, Wien
B.I.T. (S. 66)	Begleitung, Integration, Toleranz – ambulante Suchtberatung in Tirol
Dialog (S. 66 f.)	Verein Dialog, Wien
Dialog 10 (S. 65)	Neuer Standort des Vereins Dialog zur Beratung und Behandlung jugendlicher Suchtmittelkonsumentinnen und -konsumenten
DOWAS Chill Out (S. 65)	Jugendnotschlafstelle Chill Out des Innsbrucker Vereins DOWAS
Vinko Duspara (S. 39)	Therapiestation Lukasfeld der Stiftung Maria Ebene
DSA Klaus Peter Ederer (S. 19, 29)	Suchtkoordinator Steiermark
Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer (S. 39)	Klinische Abteilung für Allgemeine Psychiatrie, Drogenambulanz am Allgemeinen Krankenhaus, Wien
Oberst Martin Germ (S. 82, 84 f.)	Bundesministerium für Inneres
DDr. Salvatore M. Giacomuzzi (S. 70)	Universitätsklinik für Psychiatrie, Ambulanz für Abhängigkeits-erkrankungen / Drogenambulanz, Innsbruck
Dr. Hans Haltmayer (S. 39)	Verein Wiener Sozialprojekte
Mag. Dr. Ursula Hörhan (S. 9, 14, 29, 33)	NÖ Suchtkoordination
Harald Kern (S. 44, 78)	Suchtkoordinator Tirol
DSA Sabine Kolar (S. 17)	Institut für Suchtprävention ISP / Fonds Soziales Wien
Thomas Neubacher (S. 27, 34, 77, 85)	Drogenkoordinator Vorarlberg
Mag. Paul Neubauer (S. 64)	Verein Wiener Sozialprojekte
Mag. Nicole Rögl (S. 19)	Suchtpräventionsstelle Akzente Salzburg
Dr. Franz Schabus-Eder (S. 17)	Suchtkoordinator Salzburg
OA Dr. Ingrid Stolz-Gombocz (S. 39)	Anton-Proksch-Institut, Langzeittherapiestation für Drogenabhängige mit Persönlichkeitsstörungen, Mödling
Dr. Ulf Zeder (S. 27, 45)	Suchtkoordinator Graz
Z6-Streetwork (S. 20, 54, 64 f., 66 f.)	Der Innsbrucker Verein Z6-Streetwork bietet Beratung, Begleitung und Krisenintervention für Jugendliche

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 Suchtvorbeugung, Niederösterreich)

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

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

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

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

Behandlung von Schwangeren an der Drogenambulanz des AKH Wien
Subprogramm des Wiener Modellprojekts „Schwangerschaft und Drogen“ – Comprehensive-Care-Projekt für substanzabhängige Mütter und ihre Kinder
(AKH, Wien)

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

Betreutes Wohnen
(Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

CARINA – Langzeittherapie für Drogenabhängige
(Stiftung Maria Ebene, Vorarlberg)

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

CONTACT – Spitalsverbindungsdienst für Drogenabhängige
(Fonds Soziales Wien)

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

Drogenambulanz Innsbruck – Substitution
(Drogenambulanz Innsbruck)

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

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

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

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

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

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

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

Erlenhof – Therapiestation für Suchtmittelabhängige
(Pro mente Oberösterreich)

Europäische Netzwerkentwicklung in der Suchtprävention
(Institut Suchtprävention, Oberösterreich)

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

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

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

fix und fertig – Sozialökonomischer Betrieb
(Verein Wiener Sozialprojekte)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Jugendberatungsstelle WAGGON
(TENDER – Verein für Jugendarbeit, Niederösterreich)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Niederschwellige Einrichtung Ganslwirt
(Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

ÖBB – Lehrlingsprojekt zur Suchtprävention
(Institut für Suchtprävention, 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)

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

Senobio – Stationäre Drogentherapie
(Senobio, Vorarlberg)

Sozialmedizinische Drogenberatungsstelle Ganslwirt
(Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

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

Stationenmodell

(Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, Niederösterreich)

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

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

Suchtprävention im steirischen Fußballverband
(VIVID – Fachstelle für Suchtprävention)

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

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

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

Viktoria hat Geburtstag

(Fachstelle für Suchtvorbeugung, Niederösterreich)

Way Out – Frühinterventionsangebot für erst auffällige drogenkonsumierende Jugendliche
(Kooperation der Landesstelle Suchtprävention und Neustart, Kärnten)

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

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

WEBSITES

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

Eine ausführliche Liste von sucht- und drogenrelevanten Internet-Adressen auch aus dem europäischen und internationalen Bereich findet sich 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

Suchtkoordination des Landes Niederösterreich
<http://www.noel.gv.at/service/gs/gs4/noesuchtkoordination.htm>

Drogen- und Suchtkoordination des Landes OÖ
http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-3DCFCFC3-8C8F5206/ooe/hs.xsl/554_DEU_HTML.htm

Drogenkoordination des Landes Salzburg
http://www.salzburg.gv.at/themen/gs/soziales/leistungen_und_angebote/abhaengigkeit/abhaengigkeit_drogenkoordination.htm

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

Suchtkoordination des Landes Tirol
http://www.jugendweb.at/drogen/drogen_ein_det.asp?ID=19

Suchtkoordination des Landes Vorarlberg
http://www.vorarlberg.at/vorarlberg/gesellschaft_soziales/gesellschaft/suchtkoordination/start.htm

Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH - SDW,
<http://www.drogenhilfe.at>

Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern:

Fachstelle für Suchtprävention Burgenland
<http://www.psd-bglid.at>

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

Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, NÖ
<http://www.suchtvorbeugung.at>

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

AKZENTE Suchtprävention – Fachstelle für Suchtvorbeugung Salzburg
<http://www.akzente.net/Suchtpraevention.7.0.html>

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

Kontakt&co – Suchtprävention. Jugendrotkreuz, Tirol
<http://www.kontaktco.at>

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

Bundesministerien:

Bundesministerium für Gesundheit 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>

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

Monitoring und Forschung:

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

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

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

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

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

Weitere Websites:

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

Allgemeines Krankenhaus in Wien
<http://www.meduniwien.ac.at>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ENCARE Österreich
<http://www.api.or.at/akis/encare/encare.htm>

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

Fachzeitschrift für Online-Beratung und computervermittelte Kommunikation
<http://www.e-beratungsjournal.net>

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

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

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

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

Jugendstreetwork Graz
<http://caritas-graz.at/home.php?cakt=einr&id=2&einrakt=&narchiv=&armonat=&arjahr=&suche=&einrid=&ibhid=&mitid>

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

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

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

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

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

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

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

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

Needles or Pins – dialog
http://www.dialog-on.at/article_69.html

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

Otto-Wagner-Spital – Drogeninstitut
http://www.wienkav.at/kav/ows/medstellen_anzeigen.asp?suchstring=912

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH –SDW
<http://www.drogenhilfe.at>

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

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

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

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

VIVA – Drogenberatung
http://www.gesundheit-kaernten.at/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN_ID=109&SEI_ID=99&LST_ID=48

Vorarlberger Drogenhilfe
www.suchthaufen.at

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

Verein Jugend & Kultur Wiener Neustadt
<http://www.jugendundkultur.at>

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

ANHANG

A. Tabellen, Karte

B. Abkürzungsverzeichnis

**C. Standard Tables & Structured
Questionnaires**

ANHANG A

Tabellen, Karte

Tabelle A1: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich aus den Jahren 1998 bis 2005

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 Drogenkoordi- nation 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)
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 Jah- ren (n = 1.000)			
			Cannabis	14–60	13
			andere illegale Drogen	14–60	2
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer 2005)	Oberösterreich 2003 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 1.018)	Cannabis	15–59	23,7
			Ecstasy	15–59	3,9
			Amphetamine	15–59	3,6
			Kokain	15–59	3,7
			Heroin	15–59	2,0
			Morphium	15–59	2,1
			LSD	15–59	3,3
			Schnüffelstoffe	15–59	5,8
			biogene Drogen	15–59	3,9
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2004a)	Wien 2003 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 750)	Cannabis	15 +	16
			Ecstasy	15 +	2
			Amphetamine	15 +	2
			Kokain	15 +	3
			Opiate	15 +	1
			biogene Drogen	15 +	3
			andere Drogen (z. B. LSD)	15 +	2
Bevölkerungsbefragung Österreich (Uhl et al. 2005a)	Österreich 2004 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.547)	Cannabis	14 +	20,1
			Ecstasy	14 +	3,0
			Amphetamine	14 +	2,4
			Kokain	14 +	2,3
			Opiate	14 +	0,7
			biogene Drogen	14 +	2,7
			LSD	14 +	1,7
			Schnüffelstoffe	14 +	2,4
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2005a)	Wien 2005 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15 +	17
			Ecstasy	15 +	2
			Amphetamine	15 +	2
			Kokain	15 +	2
			Opiate	15 +	2
			biogene Drogen	15 +	3
			andere Drogen (z. B. LSD)	15 +	2

Zusammenstellung: ÖBIG

Tabelle A2: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 1996 bis 2005

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeit- raum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung	
				Altersgruppe	%
Schulstudie Kärnten (Bohm und Bohm 1996)	Kärnten 1996 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler der 7. bis 12./13. Schulstufe (n = 1.234)	Haschisch Ecstasy LSD Kokain Heroin	13–19 13–19 13–19 13–19 13–19	7,7 3,2 1,0 0,3 0,3
NÖ Jugendstudie (Brunmayr 1997)	Niederösterreich 1996/97 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler der 9. bis 12./13. Schulstufe (n = 1.300)	Haschisch Ecstasy Halluzinogene Kokain Heroin	15–19 15–19 15–19 15–19 15–19	20 4 > 1 > 1 >1
Schulstudie NÖ (Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie 1999)	Niederösterreich 1997 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler der 7. bis 12. Schulstufe (n = 1.899)	Cannabis Ecstasy LSD Kokain Heroin	13–18 13–18 13–18 13–18 13–18	13,6 3,8 1,7 1,3 0,6
Jugendstudie Tirol (Schüßler et al. 2000)	Innsbruck 1999 (Lebenszeit)	Jugendliche von 14 bis 19 Jahren (n = 493)	Haschisch andere Drogen	14–19 14–19	22 3
Schulstudie Burgenland (Schönfeldinger 2002)	Burgenland 2001 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler der 7. bis 13. Schulstufe (n = 1.899)	Cannabis Ecstasy Kokain Heroin Speed Halluzinogene Schnüffelstoffe biogene Drogen	12–19 12–19 12–19 12–19 12–19 12–19 12–19 12–19	20 4 2 1 3 3 20 8
HBSC-Studie (Dür und Mravlag 2002)	Österreich 2001 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler im Alter von 15 Jahren (n = 1.292)	Cannabis	15	14
Berufsschulstudie Salzburg (Klopf und Weinlich 2004)	Salzburg 2003 (Lebenszeit)	Berufsschülerinnen und -schüler im Alter von 15 bis 25 Jahren (n = 609)	Cannabis Ecstasy Kokain LSD halluzinogene Pilze Schnüffelstoffe	15–25 15–25 15–25 15–25 15–25 15–25	31 7 5 5 9 15
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer 2005)	Oberösterreich 2003 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 567)	Cannabis Ecstasy Heroin Amphetamine Kokain LSD Schnüffelstoffe biogene Drogen	15–24 15–24 15–24 15–24 15–24 15–24 15–24 15–24	34,3 8,3 4,7 8,9 6,2 5,7 12,5 10,0
ESPAD Österreich (Uhl et al. 2005b)	Österreich 2003 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler im Alter von 14 bis 17 Jahren (n = 5.281)	Cannabis Ecstasy Kokain Crack Heroin Amphetamine GHB LSD Schnüffelstoffe Magic Mushrooms	14–17 14–17 14–17 14–17 14–17 14–17 14–17 14–17 14–17 14–17	22 3 2 2 1 5 1 2 15 4
Berufsschulstudie Steiermark (Hutsteiner, Seebauer, Auferbauer 2005)	Steiermark 2005 (Lebenszeit)	Berufsschülerinnen und -schüler im Alter von ca. 15 bis 19 Jahren (n = 3.919)	Cannabis Partydrogen Kokain Crack Opiate Amphetamine Halluzinogene Schnüffelstoffe Magic Mushrooms	15–20 15–20 15–20 15–20 15–20 15–20 15–20 15–20 15–20	27,1 4,8 2,0 1,1 1,4 3,1 1,8 11,4 8,9

Zusammenstellung: ÖBIG

Tabelle A3: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 1996–2005

Todesursache	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Intoxikation mit Opiat(en)	69	39	27	25	18	17	17	40	38	31
Mischintoxikation mit Opiat(en)	115	92	81	101	147	119	119	115	133	134
(Misch-)Intoxikation mit Suchtgift(en) ohne Opiate	6	5	1	2	2	3	3	8	4	4
Psychoaktive Medikamente	4	5	8	8	*	*	*	*	*	*
Intoxikation unbekannter Art	1	0	0	0	0	0	0	0	10	22
Summe direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	195	141	117	136	167	139	139	163	185	191

* = ab dem Jahr 2000 nicht mehr berücksichtigt

Quelle: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A4: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Bundesland, 1996–2005

Bundesland	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	1996–2005
Burgenland	2	2	2	0	0	0	0	2	5	3	16
Kärnten	3	3	3	7	2	5	7	6	4	6	46
Niederösterreich	18	12	9	8	11	14	12	13	31	29	157
Oberösterreich	6	6	6	2	11	8	6	13	15	13	86
Salzburg	6	11	11	7	6	7	7	5	7	8	75
Steiermark	9	13	5	6	11	9	13	14	12	17	109
Tirol	12	8	12	14	11	16	13	13	15	17	131
Vorarlberg	14	5	6	5	5	11	6	5	8	6	71
Wien	125	81	63	87	110	69	75	92	88	92	882
Gesamt	195	141	117	136	167	139	139	163	185	191	1.573

Quelle: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A5: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 1996–2005

Altersgruppe	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	abs.	%																		
bis 19	24	12,3	18	12,8	7	6,0	16	11,8	19	11,4	20	15,1	18	12,9	20	12,3	40	21,6	28	14,7
20–24	45	23,1	32	22,7	35	29,9	23	16,9	33	19,8	21	14,4	20	14,4	37	22,7	40	21,6	48	25,1
25–29	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	16,2	36	18,8
30–34	47	24,1	30	21,3	20	17,1	27	19,9	27	16,2	27	19,4	23	16,5	24	14,7	19	10,2	25	13,1
35–39	31	15,9	23	16,3	16	13,7	28	20,6	27	16,8	25	18,0	24	17,3	29	17,8	23	12,4	19	9,9
40 und älter	14	7,2	13	9,2	19	16,2	19	14,0	30	17,4	27	19,4	30	21,6	25	15,3	33	17,8	35	18,3
Gesamt	195	100	141	100	117	100	136	100	167	100	139	100	139	100	163	100	185	100	191	100
weiblich	27	13,8	23	16,3	16	13,7	38	27,9	35	21,0	22	15,8	25	18,0	30	18,4	38	20,5	43	22,5
männlich	168	86,2	118	83,7	101	86,3	98	72,1	132	79,0	117	84,2	114	82,0	133	81,6	147	79,5	148	77,4

abs. = in Absolutzahlen

Quelle: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A6: Verteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Alter, 2005

Todesursache			Altersgruppen								Summe	
			< 15	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49		> 49
Intoxikationen	Opiate	ein Opiat	0	7	5	6	2	4	0	0	0	24
		mehrere Opiate	0	1	0	1	1	2	0	0	2	7
		+ Alkohol	0	2	2	4	3	1	0	2	0	14
		+ psychoaktive Medikamente	1	8	13	11	6	5	4	1	2	51
		+ Alkohol + psychoaktive Medikamente	0	3	5	2	3	3	8	2	2	28
	Opiate und andere Suchtgifte	ausschließlich SG	0	1	3	3	2	1	0	1	1	12
		SG + Alkohol	0	0	6	1	1	0	1	0	0	9
		SG + psychoaktive Medikamente	0	2	5	3	2	2	0	0	0	14
		SG + Alkohol + psychoaktive Medikamente	0	1	2	1	0	1	1	0	0	6
	Suchtgifte ohne Opiate	ausschließlich SG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		SG + Alkohol	0	1	0	0	2	0	0	0	0	3
		SG + psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		SG + Alkohol + psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Suchtgiftintoxikation unbekannter Art		0	1	7	4	3	0	1	6	0	22
	Summe direkt suchtgiftbezogene Todesfälle		1	27	48	36	25	19	15	12	8	191
	davon Männer		0	18	35	32	22	14	11	9	7	148

SG = Suchtgift(e)

Quelle: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A7: Verteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Bundesland, 2005

Todesursache			Bundesland										
			B	K	N	OÖ	S	St	T	V	W	Ö	
Intoxikationen	Opiate	ein Opiat	2	1	5	1	1	4	1	0	9	24	
		mehrere Opiate	0	0	1	2	0	0	0	0	4	7	
		+ Alkohol	0	1	0	0	0	3	1	2	7	14	
		+ psychoaktive Medikamente	1	2	9	5	1	6	3	0	24	51	
		+ Alkohol + psychoaktive Medikamente	0	1	2	2	2	3	8	2	8	28	
	Opiate und andere Suchtgifte	ausschließlich SG	0	0	2	0	0	0	2	1	7	12	
		SG + Alkohol	0	0	2	0	1	0	0	0	6	9	
		SG + psychoaktive Medikamente	0	1	3	1	1	1	0	1	6	14	
		SG + Alkohol + psychoaktive Medikamente	0	0	1	1	1	0	1	0	2	6	
	Suchtgifte ohne Opiate	ausschließlich SG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		SG + Alkohol	0	0	0	0	1	0	0	0	2	3	
		SG + psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
		SG + Alkohol + psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Suchtgiftintoxikation unbekannter Art			0	0	4	1	0	0	1	0	16	22
	Summe direkt suchtgiftbezogene Todesfälle			3	6	29	13	8	17	17	6	92	191
	Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren			1,6	1,6	2,7	1,4	2,2	2,1	3,6	2,4	8,2	3,4

SG = Suchtgift(e)

Quelle: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A8: Entwicklung der AIDS-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation, 1996–2005

Risikosituation	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Homo-/bisexueller Kontakt	60	26	28	27	12	21	19	7	14	13
Intravenöser Drogenkonsum	26	23	25	28	22	26	20	12	13	13
Heterosexueller Kontakt	21	18	25	31	28	33	39	21	28	15
Anders/unbekannt	33	35	21	15	23	11	15	10	12	12
Gesamt	140	102	99	101	85	91	93	50	67	53

Quelle: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A9: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz in Österreich nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen, 1996–2005

Anzeigen	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gesamtanzeigen	16.196	17.868	17.141	17.597	18.125	21.862	22.422	22.245	25.215	25.892
Ersttäter	8.322	9.278	8.672	9.868	9.343	11.033	11.269	12.117	14.346	15.569
Wiederholungstäter	7.511	8.325	8.228	7.463	8.296	10.052	10.380	9.288	9.990	9.520

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = unbekannte Täter

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

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

Quelle: BMI/Bundeskriminalamt

Tabelle A10: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) in Österreich nach Bundesland, 1996–2005

Bundesland	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Burgenland	694	759	707	603	843	712	805	984	967	923
Kärnten	1.280	961	1.076	1.208	1.088	1.758	1.676	1.659	1.464	1.529
Niederösterreich	1.550	2.686	2.519	2.389	2.624	2.975	3.319	3.017	3.531	3.632
Oberösterreich	1.941	2.256	2.334	1.946	1.887	2.677	3.054	2.782	3.521	3.769
Salzburg	962	855	1.053	840	718	1.471	1.384	868	1.077	1.092
Steiermark	1.093	1.125	973	1.367	1.305	1.601	1.910	1.570	1.705	1.516
Tirol	2.268	2.204	2.212	2.152	2.687	2.449	2.229	2.102	2.695	2.775
Vorarlberg	1.040	933	1.144	1.848	1.183	1.447	1.265	1.146	1.044	1.008
Wien	5.368	6.089	4.606	4.858	5.233	6.212	6.210	7.652	8.524	8.797
Gesamtanzeigen	16.196	17.868	16.624	17.211	17.568	21.302	21.852	21.780	24.528	25.041

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

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

Quelle: BMI/Bundeskriminalamt

Tabelle A11: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1996–2005

Suchtgift/Suchtmittel	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Cannabis	14.456	16.124	16.376	17.236	17.001	19.760	19.939	17.706	20.252	20.900
Heroin und Opiate	3.727	3.434	2.850	2.524	2.413	3.802	3.954	4.717	4.770	4.720
Kokain + Crack	1.912	2.764	2.103	2.608	2.494	3.416	3.762	4.785	5.365	5.491
LSD	640	893	736	532	477	506	327	214	196	160
Ecstasy	1.375	1.942	1.411	1.517	2.337	2.940	2.998	2.473	2.362	2.106
Amphetamine	342	1.068	–	–	1.041	1.215	1.357	1.619	1.741	1.664
Psychotrope Stoffe	–	–	802	750	780	822	736	603	903	1.085
Sonstige	430	850	–	–	–	1.288	1.524	1.311	1.826	2.471

– = nicht getrennt erfasst bzw. ausgewiesen

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

Quelle: BMI/Bundeskriminalamt

Tabelle A12: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes und Bundesland, 2005

Suchtgift	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Gesamt
Cannabis	897	1.759	3.042	4.182	1.145	1.828	3.145	958	3.944	20.900
Heroin und Opiate	99	31	742	417	48	173	150	194	2.866	4.720
Kokain + Crack	122	141	801	459	179	160	451	230	2.948	5.491
LSD	10	1	43	42	2	19	24	7	12	160
Ecstasy	89	140	527	531	193	105	242	103	176	2.106
Amphetamine	78	17	440	621	75	111	97	26	199	1.664
Psychotrope Stoffe	7	14	65	21	9	12	38	1	918	1.085

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

Quelle: BMI/Bundeskriminalamt

Tabelle A13: Verurteilungen nach dem Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 1996–2005

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 %
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
2005	6.128	1.357	4.702	45.691	13,4

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

Verurteilungsgrund		14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SGG/SMG gesamt	männlich	1.401	1.907	929	524	804	5.565
	weiblich	130	192	89	55	97	563
§ 12 SGG / § 28 SMG	männlich	186	352	226	160	304	1.228
	weiblich	20	41	27	13	28	129
§ 16 SGG / § 27 SMG	männlich	1.214	1.552	697	355	469	4.287
	weiblich	110	148	60	38	59	415

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 A15: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2005

Verurteilungsgrund		Geldstrafe	Freiheitsstrafe			sonstige Strafformen ¹	Gesamt
			bedingt	unbedingt	teilbedingt		
SGG/SMG gesamt	Jugendliche	171	222	112	78	73	656
	Erwachsene	1.487	1.544	1.512	859	70	5.472
§ 12 SGG / § 28 SMG (Verbrechen)	Jugendliche	1	21	22	24	1	69
	Erwachsene	16	280	648	344	0	1.288
§ 16 SGG / § 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	170	201	90	54	72	587
	Erwachsene	1.451	1.234	849	512	69	4.115

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

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

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

Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik)

Tabelle A16: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1996–2005

Anzeigenzurücklegung/ Verfahrenseinstellung	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gesamt	5.248	5.817	7.468	6.989	8.049	8.145	8.974	9.023	9.666	11.660
§ 35 SMG Anzeigenzurücklegung	–	–	6.557	5.979	6.924	7.346	7.817	7.902	8.599	10.668
davon § 35 Abs. 4 SMG (Cannabis)	–	–	1.380	1.330	1.410	1.570	1.876	1.499	2.016	2.697
§ 37 SMG Verfahrenseinstellung	–	–	911	1.010	1.125	799	1.157	1.121	1.067	992

§ 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 A17: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 1996–2005

Suchtgift/Suchtmittel	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Cannabis	4.838	4.957	4.683	5.079	4.833	5.249	5.294	5.422	6.202	6.012
Heroin	1.110	861	654	452	478	895	836	1.263	1.383	1.371
Kokain	525	651	531	519	554	768	863	1.271	1.475	1.507
Amphetamine	136	221	–	–	141	161	202	294	324	312
LSD	102	113	61	56	42	32	20	33	29	20
Ecstasy	254	253	135	215	330	352	308	276	286	295
Psychotrope Substanzen	–	–	14	74	65	1	0	6	5	2
Psychotrope Medikamente	–	–	521	517	501	566	515	432	678	823

– = nicht (getrennt) erfasst bzw. ausgewiesen

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

Quelle: BMI/Bundeskriminalamt

Tabelle A18: Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge, 1996–2005

Suchtgift/Suchtmittel	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Cannabis (kg)	517	912	1.336	451	1.806	456	743,1	925,9	1.680,9	819,9
Heroin (kg)	81,3	102	118	78	230	288	59,5	42,8	235,0	282,2
Kokain (kg)	72,7	87	99	63	20	108	36,9	58,3	75,5	244,9
Amphetamine (kg)	3,7	7,9	–	–	1	3	9,4	54,2	25,7	8,9
LSD (Trips)	4.166	5.243	2.494	2.811	865	572	851	298	2.227,5	2.108,5
Ecstasy (Stk.)	25.118	23.522	114.677	31.129	162.093	256.299	383.451	422.103	122.663	114.103,5
Psychotrope Substanzen (kg)	–	–	0,128	4,004	1,294	0,002	0	0,2	0,1	0,002
Psychotrope Medikamente (Stk.)	–	–	82.018	36.437	38.507	31.377	20.081	15.649	21.119	27.104

– = nicht (getrennt) erfasst bzw. ausgewiesen

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

Quelle: BMI/Bundeskriminalamt

Tabelle A19: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy gekauften Proben in Prozent, 1999–2005

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

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

Quelle: Verein Wiener Sozialprojekte

Tabelle A20: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 1999–2005

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

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

Quelle: Verein Wiener Sozialprojekte

Tabelle A21: Anzahl der dem BMGF gemeldeten aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen und nach Bundesländern, 2005

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W
Fortgesetzte Behandlung	67	177	751	499	382	767	268	420	3.343
Erstbehandlung	12	62	161	77	53	112	19	73	303
Gesamt	79	239	912	576	435	879	287	493	3.646

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, und weichen teilweise erheblich von auf Ebene der Bundesländer gesammelten Zahlen ab.

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

Quelle: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A22: Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und Bundesländern, 2005

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Spritzenautomaten	Gesamtzahl der getauschten und verkauften Spritzen
Burgenland	0	0	0
Kärnten	3	0	142 ¹
Niederösterreich	0	0	0
Oberösterreich	1	0	69.200
Salzburg	1	2	22.206 ²
Steiermark ³	1	1	287.767
Tirol	2	3	202.657
Vorarlberg	7	6	167.370
Wien	8	0	1.667.845
Gesamt	23	12	2.417.187

¹ Spritzentausch hauptsächlich nur im Rahmen von persönlichem Kontakt; Angaben nicht vollständig

² Angaben nicht vollständig

³ Angebot ist auf Graz beschränkt

Quelle: Standard Table 10 Syringe Availability 2006, ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A23: Präventionsprogramme im Kindergarten, 2005/2006

Name	Bundesland	Zielgruppe	Umsetzung durch	Zusammenhang mit Familienintervention	Anzahl beteiligter Kindergärten oder anderer Betreuungseinrichtungen	Anzahl beteiligter Erzieherinnen und Erzieher	Anzahl an Einheiten für Familien	Evaluation
Elterncafé	Steiermark	3- bis 10-jährige Kinder	Eltern	ja	0		3	Prozess-Evaluation
KIGAFO	Steiermark	1- bis 6-jährige Kinder	Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen	nein	28	59	0	
Weinen, Wüten, Lachen	Niederösterreich	3- bis 6-jährige Kinder	Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen, Kindergartenhelferinnen und -helfer	nein	25	25		keine
Süchten Grenzen setzen – von Anfang an	Niederösterreich	3- bis 6-jährige Kinder	Eltern	ja		72 Eltern	12	Prozess-Evaluation
Spielzeugfreier Kindergarten	Wien	3- bis 6-jährige Kinder	Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen	ja				Outcome-Evaluation
Fortbildung „Suchtprävention im Kindergarten“ für Mitarbeiterinnen der Wiener Gemeinde-Kindergärten	Wien	1- bis 6-jährige Kinder	Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen	ja	neuer Lehrgangstart Herbst 2006			

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

Quelle: ÖBIG-eigene Erhebung, Frühjahr 2006

Tabelle A24: Präventionsprogramme in Schulen, 2005/2006

Name	Bundesland	Zielgruppe	Umsetzung durch	Zusammenhang mit Schulpolitik	Anzahl beteiligter Schulen	Anzahl erreichter Schülerinnen und Schüler	Anzahl beteiligter Lehrkräfte	Stunden für Training von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren	Einbindung der Schulgemeinschaft	Evaluation
Step by Step	Steiermark	11- bis 18-jährige Schülerinnen und Schüler	Lehrkräfte, Erzieherinnen und Erzieher	ja	ca. 10 pro Jahr		11	16	Schulärztinnen und -ärzte, Direktion, Eltern, Schulpsychologinnen und -psychologen	Outcome- und Prozess-Evaluation
Eigenständig werden	Steiermark	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	Steiermark	Schülerinnen und Schüler	Lehrkräfte	nein			12	32	nein	nein
Workshops	Steiermark	13- bis 18-jährige Schülerinnen und Schüler	Fachleute	ja	10 pro Jahr	ca. 230	3	6	Eltern (empfohlen)	Outcome-Evaluation
Stationenmodell	Niederösterreich	10- bis 16-jährige Schülerinnen und Schüler	Fachleute und Lehrkräfte	ja	35	2.809	160	8 Stunden + Reflexionsstunde	Eltern, Direktion, fallweise Schulärztinnen und -ärzte	Outcome- und Prozess-Evaluation
Traust du dich?	Niederösterreich	6- bis 10-jährige Schülerinnen und Schüler	Fachleute	nein	25	2.823	91	2 Stunden Elternabend, 2 Stunden Pädagogische Konferenz	Eltern und Direktion	Prozess-Evaluation
Eigenständig werden	Niederösterreich	6- bis 10-jährige Schülerinnen und Schüler	Lehrkräfte	nein	43		74	24 Stunden + 8 Stunden Reflexion	Eltern, Direktion	Implementierung eines bereits evaluierten Programms
Step by Step	Niederösterreich	11- bis 18-jährige Schülerinnen und Schüler	Lehrkräfte	ja			78	27	Schulärztinnen und -ärzte, Direktion	keine Evaluation vorgesehen
Amstettner Modell	Niederösterreich	Schülerinnen und Schüler	Fachleute und Lehrkräfte	ja	11	250	30	5	Direktion und Eltern	Outcome-Evaluation
Feel ok	Niederösterreich	10. bis 18-jährige Schülerinnen und Schüler	Lehrkräfte	nein	5		78	2	nein	Implementierung eines bereits evaluierten Programms
PI-AHS-Lehrgang Sucht-	Niederösterreich	Schülerinnen und	Lehrkräfte	ja	12		20	98	Direktion, Schulärztinnen	nein

Name	Bundesland	Zielgruppe	Umsetzung durch	Zusammenhang mit Schulpolitik	Anzahl beteiligter Schulen	Anzahl erreichter Schülerinnen und Schüler	Anzahl beteiligter Lehrkräfte	Stunden für Training von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren	Einbindung der Schulgemeinschaft	Evaluation
prävention		Schüler							und -ärzte	
Peer-Education	Niederösterreich	Schülerinnen und Schüler der Oberstufe	Peers	ja	5	72 Peers	15	24 Stunden Lehrkräfte, 44 Stunden Peers	Direktion, Schulgemeinschaft	Outcome-Evaluation
Helfen statt Strafen	Niederösterreich	Schülerinnen und Schüler	Lehrkräfte	ja	2	128	36	2–8 Stunden	Eltern, Direktion	nein
Eigenständig werden	Wien	6- bis 10-jährige Schülerinnen und Schüler	Lehrkräfte	teilweise	bisher 103	ca. 14.000	517 Lehrkräfte, Hortpädagoginnen und -pädagogen	24 Unterrichtseinheiten	Eltern	Outcome- und Prozess-Evaluation
Step by Step	Wien	14- bis 21-jährige Schülerinnen und Schüler	Lehrkräfte, Schulärztinnen und -ärzte		bisher noch keine	bisher noch keine	bisher noch keine	8 UE	Schulärztinnen und -ärzte	
Move in der Schule	Wien	14- bis 21-jährige Schülerinnen und Schüler	in Beratungskontext stehende schulische Fachkräfte		erste Umsetzung im Herbst 2006	bisher noch keine	bisher noch keine	24		
Feel ok	Wien	12- bis 18-jährige Schülerinnen und Schüler	Lehrkräfte		erste Umsetzung im Mai 2006	bisher noch keine	bisher noch keine	3 UE		

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

Quelle: ÖBIG-eigene Erhebung, Frühjahr 2006

Tabelle A25: Durchschnittsalter beim Erstkonsum und Beginn des regelmäßigen Konsums von Suchtmitteln bei Klientinnen und Klienten der Wiener Drogeneinrichtungen, 2004

	Gesamt		Männer		Frauen	
	Erstkonsum	regelmäßiger Konsum	Erstkonsum	regelmäßiger Konsum	Erstkonsum	regelmäßiger Konsum
Alkohol (n = 676)	14,1	16,7	14,1	16,7	14,0	16,7
Nikotin (n = 1.229)	13,9	14,9	14,1	15,1	13,4	14,4
Cannabis (n = 1.139)	15,3	16,2	15,4	16,4	14,9	15,9
Heroin (n = 1.282)	18,9	19,8	19,2	20,3	18,0	18,8
Andere Opiate und Substitutionsmittel (n = 708)	22,0	22,7	22,4	23,0	21,1	21,9
Ecstasygruppe (n = 424)	17,0	17,3	17,2	17,6	16,3	16,7
LSD / Halluzinogene (n = 220)	16,8	17,0	17,0	17,3	16,2	16,4
Kokain (n = 877)	19,8	20,9	20,3	21,5	18,7	19,6
Benzodiazepine (n = 817)	19,8	21,2	20,4	21,9	18,5	19,6
Andere Beruhigungs- und Schlafmittel (n = 172)	20,3	20,8	20,7	21,3	18,9	19,5
Aufputschmittel, Amphetamine, Speed (n = 292)	17,5	18,0	17,8	18,3	16,7	17,0
Schnüffelstoffe (n = 29)	15,1	15,5	15,2	15,6	15,0	15,3
Anderes (n = 104)	17,7	19,5	18,0	20,0	16,6	17,0

Basis: Personen mit regelmäßigem Konsum der jeweiligen Substanz

Quelle: IFES 2005b

Tabelle A26: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2004 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppe	männlich	weiblich	gesamt
0 bis unter 5 Jahre	203.917	192.902	396.819
5 bis unter 10 Jahre	225.702	215.320	441.022
10 bis unter 15 Jahre	250.315	237.841	488.156
15 bis unter 20 Jahre	248.797	236.364	485.161
20 bis unter 25 Jahre	261.296	255.440	516.736
25 bis unter 30 Jahre	255.860	253.033	508.893
30 bis unter 35 Jahre	299.969	301.944	601.913
35 bis unter 40 Jahre	357.340	347.619	704.959
40 bis unter 45 Jahre	349.426	339.657	689.083
45 bis unter 50 Jahre	293.317	293.045	586.362
50 bis unter 55 Jahre	247.947	252.409	500.356
55 bis unter 60 Jahre	228.773	237.484	466.257
60 bis unter 65 Jahre	241.164	260.749	501.913
65 bis unter 70 Jahre	163.541	186.608	350.149
70 bis unter 75 Jahre	138.904	176.946	315.850
75 bis unter 80 Jahre	106.971	173.796	280.767
80 bis unter 85 Jahre	64.654	150.899	215.553
85 und mehr Jahre	31.297	93.487	124.784
Gesamt	3.969.190	4.205.543	8.174.733
0 bis unter 15 Jahre	679.934	646.063	1.325.997
15 bis unter 30 Jahre	765.953	744.837	1.510.790
30 bis unter 45 Jahre	1.006.735	989.220	1.995.955
45 bis unter 60 Jahre	770.037	782.938	1.552.975
60 bis unter 75 Jahre	543.609	624.303	1.167.912
75 und mehr Jahre	202.922	418.182	621.104
Gesamt	3.969.190	4.205.543	8.174.733

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
AKH	Allgemeines Krankenhaus
AMG	Arzneimittelgesetz
AMS	Arbeitsmarktservice
API	Anton-Proksch-Institut
ARBÖ	Auto, Motor- und Radfahrbund Österreich
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
BBZ	Beratungs- und Betreuungszentrum (Verein Dialog)
BGBI.	Bundesgesetzblatt
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
BMMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
CND	Commission of Narcotic Drugs
CRC	Capture Recapture
DB	Drogenbeauftragte bzw. -beauftragter
DK	Drogenkoordinatorin bzw. -koordinator
DOKLI	Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe in Österreich
DSM IV	Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EDDRA	Exchange on Drug Demand Reduction Action
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ENCARE	European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
EU	Europäische Union
FSG-GV	Führerscheinengesetz-Gesundheitsverordnung
FSW	Fonds Soziales Wien
HAV	Hepatitis-A-Virus
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus

HCV-Ab	HCV-Antikörper
HDG	Horizontale Drogengruppe
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems
IFES	Institut für empirische Sozialforschung
ISD	Institut für Suchtdiagnostik
ISP	Institut für Suchtprävention
i. v.	intravenös
JA	Justizanstalt
JGG	Jugendgerichtsgesetz
LSD	Lysergsäurediethylamid
MA-L	Magistrat für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion
mCPP	Meta-Chlorphenylpiperazin
MDA	3,4-Methylenedioxyamphetamine
MDE	3,4-Methylenedioxy-N-ethylamphetamine
MDMA	3,4-Methylenedioxy-Methylamphetamine
NÖ	Niederösterreich, niederösterreichisch
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OÖ	Oberösterreich
ÖVDF	Österreichischer Verein der Drogenfachleute
PAZ	Polizeianhaltezentrum
PCR	Polymerase-Kettenreaktion
PMA	Paramethoxyamphetamin
PMMA	4-Metoxi-Paramethoxymethamphetamin
PSD	Psychosozialer Dienst
QCT	Quasi-Compulsory Treatment
REITOX	Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
SB	Suchtbeauftragte bzw. -beauftragter
SG	Suchtgift
SGG	Suchtgiftgesetz
SK	Suchtkoordinatorin bzw. -koordinator
SMG	Suchtmittelgesetz
STARK	Streetwork Tiroler Arbeitskreis
STD	Sexual transmitted diseases
StGB	Strafgesetzbuch
StVO	Straßenverkehrsordnung
TBC	Tuberkulose
TMA-2	2,4,5-Trimethoxyamphetamine
UN	United Nations

VWS	Verein Wiener Sozialprojekte
WBB	Wiener Berufsbörse
WAFF	Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds
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)-Propylthiophenethylamine

ANHANG C

Standard Tables & Structured Questionnaires

Verzeichnis der österreichischen Standard Tables & Structured Questionnaires des Jahres 2006

Die folgende Liste gibt einen Überblick über alle Standard Tables und Structured Questionnaires, die für Österreich im Jahr 2006 erstellt und an die EBDD übermittelt wurden. Sie können Interessierten auf Anfrage (Monika Löbau, loebau@oebig.at) zur Verfügung gestellt werden.

- STANDARD TABLE 01: BASIC RESULTS AND METHODOLOGY OF POPULATION SURVEYS ON DRUG USE (Suchtmittelstudie, Wien)
- STANDARD TABLE 02: METHODOLOGY AND RESULTS OF SCHOOL SURVEYS ON DRUG USE (Berufsschulstudie, Steiermark)
- STANDARD TABLE 03: CHARACTERISTICS OF PERSONS STARTING TREATMENT FOR DRUGS
- STANDARD TABLE 05: ACUTE/DIRECT DRUG-RELATED DEATHS
- STANDARD TABLE 06: EVOLUTION OF ACUTE/DIRECT DRUG-RELATED DEATHS
- STANDARD TABLE 07: NATIONAL PREVALENCE ESTIMATES ON PROBLEM DRUG USE (2001, 2002, 2003, 2004)
- STANDARD TABLES 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Anton Proksch Institut: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLES 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Kurzzeittherapiestation Lukasfeld: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLES 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Marienambulanz Graz: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLES 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Verein Wiener Sozialprojekte - Ganslwirt: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLES 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Drogenambulanz, AKH Wien, HCV, HIV)
- STANDARD TABLES 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Suchtgiftbezogene Todesfälle HCV, HIV)
- STANDARD TABLES 10: SYRINGE AVAILABILITY
- STANDARD TABLE 11: ARRESTS/REPORTS FOR DRUG LAW OFFENCES
- STANDARD TABLE 13: NUMBER AND QUANTITY OF SEIZURES OF ILLICIT DRUGS
- STANDARD TABLE 14: PURITY AT STREET LEVEL OF ILLICIT DRUGS
- STANDARD TABLE 16: PRICE IN EUROS AT STREET LEVEL OF ILLICIT DRUGS
- STANDARD TABLE 24: DRUG RELATED TREATMENT AVAILABILITY
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 22: UNIVERSAL SCHOOL-BASED PREVENTION
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 23: HARM REDUCTION MEASURES TO PREVENT INFECTIOUS DISEASES IN INJECTING DRUG USERS
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 28: SOCIAL REINTEGRATION
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 31: TREATMENT AS AN ALTERNATIVE TO IMPRISONMENT APPLICABLE FOR DRUG USING OFFENDERS IN THE EUROPEAN UNION
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 32: POLICY AND INSTITUTIONAL FRAMEWORK
- SELECTED ISSUE 36: COCAINE_ORIENTATIVE_FREQUENCY