

Bericht zur Drogensituation 2025

Ergebnisbericht

Im Auftrag der Drogenagentur der Europäischen Union, Lissabon, und des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz



Bericht zur Drogensituation 2025

Ergebnisbericht

Autorinnen und Autoren:

Martin Busch
Deniz Akartuna
Judith Anzenberger
Angelina Brotherhood
Charlotte Klein
Birgit Priebe
Irene Schmutterer
Julian Strizek
Tanja Schwarz

Fachliche Begleitung durch das BMASGPK:

Raphael Bayer

Projektassistenz:

Monika Löbau
Sonja Bachmayer

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

Wien, im Oktober 2025

Im Auftrag der Drogenagentur der Europäischen Union, Lissabon, und des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Busch, Martin; Akartuna, Deniz; Anzenberger, Judith; Brotherhood, Angelina; Klein, Charlotte; Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Strizek, Julian; Schwarz, Tanja (2025): Bericht zur Drogensituation 2025. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/11/4231

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

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

Kurzfassung

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

Politische und administrative Rahmenbedingungen

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

Im Berichtszeitraum wurde in der Steiermark das *Versorgungskonzept Sucht 2030* veröffentlicht. Darüber hinaus erarbeitet das Land Vorarlberg derzeit einen Strategieentwicklungsprozess für die Bereiche Sozialpsychiatrie und Sucht, um die Versorgungslandschaft und Prävention für die Jahre 2025 bis 2035 zu planen.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Den gesetzlichen Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das Suchtmittelgesetz (SMG). Es differenziert nach Menge und Substanzklassen. Diese Klassifizierung erfolgt auf Basis internationaler Konventionen und unterscheidet zwischen Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Drogenausgangsstoffen. Der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe, in der Rechtsprechung wird er aber durch andere Tathandlungen (insb. Besitz) kriminalisiert. Unter Strafe stehen z. B. Erwerb, Besitz und Erzeugen von Suchtmitteln. Unterschieden wird zwischen Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG), die den unerlaubten Umgang mit Suchtgift betreffen, und Verbrechenstatbeständen, welche die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28 SMG) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a SMG) betreffen. Die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (33.345) überstiegen 2024 die Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen (3.202) bei weitem. Sonderbestimmungen existieren hinsichtlich Cannabis und halluzinogener Pilze. Weitere relevante Rechtsquellen sind die Suchtgiftverordnung (SV) und die Psychotropenverordnung (PV).

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

Von 2020 bis Mitte 2023 wurden die Bestimmungen betreffend die Vidierungsvorschriften im Zuge der COVID-19-Pandemie den jeweiligen Gegebenheiten angepasst. Bis zur Implementierung eines digitalen Verschreibungsprozesses im Bereich der Opioid-Agonisten-Therapie (längs-

tens jedoch bis 31. Dezember 2026) wird dieses während der COVID-19-Pandemie eingeführte und mit allen involvierten Stellen abgestimmte System im Wesentlichen weitergeführt.

Drogenkonsum

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen (Lebenszeitprävalenz) finden sich in Österreich am häufigsten in Bezug auf Cannabis, dessen Konsum Prävalenzraten von etwa 30 bis 40 Prozent bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15–24 Jahre) hat. Aus den meisten Repräsentativstudien ergeben sich weiters Konsumerfahrungen von etwa 2 bis 4 Prozent für Ecstasy, Kokain und Amphetamin. In der letzten Repräsentativbefragung aus dem Jahr 2022 sind die Werte allerdings etwas höher (5 bis 6 Prozent). Rund 1 bis maximal 2 Prozent geben Lebenszeiterfahrungen mit Opioiden und *Neuen Psychoaktiven Substanzen* (NPS, auch *research chemicals* bzw. *legal highs* genannt) an.

Klar abzugrenzen von Probierkonsum und weitgehend unproblematischem gelegentlichem Konsum ist der sogenannte risikoreiche/problematische Drogenkonsum. Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der *Drogenagentur der Europäischen Union* (EUDA) der „wiederholte Drogenkonsum, der Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen. Der multiple Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden spielt in Österreich die zentrale Rolle. Aktuell konsumieren zwischen 36.000 und 39.000 Personen risikoreich Opioide (meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka). Etwa 40 Prozent dieser Personen leben in Wien (problematischer Drogenkonsum findet nach wie vor in Ballungszentren häufiger statt als in ländlichen Gebieten). Etwas über drei Viertel der Betroffenen sind Männer. Nur 8 Prozent der Betroffenen sind unter 25 Jahre alt. Sniffen spielt beim Opioidkonsum eine wichtige Rolle. Die Zahl der Personen, die Opioide vorwiegend intravenös konsumieren, wird auf 10.800 bis 13.700 Personen geschätzt. Hinsichtlich des Konsums synthetischer Opioide liegen in Österreich lediglich Einzelfallberichte vor.

Es gibt rezente Berichte aus mehreren Bundesländern über einen Anstieg multipler riskanter Konsummuster von Jugendlichen, bei denen Benzodiazepine, aber auch andere Drogen wie Alkohol, Kokain und Opioide eine Rolle spielen. Auch in den Medien wurde über Fälle von tödlichen Überdosierungen bei Jugendlichen, insbesondere Mädchen, berichtet. Von einigen Expertinnen und Experten wird ein Bezug dieser Problematiken zu den psychosozialen Belastungen im Kontext der COVID-19-Pandemie und anderer Krisen (Krieg in der Ukraine, Klimakrise) hergestellt. Diese Einzelfallbeobachtungen finden eine Bestätigung in einer Analyse der drogenbedingten Akutaufenthalte von Jugendlichen in den österreichischen Krankenanstalten. Hier zeigt sich bei Mädchen ein rezenter Anstieg. Auch die Analyse stationärer Aufnahmen wegen Mischintoxikationen in der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Innsbruck der Jahre 2017 bis 2023 kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Eine finale quantitative Einordnung der Problematik ist derzeit aber nicht möglich, da diese Personen im Routinemonitoring (noch) nicht aufscheinen.

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

Der Konsum von Stimulanzien und insbesondere von Kokain ist gestiegen. Das zeigt sich in abwasserepidemiologischen Studien, bei den Anzeigen, in Bevölkerungsbefragungen, beim Drug-Checking und bei Anrufen bei der Vergiftungsinformationszentrale. Dies bildet sich mittlerweile auch im Behandlungssystem ab, wo Kokain im Jahr 2024 bei etwa einem Drittel der Erstbehandlungen eine Leitdroge darstellte.

Suchtprävention

Entsprechend dem Substanzen bzw. Verhaltensweisen übergreifenden Suchtbegriff sind viele suchtpreventive Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten. Präventive Maßnahmen werden in Österreich zum Großteil auf lokaler oder regionaler Ebene implementiert, wobei die auf Länderebene angesiedelten Fachstellen für Suchtprävention eine zentrale Rolle einnehmen. Qualitätssicherung erfolgt über die strukturelle Verankerung der Suchtprävention in diesen Fachstellen, darüber hinaus durch österreichweite Koordination (durch die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung) und internationale Kooperationen. Leitbilder, Förderkriterien und spezifische Standards (z. B. für Suchtprävention in der Schule) sowie diverse Aus- und Fortbildungsmaßnahmen spielen ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Qualitätssicherung.

Beispiele für etablierte österreichweite Maßnahmen sind *Gemeinsam stark werden, plus* und *Wetterfest* (Lebenskompetenzprogramme im Schulsetting) sowie *movin'* (motivierende Gesprächsführung z. B. im außerschulischen Jugendbereich). Von österreichweiter Bedeutung sind auch das Coachingprogramm *ready4Life*, das eine Chatbot-App umfasst, sowie das österreichische Programm *Frühe Hilfen*, das den Aufbau regionaler Strukturen fördert, die eine frühzeitige Unterstützung von schwangeren Frauen und Familien mit Neugeborenen bzw. Kleinkindern in belastenden Lebensumständen ermöglichen. Im Berichtszeitraum wurden von mehreren Bundesländern neue Aktivitäten bzw. eine erhöhte Nachfrage nach Angeboten zum Thema „Digitale Medien“ berichtet. Die GÖG wurde als offizielle Koordinationsstelle für die Umsetzung des *Europäischen Präventionscurriculums (EUPC)* in Österreich, welche in Kooperation mit der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung erfolgt, anerkannt.

Suchtbehandlung

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

Insgesamt befanden sich im Jahr 2024 geschätzt über 27.800 Personen in drogenspezifischer Behandlung. Diese Zahl setzt sich aus etwa 5.400 Personen, die eine drogenspezifische Behandlung im Jahr 2024 begonnen haben, und etwa 22.400 Personen, die bereits zum Jahreswechsel 2023/2024 in Behandlung waren, zusammen. Den weitaus größten Anteil aller behandelten Personen (etwa 22.600 Personen) machen jene mit Opioidkonsum – meist mit multiplen Konsummuster – aus. Die zweite große Gruppe von Personen im Behandlungssystem sind jene mit der alleinigen Leitdroge Cannabis (etwa 2.500 Personen). Kokain und Stimulanzen stellen für etwa 2.200 Personen die Leitdroge dar.

Eine intravenöse OAT ist in Österreich derzeit nicht etabliert. Die Suchthilfe Wien gGmbH startete 2023 eine Pilotstudie zur Sicherheit und Machbarkeit einer intravenösen OAT mit Hydagelan® (Hydromorphonhydrochlorid) in Wien. Erste Ergebnisse zeigen eine gute Verträglichkeit und Sicherheit der Substanz sowie eine hohe Zufriedenheit mit der stabilisierenden Wirkung. Die Laufzeit der Machbarkeitsstudie wurde bis Ende 2025 verlängert.

Gesundheitliche Konsequenzen und Schadensminderung

Die aktuellen Zahlen der drogenbezogenen Todesfälle für 2024 lagen zu Redaktionsschluss noch nicht vor. Daher werden die Daten zu den drogenbezogenen Todesfällen 2024 nur im Epidemiologiebericht Sucht 2025 publiziert. Für das Jahr 2023 wird in Summe von 256 Todesfällen aufgrund von Drogenüberdosierung ausgegangen (2022: 248 Fälle).

Die Infektionsraten von HIV und Hepatitis variieren stark zwischen den verfügbaren Datenquellen. Es zeigt sich dennoch deutlich, dass Hepatitis C bei intravenös (i. v.) Drogenkonsumierenden ein gravierendes Problem darstellt (2024 je nach Datenquelle bis zu 88 % bei HCV-Antikörpern). Die Zahlen zur HIV-Prävalenz bewegten sich im Zeitraum der letzten 10 Jahre hingegen auf niedrigem Niveau (2024 je nach Datenquelle: 1 % bis 10 %). Die Hepatitis-B-Prävalenz (HBV) bei i. v. Konsumierenden liegt seit mehreren Jahren, je nach Datenquelle, zwischen 10 und etwa 30 Prozent (2024: 28 %).

In Niederösterreich und Oberösterreich starteten im Jahr 2024 die Schulungen zum Umgang mit Überdosierungen sowie die Rezeptausstellung für bzw. Ausgabe von Naloxon-Sprays. Damit gibt es in Österreich nun in 7 Bundesländern ein derartiges Angebot.

In Kärnten gibt es mit MyDrugCheck seit Juni 2025 ein neues Drug-Checking-Pilotprojekt in der Drogenberatungsstelle VIVA in Klagenfurt, das in Kooperation mit der Universität Graz umgesetzt wird.

Im Sinne der Schadensminimierung ist auch die Wiener Pilotstudie zur Sicherheit und Machbarkeit einer intravenösen Opioid-Agonisten-Therapie mit Hydagelan® (Hydromorphonhydrochlorid) zu erwähnen, deren Laufzeit bis Ende 2025 verlängert wurde (siehe oben).

Drogenmärkte und Drogendelikte

Insgesamt gab es im Jahr 2024 in Österreich 37.310 Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG), was erneut einen Anstieg im Vergleich zum Vorjahr bedeutet. Die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (33.345) überstiegen die Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen (3.202) bei

Weitem. Der größte Anteil an den Anzeigen nach SMG betraf Cannabis (27.126). Im Jahr 2024 kam es zudem zu 8.227 Anzeigen wegen einer Beeinträchtigung durch Suchtgift im Straßenverkehr gemäß Straßenverkehrsordnung (StVO) bzw. Führerscheingesetz (FSG). Dem stehen 28.867 Anzeigen wegen Alkohols im Straßenverkehr gegenüber.

Die Sicherheitsbehörden setzen Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots: Dazu gehört neben der Kontrolltätigkeit auch die Sicherstellung von illegalen Suchtmitteln sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe oder Suchtgifte (inkl. Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)-Medikamente) enthalten, und *Neuen Psychoaktiven Substanzen* (NPS, auch *research chemicals* bzw. *legal highs* genannt). Darüber hinaus wurde auch im Jahr 2024 der Schwerpunkt auf den Online-Suchtmittelhandel weiter forciert, da sich Onlineplattformen und Krypto-Messengerdienste in den vergangenen Jahren zu einer dauerhaften Ergänzung zu den traditionellen Drogenmärkten, tendenziell zum Erwerb von Suchtmitteln höherer Qualität, entwickelt haben.

Drogen und Haft

Der Straf- und Maßnahmenvollzug in Österreich unterliegt der Zuständigkeit des Bundes und obliegt der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen (Sektion II) im Bundesministerium für Justiz (BMJ). 29 Justizanstalten mit 13 Außenstellen bieten eine Belagskapazität von 8.232 Haftplätzen (Stand 1. April 2025). Mit 1. Jänner 2025 wurde die Justizanstalt Wien-Münichplatz als eigenständige Einrichtung für den Jugendstrafvollzug eröffnet.

Für die allgemeine Gesundheitsversorgung in Justizanstalten gilt das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip, nach dem dieselbe medizinische Behandlung, die in Freiheit gängig und üblich ist, auch in Haft ermöglicht werden muss. Mit 1. Oktober 2024 befanden sich rund 12 Prozent der Insassinnen und Insassen (998) in OAT. Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen in Justizanstalten erfolgt über das BMJ, da Personen in Haft nicht durch das allgemeine Sozialversicherungssystem versichert sind. Zum Ausmaß des Substanzkonsums während der Haft stehen keine Informationen aus Erhebungen zur Verfügung. Nadel- und Sprizentauschprogramme im österreichischen Strafvollzug stehen derzeit nicht zur Verfügung. Routinemäßige Impfungen gegen Hepatitis B (HBV) für alle seronegativen Insassinnen und Insassen werden nicht durchgeführt. Vor einer Haftentlassung werden in den Justizanstalten aktuell keine Maßnahmen zur Überlebenshilfe wie etwa entsprechende Naloxonprogramme oder Trainings zur Prävention von Überdosierungen nach der Entlassung angeboten. Weder ist eine Mitgabe von Naloxon in die Zelle möglich, noch ist eine solche bei der Haftentlassung vorgesehen.

Im Zuge eines Reformprozesses zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, ausgelöst durch eine Kritik des Europarats (CPT-Bericht 2023), wurde mit 1. Juli 2025 in der Generaldirektion des Strafvollzugs eine Kompetenzstelle Medizinische Versorgung eingerichtet. Sie bündelt medizinische Leitungsfunktionen und soll zu einheitlicheren Strukturen und mehr Transparenz in der gesundheitlichen Versorgung innerhalb der Justizanstalten beitragen.

Ein bundesweiter Regelbetrieb wurde für ein neues Verfahren etabliert, das Personen in OAT nach der Haft einen nahtlosen Versicherungsschutz sichern soll. Der Prozess wurde gemeinsam mit Sozialversicherungsträgern und Ländern entwickelt und Ende 2024 in allen Bundesländern umgesetzt.

Inhalt

Kurzfassung	III
Tabellen und Abbildungen	XIII
Abkürzungen	XVIII
Einleitung.....	1
Politische und administrative Rahmenbedingungen	1
1 Politische und administrative Rahmenbedingungen.....	5
1.1 Zusammenfassung.....	5
1.2 Aktuelle Situation	6
1.2.1 Sucht- und Drogenstrategien.....	6
1.2.2 Evaluation von Drogenstrategien	10
1.2.3 Koordination der Drogenpolitik	11
1.2.4 Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben	14
1.3 Neue Entwicklungen	15
1.4 Quellen und Methodik.....	15
1.5 Bibliografie.....	16
1.6 Zitierte Bundes- und Landesgesetze	19
1.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	19
Rechtliche Rahmenbedingungen.....	21
2 Rechtliche Rahmenbedingungen	23
2.1 Zusammenfassung.....	23
2.2 Aktuelle Situation	24
2.2.1 Rechtliche Regelungen.....	24
2.2.2 Umsetzung	30
2.3 Trends	31
2.4 Neue Entwicklungen	33
2.5 Quellen und Methodik.....	35
2.6 Bibliografie.....	36
2.7 Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen.....	36
2.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	39
2.9 Anhang	39
Drogenkonsum.....	47
3 Drogenkonsum.....	49
3.1 Zusammenfassung.....	49
3.2 Cannabis	51
3.2.1 Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums	51
3.2.2 Risikoreicher Cannabiskonsum	54
3.2.3 Neue Entwicklungen.....	55
3.3 Stimulanzien.....	55
3.3.1 Prävalenz und Trends des Stimulanzienkonsums.....	55
3.3.2 Risikoreicher/Problematischer Konsum von Stimulanzien.....	58
3.3.3 Neue Entwicklungen.....	60

3.4	Heroin und andere Opioide.....	61
3.4.1	Prävalenz und Trends des Opioidkonsums.....	61
3.4.2	Injizieren und andere Konsumformen.....	63
3.4.3	Neue Entwicklungen.....	64
3.5	Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und andere neue Drogenkonsummuster	64
3.5.1	Prävalenz und Trends des NPS-Konsums	64
3.5.2	Neue Entwicklungen.....	65
3.6	Quellen und Studien	67
3.6.1	Quellen	67
3.6.2	Studien.....	69
3.7	Bibliografie.....	72
3.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	78
3.9	Anhang	79
	Suchtprävention	89
4	Suchtprävention	91
4.1	Zusammenfassung.....	91
4.2	Aktuelle Situation	92
4.2.1	Strategien und Organisation.....	92
4.2.2	Präventionsmaßnahmen	96
4.2.3	Qualitätssicherung	104
4.3	Trends	108
4.4	Neue Entwicklungen	108
4.5	Quellen und Methodik.....	111
4.6	Bibliografie.....	111
4.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	114
4.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	115
4.9	Anhang	116
	Drogenbezogene Behandlung	119
5	Drogenbezogene Behandlung.....	121
5.1	Zusammenfassung.....	121
5.2	Aktuelle Situation	122
5.2.1	Strategien und Koordination	122
5.2.2	Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung.....	125
5.2.3	Schlüsselindikatoren.....	126
5.2.4	Behandlungsmodalitäten	132
5.2.5	Qualitätssicherung	141
5.3	Trends	146
5.4	Neue Entwicklungen	148
5.5	Quellen und Methodik.....	149
5.6	Bibliografie.....	151
5.7	Zitierte Bundesgesetze.....	153
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	154
5.9	Anhang	154

Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen	161
6 Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen	163
6.1 Zusammenfassung	163
6.2 Aktuelle Situation	164
6.2.1 Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität	164
6.2.2 Drogenbezogene Notfälle	165
6.2.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten.....	167
6.2.4 Schadensminimierende Maßnahmen.....	172
6.2.5 Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	179
6.2.6 Qualitätssicherung	181
6.3 Neue Entwicklungen	182
6.4 Quellen und Methodik.....	183
6.5 Bibliografie.....	186
6.6 Zitierte Bundesgesetze.....	189
6.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	189
6.8 Anhang	189
Drogenmärkte und Drogendelikte	193
7 Drogenmärkte und Drogendelikte.....	195
7.1 Zusammenfassung.....	195
7.2 Aktuelle Situation	196
7.2.1 Drogenmärkte.....	196
7.2.2 Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen.....	198
7.2.3 Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....	200
7.3 Trends	201
7.3.1 Trends bei Sicherstellungen, Preis und Reinheit.....	201
7.3.2 Trends bei drogenbezogenen Anzeigen.....	204
7.4 Neue Entwicklungen	208
7.5 Quellen und Methodik.....	208
7.6 Bibliografie.....	208
7.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	209
7.8 Anhang	210
Haft	219
8 Haft	221
8.1 Zusammenfassung.....	221
8.2 Aktuelle Situation	222
8.2.1 Organisation der Gefängnisse und der Gefängnispopulation.....	222
8.2.2 Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme.....	227
8.2.3 Interventionen im Kontext Drogen und Gesundheit während der Haft.....	227
8.2.4 Qualitätssicherung für Interventionen im Kontext Drogen und Gesundheit während der Haft	233
8.3 Trends	236
8.4 Neue Entwicklungen	236
8.5 Quellen und Methodik.....	238

8.6	Bibliografie.....	239
8.7	Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen.....	241
8.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	242
8.9	Anhang.....	242

Tabellen und Abbildungen

Tabellen:

Tabelle 1:	Sucht-/Drogenstrategien des Bundes und der österreichischen Bundesländer	8
Tabelle 2:	Ausgaben des österreichischen BMJ für Suchtbehandlung nach §§ 35, 37 und 39 SMG 2015 bis 2024	14
Tabelle 3:	Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich 2015–2024	30
Tabelle 4:	Sämtliche aufgrund suchtgiftrelevanter Delikte (SMG) erfolgten Verurteilungen nach Geschlecht und Altersgruppe 2024.....	39
Tabelle 5:	Anzahl rechtskräftiger Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach strafsatzbestimmendem Delikt, Geschlecht und Altersgruppe 2024	40
Tabelle 6:	Anzahl der Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen in Österreich 2015–2024	40
Tabelle 7:	Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach strafsatzbestimmendem Delikt und Art der Strafe, 2024.....	41
Tabelle 8:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2015–2024.....	41
Tabelle 9:	Straftatbestände und Strafandrohungen laut SMG.....	42
Tabelle 10:	Alternativen zur Bestrafung laut SMG	44
Tabelle 11:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich 2005–2025	79
Tabelle 12:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen österreichischer Jugendlicher 2005–2022	83
Tabelle 13:	Fälle zu ausgewählten drogenspezifischen Spitalsentlassungsdiagnosen (Hauptdiagnosen) nach ICD-10 in Österreich 2010–2023 (absolut).....	86
Tabelle 14:	Fälle zu ausgewählten drogenspezifischen Spitalsentlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) nach ICD-10 in Österreich 2010–2023 (absolut).....	87
Tabelle 15:	Fachstellen für Suchtprävention in Österreich.....	116
Tabelle 16:	Ausgewählte Kennwerte für die Umsetzung österreichweiter Programme durch die regionalen Fachstellen für Suchtprävention in den letzten 5 Schuljahren	117
Tabelle 17:	Ausgewählte Kennwerte zur Umsetzung von EUPC in Österreich	118

Tabelle 18:	Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2024 eine Behandlung wegen Drogen-abhängigkeit begonnen haben (Schätzung).....	127
Tabelle 19:	Alle Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2024 (Schätzung ¹⁵⁶)	129
Tabelle 20:	Ausgewählte Maßnahmen zur sozialen Reintegration von Menschen mit Substanzkonsum bzw. Suchterfahrung	136
Tabelle 21:	Anzahl der dem BMASGPK für das Jahr 2024 gemeldeten Personen in OAT nach Erst- bzw. fortgesetzter Behandlung und Bundesland.....	139
Tabelle 22:	Ausgewählte Fortbildungsveranstaltungen 2024.....	145
Tabelle 23:	Personen, die im Jahr 2024 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter, Geschlecht und Betreuungsart.....	154
Tabelle 24:	Personen, die im Jahr 2024 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n), Geschlecht und Betreuungsart	155
Tabelle 25:	Personen, die im Jahr 2024 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum (jemals), Geschlecht und Betreuungsart	156
Tabelle 26:	Personen, die im Jahr 2024 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation, Geschlecht und Betreuungsart	157
Tabelle 27:	Ab 25-Jährige, die im Jahr 2024 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)	158
Tabelle 28:	Personen, die im Jahr 2024 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensunterhalt, Geschlecht und Betreuungsart	159
Tabelle 29:	Infektionsraten von Hepatitis B, Hepatitis C-Ab und HIV bei intravenös Drogenkonsumierenden in Österreich 2024.....	168
Tabelle 30:	Ausgewählte Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen	180
Tabelle 31:	Neue schadensminimierende Angebote und Pilotprojekte 2024/25.....	182
Tabelle 32:	Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache 2014–2023 ¹	189
Tabelle 33:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2014–2023 nach Bundesland (pro 100.000 15- bis 64-Jährige).....	190
Tabelle 34:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2014–2023 nach Bundesland (absolut)	190
Tabelle 35:	Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesland 2024.....	191
Tabelle 36:	(Take-home-)Naloxon-Projekte in Österreich nach Bundesland 2024.....	192
Tabelle 37:	Preise der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich 2024 in Euro.....	197

Tabelle 38:	Anzahl der Anzeigen wegen Alkohols gemäß § 5 StVO und § 14 (8) FSG sowie wegen Suchtgifts gemäß § 5 StVO 2019–2024.....	200
Tabelle 39:	Maximaler Preis von Suchtgiften im Straßenhandel in Österreich 2015–2024 in Euro	203
Tabelle 40:	Durchschnittliche Reinheit (Mittelwert) der untersuchten Suchtgifte im Straßenhandel in Österreich 2015–2024.....	203
Tabelle 41:	Preise der diversen Drogen im Großhandel in Österreich 2024 in Euro	210
Tabelle 42:	Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Erst- und Wiederholungstäterinnen bzw. -tätern 2015–2024.....	210
Tabelle 43:	Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Bundesland 2015–2024.....	210
Tabelle 44:	Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Bundesland 2015–2024 pro 100.000 EW.....	211
Tabelle 45:	Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe) nach Bundesland 2015–2024.....	211
Tabelle 46:	Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz nach Bundesland 2015–2024.....	212
Tabelle 47:	Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmitel 2015–2024	212
Tabelle 48:	Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmitel und Bundesland 2024.....	213
Tabelle 49:	Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmitel und Bundesland 2024 pro 100.000 EW.....	214
Tabelle 50:	Anzahl der Sicherstellungen von Suchtgiften/Suchtmiteln in Österreich 2015–2024.....	215
Tabelle 51:	Sicherstellungen von Suchtgiften/Suchtmiteln in Österreich nach Menge 2015–2024.....	216
Tabelle 52:	Sicherstellungen von OAT-Medikamenten in Österreich nach Menge und Anzahl 2020–2024.....	217
Tabelle 53:	Justizanstalten in Österreich, Stand 1. April 2025	225
Tabelle 54:	Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten neben der Strafhafte untergebrachten Personen, Stichtag 1. April 2025.....	243
Tabelle 55:	Anzahl der Personen in (Opioid-)Agonisten-Therapie in den Justizanstalten nach Arzneyspezialität, Stichtag 1. Oktober 2024.....	244

Abbildungen:

Abbildung 1: Organisatorische Struktur der Drogenpolitik in Österreich.....	13
Abbildung 2: Anzahl der Verurteilungen nach §§ 27, 28 und 28a SMG (strafsatzbestimmendes Delikt) 2015-2024.....	32
Abbildung 3: Ergebnisse der Begutachtung gemäß § 11 Abs. 2 SMG (gesundheitsbezogene Maßnahmen) in Hinblick auf behandlungsrelevanten Konsum 2024 für Österreich ohne Wien.....	33
Abbildung 4: Cannabiskonsum gemäß Wiener Suchtmittelmonitoring und österreichweiten Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch (Zeitreihen).....	51
Abbildung 5: Cannabiskonsum: Lebenszeiterfahrung Jugendlicher nach Geschlecht in ESPAD und HBSC (Zeitreihen).....	53
Abbildung 6: Entwicklung der Zahl der Anzeigen bezüglich Stimulanzien wegen Verstoß gegen das SMG 2004–2024.....	56
Abbildung 7: Stimulanzienkonsum (Lebenszeitprävalenz, Jahresprävalenz und Monatsprävalenz).....	57
Abbildung 8: Stimulanzienkonsum: Lebenszeiterfahrung und Konsum in den letzten 12 Monaten von Jugendlichen nach Geschlecht (ESPAD 2024).....	58
Abbildung 9: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf.....	62
Abbildung 10: Anteil der unter 25-Jährigen in den Datenquellen des Drogenmonitorings, Zeitreihe 2000–2024 bzw. letzte verfügbare Zahl (gleitender Mittelwert).....	63
Abbildung 11: <i>Checkit!</i> -Thematisierung von NPS je Setting 2011–2024.....	65
Abbildung 12: Akutstationäre Spitalsentlassungen aufgrund substanzbezogener Störungen bei 10- bis 19-Jährigen nach Geschlecht 2018–2023.....	66
Abbildung 13: Konsummuster von Personen, die im Jahr 2024 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung ¹⁵⁶).....	128
Abbildung 14: Konsummuster aller Personen in drogenspezifischer Behandlung (Schätzung ¹⁵⁶) 2024.....	129
Abbildung 15: Personen, die im Jahr 2024 eine drogenspezifische Betreuung/Behandlung begonnen haben, nach Art der Betreuung und Alter.....	130
Abbildung 16: Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition nach Art der Betreuung/Behandlung (Betreuungsbeginn im Jahr 2024).....	131
Abbildung 17: Versorgungspraxis OAT: Betreuung von Patientinnen und Patienten durch Fachärztinnen/-ärzte versus Allgemeinmediziner:innen nach Bundesland (Stichtag 31.12.2024).....	139
Abbildung 18: Altersstruktur der als in OAT befindlich gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland 2024.....	140
Abbildung 19: Personen in OAT nach Medikament und Bundesland 2024.....	141

Abbildung 20: Leitdrogen im Zeitverlauf bei Personen, die sich erstmals im Leben einer längerfristigen Suchtbehandlung unterziehen, in DOKLI 2015–2024.....	147
Abbildung 21: Jährlich gemeldete aktuell in OAT befindliche Personen nach Erst- und fortgesetzter Behandlung 2015–2024.....	148
Abbildung 22: Anzahl direkt drogenbezogener Todesfälle in Österreich 2014–2023.....	165
Abbildung 23: Akutstationäre Spitalsentlassungen aufgrund substanzbezogener Störungen nach Geschlecht und Altersgruppe, 2018–2023.....	166
Abbildung 24: Akutstationäre Spitalsentlassungen aufgrund substanzbezogener Störungen bei 10- bis 29-Jährigen nach Substanzgruppen, 2018–2023.....	167
Abbildung 25: HCV-Ab-Infektionsraten in Österreich 2000–2024.....	169
Abbildung 26: Anzahl der Personen in Österreich, die sich wahrscheinlich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben, nach Alter und Jahr der Aufnahme in die österreichische HIV-Kohortenstudie (AHIVCOS) 2000–2024.....	171
Abbildung 27: Anzahl der verteilten Spritzen in Wien und in Österreich ohne Wien 2015–2024.....	173
Abbildung 28: Schwarzmarktwert der Sicherstellungen in Österreich 2024 in Euro.....	197
Abbildung 29: Meldungen im österreichischen Informations- und Frühwarnsystem nach chemischen Obergruppen 2024 (n = 1.250).....	198
Abbildung 30: Sicherstellungen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Art des Suchtgifts 2015–2024.....	202
Abbildung 31: Anteil der bei <i>Checkit!</i> analysierten Proben, die ausschließlich den erwarteten Inhaltsstoff enthielten, 2014–2024.....	204
Abbildung 32: Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehens ¹ und Verbrechenstatbeständen ² 2015–2024.....	205
Abbildung 33: Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Art des Suchtgifts 2015–2024.....	206
Abbildung 34: Maximale Preise, durchschnittliche Reinheit, Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz sowie Sicherstellungen (Menge und Anzahl) für Kokain 2014–2024.....	207
Abbildung 35: Maximale Preise, durchschnittliche Reinheit, Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz sowie Sicherstellungen (Menge und Anzahl) für Heroin 2014–2024.....	208
Abbildung 36: Justizanstalten in Österreich.....	224

Abkürzungen

Abs	Absatz
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
AHS	allgemeinbildende höhere Schule
AIDS	acquired immune deficiency syndrome
AHIVCOS	Austrian HIV Cohort Study
AKH	Allgemeines Krankenhaus Wien
AMS	Arbeitsmarktservice
anti HBc	Hepatitis-B-Virus-core-Antikörper (gesamt)
anti HBs	Hepatitis-B-Virus-surface-Antikörper (Oberflächenmerkmale)
ARGE	Arbeitsgemeinschaft (z. B. <i>Österreichische ARGE Suchtvorbeugung</i>)
ART	antiretrovirale Therapie
ASDW	Ambulatorium der Sucht- und Drogenkoordination Wien
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
B	Burgenland
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BAST	Bundesarbeitsgemeinschaft Straßensozialarbeit Österreich
BGBI	Bundesgesetzblatt
BHS	Berufsbildende höhere Schule
BIÖG	Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (Deutschland)
BKA	Bundeskanzleramt der Republik Österreich
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Januar 2018 – Januar 2020)
BMASGPK	Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMB	Bundesministerium für Bildung
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMEIA	Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (bis Juli 2016)
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Juli 2016 – Dezember 2017)
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMI/BK	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt
BMIMI	Bundesministerium für Innovation, Mobilität und Infrastruktur
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMK	Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie
BMLUK	Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Klima- und Umweltschutz, Regionen und Wasserwirtschaft
BMLV	Bundesministerium für Landesverteidigung
BMS	Berufsbildende mittlere Schule
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (seit Januar 2020)

BMUK	Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
BMWET	Bundesministerium für Wirtschaft, Energie und Tourismus
BMWKMS	Bundesministerium für Wohnen, Kunst, Kultur, Medien und Sport
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ca.	zirka
CAST	Cannabis Abuse Screening Tool
CBD	Cannabidiol
CND	Commission on Narcotic Drugs
COFOG	Classification of Functions of Government
COVID-19	durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachte Infektionskrankheit
CPT	Council of Europe's Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment
CRC	Capture-Recapture(-Verfahren)
DAA	direct acting antivirals
DB	Drogenbeauftragte:r
DFZ	drogenfreie Zonen/Abteilungen
d. h.	das heißt
DK	Drogenkoordinator:in
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation
DOKLI	Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe in Österreich
DOT	directly observed therapy
dt.	deutsch
DUIC	Fahren unter Cannabiseinfluss (driving under the influence of cannabis)
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
DWA	Österreichische Dialogwoche Alkohol
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (engl. EMCDDA)
ECDC	Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten
EG	Europäische Gemeinschaft
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (dt. EBDD)
engl.	englisch
EPIG	Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit
EPPIC	Exchanging prevention practices on polydrug use among youth in criminal justice systems
EPR	Europäische Strafvollzugsgrundsätze
EQDP	Europäischer Fragebogen zum Drogenkonsum im Strafvollzug
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
et al.	et alii (dt. und andere)
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUDA	Drogenagentur der Europäischen Union
EÜH	elektronisch überwachter Hausarrest
EUPC	Europäisches Präventionscurriculum
EURIPID	European Integrated Price Information Database
EW	Einwohner:innen

EWS	Early Warning System
EWSD	European Web Survey on Drugs
ff.	folgende (Seiten)
FFP2	filtering face piece der Schutzklasse 2
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FSG	Führerscheinengesetz
FSW	Fonds Soziales Wien
FTZ	Forensisch-therapeutisches Zentrum
g	Gramm
gem.	gemäß
GFA	Gesundheitsfolgenabschätzung
GFPR	Gesundheitsförderung und Prävention
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GHB	Gammahydroxybuttersäure
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSW	Gemeinsam Stark Werden (Lebenskompetenzprogramm)
HAV	Hepatitis-A-Virus
HBsAg	Hepatitis-B-Virus-surface-Antigen (Hepatitis-B-Virus-Oberflächenantigen)
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children Study (WHO-Studie)
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
HCV-Ab	HCV-Antikörper
HCV-PCR	HCV- Polymerasekettenreaktion
HCV-RNA	Hepatitis-C-Virus-Ribonukleinsäure
HDV	Hepatitis-D-Virus
HiAP	Health in All Policies
HIV	human immunodeficiency virus
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems
ID	Identification/Identifikation
i. d. g. F.	in der gültigen Fassung
IFES	Institut für empirische Sozialforschung
I.K.A.	Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle
insb.	insbesondere
inkl.	inklusive
ISD	Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (Deutschland)
ISGF	Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (Schweiz)
ISO	Internationale Organisation für Normung
i. v.	intravenös
i. V. m.	in Verbindung mit
IVV	integrierte Vollzugsverwaltung
JA	Justizanstalt
JGG	Jugendgerichtsgesetz
K	Kärnten
Kap.	Kapitel
kg	Kilogramm
KIS	Kontaktinformationsstelle für schulische Präventionsarbeit

KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
KOSU	Kompetenzzentrum Sucht
KPSD	Koordinator:in für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen
KUKO	Kurzkontakt
l	Liter
LBamb	längerfristige Betreuung ambulant
LBstat	längerfristige Betreuung stationär
LDS	Low-Dead-Space-Spritzen
LGBI	Landesgesetzblatt
LGBTIQ+	Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans, Intergeschlechtliche und Queere* Menschen sowie weitere Identitäten
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte
LKH	Landeskrankenhaus
LSD	Lysergsäurediethylamid
m	männlich
MA	Magistratsabteilung
männl.	männlich(e)
max.	maximal
MDMA	3,4-Methylendioxy-N-Methylamphetamin
mg	Milligramm
mg/g	Milligramm pro Gramm
Mio.	Million(en)
MSM	men who have sex with men / Männer, die mit Männern Sex haben
n	Anzahl (z. B. Stichprobengröße bei Datenerhebungen)
NEAK	Nationale Kasse für Gesundheitsversicherung (Ungarn)
NIS	niederschwellige Begleitung
NÖ	Niederösterreich, niederösterreichisch
NPS	Neue psychoaktive Substanzen
NPSG	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz
NPSV	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung
n. v.	nicht verfügbar
Ö	Österreich
o. Ä.	oder Ähnliches
o. J.	ohne Jahr
ÖAKDA	Österreichischer Arbeitskreis für kommunikative Drogenarbeit
OAT	Opioid-Agonisten-Therapie
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGABS	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
ÖGPB	Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
ÖJRK	Österreichischen Jugendrotkreuz

OÖ	Oberösterreich
ORF	Österreichischer Rundfunk
OST	opioid substitution treatment/therapy, Opioid-Substitutionsbehandlung/ Opioiderhaltungstherapie
ÖVDF	Österreichischer Verein der Drogenfachleute
PAZ	Polizeianhaltezentrum
p. M.	persönliche Mitteilung
PSD	Psychosozialer Dienst
PSN	Psychosoziales Netzwerk – gemeinnützige GmbH
PTS	polytechnische Schule
PV	Psychotropenverordnung
PVE	Primärversorgungseinheit
rd.	rund
REITOX	Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
RIS	Rechtsinformationssystem des Bundes
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
Rz.	Randzahl
S	Salzburg
S.	Seite
SB	Suchtbeauftragte:r
SCHILF	schulinterne Fortbildung
SCORE	Sewage analysis CORE group – Europe
SDG	Sustainable Development Goals
SDHN	Sucht- und Drogenhilfenetzwerk
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH
SGV	Suchtgift-Grenzmengenverordnung
SHW	Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH
SK	Suchtkoordinator:in
SMG	Suchtmittelgesetz
ST	standard table
St	Steiermark
StGB	Strafgesetzbuch
Stk.	Stück
StPO	Strafprozessordnung
StRÄG	Strafrechtsänderungsgesetz
StVG	Strafvollzugsgesetz
StVO	Straßenverkehrsordnung
SV	Suchtgiftverordnung
T	Tirol
TabMG	Tabakmonopolgesetz
TAMG	Tierarzneimittelgesetz
Tbc	Tuberkulose
TDI	treatment demand indicator
THC	Tetrahydrocannabinol
TNRSG	Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz
u. a.	unter anderem

UE	Unterrichtseinheit(en)
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
V	Vorarlberg
v. a.	vor allem
VwGH	Verwaltungsgerichtshof
vgl.	vergleiche
VIZ	Vergiftungsinformationszentrale
VUG	Vereinbarungsumsetzungsgesetz
VZH	Vollzugshandbuch
W	Wien
w	weiblich
WbVO	Weiterbildungsverordnung orale Substitution
weibl	weiblich(e)
WHO	World Health Organization
Z.	Ziffer
z. B.	zum Beispiel
ZSG	Zentrum für sexuelle Gesundheit

Einleitung

Der am Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) eingerichtete REITOX Focal Point legt hiermit zum 30. Mal den Bericht zur Drogensituation vor, der jährlich im Auftrag der Drogenagentur der Europäischen Union (EUDA) und des BMASGPK verfasst wird. Der REITOX Focal Point dient als zentraler Knotenpunkt eines drogenrelevanten nationalen wie auch europäischen Daten- und Informationsnetzes. Er kooperiert eng mit den verantwortlichen Stellen auf Bundes- und Länderebene, mit Fachleuten und den Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe.

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

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

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

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

Politische und administrative Rahmenbedingungen

Inhalt

1	Politische und administrative Rahmenbedingungen.....	5
1.1	Zusammenfassung.....	5
1.2	Aktuelle Situation.....	6
1.2.1	Sucht- und Drogenstrategien.....	6
1.2.2	Evaluation von Drogenstrategien.....	10
1.2.3	Koordination der Drogenpolitik.....	11
1.2.4	Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben.....	14
1.3	Neue Entwicklungen.....	15
1.4	Quellen und Methodik.....	15
1.5	Bibliografie.....	16
1.6	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	19
1.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	19

1 Politische und administrative Rahmenbedingungen

1.1 Zusammenfassung

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

Für die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* liegt bislang keine formelle Evaluation vor. Wirkungsorientierung ist jedoch ein wesentliches allgemeines Verwaltungsparadigma in Österreich. Es gibt sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene Koordinationsstrukturen sowie Monitoringsysteme, die u. a. eine Beobachtung der Drogensituation zum Ziel haben und der Weiterentwicklung der bestehenden Sucht-/Drogenhilfesysteme und -strategien dienen. Regelmäßige Suchtberichte auf Bundesländerebene spielen ebenfalls eine wichtige Rolle.

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

Über öffentliche Ausgaben für die Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen können für Österreich keine systematischen Aussagen getätigt werden, da die Ausgaben nicht im Detail aufgeschlüsselt und drogen- bzw. suchtspezifische Ausgaben oft nicht explizit als solche gekennzeichnet werden. Laufend werden auf Bundesebene lediglich die Ausgaben des Bundesministeriums für Justiz (BMJ) für gesundheitsbezogene Maßnahmen (*Therapie statt Strafe*) erhoben. Diese lagen im Jahr 2023 bei ca. neun Millionen Euro. Für das Jahr 2024 lagen zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch keine Daten vor. Darüber hinaus liefern punktuelle Erhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) Auskünfte über Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention.

Neue Entwicklungen

Im Jahr 2024 wurde ein Suchtkonzept für die Steiermark beschlossen, das *Versorgungskonzept Sucht Steiermark 2030*. Ebenfalls in der Steiermark wurde ein *Aktionsplan zum Umgang mit Suchtverhalten im Internet* entwickelt.

Das Land Vorarlberg erarbeitet derzeit einen Strategieentwicklungsprozess für die Bereiche Sozialpsychiatrie und Sucht, um die Versorgungslandschaft und Prävention für die Jahre 2025 bis 2035 zu planen.

Der Verkauf von getrockneten Hanfblüten mit weniger als 0,3 Prozent THC-Gehalt unterliegt seit Juli 2025 der Tabaksteuer und fällt somit in den Anwendungsbereich des Tabakmonopolgesetzes. Das bedeutet, dass das Inverkehrbringen dieser Produkte ausschließlich über Trafiken erfolgen darf.

1.2 Aktuelle Situation

1.2.1 Sucht- und Drogenstrategien

Den zentralen Rahmen für die österreichische **Bundesdrogenpolitik** bilden das Suchtmittelgesetz (SMG, BGBl. I 1997/112) und das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG, BGBl. I 2011/146) mit den entsprechenden Durchführungsverordnungen (vgl. Kapitel 2) sowie die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* (BMG 2015), welche die wesentlichen Prinzipien der österreichischen Drogenpolitik festlegen¹. Dazu zählt das Hinwirken auf eine möglichst suchtfreie Gesellschaft. Sucht ist als Erkrankung anerkannt, in Gesetzestexten wird bspw. zwischen Drogenhandel und unerlaubtem Umgang mit Suchtmitteln zum persönlichen Gebrauch bzw. im Kontext einer Abhängigkeit unterschieden (vgl. Kapitel 2). Das österreichweit angewandte Prinzip *Therapie statt Strafe* wurde von der Drogenagentur der Europäischen Union² (EUDA) als „most noticeable element“ der österreichischen Drogenpolitik bezeichnet (EMCDDA 2014). Es wurde im Jahr 1971 erstmals in das damalige Suchtgiftgesetz aufgenommen und seither ausgeweitet. Das bedeutet auch, dass inzwischen Intentionen und Rahmenbedingungen eine größere Rolle bei der Beurteilung von Suchtgiftdelikten spielen als die Suchtgiftmenge (Uhl/Busch 2020). Von Bedeutung sind auch internationale Strategien wie z. B. die *EU-Drogenstrategie 2021–2025* (Rat der Europäischen Union 2021).

Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie*³ gilt seit 2016 und wurde vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit erarbeitet. Sie bezieht sich sowohl auf legale und illegale Suchtmittel als auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten und bildet einen Orientierungsrahmen für alle suchtbetreffenden Maßnahmen in Österreich. Die Gesundheitsperspektive steht im Mittelpunkt. Die Bedeutung eines breiten und diversifizierten Maßnahmenangebots wird hervorgehoben, was von Prävention über Suchtberatung, Überlebenshilfe/Schadensminimierung, Suchttherapie, gesundheitliche Rehabilitation bis zu beruflicher und sozialer Integration reicht. Für den Bereich illegale Drogen wird betont, dass Beratung sowie medizinische, psychologische und so-

¹ Im vorliegenden Bericht liegt der Fokus auf österreichischen Dokumenten und Maßnahmen (v. a. auf Bundes- und Länderebene). Diese Dokumente orientieren sich aber auch an internationalen Papieren und Maßnahmen, wie bspw. an den internationalen Konventionen und Übereinkommen der Vereinten Nationen (vgl. Kapitel 2) oder an den Publikationen internationaler Organisationen bzw. Einrichtungen der Europäischen Union wie z. B. der Drogenagentur der Europäischen Union (engl. European Union Drugs Agency, EUDA) oder der Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organization, WHO). Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang auch die *Nachhaltigen Entwicklungsziele* der Vereinten Nationen (engl. Sustainable Development Goals, SDGs): <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/nachhaltige-entwicklung-agenda-2030.html> [Zugriff am 16.05.2025].

² Im Rahmen einer Mandatserweiterung wurde die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA bzw. EBDD) am 02. Juli 2024 in die Drogenagentur der Europäischen Union umbenannt.

³ <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Pr%C3%A4vention-und-Therapie.html> [Zugriff am 16.05.2025]

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

Relevant für den Suchtbereich sind auch Strategien, die keinen ausschließlichen Fokus auf Sucht oder Drogen haben, sondern sich allgemein auf Themen aus dem **Gesundheits- oder Sozialbereich** beziehen. Der aktuelle *Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene* formuliert hinsichtlich der Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention sowie psychosoziale Gesundheit lediglich allgemeine Ziele⁴, wohingegen frühere Versionen dieses Vertrags Suchterkrankungen im Rahmen des Gesundheitsziels 9 (Psychosoziale Gesundheit fördern) explizit mitberücksichtigten. Weiters sind hier die kürzlich aktualisierte *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* (BMSGPK 2024a), die *Österreichische Jugendstrategie*⁵ (BKA 2024a) sowie die *Gesundheitsziele Österreich* (BMGF 2017), die *Gesundheitsförderungsstrategie* (BMSGPK 2024b), der *Aktionsplan Frauengesundheit* (BMSGK 2018) und der *Nationale Aktionsplan Behinderung 2022–2030* (BMSGPK 2022) – alle auf Bundesebene – zu erwähnen. Im Bereich der Gesundheitsförderung sind im gegenständlichen Zusammenhang die durch die *Agenda Gesundheitsförderung*⁶ geförderten Strategieprozesse sowie die Roadmap „Zukunft Gesundheitsförderung“⁷ erwähnenswert. Weitere, v. a. für den Bereich Behandlung relevante Dokumente sind z. B. die *Struktur- und Psychiatriepläne*, die es sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene gibt (ausführlicher in Horvath et al. 2020).

In Bezug auf die **öffentliche Sicherheit** sind auf nationaler Ebene die *Österreichische Sicherheitsstrategie* (BKA 2024b)⁸, die *Teilstrategie Innere Sicherheit* (BMI 2015) und die *Ressortstrategie „Sicher. Österreich“* des Bundesministeriums für Inneres (BMI 2021) zu erwähnen, die sich zwar nicht explizit auf die Reduktion der Drogenverfügbarkeit beziehen, jedoch die Kriminalitätsbekämpfung im Allgemeinen zum Ziel haben und in diesem Zusammenhang auch (grenzüberschreitende) organisierte Kriminalität und Drogenhandel erwähnen. Die *Österreichische Verkehrssicherheitsstrategie 2021–2030* (BMK 2021) zielt auf eine Reduktion von Verkehrsunfällen mit Personenschäden, Schwerverletzten und Todesfällen ab und enthält in Handlungsfeld 5 („Verkehrstüchtig und mit ganzer Aufmerksamkeit auf der Straße“) Maßnahmen zum Thema Drogen. In Bezug auf die gesundheitliche Versorgung von Personen in **Haft** gibt es in Österreich Leitlinien und Standards (vgl. Kapitel 8), entsprechende Ziele in Bezug auf Suchtbehandlung und Schadensminimierung finden sich auch in der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie*.

⁴ siehe hier [https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Zielsteuerungsvertrag-2024-bis-2028.html](https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Zielsteuerungsvertrag-2024-bis-2028.html) [Zugriff am: 07.07.2025]

⁵ <https://www.bundestkanzleramt.gv.at/agenda/jugend/oesterreichische-jugendstrategie.html> [Zugriff am 07.07.2025]

⁶ <https://agenda-gesundheitsfoerderung.at> [Zugriff am 17.06.2025]

⁷ https://agenda-gesundheitsfoerderung.at/kozug/strategieprozess_kozug/beteiligungsprozess-2022 [Zugriff am 17.06.2025]

⁸ Eine Weiterentwicklung der österreichischen Sicherheitsstrategie wurde im Jahr 2024 implementiert: <https://www.bundestkanzleramt.gv.at/themen/sicherheitspolitik/sicherheitsstrategie.html> [Zugriff am 19.05.2025].

Tabelle 1: Sucht-/Drogenstrategien des Bundes und der österreichischen Bundesländer

VE	Jahr (erstmalig erstellt)	Titel	(federführende) Erarbeitung	Fokus	Kernbereiche/Maßnahmen
Ö	2015	Österreichische Suchtpräventionsstrategie	damaliges Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	illegale Substanzen, Neue Psychoaktive Substanzen (NPS), psychotrope Medikamente, Doping/Neuro-Enhancement, Tabak/Nikotin, Alkohol, Verhaltenssüchte (z. B. Glücksspiel)	Suchtprävention, Suchthilfe, Sicherheit
B	2002	Burgenländisches Suchtkonzept*	Amt der Burgenländischen Landesregierung	illegale Substanzen, Alkohol, Nikotin, Medikamente	Prävention, gesundheitsbezogene Maßnahmen, soziale Maßnahmen, Sicherheit
K	2020 (1995)	Suchthilfestrategie Kärnten 2020–2030	Amt der Kärntner Landesregierung / EPIG GmbH	illegale Substanzen, Alkohol, Tabak, Medikamente, Verhaltenssüchte (z. B. Spielsucht)	Suchtprävention, hochriskant konsumierende Jugendliche, Gesundheitswesen/Regelversorgung, Qualitätsentwicklung an den Schnittstellen, Anpassung der Versorgungsangebote, Alter, Drogentodesfälle, Steuerung/Koordination
NÖ	2016 (2000)	NÖ Suchtstrategie 2016	Fachstelle für Suchtprävention NÖ	illegale Substanzen, Nikotin, Alkohol, substanzungebundene Suchtformen	Suchthilfe (Beratung, Betreuung, Behandlung, Therapie) und Schadensminimierung sowie Maßnahmen für spezifische Zielgruppen und Settings
OÖ	2002	Oberösterreichisches Sucht- und Drogenkonzept	Expertengruppe im Auftrag des Suchtbeirats	illegale Substanzen, legale Substanzen, substanzungebundene Süchte, psychoaktive Substanzen	Prävention, gesundheitsbezogene Maßnahmen, soziale Maßnahmen, Sicherheit
S	2020 (1999)	Suchthilfe im Land Salzburg: Rahmenplan 2016 bis 2025	Land Salzburg	illegale Substanzen, Alkohol, Nikotin, Medikamente, Glücksspiel und andere Verhaltenssüchte	Suchtprävention, integrierte Suchthilfe mit den Handlungsfeldern niederschwellige Anbindung, Beratung, Therapie und Rehabilitation sowie Nachbetreuung
St	2024	Versorgungskonzept Sucht 2030	Gesundheitsfonds Steiermark / EPIG GmbH	illegale Substanzen, Neue Psychoaktive Substanzen, psychotrope Medikamente, Tabak, Alkohol, Glücksspiel, andere Verhaltenssüchte	Planung, Steuerung, Koordination, Versorgung, Suchtprävention, Suchthilfe, Schadensminimierung und niederschwellige Maßnahmen, Aus- und Weiterbildung
T	2022 (1993)	Tiroler Suchtkonzept 2022–2032	Amt der Tiroler Landesregierung / Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH	illegale Substanzen, Alkohol, Tabak/Nikotin, NPS, Medikamente/Psychopharmaka, Glücksspiel/Sportwetten	Suchtprävention, Suchthilfe, Sicherheit, Forschung, Planung, Aus- und Weiterbildung, Öffentlichkeitsarbeit, Zusammenarbeit
V	2018* (1980)	Vorarlberger Suchtbericht 2018**	verschiedene Institutionen im Auftrag des Amtes der Vorarlberger Landesregierung	illegale Substanzen, Alkohol, Tabak, Psychopharmaka, Glücksspiel/Sportwetten	Therapie, Behandlung, Rehabilitation, Prävention
W	2013 (1999)	Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013	Sucht- und Drogenkoordination Wien	illegale Substanzen, NPS, Alkohol, Tabak/Nikotin, Medikamente, substanzungebundenes Suchtverhalten	Suchtprävention, Beratung, Behandlung und Betreuung, arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und soziale (Re-)Integration, öffentlicher Raum und Sicherheit

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

* Eine neue Suchtstrategie ist in Vorbereitung.

** Das im Jahr 2002 formulierte „Vorarlberger Drogenkonzept“ (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2002) ist weiterhin gültig, jedoch ist der Vorarlberger Suchtbericht 2018 „als dessen Adaption an die aktuellen Gegebenheiten und als Neuausrichtung in manchen Teilbereichen zu verstehen“ (Haller et al. 2018). Eine neue Strategie ist in Vorbereitung (vgl. Kapitel 1.3).

Quellen: Busch et al. (2021), EPIG (2019, 2020, 2024), Haller et al. (2018), Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016), Land Salzburg (2020), BMG (2015), SDW (2013), Amt der Burgenländischen Landesregierung (2002), Suchtbeirat des Landes OÖ (2002); Darstellung: GÖG

Aufgrund der föderalen Struktur des Gesundheits- und Sozialbereichs kommt den **Bundesländern** bei der Gestaltung und Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen große Bedeutung zu. Alle neun Bundesländer verfügen über Sucht-/Drogenstrategien, in denen die sucht-/drogenpolitischen Zielsetzungen und Maßnahmenbereiche festgelegt sind (vgl. Tabelle 1). Für die operative Umsetzung werden sie zum Teil durch Arbeitspapiere und Aktionspläne ergänzt. Generell zielen alle Strategien darauf ab, in ausgewogenem Maße sowohl das Drogenangebot als auch die Nachfrage zu reduzieren. Prävention nimmt überall einen zentralen Stellenwert ein.

Die suchtspezifische und die psychosoziale bzw. psychiatrische Versorgung wird in den Bundesländern zunehmend integriert umgesetzt und bspw. in regionalen Strukturplänen (RSG) im Sinne einer integrierten Versorgung dargestellt (so z. B. in Kärnten⁹ und der Steiermark¹⁰). Das *Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015–2025* sieht mehrere Projekte für den Suchtbereich vor wie z. B. integrierte Suchtberatungsstellen auf Bezirksebene oder integrative Beschäftigungsprogramme (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2014).

Neben der umfassenden *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* gibt es derzeit auf nationaler Ebene keine weiteren spezifisch auf **einzelne Suchtformen** bezogenen Strategien¹¹. Die Rahmenbedingungen im Bereich legale Suchtmittel werden durch die Gesetzgebung auf nationaler Ebene (z. B. das *Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz* [TNRSG, BGBl. 431/1995]) oder auf Länderebene (z. B. länderspezifische Jugendschutzgesetze) definiert. Die Sucht-/Drogenstrategien des Bundes und der Bundesländer beziehen sich aber allesamt auf legale sowie illegale psychoaktive Substanzen sowie oft auch auf substanzungebundene Suchtformen (vgl. Tabelle 1). Die Steiermark hat zusätzliche Strategien oder Aktionspläne zu den Themen Alkohol¹², Tabak/Nikotin¹³, Glücksspiel¹⁴ und Suchtverhalten im Internet¹⁵ (vgl. Kapitel 1.3) entwickelt. In Wien¹⁶ gibt es unter dem Titel *Alkohol. Leben können.*¹⁷ ein Gesamtkonzept für die integrierte Versorgung alkoholkranker Menschen. Erwähnenswert sind auch die Positionspapiere der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* (vgl. Kapitel 4) zu den Themen Alkohol, Tabak/Nikotin, Cannabis (Freizeitgebrauch) und Glücksspiel/Sportwetten¹⁸. Diese Positionspapiere leisten einen wichtigen Diskussionsbeitrag zu strategischen Überlegungen.

⁹ <https://www.gesundheitsfonds.at/downloads> [Zugriff am 19.05.2025]

¹⁰ https://gesundheitsfonds-steiermark.at/wp-content/uploads/2020/09/RSG-St_2025.pdf [Zugriff am 19.05.2025]

¹¹ Seit 2021 wird unter Federführung des BMASGPK eine österreichweite Tabak- und Nikotinstrategie erarbeitet, um eine nachhaltige Reduktion des Konsums von Tabak- und Nikotinprodukten in Österreich zu unterstützen. Die Strategie war zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht veröffentlicht.

¹² <https://www.mehr-vom-leben.jetzt/der-steirische-aktionsplan-alkoholpraevention/> [Zugriff am 19.05.2025]

¹³ <https://www.vivid.at/angebote/tabakpraeventionsstrategie-steiermark/> [Zugriff am 19.05.2025]

¹⁴ <https://www.fachstelle-gluecksspielsucht.at/> [Zugriff am 19.05.2025]

¹⁵ https://gesundheitsfonds-steiermark.at/wp-content/uploads/2024/05/Aktionsplan-Internetsucht_V5_Finalversion-WEB_20240524.pdf [Zugriff am 19.05.2025]

¹⁶ in einigen anderen Bundesländern in Vorbereitung/Planung

¹⁷ <https://www.alkohol.at> [Zugriff am 19.05.2025]

¹⁸ <https://www.suchtvorbeugung.net/themen/> [Zugriff am 19.05.2025]

1.2.2 Evaluation von Drogenstrategien

Wirkungsorientierung ist zwar ein wesentliches allgemeines Verwaltungsparadigma in Österreich^{19, 20}, und auch die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* (BMG 2015) nennt Evaluation und Qualitätskontrolle als unverzichtbare Steuerungsinstrumente. Für die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* selbst liegt aber bis heute keine formelle Evaluation – weder hinsichtlich ihrer Umsetzung in der Praxis noch hinsichtlich ihrer Wirkungen auf die Bevölkerung – vor. Ein umfassendes, nationales Monitoring der Umsetzung der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* (z. B. in Form jährlicher Fortschrittsberichte) findet derzeit nicht statt. Gründe für die fehlende Evaluation sind u. a. die föderale Struktur und die unterschiedlichen Zugänge in den Bundesländern²¹ sowie das Fehlen eines nationalen Aktionsplans zur Strategie.

Im Jahr 2023 wurden jedoch *Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Suchterkrankungen in Österreich* (Strizek et al. 2023) veröffentlicht, die als ein **möglicher Input für einen zukünftigen nationalen Aktionsplan** dienen könnten. Die Formulierung eines nationalen Aktionsplans wäre ein wichtiger Schritt, um sinnvolles Monitoring sowie zukünftige Überprüfungen von Umsetzung und Wirkungen der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* zu unterstützen.

In den **Bundesländern** sehen nur einzelne Sucht-/Drogenstrategien explizit eine Evaluation der Strategie bzw. der darin genannten Maßnahmen vor. Jedoch berichtet z. B. die Suchtkoordination Kärnten routinemäßig in ihrem Jahresbericht über die Umsetzung der *Suchthilfestrategie Kärnten 2020–2030* (Amt der Kärntner Landesregierung 2025). Weiters formuliert beispielsweise das *Tiroler Suchtkonzept 2022–2032* (Busch et al. 2021) 49 Empfehlungen für die Bereiche Suchtprävention, Suchthilfe, Sicherheit sowie Unterstützungsprozesse und definiert „Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung“, die in der Praxis für eine Dokumentation der Umsetzung der Strategie genutzt werden und zukünftig auch für eine formelle Evaluation der Strategie herangezogen werden können. In der Steiermark wurde aus Anlass des 15-jährigen Bestehens der steirischen *Tabakpräventionsstrategie* ein Bericht zu ihrer Umsetzung veröffentlicht (Posch/Schwarz 2021).

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

¹⁹ siehe dazu auch das Projekt „Mess- und Vergleichskonzept – Outcome-Messung im Gesundheitswesen“: [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mess-und-Vergleichskonzept---Outcome-Messung-im-Gesundheitswesen.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mess-und-Vergleichskonzept---Outcome-Messung-im-Gesundheitswesen.html) [Zugriff am 19.05.2025]

²⁰ Seit 2010 wurden in Österreich auch einige Gesundheitsfolgenabschätzungen (GFA, engl. health impact assessment) durchgeführt, u. a. 2017/2018 zur „Änderung des Nichtraucherschutz in der Gastronomie mit erweitertem Jugendschutz“. GFA analysieren die voraussichtlichen Konsequenzen neuer Maßnahmen (z. B. Gesetz, Strategie, Projekt). Weiterführende Informationen finden sich hier: <https://hiap.goeg.at/GFA> [Zugriff am 19.05.2025].

²¹ So gibt es bspw. in den Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer unterschiedliche Schwerpunktsetzungen, die dazu führen, dass es z. B. auch bei der Auswahl der Indikatoren für ein Monitoring Unterschiede zwischen den Bundesländern gibt.

Handbuch Alkohol (Bachmayer et al. 2025), der Bericht *Tabak- und Nikotinkonsum: Zahlen und Fakten* (Schmutterer/Akartuna 2025) und der *Epidemiologiebericht Sucht* (Anzenberger et al. 2025) zu nennen. Auf Bundesländerebene werden ebenfalls Suchtberichte veröffentlicht (Gesundheitsfonds Steiermark 2021; Land Salzburg 2024).

1.2.3 Koordination der Drogenpolitik

Hauptverantwortlich für die Koordination der Bundesdrogenpolitik – also für die Abstimmung auf Bundesebene und mit den Bundesländern – ist das **BMASGPK**. Auch für die begleitende Koordination der Umsetzung der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* ist das BMASGPK zuständig. Diese Koordination erfordert aufgrund der Querschnittsthematik die Zusammenarbeit mit anderen Ressorts bzw. Politikbereichen auf Bundesebene sowie mit den Bundesländern (vgl. Abbildung 1) und darüber hinaus auch mit europäischen und internationalen Einrichtungen (z. B. EUDA, UNODC²²).

Die wichtigsten drogenpolitischen **Gremien auf Bundesebene** sind die *Bundesdrogenkoordination*, das *Bundessuchtforum* (vgl. Abbildung 1) sowie der *Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung* gemäß § 23k SV (vgl. Kapitel 5). Diese Gremien setzen sich ausschließlich mit illegalen Substanzen und damit einhergehenden Problemstellungen auseinander, wie sie im SMG oder NPSG erfasst sind, wobei das *Bundessuchtforum* darüber hinaus legale Substanzen und eine süchteübergreifende Perspektive fokussiert. In der *Bundesdrogenkoordination* permanent vertreten sind das BMASGPK sowie die Bundesministerien für Inneres und für Justiz, weitere Ministerien können auf Ad-hoc-Basis hinzugezogen werden. Ziele sind die enge Zusammenarbeit zwischen den für Suchtthemen zuständigen Vertreterinnen und Vertretern der jeweiligen Ministerien und die damit einhergehende Abstimmung in drogenpolitischen Fragestellungen. In diesem Zusammenhang erfolgt ein ständiger fachlicher Austausch, unter anderem im Rahmen zumeist quartalsmäßig stattfindender Sitzungen. Für die darüber hinausgehende Koordination zwischen dem Bund und den Bundesländern dient das seit 1997 bestehende *Bundesdrogenforum* (seit November 2024 *Bundessuchtforum*). Hier sind neben den Bundesministerien auch die Bundesländer, aber auch der Städte- und Gemeindebund, das Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* sowie auf Einladung weitere Fachleute und Wissenschaftler:innen vertreten. Den Vorsitz hat das BMASGPK inne, als Geschäftsstelle wurde das Kompetenzzentrum Sucht der GÖG festgelegt. Das *Bundessuchtforum* tagt grundsätzlich zweimal im Jahr.

Für den europäischen und internationalen Austausch ist auf nationaler Ebene neben den Bundesministerien auch der im **Kompetenzzentrum Sucht der GÖG** eingerichtete **REITOX Focal Point** zuständig. Das Kompetenzzentrum Sucht zeichnet darüber hinaus u. a. für den jährlichen Bericht zur Drogensituation verantwortlich und kooperiert eng mit Bund und Ländern (vgl. Abbildung 1) sowie mit den Fachleuten und Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe.

Von allen **Bundesländern** werden **Sucht-/Drogenkoordinatorinnen bzw. -koordinatoren** nominiert, die auf Landesebene für die Planung, Koordination und Vernetzung von Maßnahmen der Sucht-/Drogenpolitik bzw. Sucht-/Drogenhilfe sowie für die fachliche Beratung der jeweiligen Landesregierung, das Verfassen von Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen etc. und für fach-

²² United Nations Office on Drugs and Crime / Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechenbekämpfung

bezogene Öffentlichkeitsarbeit zuständig sind. Sie sind auch die direkten Ansprechpersonen für den Bund auf Länderebene und daher im *Bundessuchtforum* vertreten. Zur Umsetzung der regionalen Sucht-/Drogenstrategien sind in manchen Bundesländern auch eigene Strukturen eingerichtet (z. B. eine Steuerungsgruppe in Salzburg). In den meisten Bundesländern werden auf lokaler Ebene auch sogenannte Sucht- bzw. Drogenbeauftragte bestimmt bzw. beratende Gremien oder Sucht- bzw. Psychiatriebeiräte eingerichtet²³. In Wien hat der Geschäftsführer der Sucht- und Drogenkoordination auch die Rolle des Koordinators für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien inne, der für die Planung, Steuerung und Koordination der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung in Wien verantwortlich ist. Ein Gremium zur Vernetzung der Bundesländer untereinander ist die *Länderkonferenz* der Sucht-/Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren, in der gemeinsame Positionen und Stellungnahmen erarbeitet werden.

Jedes Bundesland hat eine **Fachstelle für Suchtprävention**, die mit den anderen Fachstellen durch die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* vernetzt ist (vgl. Kapitel 4). Weiters gibt es in jedem Bundesland eine Sachverständigenkommission zum Thema Opioid-Agonisten-Therapie²⁴ (OAT) für opioidabhängige Personen (vgl. Kapitel 5). Zusätzliche Vernetzungsgremien auf Landesebene (z. B. Arbeitskreise, Jours fixes) binden die relevanten Behörden und Einrichtungen der Suchthilfe bzw. Suchtprävention entweder einzeln oder gemeinsam ein. Darüber hinaus existieren Sucht-/Drogengremien (z. B. Suchtmittelbeiräte) auf Gemeinde- oder Bezirksebene.

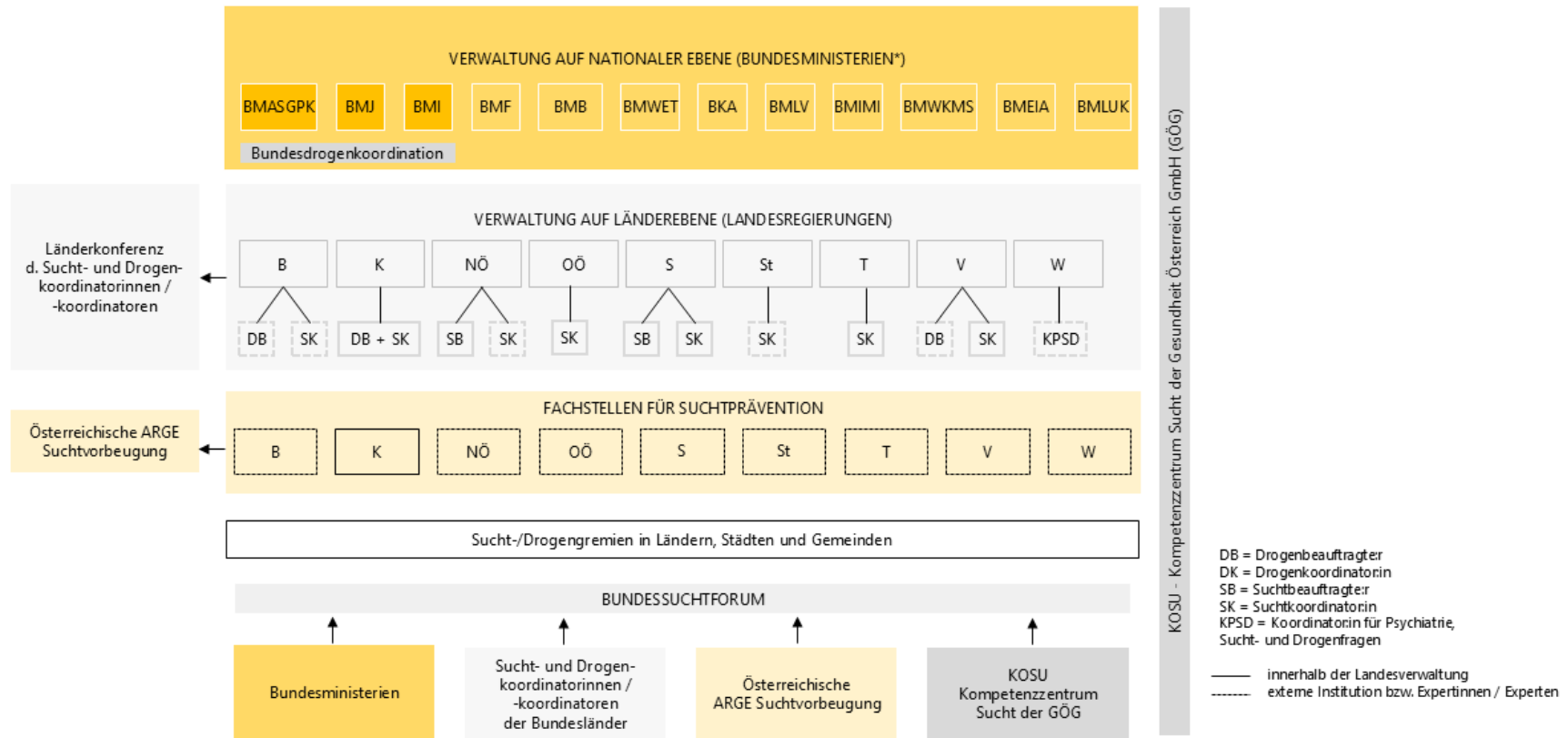
Nicht nur in Bezug auf strategische Vorgaben, sondern auch hinsichtlich Koordination und Abstimmung sind sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene **weitere Prozesse** relevant. Dazu gehören seit 2013 das partnerschaftliche System der Zielsteuerung-Gesundheit von Bund, Ländern und Sozialversicherung bzw. das Monitoring, das die Umsetzung der *Gesundheitsziele* bzw. der *Gesundheitsförderungsstrategie* (vgl. Kapitel 1.2.1 und Kapitel 1.2.3) begleitet.

Zudem gibt es **bundesweite Organisationen zur Vernetzung**. Der Österreichische Arbeitskreis für kommunikative Drogenarbeit (ÖAKDA) bspw. bietet Gelegenheit zu einem praxisbezogenen Erfahrungsaustausch der Fachkräfte (vgl. Kapitel 5). Österreichweite Treffen des ÖAKDA zur Vertiefung von Schwerpunktthemen (z. B. Jugendliche, OAT, Reintegration) unter Fachleuten finden ein- bis zweimal jährlich statt. Eine enge Kooperation besteht dabei mit dem Österreichischen Verein der Drogenfachleute (ÖVDF), der ebenfalls bundesweit tätig ist. Zu erwähnen ist weiters die Bundesarbeitsgemeinschaft Straßensozialarbeit Österreich (BAST).

²³ Der Vorarlberger Landespsychiatriebeirat beispielsweise fungiert als Koordinations- und Informationsstelle aller Systempartner der psychosozialen Versorgung und besteht aus Mitgliedern des Koordinationsausschusses sowie der ständigen Arbeitsgruppen (vgl. Amt der Vorarlberger Landesregierung 2014). Eine dieser Arbeitsgruppen widmet sich dem Thema Suchtkrankenversorgung und Suchthilfe und stellt den Drogenbeauftragten. In Tirol berät der Beirat für psychosoziale Versorgung in Tirol die Tiroler Landesregierung und den Tiroler Gesundheitsfonds in allen Fragen der intra- und extramuralen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung. Diese umfasst die Bereiche Psychiatrie, Psychotherapie und Sucht im Sinne einer integrierten Versorgung Betroffener und ihrer Angehörigen (Amt der Tiroler Landesregierung 2020).

²⁴ Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) ersetzt den vormals genutzten Begriff Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) (vgl. Kapitel 5).

Abbildung 1: Organisatorische Struktur der Drogenpolitik in Österreich



*siehe Abkürzungsverzeichnis

1.2.4 Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben

Die **Finanzierung drogenbezogener Maßnahmen** wird vor allem von den Ländern (aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung), den Sozialversicherungen und dem Bund (Finanzierung der Maßnahmen im Rahmen des Grundsatzes *Therapie statt Strafe* durch das Justizressort bzw. Förderung für §-15-SMG-Einrichtungen durch das Gesundheitsressort) getragen (vgl. Kapitel 2, 4 und 5).

Die in der EU forcierte COFOG-Klassifizierung wird in Österreich nicht vollständig umgesetzt²⁵, zudem sind in den verschiedenen Budgets drogen- oder suchtspezifische Ausgaben kaum explizit als solche gekennzeichnet. Daher können für Österreich keine systematischen Angaben über öffentliche suchtspezifische Ausgaben getätigt werden. Auf Bundesebene sind jedoch die **Ausgaben des BMJ** für gesundheitsbezogene Maßnahmen (Therapie), insbesondere im Rahmen der Diversion nach §§ 35 und 37 sowie aufgrund eines Strafaufschubs nach § 39 SMG, bekannt. Für diese Maßnahmen besteht laut § 41 SMG (vgl. Kapitel 2) eine subsidiäre Kostentragungspflicht des Bundes. Tabelle 2 zeigt die Entwicklung dieser Ausgaben in den letzten Jahren. Für das Jahr 2024 lagen zum Zeitpunkt der Berichtserstellung keine Daten hinsichtlich der Ausgaben für Suchtbehandlungen nach §§ 35, 37 und 39 SMG vor.

Tabelle 2: Ausgaben des österreichischen BMJ für Suchtbehandlung nach §§ 35, 37 und 39 SMG 2015 bis 2024

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Aufwand in Millionen Euro	8,44	8,41	8,10	8,04	8,11	8,18	8,88	8,76	9,07	n. v.

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

Eine Erhebung der **Ausgaben der öffentlichen Hand für Gesundheitsförderung und Prävention** (GFPR-Ausgaben) wurde zuletzt für das Datenjahr 2016 durchgeführt (BMASGK 2019). Die Ausgaben zur Prävention von Suchterkrankungen wurden für das Jahr 2016 in Summe mit 7.250.562 Euro beziffert und überwiegend von den Bundesländern getragen (6,2 Mio. Euro²⁶). Die Länder finanzierten vorrangig die Fachstellen für Suchtprävention, Suchtberatungsstellen und Projekte der Suchtprävention in Kindergärten, im schulischen Bereich und in der außerschulischen Jugendarbeit. Die Ausgaben der Sozialversicherung (rd. 480.000 Euro, v. a. für Tabakprävention), der Gemeinden (rd. 380.000 Euro) und des Bundes (rd. 160.000 Euro) waren vergleichsweise gering. Die Berechnung von Ausgaben speziell für die Vermeidung von Suchterkrankungen wird jedoch durch Abgrenzungsprobleme (z. B. Suchtprävention vs. Gesundheitsförderung) erschwert (BMASGK 2019). Im Hinblick auf die Zeitspanne seit der letzten Erhebung der Ausgaben empfiehlt der Rechnungshof eine regelmäßige Erhebung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention (Rechnungshof Österreich 2023).

²⁵ COFOG ist die Classification of Functions of Government (Klassifikation der Ausgaben des Staates nach Aufgabenbereichen) und umfasst zehn Abteilungen, die wiederum in Gruppen und Klassen unterteilt werden. In Österreich kommen nur die zehn COFOG-Abteilungen – ohne Gruppen und Klassen – zur Anwendung. Eine Übersicht über die Staatsausgaben nach Aufgabenbereichen ist verfügbar unter <https://www.statistik.at/statistiken/volkswirtschaft-und-oeffentliche-finanzen/oeffentliche-finanzen/staatsausgaben-nach-aufgabenbereichen> [Zugriff am 19.05.2025].

²⁶ Dies entsprach rund 3,8 Prozent der gesamten GFPR-Ausgaben der Bundesländer.

1.3 Neue Entwicklungen

In der Steiermark wurde im Jahr 2024 das *Versorgungskonzept Sucht 2030* veröffentlicht. Ziel des Konzepts ist es, strategische Entwicklungslinien für die Suchthilfe und -prävention bis zum Jahr 2030 unter Berücksichtigung verhaltensbezogener sowie substanzgebundener Süchte zu skizzieren. Zentraler Bestandteil ist die Vernetzung zwischen dem Bereich der psychosozialen Versorgung und dem Suchthilfebereich (EPIG 2024).

Des Weiteren wurde in der Steiermark ein *Aktionsplan zum Umgang mit Suchtverhalten im Internet* entwickelt (vgl. Kapitel 4). Der Aktionsplan soll Empfehlungen und Maßnahmen für ein adäquates Nutzungsausmaß digitaler Medien und des Internets aufzeigen (Gesundheitsfonds Steiermark 2024).

Das Land Vorarlberg erarbeitet derzeit einen Strategieentwicklungsprozess für die Bereiche Sozialpsychiatrie und Sucht, um die Versorgungslandschaft und Prävention für die Jahre 2025 bis 2035 zu planen. Das Hauptaugenmerk dieses Strategiepapiers liegt auf der Weiterentwicklung von Qualitätsstandards (Zimm, p. M.).

Der Verwaltungsgerichtshof hat im Jahr 2025 in einem Erkenntnis klargestellt, dass getrocknete, rauchbare Hanfblüten, die weniger als 0,3 Prozent THC-Gehalt (Tetrahydrocannabinol) enthalten und aufgrund der diesbezüglichen suchtmittelrechtlichen Ausnahmebestimmungen kein Suchtgift sind, der Tabaksteuer unterliegen. Aus der Tabaksteuerpflicht wird abgeleitet, dass diese Rauchwaren unter das Tabakmonopolgesetz (TabMG) fallen. Das bedeutet, dass das Inverkehrbringen solcher Waren grundsätzlich nur Trafiken vorbehalten ist. Der Verkauf von Hanfblüten über sogenannte CBD-Shops und/oder Automaten ist daher verboten (vgl. Kapitel 2)²⁷ (BMF 2025).

1.4 Quellen und Methodik

Die in diesem Kapitel angeführten Informationen stammen großteils aus dem jährlichen Input der Sucht-/Drogenkoordinationen, den zitierten Websites (v. a. des BMASGPK) und aus Sucht- bzw. Drogenstrategien sowie den Berichten zur Drogensituation in Österreich der vergangenen Jahre.

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

²⁷ [https://www.bmf.gv.at/rechtsnews/stuern-rechtsnews/aktuelle-infos-und-erlaesse/Fachinformationen--Verbrauchssteuern/Konsequenzen-des-VwGH-Erkenntnisses-Ro-2024-16-0006-\(Tabaksteuerpflicht-von-Hanfbl%C3%BCten\).html#:~:text=Aus%20der%20Tabaksteuerpflicht%20ergibt%20sich,Tabakfachgesch%C3%A4fte%20oder%20Tabakverkaufsstellen\)%20verkauft%20werden](https://www.bmf.gv.at/rechtsnews/stuern-rechtsnews/aktuelle-infos-und-erlaesse/Fachinformationen--Verbrauchssteuern/Konsequenzen-des-VwGH-Erkenntnisses-Ro-2024-16-0006-(Tabaksteuerpflicht-von-Hanfbl%C3%BCten).html#:~:text=Aus%20der%20Tabaksteuerpflicht%20ergibt%20sich,Tabakfachgesch%C3%A4fte%20oder%20Tabakverkaufsstellen)%20verkauft%20werden) [Zugriff am 15.07.2025]

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

1.5 Bibliografie

- Amt der Burgenländischen Landesregierung (2002). Burgenländisches Suchtkonzept. Amt der Burgenländischen Landesregierung. Eisenstadt
- Amt der Kärntner Landesregierung (2025). Prävention und Suchtkoordination. Jahresbericht 2024. Suchtkoordination des Landes Kärnten. Klagenfurt am Wörthersee
- Amt der Tiroler Landesregierung (2020). Input Drogenbericht 2020. Suchtkoordination des Landes Tirol. Innsbruck
- Amt der Vorarlberger Landesregierung (2002). Vorarlberger Drogenkonzept 2002. Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz
- Amt der Vorarlberger Landesregierung (2014). Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015–2025. Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa). Bregenz
- Anzenberger, J.; Akartuna, D.; Busch, M.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2025). Epidemiologiebericht Sucht 2025. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich. Wien
- Bachmayer, S.; Strizek, J.; Uhl, A. (2025). Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen. Datenjahr 2023. Gesundheit Österreich. Wien
- BKA (2024a). Österreichische Jugendstrategie. Umsetzungsbericht 2023. Bundeskanzleramt, Sektion Familie und Jugend. Wien
- BKA (2024b). Österreichische Sicherheitsstrategie. Bundeskanzleramt Österreich. Wien
- BMASGK (2018). Aktionsplan Frauengesundheit – 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien
- BMASGK (2019). Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich 2016. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien
- BMF (2025). BMF zu Verkauf von CBD-Blüten: nach VwGH-Erkenntnis unterliegen CBD-Blüten dem Tabakmonopol. Bundesministerium für Finanzen. Wien
- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

- BMGF (2017). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. Herausgegeben 2012, aktualisiert 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMI (2015). Teilstrategie Innere Sicherheit. Bundesministerium für Inneres. Wien
- BMI (2021). Sicher.Österreich. Strategie 2025 | Vision 2030. Bundesministerium für Inneres. Wien
- BMK (2021). Österreichische Verkehrssicherheitsstrategie 2021–2030. Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie. Wien
- BMSGPK (2020). 2. Bundes-Monitoringbericht der Nationalen Gesundheitsförderungsstrategie. Überblick über Maßnahmen im Rahmen der Strategie im Zeitraum 2016–2019. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien
- BMSGPK (2022). Nationaler Aktionsplan Behinderung 2022–2030. Österreichische Strategie zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien
- BMSGPK (2024a). Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie. Aktualisierung 2024. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien
- BMSGPK (2024b): Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit. Überarbeitete Fassung 2024. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Busch, M.; Schwarz, T.; Anzenberger, J.; Bachmayer, S.; Grüner, B.; Haring, C.; Haring, J.; Jäger, G.; Madlung-Kratzer, E.; Puhm, A.; Schmalzl, C.; Schmutterer, I.; Sparber, W.; Strizek, J. (2021). Tiroler Suchtkonzept 2022–2032. Strategie zur Prävention von und zum Umgang mit Suchtverhalten. Gesundheit Österreich. Wien
- Busch, M.; Anzenberger, J.; Brotherhood, A.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T. (2024). Bericht zur Drogensituation 2024. Gesundheit Österreich. Wien
- EMCDDA (2014). Drug policy profile: Austria. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg
- EPIG (2019). Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Versorgung suchtkranker Menschen in der Steiermark (BEP-Sucht-St). Endbericht. EPIG GmbH. Graz
- EPIG (2020). Suchthilfestrategie Kärnten 2020–2030. Handlungsfelder. EPIG GmbH. Graz
- EPIG (2024). Versorgungskonzept Sucht Steiermark 2030. Strukturen, Angebote und Kapazitäten der Suchthilfe und Suchtprävention. EPIG GmbH. Graz
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016). NÖ Suchtstrategie 2016. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten
- Gesundheitsfonds Steiermark (2021). Suchtbericht Steiermark 2021. Gesundheitsfonds Steiermark. Graz

- Gesundheitsfonds Steiermark (2024). Aktionsplan Steiermark zum Umgang mit Suchtverhalten im Internet. Gesundheitsfonds Steiermark. Graz
- Haindl, A.; Bachner, F.; Gredinger, G.; Stumpfl, S.; Zuba, M. (2023a). Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag. Gesundheit Österreich. Wien
- Haindl, A.; Bachner, F.; Carrato, G. (2023b). Monitoring der Finanzzielsteuerung. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag. Kurzbericht. Gesundheit Österreich. Wien
- Haller, R.; Schmutterer, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Strizek, J.; Tanios, A.; Uhl, A.; Oberacher, H.; Grabher, A.-L.; Prenn, A.; Blatter, N.; Bliem, H. R.; Ludescher, M. (2018). Vorarlberger Suchtbericht 2018. Im Auftrag des Amtes der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Gaiswinkler, S.; Schmutterer, I.; Schwarz, T. (2020). Bericht zur Drogensituation 2020. Gesundheit Österreich. Wien
- Land Salzburg (2020). Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2025. Salzburg
- Land Salzburg (2024). Suchtbericht 2023. Zur Suchtproblematik im Land Salzburg. Salzburg
- Posch, W.; Schwarz, N. (2021). Tabakpräventionsstrategie Steiermark. Ergebnisse, Erfolge, Entwicklungen 2011 bis 2020. VIVID – Fachstelle für Suchtprävention. Graz
- Rat der Europäischen Union (2021). EU-Drogenstrategie 2021–2025 (2021/C 102 I/01). Amtsblatt der Europäischen Union, 64. Jahrgang, 24. März 2021
- Rechnungshof Österreich (2023). Gesundheitsförderung und Prävention. Bericht des Rechnungshofes. Reihe BUND 2023/1. III–847 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVII. GP Rechnungshof GZ 2023–0.015.994 (004.841). Rechnungshof Österreich. Wien
- Schmutterer, I.; Akartuna, D. (2025). Tabak- und Nikotinkonsum. Zahlen und Fakten 2024. Gesundheit Österreich. Wien
- SDW (2013). Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013. Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH. Wien
- SDW (2025). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den Bericht zur Drogensituation 2025. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- Strizek, J.; Brotherhood, A.; Busch, M.; Priebe, B.; Puhm, A.; Uhl, A. (2023). Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Suchterkrankungen in Österreich. Ergebnisbericht einer Delphi-Befragung. Gesundheit Österreich. Wien
- Suchtbeirat des Landes OÖ (2002). Suchtkonzept für Oberösterreich. Suchtbeirat des Landes OÖ. Linz

Uhl, A.; Busch, M. (2020). Österreichische Drogenpolitik. In: rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie, 9. Jahrgang, Heft 3/4, S. 204–223

1.6 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

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

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

1.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Mayer, Christian	Bundesministerium für Justiz
Zimm, Johannes	Sucht- und Drogenkoordinator, Amt der Vorarlberger Landesregierung

Rechtliche Rahmenbedingungen

Inhalt

2	Rechtliche Rahmenbedingungen	23
2.1	Zusammenfassung.....	23
2.2	Aktuelle Situation	24
2.2.1	Rechtliche Regelungen.....	24
2.2.2	Umsetzung	30
2.3	Trends	31
2.4	Neue Entwicklungen	33
2.5	Quellen und Methodik.....	35
2.6	Bibliografie.....	36
2.7	Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen.....	36
2.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	39
2.9	Anhang	39

2 Rechtliche Rahmenbedingungen

2.1 Zusammenfassung

Den gesetzlichen Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das Suchtmittelgesetz (SMG). Es differenziert nach Menge und Substanzklassen. Diese Klassifizierung erfolgt auf Basis internationaler Konventionen und unterscheidet zwischen Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Drogenausgangsstoffen. Der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe, in der Rechtsprechung wird er aber durch andere Tathandlungen (insb. Besitz) kriminalisiert. Unter Strafe stehen z. B. Erwerb, Besitz und Erzeugen von Suchtmitteln. Mittels Verordnungen werden Grenzmengen festgelegt, ab deren Überschreitung strengere Strafen angedroht sind. Dabei kann zwischen Vergehens- und Verbrechenstatbeständen unterschieden werden. Während das Strafausmaß bei Vergehenstatbeständen bis zu 1 Jahr Haft (oder eine Geldstrafe) bzw. in schwerwiegenden Fällen bis zu 3 Jahren Haft betragen kann, ist bei Verbrechenstatbeständen eine Haftzeit von mehr als 3 Jahren vorgesehen – in schwerwiegenden Fällen bis zu lebenslanger Haft. Sonderbestimmungen bestehen unter anderem hinsichtlich Cannabis und halluzinogener Pilze. Das SMG sieht auch eine breite Palette von Alternativen zur Bestrafung vor. Die Behandlung Suchtkranker setzt grundsätzlich Freiwilligkeit voraus, die Gesundheitsbehörden haben die Aufgabe, auf die Behandlung hinzuwirken.

Neben dem SMG stellt auch die Suchtgiftverordnung (SV) eine wichtige Rechtsquelle dar, in der u. a. die Verschreibung suchtgifthaltiger Arzneimittel und die Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)²⁸ von Personen mit Opioidabhängigkeit geregelt werden. Die mit 1. Januar 2018 in Kraft getretene Novelle zur Suchtgiftverordnung ist ein wesentlicher Teil eines Gesamtpaketes zum rechtlichen Rahmen der OAT. Ein großer Stellenwert kommt dabei der auf breiter Expertenebene erarbeiteten Behandlungsleitlinie „Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie“ zu. Von 2020 bis Mitte 2023 wurden die Bestimmungen betreffend die Vidierungsvorschriften im Zuge der COVID-19-Pandemie den jeweiligen Gegebenheiten angepasst. Bis zur Implementierung eines digitalen Verschreibungsprozesses im Bereich der Opioid-Agonisten-Therapie wird dieses während der COVID-19-Pandemie eingeführte und mit allen involvierten Stellen abgestimmte System im Wesentlichen weitergeführt.

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

In Österreich standen im Jahr 2024 11,5 Prozent aller gerichtlichen Verurteilungen in Zusammenhang mit dem SMG, dieser Anteil entspricht in etwa dem im Vorjahr von 12 %. 2024 betraf die Mehrzahl dieser Verurteilungen – wie schon einmal im Jahr 2021 – wieder Verbrechen- und nicht Vergehenstatbestände. Die Zahlen zu den gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung (Diversionsangebote nach § 35 und § 37 SMG) sowie zum vorläufigen Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft gemäß § 35 SMG bzw. dem Aufschub des Strafvollzugs liegen für das Jahr 2024 zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht vor.

²⁸ Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) ersetzt den vormals genutzten Begriff Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) (vgl. Kapitel 5). In Gesetzestexten wird manchmal auch noch „Substitution“ synonym verwendet.

Das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) bildet die Grundlage für gezielt angebotsseitig wirkende Maßnahmen zur Minimierung der Verbreitung *Neuer Psychoaktiver Substanzen* (NPS, auch *research chemicals* bzw. *legal highs* genannt). Derzeit werden 11 verschiedenen Substanzklassen in der Neuen Psychoaktiven-Substanzen-Verordnung (NPSV) aufgelistet.

2.2 Aktuelle Situation

2.2.1 Rechtliche Regelungen

Gesetze und Verordnungen

Den gesetzlichen Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das **Suchtmittelgesetz** (SMG) (BGBl. I 1997/112), dem Suchtgifte²⁹, psychotrope Stoffe³⁰ und Drogenausgangsstoffe³¹ unterliegen. Suchtmittel im Sinne dieses Bundesgesetzes sind als Überbegriff für Suchtgifte und psychotrope Stoffe definiert. Die Substanzen, die dem jeweiligen Begriff zugeordnet werden, sind in Verordnungen aufgelistet. Mittels solcher werden auch Grenzmengen³² festgelegt, ab deren Überschreitung strengere Strafen angedroht sind.

Neben dem SMG stellen auch die **Suchtgiftverordnung** (SV) (BGBl. II 1997/374) und die **Psychotropenverordnung** (PV) (BGBl. II 1997/375) wichtige Rechtsquellen dar, welche beispielsweise Erzeugung, Verarbeitung, Umwandlung, Erwerb, Besitz und Abgabe sowie die Ein- und Ausfuhr von Suchtmitteln regeln und Vorgaben für die jeweilige Dokumentation festlegen. Darüber hinaus werden in der SV Suchtgiftverschreibungen (Formulare, Handhabung, Gültigkeit) einschließlich der OAT-Verschreibung geregelt.

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

Seit 2012 spielt darüber hinaus auch das **Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz** (NPSG) (BGBl. I 2011/146) und die darauf basierende **Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung** (NPSV)

²⁹ Als Suchtgifte sind jene Stoffe und Zubereitungen definiert, die durch die Einzige Suchtgiftkonvention sowie das Übereinkommen der Vereinten Nationen über psychotrope Stoffe Beschränkungen hinsichtlich Erzeugung, Besitz etc. unterworfen und in Verordnungen des BMASGPK als Suchtgifte bezeichnet bzw. diesen gleichgestellt sind. Darüber hinaus können durch das BMASGPK weitere Stoffe und Zubereitungen den Suchtgiften gleichgestellt werden, wenn sie ein den Suchtgiften vergleichbares Gefährdungspotenzial aufweisen.

³⁰ Als psychotrope Stoffe sind jene Stoffe und Zubereitungen definiert, die durch das Übereinkommen der Vereinten Nationen über psychotrope Stoffe Beschränkungen hinsichtlich Erzeugung, Besitz etc. unterworfen und in Verordnungen des BMASGPK als psychotrope Stoffe bezeichnet sind. Darüber hinaus können durch das BMASGPK weitere Stoffe und Zubereitungen psychotropen Stoffen gleichgestellt werden, wenn sie ein den psychotropen Stoffen vergleichbares Gefährdungspotenzial aufweisen.

³¹ Als Drogenausgangsstoffe sind jene Stoffe definiert, die in den Verordnungen (EG) 273/2004 und 111/2005 erfasst sind.

³² Darunter wird die Untergrenze jener Menge Reinsubstanz eines Wirkstoffs verstanden, die geeignet ist, in großem Ausmaß eine Gefahr für Leben oder Gesundheit von Menschen herbeizuführen. Bei der Festlegung wird auch die Eignung von Suchtgiften berücksichtigt, Gewöhnung hervorzurufen.

(BGBl. II 2011/468) eine wesentliche Rolle. Beide beziehen sich v. a. auf Substanzklassen³³ und durch gezielt angebotsseitig wirkende Maßnahmen sollen die Verbreitung und die mit deren Konsum verbundenen Gesundheitsgefahren minimiert werden.

Die meisten synthetischen Cannabinoide fallen aufgrund der Substanzklassendefinition unter das NPSG bzw. die NPSV. Cannabidiol (CBD) als Reinsubstanz (100 % CBD) fällt jedoch nicht unter den Anwendungsbereich des NPSG bzw. der NPSV und ist auch weder international als Suchtmittel klassifiziert, noch unterliegt es dem österreichischen Suchtmittelrecht. Aus Cannabisextrakt gewonnenes CBD enthält jedoch meist auch das als Suchtgift geltende Tetrahydrocannabinol (THC) und unterliegt, sofern es nicht unter die Ausnahmebestimmungen fällt, dem Suchtmittelregime.

Zusätzlich zu den oben angeführten Gesetzen gibt es relevante Regelungen in weiteren Gesetzen:

- Die Thematik Drogen im Straßenverkehr ist auch in der **Straßenverkehrsordnung** (BGBl. 1960/159), dem **Führerscheinggesetz** (BGBl. I 1997/120) und der **Führerscheinggesetz-Gesundheitsverordnung** (BGBl. II 1997/322) zu finden.
- Im Zusammenhang mit straffälligen Drogenkonsumierenden sind allgemeine strafgesetzbuchliche Regelungen zur Diversion v. a. in der **Strafprozessordnung** (StPO) (BGBl. 1975/631), dem **Strafgesetzbuch** (StGB) (BGBl. 1974/60) und dem **Jugendgerichtsgesetz** (JGG) (BGBl. 1988/599) geregelt.
- In § 1 Abs. 3 **Strafprozessordnung**, BGBl. 1975/631) ist für Fälle, die sich ausschließlich auf den Erwerb/Besitz einer Droge für den eigenen persönlichen Gebrauch oder für den persönlichen Gebrauch eines anderen beziehen, ohne dass aus der Tat ein Vorteil gezogen wurde (§ 13 Abs. 2a SMG) und die sich nicht (auch) auf Drogenhandel richtet, die Möglichkeit, statt einer Anzeige mit einem sogenannten Abtretungsbericht die Staatsanwaltschaft zu verständigen, festgehalten.
- Hinsichtlich des Vollzugs einer unbedingten Freiheitsstrafe ist das **Strafvollzugsgesetz** (StVG) (BGBl. 1969/144) relevant

Strafverfolgung, Verurteilungen sowie Alternativen zu Bestrafung

Der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe, nach der Rechtsprechung wird er aber durch andere Tathandlungen (insb. Besitz) kriminalisiert. Unter Strafe stehen z. B. Erwerb, Besitz und Erzeugen von Suchtmitteln. Dies ist v.a. im oberhalb angeführten SMG sowie im NPSG abgebildet, umfasst werden jedoch auch weitere Bereiche wie z. B. Straßenverkehr oder Jugendschutz.

Im Rahmen des NPSG bzw. der NPSV macht sich strafbar, wer mit dem Vorsatz, daraus einen Vorteil zu ziehen, eine NPS erzeugt, ein- oder ausführt, einem anderen überlässt oder verschafft,

³³ Als *Neue Psychoaktive Substanzen* werden im NPSG Substanzen oder Zubereitungen definiert, welche die Fähigkeit besitzen, bei ihrer Anwendung im menschlichen Körper eine psychoaktive Wirkung herbeizuführen und nicht der Einzigsten Suchtgiftkonvention 1961, BGBl. 1978/531, oder dem Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe, BGBl. III 1997/148, unterliegen. Es wird angenommen, dass sie aufgrund ihrer psychoaktiven Wirkung zur missbräuchlichen Anwendung verbreitet werden und bei ihrer Anwendung eine Gefahr für die Gesundheit Konsumierender besteht oder nicht ausgeschlossen werden kann (vgl. Abschnitt 2.4).

dass sie von der bzw. dem anderen oder einer dritten Person zur Erreichung einer psychoaktiven Wirkung angewandt wird.

Im Rahmen der Strafverfolgung kann generell zwischen Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG), die den unerlaubten Umgang mit Suchtgift betreffen, und Verbrechenstatbeständen, welche die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28 SMG) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a SMG) betreffen, unterschieden werden³⁴. Sonderbestimmungen bestehen hinsichtlich Cannabis und haluzinogener Pilze.

Straftatbestände und Strafandrohungen unterscheiden einerseits bei den Substanzen zwischen Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Drogenausgangsstoffen sowie andererseits hinsichtlich der Menge zwischen unerlaubtem Umgang und (Vorbereitung von) Handel bzw. danach, ob eine gehandelte Menge unter oder über einer definierten Grenzmenge liegt (vgl. Tabelle 8). Die in der 8 genannten Tagessätze werden in § 19 Strafgesetzbuch (BGBl. 1974/60) definiert und sind individuell – abhängig von der finanziellen Situation – festzusetzen.

Bei Verurteilungen (bis zu einem Strafausmaß von 3 Jahren) stellt der Aufschieb des Strafvollzugs gem. § 39 SMG die Alternative zum Strafvollzug dar. Die Anwendung dieser Maßnahme ist eingeschränkt auf verurteilte Personen, die an ein Suchtmittel gewöhnt sind und dazu bereit sind, sich einer notwendigen gesundheitsbezogenen Maßnahme zu unterziehen. Wurde diese erfolgreich umgesetzt, hat das Gericht die unbedingte Strafe in eine bedingte umzuwandeln. Dies ist auch noch nach Übernahme in den Strafvollzug möglich. Die verschiedenen Möglichkeiten der Alternativen zur Bestrafung nach SMG sind in Tabelle 10 aufgelistet. Ergänzend wird auf die §§ 38–40 SMG hingewiesen, die eine nachträgliche Fortsetzung des Strafverfahrens, den endgültigen Rücktritt von der Verfolgung sowie eine endgültige Einstellung des Strafverfahrens und eine nachträglich bedingte Strafnachsicht regeln. In § 41 SMG wird die Kostentragung³⁵ geregelt (vgl. auch Kapitel 1).

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

³⁴ Vergehenstatbestände (§ 27 SMG) betreffen den unerlaubten Umgang mit Suchtgift; Verbrechenstatbestände betreffen die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28 SMG) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a SMG). Der Einfachheit halber werden im vorliegenden Bericht sämtliche Anzeigen nach den Straftatbeständen in den §§ 28 bzw. 28a SMG als „Verbrechen“ bezeichnet, Anzeigen nach § 27 als „Vergehen“.

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

Ein wichtiges Charakteristikum der österreichischen Drogenpolitik ist die Anwendung von **Alternativen zur Bestrafung** – im Rahmen des Prinzips *Therapie statt Strafe*³⁶. Der Großteil der verfügbaren Alternativen zur Bestrafung ist über Ist-Bestimmungen³⁷ geregelt, es handelt sich daher um einen Rechtsanspruch der straffälligen Personen. Nur ein kleiner Teil ist über Kann-Bestimmungen³⁸ geregelt und liegt daher im Ermessensspielraum der Justiz.

Im SMG sind diesbezügliche **gesundheitsbezogene Maßnahmen** abgebildet. Bei Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit gibt es ein breites Spektrum von Alternativen zur Bestrafung – inklusive der vorrangigen Meldung an die Gesundheitsbehörden zur Abklärung der Notwendigkeit von gesundheitsbezogenen Maßnahmen. Die Entscheidung über die Anwendung einer Alternative zur Bestrafung liegt bei den Staatsanwaltschaften (vor Anklageerhebung) bzw. den Gerichten (nach Anklageerhebung).

Als Grundlage ist eine Stellungnahme der Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden über die Notwendigkeit einer gesundheitsbezogenen Maßnahme und deren Art einzuholen. In dieser zentralen Rolle sind die Bezirksverwaltungsbehörden mit der Vollziehung jener Bestimmung des SMG betraut, die vorsieht, dass Personen, bei denen bestimmte Tatsachen einen Suchtgiftmissbrauch vermuten lassen, zur Abklärung dieser Vermutung und eines damit möglicherweise verbundenen Bedarfs an gesundheitsbezogenen Maßnahmen einer ärztlichen Begutachtung zuzuführen sind (§ 12 SMG; BMGF 2017). Das gesundheitsbehördliche Gutachten ist auch im Suchtmittelstrafverfahren für allfällige diversionelle³⁹ Maßnahmen von Bedeutung. Die kriminalpolizeiliche/verwaltungsbehördliche **Meldung des Verdachts auf Verstoß** gegen das SMG an die Gesundheitsbehörde, welcher bei Hinweisen auf Drogenkonsum die Abklärung des Bedarfs gesundheitsbezogener Maßnahmen obliegt (§§ 13 Abs. 2b und 14 Abs. 2 SMG bzw. bei Verstößen im Straßenverkehr § 5 Abs. 12 **Straßenverkehrsordnung** [BGBl. 1960/159]), ist jedoch ebenfalls ein wichtiges Element.

Die Gesundheitsbehörden haben weiters die Aufgabe, darauf hinzuwirken, dass sich Personen mit risikoreichem⁴⁰ Drogenkonsum einer zweckmäßigen, den Umständen entsprechenden und zumutbaren sowie nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahme⁴¹ unterziehen. Eine Behandlung setzt aber grundsätzlich Freiwilligkeit voraus, wobei das Ablehnen der Behandlung Konsequenzen im Strafverfahren nach sich zieht. Die suchtkranke Person hat im Prinzip freie Wahl bezüglich der therapeutischen Einrichtung, wobei eine Kostenübernahme durch die Justiz nur in einer nach § 15 SMG anerkannten Einrichtung (vgl. Kapitel 5) erfolgt.

³⁶ Unter dem Grundsatz *Therapie statt Strafe* versteht man kriminalpolitische, gesundheitspolitische und sozialpolitische Maßnahmen, die den Suchtmittelmissbrauch hintanzuhalten trachten. Neben Maßnahmen der Diversion fällt darunter eine besondere Art des Strafaufschubs, die bei Verurteilungen wegen Straftaten nach dem SMG oder wegen damit zusammenhängender Beschaffungsdelikte eingeräumt werden kann (Rast 2013).

³⁷ Eine Ist-Bestimmung ist eine Bestimmung, nach der verfahren werden muss.

³⁸ Eine Kann-Bestimmung ist eine Bestimmung, nach der im Einzelfall verfahren werden kann, aber nicht verfahren werden muss.

³⁹ diversionell = unter Verzicht auf ein förmliches Strafverfahren

⁴⁰ Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der Drogenagentur der Europäischen Union (engl. EUDA) der „wiederholte Drogenkonsum, der Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen.

⁴¹ Zur Auswahl stehen laut § 11 Abs. 2 SMG ärztliche Überwachung des Gesundheitszustands, ärztliche Behandlung einschließlich der Entzugsbehandlung und OAT, klinisch-psychologische Beratung und Betreuung, Psychotherapie sowie psychosoziale Beratung und Betreuung.

Das SMG regelt außerdem, dass die Kosten nach Maßgabe der Bestimmungen aus § 41 SMG vom Bund zu tragen sind, damit die Behandlung nicht an einer etwaigen Mittellosigkeit der Betroffenen scheitert.

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

Zusätzlich zu den oben genannten Möglichkeiten von Therapie statt Strafe können im Zusammenhang mit straffälligen Drogenkonsumierenden auch allgemeine strafgesetzliche Regelungen zur Diversion zur Anwendung kommen. Diese sind v. a. in der Strafprozessordnung (StPO) (BGBl. 1975/631), dem Strafgesetzbuch (StGB) (BGBl. 1974/60) und dem Jugendgerichtsgesetz (JGG) (BGBl. 1988/599; vgl. auch Kapitel 8) geregelt, haben jedoch im Vergleich zu den im SMG vorgesehenen Maßnahmen im Zusammenhang mit Drogenkonsumierenden eine untergeordnete Bedeutung. So sind beispielsweise in § 173 Abs. 4 und 5 Z 9 StPO gelindere Mittel als Alternativen zu einer Untersuchungshaft vorgesehen, wenn etwa die Zustimmung der Beschuldigten besteht, sich einer sonstigen medizinischen Behandlung oder Psychotherapie oder einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 11 Abs. 2 SMG zu unterziehen. Seit 2016 hat die Kriminalpolizei hier in Fällen, in denen der Anfangsverdacht (§ 1 Abs. 3 **Strafprozessordnung**, BGBl. 1975/631) sich nicht (auch) auf Drogenhandel richtet, die Staatsanwaltschaft, statt einer Anzeige mit einem sogenannten Abtretungsbericht zu verständigen. Dies betrifft die Fälle, die sich ausschließlich auf den Erwerb/Besitz einer Droge für den eigenen persönlichen Gebrauch oder für den persönlichen Gebrauch eines anderen beziehen, ohne dass aus der Tat ein Vorteil gezogen wurde (§ 13 Abs. 2a SMG). Die Staatsanwaltschaft führt aufgrund dieses Berichts vorläufig kein weiteres Verfahren durch, womit kein Suchtmittelstrafverfahren parallel zum gesundheitsbehördlichen Verfahren mehr stattfindet. Diese Erweiterung des Prinzips *Therapie statt Strafe* unterstreicht, dass bei Drogenkonsum statt einer strafenden Intervention primär gesundheitsbezogene Abklärung und erforderlichenfalls Hilfestellung geboten sind. Dies ändert allerdings an der grundsätzlichen Strafbarkeit des Erwerbs und Besitzes der Substanzen nichts. Eine gesetzliche Entkriminalisierung ist damit nicht verbunden. Eine raschere Reaktion der Gesundheitsbehörden ermöglicht eine Ressourcenkonzentration der Staatsanwaltschaften auf schwerwiegende Suchtgiftdelikte. Die Gesundheitsbehörde hat ihrerseits (nur) dann die Staatsanwaltschaft zu verständigen, wenn die gemeldete Person nicht zur Untersuchung erscheint oder die von der Gesundheitsbehörde als notwendig, zweckmäßig, nach den Umständen möglich und zumutbar sowie als nicht offenbar aussichtslos festgestellten gesundheitsbezogenen Maßnahmen verweigert. Im folgenden Suchtmittelstrafverfahren bestehen die diversionellen Möglichkeiten wie bisher (§ 14 Abs. 1 SMG).

Für mindere Delikte (u. a. Besitz und Erwerb einer geringen Menge für den Eigengebrauch) stehen als diversionelle Maßnahmen auch der *vorläufige Rücktritt von der Verfolgung* (§ 35 SMG) durch die Staatsanwaltschaft und die *vorläufige Verfahrenseinstellung* (§ 37 SMG) durch das Gericht zur Verfügung⁴² (vgl. Tabelle 10).

⁴² Die Staatsanwaltschaft kann unter bestimmten Umständen von der Verfolgung einer Straftat absehen und entsprechende Bedingungen für die beschuldigte/angeklagte Person an dieses Angebot knüpfen wie insbesondere das Absolvieren sogenannter gesundheitsbezogener Maßnahmen. Auch andere Bedingungen (z. B. gemeinnützige Arbeit) sind möglich. Die näheren Bestimmungen finden sich im 11. Hauptstück der Strafprozessordnung (BGBl. 1975/631).

Rechtliche Regelungen in der Opioid-Agonisten-Therapie

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

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

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

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

Drogen im Straßenverkehr

Die relevanten Regelungen zu Drogen im Straßenverkehr, einem weiteren Bereich in dieser Thematik, werden außerhalb des SMG in der Straßenverkehrsordnung (BGBl. 1960/159), dem Führerscheingesetz (BGBl. I 1997/120) und der Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung (BGBl. II 1997/322) geregelt. § 5 StVO regelt die Vorgangsweise zur Feststellung einer Beeinträchtigung durch Alkohol oder Suchtgift bzw. die Vorgangsweise beim Vorliegen einer solchen Beeinträchtigung. Während im Fall von Suchtgiften absolutes Fahrverbot gilt, wurden für Alkohol Grenzwerte festgelegt. In jenen Fällen, in denen nach der Feststellung einer Beeinträchtigung auch Suchtgiftspuren im Speichel oder Blut identifiziert wurden, erfolgt anstatt einer Strafanzeige eine Meldung an die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde. Neben einer Verwaltungsstrafe droht dabei ein vorübergehender Entzug der Lenkerberechtigung durch vorläufige Abnahme des Führerscheins, aber auch begleitende Maßnahmen (z. B. die Beibringung eines amtsärztlichen Gutachtens über die gesundheitliche Eignung) sind hier möglich. Im Jahr 2017 trat eine Verordnung in Kraft, die den Einsatz von Speichelvortestgeräten (beschränkt auf bestimmte Produkte) durch zu deren Handhabung ermächtigte Organe der Straßenaufsicht regelt (BGBl. II 2017/61).

2.2.2 Umsetzung

Die suchtgiftrelevanten Anzeigen waren nach einem kontinuierlichen Anstieg im Zeitraum 2013 bis 2019 in den Jahren 2020 und 2021 rückläufig. Seit seither ist ein leichter Aufwärtstrend zu erkennen (vgl. Abbildung 33 in Kapitel 7).

Seit 2012 stehen die Zahlen aller den Verurteilungen **zugrunde liegenden Delikte** zur Verfügung. Im Jahr 2024 erfolgten in 6.205 Fällen Verurteilungen nach den §§ 27, 28 und 28a SMG (vgl. auch Tabelle 4), wovon lediglich 3.187 strafsatzbestimmend waren (vgl. Tabelle 5). Ein großer Teil der Verurteilungen nach dem SMG ergab sich aufgrund mehrerer SMG-Delikte. In den vergangenen 10 Jahren zeigt sich insgesamt eine abnehmende Tendenz bei den **Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz** (vgl. auch Tabelle 3). Im Jahr 2024 verzeichneten die Verurteilungen wegen Vergehen (§ 27 SMG) mit 1.423 Fällen einen Rückgang und lagen zahlenmäßig wieder unter den Verurteilungen wegen Verbrechen (§§ 28 und 28a SMG) mit 1.757 Fällen. Die Aufteilung der Verurteilungen nach Geschlecht und Alter für das Jahr 2024 findet sich im Anhang in Tabelle 5.

Tabelle 3: Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich 2015–2024

Jahr	Gesamtzahl der Verurteilungen nach SMG	Verurteilungen nach § 28 SMG bzw. § 28a SMG	Verurteilungen nach § 27 SMG	Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich	SMG-Anteil an allen Verurteilungen in Prozent
2015	4.435	1.389	3.041	32.118	13,8
2016	3.993	1.504	2.479	30.450	13,1
2017	4.727	1.804	2.915	30.746	15,4
2018	4.954	2.201	2.738	30.157	16,6
2019	4.476	2.008	2.443	29.632	15,1
2020	3.670	1.814	1.841	25.586	14,3
2021	3.648	2.045	1.594	25.626	14,2
2022	3.287	1.845	1.418	26.442	12,4
2023	3.275	1.593	1.675	27.268	12,0
2024	3.187	1.757	1.423	27.717	11,5

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift ist gleich Vergehenstatbestände

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

§ 28 und 28a SMG zeigen die Verbrechenstatbestände.

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

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG an der Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich betrug im Jahr 2024 11,5 Prozent und ist der niedrigste Wert in den letzten zehn Jahren. Dieser der Anteil ist von 2009 (10,4 %) bis 2018 (16,6 %) stetig gestiegen, seither ist er jedoch kontinuierlich rückläufig.

Wegen psychotroper Stoffe gab es im Jahr 2024 insgesamt 64 Verurteilungen, bei sieben davon waren diese Delikte (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend (vgl. Tabelle 6).

Im Jahr 2024 erhielten rund 78 Prozent aller nach dem SMG Verurteilten **Freiheitsstrafen**, wobei der Anteil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen (bedingt, teilbedingt oder un-

bedingt) rund 36 Prozent betrug. 2,5 Prozent aller Verurteilungen nach SMG betreffen Freiheitsstrafen von Jugendlichen (vgl. Tabelle 7).

Eines der Ziele des Grundsatzes *Therapie statt Strafe* ist, Strafverfahren durch diversionelle Maßnahmen zu erledigen. Daten zur Anwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Alternativen zur Bestrafung zeigen seit dem Jahr 2019 einen Rückgang; für das Jahr 2023 wurde in 18.297 Fällen der vorläufige Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft (§ 35 SMG), in 1.254 Fällen die vorläufige Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG) und in 431 Fällen ein Aufschub des Strafvollzugs. Daten für das Jahr 2024 liegen zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht vor (siehe auch Tabelle 8; Mayer, p. M.).

Daten zur Anwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Alternativen zur Bestrafung zeigen seit dem Jahr 2019 einen Rückgang; für das Jahr 2023 wurde in 18.297 Fällen der vorläufige Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft (§ 35 SMG), in 1.254 Fällen die vorläufige Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG) und in 431 Fällen ein Aufschub des Strafvollzugs (§ 39 SMG; siehe auch Tabelle 8; Mayer, p. M.) gewährt.

2.3 Trends

Gesetzliche Änderungen

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

Seit dem Jahr 2000 hatten die **Änderungen der Gesetzgebung** neben Änderungen der Klassifizierung von Substanzen (vgl. auch Abschnitt 2.4) vor allem das Ziel, die Strafbestimmungen dem EU-Recht bzw. internationalen Übereinkommen anzupassen. Die im Jahr 2016 in Kraft getretenen Änderungen des SMG (siehe z. B. Strafrechtsänderungsgesetz 2015 [StRÄG]; BGBl. I 2015/112) zielen auf die Weiterentwicklung des Prinzips *Therapie statt Strafe* sowie die raschere Befassung der Gesundheitsbehörden ab. Zugleich sollen dadurch die Entlastung der Justiz und die Vereinheitlichung, Vereinfachung und Beschleunigung der Meldewege ermöglicht werden, was eine weitere Entkriminalisierung gewisser Verhaltensweisen zur Folge hat. Um dem Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung Rechnung zu tragen, wurde 2016 der Tatbestand des Drogenhandels im öffentlichen Raum (§ 27 Abs. 2a SMG) eingeführt.

Eine Novelle des SMG und der SV im Jahr 2017 brachte ein Maßnahmenpaket zur „Qualität und Sicherheit in der Opioid-Substitutionsbehandlung“ (BGBl. I 2017/116 bzw. BGBl. II 2017/292). Es überträgt die Verantwortung für die OAT nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung allein den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Die Gefahr einer Strafbarkeit behandelnder Ärztinnen und Ärzte bei Verstößen im Rahmen dieser Opioid-Agonisten-Therapie wurde durch eine Streichung bestimmter Regelungen (v. a. in puncto Festlegung von Medikamenten der ers-

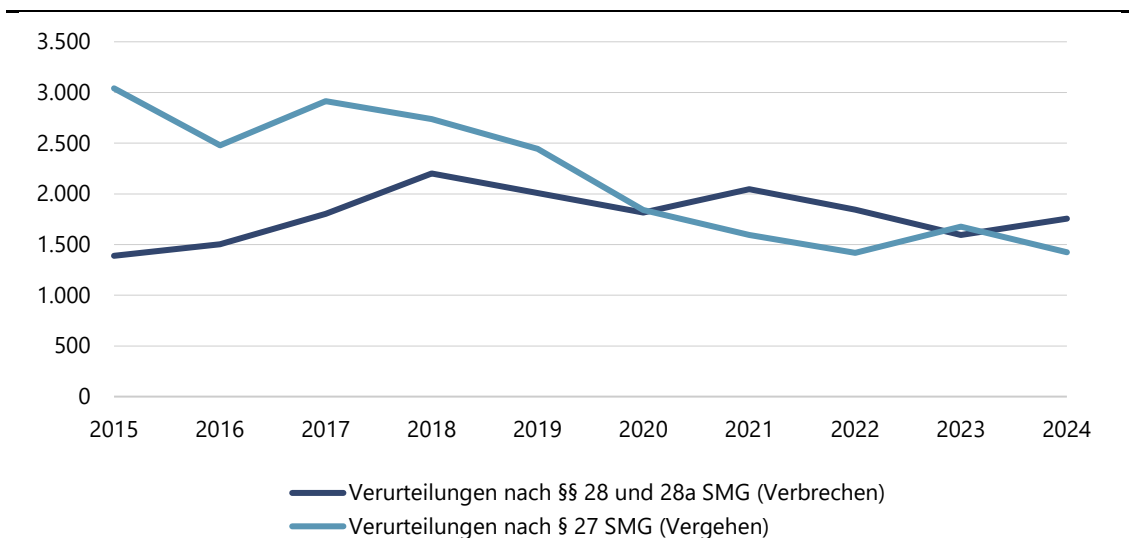
ten Wahl, Mitgaberegulierung und Anordnung von Harnuntersuchungen) entschärft. Weiters wurde die Rollenverteilung zwischen der Amtsärzteschaft und der behandelnden Ärzteschaft erläutert. Hervorzuheben ist die Anerkennung einer medizinischen Leitlinie als Norm, die den „Sorgfaltsmaßstab eines Handelns“ prägt (vgl. Birklbauer 2017 bzw. Horvath et al. 2018).

Umsetzung

Gesetzliche Änderungen ziehen (gewünschte) Änderungen in der Datenlage nach sich.

Die nachfolgende Abbildung 2 zeigt die **Entwicklung der Anzahl der Verurteilungen** nach § 27 und § 28 / § 28a SMG nach dem strafsatzbestimmenden Delikt in den letzten 10 Jahren. Es wird insofern eine positive Tendenz sichtbar, da Verurteilungen im Rahmen von Vergehenstatbeständen zurück gehen, die Verbrechenstatbestände im Zusammenhang mit Suchtgifthandel, steigen jedoch.

Abbildung 2: Anzahl der Verurteilungen nach §§ 27, 28 und 28a SMG (strafsatzbestimmendes Delikt) 2015-2024



§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift ist gleich Vergehenstatbestände

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel (Verbrechenstatbestände)

§ 28a SMG = Suchtgifthandel (Verbrechenstatbestände)

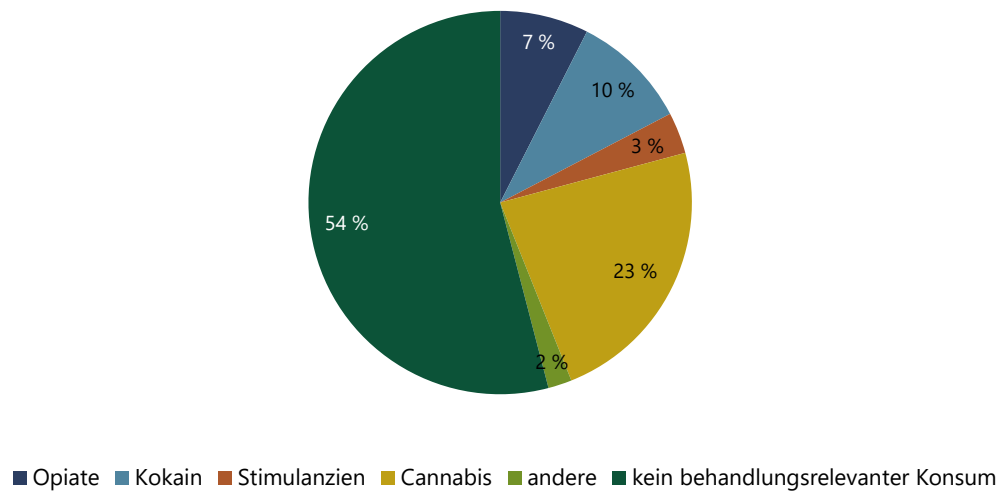
Anmerkung: Hier wird nur das strafsatzbestimmende Delikt (das dem Strafraum nach schwerste Delikt) dargestellt. Daher sind in der Abbildung nicht alle Verurteilungen nach SMG dargestellt.

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Ergänzend zu den Verurteilungen wird in Tabelle 8 im Anhang die **Entwicklung der Alternativen zur Bestrafung** gemäß § 35 SMG, § 37 SMG und § 39 SMG dargestellt. Bei den Diversionsangeboten nach § 35 SMG und bei der vorläufigen Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG) sind die Zahlen im Jahr 2023 in etwa gleichgeblieben, für 2024 lagen die Daten zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht vor.

Abbildung 3 zeigt, aufgrund des Konsums welcher Substanzen im Jahr 2024 eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2 SMG in Österreich (ohne Wien) als notwendig erachtet bzw. bis zu welchem Ausmaß der Konsum als nicht behandlungsrelevant eingestuft wurde.

Abbildung 3: Ergebnisse der Begutachtung gemäß § 11 Abs. 2 SMG (gesundheitsbezogene Maßnahmen) in Hinblick auf behandlungsrelevanten Konsum 2024 für Österreich ohne Wien



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

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

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

Begutachtungen durch die Gesundheitsbehörde gemäß § 12 SMG wurden im Jahr 2024 in insgesamt 4.199 Fällen bzw. bei 4.081 Personen durchgeführt (Österreich inklusive Wien). Bei einem Großteil wurden sie aufgrund einer Meldung der Polizei vorgenommen (70 % SMG, 4 % StVO), bei 11 Prozent aufgrund einer Veranlassung durch das Gericht bzw. die Staatsanwaltschaft, weitere Veranlassungen gab es seitens Heeresdienststellen (4 %) oder sonstiger Stellen (10 %)

Analysiert man die von den Gesundheitsbehörden gewählten gesundheitsbezogenen Maßnahmen nach Leitdroge Cannabis bzw. Leitdroge Opioiden, zeigen sich Unterschiede in der Wahl der Maßnahme: Bei Opioiden spielt die ärztliche Behandlung (meist in Form einer OAT) die größte Rolle, gefolgt von psychosozialer Betreuung. Bei Cannabis hingegen werden v. a. psychosoziale Betreuung und ärztliche Überwachung empfohlen (Anzenberger et al. 2025).

2.4 Neue Entwicklungen

Der im Rahmen des 2. COVID-19-Gesetzes (BGBl. I 2020/16) geschaffene § 8a Abs. 1c SMG, welcher den OAT-Ärztinnen und -Ärzten die Möglichkeit eröffnet, bei Patientinnen und Patienten, in deren Fall keine Hinweise auf eine Mehrfachbehandlung vorliegen, eine OAT-Dauerverschreibung mit dem Vermerk „Vidierung nicht erforderlich“ auszustellen, hat sich während der COVID-

19-Pandemie grundsätzlich bewährt (Strizek et al. 2023) und bleibt in etwas modifizierter Form bis zur technischen Verfügbarkeit eines digitalen Verschreibungsprozesses (längstens jedoch bis 31. Dezember 2026) im Bereich der Opioid-Agonisten-Therapie in Geltung (BGBl. I 2023/70 und BGBl. I 2024/105).

Mit der am 19. Dezember 2024 kundgemachten Sammel-Verordnungsnovelle BGBl. II 2024/394 wurden in Umsetzung der Beschlüsse der 67th Commission on Narcotic Drugs (CND) 3 Substanzen in die Anhänge der SV (Butonitazen, Dipentylon und 2-Fluorodeschloroketamine (2-FDCK) und eine Substanz (Bromazolam) in den Anhang der PV aufgenommen.

Eine Änderung der Suchtgift-Grenzmengenverordnung (SGV) wurde mit BGBl. II 2024/233 kundgemacht. Durch diese Novelle erfolgte eine Festsetzung von Grenzmengen für 6 Substanzen, die zuvor bereits als Suchtgifte klassifiziert wurden.

Im Rahmen einer mit 1. Jänner 2024 in Kraft getretenen SMG-Novelle im Zusammenhang mit dem Vereinbarungsumsetzungsgesetz (VUG 2024) wurde eine Bezugsmöglichkeit von suchtgifthalten Arzneimitteln für Einrichtungen der stationären Pflege und Betreuung über Anstaltsapotheken auf (patientenunabhängigen) Vorrat geschaffen. Die flankierenden Bestimmungen durch die SV- und PV-Novelle wurden mit BGBl. II 2023/440 und BGBl. II 2023/441 am 31. Dezember 2023 kundgemacht.

Durch eine SV-Novelle betreffend „Hospiz und Palliativ Care“ wurde für Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit geschaffen, suchtgifthalte Arzneimittel, die sie für den Berufsbedarf im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung (z. B. in Mobilien Palliativteams) benötigen, patientenunabhängig zu verschreiben und von der Apotheke zu beziehen. Damit können sie patientenunabhängig einen „Vorrat“ sicherstellen, um auf diesen in plötzlich auftretenden dringenden Fällen (z.B. plötzlich auftretende starke Schmerzen bei Patientinnen und Patienten) zurückgreifen zu können. Die genannte Novelle trat am 1. Februar 2024 in Kraft (BGBl. II 2024/30).

Durch die NPSV-Novelle BGBl. II 2024/106 wurde der Handel mit „LSD-Derivaten“ unterbunden, ohne dabei Konsumentinnen und Konsumenten zu kriminalisieren.

Am 29. Jänner 2025 trat eine Novelle BGBl. I 2025/50 SV in Kraft, die Anpassungen im Hinblick auf das neu in Kraft getretene Tierarzneimittelgesetz (TAMG) vorsieht. Im Zuge dieser Novelle wurde u.a. klargestellt, dass bei Entnahme von Suchtgift aus der tierärztlichen Hausapotheke für die unmittelbare Anwendung im Rahmen einer tierärztlichen Behandlung kein Suchtgiftrezept erforderlich ist.

Seit Juli 2025 unterliegt der Verkauf von getrockneten Hanfblüten mit weniger als 0,3 Prozent THC-Gehalt der Tabaksteuer und fällt somit in den Anwendungsbereich des Tabakmonopolgesetzes (vgl. Kapitel 1).

2.5 Quellen und Methodik

Quellen

Rechtstexte

Die Bundesgesetzblätter der angeführten Gesetze, Verordnungen sowie Novellen bzw. Änderungen werden im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) kundgemacht (www.ris.bka.gv.at). Unter „Bundesrecht konsolidiert“ ist dort jeweils auch die komplette Rechtsvorschrift in der aktuellen Fassung, einschließlich aller bis zum gewünschten Datum wirksam gewordenen Änderungen (und eventueller Änderungen des Kurztitels) dieser Rechtsvorschrift abrufbar.

eSuchtmittel

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

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

Daten zu Anzeigen, Beschlagnahmungen, Verurteilungen und Alternativen zur Bestrafung

Die Angaben für die Anzeigenstatistik basieren auf Daten des BMI (BMI 2025). Diese Anzeigenstatistik gibt in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden wieder. Daten bezüglich Diversion wurden vom BMJ gemeldet, die Daten für das Jahr 2024 lagen zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht vor. In Abschnitt 2.2.2 wurde hinsichtlich der von der Statistik Austria übermittelten Daten betreffend Verurteilungen (gerichtliche Kriminalstatistik) darauf hingewiesen, dass darin seit 2012 die Anzahl sämtlicher den Verurteilungen zugrunde liegender Suchtmitteldelikte erfasst ist.

2.6 Bibliografie

- Anzenberger, J., Akartuna, D., Busch, M., Klein, C., Schmutterer, I., Schwarz, T., Strizek, J. (2025). Epidemiologiebericht Sucht 2025. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak – Annex. Gesundheit Österreich GmbH. Wien
- Birklbauer, A. (2017). Die jüngsten Novellierungen im Suchtmittelrecht und ihre Auswirkungen auf den Gesundheitsbereich. In: Journal für Medizin und Gesundheitsrecht 4/2017, 198-203
- BMGF (2017). Handbuch für die Vollziehung des § 12 SMG. Leitlinien für die Gesundheitsbehörden. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Vienna
- BMI (2025). Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2024 – Statistiken und Beiträge zu Anzeigen, Sicherstellungen und Ermittlungen. Bundesministerium für Inneres. Vienna
- Horvath, I., Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Schmutterer, I., Strizek, J., et al. (2018). Bericht zur Drogensituation 2018. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Vienna
- Rast, N. (2013). „Therapie statt Strafe“ – eine Sonderform des Strafaufschubs. In: Sucht. Grüner Kreis Magazin 85,6
- Strizek, J., Busch, M., Puhm, A., Schwarz, T., Uhl, A. (2023). Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial: Auswertungen der dritten Erhebungswelle. Gesundheit Österreich. Vienna
- Uhl, A., Busch, M. (2021). Österreichische Drogenpolitik, rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie, 9. Jahrgang, Heft 3/4, 205–223
- Weigl, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Schmutterer, I., Strizek, J., et al. (2017). 2017 Report on the Drug Situation. Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG. Vienna

2.7 Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen

- BGBI. 1960/159. Bundesgesetz vom 6. Juli 1960, mit dem Vorschriften über die Straßenpolizei erlassen werden (Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO)
- BGBI. 1969/144. Bundesgesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafen und der mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen (Strafvollzugsgesetz – StVG)
- BGBI. 1974/60. Strafgesetzbuch
- BGBI. 1975/631. Strafprozessordnung 1975 (StPO)
- BGBI. 1978/531. Einzige Suchtgiftkonvention 1961 samt Anhängen sowie Erklärung der Republik Österreich zu Artikel 36 und Protokoll, mit dem die Einzige Suchtgiftkonvention 1961 abgeändert wird (Einzige Suchtgiftkonvention 1961 – ESK)

- BGBI. 1988/599. Bundesgesetz vom 20. Oktober 1988 über die Rechtspflege bei Jugendstraftaten (Jugendgerichtsgesetz 1988 – JGG)
- BGBI. I 1997/112. Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG)
- BGBI. I 1997/120. Führerscheingesetz (FSG)
- BGBI. III 1997/148. Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe
- BGBI. II 1997/322. Verordnung des Bundesministers für Wissenschaft und Verkehr über die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen (Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung – FSG-GV)
- BGBI. II 1997/374. Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über den Verkehr und die Gebarung mit Suchtgiften (Suchtgiftverordnung – SV)
- BGBI. II 1997/375. Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über den Verkehr und die Gebarung mit psychotropen Stoffen (Psychotropenverordnung – PV)
- BGBI. II 2006/449. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Weiterbildung zum/zur mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertrauten Arzt/Ärztin für den Bereich der oralen Substitutionsbehandlung von opioidabhängigen Suchtkranken (Weiterbildungsverordnung orale Substitution)
- BGBI. I 2008/143. Suchtmittelgesetz-Novelle 2008
- BGBI. I 2011/146. Bundesgesetz über den Schutz vor Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Neuen Psychoaktiven Substanzen (Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz, NPSG)
- BGBI. II 2011/468. Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung (NPSV)
- BGBI. I 2015/112. Strafrechtsänderungsgesetz 2015 (StRÄG)
- BGBI. I 2017/116. Bundesgesetz, mit dem das Suchtmittelgesetz geändert wird (SMG-Novelle 2017)
- BGBI. II 2017/61. Verordnung des Bundesministers für Inneres über die zur Überprüfung des Speichels auf Suchtgiftspuren geeigneten Geräte und die zu deren Handhabung zu ermächtigenden Organe der Straßenaufsicht (Speichelvortestgeräteverordnung)
- BGBI. II 2017/292. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird
- BGBI. I 2020/16. 2. COVID-19-Gesetz
- BGBI. I 2023/70. Bundesgesetz, mit dem das Suchtmittelgesetz geändert wird
- BGBI. II 2023/440. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird

- BGBI. II 2023/441. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Psychotropenverordnung geändert wird
- BGBI. I 2024/105. Änderung des Gesundheitstelematikgesetzes 2012, des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, des Epidemiegesetzes 1950, des Patientenverfügungs-Gesetzes sowie des Suchtmittelgesetzes
- BGBI. II 2024/233. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgift-Grenzmengenverordnung geändert wird
- BGBI. II 2024/30. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird
- BGBI. II 2024/106. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung geändert wird
- BGBI. II 2024/394. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung und die Psychotropenverordnung geändert werden
- BGBI. I 2025/50. Änderung des Bundesgesetzes über Tierarzneimittel
- EG 273/2004. Regulation of the European Parliament and of the Council of 11 February 2004 on drug precursors
- EG 111/2005. Council Regulation of 22 December 2004 laying down rules for the monitoring of trade between the Community and third countries in drug precursors

2.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

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

2.9 Anhang

Tabelle 4: Sämtliche aufgrund suchtgiftrelevanter Delikte (SMG) erfolgten Verurteilungen nach Geschlecht und Altersgruppe 2024

Delikt	Geschlecht	14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	alle	560	1.274	1.205	1.035	2.131	6.205
SMG gesamt	männlich	534	1.145	1.113	944	1.887	5.623
SMG gesamt	weiblich	26	129	92	91	244	582
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	168	444	472	420	959	2.463
§ 28 SMG / § 28a SMG	weiblich	5	49	32	34	98	218
§ 27 SMG	männlich	357	685	635	513	905	3.095
§ 27 SMG	weiblich	21	80	59	55	142	357

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle 5: Anzahl rechtskräftiger Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach strafsatzbestimmendem Delikt, Geschlecht und Altersgruppe 2024

strafsatzbestimmendes Delikt	Geschlecht	14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	alle	270	672	636	517	1.092	3.187
SMG gesamt	männlich	257	597	586	469	961	2.870
	weiblich	13	75	50	48	131	317
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	117	298	309	265	605	1.594
	weiblich	5	38	24	27	69	163
§ 27 SMG	männlich	138	298	276	204	354	1.270
	weiblich	18	37	26	21	61	153

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle 6: Anzahl der Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen in Österreich 2015–2024

Verurteilungscharakteristik	2015	2016	2017	2018	2019 ¹	2020	2021	2022	2023	2024
Mit-)Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) insgesamt	63	33	65	76	79	69	71	70	74	64
Davon Verurteilungen, bei denen Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend waren	5	10	8	13	25	15	8	20	6	7

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

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle 7: Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach strafsatzbestimmendem Delikt und Art der Strafe, 2024

strafsatz- bestimmendes Delikt	Jugendliche/ Erwachsene	Geld- strafe	Freiheits- strafe bedingt	Freiheits- strafe unbedingt	Freiheits- strafe teilbedingt	sonstige Strafformen ¹	Gesamt
SMG gesamt	Jugendliche	27	55	8	16	16	122
	Erwachsene	539	830	941	626	129	3.065
§ 28 SMG / § 28a SMG (Verbrechen)	Jugendliche	1	24	5	14	2	46
	Erwachsene	32	392	715	490	82	1.711
§ 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	25	31	3	2	14	75
	Erwachsene	506	434	229	136	46	1.348

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

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

Anmerkung: Hier wird das strafsatzbestimmende Delikt (das dem Strafraumen nach schwerste Delikt) dargestellt.

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle 8: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2015–2024

vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung / Verfahrenseinstellung	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Gesamt (§§ 35 und 37 SMG)	14.384	25.666	27.990	27.392	27.891	26.321	20.007	19.220	19.551	n. v.
§ 35 SMG	12.256	23.809	26.562	25.903	26.393	24.989	18.613	17.967	18.297	n. v.
davon § 35 Abs. 4 SMG	–	–	–	–	–	–	–	–	–	n. v.
§ 37 SMG:	2.128	1.857	1.428	1.489	1.498	1.324	1.377	1.253	1.254	n. v.
§ 39 SMG:	673	561	582	512	558	476	514	422	431	n. v.

§ 35 SMG = Vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft

§ 35a SMG = erstmalige Anzeige seit zumindest 5 Jahren, ausschließlich persönlicher Gebrauch von Cannabis, psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltigen Pilzen oder psychotropen Stoffen

§ 37 SMG = vorläufige Einstellung durch das Gericht

§ 39 SMG = Aufschub des Strafvollzugs

* Die Daten für das Jahr 2024 waren zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch nicht verfügbar

Quelle: BMJ; Darstellung: GÖG

Tabelle 9: Straftatbestände und Strafandrohungen laut SMG

Tathandlungen ⁴³	Strafmaß	erhöhtes Strafmaß	reduziertes Strafmaß	Ausnahme
Suchtgift § 27 SMG (unerlaubter Umgang): Erwerb, Besitz, Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Überlassen, Verschaffen, Befördern und Anbieten von Suchtgiften; Anbau von Opiummohn, Kokastrauch und Cannabispflanze; Anbieten, Überlassen, Verschaffen und Anbau von psilocybinhaltigen Pilzen	max. 12 Monate Freiheitsstrafe (oder Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen)	bis zu 2 Jahren Freiheitsstrafe, wenn die Tat im öffentlichen Raum stattfand oder geeignet ist, durch unmittelbare Wahrnehmung ein berechtigtes Ärgernis zu erregen bis zu 3 Jahren Freiheitsstrafe, wer einem: einer Minderjährigen den Gebrauch von Suchtgift ermöglicht und selbst volljährig und mehr als 2 Jahre älter als der oder die Minderjährige ist, die Tat gewerbsmäßig bzw. als Mitglied einer kriminellen Vereinigung begeht	bis zu 6 Monaten Freiheitsstrafe bei Tatbegehung ausschließlich zum persönlichen Gebrauch (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen) Das erhöhte Strafmaß entfällt in bestimmten Fällen, wenn der oder die Straftäter:in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
§ 28 SMG (Vorbereitung von Handel): Erwerb, Besitz und Befördern von Suchtgiften, Anbau von Opiummohn, Kokastrauch und Cannabispflanze zur Gewinnung von Suchtgift in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge mit dem Vorsatz, dass es in Verkehr gesetzt werde	bis zu 3 Jahren Freiheitsstrafe	bis zu 5 Jahren Freiheitsstrafe bei „großen Mengen“ (das 15-Fache der Grenzmenge und mehr) bis zu 10 Jahren Freiheitsstrafe als Mitglied einer kriminellen Vereinigung	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 3 bzw. 5 Jahre reduziert, wenn der oder die Straftäter:in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
§ 28a SMG (Handel): Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Anbieten, Überlassen, Verschaffen von Suchtgiften in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge	bis zu 5 Jahren Freiheitsstrafe	1–10 Jahre Freiheitsstrafe bei gewerbsmäßiger Begehung in Kombination mit einer früheren Verurteilung, bei Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung oder in Bezug auf „große Mengen“ 1–15 Jahre Freiheitsstrafe für die Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung in Kombination mit einer früheren Verurteilung oder als Mitglied einer Verbindung einer größeren Zahl von Menschen oder in Bezug auf eine besonders große Suchtgiftmenge (das 25-Fache der Grenzmenge und mehr) 10–20 Jahre oder lebenslängliche Freiheitsstrafe für die Anführer:innen einer Verbindung einer größeren Zahl von Menschen	Das Strafmaß wird auf bis zu 3 Jahre, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 5 Jahre reduziert, wenn der oder die Straftäter:in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
psychotrope Stoffe § 30 SMG (unerlaubter Umgang): Erwerb, Besitz, Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Überlassen, Verschaffen, Befördern und Anbieten	bis zu 1 Jahr Freiheitsstrafe (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen)		bis zu 6 Monaten Freiheitsstrafe bei Tatbegehung ausschließlich zum persönlichen Gebrauch (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen)	Ausgenommen von der Bestrafung ist, wer die Tathandlungen mit Arzneimitteln, die psychotrope Stoffe in einer die Grenzmenge nicht übersteigenden Menge enthalten, für den persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch eines anderen begeht, ohne einen Vorteil daraus zu ziehen.
§ 31 SMG (Vorbereitung von Handel): Erwerb, Besitz und Befördern eines psychotropen Stoffes in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge mit dem Vorsatz, dass er in Verkehr gesetzt werde	bis zu 2 Jahren Freiheitsstrafe	bis zu 5 Jahren Freiheitsstrafe bei einer „großen Menge“ (das 15-Fache der Grenzmenge und mehr), bis zu 10 Jahren Freiheitsstrafe als Mitglied einer kriminellen Vereinigung	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 3 bzw. 5 Jahre reduziert, wenn der oder die Straftäter:in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	

⁴³ Voraussetzung: Mit der Tathandlung wird vorsätzlich gegen bestehende Vorschriften verstoßen (wer z. B. eine gesetzliche/behördliche Bewilligung zum Suchtgiftbesitz hat, verwirklicht mit dem Besitz keinen Straftatbestand).

Tathandlungen ⁴³	Strafmaß	erhöhtes Strafmaß	reduziertes Strafmaß	Ausnahme
§ 31a SMG (Handel): Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Anbieten, Überlassen, Verschaffen in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge	bis zu 3 Jahren Freiheitsstrafe	bis zu 5 Jahren Freiheitsstrafe bei Tatbegehung in Bezug auf eine besonders große Menge 1 bis 10 Jahre Freiheitsstrafe bei Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 3 bzw. bis zu 5 Jahre reduziert, wenn der oder die Straftä- ter:in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
Drogenausgangsstoffe § 32 SMG (unerlaubter Umgang): Erzeugen, Befördern und Überlassen eines Drogenausgangsstoffes, damit dieser bei der vorschriftswidrigen Erzeugung von Suchtmit- teln verwendet werde	bis zu 1 Jahr Freiheitsstrafe	bis zu 2 Jahren Freiheitsstrafe bei Erwerb und Besitz, wenn der Vorsatz vorliegt, dass damit vorschriftswidrig Suchtmittel in einer die Grenzmenge überstei- genden Menge erzeugt werden bis zu 5 Jahren Freiheitsstrafe bei Erzeugen, Einfuhr, Anbieten, Überlassen und Verschaffen, wenn der Vorsatz vorliegt, dass der Drogenausgangsstoff bei der vorschriftswidrigen Erzeugung von Suchtmitteln in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge verwendet werde		

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

Tabelle 10: Alternativen zur Bestrafung laut SMG

Paragraf	Kurztitel	relevante Textstelle	ausführendes Organ	Verfahrensebene
§ 12 SMG	gesundheitsbezogene Maßnahmen	Ist auf Grund bestimmter Tatsachen anzunehmen, dass eine Person Suchtgift missbraucht, so hat sie die [...] Gesundheitsbehörde der Begutachtung durch einen mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinlänglich vertrauten Arzt [...] zuzuführen. Ergibt die Begutachtung, dass eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2 SMG notwendig ist, so hat die [...] Gesundheitsbehörde darauf hinzuwirken, dass sich die Person einer solchen [...] unterzieht. Die [...] Gesundheitsbehörde kann von der Person [...] verlangen, Bestätigungen über Beginn und Verlauf der Maßnahme vorzulegen.	Gesundheitsbehörde	vor Strafantrag/ Anklage
§ 13 SMG	gesundheitsbezogene Maßnahmen	(1) Ist auf Grund bestimmter Tatsachen anzunehmen, dass ein Schüler Suchtgift missbraucht, so hat ihn der Leiter der Schule einer schulärztlichen Untersuchung zuzuführen. Der schulpsychologische Dienst ist erforderlichenfalls beizuziehen. Ergibt die Untersuchung, dass eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2 notwendig ist und ist diese nicht sichergestellt, oder wird vom Schüler, den Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten die schulärztliche Untersuchung oder die Konsultierung des schulpsychologischen Dienstes verweigert, so hat der Leiter der Schule anstelle einer Strafanzeige davon die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde zu verständigen. (2) Ergibt 1. die Stellungsuntersuchung bei Wehrpflichtigen oder 2. eine allfällige ärztliche Untersuchung von Frauen bei der Annahme einer freiwilligen Meldung zum Ausbildungsdienst oder 3. eine militärärztliche Untersuchung bei Soldaten, die Präsenz- oder Ausbildungsdienst leisten, Grund zur Annahme eines Suchtgiftmissbrauchs, hat die Stellungskommission oder das Heerespersonalamt oder der Kommandant der militärischen Dienststelle, bei der der Soldat Wehrdienst leistet, anstelle einer Strafanzeige diesen Umstand der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde mitzuteilen. (2a) Wird einer Behörde oder öffentlichen Dienststelle der Anfangsverdacht bekannt, dass eine Person eine Straftat nach §§ 27 Abs. 1 und 2 ausschließlich für den eigenen persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch eines anderen begangen habe, ohne daraus einen Vorteil zu ziehen, so ist an Stelle einer Strafanzeige dieser Umstand der Gesundheitsbehörde mitzuteilen. (2b) Ergeben Ermittlungen der Kriminalpolizei ausschließlich den oben beschriebenen Verdacht, so hat sie diesen auf dem in § 24a Abs. 1 vorgegebenen Weg der Gesundheitsbehörde mitzuteilen sowie der Staatsanwaltschaft darüber zu berichten. (3) Die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde hat in den vorstehend bezeichneten Fällen nach § 12 vorzugehen, sofern es sich nicht bloß um einen in § 35 Abs. 4 genannten Fall handelt.	Schule, Heeresdienststelle, Behörde oder öffentliche Dienststelle	anstelle einer Befassung der Justizbehörden
§ 35 SMG	vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung	(1) Die Staatsanwaltschaft hat unter bestimmten Voraussetzungen und Bedingungen von der Verfolgung einer Straftat nach §§ 27 Abs. 1 oder 2 oder 30, die ausschließlich für den eigenen persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch eines anderen begangen worden ist, ohne dass der Beschuldigte daraus einen Vorteil gezogen hat, unter Bestimmung einer Probezeit von 1 Jahr bis zu 2 Jahren vorläufig zurückzutreten. (2) Die Staatsanwaltschaft hat unter bestimmten Voraussetzungen und Bedingungen auch von der Verfolgung einer anderen Straftat nach den § 27 oder §§ 30 bis 31a, einer Straftat nach den § 28 oder § 28a, sofern der Beschuldigte an Suchtmittel gewöhnt ist, oder einer im Zusammenhang mit der Beschaffung von Suchtmitteln begangenen Straftat unter Bestimmung einer Probezeit von 1 Jahr bis zu 2 Jahren vorläufig zurückzutreten, wenn 1. die Straftat nicht in die Zuständigkeit des Schöffengerichtes oder Geschworenengerichtes fällt, 2. die Schuld des Beschuldigten nicht als schwer anzusehen wäre und 3. der Rücktritt nicht weniger als eine Verurteilung geeignet erscheint, den Beschuldigten von solchen Straftaten abzuhalten. Ebenso ist vorzugehen, wenn der Beschuldigte wegen einer während der Probezeit nach Abs. 1 begangenen weiteren Straftat im Sinne des Abs. 1 verfolgt wird. (9) Im Fall eines Abtretungsberichts (§ 13 Abs. 2b) hat die Staatsanwaltschaft, sofern sie nicht noch eine weitere Klärung des Sachverhalts für erforderlich hält, von der Verfolgung unmittelbar vorläufig zurückzutreten. Dies ist dem Beschuldigten unter Hinweis auf die Fortsetzungsgründe (§ 38 Abs. 1a) mitzuteilen.	Staatsanwaltschaft	vor Strafantrag/ Anklage

Paragraf	Kurztitel	relevante Textstelle	ausführendes Organ	Verfahrensebene
§ 37 SMG	vorläufige Einstellung des Strafverfahrens	Nach Einbringen der Anklage hat das Gericht den § 35 sinngemäß anzuwenden und das Verfahren unter den für die Staatsanwaltschaft geltenden Voraussetzungen bis zum Schluss der Hauptverhandlung mit Beschluss einzustellen.	Gericht	nach Strafantrag/ Anklage
§ 38 SMG	endgültiger Rücktritt bzw. Einstellung	Sofern das Strafverfahren nicht nachträglich fortzusetzen ist, hat die Staatsanwaltschaft nach Ablauf der Probezeit und Erfüllung allfälliger Pflichten von der Verfolgung endgültig zurückzutreten. Das Gericht hat das Strafverfahren mit Beschluss endgültig einzustellen.	Staatsanwaltschaft, Gericht	
§ 39 SMG	Aufschub des Strafvollzugs	(1) Der Vollzug einer nach diesem Bundesgesetz außer nach § 28a Abs. 2, 4 oder 5 oder einer wegen einer Straftat, die mit der Beschaffung von Suchtmitteln in Zusammenhang steht, verhängten Geldstrafe oder 3 Jahre nicht übersteigenden Freiheitsstrafe ist nach Anhörung der Staatsanwaltschaft – auch noch nach Übernahme in den Strafvollzug (§ 3 Abs. 4 Strafvollzugsgesetz – StVG) – für die Dauer von höchstens 2 Jahren aufzuschieben, wenn 1. der Verurteilte an Suchtmittel gewöhnt ist und sich bereit erklärt, sich einer notwendigen und zweckmäßigen, ihm nach den Umständen möglichen und zumutbaren und nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahme, gegebenenfalls einschließlich einer bis zu sechs Monate dauernden stationären Aufnahme, zu unterziehen, und 2. im Fall der Verurteilung zu einer 18 Monate übersteigenden Freiheitsstrafe wegen einer Straftat, die mit der Beschaffung von Suchtmitteln in Zusammenhang steht, der Vollzug der Freiheitsstrafe nicht im Hinblick auf die Gefährlichkeit des Täters geboten erscheint, insbesondere weil die Verurteilung wegen Straftaten erfolgt ist, die unter Anwendung erheblicher Gewalt gegen Personen begangen worden sind. (3) Das Gericht kann den Verurteilten auffordern, Bestätigungen über den Beginn und den Verlauf der gesundheitsbezogenen Maßnahme vorzulegen. (4) Der Aufschub ist zu widerrufen und die Strafe zu vollziehen, wenn der Verurteilte 1. sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme, zu der er sich gemäß Abs. 1 Z 1 bereit erklärt hat, nicht unterzieht oder es unterlässt, sich ihr weiterhin zu unterziehen, oder 2. wegen einer Straftat nach diesem Bundesgesetz oder wegen einer im Zusammenhang mit seiner Gewöhnung an Suchtmittel begangenen Straftat neuerlich verurteilt wird und der Vollzug der Freiheitsstrafe geboten erscheint, um den Verurteilten von der Begehung weiterer Straftaten abzuhalten.	Gericht	nach Verurteilung
§ 40 SMG	nachträglich bedingte Strafnachsicht	(1) Ist der Aufschub nicht zu widerrufen (§ 39 Abs. 4), oder hat sich ein an ein Suchtmittel gewöhnter Verurteilter sonst mit Erfolg einer gesundheitsbezogenen Maßnahme unterzogen, so hat das Gericht die Strafe unter Bestimmung einer Probezeit von mindestens einem und höchstens drei Jahren bedingt nachzusehen. (3) Bei einer Entscheidung über den Widerruf der bedingten Strafnachsicht (§ 53 StGB) kann das Gericht vom Widerruf ganz oder zum Teil absehen, wenn sich der Verurteilte einer gesundheitsbezogenen Maßnahme unterzogen hat, die ihn in seiner selbstbestimmten Lebensführung erheblich beschränkt hat.	Gericht	nach Verurteilung
§ 41 SMG	Kostentragung	(1) Der Bund hat die Kosten gesundheitsbezogener Maßnahmen gemäß § 11 Abs. 2 Z 1 bis 4 in den Fällen der §§ 35 bis 37 und 39 SMG [...] sowie die Kosten einer Entwöhnungsbehandlung [...] eines Rechtsbrechers, dem aus Anlass einer mit seiner Gewöhnung an Suchtmittel im Zusammenhang stehenden Verurteilung die Weisung erteilt worden ist, sich einer solchen Behandlung zu unterziehen, zu übernehmen, wenn 1. dieser sich der Maßnahme in einer Einrichtung oder Vereinigung gemäß § 15 unterzieht, 2. nicht Anspruch auf entsprechende Leistungen auf Grund von Gesetzen der Länder oder aus einer gesetzlichen Sozialversicherung hat und 3. durch die Verpflichtung zur Zahlung der Kosten sein Fortkommen erschwert würde.	Gericht	nach Verurteilung

Paragraf	Kurztitel	relevante Textstelle	ausführendes Organ	Verfahresebene
		<p>(2) Der Bund trägt die Kosten jedoch nur bis zu dem Ausmaß, in dem die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter für die Kosten aufkäme, wenn der Rechtsbrecher in der Krankenversicherung öffentlich Bediensteter versichert wäre. Anstelle des Behandlungsbeitrags [...] ist ein Pauschalkostenbeitrag aufzuerlegen, soweit dadurch nicht der zu einer einfachen Lebensführung notwendige Unterhalt des Rechtsbrechers und der Personen, zu deren Unterhalt er verpflichtet ist, gefährdet wäre. Für die Bemessung des Kostenbeitrags gilt [...], dass die Art der Maßnahme, deren Notwendigkeit, ihre Dauer und Erfolg sowie im Fall des § 39 auch ein dem Verurteilten auferlegter Kostenersatz angemessen zu berücksichtigen sind.</p> <p>(3) Die vom Bund zu übernehmenden Kosten hat das Gericht, das im Fall des § 35 im Ermittlungsverfahren zuständig wäre, das Strafverfahren nach § 37 vorläufig eingestellt, die Weisung im Sinne des Abs. 1 oder nach § 173 Abs. 5 Z 9 StPO erteilt oder den Strafvollzug nach § 39 aufgeschoben hat, mit Beschluss zu bestimmen und anzuweisen.</p>		

Quelle: SMG (BGBl. I 1997/112) Darstellung: GÖG

Drogenkonsum

Inhalt

3	Drogenkonsum.....	49
3.1	Zusammenfassung.....	49
3.2	Cannabis	51
3.2.1	Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums	51
3.2.2	Risikoreicher Cannabiskonsum	54
3.2.3	Neue Entwicklungen.....	55
3.3	Stimulanzien.....	55
3.3.1	Prävalenz und Trends des Stimulanzienkonsums.....	55
3.3.2	Risikoreicher/Problematischer Konsum von Stimulanzien.....	58
3.3.3	Neue Entwicklungen.....	60
3.4	Heroin und andere Opioide.....	61
3.4.1	Prävalenz und Trends des Opioidkonsums.....	61
3.4.2	Injizieren und andere Konsumformen.....	63
3.4.3	Neue Entwicklungen.....	64
3.5	Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und andere neue Drogenkonsummuster	64
3.5.1	Prävalenz und Trends des NPS-Konsums	64
3.5.2	Neue Entwicklungen.....	65
3.6	Quellen und Studien	67
3.6.1	Quellen	67
3.6.2	Studien.....	69
3.7	Bibliografie.....	72
3.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	78
3.9	Anhang	79

3 Drogenkonsum

3.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Bezüglich der Prävalenz von Drogenkonsum wird zwischen der Lebenszeitprävalenz (Drogenkonsum irgendwann im Leben), der Jahresprävalenz (Drogenkonsum im letzten Jahr) und der Monatsprävalenz (Drogenkonsum während der letzten 30 Tage) unterschieden.

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen (Lebenszeitprävalenz) finden sich in Österreich am häufigsten in Bezug auf Cannabis, dessen Konsum Prävalenzraten von etwa 30 bis 40 Prozent bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15–24 Jahre) hat. Aus den meisten Repräsentativstudien ergeben sich weiters Konsumerfahrungen von etwa je 2 bis 4 Prozent für Ecstasy⁴⁴, Kokain und Amphetamin. In der letzten Repräsentativbefragung aus dem Jahr 2022 sind die Werte allerdings etwas höher (5 bis 6 %). Rund je 1 bis maximal 2 Prozent geben Lebenszeiterfahrungen mit Opioiden und *Neuen Psychoaktiven Substanzen* (NPS, auch *research chemicals* bzw. *legal highs* genannt) an.

Für Aussagen über den aktuellen Konsum von Drogen kann ausschließlich die Jahres- bzw. die Monatsprävalenz herangezogen werden. Im letzten Jahr haben 6 Prozent aller Österreicher:innen im Alter von 15 bis 64 Jahren Cannabis konsumiert. Bei allen anderen illegalen Drogen liegt die Jahresprävalenz unter 1 Prozent. Einzige Ausnahme ist hier Kokain mit einer Jahresprävalenz von 1,4 Prozent.

Klar abzugrenzen von Probierkonsum und weitgehend unproblematischem gelegentlichem Konsum ist der sogenannte risikoreiche/problematische Drogenkonsum. Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der *Drogenagentur der Europäischen Union* (EUDA)⁴⁵ der „wiederholte Drogenkonsum, der Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen. Der multiple⁴⁶ Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden spielt in Österreich die zentrale Rolle. Aktuell konsumieren zwischen 36.000 und 39.000 Personen risikoreich Opioide (meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka). Etwa 40 Prozent dieser Personen leben in Wien (problematischer Drogenkonsum findet nach wie vor in Ballungszentren häufiger statt als in ländlichen Gebieten). Etwas über drei Viertel der Betroffenen sind Männer. Nur 8 Prozent der Betroffenen sind unter 25 Jahre alt. Sniffen spielt beim Opioidkonsum eine wichtige Rolle. Die Zahl der Personen, die Opioide vorwiegend intravenös konsumieren, wird auf 10.800 bis 13.700 Personen geschätzt.

⁴⁴ Der umgangssprachliche Begriff Ecstasy wird in diesem Bericht synonym für MDMA verwendet.

⁴⁵ Im Rahmen einer Mandaterweiterung wurde die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA bzw. EBDD) am 2. Juli 2024 in die Drogenagentur der Europäischen Union (EUDA) umbenannt.

⁴⁶ Multipler Drogenkonsum ist dem WHO-Lexikon für Alkohol und Drogen zufolge als Gebrauch mehr als einer Droge oder Drogenart durch eine Person zu verstehen. Der Konsum unterschiedlicher Drogen kann sowohl gleichzeitig als auch nacheinander stattfinden, oftmals mit der Absicht der Beschleunigung, Potenzierung oder Neutralisierung des Effekts anderer Drogen (vgl. WHO 1994).

Hinsichtlich des Konsums synthetischer Opioide liegen in Österreich lediglich Einzelfallberichte vor.

Trends und neue Entwicklungen

Fast alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring zeigen bei den unter 25-Jährigen eine Stagnation beim risikoreichen Opioidkonsum (jährlich etwa gleich viele Personen beginnen einen Opioidkonsum). Aktuell ist daher von einer relativ stabilen Lage auszugehen, da auch Anzeichen für eine signifikante Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums hin zu anderen Substanzen fehlen. Eine Datenquelle spiegelt diesen Trend jedoch nicht wider: Es sind sowohl die drogenbezogenen Todesfälle insgesamt angestiegen (2023: 256 Fälle)⁴⁷ als auch der Anteil der jüngeren Verstorbenen. Mögliche Ursachen dafür könnten Spätfolgen der COVID-19-Pandemie, eine gestiegene Reinheit der Substanzen oder eine Verschärfung der Drogensituation bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sein.

Es gibt rezente Berichte aus mehreren Bundesländern über einen Anstieg multipler riskanter Konsummuster von Jugendlichen, bei denen Benzodiazepine, aber auch andere Drogen wie Alkohol, Kokain und Opioide eine Rolle spielen. Auch in den Medien wurde über Fälle von tödlichen Überdosierungen bei Jugendlichen, insbesondere Mädchen, berichtet. Von einigen Expertinnen und Experten wird ein Bezug dieser Problematiken zu den psychosozialen Belastungen im Kontext der COVID-19-Pandemie und anderer Krisen (Krieg in der Ukraine, Klimakrise) hergestellt. Diese Einzelfallbeobachtungen finden eine Bestätigung in einer Analyse der drogenbedingten Akutaufenthalte von Jugendlichen in den österreichischen Krankenanstalten. Hier zeigt sich bei Mädchen ein rezenter Anstieg. Auch die Analyse stationärer Aufnahmen wegen Mischintoxikationen in der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Innsbruck der Jahre 2017 bis 2023 kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Eine finale quantitative Einordnung der Problematik ist derzeit aber nicht möglich, da diese Personen im Routinemonitoring (noch) nicht aufscheinen.

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

Der Konsum von Stimulanzien und insbesondere von Kokain ist gestiegen. Das zeigt sich in abwasserepidemiologischen Studien, bei den Anzeigen, in Bevölkerungsbefragungen, beim Drug-Checking und bei Anrufen bei der Vergiftungsinformationszentrale. Dies bildet sich mittlerweile auch im Behandlungssystem ab, wo Kokain im Jahr 2024 bei etwa einem Drittel der Erstbehandlungen eine Leitdroge darstellte.

⁴⁷ Die Zahlen für 2024 lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor und werden im Epidemiologiebericht Sucht 2025 veröffentlicht.

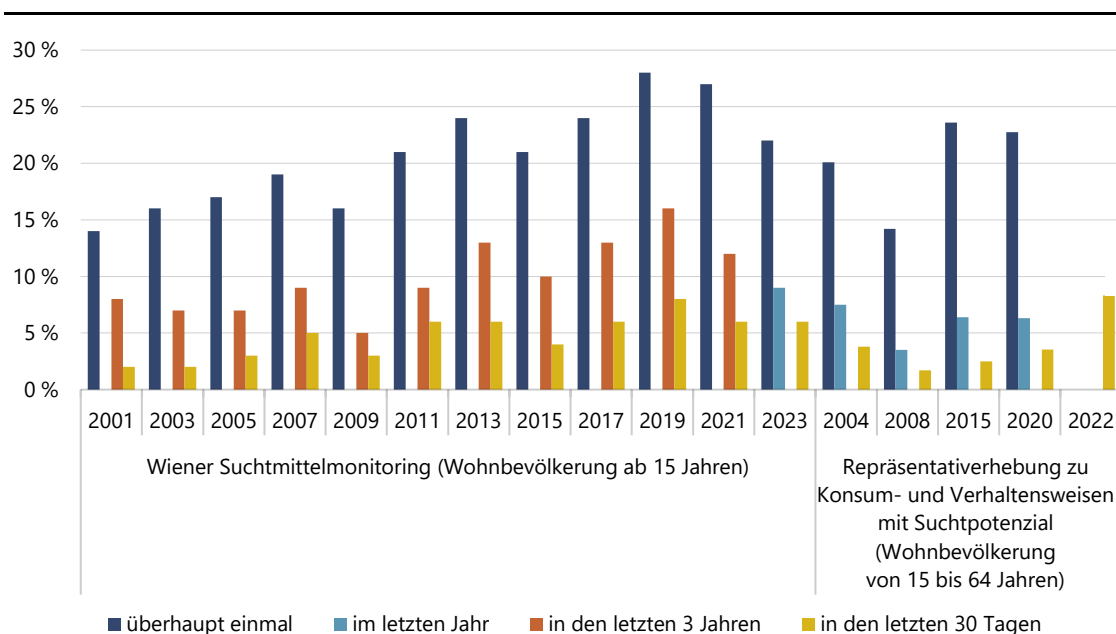
3.2 Cannabis

3.2.1 Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums

Laut den Angaben von über 1.400 aktuellen Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten aus Österreich (zu ihrem Konsum in den letzten 30 Tagen) aus der letzten Erhebungswelle des *European Web Survey on Drugs*⁴⁸ (EWSD) von 2024 konsumieren diese Cannabis zu 90 Prozent in Form von Cannabiskraut, zu 49 Prozent in Form von Cannabisharz, zu 37 Prozent in Form von Edibles⁴⁹, zu 16 Prozent in Form von Cannabisölen und zu 12 Prozent in Form von Liquids (Mehrfachnennungen möglich, vgl. Strizek & Karden 2025).

Cannabiskonsum in der Allgemeinbevölkerung

Abbildung 4: Cannabiskonsum gemäß Wiener Suchtmittelmonitoring und österreichweiten Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch (Zeitreihen)



Anmerkungen: In der Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial wurde die Drei-Jahres-Prävalenz nicht erhoben. Im Rahmen des Wiener Suchtmittelmonitorings wurde dieser Indikator ab der Erhebungswelle 2023 aus Gründen der leichteren Vergleichbarkeit mit anderen Erhebungen durch die Jahresprävalenz ersetzt. Werte in Tabelle 11 im Anhang beziehen sich auf die gesamte erwachsene Bevölkerung ab 15 Jahren, also inklusive Personen über 64 Jahre.

Quellen: IFES 2001 bis 2023, Uhl et al. 2005a, Uhl et al. 2009, Strizek et al. 2016a, Strizek et al. 2021, Strizek et al. 2023;
Darstellung: GÖG

Längerfristig zeigt sich im Verlauf der beiden letzten Jahrzehnte sowohl im Wiener Suchtmittelmonitoring als auch in den österreichischen Bevölkerungserhebungen ab dem Beginn der

⁴⁸ für eine allgemeine Einführung zu Zielsetzungen und Methodik des EWSD vgl. Matias 2022

⁴⁹ Cannabisprodukte zum Essen, z. B. in Form von Keksen, Kuchen, Fruchtgummis, Schokolade oder Ähnlichem

2000er-Jahre ein leicht ansteigender Anteil konsumerfahrener Personen in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen (vgl. Abbildung 4 und Tabelle 11). Die Erhebungswellen 2021 und 2023 aus Wien weisen hingegen wieder auf einen leichten Rückgang des Cannabiskonsums hin.

Beim Flash Eurobarometer 552 liegt die Lebenszeitprävalenz in Österreich 2024 für Cannabis mit 28 Prozent etwas über den aktuellen Werten in Abbildung 4 und entspricht dem Wert des Flash Eurobarometers 493 aus dem Jahr 2021 (29 %) (Ipsos 2022 und 2024). Die im Jahr 2023 im Rahmen des CannaStreet-Projekts⁵⁰ erhobene Jahresprävalenz bei 18- bis 64-Jährigen liegt bei 9 Prozent (Schrantz et al. 2024).

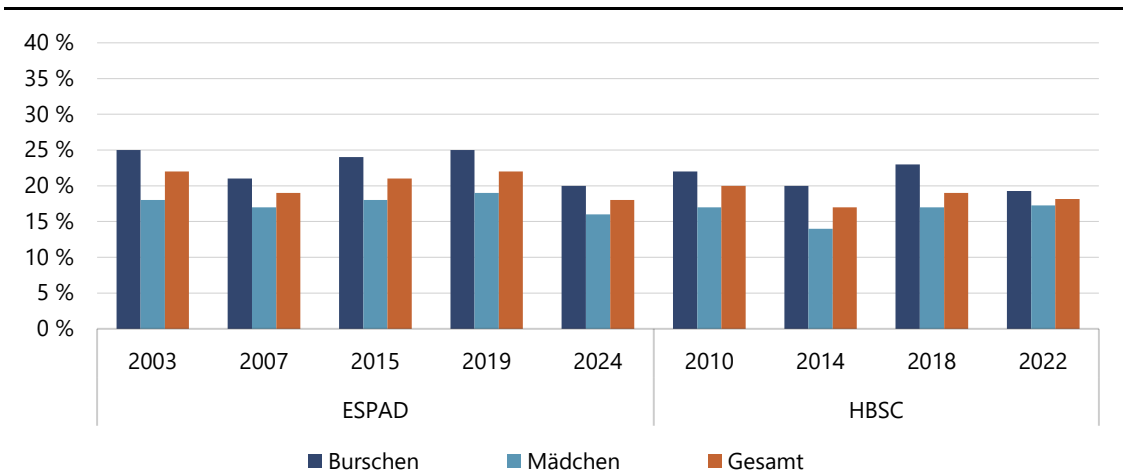
Konsumerfahrungen mit Cannabis beschränken sich meist auf eine kurze Lebensphase, wie die große Diskrepanz zwischen Lebenszeitprävalenz und Prävalenz des Cannabiskonsums im letzten Monat zeigt (vgl. Abbildung 4).

Im Juni 2024 durchgeführte abwasserepidemiologische Analysen aus 158 österreichischen Gemeinden in Vorarlberg, Tirol, Salzburg, Oberösterreich, Niederösterreich, der Steiermark und Kärnten bestätigen, dass Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Droge ist. Die mittlere tägliche Konsummenge für THC lag bei 8,1 g pro 1.000 Einwohner:innen. Bei einer mittleren Dosis von 150 mg THC ergäbe das täglich einen Umsatz von 54 Dosen („Joints“) pro 1.000 Einwohner:innen. Der THC-Konsum wird für das urbane Gebiet höher eingeschätzt als für den ländlichen Raum. Eine bis 2018 zurückreichende Zeitreihe in puncto Cannabis liegt aus Tirol (Innsbruck) vor. Hier ging die Konzentration des THC-Markers im Abwasser von 2018 bis 2020 kontinuierlich zurück, stieg 2021 aber wieder etwas über das Niveau von 2018 an. Im Jahr 2022 sank der Wert wieder leicht und blieb im Jahr 2023 unverändert, 2024 zeigte wiederum einen Rückgang. In Graz, wo solche Daten seit 2019 erhoben werden, zeigt sich ein ähnliches Bild. Es gibt somit derzeit keinen Hinweis auf einen rezenten Anstieg des Cannabiskonsums, es deutet sich eher eine leicht rückläufige Tendenz an (Oberacher und Kluckner 2024). Detailanalysen zu Vorarlberg finden sich in einem eigenen Monitoringbericht (Oberacher et al. 2024).

⁵⁰ In der vom Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) in Hamburg durchgeführten Studie sollen die Auswirkungen des bundesdeutschen Cannabisgesetzes auf den Cannabiskonsum und das Fahren unter Cannabiseinfluss (DUI) evaluiert werden. Es wurden 8.556 Befragte in Deutschland und 2.132 Befragte in Österreich hinsichtlich ihres Cannabiskonsums gescreent (Details siehe Kapitel 3.6.2).

Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Abbildung 5: Cannabiskonsum: Lebenszeiterfahrung Jugendlicher nach Geschlecht in ESPAD und HBSC (Zeitreihen)



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

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

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

Quellen: Uhl et al. 2005b, Strizek et al. 2008, Strizek et al. 2016b, Hojni et al. 2020; Strizek et al. 2025; Ramelow et al. 2011, Currie et al. 2012, Ramelow et al. 2015; Teutsch et al. 2019, Teutsch et al. 2023; Darstellung: GÖG

Etwas weniger als ein Fünftel der befragten Schüler:innen (ESPAD, HBSC; vgl. Tabelle 12) gibt an, bereits einmal Cannabis konsumiert zu haben. Burschen weisen dabei eine etwas höhere Rate auf als Mädchen. Im Zeitverlauf zeigen sich nur geringfügige Veränderungen (vgl. Abbildung 5). Seit 2019 wird in ESPAD auch die Lebenszeitprävalenz synthetischer Cannabinoide erfragt. Sie betrug im Jahr 2019 4 Prozent und im Jahr 2024 6 Prozent.

Aus der letzten österreichischen Bevölkerungserhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (Strizek et al. 2021)⁵¹ ergibt sich für Jugendliche und junge Erwachsene (15–24 Jahre) im Jahr 2020 eine Lebenszeitprävalenz von 24 Prozent, eine Jahresprävalenz von 17 Prozent und eine Monatsprävalenz von 7 Prozent für Cannabiskonsum. Sämtliche Werte sind somit etwas niedriger als jene der Erhebung von 2015 (Lebenszeitprävalenz = 29 %; Jahresprävalenz = 19 %; Monatsprävalenz = 8 %).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich anhand der verfügbaren Befragungsdaten hinsichtlich des Cannabiskonsums in der Gesamtbevölkerung bzw. bei Jugendlichen kein eindeutiger Trend feststellen lässt. Es ist auch darauf hinzuweisen, dass sich in Befragungsdaten, die den Konsum illegaler Drogen betreffen, aufgrund der Tatsache, dass nach einem illegalen Verhalten gefragt wird, große Unschärfen ergeben. Es kann davon ausgegangen werden, dass das gesell-

⁵¹ Um die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zu beobachten, wurde die letzte Bevölkerungsbefragung zu suchtrelevanten Verhaltensweisen in drei Wellen (2020, 2021 und 2022) durchgeführt. Angaben zur Lebens-, Jahres- und Monatsprävalenz des Cannabiskonsums liegen nur aus der ersten Welle (2020) vor.

schaftliche Klima bezüglich Cannabis einen maßgeblichen Einfluss darauf hat, ob ein etwaiger Konsum angegeben wird oder nicht.

3.2.2 Risikoreicher Cannabiskonsum⁵²

Bei der dritten Welle der Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (Strizek et al. 2023) weist etwa die Hälfte der Personen, die in den letzten 4 Wochen Cannabis konsumiert haben, im Screening-Tool CAST⁵³ einen kritischen Wert auf. Es lässt sich dabei auch ein starker Zusammenhang mit psychischen Belastungen während der COVID-19-Pandemie feststellen. Das ist möglicherweise ein Hinweis darauf, dass es eine Gruppe von Cannabiskonsumierenden gibt, die Cannabiskonsum als Copingstrategie bei psychischen Belastungen einsetzt und dies als problematisch erlebt.

Hinweise auf behandlungsrelevanten Cannabiskonsum geben die amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 Suchtmittelgesetz (SMG). Dabei liegen lediglich Daten für Österreich ohne Wien vor. Im Jahr 2024 wurde in 764 Fällen ein behandlungsrelevanter Konsum von Cannabis diagnostiziert (Anzenberger et al. 2025). Dem stehen 19.691 polizeiliche Anzeigen nach dem SMG gegenüber, in denen Cannabis erwähnt wird (ebenfalls Österreich ohne Wien; vgl. Kapitel 7 sowie Tabelle 12). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass nur ein kleiner Teil der von der Polizei angezeigten Cannabiskonsumierenden im Rahmen von amtsärztlichen Begutachtungen als behandlungsrelevant eingestuft wird.

Im Jahr 2024 befanden sich geschätzt 2.517 Personen ausschließlich wegen Cannabiskonsums in Betreuung durch eine Einrichtung der Suchthilfe (vgl. Kapitel 5). Vertiefende Analysen aus den Jahren 2012 und 2017⁵⁴ zeigen jedoch, dass lediglich etwa ein Drittel dieser Personen vor Behandlungsbeginn hochfrequent Cannabis konsumierte. Die übrigen Personen hatten ihren Cannabiskonsum bereits vor der Behandlung stark eingeschränkt respektive Cannabis möglicherweise nie hochfrequent konsumiert. Die Behandlung dürfte bei diesen Personen eher als Maßnahme der Frühintervention zu verstehen sein. Cannabiskonsum wird jedoch relativ häufig auch im Rahmen multipler Konsummuster als behandlungsrelevant eingestuft.

Der Anteil der Erstpazientinnen und Erstpazienten mit der Leitdroge Cannabis (Mehrfachnennung möglich), die sich in ambulanter oder stationärer Betreuung durch Einrichtungen der Suchthilfe befinden, schwankt in den letzten 10 Jahren zwischen 47 und 52 Prozent. In den Jahren 2023 und 2024 machte er 48 Prozent aus (Anzenberger et al. 2025).

Bei den Spitalsentlassungen im Jahr 2023 (letzte verfügbare Zahlen) kamen schädlicher Gebrauch von Cannabis (55 Fälle), psychotische Störung durch Cannabinoide (89 Fälle) und Cannabisabhängigkeit (122 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor. Betrachtet man Haupt- und Neben-

⁵² Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der EUDA der „wiederholte Drogenkonsum, der Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden (EMCDDA 2013). Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen.

⁵³ Das *Cannabis Abuse Screening Tool* (CAST) besteht aus 6 Items (Konsum am Vormittag; Konsum allein; Gedächtnisprobleme durch Konsum; Rat von Freundinnen/Freunden oder der Familie, aufzuhören; erfolgloser Versuch, zu reduzieren oder gänzlich aufzuhören; Probleme durch Konsum in Schule oder mit Freundinnen/Freunden), deren Frequenz mittels 4 Stufen erfasst wird (nie = 0, selten = 1, gelegentlich = 2, oft = 3). In der einschlägigen Literatur (Spilka et al. 2013) wird ein Cut-off-Score von 7 Punkten angeführt, um zwischen risikoarmem und riskantem Konsum zu unterscheiden. Ab einem Score von 7 wird der Konsum als riskant bezeichnet.

⁵⁴ http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12_Weigl_Cannabis_in_Osterreich_und_der_EU.pdf [Zugriff am 31.07.2025]

diagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Cannabis 1.602 Fälle, für psychotische Störung durch Cannabinoide 177 Fälle und für Cannabisabhängigkeit 1.058 Fälle (vgl. Tabelle 13 und Tabelle 14).

Da sich die oben dargestellten Datenquellen vermutlich stark überschneiden⁵⁵, dürfte die Gruppe der Personen mit behandlungsrelevantem Cannabiskonsum im Vergleich zu den geschätzt 36.000 bis 39.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nicht groß sein (vgl. Kapitel 3.4.1 und Kapitel 5). Nicht erfasst sind Personen mit behandlungsrelevantem Cannabiskonsum, die keine Hilfe suchen oder Hilfe außerhalb des Systems der Suchthilfe in Anspruch nehmen.

3.2.3 Neue Entwicklungen

Nach wie vor wird eine Beimischung synthetischer Cannabinoide zu Cannabis bzw. Cannabisprodukten beobachtet. Bei *Checkit!* in Wien waren synthetische Cannabinoide bei Proben, die unerwartet NPS enthielten (2,3 % aller Proben), am häufigsten (SHW 2025). Beim Drug-Checking in Tirol wurden in 2 von insgesamt 38 Cannabisproben synthetische Cannabinoide aufgefunden (Drogenarbeit Z6 2025), beim Drug-Checking in der Steiermark wurde in 10 von 60 Proben ein synthetisches Cannabinoid detektiert (Triptalks 2025). Aus dem österreichischen Datensatz der letzten Erhebungswelle des *European Web Survey on Drugs* (Strizek & Karden 2025) stehen Daten für 2.181 Personen zur Verfügung, die in den letzten 12 Monaten zumindest eine illegale Substanz konsumiert haben. 3 Prozent von ihnen gaben an, im letzten Jahr synthetische Cannabinoide konsumiert zu haben (2021: 7 %). Die Lebenszeitprävalenz lag bei 18 Prozent (2021: 21 %). Der Konsum synthetischer Cannabinoide ist mit großen gesundheitlichen Gefahren verbunden. Viele dieser Substanzen sind nämlich um ein Vielfaches stärker und weisen verglichen mit natürlichen Cannabinoiden ein untypisches Wirkprofil auf (Dauer und Einsetzen der Wirkung). Daher kommt es durch den Konsum synthetischer Cannabinoide häufiger zu Überdosierungen und Vergiftungen (SHW 2024).

3.3 Stimulanzen

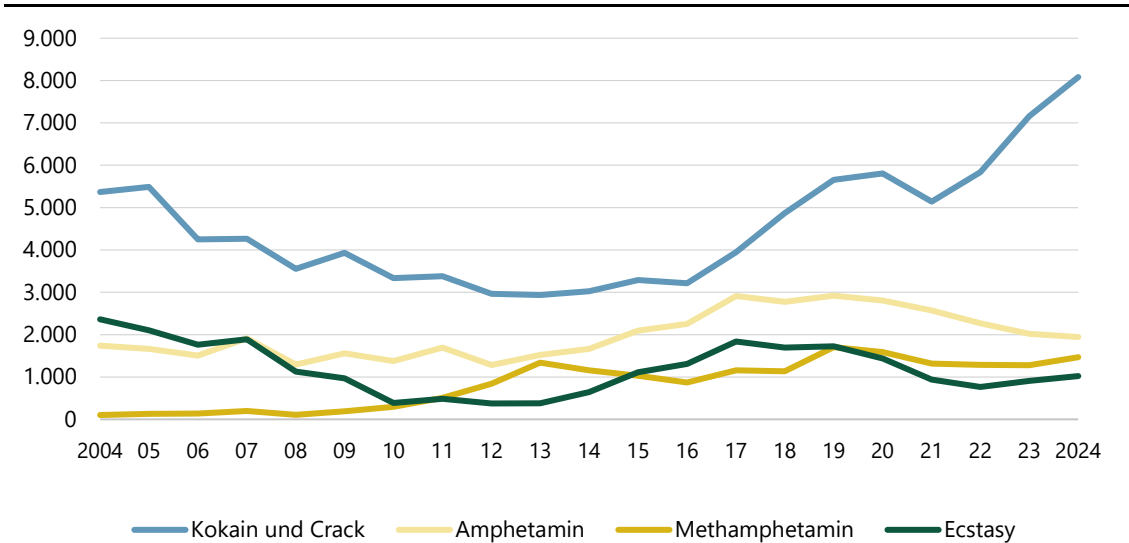
3.3.1 Prävalenz und Trends des Stimulanzienkonsums

Kokain ist jenes Stimulans, auf das sich die weitaus meisten SMG-Anzeigen beziehen, gefolgt von Amphetamin sowie Methamphetamin und Ecstasy⁵⁶ (vgl. auch Kapitel 7 und Abbildung 6). Bei Kokain steigen die Anzeigenzahlen seit 2016 (mit einem kurzfristigen Rückgang 2021) stark an. Die Anzeigenzahlen bei Amphetamin sind seit 2019 rückläufig.

⁵⁵ Beispielsweise sind Personen, die sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG in einer §-15-SMG-Einrichtung unterziehen, nicht nur in *eSuchtmittel* dokumentiert, sondern auch im DOKLI-Datensatz (eine Auswertung des Behandlungsjahrs 2015 zeigte, dass 62 Prozent der Personen, die in DOKLI-Einrichtungen wegen Cannabis behandelt wurden, aufgrund einer Auflage in Behandlung waren); vgl. http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12_Weigl_Cannabis_in_Osterreich_und_der_EU.pdf [Zugriff am 31.07.2025].

⁵⁶ Der umgangssprachliche Begriff Ecstasy wird in diesem Bericht synonym für MDMA verwendet.

Abbildung 6: Entwicklung der Zahl der Anzeigen bezüglich Stimulanzen wegen Verstoß gegen das SMG 2004–2024



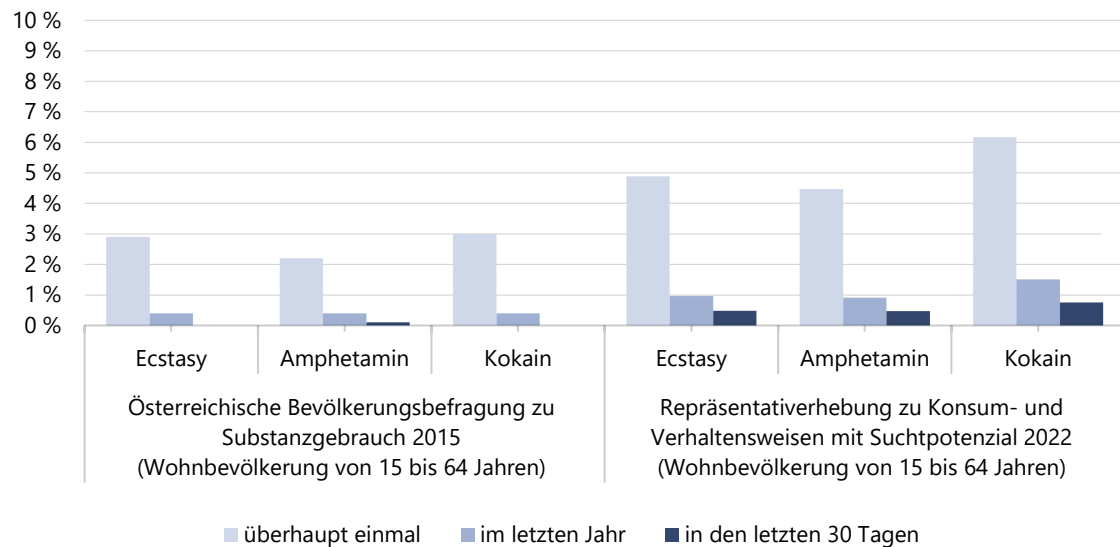
Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Zur Kategorie „Kokain und Crack“ ist anzumerken, dass sich in Österreich die meisten einschlägigen Anzeigen auf Kokain in Pulverform beziehen.

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

Konsum von Stimulanzen in der Gesamtbevölkerung

Nur ein kleiner Teil der Allgemeinbevölkerung macht jemals Erfahrungen mit den Stimulanzen Ecstasy (MDMA), Amphetamin und Kokain. Die Zahlen bezüglich des Konsums in den letzten 30 Tagen sind noch wesentlich niedriger. Im Vergleich zur Erhebung von 2015 zeigte sich 2022 allerdings für alle 3 Stimulanzen ein deutlicher Zuwachs bei den Personen, die von Konsumerfahrungen berichten (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: Stimulanzienkonsum (Lebenszeitprävalenz, Jahresprävalenz und Monatsprävalenz)



Anmerkung zur Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2022: Die Werte in Tabelle 11 im Anhang beziehen sich auf die gesamte erwachsene Bevölkerung ab 15 Jahren, also inklusive Personen über 64 Jahre.

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

Im Juni 2024 durchgeführte abwasserepidemiologische Analysen aus 158 österreichischen Gemeinden in 7 Bundesländern bestätigen, dass Kokain jenes Stimulans ist, das am häufigsten konsumiert wird. Die mittlere tägliche Konsummenge für Kokain lag bei 1,1 g pro 1.000 Einwohner:innen. Bei einer mittleren Dosis von 100 mg Kokain entspräche das einem täglichen Umsatz von 11 Dosen pro 1.000 Einwohner:innen. Für Ecstasy ergäben sich täglich 0,2 Dosen pro 1.000 Einwohner:innen, für Amphetamin 2,9 Dosen und für Methamphetamin 0,6 Dosen. Der Kokainkonsum scheint in Westösterreich höher als in Ostösterreich zu sein, beim Amphetaminkonsum ist dies tendenziell umgekehrt. Das nachgewiesene Methamphetamin deutet insgesamt auf einen niedrigen Pro-Kopf-Konsum hin. Lokal lassen sich jedoch einige Ausreißer mit erhöhten Werten feststellen. Bei Kokain setzt sich der seit 2018 beobachtete Anstieg – nach einem Rückgang während der COVID-19-Pandemie – auch 2024 fort, bei den anderen Stimulanzien lassen sich wenig Veränderungen zum Vorjahr feststellen. (Oberacher und Kluckner 2024)

Auch die Anrufe bei der österreichischen Vergiftungsinformationszentrale (VIZ), bei denen Kokain eine Rolle spielt (meist in Kombination mit anderen Drogen), sind von 27 im Jahr 2016⁵⁷ auf 172 im Jahr 2024 (vgl. Kapitel 6) angestiegen und liegen damit knapp hinter den Anrufen wegen Cannabis (174). Wegen MDMA wurde dort im Jahr 2024 116-mal, wegen Amphetamin 31-mal und wegen Methamphetamin 23-mal angerufen⁵⁸ (Schiel et al. 2025).

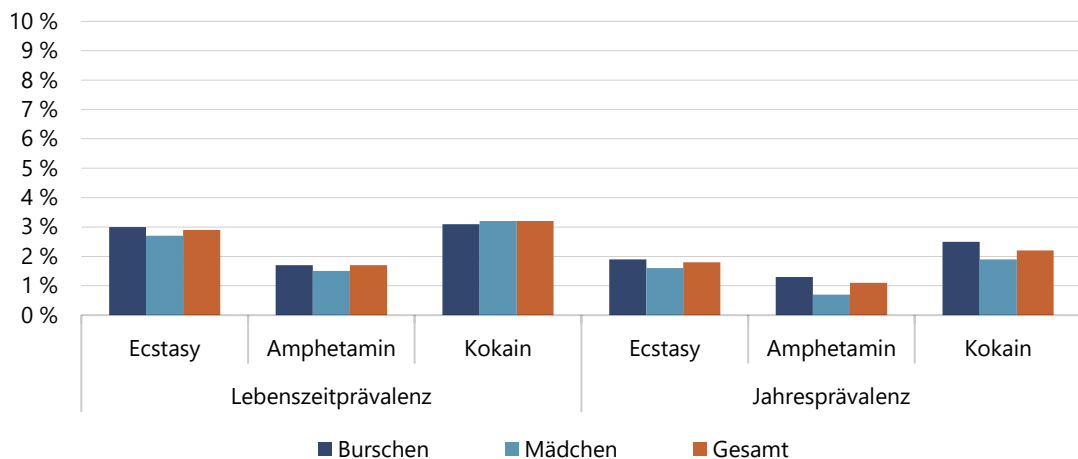
⁵⁷ 2016 wurde erstmals eine drogenspezifische Auswertung der VIZ-Daten vorgenommen, die seit damals jährlich wiederholt wird.

⁵⁸ Die Substanzen, wegen denen angerufen wird, sind jene, von denen angenommen wird, dass sie zur Vergiftung geführt haben. Insbesondere bei illegalen Drogen kann das nicht immer zutreffend sein. So ruft z. B. eine Person an, weil sie glaubt, Kokain genommen zu haben, in Wirklichkeit wurde ihr aber Amphetamin verkauft.

Unter den bei *Checkit!* in Wien abgegebenen Proben war Kokain 2019 erstmals die Nummer eins – noch vor Ecstasy und Amphetamin. Im Jahr 2024 wurden mit 722 Kokainproben fast doppelt so viele Proben abgegeben als bezüglich Ecstasy (383 Proben) oder Speed (349 Proben) (SHW 2025). Auch beim Drug-Checking in Tirol (Oberacher 2025) und in der Steiermark (Triptalks 2025) lag Kokain mit Abstand an der Spitze.

Konsum von Stimulanzien durch Jugendliche und spezifische Zielgruppen

Abbildung 8: Stimulanzienkonsum: Lebenszeiterfahrung und Konsum in den letzten 12 Monaten von Jugendlichen nach Geschlecht (ESPAD 2024)



Anmerkung: Die Zahlen beziehen sich ausschließlich auf Jugendliche im Alter zwischen 15 und 16 Jahren.

Quelle: Strizek et al. 2025; Darstellung: GÖG

In den Befragungen von Schülerinnen und Schülern zeigen sich durchwegs niedrige Werte hinsichtlich Konsumerfahrungen mit Stimulanzien (vgl. Abbildung 8). Gleichzeitig sind – aufgrund des niedrigen Alters der Befragten – nur geringe Unterschiede zwischen der Lebenszeitprävalenz und der Jahresprävalenz zu beobachten.

3.3.2 Risikoreicher/Problematischer Konsum von Stimulanzien

Im Jahr 2024 befanden sich geschätzt 1.711 Personen wegen Kokainkonsums (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden) und 523 Personen wegen des Konsums anderer Stimulanzien (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden und/oder Kokain) in Betreuung durch Einrichtungen der Suchthilfe. Insbesondere Kokainkonsum wird relativ oft im Rahmen multipler Konsummuster (in Kombination mit Opioiden) als behandlungsrelevant eingestuft (vgl. Kapitel 5).

Bei den Spitalsentlassungen des Jahres 2023 (stationäre Versorgung) kommen schädlicher Gebrauch von Kokain (25 Fälle) und Kokainabhängigkeit (67 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Kokain 557 Fälle und für Kokainabhängigkeit 294 Fälle. Schädlicher Gebrauch anderer Stimulanzien als Kokain (11 Fälle) und Abhängigkeit von diesen (16 Fälle) werden als Hauptdiagnose bei Spitalsentlassungen ebenfalls sehr selten diagnostiziert. Betrachtet man Haupt- und

Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch anderer Stimulanzien 281 Fälle und für Abhängigkeit davon 131 Fälle (vgl. Tabelle 13 und Tabelle 14).

Einen Hinweis auf den behandlungsrelevanten Konsum von Stimulanzien geben die amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG. Dazu liegen lediglich Daten für Österreich ohne Wien vor. Am weitaus häufigsten wird ein behandlungsrelevanter Konsum im Fall von Kokain (2024: 326 von insgesamt 441 Begutachtungen, bei denen ein behandlungsrelevanter Konsum von Stimulanzien diagnostiziert wurde) festgestellt, gefolgt von Amphetamin (2024: 61 von insgesamt 441 Begutachtungen, bei denen ein behandlungsrelevanter Konsum von Stimulanzien diagnostiziert wurde) (Anzenberger et al. 2025).

Da sich die oben dargestellten Datenquellen vermutlich stark überschneiden⁵⁹, dürfte die Gruppe von Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Stimulanzien im Vergleich zu den geschätzt 36.000 bis 39.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nicht groß sein (vgl. Kapitel 3.4.1 und Kapitel 5). Nicht erfasst sind Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Stimulanzien, die keine Hilfe suchen oder Hilfe außerhalb des Systems der Suchthilfe in Anspruch nehmen.

Daten von *Checkit!* zeigen, dass nach wie vor hochdosierte Ecstasy-Tabletten am Markt sind. So musste bei 5 Prozent der insgesamt 383 analysierten Ecstasy-Tabletten aufgrund eines Wirkstoffgehalts von über 200 mg MDMA eine Warnung ausgesprochen werden (SHW 2025 – vgl. Kapitel 7). Ecstasy spielt auch bei den drogenbezogenen Todesfällen eine größere Rolle als früher (vgl. Anzenberger et al. 2024). Der Schluss, dass der Konsum von Ecstasy aufgrund der (oft unerwartet) sehr hoch dosierten Tabletten risikoreicher geworden ist, liegt nahe (vgl. Kapitel 7).

Bei drogenbezogenen Todesfällen spielen Stimulanzien allein jedoch eine relativ geringe Rolle, sie werden meist im Rahmen multipler Konsummuster mit Opioiden nachgewiesen. Es gibt relativ selten ausschließlich durch Stimulanzien bedingte Überdosierungen (vgl. Anzenberger et al. 2024).

Es stehen keine Daten aus Repräsentativerhebungen zum Konsum synthetischer Cathinone zur Verfügung. Aus dem österreichischen Datensatz des *European Web Survey on Drugs* (Strizek & Karden 2025) liegen Daten für 2.181 Personen vor, die in den letzten 12 Monaten zumindest eine illegale Substanz konsumiert haben. Von diesen Personen berichten 18 Prozent von Konsumerfahrungen mit synthetischen Cathinonen in ihrem Leben (2021: 12 %), 9 Prozent von Konsumerfahrungen in den letzten 12 Monaten (2021: 4 %) und 5 Prozent von Konsumerfahrungen in den letzten 30 Tagen (2021: 1 %).

Injizieren und andere Konsumformen

Gemäß dem österreichischen Datensatz der Erhebungswelle von 2025 des *European Web Survey on Drugs*⁶⁰ wird Ecstasy überwiegend oral konsumiert (92 %) oder gesniff (28 %), Amphetamin wird mehrheitlich gesniff (96 %) oder oral konsumiert (15 %). Kokain wird überwiegend gesniff

⁵⁹ Beispielsweise sind Personen, die sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG in einer §-15-SMG-Einrichtung (die in DOKLI dokumentiert) unterziehen, nicht nur in *eSuchtmittel* dokumentiert, sondern auch im DOKLI-Datensatz.

⁶⁰ Die nachfolgenden Prozentsätze beziehen sich auf alle Personen, die angaben, in den letzten 12 Monaten die jeweilige Droge konsumiert zu haben. Mehrfachangaben bei der Einnahmeform sind möglich.

(99 %) und nur in seltenen Fällen injiziert oder oral konsumiert (jeweils 2 %) (Strizek & Karden 2025).

Informationen aus dem Behandlungsbereich (DOKLI) zur Einnahmeform bei Stimulanzien bestätigen dieses Bild. Ecstasy wird in erster Linie oral konsumiert, Amphetamin vorwiegend gesniff (etwa zwei Drittel), aber auch oral (etwa ein Drittel) konsumiert. Kokain wird meist gesniff (79 %) und zu einem gewissen Anteil auch gespritzt (Anzenberger et al. 2025).

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

3.3.3 Neue Entwicklungen

Der Konsum von Stimulanzien und insbesondere von Kokain ist gestiegen. Dies zeigt sich in abwasserepidemiologischen Studien, bei den Anzeigen, in Bevölkerungsbefragungen, beim Drug-Checking und bei Anrufen bei der Vergiftungsinformationszentrale, bildet sich mittlerweile aber auch im Behandlungssystem ab, wo Kokain im Jahr 2024 bei etwa einem Drittel der Erstbehandlungen eine Leitdroge darstellte (vgl. Kapitel 5). Zusammenfassend verweisen die verfügbaren Daten jedoch auf eine nach wie vor niedrige Prävalenz des Stimulanzienkonsums in der Bevölkerung.

In der Wiener Partyszene⁶¹ wird nach einer sehr kurzen Phase des erhöhten Konsums von NPS um das Jahr 2010 wieder verstärkt auf Amphetamin und Ecstasy zurückgegriffen und aktuell auch immer mehr auf Kokain (SHW 2018 bis SHW 2025, vgl. Kapitel 3.5.1).

⁶¹ Eine so weit zurückreichende Zeitreihe liegt nur für Wien vor. Ob das geschilderte Phänomen auch für die anderen Bundesländer gilt, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden. NPS spielen hier aber derzeit ebenfalls eine untergeordnete Rolle.

3.4 Heroin und andere Opiode

3.4.1 Prävalenz und Trends des Opioidkonsums

Bei den in Österreich sichergestellten Opioiden handelt es sich in erster Linie um Heroin und suchtgifthaltige Medikamente – einschließlich OAT-Medikamente. Im Jahr 2024 erfolgten 1.946 Anzeigen nach dem SMG wegen Heroins und anderer Opiate und 1.264 Anzeigen wegen suchtgifthaltiger Medikamente (vgl. Kapitel 7). Heroin und auf den Schwarzmarkt gelangte OAT-Medikamente stellen demnach die beiden gebräuchlichsten Opiode im illegalen Opioidkonsum in Österreich dar. Hinsichtlich des Gebrauchs synthetischer Opiode liegen derzeit nur Einzelfallberichte vor⁶².

Schätzungen des risikoreichen/problematischen Opioidkonsums

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

Die Schätzungen⁶³ für die Jahre 2022 bzw. 2023 ergeben für Österreich eine Prävalenzrate von 36.000 bis 39.000 Personen mit risikoreichem Opiatkonsum – in den meisten Fällen im Rahmen eines multiplen Konsums (Mischkonsums). Somit wären etwa 6 Personen pro 1.000 Österreicher:innen in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen von dieser Problematik betroffen. Etwas über drei Viertel der betroffenen Personen sind männlich, und 8 Prozent sind unter 25 Jahre alt (Anzenberger et al. 2024).

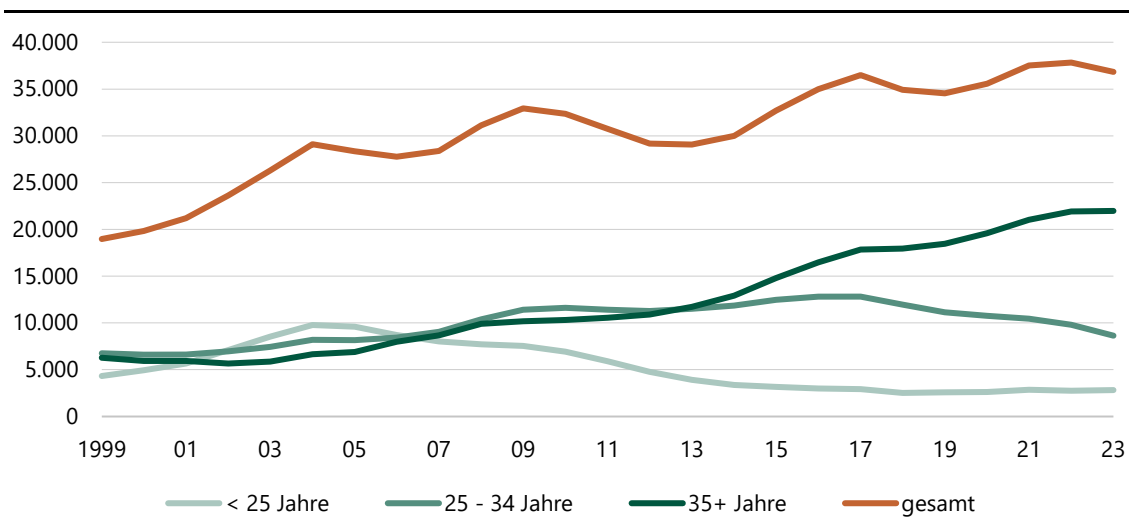
Einen vertiefenden Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung erlauben die altersstratifizierten Schätzungen (vgl. Abbildung 9). Hier verdoppelte sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (15- bis 24-Jährige) zwischen 2000 und 2004. Dies bedeutet, dass in dieser Zeitspanne vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene in den risikoreichen Drogenkonsum eingestiegen sind. Bis 2018 zeigt sich ein deutlicher Rückgang (= weniger Einsteiger:innen). Seither stagnieren die Werte bei etwas unter 3.000, was als Hinweis auf eine gleichbleibende Anzahl der Einsteiger:innen interpretiert werden kann.

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

⁶² Im Rahmen des österreichischen Informations- und Frühwarnsystems zu besonderen Gesundheitsgefahren in Zusammenhang mit Substanzkonsum (*Early Warning System, EWS*) wurde 2025 13-mal ein synthetisches Opioid gemeldet.

⁶³ Die Schätzungen wurden vom Kompetenzzentrum Sucht der GÖG mittels Capture-Recapture-Methode, basierend auf pseudonymisierten Daten der Anzeigen im Zusammenhang mit Opioiden und des Substitutionsregisters (vgl. Kapitel 2), berechnet.

Abbildung 9: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf



Anmerkung: Für den Zeitraum von 1999 bis 2022 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000) herangezogen, für 2023 der Schätzwert für 2023 (aktuellste Schätzung).

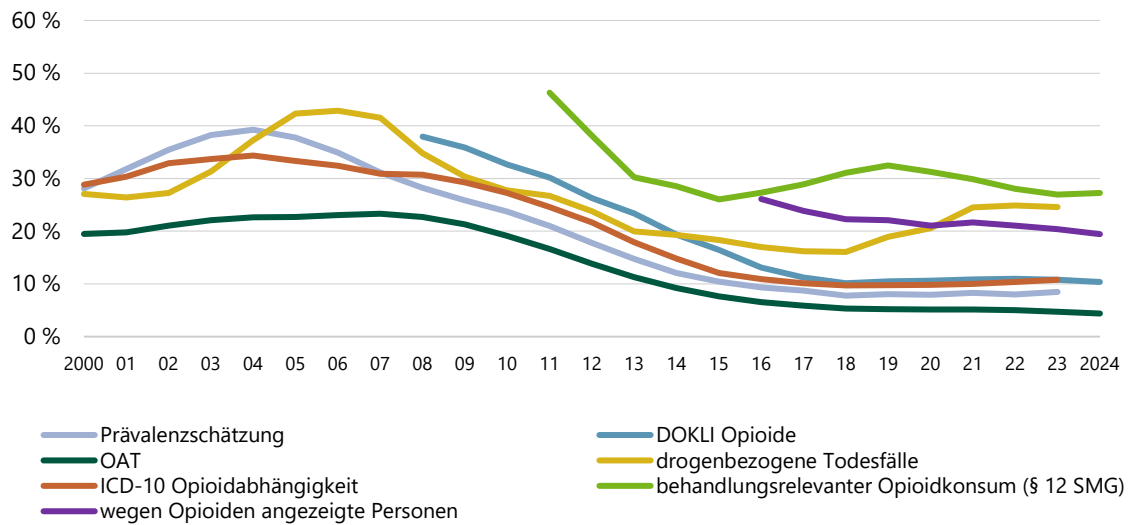
Quelle: BMASGPK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

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

Bis zur Mitte der 2000er-Jahre zeigt sich in allen Datenquellen ein Anstieg des Prozentanteils der Personen unter 25 Jahren (vgl. Abbildung 10). Diesem Höchststand (von ca. 20 % bis über 40 %) folgte eine Phase der Entspannung mit sinkendem Anteil junger Menschen. Dies spricht für eine „Alterung“ der Population mit risikoreichem Drogenkonsum unter Opioidbeteiligung im letzten Jahrzehnt. Derzeit stagniert der Anteil der Personen unter 25 Jahren in fast allen Datenquellen, was die obige Interpretation (stabile Zahl der Einsteiger:innen) stützt. Eine Datenquelle spiegelt diesen Trend jedoch nicht wider: Es sind sowohl die drogenbezogenen Todesfälle insgesamt angestiegen (2023: 256 Fälle) als auch der Anteil der jüngeren Verstorbenen (von 18 % im Jahr 2018 auf 25 % im Jahr 2023).

Mögliche Ursachen dafür könnten Spätfolgen der COVID-19-Pandemie, eine gestiegene Reinheit der Substanzen (vgl. Kapitel 7) oder eine Verschärfung der Drogensituation bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sein (Anzenberger et al. 2024 – siehe dazu auch Kapitel 3.5.2).

Abbildung 10: Anteil der unter 25-Jährigen in den Datenquellen des Drogenmonitorings, Zeitreihe 2000–2024 bzw. letzte verfügbare Zahl (gleitender Mittelwert)



Prävalenzschätzung: Schätzungen nach der Capture-Recapture-Methode, basierend auf pseudonymisierten Daten der Anzeigen im Zusammenhang mit Opioiden und des Substitutionsregisters

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

OAT: Personen in OAT (Daten aus dem Substitutionsregister)

drogenbezogene Todesfälle: Die Daten für 2024 waren bei Redaktionsschluss dieses Berichts noch nicht verfügbar.

ICD-10 Opioidabhängigkeit: Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioiden) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung, aktuell verfügbare Daten aus 2023

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

wegen Opioiden angezeigt Personen: Anzeigen nach dem SMG wegen Opioiden

Bei allen Datenquellen wurde vom Jahr 2000 bis zum jeweils vorletzten dargestellten Jahr zum Ausgleich von Zufallsschwankungen jeweils der Mittelwert aus 3 Jahren herangezogen (gleitendes Mittel). Für das letzte dargestellte Jahr wird der Rohwert ausgewiesen und bei Zeitreihen, die in der Grafik beginnen, jeweils die Rohwerte der ersten beiden Jahre.

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

3.4.2 Injizieren und andere Konsumformen

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

Unter den österreichischen Befragten des *European Web Survey on Drugs* (Strizek & Karden 2025) mit Heroinkonsumerfahrung in den letzten 12 Monaten überwiegt „Folie-Rauchen“ (56 %) und Sniffen (44 %) gegenüber Injizieren (27 %) und anderen Applikationsformen⁶⁴.

Überträgt man die Anzahl der Personen mit der Leitdroge Opioide aus dem DOKLI-System, welche die injizierende Applikation als vorwiegende Einnahmeform angeben (30–35 %), auf alle Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden, ist in Österreich von etwa 10.800 bis 13.700 Personen mit vorwiegend injizierendem Konsum auszugehen (Anzenberger et al. 2024).

3.4.3 Neue Entwicklungen

zu neuen Entwicklungen, die auch den multiplen Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden betreffen, siehe Kapitel 3.5.2.

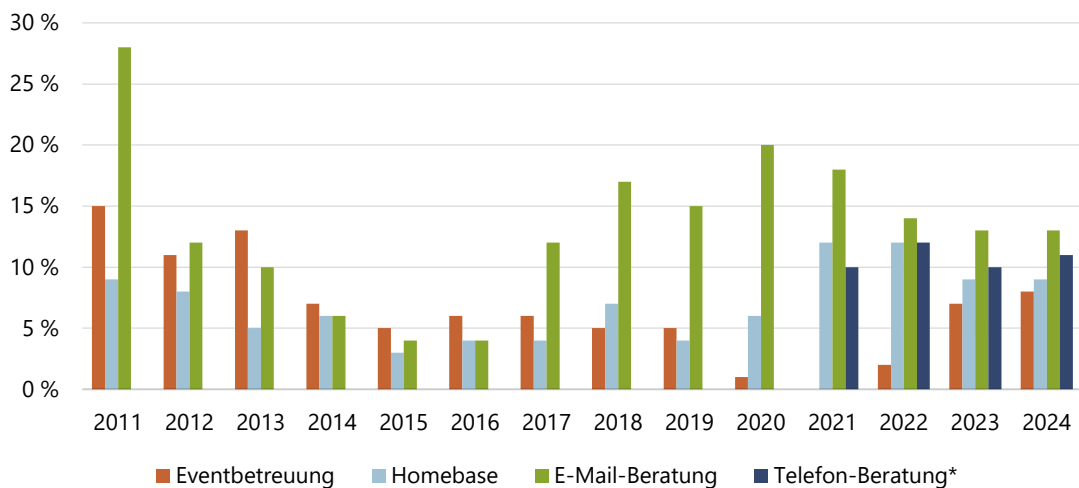
3.5 Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und andere neue Drogenkonsummuster

3.5.1 Prävalenz und Trends des NPS-Konsums

Wegen eines Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) liegen im Vergleich zu den Anzeigen nach dem SMG nur sehr wenige Anzeigen vor: Im Jahr 2024 gab es 460 diesbezügliche Anzeigen (2021: 624, 2022: 304, 2023: 292; siehe Kapitel 7). Die verfügbaren Daten aus Bevölkerungsbefragungen sprechen derzeit für eine sehr niedrige Prävalenz des NPS-Konsums in der Allgemeinbevölkerung. Laut den letzten verfügbaren österreichweiten Daten liegt die Lebenszeitprävalenz in der Gesamtbevölkerung (ab 15 Jahren) bei 1 bis 2 Prozent (Strizek et al. 2023). Für 14- bis 17-jährige Schüler:innen liegt die Lebenszeitprävalenz bei 5 Prozent, die Jahresprävalenz beträgt in dieser Gruppe 3 Prozent (Strizek et al. 2025).

⁶⁴ Mehrfachnennungen sind bei der Einnahmeform möglich.

Abbildung 11: *Checkit!*-Thematisierung von NPS je Setting 2011–2024



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

Quelle: SHW 2012 bis 2025; Darstellung GÖG

Die in Beratungsgesprächen von *Checkit!* (Wien) thematisierten Substanzen geben indirekt Aufschluss über den Konsum von NPS im Party- bzw. Freizeitsetting. Die Thematisierung von NPS nahm seit 2011 tendenziell ab (vgl. Abbildung 11). Bei E-Mail-Beratungen stieg ihre Häufigkeit im Jahr 2020 zwar an (auf 20 %), seit 2022 stagniert sie jedoch wieder auf einem niedrigeren Niveau. In der *Homepage* ist der Anteil in den letzten 4 Jahren etwas höher als zuvor.

Von den im Jahr 2024 von *Checkit!* insgesamt analysierten 2.362 Proben enthielten lediglich 4,6 Prozent NPS (SHW 2025) (2020: 7,1 %, 2021: 8,6 %, 2022: 8,1 %, 2023: 5 %). Es ist aber zu beachten, dass sich die Angebote von *Checkit!* über die Jahre erweitert haben (Probenabgabe in der *Homepage* bzw. in Apotheken). Dies könnte auch eine Veränderung der tatsächlich erreichten Zielgruppe gebracht haben. 4 Prozent der bei *Drogenarbeit Z6* zur Analyse abgegebenen Proben wurden als NPS deklariert (*Drogenarbeit Z6* 2025), was einen Rückgang im Vergleich zu den Vorjahren bedeutet (z. B. 2020: 18 %, vgl. Oberacher 2021; Details zu den Analyseergebnissen siehe Kapitel 7). In der Steiermark wurden 4 Prozent der Proben als NPS zur Analyse gebracht (*Triptalks* 2025).

NPS spielen österreichweit eine eher untergeordnete Rolle. Der bis 2021 zu beobachtende Anstieg der Thematisierung von NPS im Rahmen der E-Mail-Beratungen von *Checkit!* hat sich nicht fortgesetzt. Die Anzeigen nach dem NPSG sind 2024 jedoch auf niedrigem Niveau gestiegen.

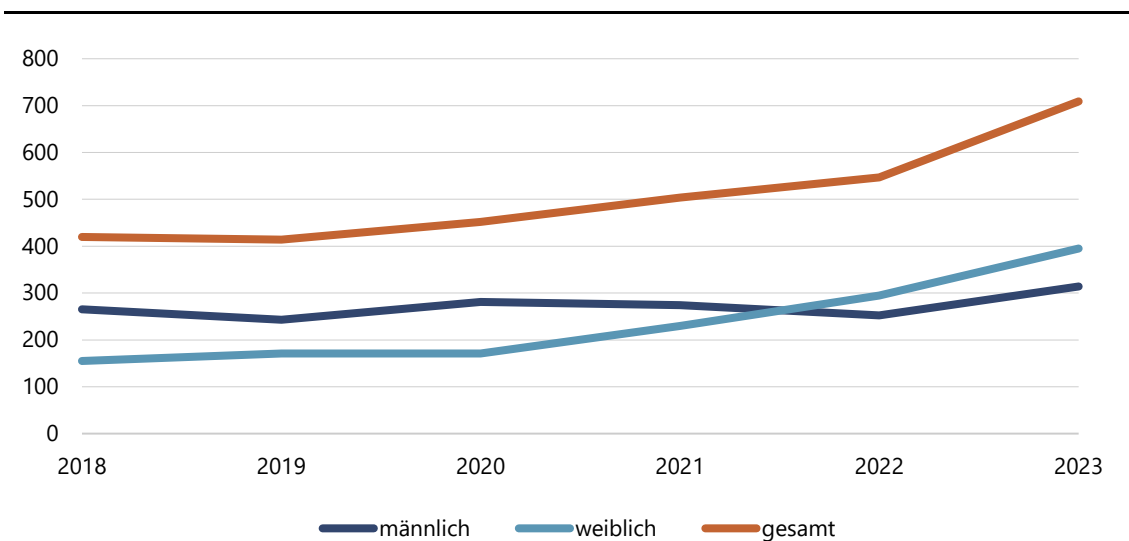
3.5.2 Neue Entwicklungen

Zu NPS gibt es keine neuen Entwicklungen zu berichten. Hinsichtlich anderer neuer Konsummuster gibt es rezente Berichte aus mehreren Bundesländern über einen Anstieg multipler risikanter Konsummuster von Jugendlichen, bei denen Benzodiazepine, aber auch andere Drogen wie Alkohol, Kokain und Opioide eine Rolle spielen (Hörhan p. M.; Taferner-Kraigher p. M.; Cichy p. M.; *Drogenarbeit Z6* 2025). Auch in den Medien wurde über Fälle von tödlichen Überdosie-

rungen bei Jugendlichen, insbesondere Mädchen, berichtet⁶⁵. Vom *Dialog* in Wien wird aus der Arbeit mit hochproblematisch konsumierenden Jugendlichen zum einen ein Anstieg der Benzodiazepin-Problematik und zum anderen ein Anstieg des Frauenanteils auf 50 Prozent gemeldet (Willinger 2024). Von einigen Expertinnen und Experten wird ein Bezug dieser Problematiken zu den psychosozialen Belastungen im Kontext der COVID-19-Pandemie und anderer Krisen (Krieg in der Ukraine, Klimakrise) hergestellt.

Diese Einzelfallbeobachtungen finden eine Bestätigung in einer Analyse der akutstationären Spitalsentlassungen aufgrund substanzbezogener Störungen von Jugendlichen in den österreichischen Krankenanstalten: Ab dem Jahr 2020 zeigt sich ein Anstieg dieser Fälle bei Mädchen im Alter von 10 bis 19 Jahren (vgl. Abbildung 12 und Kapitel 6).

Abbildung 12: Akutstationäre Spitalsentlassungen aufgrund substanzbezogener Störungen bei 10- bis 19-Jährigen nach Geschlecht 2018–2023



Anmerkungen: Für nachfolgenden Auswertungen wurden Krankenhausaufenthalte des Typs „akut“ (d. h. ohne vorherige Terminvereinbarung) bezüglich der ICD-10-Codes (F11) Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide, (F12) Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, (F14) Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, (F15) Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein, (F16) Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene und (F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen als Hauptdiagnose herangezogen. Die aktuellsten verfügbaren Daten stammen aus dem Jahr 2023.

Die Auswertung beruht auf der Beantwortung einer parlamentarischen Anfrage an das BMASGPK durch die GÖG, welche sich auf Jugendliche und junge Erwachsene bezog. Spitalsentlassungen aufgrund von Sedativa oder Hypnotika (ICD-10-Code F13) wurden nicht berücksichtigt, da diese häufig im Zusammenhang mit Fehlanwendungen von Psychopharmaka oder Suizidversuchen stehen und somit nicht unmittelbar den hier untersuchten substanzbezogenen Störungen zuzuordnen sind.

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG

⁶⁵ siehe z. B. <https://www.derstandard.at/story/3000000217817/jung-depressiv-und-staendig-dicht-eine-jugendliche-erzaehlt-von-ihrer-drogensucht>; <https://kurier.at/chronik/oesterreich/abhaengigkeit-auf-rezept-wie-benzos-zur-trenddroge-wurden/402816649>; <https://kurier.at/chronik/oesterreich/drogenkonsum-jugendliche-nehmen-was-sie-bekommen/402752518> [Zugriff am 02.07.2025]

Auch die Analyse stationärer Aufnahmen wegen Mischintoxikationen in der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Innsbruck kommt zu ähnlichen Ergebnissen und liefert wertvolle Kontextinformationen. In einer Dissertation wurden stationäre Aufnahmen von Jugendlichen aufgrund eines risikoreichen Mischkonsums im Zeitraum 2017 bis 2023 untersucht. Dabei zeigte sich ein Anstieg der Aufnahmen während der COVID-19-Pandemie, insbesondere im Herbst 2022. Die betroffenen Patientinnen und Patienten waren während der Pandemie tendenziell jünger, häufiger weiblich und wurden häufiger intensivmedizinisch betreut. Auffällig war eine Zunahme von Nachweisen für Benzodiazepine, Opioide und Kokain sowie ein Rückgang des Alkoholkonsums. Hinweise auf Kindesmisshandlung und psychiatrische Diagnosen waren mit besonders problematischen Konsummustern assoziiert (Pircher 2024).

Eine Analyse der verfügbaren Routinedatenquellen (Bevölkerungsbefragung zu suchtrelevanten Verhaltensweisen, epidemiologische Abwasseranalysen, Vergiftungsinformationszentrale, drogenbezogene Todesfälle, Spitalsentlassungsdiagnosen und DOKLI) ergibt jedoch keine Hinweise auf einen allgemeinen Anstieg des Benzodiazepinkonsums bis 2022. Lediglich der Anteil der unter 25-Jährigen bei Personen, die Benzodiazepine als Problemdroge angeben, ist in DOKLI von 12 Prozent im Jahr 2018 auf 18 Prozent im Jahr 2023 gestiegen. Dies kann als Hinweis darauf interpretiert werden, dass es vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene mit einer solchen Problematik gibt (Busch et al. 2025). Es wird in dem Bericht aber auch darauf hingewiesen, dass eine Beurteilung der Situation aufgrund des Fehlens eines entsprechenden Monitoringsystems und insbesondere des Fehlens von leicht zugänglichen Verschreibungs- und Verkaufszahlen schwierig ist.

3.6 Quellen und Studien

3.6.1 Quellen

Amtsärztliche Begutachtungen nach § 11 bzw. § 12 SMG

Personen, bei denen die Polizei, die Schulleitung, eine Militärdienststelle oder die Führerscheinebehörde annimmt, dass in ihrem Fall ein Suchtgiftmissbrauch vorliegt, werden der Bezirksverwaltungsbehörde als zuständiger Gesundheitsbehörde gemeldet. Diese führt eine amtsärztliche Begutachtung durch, prüft, ob es einen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme gibt, und wirkt bei Bestehen eines solchen Bedarfs darauf hin, dass diese auch durchgeführt wird. Die Begutachtungsergebnisse müssen an das BMASGPK gemeldet werden (Meldepflicht). Insgesamt liegen aus dem Jahr 2024 4.199 Begutachtungsergebnisse in Bezug auf 4.081 Personen vor (einige Personen wurden mehrfach begutachtet). Bei Begutachtungen in Wien wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassende suchtspezifische Anamnese durchgeführt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird. Die Daten werden in *eSuchtmittel* erfasst und in pseudonymisierter Form dem Kompetenzzentrum Sucht an der GÖG für Auswertungszwecke übermittelt. Nähere Informationen zum Hintergrund und zur rechtlichen Einbindung der amtsärztlichen Begutachtungen sind Kapitel 2 zu entnehmen.

Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz - siehe Kapitel 7.

Behandlungsdokumentationssystem DOKLI

Eine Beschreibung des Dokumentationssystems der Klientinnen und Klienten der österreichischen Suchthilfe DOKLI findet sich in Kapitel 5.

Drug-Checking

Checkit! bietet u. a. Laboranalysen psychoaktiver Substanzen im Rahmen von Events (Partys, Raves, Festivals etc.), stationär in der Beratungsstelle *Homebase* und über 3 kooperierende Apotheken an. Im Jahr 2024 wurden von *Checkit!* im Partysetting 396 Substanzproben analysiert, in der *Homebase* wurden 1.108 Proben abgegeben und in den 3 Apotheken 703 Proben. Insgesamt wurden 6.461 Informations- bzw. Beratungskontakte durchgeführt (SHW 2025; siehe auch Kapitel 6).

In dem seit 2014 existierenden stationären Drug-Checking-Projekt von **Drogenarbeit Z6** in Innsbruck wurden im Jahr 2024 von insgesamt 154 Personen 538 Proben zur Analyse abgegeben (Drogenarbeit Z6 2025; siehe auch Kapitel 6).

Seit 2022 bietet auch der Kontaktladen Graz der Caritas im Rahmen des Projekts **Triptalks**⁶⁶ stationäre Substanztestungen und Beratung an. Dort wurden im Jahr 2024 insgesamt 1.033 Proben im Rahmen von 517 Kontakten analysiert (Triptalks 2025; siehe auch Kapitel 6).

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

Die Daten der stationären Versorgung stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten. Einschränkend ist hier anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Zeitpunkt der Entlassung. Verlegungen zwischen Abteilungen innerhalb einer Krankenanstalt werden nicht als eigene Aufenthalte gewertet. Seit 2015 wird pro Patient:in eine pseudonymisierte Patienten-ID mitgeliefert, die eine eindeutige Identifikation ermöglicht. Vor 2015 gab es keine ID, die Patientenanzahl wurde aus den Aufenthalten geschätzt. Daher kommt es hier ab 2015 zu einem Zeitreihenbruch. 2023 ist das aktuell verfügbare Datenjahr zu Redaktionsschluss.

Drogenbezogene Todesfälle

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

⁶⁶ <https://triptalks.at/testung/testung> [Zugriff am 01.08.2025]

eSuchtmittel

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

Informations- und Frühwarnsystem zu besonderen Gesundheitsgefahren in Zusammenhang mit Substanzkonsum (Early Warning System, EWS)

Seit 2006 ist die GÖG für die Koordination dieses Informations- und Frühwarnsystems zuständig und sammelt in diesem Zusammenhang auch Informationen zu NPS, die im Wesentlichen vom Bundesministerium für Inneres (BMI) bzw. vom Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen / AGES Medizinmarktaufsicht (BASG/AGES⁶⁷) stammen. Weitere einschlägige Informationen werden von den Drug-Checking-Projekten geliefert, d. h. von *Checkit!* (Wien), seit 2014 auch von *Drogenarbeit Z6* (Tirol) und seit 2022 von *Triptalks* (Steiermark). Das EWS ist Teil eines europäischen Netzwerks, das von der EUDA koordiniert wird.

Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) - siehe Kapitel 6

3.6.2 Studien

Abwasserepidemiologische Studien (im Rahmen des SCORE-Projekts)

Seit 2011 werden von einem europaweiten Netzwerk (*Sewage analysis CORE group Europe* – SCORE) Abwasseranalysen mit standardisierten Verfahren durchgeführt. 2024 nahmen 128 Städte bzw. Regionen aus 26 Ländern an diesen Analysen teil. In Innsbruck werden seit 2016 im Rahmen dieses Projekts Abwasseranalysen durchgeführt. Die Ergebnisse können interaktiv auf der Website der EUDA abgerufen werden⁶⁸. Abwasseranalysen werden seitens der EUDA primär als ergänzende Datenquelle für die Überwachung der Mengen auf Bevölkerungsebene konsumierter illegaler Drogen gesehen. Aussagen über die Prävalenz (z. B. anhand der Frage „Konsumiert eine kleine Gruppe von Personen viel/oft oder eine große Gruppe von Personen wenig/selten?“) und über Charakteristika der Konsumierenden sind dabei nicht möglich (EMCDDA 2019, EMCDDA 2020).

Im Juni 2024 wurden in 15 Abwasserreinigungsanlagen (Hofsteig, Innsbruck, Hall-Wattens, Strass, Kufstein, Salzburg, Klagenfurt, Millstätter See, Steyr, Graz, Wildon, Kapfenberg, Knittelfeld, Wiener Neustadt, Erlauftal) Proben untersucht. Das Abwasser der 15 Kläranlagen stammte von 158 Gemeinden mit rund 1,2 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern aus den Bundesländern Vorarlberg, Tirol, Salzburg, Oberösterreich, Niederösterreich, Steiermark und Kärnten. Die Ergeb-

⁶⁷ Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) ist Teil des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen.

⁶⁸ https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en [Zugriff am 02.07.2025]

nisse inklusive Veränderungen gegenüber früheren Messungen wurden in einem eigenen Bericht veröffentlicht (Oberacher und Kluckner 2024).

CANNASTREET | Auswirkungen einer Neuregelung der Cannabisabgabe auf die Verkehrssicherheit: Zwischenbericht 1 – Baseline-Erhebung

In der vom Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) in Hamburg im Auftrag des deutschen Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur, vertreten durch die Bundesanstalt für Straßenwesen, durchgeführten Studie sollen die Auswirkungen des bundesdeutschen Cannabisgesetzes auf den Cannabiskonsum und das Fahren unter Cannabiseinfluss (DUIC) evaluiert werden. Mit der Durchführung einer Repräsentativbefragung über ein Online-Access-Panel im November und Dezember 2023 wurden zu diesem Zweck bevölkerungs-basierte Baseline-Daten gesammelt. Es wurden 8.556 Befragte in Deutschland und 2.132 Befragte in Österreich hinsichtlich ihres Cannabiskonsums gescreent. Einschlusskriterien waren ein Alter zwischen 18 und 64 Jahren und ein Wohnsitz in Deutschland oder Österreich. Für Österreich wurde die Befragung auf eine Dauer von 5 bis 10 Minuten angelegt. Sie enthält die auch in Deutschland verwendeten Fragen nach Personencharakteristika sowie nach Substanzkonsum und eine Frage nach dem Fahren eines Fahrzeugs unter Cannabiseinfluss (DUIC). Ferner werden weitere Variablen wie die Konsumfrequenz verschiedener Cannabisprodukte, der medizinische Gebrauch, Mischkonsum bei DUIC und die Wartezeit bis zum Fahren nach Cannabiskonsum erhoben. Abschließend wird auch nach Fahren unter Alkoholeinfluss gefragt (Schranz et al. 2024).

ESPAD (2003, 2007, 2015, 2019, 2024)

Datenerhebungen im Rahmen des European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) fanden in Österreich in den Jahren 2003, 2007, 2015, 2019 und 2024 statt (Uhl et al. 2005b, Strizek et al. 2008, Strizek et al. 2016b, Hojni et al. 2020, Strizek et al. 2025). Die bereinigte Stichprobe aus dem Jahr 2025 setzte sich aus 7.735 14- bis 17-jährigen Schülerinnen und Schülern (aus 412 Klassen und 224 Schulen) der 9. und 10. Schulstufe aus allen Schultypen (mit Ausnahme von Schulen des Sonderschulwesens) zusammen. Die Zufallsstichprobe wurde nachträglich nach Schultyp und Geschlecht gewichtet und entspricht somit in Hinblick auf diese Parameter einer repräsentativen Stichprobe von Schülerinnen und Schülern der ausgewählten Schulstufen.

European Web Survey on Drugs

Der *European Web Survey on Drugs* wurde bislang dreimal (2018, 2021, 2024) in einer wachsenden Zahl europäischer Länder (2024: 35 Länder) durchgeführt und basiert auf einem Schneeball-sampling von Personen, die in den letzten 12 Monaten zumindest eine illegale Substanz konsumiert haben (Matias 2022). Das Erkenntnisinteresse dieser Studie zielt entsprechend weniger auf eine Prävalenzschätzung etablierter Substanzen ab, sondern vielmehr auf ergänzende Informationen zu selten konsumierten Substanzen bzw. auf Konsummuster (z. B. Konsummenge, Applikationsform, Bezugsquellen). Österreich nahm an allen drei Erhebungswellen teil, wobei die Werbung und Durchführung der Erhebung jeweils in Kooperation mit niederschweligen Bera-

tungseinrichtungen erfolgte (*Checkit!* und *Drogenarbeit Z6*). Aus der letzten Erhebungswelle stehen für Österreich Angaben von 2.181 Personen zur Verfügung (Strizek & Karden 2025).

Flash Eurobarometer 493 und 552

Bei den Flash-Eurobarometer-Studien handelt es sich um europaweite Studien, bei denen in den EU-Ländern Zufallsstichproben gezogen werden. Im Rahmen des Flash Eurobarometers 493 wurden 1.002 und im Rahmen des Flash Eurobarometers 552 1.006 Österreicher:innen zum Thema Auswirkungen von Drogen auf Gemeinschaften befragt (Ipsos 2022 und Ipsos 2024).

HBSC (2010, 2014, 2018, 2022)

In der HBSC-Studie werden die selbstberichtete Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern im Alter von 11, 13 und 15 Jahren und seit 2010 auch der 17-Jährigen systematisch und wiederholt erhoben. Seit 1986 findet die Erhebung im Vier-Jahres-Rhythmus statt. Die Daten der aktuellen Erhebung wurden zwischen November 2021 und Juli 2022 gesammelt. Nach dem Datenclearing umfasste die finale Stichprobe 7.099 Schüler:innen (Felder-Puig et al. 2023).

Mischkonsum von Jugendlichen in Tirol vor und während COVID-19: Risikofaktoren für problematischen Konsum

Die an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Innsbruck durchgeführte und mit dem Forschungsförderungspreis der Stiftung Anton Proksch-Institut Wien ausgezeichnete Dissertation untersuchte stationäre Aufnahmen von Jugendlichen aufgrund risikoreichen Mischkonsums im Zeitraum 2017 bis 2023 (Pircher 2024).

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

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

Im Jahr 2020 musste aufgrund des Ausbruchs der COVID-19-Pandemie in Österreich die gesamte Erhebung erstmals mittels eines repräsentativen Onlinesamples durchgeführt werden. Teilnehmer:innen für die Onlinebefragung wurden zufällig aus einem bestehenden und offline rekrutierten Sample ausgewählt und per E-Mail bis zu dreimal zur Teilnahme eingeladen. Zum ersten Mal wurden zudem 2 Erhebungswellen durchgeführt (Welle 1: April bis Mai 2020, Welle 2: Oktober 2020), um unter anderem Veränderungen im Jahresverlauf abbilden zu können. 2022 wurde eine dritte Erhebungswelle durchgeführt und als eigenständige Bevölkerungsbefragung publiziert. In dieser Erhebung konnten 2.721 Personen, die bereits bei der ersten Erhebungswelle im Jahr 2020 teilgenommen hatten, erfasst werden. Zusätzlich wurden 3.975 weitere Personen rekrutiert, das Gesamtsample beträgt somit 6.696 Personen.

Prävalenzschätzungen des risikoreichen Drogenkonsum

Seit 1993 werden in Österreich Prävalenzschätzungen zum risikoreichen Drogenkonsum mittels des Capture-Recapture-Verfahrens (CRC) durchgeführt. Bei diesem handelt es sich um eine statistische Methode zur Dunkelzifferschätzung, die auf der Zusammenschau zweier (2-Sample-CRC-Schätzung) oder mehrerer Datenquellen (z. B. 3-Sample-CRC-Schätzung) beruht (vgl. Uhl et al. 2001). Als Datenbasis werden pseudonymisierte Daten der Anzeigen im Zusammenhang mit Opioiden, des Substitutionsregisters und der drogenbezogenen Todesfälle herangezogen. Eine ausführliche Diskussion der Prävalenzschätzungen in Zusammenschau mit anderen Datenquellen und eine Validierung der 2-Sample-CRC-Schätzungen durch 3-Sample-CRC-Schätzungen unter Einbezug der Daten im Bereich drogenbezogener Todesfälle findet sich im *Epidemiologiebericht Sucht 2024* (Anzenberger et al. 2024). Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse der CRC-Methode aufgrund methodischer Einschränkungen immer nur eine Annäherung darstellen. Die methodischen Limitationen werden z. B. bei Uhl et al. (2001), ÖBIG (2003), GÖG/ÖBIG (2006) und GÖG/ÖBIG (2010) detailliert dargestellt.

Wiener Suchtmittelmonitoring

Das Wiener Suchtmittelmonitoring ist eine von der Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH in Auftrag gegebene repräsentative Bevölkerungsbefragung, welche das Institut für empirische Sozialforschung (IFES) durchführt. Der besondere Stellenwert dieser Monitoring-Studie liegt darin, dass die Befragung regelmäßig im Abstand von 2 Jahren durchgeführt wird und ein Teil der Zeitreihenergebnisse mittlerweile eine Zeitspanne von 3 Jahrzehnten umfasst (erste Durchführung: 1993). Die letzte Datenerhebung erfolgte 2023 in Form von Telefon- und Onlineinterviews bei einer repräsentativen Zufallsstichprobe von 800 Wienerinnen und Wienern ab 15 Jahren (IFES 2001 bis 2023).

3.7 Bibliografie

- Anzenberger, J.; Akartuna, D.; Busch, M.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2024). *Epidemiologiebericht Sucht 2024*. Gesundheit Österreich GmbH. Wien
- Anzenberger, J.; Akartuna, D.; Busch, M.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2025). *Epidemiologiebericht Sucht 2025*. Gesundheit Österreich GmbH. Wien
- Bittner, M.; Hager, I.; Tschipan, C. (2010). Erhebung zum Suchtverhalten von Jugendlichen in Niederösterreich. Im Auftrag der Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung Niederösterreich. St. Pölten
- BMI (2024). Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2023. Anzeigen, Ermittlungen und Sicherstellungen. Bundesministerium für Inneres. Wien
- Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kellner, K.; Kerschbaum, H.; Klein, C.; Türscherl, E. (2014). *Epidemiologiebericht Drogen 2014*. Gesundheit Österreich GmbH. Wien
- Busch, M.; Anzenberger, J.; Brotherhood, A.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2021): Bericht zur Drogensituation 2021. Gesundheit Österreich GmbH. Wien

- Busch, M.; Oberacher, H.; Priebe, B. (in Vorbereitung): Rezeptpflichtige Schlaf- und Beruhigungsmittel und COVID-19
- Currie, C.; Zanotti, C.; Morgan, A.; Currie, D.; de Looze, M.; Roberts, C.; Samdal, O.; Smith, O.; Barnekow, V. (2012). Social determinants of health and well-being among young people – Health Behaviour in school-aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/2010 survey. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen
- Dür, W.; Griebler, R. (2007). Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. HBSC-Surveys 2006. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
- Drogenarbeit Z6 (2024). Tätigkeitsbericht 2023. Verein Z6. Innsbruck
- Drogenarbeit Z6 (2025). Tätigkeitsbericht 2024. Verein Z6. Innsbruck
- EMCDDA (2013). PDU (Problem drug use) revision summary. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon
- EMCDDA (2019). Drogenperspektiven – Abwasseranalyse und Drogen – eine europäische städteübergreifende Studie. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon
- EMCDDA (2020). Perspectives on drugs – Wastewater analysis and drugs: a European multi-city study. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon
- Europäische Kommission (2011a). Flash Eurobarometer: Youth attitudes on drugs. Brüssel. GESIS-Suche: Flash Eurobarometer 330 (Youth Attitudes on Drugs) [Zugriff am 04.09.2025]
- Europäische Kommission (2011b). Flash Eurobarometer: Youth attitudes on drugs. Tabelle Länder FL330 Table A. Brüssel
- Europäische Kommission (2014a). Flash Eurobarometer: Young people and drugs – presentation. Brüssel. GESIS-Suche: Flash Eurobarometer 401 (Young People and Drugs) [Zugriff am 04.09.2025]
- Europäische Kommission (2014b). Flash Eurobarometer: Young people and drugs – data. Brüssel. GESIS-Suche: Flash Eurobarometer 401 (Young People and Drugs) [Zugriff am 04.09.2025]
- Falbesoner, B.; Lehner, S. (2008). 2. Bericht zum Suchtmittelkonsum im Burgenland. Kurzfassung. Im Auftrag der Burgenländischen Landesregierung. Eisenstadt
- Felder-Puig, R.; Teutsch, F.; Ramelow, D.; Maier, G. (2019). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien
- Felder-Puig, R.; Teutsch, F.; Winkler, R. (2023). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22. BMSGPK. Wien

- GÖG/ÖBIG (2006). Bericht zur Drogensituation 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2010). Drogen-Monitoring – Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien
- Hojni, M.; Delcour, J.; Strizek, J.; Uhl, A. (2020): ESPAD Österreich 2019. Gesundheit Österreich GmbH. Wien
- Hutsteiner, T.; Seebauer, S.; Auferbauer, M. (2005). Die Drogensituation an steirischen Berufsschulen und Lehrlingshäusern. Endbericht. X-Sample. Graz
- IFES (2001). Suchtmittel-Monitoring 2001. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2003). Suchtmittel-Monitoring 2003. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2005). Suchtmittel-Monitoring 2005. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2007). Suchtmittel-Monitoring 2007. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2009). Suchtmittel-Monitoring 2009. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2011). Suchtmittel-Monitoring 2011. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2013). Suchtmittel-Monitoring 2013. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2015). Suchtmittel-Monitoring 2015. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2017). Suchtmittel-Monitoring 2017. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien

- IFES (2019). Suchtmittel-Monitoring 2019. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2022). Suchtmittel-Monitoring 2021. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2023). Suchtmittel-Monitoring 2023. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- Ipsos European Public Affairs (2022). Flash Eurobarometer 493, Impact of drugs on communities. Europäische Kommission
- Ipsos European Public Affairs (2024). Flash Eurobarometer 552, Impact of drugs on local communities. Europäische Kommission
- Klimont, J.; Kytir, J.; Leitner, B. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
- Matias, J. (2022). European Web Survey on Drugs: an overview of the project. Monitoring drug use in the digital age: studies in web surveys, EMCDDA Insights (European Web Survey on Drugs: an overview of the project | www.euda.europa.eu). [Zugriff am 23.09.2024]
- Oberacher, H. (2019). Drug Checking 2018. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck
- Oberacher, H. (2020). Drug Checking 2019. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck
- Oberacher, H. (2021). Drug Checking 2020. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck
- Oberacher, H. (2022). Drug Checking 2021. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck
- Oberacher, H. (2023). Drug Checking 2022. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck
- Oberacher, H. (2024). Drug Checking 2023. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck
- Oberacher, H. (2025). Drug Checking 2024. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck
- Oberacher, H.; Scheurer, J. (2024). Abwassermonitoring 2023 – Untersuchung des Drogenkonsums in ausgewählten Regionen. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck

- Oberacher, H.; Kluckner, S. (2024). Abwassermonitoring 2024 – Untersuchung des Drogenkonsums in ausgewählten Regionen Österreichs mittels Abwasseranalysen. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck
- Oberacher, H.; Kluckner, S., Zimm, J.; Scheffknecht, C.; Wimmer, R. (2024). Abwasserbasiertes Drogenmonitoring Vorarlberg 2024
- ÖBIG (2003). Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich – Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- Pircher, L. (2024): Mischkonsum von Jugendlichen in Tirol vor und während COVID-19. Risikofaktoren problematischer Konsum. Dissertation, Medizinische Universität Wien
- Ramelow, D.; Griebler, R.; Hofmann, F.; Unterweger, K.; Mager, U.; Felder-Puig, R.; Dür, W. (2011). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen – Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Ramelow, D.; Teutsch, F.; Hofmann, F.; Felder-Puig, R. (2015). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen – Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Schranz, A.; Rosenkranz, M.; Müller, G.; Verthein, U.; Manthey, J. (2024). Auswirkungen einer Neuregelung der Cannabisabgabe auf die Verkehrssicherheit: Zwischenbericht 1 – Baseline Erhebung
- Schiel, H.; Bartecka-Mino, K.; Dorner-Schulmeister, S. (2025). Vergiftungsinformationszentrale VIZ Drogen 2016/17/18/19/20/21/22/23/24. Gesundheit Österreich, Wien
- SDW (2024): Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den Bericht zur Drogensituation 2024
- Seyer, S.; Lehner, R.; Gschwandtner, F.; Paulik, R. (2007). Bericht zum Drogenmonitoring 2006. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz
- Seyer, S.; Lehner, R.; Gschwandtner, F.; Paulik, R. (2010). Bericht zum Drogenmonitoring 2009. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz
- Seyer, S.; Paulik, R.; Gschwandtner, F.; Lehner, R. (2016). Drogenmonitoring Oberösterreich 2015. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Methamphetamine „Crystal Meth“. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz
- Seyer, S., Paulik, R., Lehner, R., Gschwandtner, F., Reiter, A., Unger S. (2020). Drogenmonitoring Oberösterreich 2019. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Cannabis, Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ Linz
- SHW (2018). Bereich Suchtprävention Tätigkeitsbericht 2017. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2019). Bereich Suchtprävention Tätigkeitsbericht 2018. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2020). Bereich Suchtprävention Tätigkeitsbericht 2019. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2021). Bereich Suchtprävention Tätigkeitsbericht 2020. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien

- SHW (2022). Bereich Suchtprävention Tätigkeitsbericht 2021. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2023). Bereich Suchtprävention Tätigkeitsbericht 2022. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2024). Bereich Suchtprävention Tätigkeitsbericht 2023. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2025). Bereich Suchtprävention Tätigkeitsbericht 2024. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- Spilka, S.; Janssen, E.; Legleye, S. (2013). Detection of problem cannabis use: The Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Saint-Denis
- Strizek, J.; Uhl, A.; Schmutterer, I.; Grimm, G.; Bohrn, K.; Fenk, R.; Kobrna, U.; Springer, A. (2008). ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Strizek, J.; Uhl, A. (2016a). Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2016. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Strizek, J.; Anzenberger, J.; Kadlik, A.; Schmutterer, I.; Uhl, A. (2016b). ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich. Wien
- Strizek, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schwarz, T.; Uhl, A. (2021). Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Gesundheit Österreich. Wien
- Strizek, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schwarz, T. Uhl, A. (2023). Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial: Auswertungen der dritten Erhebungswelle. Gesundheit Österreich. Wien
- Strizek, J.; Karden, A. (2025). Auswertungen des österreichischen Datensatzes des European Web Survey – Erhebungswelle 2024. Unveröffentlicht
- Strizek, Julian; Akartuna, Deniz; Busch, Martin; Schwarz, Tanja (2025): ESPAD Österreich 2024. Gesundheit Österreich, Wien
- Teutsch, F., Ramelow, D., Maier, G., Felder-Puig, R. (2019). Lineartabellen zu den Ergebnissen der HBSC-Studie 2018 Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien
- Teutsch, F., Felder-Puig, R., Winkler, R. (2023). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schüler:innen und Lehrlingen. Ergebnisse aus den Erhebungen 2021/22 in Form von Lineartabellen. Gesundheit Österreich. Wien
- Triptalks (2024). Jahresbericht 2023. Caritas Kontaktladen. Graz
- Triptalks (2025). Jahresbericht 2024. Caritas Kontaktladen. Graz
- Uhl, A.; Seidler, D. (2001). Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung. Wien

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

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

Uhl, A.; Strizek, J.; Springer, A.; Kobrna, U.; Pfarrhofer, D. (2009). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2008, Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

Willinger (2024). Arbeit mit hochproblematisch konsumierenden Jugendlichen – ein Einblick in den Praxisalltag. Präsentation am Substitutionsforum Mondsee 2024. Mondsee

WHO (1994). Lexicon of alcohol and drug terms. World Health Organization. Geneva

3.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Cichy, Juliane	Suchtkoordination Steiermark
Hörhan, Ursula	Suchtkoordination Niederösterreich
Taferner-Kraigher, Petra	Suchtkoordination Burgenland

3.9 Anhang

Tabelle 11: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich 2005–2025

Studie	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeitprävalenz in %
Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch Österreich (Uhl et al. 2005a)	Österreich 2004 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.547)	Cannabis	14+	20,1
			Ecstasy	14+	3
			Amphetamin	14+	2,4
			Kokain	14+	2,3
			Opiate	14+	0,7
			biogene Drogen	14+	2,7
			LSD	14+	1,7
Schnüffelstoffe	14+	2,4			
Gesundheitsbefragung Österreich (ATHIS) (Klimont et al. 2007)	Österreich 2006/07 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung 15 bis 64 Jahre (n = 11.822)	Cannabis	15–24	13
			Cannabis	25–34	15
			Cannabis	35–44	10,1
			Cannabis	45–54	6,7
			Cannabis	55–64	2,8
Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch Österreich (Uhl et al. 2009)	Österreich 2008 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.196)	Cannabis	14+	12
			Ecstasy	14+	2
			Amphetamin	14+	2
			Kokain	14+	2
			Opiate	14+	1
			biogene Drogen	14+	2
			LSD	14+	2
Schnüffelstoffe	14+	2			
Wiener Suchtmittelmonitoring (IFES 2009)	Wien 2009 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	16
			Ecstasy	15+	3
			Amphetamin	15+	3
			„Speed“	15+	4
			Kokain	15+	3
			Opiate	15+	4
			biogene Drogen	15+	3
Wiener Suchtmittelmonitoring (IFES 2011)	Wien 2011 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	21
			Ecstasy	15+	3
			Amphetamin	15+	3
			Kokain	15+	5
			Opiate	15+	2
			biogene Drogen	15+	6
			Liquid Ecstasy	15+	1
			Mephedron	15+	< 1
			Räuchermischung	15+	3
			andere illegale Drogen	15+	2
Wiener Suchtmittelmonitoring (IFES 2013)	Wien 2013 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	24
			Ecstasy	15+	4
			Amphetamin	15+	4
			Kokain	15+	5
			Opiate	15+	2
			biogene Drogen	15+	7
			Liquid Ecstasy	15+	< 1
			Mephedron	15+	1
			Räuchermischung	15+	2
			andere illegale Drogen	15+	4

Studie	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeitprävalenz in %
Wiener Suchtmittelmonitoring (IFES 2015)	Wien 2015 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 617)	Cannabis	15+	21
			Ecstasy	15+	6
			Amphetamin	15+	5
			Kokain	15+	4
			Opiate	15+	3
			biogene Drogen	15+	5
			Liquid Ecstasy	15+	1
			Mephedron	15+	2
			Räuchermischung	15+	3
			Crystal Meth	15+	< 1
andere illegale Drogen	15+	3			
Drogenmonitoring Oberösterreich 2015 (Seyer et al. 2016)	Oberösterreich 2014/15 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung 15-59 Jahre (n = 984)	Cannabis	15-59	25,7
			Ecstasy	15-59	4,4
			Heroin	15-59	2
			Methamphetamin	15-59	0,5
			Amphetamin	15-59	2,5
			Kokain	15-59	3,5
			LSD	15-59	2,6
			Kräutermischungen	15-59	2,1
			Badesalz	15-59	1,2
			biogene Drogen	15-59	2,5
Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch Österreich (Strizek et al. 2016a)	Österreich 2015 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 4.014)	Cannabis	15+	19,5
			Ecstasy	15+	2,3
			Methamphetamin	15+	0,3
			Amphetamin	15+	1,7
			Kokain	15+	2,5
			Heroin	15+	0,4
			LSD	15+	1,5
			biogene Drogen	15+	2,7
			Schnüffelstoffe	15+	2,4
			NPS	15+	0,5
Wiener Suchtmittelmonitoring (IFES 2017)	Wien 2017 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	24
			Ecstasy	15+	7
			Amphetamin	15+	5
			Kokain	15+	3
			Opiate	15+	4
			biogene Drogen	15+	5
			Liquid Ecstasy	15+	2
			Mephedron	15+	1
			Räuchermischung	15+	3
			Crystal Meth	15+	1
andere illegale Drogen	15+	1			
Drogenmonitoring Oberösterreich 2019 (Seyer et al. 2020)	Oberösterreich 2018/19 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung 15-59 Jahre (n = 1.442)	Cannabis	15-59	31,2
			Ecstasy	15-59	5,1
			Heroin	15-59	2,1
			Methamphetamin	15-59	2,2
			Amphetamin	15-59	4,9
			Kokain	15-59	5,1
			LSD	15-59	4,3
			Kräutermischungen	15-59	4
			Badesalz	15-59	2,3

Studie	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeitprävalenz in %
Wiener Suchtmittelmonitoring (IFES 2019)	Wien 2019 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis Ecstasy Amphetamin Kokain Ketamin Opiate biogene Drogen Liquid Ecstasy Mephedron Räuchermischung Crystal Meth andere illegale Drogen	15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+	28 6 7 6 1 3 6 3 1 3 1 2
Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch Österreich 2020 (Strizek et al. 2021)	Österreich 2020 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 5.963)	Cannabis Ecstasy Methamphetamin Amphetamin Kokain Heroin LSD biogene Drogen Schnüffelstoffe NPS	15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+	18,7 3,9 2 4,1 5,2 1,8 3,5 4,5 5 1,4
Flash Eurobarometer 493 Impact of drugs on communities (Ipsos European Public Affairs 2022)	Österreich 2021 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 1.002)	Cannabis	15+	29
Wiener Suchtmittelmonitoring (IFES 2022)	Wien 2021 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 800)	Cannabis Ecstasy Amphetamin Kokain Ketamin Opiate biogene Drogen Liquid Ecstasy Mephedron Räuchermischung Crystal Meth LSD Schnüffelstoffe andere illegale Drogen	15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+	27 6 5 6 3 3 9 4 2 3 2 4 2 2
Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch Österreich 2022 (Strizek et al. 2023)	Österreich 2022 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 6.420)	Ecstasy Methamphetamin Amphetamin Kokain Heroin NPS	15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+	3,9 1,2 3,6 5,1 1,1 1,5
Wiener Suchtmittelmonitoring (IFES 2023)	Wien 2023 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 801)	Cannabis Ecstasy Amphetamin Kokain Ketamin Opiate biogene Drogen Liquid Ecstasy Mephedron Räuchermischung	15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+	22 6 6 7 3 4 6 2 2 3

Studie	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeit- prävalenz in %
			Crystal Meth LSD Schnüffelstoffe andere illegale Drogen	15+ 15+ 15+ 15+	2 4 2 2
Flash Eurobarometer 552 Impact of drugs on local communities (Ipsos European Public Affairs 2024)	Österreich 2024 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 1.006)	Cannabis	15+	28

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG

Tabelle 12: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen österreichischer Jugendlicher 2005–2022

Studie)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeitprävalenz in %
ESPAD Österreich (Uhl et al. 2005b)	Österreich 2003 (Lebenszeit)	Schüler:innen im Alter von 14 bis 17 Jahren (n = 5.281)	Cannabis	14–17	22
			Ecstasy	14–17	3
			Kokain	14–17	2
			Crack	14–17	2
			Heroin	14–17	1
			Amphetamin	14–17	5
			GHB	14–17	1
			LSD	14–17	2
			Schnüffelstoffe	14–17	15
Magic Mushrooms	14–17	4			
Berufsschulstudie Steiermark (Hutsteiner et al. 2005)	Steiermark 2005 (Lebenszeit)	Berufsschüler:innen im Alter von ca. 15 bis 19 Jahren (n = 3.919)	Cannabis	15–19	27,1
			Partydrogen	15–19	4,8
			Kokain	15–19	2
			Crack	15–19	1,1
			Opiate	15–19	1,4
			Amphetamin	15–19	3,1
			Halluzinogene	15–19	1,8
			Schnüffelstoffe	15–19	11,4
			Magic Mushrooms	15–19	8,9
HBSC-Studie (Dür/Griebler 2007)	Österreich 2005/06 (Lebenszeit)	15-jährige Schüler:innen (n = 1.239)	Cannabis	15	14
Bevölkerungs-befragung OÖ (Seyer et al. 2007)	Oberösterreich 2006 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 669)	Cannabis	15–24	36,9
			Ecstasy	15–24	12,3
			Heroin	15–24	7,7
			Morphium	15–24	8,5
			Amphetamin	15–24	12,3
			Kokain	15–24	10
			LSD	15–24	9
			Schnüffelstoffe	15–24	16,5
			biogene Drogen	15–24	13
Schulstudie Burgenland (Falbesoner/Lehner 2008)	Burgenland 2007 (Lebenszeit)	Schüler:innen der 7. bis 13. Schulstufe (n = 1.213)	Cannabis	12–19	11
			Ecstasy	12–19	2
			Kokain	12–19	2
			Heroin	12–19	2
			„Speed“	12–19	3
			Schnüffelstoffe	12–19	15
			biogene Drogen	12–19	4
ESPAD Österreich (Strizek et al. 2008)	Österreich 2007 (Lebenszeit)	Schüler:innen im Alter von 15 bis 16 Jahren (n = 4.574)	Cannabis	15–16	18
			Ecstasy	15–16	3,4
			Kokain	15–16	3,2
			Crack	15–16	2,3
			Heroin	15–16	1,8
			Amphetamin	15–16	7,7
			GHB	15–16	2,3
			LSD	15–16	2,8
			Schnüffelstoffe	15–16	14,1
			Magic Mushrooms	15–16	4,1
Bevölkerungs-befragung OÖ (Seyer et al. 2010)	Oberösterreich 2009 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 590)	Cannabis	15–24	26,2
			Ecstasy	15–24	4,7
			Heroin	15–24	2,1
			Morphium	15–24	1,7
			Amphetamin	15–24	5,1

Studie)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeitprävalenz in %
			Kokain LSD Schnüffelstoffe biogene Drogen	15–24 15–24 15–24 15–24	2,6 2,1 8,9 1,3
Erhebung zum Suchtverhalten von Jugendlichen in Niederösterreich (Bittner et al. 2010)	Niederösterreich 2009 (Lebenszeit)	Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren (n = 722)	Cannabis Ecstasy Kokain Heroin „Speed“ Schnüffelstoffe biogene Drogen	14–17 14–17 14–17 14–17 14–17 14–17 14–17	7 1 1 0 1 1 1
HBSC-Studie (Ramelow et al. 2011, Currie et al. 2012)	Österreich 2010 (Lebenszeit)	15- und 17-jährige Schüler:innen (n = 1.820 bzw. n = 1.490)	Cannabis Cannabis	15 17	14 27
Flash Eurobarometer Youth Attitudes on Drugs (Europäische Kommission 2011a und b)	Österreich 2011 (Lebenszeit)	Jugendliche im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 501)	Cannabis	15–24	18,1
Flash Eurobarometer Young People and Drugs (Europäische Kommission 2014a und b)	Österreich 2014 (Lebenszeit)	Jugendliche im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 501)	Cannabis NPS	15–24 15–24	38 7
HBSC-Studie (Ramelow et al. 2015)	Österreich 2014 (Lebenszeit)	15- und 17-jährige Schüler:innen (n = 1.712 bzw. n = 1.184)	Cannabis Cannabis	15 17	10 25
Drogenmonitoring Oberösterreich 2015 (Seyer et al. 2016)	Oberösterreich 2014/15 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 463)	Cannabis Ecstasy Heroin Methamphetamin Amphetamin Kokain LSD Kräuter-mischungen Badesalz biogene Drogen	15–24 15–24 15–24 15–24 15–24 15–24 15–24 15–24 15–24 15–24	34,8 4,7 1,9 1,4 4,3 4,7 2,8 4,8 1,4 3,8
ESPAD Österreich 2015 Strizek et al. (2016b)	Österreich 2015 (Lebenszeit)	Schüler:innen im Alter von 15 bis 16 Jahren (n = 6.560)	Cannabis Ecstasy Kokain Crack Heroin Amphetamin GHB LSD Schnüffelstoffe Magic Mushrooms Methamphetamin	15–16 15–16 15–16 15–16 15–16 15–16 15–16 15–16 15–16 15–16 15–16	19,9 2 1,8 0,6 0,6 2,7 1,4 1,6 9,7 2 0,8
HBSC-Studie (Felder-Puig et al. 2019, Teutsch et al. 2019)	Österreich 2018 (Lebenszeit)	15- und 17-jährige Schüler:innen (n = 1.935 bzw. n = 1.570)	Cannabis Cannabis	15 17	13 27
Drogenmonitoring Oberösterreich 2019 (Seyer et al. 2020)	Oberösterreich 2018/19 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von	Cannabis Ecstasy Heroin	15–24 15–24 15–24	42,3 9,2 4,9

Studie)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeitprävalenz in %
		15 bis 24 Jahren (n = 506)	Methamphetamin Amphetamin Kokain LSD Kräuter. mischungen Badesalzdrogen	15-24 15-24 15-24 15-24 15-24 15-24	5,5 7 7,7 7,3 7,7 5,5
ESPAD Österreich 2019 (Hojni et al. 2020)	Österreich 2019 (Lebenszeit)	Schüler:innen im Alter von 15 bis 16 Jahren (n = 7.891)	Cannabis Ecstasy Kokain Crack Heroin Amphetamin GHB LSD Schnüffelstoffe Magic Mushrooms Methamphetamin	15-16 15-16 15-16 15-16 15-16 15-16 15-16 15-16 15-16 15-16 15-16	21,7 3 2,9 1,1 0,9 2,4 1,5 2,6 13,1 2,1 1,1
HBSC-Studie (Felder-Puig et al. 2023, Teutsch et al. 2023)	Österreich 2022 (Lebenszeit)	15- und 17-jährige Schüler:innen (n = 2.389 bzw. n = 1.404)	Cannabis Cannabis	15 17	13 28
ESPAD Österreich 2024 (Strizek et al. 2025)	Österreich 2024 (Lebenszeit)	Schüler:innen im Alter von 15 bis 16 Jahren (n = 5.896)	Cannabis Ecstasy Kokain Crack Heroin Amphetamin GHB LSD Schnüffelstoffe Magic Mushrooms Methamphetamin	15-16 15-16 15-16 15-16 15-16 15-16 15-16 15-16 15-16 15-16 15-16	18,3 2,9 3,2 1,5 1,1 1,6 1,6 2,4 12,9 2,1 1,3

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG

Tabelle 13: Fälle zu ausgewählten drogenspezifischen Spitalsentlassungsdiagnosen (Hauptdiagnosen) nach ICD-10 in Österreich 2010–2023 (absolut)

Diagnose / Jahr	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
2010	25	704	41	45	7	11	23	15	119	1.523
2011	32	853	40	52	5	10	17	14	396	1.507
2012	21	938	32	56	7	16	18	16	529	1.374
2013	15	877	33	75	6	17	15	34	388	1.305
2014	17	1.195	67	96	4	8	16	18	388	925
2015	12	881	51	83	3	14	19	21	118	640
2016	14	907	58	76	5	13	15	21	114	705
2017	19	847	93	146	16	28	19	28	118	747
2018	11	806	69	139	11	37	18	32	129	659
2019	16	799	49	128	11	50	21	30	128	603
2020	11	650	31	77	10	42	14	22	120	563
2021	15	672	44	115	15	43	11	34	141	532
2022	14	601	33	89	9	60	26	19	155	525
2023	15	586	55	122	25	67	11	16	159	702

F11.1 = Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide – schädlicher Gebrauch

F11.2 = Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide – Abhängigkeit

F12.1 = Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – schädlicher Gebrauch

F12.2 = Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – Abhängigkeit

F14.1 = Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – schädlicher Gebrauch

F14.2 = Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – Abhängigkeit

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

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

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

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

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

Abhängigkeit = eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln; typischerweise bestehen ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen.

Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z. B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z. B. opiat-ähnliche Substanzen) oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.

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

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

Tabelle 14: Fälle zu ausgewählten drogenspezifischen Spitalsentlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) nach ICD-10 in Österreich 2010–2023 (absolut)

Diagnose /Jahr	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
2010	186	1.626	842	370	151	69	89	31	572	2.779
2011	181	1.612	929	403	154	97	93	44	899	2.866
2012	140	1.624	994	432	165	99	115	41	1.018	2.690
2013	165	1.686	1.188	607	211	121	173	106	822	2.512
2014	154	1.946	1.447	714	299	125	203	89	868	2.129
2015	119	1.514	1.251	645	226	122	222	74	534	1.570
2016	140	1.717	1.481	715	307	145	238	105	628	1.706
2017	136	1.601	1.588	831	289	167	242	99	671	1.643
2018	149	1.561	1.493	819	326	157	220	103	717	1.538
2019	143	1.644	1.408	780	371	173	230	96	796	1.552
2020	163	1.543	1.409	750	358	235	242	115	788	1.574
2021	168	1.664	1.380	906	414	229	286	150	722	1.597
2022	204	1.574	1.442	908	476	220	283	120	884	1.537
2023	197	1.645	1.602	1.058	557	294	281	131	983	1.836

F11.1 = Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide – schädlicher Gebrauch

F11.2 = Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide – Abhängigkeit

F12.1 = Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – schädlicher Gebrauch

F12.2 = Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – Abhängigkeit

F14.1 = Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – schädlicher Gebrauch

F14.2 = Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – Abhängigkeit

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

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

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

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

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

Abhängigkeit = eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln; typischerweise bestehen ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen.

Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z. B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z. B. opiat-ähnliche Substanzen) oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.

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

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

Suchtprävention

Inhalt

4	Suchtprävention	91
4.1	Zusammenfassung.....	91
4.2	Aktuelle Situation.....	92
4.2.1	Strategien und Organisation.....	92
4.2.2	Präventionsmaßnahmen	96
4.2.3	Qualitätssicherung	104
4.3	Trends	108
4.4	Neue Entwicklungen	108
4.5	Quellen und Methodik.....	111
4.6	Bibliografie.....	111
4.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	114
4.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	115
4.9	Anhang	116

4 Suchtprävention

4.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Ziele und Leitsätze für die Ausrichtung der Suchtprävention finden sich in allen sucht- und drogenpolitischen Strategien und sie betonen die Bedeutung eines umfassenden sowie zielgruppenspezifischen Ansatzes. Prävention wird als langfristiger pädagogischer Prozess und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden, die darauf abzielt, die Persönlichkeitsentwicklung und die Lebenskompetenzen insbesondere von Kindern und Jugendlichen zu stärken. Das inkludiert auch explizit strukturelle Maßnahmen im Sinne von Verhältnisprävention. Damit soll der Konsum legaler und illegaler Substanzen verhindert bzw. verzögert, aber auch – v. a. bei Jugendlichen – die Auseinandersetzung mit Risikoverhalten gefördert werden. In diesem Sinne ist Suchtprävention auch im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitserziehung verankert bzw. wird sie als Teil umfassenderer Maßnahmen der Gesundheitsförderung⁶⁹ verstanden und umgesetzt.

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

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

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

⁶⁹ Unter Gesundheitsförderung wird entsprechend der Ottawa-Charta der WHO ein Prozess verstanden, der darauf abzielt, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit (verstanden als umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden) zu befähigen; vgl. <https://iris.who.int/handle/10665/349652> [Zugriff am 19.06.2025].

Trends

Ein langjähriger Schwerpunkt der Suchtprävention in Österreich sind suchtübergreifende Maßnahmen sowie Aktivitäten im Bereich der legalen Substanzen. Das Spektrum der Aktivitäten hat sich im Laufe der Zeit weiterentwickelt, sodass inzwischen auch Themen wie Glücksspiel, Gewaltprävention, Sexualpädagogik, Suizidprävention, die Prävention einer problematischen Mediennutzung, die Prävention von Essstörungen oder die Prävention der Entwicklung psychischer Störungen an manchen Fachstellen für Suchtprävention angesiedelt sind. Bewährte Maßnahmen werden dabei in einem kontinuierlichen Prozess fortgeführt und weiterentwickelt.

Neue Entwicklungen

Bestehende Präventionsprogramme werden von den Fachstellen für Suchtprävention fortlaufend weiterentwickelt (z. B. Aufnahme neuer Themen über Zusatzmodule) bzw. wird ihre Ausrollung und Nachhaltigkeit gefördert (z. B. über Kooperationen). Von mehreren Bundesländern wurden neue Aktivitäten bzw. eine erhöhte Nachfrage nach Angeboten zum Thema „Digitale Medien“ berichtet. Die Website des Programms der *Frühen Hilfen* wurde grundlegend überarbeitet, um einen niederschweligen Zugang zum Angebot zu gewährleisten. Die GÖG wurde als offizielle Koordinationsstelle für die Umsetzung des *Europäischen Präventionscurriculums (EUPC)* in Österreich anerkannt, welche in Kooperation mit der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung erfolgt.

4.2 Aktuelle Situation

4.2.1 Strategien und Organisation

Zielsetzungen und Prioritäten

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

In allen Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer sowie in der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* (BMG 2015) (vgl. Kapitel 1) finden sich **Ziele oder Leitsätze für die Suchtprävention**. Darin wird zumeist betont, dass ein Gesamtkonzept mit einem umfassenden und ganzheitlichen (strukturell, interdisziplinär, ursachenorientiert) sowie zielgruppenspezifischen Ansatz notwendig ist und sich entsprechende Maßnahmen sowohl auf illegale als auch auf legale Substanzen und substanzungebundenes Suchtverhalten beziehen sollen. In diesem Sinne wird auch eine Kooperation mit Bildungs- und Erziehungseinrichtungen, jugendpolitischen Maßnahmen (Jugendsozialarbeit) sowie mit dem Gesundheitswesen angestrebt. In einzelnen Strategien wird auch problembehafteter Konsum als Thema der Suchtprävention mitberücksichtigt. Prävention wird als langfristiger pädagogischer Prozess und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden, die in der Praxis darauf abzielt, die Persönlichkeitsentwicklung und die Lebenskompetenzen insbesondere von Kindern und Jugendlichen zu fördern. Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* weist

darauf hin, dass auch erwachsene Personen mit passenden Maßnahmen erreicht werden müssen (BMG 2015). Alle Sucht-/Drogenstrategien betonen die Bedeutung eines wertschätzenden, partizipativ-emanzipatorischen Menschenbildes und der Eigenverantwortung als Prinzip der Suchtprävention. Die **Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer** haben jeweils spezielle Schwerpunktsetzungen, die sich bspw. auf bestimmte Zielgruppen (z. B. riskant konsumierende Jugendliche, Schwangere, ältere Menschen), Substanzen/Suchtformen (z. B. psychoaktive Medikamente, Glücksspiel) oder strukturelle Bedingungen (z. B. Professionalisierung der Fachkräfte, Qualitätssicherung an den Schnittstellen) beziehen. Teilweise werden in den Strategien auch einzelne konkrete Programme als umzusetzende Maßnahmen aufgezählt.

Als **weitere Grundlagen** für die suchtpreventive Arbeit in Österreich sind, abgesehen von den Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer und der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie*, auch der § 13 Suchtmittelgesetz (SMG, BGBl. I 112/1997; vgl. Kapitel 2; siehe auch den dazu erstellten Handlungsleitfaden: BMBWF 2018) sowie verschiedene strategische Dokumente von Bedeutung (z. B. *Gesundheitsziele Österreich, Gesundheitsförderungsstrategie, Nationaler Aktionsplan Behinderung 2022–2030, Roadmap „Zukunft Gesundheitsförderung“*; vgl. Kapitel 1). Für das Setting Schule ist vor allem der *Grundsatzterlass Gesundheitserziehung* zu nennen, der Suchtprävention im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitserziehung verankert (BMUK 1997), sowie die Publikation „Psychologische Gesundheitsförderung im Lebensbereich Schule“ (BMUKK 2008). Ebenso sind die *Grundsätze schulischer Suchtprävention*⁷⁰ sowie die Informationsmaterialien „Suchtprävention in der Schule“ (BMUKK 2012) von Relevanz. Dokumente, die insbesondere für die Qualitätssicherung von Bedeutung sind, finden sich im Kapitel 4.2.3.

Schließlich sind auch die Positionspapiere und Stellungnahmen der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* (siehe nächstes Kapitel) zu den Themen *Alkohol, Tabak/Nikotin, Cannabis (Freizeitgebrauch)* und *Glücksspiel/Sportwetten* zu nennen⁷¹. Diese leisten einen wichtigen Diskussionsbeitrag zu strategischen Überlegungen (im Berichtszeitraum z. B. zur Novellierung des Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz, TNRS, BGBl. 431/1995, Brunner p. M.). Erwähnenswert ist auch der *Offene Brief zur Regulierung von Sportwetten als Glücksspiel*⁷² der steirischen Fachstelle für Glücksspielsucht, der in Kooperation mit anderen Einrichtungen der Suchtprävention, Suchthilfe und -koordination sowie mit Selbsthilfegruppen erarbeitet wurde.

Wesentliche Akteurinnen und Akteure

Präventive Maßnahmen werden in Österreich zum Großteil auf lokaler bzw. regionaler Ebene geplant, organisiert und umgesetzt, wobei die auf Länderebene angesiedelten **Fachstellen für Suchtprävention** (siehe Tabelle 15 im Anhang) eine zentrale Rolle spielen. Die Angebote der Fachstellen decken häufig substanz- und settingübergreifende Ansätze in den Bereichen universelle und selektive Prävention ab (vgl. Kapitel 4.2.2.2 und 4.2.2.3). Hier spielt die Schulung bzw. der Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. aus dem pädagogischen Bereich, dem kommunalen Bereich und dem betrieblichen Umfeld) eine große Rolle, um die Reichweite

⁷⁰ https://www.schulpsychologie.at/fileadmin/upload/psychologische_gesundheitsfoerderung/grundsaeetze_schulischer_suchtpraev.pdf [Zugriff am 17.06.2025]

⁷¹ <https://www.suchtvorbeugung.net/themen> [Zugriff am 17.06.2025]

⁷² https://www.fachstelle-gluecksspielsucht.at/fileadmin/user_upload/Offener_Brief_SportwettenGluecksspiel_.pdf [Zugriff am 17.06.2025]

und Nachhaltigkeit der Präventionsmaßnahmen zu sichern (vgl. Kapitel 4.2.3). Maßnahmen zur indizierten Prävention (vgl. Kapitel 4.2.2.4) werden ebenfalls von den Fachstellen konzipiert, ihre Umsetzung erfolgt jedoch vorwiegend in Kooperation mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anderer Einrichtungen (z. B. der Sucht- bzw. Drogenberatungsstellen). Auch digitale Angebote spielen eine Rolle. Wichtige weitere Aufgaben der Fachstellen sind Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, die (finanzielle) Unterstützung suchtpreventiver Initiativen und die Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen für Fachleute aus dem Gesundheits- und Sozialbereich. Manche Fachstellen engagieren sich international⁷³. Die Fachstellen unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihrer Organisationsform, personellen Größe und Zusammensetzung sowie finanziellen Ressourcen, wodurch sich Unterschiede im Portfolio ergeben.

Für Wissenstransfer, Interessenvertretung sowie zur Umsetzung gemeinsamer Projekte haben sich die Fachstellen zur **Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung** zusammengeschlossen⁷⁴. In diesem Rahmen entwickeln und koordinieren die Fachstellen österreichweite Maßnahmen (vgl. Kapitel 4.2.2), erarbeiten gemeinsame fachliche Positionen und wirken durch Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen sowie zu weiteren relevanten suchtpolitischen Entwicklungen mit.

Zusätzlich werden Veranstaltungen zur Vernetzung und Weiterbildung der Präventionsfachkräfte organisiert (vgl. Kapitel 4.2.3). Die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* vertritt die Suchtprevention in wichtigen Gremien auf Bundesebene (z. B. im Bundessuchtforum, vgl. Kapitel 1). In den Bundesländern sind die Fachstellen mit relevanten Gremien vernetzt und z. B. in Suchtbeiräten vertreten. Des Weiteren ist die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* mit anderen deutschsprachigen Fachinstitutionen vernetzt und um einen regelmäßigen fachlichen Austausch bemüht. Die ARGE-Mitglieder nehmen regelmäßig am internationalen *Forum Suchtprevention* teil, zu dem neben Österreich auch Deutschland, die Schweiz, Luxemburg, Südtirol und Liechtenstein gehören.

Zusätzlich sind je nach Bundesland unterschiedliche weitere Akteurinnen und Akteure in die Planung, Organisation und Umsetzung von Suchtprevention involviert, die teilweise eng mit den Fachstellen kooperieren bzw. einheitliches Material verwenden. Dies sind etwa die Suchthilfeeinrichtungen, deren Kerngeschäft die Beratung, Betreuung und Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen ist, aber auch soziale Einrichtungen wie z. B. die Caritas. In der Steiermark gibt es zusätzlich zur Fachstelle für Suchtprevention auch eine Fachstelle für Glückspielsucht, darüber hinaus engagiert sich der Verein JUKUS zum Thema Medikamentenabhängigkeit. In allen Bundesländern sind auch Präventionsbeamtinnen bzw. -beamte der Polizei im Einsatz, die spezifisch ausgebildet sind (interne Basisausbildung der Polizei, zum Teil ergänzende Weiterbildungen durch die Fachstellen für Suchtprevention). Im Bereich der Kriminalprävention bietet die Polizei seit dem Jahr 2016 österreichweit das Programm Look@your.Life⁷⁵ an. Dieses umfasst 4 Module mit insgesamt 19 Unterrichtseinheiten und richtet sich an Schüler:innen im Alter von 13 bis 17 Jahren (BMI 2025). Als zentrale Anlaufstelle für kriminalpräventive Maßnahmen gilt das Büro für Kriminalprävention und Opferhilfe im Bundeskriminalamt. Weiters spielen Schulärztinnen und Schulärzte sowie Schulpsychologinnen und Schulpsychologen in der Suchtprevention

⁷³ So hatte z. B. die Wiener Fachstelle im Berichtszeitraum den Vizevorsitz in der *Substance Abuse Prevention Working Group* des „EUROCI-TIES“-Netzwerks europäischer Großstädte.

⁷⁴ Die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung besteht seit 1999. Südtirol und Liechtenstein sind mit ihren Fachstellen außerordentliche Mitglieder.

⁷⁵ <https://www.bundeskriminalamt.at/205/start.aspx#a3> [Zugriff am 17.06.2025]

eine wichtige Rolle. In manchen Bundesländern (z. B. Oberösterreich⁷⁶) werden Koordinatorinnen und Koordinatoren für schulische Suchtprävention eingesetzt, die von den Fachstellen geschult werden und zur strukturellen Verankerung sowie zur Qualitätssicherung von Suchtprävention an den Schulen beitragen sollen. In Salzburg ist in der Bildungsdirektion eine eigene Kontaktinformationsstelle für schulische Präventionsarbeit (KIS) eingerichtet, die sich mit Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention beschäftigt. Auch regionale Gesundheitsförderungsanbieter:innen⁷⁷ spielen eine Rolle: So ist z. B. der Verein *Styria vitalis* Träger des internetbasierten Präventionsangebots *feel-ok.at* (vgl. Kapitel 4.2.2). Weiters arbeiten die Fachstellen für Suchtprävention bspw. mit Hochschulen zusammen⁷⁸.

Präventive Maßnahmen vor allem im Bereich legaler Substanzen (Alkohol, Tabak/Nikotin⁷⁹) werden zum Teil von dem Dachverband der Sozialversicherungsträger, der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) und dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) getragen und mitfinanziert. Auf **Bundesebene** spielt für das Setting Schule hinsichtlich der Planung und Unterstützung von Gesundheitsförderung insbesondere das Bundesministerium für Bildung (BMB) eine Rolle. Beispielsweise beauftragt das BMB zusammen mit dem BMASGPK und dem Österreichischen Jugendrotkreuz (ÖJRK) die GIVE-Service-stelle⁸⁰, die insbesondere den schulischen Bereich in puncto Information und Vernetzung im Bereich Gesundheitsförderung (u. a. auch Suchtprävention) unterstützen soll.

Finanzierung

In der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* wird festgehalten, dass Suchtprävention durch Bund, Länder und Sozialversicherung gemeinsam finanziert werden soll. In der Praxis werden vorrangig **Budgets der Bundesländer** aus dem Bereich Gesundheit (z. B. jene der Landesgesundheitsförderungsfonds), aber auch aus den Bereichen Soziales und Bildung herangezogen, um z. B. die Arbeit der Fachstellen für Suchtprävention zu finanzieren⁸¹. Bei den Gesundheitsförderungsfonds in den Bundesländern und bei den Budgets der ÖGK gibt es thematisch und finanziell unterschiedliche Schwerpunktsetzungen. Auf **Bundesebene** fördert der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) mittels Kofinanzierung vorwiegend innovative Projekte und Veranstaltungen zum Wissenstransfer. Im Berichtszeitraum förderte der FGÖ bspw. die Pilotierung des Europäischen Präventionscurriculums (EUPC) in Österreich (vgl. Kapitel 4.4). Weiters übernehmen die Bundesministerien die Finanzierung spezifischer Maßnahmen z. B. im Setting Schule, wie unten beschrieben.

Maßnahmen in **Schulen und Kindergärten** werden in der Regel für diese kostenfrei angeboten. Programme in diesen Settings wie etwa *Gemeinsam stark werden* (GSW) oder *plus* (vgl. Kapitel

⁷⁶ <https://www.praevention.at/angebote/koordinatorin-fuer-suchtpraevention>
[Zugriff am 17.06.2025]

⁷⁷ Strukturell und finanziell sind die Bereiche Suchtprävention und Gesundheitsförderung in Österreich großteils getrennt, wobei es aber viele inhaltliche Überschneidungen und zum Teil enge Kooperationen gibt.

⁷⁸ Abgesehen von diesen Kooperationen sind auch einzelne Personen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen) aktiv, die bspw. Schulen direkt ansprechen und Workshops anbieten, wobei diese hinsichtlich der Qualitätssicherung jeweils im Einzelfall geprüft werden müssen.

⁷⁹ Der Bereich „Tabak/Nikotin“ umfasst Tabak- und verwandte Erzeugnisse sowie neuartige Nikotinerzeugnisse.

⁸⁰ <https://www.give.or.at/> [Zugriff am 17.06.2025]

⁸¹ In Salzburg stellt beispielsweise das Salzburger Teilhabegesetz (ehemals Salzburger Behindertengesetz) die Grundlage für die Pauschalsubvention für die Salzburger Fachstelle für Suchtprävention dar.

4.2.2) werden größtenteils von den Bundesländern über die Fachstellen finanziert – in einigen Bundesländern finanziert die ÖGK mit. Bei GSW besteht bspw. auch eine umfangreiche Kooperation mit einer gemeinnützigen Organisation (Weitblick GmbH). Auch die Pädagogischen Hochschulen (PH) sind in den Bundesländern wichtige Kooperationspartnerinnen und übernehmen teilweise auch Kosten. Das BMB finanziert die Schulpsychologie, die auch in suchtpreventive Aktivitäten involviert ist. Schulsozialarbeit wird meist von der Kinder- und Jugendhilfe der Bundesländer angeboten bzw. beauftragen die Bundesländer private Einrichtungen mit der Umsetzung und finanzieren diese großteils; das BMB engagiert sich in dieser Thematik im Sinne der Gesamtkoordination schulischer Unterstützungssysteme (Aksakalli p. M.). Das Jugendcoaching (vgl. Kapitel 4.2.2.4) wird vom BMASGPK finanziert und in Kooperation mit dem BMB umgesetzt; die Beauftragung der Trägereinrichtungen, die das Jugendcoaching umsetzen, erfolgt über das Sozialministeriumservice (Fraundorfer p. M.; Schmöckel p. M.). Im Setting **Familie** übernimmt das Bundeskanzleramt (Sektion Familie und Jugend) für die Familienberatungsstellen einen Teil der Gesamtkosten. Die *Frühen Hilfen* (vgl. Kapitel 4.2.2.2) werden über eine eigene Vereinbarung über die Finanzierung der flächendeckenden und bedarfsgerechten Bereitstellung von *Frühen Hilfen* in Österreich („Frühe-Hilfen-Vereinbarung“) zu je einem Drittel von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern finanziert, das EU-Programm „NextGenerationEU“ unterstützte den flächendeckenden Ausbau. In **betrieblichen Settings** tragen die Betriebe als Auftraggeber die Kosten für die Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen im Regelfall weitgehend selbst.

Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* sieht weiters vor, dass Einnahmen aus der Besteuerung von Alkohol, Tabak und Glücksspiel in die Suchtprävention fließen sollen. In der Praxis besteht grundsätzlich keine Zweckbindung von Steuern auf Alkohol oder Tabakprodukte für Präventionsmaßnahmen. Es sind aber gewisse Anteile aus den Mitteln der Umsatzsteuer und der Tabaksteuer generell für Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information zu verwenden. Ein Promille aller Glücksspielumsätze ist für die Stabsstelle für die Belange des Schutzes von Spielerinnen und Spielern gewidmet (§ 1 Glücksspielgesetz; BGBl. 620/1989). Aus diesen Quellen werden jedoch auch andere Aktivitäten (z. B. wissenschaftliche Forschung, Tagungen) finanziert. Die **Zweckwidmung von Steuergeldern für Prävention** ist immer wieder eine Forderung von Präventionsfachleuten und ist z. B. auch in den Positionspapieren zu Alkohol, Tabak/Nikotin und Glücksspiel/Sportwetten der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* zu finden⁸².

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

4.2.2 Präventionsmaßnahmen

Der Großteil der in Österreich umgesetzten Präventionsmaßnahmen fokussiert auf die Förderung der Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen, auf soziales Lernen und Erlebnispädagogik sowie – vor allem bei Jugendlichen – auf die Auseinandersetzung mit Risikoverhalten. Entsprechend dem suchtübergreifenden Zugang sind viele suchtpreventive Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundene

⁸² <https://www.suchtvorbeugung.net/themen> [Zugriff am 17.06.2025]

Süchte (z. B. Glücksspielsucht, vgl. Kapitel 4.3). Je nach Zielgruppe sind in allgemeine suchtpreventive Maßnahmen auch substanzspezifische Elemente integriert.

Die folgenden Kapitel bieten eine Übersicht über die Präventionsmaßnahmen in Österreich mit Fokus auf österreichweite Aktivitäten der Fachstellen für Suchtprävention (vgl. Tabelle 15 im Anhang). Ergänzend werden vereinzelt zusätzliche regionale Maßnahmen erwähnt. Diese wurden in Zusammenarbeit mit den Fachstellen für Suchtprävention ausgesucht, um das Angebotsspektrum zu veranschaulichen. Aus der Fülle von Aktivitäten können in diesem Bericht nur ausgewählte Beispiele beschrieben werden. Einen detaillierten Überblick über die Angebote der Fachstellen für Suchtprävention, sortiert nach Arbeitsfeld und Bundesland, bietet die Website der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung⁸³. Die Darstellung folgt der Klassifizierung der Drogenagentur der Europäischen Union (EUDA)⁸⁴ und konzentriert sich auf Ansätze, Zielgruppen und Settings. Weitere Details, wie z. B. Fördergeber:innen und Kooperationspartner:innen, sind auf den Websites oder in anderen Informationsmaterialien der jeweiligen Fachstelle zu finden. Ein systematisches Dokumentationssystem wie das in Deutschland eingesetzte *Dot.sys – Dokumentationssystem für Maßnahmen der Suchtprävention*⁸⁵ gibt es in Österreich nicht.

4.2.2.1 Strukturelle Prävention

Ob Menschen psychoaktive Substanzen probieren und ggf. regelmäßig konsumieren, hängt nicht nur von ihren persönlichen Gegebenheiten, sondern auch von ihrem Umfeld ab. Eine Aufgabe der Prävention ist daher, das Umfeld so zu gestalten, dass es eine schützende Wirkung hat und dazu beiträgt, den Wahrscheinlichkeitsgrad eines Konsums psychoaktiver Substanzen bzw. der Entwicklung einer Suchterkrankung gering zu halten. Diese Maßnahmen werden als „strukturelle Prävention“ oder „Verhältnisprävention“ bezeichnet. Sie sind vielfältig und reichen vom Verringern der Verfügbarkeit von Substanzen über spezielle Maßnahmen des Jugendschutzes und der Gesundheitsförderung bis zu Maßnahmen in anderen Politikbereichen, welche allgemeine Lebensbedingungen und Handlungsspielräume sowie indirekt auch die Gesundheit der Bevölkerung wesentlich beeinflussen. Aus Sicht von Fachleuten (Österreichische ARGE Suchtvorbeugung 2016) ist eine Balance zwischen verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen anzustreben, verhaltenspräventive Maßnahmen sind in den nachfolgenden Kapiteln beschrieben.

Gesetzliche Regelungen sind eine klassische Maßnahme struktureller Prävention. Von Bedeutung sind hier neben den in Kapitel 2 beschriebenen Gesetzen zu illegalen Substanzen auch Landes- und Bundesgesetze zu Themen wie Jugendschutz, Alkohol (näher beschrieben in Uhl/Bachmayer 2025) oder Tabak- und verwandte Erzeugnisse (wie z. B. das Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtrauchererschutzgesetz – TNRSKG, BGBl. 431/1995). In Bezug auf Alkohol sind auch allgemeine gesetzliche Regelungen (z. B. Gewerbeordnung, BGBl. 194/1994; Straßenverkehrsordnung, BGBl. 159/1960; ORF-Gesetz, BGBl. 379/1984, näher beschrieben in Uhl/Bachmayer 2025) von Bedeutung, die strukturelle Maßnahmen wie z. B. die Einschränkung von Verfügbarkeit und Werbung beinhalten.

⁸³ <https://www.suchtvorbeugung.net/suchtpreventionsinfo/Hauptseite> [Zugriff am 17.06.2025]

⁸⁴ Im Rahmen einer Mandaterweiterung wurde die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA bzw. EBDD) am 2. Juli 2024 in die Drogenagentur der Europäischen Union umbenannt.

⁸⁵ Mit dem Dokumentationssystem *Dot.sys* werden suchtpreventive Aktivitäten in Deutschland standardisiert erfasst. Die Umsetzung erfolgt als Kooperation der deutschen Bundesländer und des deutschen Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BfÖG) und wurde gemeinsam mit der EUDA entwickelt.

Eine Herausforderung stellen weiterhin Nikotinbeutel und andere tabakfreie Nikotinerzeugnisse dar, weil sie von den geltenden Bundesgesetzen (noch) nicht ausreichend erfasst sind. Der tägliche Konsum von Nikotinbeuteln unter jungen Menschen ist inzwischen gleich hoch wie der tägliche Konsum von Zigaretten, wobei E-Zigaretten das am häufigste konsumierte Produkt unter Jugendlichen darstellen⁸⁶. Regulierungen von Nikotinbeuteln erfolgen derzeit über die Schulordnung (BGBl. II Nr. 126/2024) sowie über Jugendschutzgesetze. Diese beinhalten prinzipiell allgemeinere Beschreibungen psychoaktiver Substanzen⁸⁷, die tabakfreie Nikotinerzeugnisse mit umfassen, wobei in einigen Bundesländern die Abgabe bzw. der Verkauf an Kinder und Jugendliche ausdrücklich untersagt ist. In 4 Bundesländern (Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol) werden aufgrund von Novellierungen in den vergangenen Jahren Nikotinbeutel explizit erwähnt, auch ihre Weitergabe an Minderjährige ist ausdrücklich verboten. Eine entsprechende Novellierung wurde im Berichtszeitraum auch in Wien beschlossen.

Ebenfalls von Bedeutung sind **Strategieprozesse**, die zur Priorisierung bzw. Umsetzung von Maßnahmen beitragen, die das jeweilige Umfeld gesundheitsfördernd gestalten und gesundes Aufwachsen fördern wollen. Sie sind in der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* (BMG 2015), in den *Gesundheitszielen Österreich* (BMGF 2017), der *Gesundheitsförderungsstrategie* (BMSGPK 2023) sowie der *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* (BMSGPK 2024) verankert, aber auch in entsprechenden Strategien der Bundesländer. Ein partizipativer Strategieprozess des Bildungsministeriums war Basis für die Roadmap „Zukunft Gesundheitsförderung“⁸⁸, in der die Suchtprävention explizit als Maßnahme in den Bereichen „Gesundheits- und Sozialwesen“ sowie „Gesundheitskompetenz und -information“ genannt wird. Zusätzlich tragen Aktivitäten der Fachstellen zur Vernetzung relevanter Stakeholder:innen in den Bundesländern (vgl. Kapitel 4.2.1) zu Strategieprozessen auf lokaler bzw. regionaler Ebene bei und können daher ebenfalls als strukturelle Maßnahmen gelten.

Weitere verhältnispräventive Maßnahmen sind auch in einzelnen Handlungsfeldern von Bedeutung. Entsprechende Projekte gibt es z. B. in **Settings wie Nachtleben oder Schule**. In Salzburg richtet sich die Maßnahme *Neue Festkultur: Qualitätskriterien für gelungene & jugend(schutz)freundliche Feste*⁸⁹ an Festveranstalter:innen. Feste, welche die Qualitätskriterien (z. B. mindestens 3 attraktive alkoholfreie Getränke, keine Lockangebote für preiswerten Alkohol) erfüllen, werden mit einem Gütesiegel ausgezeichnet. Die Fachstelle bietet auch Coachings zur Umsetzung der Kriterien an. Die steirische Fachstelle VIVID begleitet für die ÖGK in der Steiermark im Rahmen des Netzwerks „Gesunde Schule – bewegtes Leben“ Schulen bei der Planung, Umsetzung und Evaluation suchtpreventiver Maßnahmen auf struktureller und individueller Ebene.

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

⁸⁶ In einer repräsentativen Befragung von Schülerinnen und Schülern gaben 8 Prozent an, Nikotinbeutel täglich oder fast täglich zu konsumieren, außerdem werden Nikotinbeutel in einem relevanten Ausmaß von Personen genutzt, die wenig oder gar keine Erfahrung mit herkömmlichen Zigaretten haben (Schmutterer/Akartuna 2025, Strizek et al. 2025).

⁸⁷ z. B. als „sonstige Rausch- und Suchtmittel, die geeignet sind, rauschähnliche Zustände, Abhängigkeit, Betäubung oder physische oder psychische Erregungszustände hervorzurufen“ (Vorarlberger Kinder- und Jugendgesetz, LGBl. 16/1999)

⁸⁸ <https://agenda-gesundheitsfoerderung.at/kozug/roadmap> [Zugriff am 17.06.2025]

⁸⁹ <https://www.akzente.net/fachbereiche/suchtpraevention/praevention-in-der-gemeinde/neue-festkultur> [Zugriff am 17.06.2025]

men beziehen sich jedoch schwerpunktmäßig auf Alkohol⁹⁰ und Tabak/Nikotin⁹¹. Im Unterschied zu anderen Settings sind überwiegend Erwachsene die Zielgruppe der betrieblichen Suchtprävention; einzelne Programme fokussieren auf Lehrlinge. Manche Fachstellen für Suchtprävention unterstützen Betriebe mit entsprechenden Maßnahmenpaketen und helfen bspw. bei der Erarbeitung von Präventionskonzepten, Strategien und Richtlinien zum Umgang mit Substanzgebrauch und Sucht am Arbeitsplatz⁹².

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

4.2.2.2 Universelle Suchtprävention

Universelle Präventionsmaßnahmen wenden sich über verschiedene Settings (z. B. Schule, Gemeinde, Kindergarten) an große Gruppen der Bevölkerung, unabhängig von der jeweiligen Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Suchterkrankung. Es gibt mehrere **österreichweite⁹³ Standardprogramme**, die sich an unterschiedliche Altersgruppen richten:

- *Gemeinsam stark werden⁹⁴ (GSW)* wird als *GSW-Primar* in Volksschulen (6- bis 10-Jährige) pro Schuljahr in mindestens 10 Unterrichtseinheiten (UE) für die Schüler:innen eingesetzt⁹⁵. Im Schuljahr 2024/25 wurden ca. 1.100 Pädagoginnen und Pädagogen hinsichtlich *GSW-Primar* neu geschult (vgl. Tabelle 16 im Anhang). Als Weiterentwicklung des Lebenskompetenzprogramms für den elementaren Bildungsbereich (0- bis 6-jährige Kinder bzw. bis zum Schuleintritt) gibt es *GSW-Elementar*. Dieses startete im Jahr 2023 als Pilotprojekt in Wien und in der Steiermark (vgl. Busch et al. 2024) und im Jahr 2024 in Niederösterreich, eine Umsetzung in weiteren Bundesländern (z. B. Tirol) ist in Vorbereitung.
- *plus⁹⁶* wird in der 5. bis 8. Schulstufe (10- bis 14-Jährige) von weiterführenden Schulen (MS, AHS) mit insgesamt 10 UE pro Schuljahr eingesetzt. In manchen Bundesländern werden Zusatzmodule angeboten⁹⁷ bzw. neu entwickelt (vgl. Kapitel 4.4). Das Programm läuft je nach Bundesland seit 2008 (S, St, T) bzw. 2009 (B, K, NÖ, OÖ, V, W). Im Schuljahr 2024/25 wurden

⁹⁰ <https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.735560&version=1589439999> [Zugriff am 17.06.2025]

⁹¹ <https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.772844&version=1671608341> [Zugriff am 17.06.2025]

⁹² z. B. in Tirol: <https://www.kontaktco.at/fachbereiche/pib> in Niederösterreich: <https://www.fachstelle.at/portfolio/suchtvorbeugung-in-betrieben> [Zugriff jeweils am 17.06.2025]

⁹³ „Österreichweit“ bedeutet in diesem Kontext, dass die Fachstellen für Suchtprävention die Maßnahmen gemeinsam planen und dass die Programme in jedem Bundesland Österreichs angeboten werden (oder ein solches Angebot in Vorbereitung ist). In der Praxis werden jedoch aufgrund der begrenzten Ressourcen für die Umsetzung nicht alle Schulen bzw. Schüler:innen (sofort) erreicht. So wurde bislang z. B. etwa ein Viertel der Volksschulen hinsichtlich *Gemeinsam stark werden* (OÖ: *zusammen.wachsen*) erreicht. Tabelle 16 (siehe Anhang) zeigt weitere Kennwerte zur Umsetzung.

⁹⁴ <https://www.gemeinsam-stark-werden.org> [Zugriff am 17.06.2025]

⁹⁵ *GSW-Primar* hat unter dem Namen *Gemeinsam stark werden* im Schuljahr 2018/19 österreichweit das frühere Programm *eigenständig werden* (ab dem Jahr 2002 im Einsatz) abgelöst. Aktuell wird *GSW-Primar* in allen Bundesländern umgesetzt. In Oberösterreich setzt die Weitblick GmbH über die Pädagogische Hochschule Oberösterreich *GSW* um, während die Fachstelle seit 2020 *zusammen.wachsen* (eine Weiterentwicklung von *eigenständig werden*) anbietet. Die Programme ähneln sich hinsichtlich Zielsetzung und Methoden.

⁹⁶ <https://www.suchtvorbeugung.net/plus> [Zugriff am 17.06.2025]

⁹⁷ Die steirische Fachstelle bietet seit dem Frühjahr 2022 ein Zusatzmodul zu Suizidprävention und nichtsuizidalem selbstverletzendem Verhalten an, das gemeinsam mit GO-ON (Kompetenzzentrum für Suizidprävention, Steiermark) erarbeitet wurde und dessen Ziel es ist, interessierte Lehrpersonen mit einem bestehenden *plus*-Zertifikat auch für diese Themen zu sensibilisieren und sie bei deren Umsetzung in der Klasse zu unterstützen.

fast 300 Lehrkräfte neu hinsichtlich *plus* zertifiziert und geschätzt mehr als 75.000 Schüler:innen mit *plus* erreicht (vgl. Tabelle 16 im Anhang).

- *Wetterfest*⁹⁸ wurde im Schuljahr 2021/22 eingeführt und wird mittlerweile in allen Bundesländern umgesetzt (unter dem Titel *klartext* in Vorarlberg). Es richtet sich an Schüler:innen ab der 9. Schulstufe (im Alter ab 14 Jahren) und schließt verschiedene Schultypen ein: Berufsbildende mittlere und höhere Schulen (BMS, BHS), Allgemeinbildende höhere Schulen (AHS), Polytechnische Schulen (PTS) und Berufsschulen. Im Schuljahr 2024/25 wurden über 300 Lehrkräfte hinsichtlich *Wetterfest* geschult (vgl. Tabelle 16 im Anhang).

Diese Programme zielen auf die **Förderung der Lebenskompetenzen** ab („Lebenskompetenztraining“). Damit ist die theoriegeleitete bzw. forschungsbasierte⁹⁹ Stärkung der personalen und sozialen Kompetenzen der Schüler:innen gemeint, wie z. B. die Fähigkeit zur Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse und zur Selbstfürsorge, der Umgang mit herausfordernden Emotionen, die Stress- und Krisenbewältigung, die Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit, die Problemlösungsfähigkeit sowie die Fähigkeit zur sinnvollen Lebensgestaltung. Diese Themen werden – aufbauend auf den wachsenden Kompetenzen der Schüler:innen – von geschultem Lehrpersonal mittels interaktiver Methoden (z. B. Achtsamkeitsübungen, Rollenspiele) altersgerecht bearbeitet. Neben der Persönlichkeitsentwicklung der Schüler:innen sind auch ein positives Klassenklima und eine positive Beziehung zwischen Lehrpersonen und Schülerinnen und Schülern typische Ziele von Lebenskompetenzprogrammen. Eltern werden über Elternabende, Elternbriefe oder den Schulgemeinschaftsausschuss informiert und eingebunden.

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

4.2.2.3 Selektive Suchtprävention

Selektive Präventionsmaßnahmen sind an Risikogruppen gerichtet, die z. B. aufgrund ihrer Lebensumstände oder bestimmter soziodemografischer Merkmale (wie soziale Schichtung, Suchtbelastung in der Familie, Fluchthintergrund, Arbeitslosigkeit) eine höhere Wahrscheinlichkeit für Substanzgebrauch oder die Entwicklung einer Suchterkrankung aufweisen als die Allgemeinbevölkerung. Diese Risikogruppen können im Rahmen einer universellen Suchtprävention oft nicht genügend erreicht werden bzw. können ihre Bedürfnisse über maßgeschneiderte Angebote besser erfüllt werden.

⁹⁸ Weitere Informationen zu *Wetterfest* finden sich bundeslandspezifisch auf den Websites der Fachstellen für Suchtprävention (vgl. Tabelle 15 im Anhang).

⁹⁹ Bspw. baut GSW auf Erkenntnissen der Resilienzforschung, der Entwicklungspsychologie sowie der existenziellen Pädagogik auf.

In der selektiven Suchtprävention gibt es mit dem **Coachingprogramm *ready4Life***¹⁰⁰ ein **österreichweites Standardprogramm**. *ready4Life* richtet sich an Lehrlinge, Schüler:innen in Polytechnischen Lehrgängen sowie Schüler:innen in Oberstufen anderer Schulen¹⁰¹ und hilft ihnen bei der Reflexion ihrer Konsumgewohnheiten im Hinblick auf Alkohol, Tabak und Nikotin, Cannabis und/oder Internet- und Smartphonennutzung. Weitere Ziele betreffen Stress- und Konfliktbewältigung im Alltag und die Förderung von Sozialkompetenzen. Das Programm besteht aus einer Vorstellung des Programms und Onboarding in Präsenz und einem anschließenden viermonatigen personalisierten Coaching mittels Chatbot-App.

Bei den regionalen Angeboten spielen Maßnahmen in **arbeitsmarktpolitischen Settings** eine große Rolle im Rahmen der selektiven Suchtprävention. Diese richten sich insbesondere an Jugendliche und junge Erwachsene in Betrieben (z. B. Lehrlinge) bzw. in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Beschäftigungsprojekten (z. B. Berufsorientierungsmaßnahmen des Arbeitsmarktservice [AMS]) sowie an Trainer:innen und Berater:innen in diesen Settings. Die inhaltlichen Schwerpunkte variieren zwischen den Bundesländern. Grundsätzlich werden die jugendlichen Zielgruppen dabei unterstützt, sich selbst besser wahrzunehmen und ihren persönlichen Suchtmittelkonsum zu reflektieren, während Trainer:innen und Berater:innen zu suchtbefugten Themen geschult werden. Weitere Settings für die selektive Prävention sind die **außerschulische Jugend(-sozial-)arbeit bzw. Kinder- und Jugendhilfe** sowie **soziale Einrichtungen**. Hier versuchen Maßnahmen beispielsweise, die Handlungskompetenz von Fachkräften in diesen Settings in Hinblick auf das Thema Sucht/Drogen zu erhöhen. Spezielle Präventionsangebote für Kinder aus suchtbefugten Familien oder für Menschen mit Behinderungen wurden in Busch et al. (2023) beispielhaft näher beschrieben.

Im Freizeitbereich liegt der Fokus auf der Vermittlung eines kritischen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz) sowie auf Alternativen zum Substanzkonsum; ein relevantes Setting dafür ist die **Club- und Partyszene**. In Österreich gibt es 5 Drug-Checking-Angebote (vgl. Kapitel 3, 6 und 7). Diese bieten integriertes Drug-Checking (Analyse von Substanzen, verknüpft mit Beratung und Akutwarnungen zu besonders bedenklichen Substanzen) an und erleichtern die Kontaktaufnahme mit jungen Menschen. Andere Angebote beraten Eventbesucher:innen und Veranstalter:innen (z. B. *Checkpoint* in Niederösterreich)¹⁰².

4.2.2.4 Indizierte Suchtprävention

Indizierte Präventionsmaßnahmen wenden sich an Individuen, bei denen ein Risikoverhalten bereits feststellbar ist. Dies kann auch Substanzgebrauch sein, der die Kriterien für die Diagnose einer Abhängigkeit (noch) nicht erfüllt; Ziele sind hier beispielsweise eine Konsumreduktion oder die Vorbeugung gegen eine Abhängigkeit. Es können aber auch andere Risikoverhaltensweisen bzw. damit zusammenhängende individuelle Merkmale (wie bspw. geringe Impulskontrolle oder soziale Verhaltensauffälligkeiten, vgl. EMCDDA 2009) sein.

Einen wichtigen Bestandteil der indizierten Suchtprävention in Österreich bilden **Maßnahmen zur Früherkennung und -intervention**. Dabei lernen Fachkräfte, die in relevanten Settings arbei-

¹⁰⁰ <https://www.ready4life.at> [Zugriff am 17.06.2025]

¹⁰¹ *ready4Life* startete als selektive Maßnahme für Lehrlinge und Schüler:innen in Polytechnischen Schulen (diese weisen höhere Konsumraten auf als Schüler:innen anderer Schulen, vgl. Strizek et al. 2025) und wurde später auf andere Schulen ausgeweitet.

¹⁰² <https://www.fachstelle.at/portfolio/checkpoint> [Zugriff am 17.06.2025]

ten (wie etwa in der Schule, der außerschulischen Jugendarbeit, in Betrieben oder im AMS), wie sie beispielweise mit Verdachts- und Anlassfällen bzw. Krisensituationen in ihrer Einrichtung umgehen und die betroffenen Personen weitervermitteln können. Indizierte Angebote sind mitunter Teil umfassenderer Maßnahmen, die auch universelle oder selektive Angebote beinhalten (z. B. bei Präventionskonzepten im Setting Betrieb).

Es gibt mehrere Angebote indizierter Suchtprävention, die **österreichweit** von Bedeutung sind. In allen Bundesländern¹⁰³ bieten die Fachstellen unter der Bezeichnung *movin'* – *Motivierende Gesprächsführung in der Suchtprävention* Seminare zur Methode der **motivierenden Gesprächsführung**¹⁰⁴ an. Die Fortbildung dauert etwa 20 Stunden und richtet sich an **Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die mit (riskant) konsumierenden Jugendlichen arbeiten**¹⁰⁵. Als Weiterentwicklung von *movin'* bietet das Pilotprojekt *Switch*¹⁰⁶ eine ähnliche Fortbildung für **Ärztinnen und Ärzte in der Primärversorgung**, in Betrieben und anderen Settings. Die Teilnehmer:innen werden während der achtstündigen Fortbildung mit Techniken des Motivational Interviewing vertraut gemacht und dadurch befähigt, in ihrer hausärztlichen Praxis bzw. bei Vorsorgeuntersuchungen adäquate und zielgerichtete Kurzinterventionen mit Patientinnen und Patienten in Bezug auf problematischen Alkohol- und Tabak-/Nikotinkonsum zu setzen. Im Zeitraum September 2024 bis Mai 2025 wurden mehr als 700 Personen hinsichtlich *movin'* und knapp 60 Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich *Switch* geschult (vgl. Tabelle 16 im Anhang).

Weiters gibt es gemäß dem Prinzip *Helpen statt strafen* österreichweit Maßnahmen zur **Früherkennung und -intervention bei Anlassfällen in Schulen** gemäß § 13 SMG¹⁰⁷. Am häufigsten werden Schulungen für Lehrer:innen angeboten (z. B. im Rahmen schulinterner Fortbildungen [SCHILF] für jeweils 15 bis 25 Lehrkräfte). Beispielsweise werden unter dem Namen *Hinschauen und Handeln* umfassende Vorträge für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. Lehrlingsausbilder:innen) abgehalten, um sie über psychoaktive Substanzen und Risikofaktoren für Substanzgebrauch zu informieren und adäquate Handlungsmöglichkeiten bei Verdachtsfällen aufzuzeigen. Es gibt Materialien für Lehrlingsverantwortliche oder Schlüsselkräfte in Betrieben und Schulen, einschließlich konkreter Handlungsanleitungen für die Praxis¹⁰⁸. Informationen für Schulpersonal, Eltern und Schüler:innen betreffend § 13 SMG sind online abrufbar¹⁰⁹. Ebenfalls im Setting Schule richtet sich das **Jugendcoaching** u. a. an ausgrenzungs- und schulabbruchsgefährdete Jugendliche und bietet Beratung und Orientierung mit dem Ziel, eine vorzeitige Beendigung der Schulausbildung zu verhindern¹¹⁰.

¹⁰³ W: seit 2004; K, NÖ, St, T: seit 2005; OÖ, S: seit 2007; V: seit 2009; B: seit 2023

¹⁰⁴ mehr Informationen unter <http://www.motivationalinterviewing.org> [Zugriff am 17.06.2025]

¹⁰⁵ Im Berichtszeitraum waren z. B. Personen aus den folgenden Bereichen vertreten: Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Sexualpädagogik, offene Jugendarbeit, Jugendcoaching, Suchtberatung, Suchthilfe, Streetwork, Kinder- und Jugendhilfe, Schulsozialarbeit, Beschäftigungsprojekte, Behindertenbetreuung, Wohnungslosenhilfe, Pflege, Physiotherapie, Medizin, Psychologie, Psychotherapie, Ernährungsberatung (Schmidbauer, p. M.).

¹⁰⁶ <https://www.vivid.at/angebot/switch/> [Zugriff am 17.06.2025]

¹⁰⁷ Diese Maßnahmen basieren auf dem österreichweiten Projekt *Step by Step*, in dessen Rahmen ab dem Jahr 1992 Strategien für die Früherkennung und -intervention bei Anlassfällen in Schulen gemäß § 13 SMG entwickelt wurden. Das Programm wurde sodann in den einzelnen Bundesländern an die regionalen Erfordernisse angepasst und wird deshalb zum Teil unter anderen Namen angeboten (Schmidbauer, p. M.).

¹⁰⁸ <https://www.stepcheck.at> [Zugriff am 17.06.2025]

¹⁰⁹ <https://www.13er.info> [Zugriff am 17.06.2025]

¹¹⁰ <https://www.bmb.gv.at/Themen/schule/beratung/psus/jugendcoaching.html> [Zugriff am 17.06.2025]

Österreichweit verfügbar sind auch **Online-Selbsthilfeprogramme** für die Bereiche Alkohol¹¹¹, Cannabis¹¹² und Glücksspiel/Sportwetten¹¹³, welche vom Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF), einem assoziierten Institut der Universität Zürich, entwickelt und von der Wiener Fachstelle für den österreichischen Kontext adaptiert und gemeinsam mit dem ISGF evaluiert wurden. Dieses Angebot richtet sich an Personen, die ihren Konsum reduzieren bzw. ihr Verhalten ändern möchten.

Als Beispiel (zusätzlicher) regionaler Aktivitäten der Fachstellen für Suchtprävention ist das Projekt *Way out*¹¹⁴ in Kärnten erwähnenswert. Suchtgefährdete junge Menschen (im Alter von bis zu 21 Jahren) können an das Projekt *Way out* – eine **gesundheitsbezogene Maßnahme** entsprechend § 11 SMG – vermittelt werden. Ziel ist es, im Zeitraum von 6 Monaten in Einzel- und Gruppensettings Handlungsalternativen zum Substanzkonsum zu erkennen und psychosoziale Kompetenzen zu stärken. Zugangskriterium ist eine ärztliche Empfehlung im Rahmen einer Begutachtung gemäß §§ 12 und 13 SMG durch Amts- und Schulärztinnen bzw. -ärzte.

Darüber hinaus wird in Österreich über das Programm *Frühe Hilfen*¹¹⁵ der Aufbau regionaler Strukturen gefördert, die eine **frühzeitige Unterstützung von schwangeren Frauen und Familien mit Neugeborenen bzw. Kleinkindern** in belastenden Lebensumständen ermöglichen. *Frühe Hilfen* sind einerseits als Gesundheitsförderung im Setting Familie zu verstehen, andererseits als indiziertes Angebot, da einzelne Familien mit Unterstützungsbedarf identifiziert und auf freiwilliger Basis entsprechend ihrer individuellen Situation begleitet werden (Marbler et al. 2020). Seit September 2023 sind die regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke in allen politischen Bezirken Österreichs aktiv (Haas et al. 2024). Im Jahr 2024 wurden rund 5.040 Familien von Fachkräften oder Freundinnen bzw. Freunden, Bekannten und Verwandten neu an regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke vermittelt oder nahmen selbst Kontakt mit einem Netzwerk auf. Rund 5.080 Familien wurden im Laufe des Jahres längerfristig begleitet, weitere rund 1.100 wurden kurzfristig unterstützt (Ofner et al. 2025).

Eine weitere Unterstützungsmöglichkeit für Familien in Krisensituationen bieten über 400 **Familienberatungsstellen**. Psychische Probleme und Süchte gehörten im Jahr 2023 (zuletzt veröffentlichte Daten) zu den am häufigsten nachgefragten Themen¹¹⁶.

4.2.2.5 Kampagnen

Im Vergleich zu anderen Maßnahmentypen (siehe vorangehende Kapitel) spielen massenmediale Kampagnen in Österreich eine untergeordnete Rolle. Dennoch gibt es Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung und Bereitstellung von Informationen zu Substanzgebrauch (v. a. Alkohol, Tabak/Nikotin, Cannabis), Suchtthemen sowie Hilfsangeboten. Informationen werden z. B. vom BMASGPK auf dem *Öffentlichen Gesundheitsportal Österreichs* zur Verfügung gestellt¹¹⁷, der

¹¹¹ <https://www.alkcoach.at> [Zugriff am 17.06.2025]

¹¹² <https://www.canreduce.at> [Zugriff am 17.06.2025]

¹¹³ <https://www.genuggespielt.at> bzw. <https://www.genuggewettet.at> [Zugriff am 17.06.2025]

¹¹⁴ <https://www.neustart.at/was-wir-tun/praevention/suchtpraevention/> [Zugriff am 17.06.2025]

¹¹⁵ <http://fruehehilfen.at> [Zugriff 17.06.2025]

¹¹⁶ <https://www.familienberatung.gv.at/ueber-uns.html> [Zugriff am 17.06.2025]

¹¹⁷ <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/sucht.html> und <https://www.gesundheit.gv.at/leben/kids-teens/suchtmittel.html> ([Zugriff am 17.06.2025])

Dachverband der Sozialversicherungsträger produziert auch Videos, etwa zum Thema Alkohol¹¹⁸. Die Fachstellen für Suchtprävention organisieren Informationsveranstaltungen oder entwickeln Broschüren, Websites¹¹⁹, Videos, Podcasts¹²⁰ o. Ä. für direkte sowie indirekte Zielgruppen (z. B. Jugendliche, Eltern, Fachkräfte in Gesundheits- und Sozialberufen). Darüber hinaus gibt es beispielsweise die Badeseen-Sommeraktion „H2O + 0,0 Promille“ der Kärntner Fachstelle oder die Kampagne „Weniger Alkohol – Mehr vom Leben“ des Gesundheitsfonds Steiermark. Die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* beteiligt sich an internationalen Aktionen (z. B. *Dry January*[®]), darüber hinaus initiiert sie fallweise nationale Kampagnen, wobei die folgenden 2 Maßnahmen bereits länger bestehen.

Auf dem Internetportal www.feel-ok.at erhalten **Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren** Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen (u. a. über Selbsttests, Quiz, Videos). Für Lehrpersonen stehen dort Unterrichtsmaterialien zur Verfügung, für Eltern Informationen über Zusammenhänge zwischen Gesundheits- bzw. Lebenskompetenzen und Suchtprävention. Der Bereich „Genuss & Sucht“ bietet Informationen zu Alkohol, Cannabis, Tabak/Nikotin, Onlinesucht, Glücksspiel und Risikoverhalten. Der inhaltliche Fokus liegt auf Aufklärung und Förderung von Gesundheits- und Risikokompetenzen. Die Website besteht seit dem Jahr 2003 und wird in allen Bundesländern angeboten, in 6 Bundesländern wird sie von der jeweiligen Fachstelle für Suchtprävention betreut, die Gesamtkoordination liegt beim Verein *Styria vitalis*.

Die *Österreichische Dialogwoche Alkohol (DWA)*¹²¹ wendet sich sowohl an **Fachkräfte** (z. B. in Gesundheits- und Sozialberufen) als auch an die **österreichische Allgemeinbevölkerung** (z. B. Eltern). Sie wird seit 2017 alle 2 Jahre in Österreich veranstaltet. Verschiedene Einrichtungen geben u. a. Einblicke in ihre Arbeit und informieren bzw. diskutieren zu Suchtthemen, sowohl mit Veranstaltungen regional vor Ort als auch online. Die begleitende Website bietet zahlreiche Informationen zum Thema Alkohol, Empfehlungen zum verantwortungsvollen Umgang damit und digitale Tools (z. B. Selbsttests, Konsumtagebuch, Konsumreduktionsprogramm). Im Mai 2025 fand die DWA – unter dem neuen Motto „Weniger Alkohol, mehr vom Leben“ – zum fünften Mal als Initiative der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* in Kooperation mit der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) / Geschäftsbereich FGÖ und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger statt.

4.2.3 Qualitätssicherung

Die **Sucht- bzw. Drogenstrategien** auf nationaler und regionaler Ebene (vgl. Kapitel 4.2.1 und Kapitel 1) formulieren Erwartungen an qualitativ hochwertige Suchtprävention. Qualitätsbezogene Aussagen finden sich auch im Leitbild „Professionelle Suchtprävention in Österreich“, das 2002 von den Fachstellen für Suchtprävention mit externer Begleitung erarbeitet wurde (Uhl/Springer 2002), sowie in einem Begleitdokument zur *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* (Uhl et al. 2013). Formal spielen mit der Finanzierung verknüpfte **Qualitätsstandards** eine wichtige Rolle, etwa die Qualitätskriterien des FGÖ¹²². Qualitätsanforderungen werden auch über Wirkungsmodelle oder Managementsysteme der jeweiligen Träger formuliert. Auf regionaler Ebene

¹¹⁸ z. B. <https://www.sozialversicherung.at/alkohol-videos> [Zugriff am 17.06.2025]

¹¹⁹ z. B. <https://www.check-yourself.at> [Zugriff am 17.06.2025]

¹²⁰ z. B. „Prävention im Fokus“-Podcast: <https://open.spotify.com/show/5WfifXLqVm2IM2b4JOIHSZ> [Zugriff am 17.06.2025]

¹²¹ <https://www.dialogwoche-alkohol.at> [Zugriff am 17.06.2025]

¹²² <https://fgoe.org/qualitaetskriterien> [Zugriff am 17.06.2025]

kommen z. B. Qualitätsstandards für Jugendsuchtberatungen (Niederösterreich) zur Anwendung. Weitere relevante Qualitätsstandards finden sich in Dokumenten zur „Gesunden Schule“¹²³ und für die betriebliche Suchtprävention¹²⁴. Daneben gibt es auch einschlägige Leitfäden/Handbücher, beispielsweise zum Umgang mit Anlassfällen in der Schule oder in Betrieben (vgl. Kapitel 4.2.2). Internationale Standards wie die Europäischen Qualitätsstandards zur Suchtprävention (EMCDDA 2011) oder die *International Standards on Drug Use Prevention* (UNODC/WHO 2018) werden ebenfalls genutzt, z. B. bei der Entwicklung neuer Maßnahmen oder in der Lehre.

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

Der Einsatz von **Multiplikatorinnen und Multiplikatoren** (z. B. aus dem pädagogischen Bereich, dem kommunalen Bereich und dem betrieblichen Umfeld) hat ebenfalls einen hohen Stellenwert. In den österreichweiten Lebenskompetenzprogrammen (vgl. Kapitel 4.2.2) werden z. B. Lehrer:innen von Fachleuten geschult und zertifiziert¹²⁵, sodass sie die Programme in der Klasse mit ihren Schülerinnen und Schülern selbstständig umsetzen können. Dadurch soll eine größere Reichweite ermöglicht und die nachhaltige Umsetzung der Programme gesichert werden. Zudem können Lehrer:innen ihre erworbenen Kompetenzen stetig in den Unterricht und in den Umgang mit den Schülerinnen und Schülern einfließen lassen und so zur Verankerung suchtpreventiver Ansätze in der Praxis beitragen. Zur Qualitätssicherung werden die Lehrkräfte bei der Umsetzung begleitet bzw. erfolgt diese mithilfe standardisierter Materials. Verpflichtende Reflexionstreffen dienen der Qualitätssicherung, aber auch der Weiterentwicklung der Programme. Beim Programm GSW wurde im Berichtsjahr die Möglichkeit einer Schulzertifizierung eingeführt (vgl. Kapitel 4.4.)

Regionale Vernetzungsaktivitäten mit den für Prävention wichtigen Akteurinnen und Akteuren (vgl. Kapitel 4.2.1) sind ebenfalls von Bedeutung. Dazu zählen z. B. die Arbeitsgruppe „SAG – Suchtvorbeugung als Gemeinschaftsaufgabe“ in der Steiermark, das *Präventionsfrühstück* in Salzburg¹²⁶ und Vorarlberg, das lokale *Forum Suchtprävention* in Wien oder regionale Arbeitskreise. In Niederösterreich bietet der *Jugend Jour Fixe* eine Möglichkeit für Vernetzung und Austausch aller Jugendberatungen, der Jugendsuchtberatung und der mobilen Jugendarbeit zu suchtspezifischen Themen. In Oberösterreich koordiniert die Fachstelle das Netzwerk *Flow Akut Steyr*, bei dem sich Stakeholder (z. B. Sozialeinrichtungen, Polizei, Kinder- und Jugendhilfe) vierteljährlich zum Informationsaustausch und zur Planung suchtpreventiver Angebote treffen.

Bei der **Entwicklung des Präventionsangebots** (z. B. Bedarf, Ziele, Inhalte von Maßnahmen oder Strategien) binden die Fachstellen Gemeinden bzw. Bezirke ebenfalls ein, jedoch gibt es dabei regionale Unterschiede. In manchen Bundesländern findet dies über regelmäßige Vernetzungs-

¹²³ <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844051&portal=svportal> [Zugriff am 17.06.2025]

¹²⁴ <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714640&version=1513851060> [Zugriff am 17.06.2025]

¹²⁵ Z. B. umfasst *Gemeinsam stark werden* eine Fortbildung der Volksschullehrer:innen bzw. der Elementarpädagoginnen und -pädagoginnen und Assistenzkräfte im Ausmaß von 24 UE, bei *plus* erfolgt die Ausbildung der Lehrer:innen im Rahmen eines vierjährigen Fortbildungskurses im Ausmaß von insgesamt 6 Seminartagen.

¹²⁶ <https://www.akzente.net/fachbereiche/suchtpraevention/veranstaltungen-themen/> [Zugriff am 17.06.2025]

treffen statt. In Wien z. B. finden mehrmals pro Jahr Vernetzungstreffen mit den Bezirksrätinnen und Bezirksräten für Sucht- und Drogenfragen statt, bei denen geplante Maßnahmen besprochen und bestehende Bedarfe abgeklärt werden. In anderen Bundesländern werden lokale Akteurinnen und Akteure vor allem maßnahmenbezogen eingebunden, z. B. bei kommunalen Initiativen oder wenn Kooperationen für die Durchführung von Maßnahmen erforderlich sind (bspw. in Kindergärten). In die Planung der Präventionsarbeit fließen im Sinne einer **Bedarfsanalyse** vor allem Einschätzungen verschiedener Stakeholder:innen und Schlüsselpersonen (einschließlich Zielgruppen und Präventionsfachkräfte) sowie lokale Daten (z. B. Drogenmonitoring Oberösterreich¹²⁷) ein. Fallweise führen die Fachstellen für Suchtprävention Datenerhebungen und -auswertungen zur Erhebung der Bedarfe in bestimmten Settings (im Berichtszeitraum z. B. an Polytechnischen Schulen, in Betreuungseinrichtungen für Jugendliche, in der Wohnungslosenhilfe) oder zu bestimmten Themen (z. B. im Herbst 2024 zum Thema Chemsex¹²⁸) durch.

Evaluationen

Bezüglich konkreter Maßnahmen liegt der Fokus der Qualitätssicherung prinzipiell auf der **inhaltlichen Weiterentwicklung und Ausrollung bestehender Maßnahmen**, die sich in der Praxis bewährt haben und internationalen Empfehlungen folgen. In Bezug auf Evaluationen hat in Österreich daher routinemäßig vor allem die **Optimierung laufender Projekte** Priorität. Im Fokus dieser internen Evaluationen oder Intraisionen¹²⁹ bzw. des Monitorings stehen Aspekte wie die Qualität der Umsetzung und die Akzeptanz bei Zielgruppen. Die Fachstelle für Suchtprävention in Kärnten evaluiert z. B. die Umsetzungen in der direkten Jugendarbeit. Darüber hinaus gibt es z. B. in Tirol für die meisten Maßnahmen eine Steuerungsgruppe, die sich zumindest jährlich trifft, um das jeweilige Angebot und seine Weiterentwicklung zu reflektieren.

Umfangreichere (Ergebnis-)Evaluationen finden fallweise statt, etwa bei neuen oder besonders lange bestehenden Maßnahmen oder wenn die Umsetzung von Maßnahmen durch (internationale) wissenschaftliche Forschung begleitet wird (für Beispiele siehe Busch et al. 2023). Bei nationalen Maßnahmen des Bundes (z. B. Änderung des Nichtraucherschutzes in der Gastronomie) kommen fallweise Gesundheitsfolgenabschätzungen (GFA, engl. health impact assessment) zum Einsatz¹³⁰. Im Berichtszeitraum wurde z. B. das Pilotprojekt *GSW-Elementar* (vgl. Kapitel 4.2.2.2) hinsichtlich der Unterlagen, der Einfachheit der Umsetzung und eines wahrgenommenen Nutzens unter Einbeziehung von durchführenden Pädagoginnen und Pädagogen untersucht, um eine Entscheidungsgrundlage für eine Fortführung bzw. Ausrollung des Programms zu schaffen. Weiters wurde im Rahmen der *Frühen Hilfen* die Evaluation der Ausrollung im Rahmen des EU-Programms „NextGenerationEU“ abgeschlossen (Hajji et al. 2024; Haas et al. 2024).

¹²⁷ Dies umfasst eine Sonderauswertung der ESPAD-Daten (vgl. Kapitel 3) mit Fokus auf Oberösterreich, ein Online-Panel mit Expertinnen und Experten sowie eine Datenauswertung zur leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF).

¹²⁸ Chemsex beschreibt Sex unter dem Einfluss chemischer Substanzen (Suchtmittel), im engeren Sinne versteht man darunter den Konsum bestimmter Substanzen durch Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben (vgl. Kapitel 6).

¹²⁹ Während eine Evaluation die Zielgruppe formal miteinbezieht (z. B. mittels Fragebögen), ist mit „Intraision“ der kommunikative Austausch unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gemeint, im Zuge dessen auch Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Angebote reflektiert werden können.

¹³⁰ https://hiap.goeg.at/oesterreichische_gfa [Zugriff am 17.06.2025]

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Angebote zur Aus-, Fort- und Weiterbildung sind ein wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherung. Zusätzlich zur Wissensvermittlung ermöglichen Bildungsangebote die Vernetzung von Stakeholderinnen und Stakeholdern der Suchtprävention und einen damit verbundenen Erfahrungsaustausch. Es gibt in Österreich mehrere – auch universitäre – **Studien-/Lehrgänge** speziell zum Thema Suchtprävention (für Beispiele siehe Busch et al. 2021). Diese werden von den Fachstellen (mit-)organisiert bzw. stellen die Fachstellen dabei Lehrende. Bildungsangebote richten sich auch an (angehende) Mitarbeiter:innen bzw. Referentinnen und Referenten der Fachstellen.

Seit dem Jahr 2023 wird die von der EUDA empfohlene Fortbildung **Europäisches Präventionscurriculum (EUPC)**¹³¹ als Kooperationsprojekt des Kompetenzzentrums Sucht der GÖG und der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* mit Unterstützung durch die Fachstellen für Suchtprävention, den FGÖ und das BMASGPK angeboten. Die mehrtägige Fortbildung nach einem europaweit einheitlichen Curriculum richtet sich in Österreich an Mitarbeitende der Fachstellen für Suchtprävention sowie an mit Suchtprävention befasste Schlüsselpersonen in anderen Einrichtungen auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene; aufgrund einer bestehenden Kooperation werden auch einzelne Personen aus Liechtenstein und Südtirol geschult. Zum Stand Juli 2025 gab es 4 zertifizierte österreichische EUPC-Trainerinnen bzw. -Trainer und über 90 zertifizierte Teilnehmende, Tabelle 17 im Anhang zeigt ausgewählte Kennwerte zur Umsetzung in den Jahren 2023 und 2024 (siehe auch Brotherhood et al. 2024, 2025).

Darüber hinaus organisiert die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* eine jährliche **Fachtagung** zur Vernetzung und Weiterbildung der Präventionsfachkräfte, zu der auch externe Vortragende geladen werden. Der Titel der Fachtagung im Herbst 2024 lautete „Brennpunkt Psychische Gesundheit – Suchtprävention meets Mental Health“¹³². Zusätzliche im Berichtszeitraum von den Fachstellen für Suchtprävention organisierte Tagungen waren z. B. die „Prägend“-Fachtagung in Oberösterreich (in Kooperation mit der Plattform Gewaltprävention)¹³³, die Tagung „Immer schneller, immer besser. Chancen und Risiken von Leistungsdruck und Selbstoptimierung“ in Niederösterreich¹³⁴ sowie die Fachtagung „Selbstoptimierung und Substanzgebrauch – ein Thema in Betrieben?“ in Wien¹³⁵.

Weitere Bildungsangebote der Fachstellen für Suchtprävention wenden sich an **vermittelnde Zielgruppen** (Multiplikatorinnen und Multiplikatoren) z. B. in der Jugendarbeit oder Schulsozialarbeit. Suchtpräventive Module oder Unterrichtseinheiten werden auch als Teil anderer Ausbildungen angeboten, beispielsweise für angehende Jugendbetreuer:innen, Pädagoginnen und Pädagogen (z. B. Schulassistenten) und Gesundheitsberufe¹³⁶. Ziele sind die Sensibilisierung für das Thema sowie die Erhöhung des Fachwissens und der Handlungskompetenz.

¹³¹ https://www.euda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum-eupc_en [Zugriff am 17.06.2025]

¹³² <https://www.suchtvorbeugung.net/tagungen/2024/> [Zugriff am 17.06.2025]

¹³³ <https://www.praevention.at/news/praevention-in-ooe-bespielen-praegend-tagung-2024> [Zugriff am 17.06.2025]

¹³⁴ <https://www.fachstelle.at/reviewimmerbesser24/> [Zugriff am 17.06.2025]

¹³⁵ <https://bildung.sdw.wien/fachtagung> [Zugriff am 17.06.2025]

¹³⁶ siehe z. B. <https://www.vivid.at/angebot/weiterbildungen-fuer-angehende-gesundheitsberufe/> [Zugriff am 17.06.2025]

4.3 Trends

In den letzten 10 Jahren hat sich die österreichische Suchtprävention sowohl hinsichtlich der Inhalte als auch hinsichtlich der methodischen Ansätze verändert. Diese langfristigen Trends werden nachfolgend kurz skizziert (näher beschrieben in Busch et al. 2023).

Während vor mehreren Jahrzehnten spezifische Maßnahmen zur Suchtvorbeugung im Zusammenhang mit illegalen Substanzen im Vordergrund standen, wird der Schwerpunkt bei substanzspezifischen Inhalten nunmehr auf **legale Substanzen** wie Alkohol und Tabak/Nikotin gelegt. Insgesamt sind suchtpreventive Aktivitäten in Österreich aktuell jedoch überwiegend **substanzunspezifisch bzw. übergreifend auf suchtrelevante Verhaltensweisen** ausgerichtet. In den letzten Jahren rückten Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (wie bspw. Glücksspiel, Internetnutzung) sowie **weitere Handlungsfelder** (wie bspw. Sexualpädagogik, Suizidprävention, die Prävention von Essstörungen oder die Prävention der Entwicklung psychischer Störungen) vermehrt ins Blickfeld. **Digitale Medien** spielen ebenfalls eine immer wichtigere Rolle in der Suchtprävention, und zwar sowohl als Problemfeld als auch in der Angebotslandschaft im Rahmen von Maßnahmen. Dieser Trend hat sich durch die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie noch weiter verstärkt (näher beschrieben in Busch et al. 2021). Die **Themen und Aktivitäten der Fachstellen für Suchtprävention** haben sich infolgedessen **laufend erweitert**. Auch im aktuellen Berichtszeitraum berichteten mehrere Fachstellen über diesbezügliche Schwerpunkte und Aktivitäten (vgl. Kapitel 4.4).

Damit zusammenhängend hat sich das professionelle Verständnis **methodischer Zugänge und Ansätze** einer effektiven Suchtprävention weiterentwickelt. So gab es zum Beispiel eine Verschiebung weg von warnenden Ansätzen oder reiner Informationsvermittlung (z. B. über Substanzen und ihre Wirkungen) hin zu Lebenskompetenzansätzen (vgl. Kapitel 4.2.2.2). Deshalb bieten die Fachstellen für Suchtprävention **einmalige Workshops für Schüler:innen immer seltener** als hauptsächliche Maßnahme an. In Kärnten sind z. B. bestimmte Workshops nur noch ergänzend zu Lebenskompetenzprogrammen buchbar (Amt der Kärntner Landesregierung 2025).

4.4 Neue Entwicklungen

Dieses Kapitel beschreibt nennenswerte Entwicklungen in der österreichischen Suchtprävention, die insbesondere seit dem letzten Bericht (Busch et al. 2024) stattgefunden haben.

Bezüglich konkreter Präventionsmaßnahmen liegt ein Fokus auf der **Weiterentwicklung bestehender Maßnahmen**. Für das universelle Präventionsprogramm *plus* (vgl. Kapitel 4.2.2.2) z. B. wurde im Burgenland im Rahmen eines neuen Schwerpunkts ein **Aufbaumodul** zum Thema „Suizidprävention und selbstverletzendes Verhalten“ vorbereitet, weiters wurden Vertiefungsmodule zu den Themen „Geschlechtsidentitäten“ und „Neue Nikotinprodukte“ durchgeführt. In Niederösterreich wurden **neue Wegweiser** (z. B. Poster für das Lehrerzimmer) für die Schulleitung sowie für Lehrkräfte zum richtigen Umgang mit dem § 13 des SMG (*Helfen statt Strafen*, vgl. Kapitel 4.2.2.4) erarbeitet¹³⁷. Als Erweiterung von *Helfen statt Strafen* wurde in Wien ein Handlungsleitfaden bei auffälligem Verhalten in der Schule (Fokus: psychische Gesundheit, legale

¹³⁷ <https://www.fachstelle.at/portfolio/helfen-statt-strafen/> [Zugriff am 17.06.2025]

Suchtmittel und Medikamente) für Lehrkräfte, pädagogisches Personal und schulische Ansprechpersonen entwickelt¹³⁸. In Oberösterreich wurde für das Programm *zusammen.wachsen* ein **Zusatzheft** zum Thema „Gewaltprävention“ entwickelt. In Wien wurde ein Online-Quiz zum Thema Cannabis („ReThink“) so überarbeitet, dass es auch **in Präsenz** an Schulen angeboten werden kann¹³⁹. In der Steiermark erweiterte die Fachstelle für Suchtprävention bestehende **Aus- und Fortbildungsangebote**, sodass z. B. Ausbildungseinrichtungen für Gesundheitsberufe zusätzlich zum etablierten Thema Tabak/Nikotin nun auch aus den Themen Alkohol, Medikamente, Cannabis, Essstörungen und Körperbild, Glücksspiel und neue Medien wählen können.

Ein weiterer Fokus ist die **Ausrollung/Verankerung bzw. Sicherstellung der Qualität und Nachhaltigkeit** bestehender Maßnahmen (vgl. Kapitel 4.2.3). Für das universelle Präventionsprogramm *Gemeinsam stark werden (GSW)* (vgl. Kapitel 4.2.2.2) gibt es seit dem Jahr 2024 die Möglichkeit einer **Schulzertifizierung** bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen¹⁴⁰. Das Schulzertifikat ist zwei Jahre gültig und kann durch die Absolvierung von (neu entwickelten) Aufbaumodulen verlängert werden. Im Berichtsjahr wurde ein entsprechendes Aufbaumodul zum Thema „Pädagog*innen-Gesundheit“ von der niederösterreichischen Fachstelle zur Umsetzung ab dem Jahr 2025 entwickelt, ein weiteres Modul zum Thema „Medien“ wird von der Weitblick GmbH bereitgestellt. In Oberösterreich konnte die Fortbildung zur Maßnahme *Switch* (vgl. Kapitel 4.2.2.4) in der Medizinischen Fortbildungsakademie OÖ, dem Aus- und Weiterbildungszentrum für Ärztinnen und Ärzte in Oberösterreich, verankert werden, weiters wird die **Fortbildung nun als Voraussetzung zur Abrechnung** von ärztlichen Beratungen zu Alkohol- und Tabak-/Nikotinkonsum als Kassenleistung anerkannt. In der Steiermark wurde das Pilotprojekt „Mich und meinen Körper mögen“ zur Prävention von Essstörungen im Setting Volksschule **in das Regelangebot** der Fachstelle für Suchtprävention aufgenommen.

Von mehreren Bundesländern wurden für den aktuellen Berichtszeitraum neue Aktivitäten bzw. eine erhöhte Nachfrage nach Angeboten **zum Thema „Digitale Medien“** berichtet. In Niederösterreich wurde im Jahr 2024 ein Schwerpunkt auf das Thema „Aufwachsen in einer digitalen Welt“ für den Primar- und Elementarbildungsbereich mit Fokus auf Elternbildung gesetzt. Auch in Oberösterreich wurden Elterntipps zu Fernsehen und digitalen Bildschirmmedien angeboten. Die steirische Fachstelle setzte im Herbst 2024 u. a. einen entsprechenden Schwerpunkt auf die Elternarbeit und die Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (einschließlich einer Online-Tagung mit über 300 Personen), auch wurde die Überarbeitung/Entwicklung von Maßnahmen zu Themen wie Computerspielsucht, Online-Gambling, Pornografie, Social Media, Online-shopping und Smartphone-Nutzung (auch der Eltern) intensiviert. In Wien wurden empirische Übersichtsarbeiten sowie internationale Guidelines gesichtet, um den aktuellen Forschungsstand z. B. zu den möglichen Auswirkungen digitaler Medien auf das psychische Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen zu erfassen. Daraus wurden Empfehlungen für den Umgang mit digitalen Medien bzw. nächste Schritte für entsprechende Maßnahmen abgeleitet.

¹³⁸ <https://sdw.wien/information/downloadbereich/handlungsleitfaden-bei-auffaelligem-verhalten-in-der-schule> [Zugriff am 17.06.2025]

¹³⁹ <https://sdw.wien/angebot/praevention/schule/rethink> [Zugriff am 17.06.2025]

¹⁴⁰ z. B. Mehrheit der Lehrkräfte einer Schule hat an GSW teilgenommen, setzt es regelmäßig um, Eltern werden informiert

Weiters engagierten sich die Fachstellen für Suchtprävention in einer Arbeitsgruppe, welche die gesetzliche Einordnung von **Sportwetten als Glücksspiel** fordert¹⁴¹.

Im österreichweiten Programm **Frühe Hilfen** (vgl. Kapitel 4.2.2) wurden im Jahr 2024 im Zuge des Inkrafttretens der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Finanzierung der flächendeckenden und bedarfsgerechten Bereitstellung von *Frühen Hilfen* in Österreich („Frühe-Hilfen-Vereinbarung“) die darin vorgesehenen Änderungen der Gremienstrukturen umgesetzt. Es wurde eine Erhebung zu den Erfahrungen von Müttern rund um die Geburt durchgeführt (Weigl et al. 2024b). Des Weiteren wurde ein Bericht zu „Frühe Hilfen und Präventionsketten“ (Weigl et al. 2024a) publiziert, der auf dem seit einigen Jahren etablierten regelmäßigen Austausch mit den Verantwortlichen für Präventionsketten in Österreich basiert. Im Jahr 2024 erfolgte auch ein Relaunch der Website www.fruehehilfen.at, die einen niederschweligen Zugang zum Angebot (u. a. durch Filter nach Postleitzahl bzw. Bezirk zur Suche des zuständigen Netzwerks und Kontaktformular) unterstützt und für Familien Informationen zu den *Frühen Hilfen* sowie zu relevanten Themen der Lebensphase der frühen Kindheit bereitstellt.

Die Fortbildung **EUPC** (vgl. Kapitel 4.2.3) wird im Jahr 2025 erstmals durch das BMASGPK kofinanziert. Im Jahr 2024 sprach sich Österreichs Vertretung bei einer hochrangigen Sitzung der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen¹⁴² für eine weitere Ausrollung des EUPC in Österreich aus¹⁴³. Die GÖG wurde von der EUDA als offizielles EUPC *National reference point and coordination centre* für Österreich anerkannt. Zur österreichischen Umsetzung des EUPC wurde eine englischsprachige Übersicht für das Fachpublikum veröffentlicht (Brotherhood et al. 2025). Weiters startete eine Wirkungsevaluation des Projekts. Dafür erhob das Kompetenzzentrum Sucht der GÖG erstmals Daten zum aktuellen Wissensstand und zum Ausmaß evidenzbasierter Praktiken unter mit Suchtprävention oder Gesundheitsförderung befassten Fachleuten in Österreich.

Von den Fachstellen für Suchtprävention bzw. den Sucht- und Drogenkoordinationen, aber auch in öffentlichen Medien wurde darüber hinaus im Berichtszeitraum u. a. Folgendes berichtet:

- Im **Burgenland** verstärkte die Fachstelle für Suchtprävention die Vernetzung und Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Kind Burgenland (Teil der *Frühen Hilfen*).
- In **Kärnten** setzte die Fachstelle für Suchtprävention einen Schwerpunkt zur Suchtprävention im Sport in Kooperation mit dem Institut für Sportmedizin, Olympiazentrum Kärnten.
- In **Niederösterreich** erarbeitete die Fachstelle für Suchtprävention ein neues Leitbild¹⁴⁴, das die eigene Arbeit u. a. als Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne des Public-Health-Ansatzes verortet.
- In **Oberösterreich** feierte die Fachstelle für Suchtprävention ihr 30-jähriges Bestehen mit der Veranstaltung „Gemeinsam Suchtprävention in OÖ gestalten – 30 Jahre Gemeinschaftsaufgabe Suchtprävention“, darüber hinaus wurde eine Institutsbroschüre veröffentlicht¹⁴⁵.

¹⁴¹ siehe z. B. <https://www.akzente.net/fachbereiche/suchtpraevention/veranstaltungen-themen/forum-suchtpraevention> [Zugriff am 17.06.2025]

¹⁴² auf Englisch bekannt als die Commission on Narcotic Drugs (CND)

¹⁴³ https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/67_Session_2024/pledge4action-cnd-2024-midterm-review.html [Zugriff am 17.06.2025]

¹⁴⁴ <https://www.fachstelle.at/leitbild/> [Zugriff am 17.06.2025]

¹⁴⁵ https://www.praevention.at/fileadmin/user_upload/04_Institut/01_UEber_uns/institutsbroschuere-DIGITAL.pdf [Zugriff am 17.06.2025]

- In **Salzburg** setzte die Fachstelle für Suchtprävention aufgrund der erhöhten Nachfrage einen Schwerpunkt zum Thema „Neue Nikotinprodukte“ mit Workshops und Vorträgen z. B. in Sportvereinen, Schulen und in der Jugendarbeit.
- In der **Steiermark** wurde der Aktionsplan „Suchtverhalten im Internet“ veröffentlicht¹⁴⁶, fortan sind jährlich stattfindende Online-Tagungen zum Thema geplant.
- In **Tirol** legte die Fachstelle für Suchtprävention in Kooperation mit dem Katholischen Bildungswerk mit dem Seminar „Medium Mensch“ einen Methodenschwerpunkt auf das Erzählen und Hören von Geschichten als Werkzeug zur Festigung der Bindung zwischen Eltern, Bezugspersonen und Kindern.
- In **Wien** wurde eine Novellierung des Jugendschutzgesetzes beschlossen, die zukünftig u. a. Testkäufe von Alkohol- und Tabak-/Nikotinprodukten durch die Sucht- und Drogenkoordination Wien vorsieht, um die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben zu überprüfen.

4.5 Quellen und Methodik

Aus der Fülle suchtpreventiver Aktivitäten, die in Österreich umgesetzt werden, wurden für das vorliegende Kapitel vor allem österreichweite und zusätzlich einige regionale Beispiele herausgegriffen, um das Angebotsspektrum zu veranschaulichen. Dazu meldeten die Fachstellen für Suchtprävention bzw. die Drogen-/Suchtkoordinationen in den Bundesländern (z. B. mittels eines standardisierten Erhebungsblatts) dem Kompetenzzentrum Sucht an der GÖG relevante Aktivitäten. Darüber hinaus wurden Datenanfragen an relevante Netzwerke bzw. Einrichtungen (z. B. an die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* und an das *Nationale Zentrum Frühe Hilfen*) geschickt. Beschreibungen und Kennzahlen zu laufenden Präventionsmaßnahmen finden sich auf den Websites, in den Jahresberichten und Newslettern der Fachstellen für Suchtprävention, der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung*, des Bildungsressorts und des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) sowie weiterer relevanter Einrichtungen und auch in früheren Berichten zur Drogensituation sowie im *Best Practice Portal* der EUDA¹⁴⁷.

4.6 Bibliografie

Amt der Kärntner Landesregierung (2024). Prävention und Suchtkoordination. Jahresbericht 2023. Amt der Kärntner Landesregierung / Abteilung 5 – UA Prävention und Suchtkoordination. Klagenfurt am Wörthersee

Amt der Kärntner Landesregierung (2025). Prävention und Suchtkoordination. Jahresbericht 2024. Amt der Kärntner Landesregierung / Abteilung 5 – UA Prävention und Suchtkoordination. Klagenfurt am Wörthersee

BMBWF (2018). Handlungsleitfaden zur Umsetzung des § 13 Suchtmittelgesetz an der Schule. Konsum von illegalen Suchtmitteln durch Schülerinnen und Schüler. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. Wien

¹⁴⁶ https://gesundheitsfonds-steiermark.at/wp-content/uploads/2024/05/Aktionsplan-Internetsucht_V5_Finalversion-WEB_20240524.pdf [Zugriff am 17.06.2025]

¹⁴⁷ https://www.emcdda.europa.eu/best-practice_en [Zugriff am 17.06.2025]

- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMGF (2017). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. 2012, aktualisiert 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMI (2025). Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2024. Statistiken und Beiträge zu Anzeigen, Sicherstellungen und Ermittlungen. Bundesministerium für Inneres, Bundeskriminalamt. Wien
- BMSGPK (2023). Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Redaktionell überarbeitete Fassung 2023. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien
- BMSGPK (2024). Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie. Aktualisierung 2024. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien
- BMUK (1997). Erlass des Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten. GZ 27.909/115-V/3/96 vom 4. März 1997. Rundschreiben Nr. 7/1997
- BMUKK (2008). Psychologische Gesundheitsförderung im Lebensbereich Schule. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. Wien
- BMUKK (2012). Suchtprävention in der Schule. Informationsmaterialien für die Schulgemeinschaft erstellt vom Institut Suchtprävention, Linz. 4. überarbeitete Auflage. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. Wien
- Brotherhood, A.; Brunner, L.; Herrmann, G.; Busch, M. (2024). Europäisches Präventionscurriculum (EUPC). Ergebnisse einer Pilotdurchführung in Österreich und Empfehlungen für die Zukunft. Gesundheit Österreich. Wien
- Brotherhood, A.; Brunner, L.; Burkhart, G.; Busch, M.; Herrmann, G.; Unterweger, N.; Voit, V.; von Heyden, M. (2025). European Prevention Curriculum (EUPC)—Two Years of Pilot Implementation in Austria. *Journal of Prevention*, <https://doi.org/10.1007/s10935-025-00830-5>
- Busch, M.; Anzenberger, J.; Brotherhood, A.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2021). Bericht zur Drogensituation 2021. Gesundheit Österreich. Wien
- Busch, M.; Anzenberger, J.; Brotherhood, A.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T. (2022). Bericht zur Drogensituation 2022. Gesundheit Österreich. Wien
- Busch, M.; Anzenberger, J.; Brotherhood, A.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T. (2023). Bericht zur Drogensituation 2023. Gesundheit Österreich. Wien
- Busch, M.; Anzenberger, J.; Brotherhood, A.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T. (2024). Bericht zur Drogensituation 2024. Gesundheit Österreich. Wien.
- EMCDDA (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers, Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg

- EMCDDA (2011). European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. EMCDDA Manuals No 7, The Publications Office of the European Union. Luxembourg
- Haas, S.; Dürnitzhofer, S.; Winkler, P. (2024). Frühe Hilfen: Unterstützung der Umsetzung der Maßnahmen des Österreichischen Aufbau- und Resilienzplans. Endbericht. Gesundheit Österreich. Wien
- Hajji, A.; Weber, F.; Perle, V.; Iby, A.; Haindorfer, R.; Stoppacher, P. (2024). Begleitende Evaluation des Ausbaus regionaler Frühe-Hilfen-Netzwerke im Rahmen des Österreichischen Aufbau- und Resilienzplans. prospect Unternehmensberatung GmbH. Wien
- Marbler, C.; Weigl, M.; Haas, S.; Winkler, P. (2020). Wie wirken Frühe Hilfen? Das Frühe-Hilfen-Wirkmodell. Gesundheit Österreich. Wien
- Ofner, T.; Sagerschnig, S.; Scolik, F.; Winkler, P. (2025). Frühe Hilfen. Zahlen, Daten und Fakten 2024, FRÜDOK Jahresbericht. Gesundheit Österreich. Wien
- Österreichische ARGE Suchtvorbeugung (2016). 20 Handlungsempfehlungen zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol in Österreich. Positionspapier der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung. Graz, Klagenfurt, Eisenstadt, Wien, St. Pölten, Linz, Salzburg, Innsbruck, Bregenz und Bozen
- Schmutterer, I.; Akartuna, D. (2025). Tabak- und Nikotinkonsum. Zahlen und Fakten 2024. Gesundheit Österreich, Wien.
- Strizek, J.; Akartuna, D.; Busch, M.; Schwarz, T. (2025). ESPAD Österreich 2024. Gesundheit Österreich, Wien
- Uhl, A.; Springer, A. (2002). Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der Österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Wien
- Uhl, A.; Schmutterer, I.; Kobra, U.; Strizek, J. (2013). Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“. Stand 2019. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). Wien
- Uhl, A.; Bachmayer, S. (2025): Handbuch Alkohol – Österreich. Band 2: Gesetzliche Grundlagen. Gesundheit Österreich, Wien.
- UNODC/WHO (2018). International Standards on Drug Use Prevention. Second updated edition. United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization. Wien
- Weigl, M.; Haas, S.; Ofner, T. (2024a). Frühe Hilfen und Präventionsketten: Gemeinsamkeiten, Unterschiede, potenzielle Schnittstellen und Synergien. Kurzbericht. Gesundheit Österreich. Wien
- Weigl, M.; Ofner, T.; Pilwarsch, J.; Antony, D. (2024b). Erfahrungen von Müttern rund um die Geburt. Eine Erhebung in den Frühen Hilfen. Gesundheit Österreich. Wien

4.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

BGBI. 379/1984. Bundesgesetz über den Österreichischen Rundfunk (ORF-Gesetz, ORF-G)

BGBI. 620/1989. Bundesgesetz vom 28. November 1989 zur Regelung des Glücksspielwesens (Glücksspielgesetz – GSpG)

BGBI. 194/1994. Gewerbeordnung 1994 – GewO 1994

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

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

BGBI. II 126/2024. Schulordnung 2024

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

4.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Aksakalli, Sevim	BMBWF – Abteilung I/2 (Schulpsychologie, Gesundheitsförderung und psychosoziale Unterstützung, Bildungsberatung)
Brunner, Lisa	Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien
Fraundorfer, Andrea	BMBWF – Abteilung I/2 (Schulpsychologie, Gesundheitsförderung und psychosoziale Unterstützung, Bildungsberatung)
Schmidbauer, Rainer	Institut Suchtprävention, pro mente Oberösterreich
Schmöckel, Sonja	BMASGPK – Sektion IX, Arbeitsmarkt, Referat B/4a: Integration Jugendlicher und junger Erwachsener in Ausbildung und Arbeitsmarkt

4.9 Anhang

Tabelle 15: Fachstellen für Suchtprävention in Österreich

Region	Name	Organisationsform	Website
B	Soziale Dienste Burgenland GmbH, Fachstelle Suchtprävention Burgenland	gemeinnützige GmbH	https://www.soziale-dienste-burgenland.at/suchtpraevention/
K	Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege, Unterabteilung Prävention und Suchtkoordination	Teil des Amtes der Landesregierung	https://suchtvorbeugung.ktn.gv.at/Home/%c3%9cber%20Uns
NÖ	Fachstelle für Suchtprävention NÖ	(gemeinnütziger) Verein	https://www.fachstelle.at/
OÖ	Institut Suchtprävention der pro mente OÖ	(gemeinnütziger) Verein	https://www.praevention.at/
S	Fachstelle Suchtprävention akzente-Salzburg	(gemeinnütziger) Verein	https://www.akzente.net/fachbereiche/suchtpraevention
St	VIVID – Fachstelle für Suchtprävention	gemeinnützige GmbH	https://www.vivid.at/
T	kontakt+co Suchtprävention Jugendrotkreuz	(gemeinnütziger) Verein	https://www.kontaktco.at/
V	SUPRO – Gesundheitsförderung und Prävention, Stiftung Maria Ebene	Stiftung	https://www.supro.at/
W	Institut für Suchtprävention (ISP) der Sucht- und Drogenkoordination Wien	gemeinnützige GmbH	https://sdw.wien/angebot/praevention

letzter Zugriff auf die Websites am 17.06.2025

Quellen: Einmeldungen der Fachstellen für Suchtprävention, Stand Juni 2025; Darstellung: GÖG

Einen detaillierten Überblick über die Angebote der Fachstellen für Suchtprävention, sortiert nach Arbeitsfeld und Bundesland, bietet die Website der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung¹⁴⁸.

¹⁴⁸ <https://www.suchtvorbeugung.net/suchtpraeventionsinfo/Hauptseite> [Zugriff am 17.06.2025]

Tabelle 16: Ausgewählte Kennwerte für die Umsetzung österreichweiter Programme durch die regionalen Fachstellen für Suchtprävention in den letzten 5 Schuljahren

Kennwert	Schuljahr 2020/21	Schuljahr 2021/22	Schuljahr 2022/23	Schuljahr 2023/24	Schuljahr 2024/25
<i>Gemeinsam stark werden (GSW) – Primar (zusammen.wachsen¹)</i>					
neu geschulte Pädagoginnen/Pädagogen ²	600	774	707	901	1.087
neu erreichte Volksschulen (geschätzt) ³	170	200	107	87	114
bis dato erreichte Volksschulen ^{3,4}	—	—	—	—	844
<i>plus</i>					
bis dato zertifizierte Lehrkräfte ⁴ (Ausbildung abgeschlossen)	2.288	2.705	3.185	3.498	3.768
davon neu zertifizierte Lehrkräfte	389	417	480	313	270
Lehrkräfte in Ausbildung ⁵	1.958	1.781	1.675	1.590	1.686
aktive Lehrkräfte (geschätzt) ⁵	3.800	4.000	4.400	4.600	4.900
erreichte Schulklassen (geschätzt) ⁵	2.500	2.700	2.900	3.000	3.200
erreichte Schüler:innen (geschätzt) ⁵	58.600	61.900	67.100	70.200	75.200
<i>Wetterfest⁶</i>					
durchgeführte Seminare für Lehrkräfte	—	—	21	21	22
neu geschulte Lehrkräfte	—	—	325	281	366
<i>ready4life⁶</i>					
neu erreichte Jugendliche (ab 14 Jahre) ⁷	—	—	4.287	5.336	5.438
<i>movin'</i>					
durchgeführte Kurse	15	33	40	49	49
neu geschulte Personen	204	468	572	703	738
<i>Switch⁶</i>					
durchgeführte Kurse	—	—	3	5	5
neu geschulte Personen	—	—	56	61	58

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

¹ Das frühere Programm *eigenständig werden* wurde im Jahr 2018 von *Gemeinsam stark werden* abgelöst. Seit 2020 wird in OÖ auch das Programm *zusammen.wachsen* (eine Weiterentwicklung von *eigenständig werden*) umgesetzt. Die Zahlen für die Lebenskompetenzprogramme werden aufgrund der Ähnlichkeit ihrer Zielsetzung und Methoden zusammen dargestellt. Die Zahlen für *zusammen.wachsen* beziehen sich auf das jeweilige Kalenderjahr.

² Die Kennzahl „neu geschulte Pädagoginnen/Pädagogen“ beinhaltet neu geschulte Pädagoginnen und Pädagogen sowohl aus Volksschulen, an denen bereits früher Pädagoginnen und Pädagogen an GSW teilgenommen haben, als auch aus erstmals teilnehmenden Volksschulen (vgl. Kennzahl „neu erreichte Volksschulen“). Diese Kennzahl beinhaltet neben Lehrkräften auch Hort- und Freizeitpädagoginnen und -pädagogen.

³ Zeitreihenbruch: In den Berichtszeiträumen 2020/21 und 2021/22 kam es teilweise zu Doppelzählungen, für diese Jahre sind die Kennwerte daher Schätzungen. Die Anzahl neu erreichter Volksschulen wird ab dem Berichtszeitraum 2022/23 um Doppelzählungen bereinigt berichtet, die Anzahl bis dato erreichter Volksschulen ab 2023/24. Daher wird für diese Kennzahl nur der aktuelle Wert präsentiert.

⁴ Die Anzahl bis dato erreichter Einrichtungen/Volksschulen (GSW) oder bis dato zertifizierter Lehrkräfte (*plus*) gibt Hinweise auf die Reichweite bzw. Verbreitung der Programme, da davon ausgegangen wird, dass die Programme in diesen Schulen großteils weiterhin von den Lehrkräften selbstständig umgesetzt werden (vgl. Kapitel 4.2.3).

⁵ Da die Fortbildung 4 Jahre andauert, ist die Zahl der Lehrkräfte in Ausbildung stets relativ hoch. Die Schätzung der Anzahl der „aktiven Lehrkräfte“ basiert auf den bis dato zertifizierten Lehrkräften sowie den Lehrkräften in Ausbildung (mit einer Korrektur zur Berücksichtigung jener Lehrkräfte, die das Programm z. B. aufgrund einer Pensionierung nicht mehr umsetzen). Geschätzte Kennzahlen wurden kaufmännisch gerundet.

⁶ Die Datenreihen für die Programme *Wetterfest*, *ready4life* und *Switch* beginnen erst im Schuljahr 2022/23, da es sich hier um neuere Programme handelt, bzw. befinden sich diese Programme noch im Aufbau. Aus diesem Grund liegen für das Programm *Wetterfest* noch keine öffentlichen Daten zu den erreichten Schülerinnen und Schülern vor.

⁷ Jugendliche (ab 14 Jahre), die das Onboarding (App-Download + Eingangsbefragung) durchgeführt haben, bezogen auf den Zeitraum September bis Juli des jeweiligen Schuljahrs; für das Schuljahr 2024/25 handelt es sich um vorläufige Zahlen zum Stand 19.07.2025.

Quellen: Schmidbauer p. M., Busch et al. (2021, 2022);
Darstellung: GÖG

Tabelle 17: Ausgewählte Kennwerte zur Umsetzung von EUPC in Österreich

Kennwert	2023	2024
durchgeführte Kurse (Präsenz)	1	2
durchgeführte Kurse (online)	0	1
neu gemäß dem EUPC-Basiskurs zertifizierte Personen	19	57
davon aus Österreich	17	53
davon aus Liechtenstein und Südtirol	2	4

Quelle: GÖG, Stand Mai 2025; Darstellung: GÖG

Drogenbezogene Behandlung

Inhalt

5	Drogenbezogene Behandlung.....	121
5.1	Zusammenfassung.....	121
5.2	Aktuelle Situation.....	122
5.2.1	Strategien und Koordination.....	122
5.2.2	Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung.....	125
5.2.3	Schlüsselindikatoren.....	126
5.2.4	Behandlungsmodalitäten.....	132
5.2.5	Qualitätssicherung.....	141
5.3	Trends.....	146
5.4	Neue Entwicklungen.....	148
5.5	Quellen und Methodik.....	149
5.6	Bibliografie.....	151
5.7	Zitierte Bundesgesetze.....	153
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	154
5.9	Anhang.....	154

5 Drogenbezogene Behandlung

5.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

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

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

Insgesamt befanden sich im Jahr 2024 geschätzt über 27.800 Personen in drogenspezifischer Behandlung. Diese Zahl setzt sich aus etwa 5.400 Personen, die eine drogenspezifische Behandlung im Jahr 2024 begonnen haben, und etwa 22.400 Personen, die bereits zum Jahreswechsel 2023/2024 in Behandlung waren, zusammen. Den weitaus größten Anteil aller behandelten Personen (etwa 22.600 Personen) machen jene mit Opioidkonsum – meist mit multiplen Konsummuster – aus. Die zweite große Gruppe von Personen im Behandlungssystem sind jene mit der alleinigen Leitdroge Cannabis (etwa 2.500 Personen). Kokain und Stimulanzien stellen für etwa 2.200 Personen die Leitdroge dar.

Trends

Bei den Konsummustern von Personen, die erstmals in ihrem Leben eine drogenspezifische Behandlung in einer im Rahmen des Dokumentationssystems der Klientinnen und Klienten der österreichischen Suchthilfe (DOKLI) erfassten Einrichtung beginnen, zeigten sich in den letzten 10 Jahren kaum Veränderungen. Lediglich bei Kokain zeigt sich ein Anstieg und bei Opioiden ein leichter Rückgang. Mittlerweile wird bei jeder dritten drogenbezogenen Erstbehandlung Kokain als eine Leitdroge angegeben.

Auf Basis der aktuellen Schätzung (2023) liegt die In-Treatment-Rate¹⁴⁹ von Personen mit Opioidproblematik zwischen 58 und 63 Prozent.

Neue Entwicklungen

Eine **intravenöse OAT** ist in Österreich derzeit nicht etabliert. Die Suchthilfe Wien gGmbH startete 2023 eine Pilotstudie zur Sicherheit und Machbarkeit einer intravenösen OAT mit Hydage-lan® (Hydromorphonhydrochlorid) in Wien. Erste Ergebnisse zeigen eine gute Verträglichkeit und Sicherheit der Substanz sowie eine hohe Zufriedenheit mit der stabilisierenden Wirkung. Die Laufzeit der Machbarkeitsstudie wurde bis Ende 2025 verlängert.

Die im aktuellen Berichtsjahr neu eröffnete Einrichtung „NEST“ in Linz stellt erstmals ein spezialisiertes Übergangswohnangebot für wohnungslose Personen mit problematischem, manifestem Substanzkonsum bereit.

5.2 Aktuelle Situation

5.2.1 Strategien und Koordination

Behandlungsstrategien sind in den **Sucht-/Drogenstrategien** der 9 Bundesländer, in der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* (BMG 2015) und in den relevanten Gesetzen und Verordnungen festgelegt (vgl. auch Kapitel 1 und 2). Die Suchtgiftverordnung (BGBl. II 1997/374) definiert den Rahmen für die Opioid-Agonisten-Therapie (OAT¹⁵⁰), die Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution (BGBl. II 2006/449) die diesbezüglichen Voraussetzungen für die OAT durchführenden Ärztinnen und Ärzte (vgl. Kapitel 5.2.4 und 5.2.5). Hinsichtlich der Versorgungsstrukturen sind auch die Regionalen Strukturpläne Gesundheit und die Psychiatriepläne der Bundesländer relevant.

Die bestehenden Sucht-/Drogenstrategien betonen großteils die Notwendigkeit eines breiten Spektrums von Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen sowie -methoden. Ein breites Handlungsspektrum soll abstinenzorientierte, substituierende und suchtbegleitende Maßnahmen sowie Maßnahmen zur Nachsorge bei suchtkranken Personen und zu deren Integration beinhalten. Dazu sind eine einrichtungsübergreifende Vernetzung und Kooperation sowie multiprofessionelle Teams notwendig. Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* (BMG 2015) weist hier auf die Schnittstellenfunktion sozialpsychiatrischer Einrichtungen hin. Immer mehr Strategien verfolgen integrierte Konzepte wie z. B. das *Tiroler Suchtkonzept 2022–2032* (Busch et al. 2021b), der *Salzburger Rahmenplan 2016 bis 2025* (Land Salzburg 2020), die *Vorarlberger Psychiatrie und Suchtstrategie 2025–2035* (Zimm, p. M.) oder das *Versorgungskonzept Sucht Steiermark 2030* (EPIG 2024). Diese Konzepte zielen auf eine suchtübergreifende Ausrichtung bzw. auf eine stärkere Verankerung der Suchtbehandlung im allgemeinen Gesundheitswesen bzw. speziell im Bereich der Psychiatrie ab (vgl. auch Kapitel 5.4 und Kapitel 1).

¹⁴⁹ Die In-Treatment-Rate ist der Prozentsatz von Personen mit risikoreichem Drogenkonsum, der sich in Behandlung befindet.

¹⁵⁰ OAT ersetzt – dem internationalen Diskurs folgend – den vormalig genutzten Begriff Opioid-Substitutionsbehandlung (OST), da dieser die komplexe Neurobiologie der Opioidabhängigkeit sowie die Pharmakologie der Behandlung zu stark vereinfacht. Zudem fördert der Begriff OST häufig das Missverständnis, dass die Behandlung lediglich eine Sucht durch eine andere ersetzt (substituiert).

Einige Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer betonen die Notwendigkeit einer getrennten Versorgung jugendlicher und erwachsener Suchtkranker. In manchen Strategien werden getrennte Angebote für Konsumierende verschiedener Substanzen geplant, andere richten den Fokus auf interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Vernetzung spezialisierter Einrichtungen mit dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem. Der Abklärung des Unterstützungsbedarfs und langfristigen Begleitung/Behandlung sowie der Reintegration wird im ambulanten Setting ein hoher Stellenwert eingeräumt.

In vielen Bundesländern sind der gezielte Ausbau der Versorgung und die Verbesserung bzw. Optimierung bestimmter Behandlungsformen oder Maßnahmenbereiche (z. B. der Versorgung in Krisensituationen, der Bereitstellung von Wohnstrukturen und Arbeitsplätzen) ein Thema. Die Reha-Nachsorge der Suchthilfe Tirol ist ein Angebot zur nachhaltigen Sicherung einer bereits erfolgten Stabilisierung. Dabei geht es darum, den Therapieerfolg langfristig zu sichern, abstinentzfördernde Verhaltensweisen zu festigen und Probleme und Rückfälle aufzuarbeiten (Suchthilfe Tirol 2025).

Im Rahmen des Forschungsprojekts „Sucht(-behandlung) in der Krise“ wurden österreichische Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Suchthilfe zur **Erarbeitung eines Positionspapiers** eingeladen, um Problemstellungen zu identifizieren und Empfehlungen zur Verbesserung der österreichischen Suchthilfe zu formulieren. Die Beschreibung der Problemstellungen sowie die Formulierung von Empfehlungen erfolgten im Rahmen eines mehrstufigen Delphi-Prozesses (einer anonymisierten und aus mehreren Feedbackrunden bestehenden Form der Expertenbefragung). Mit dem Positionspapier wurden Aspekte aus allen Suchtbereichen (Alkohol, illegale Substanzen, stoffungebundene Süchte, Nikotin) angesprochen und ein Konsens hinsichtlich zielführender Maßnahmen erarbeitet (Strizek et al. 2023).

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

- Kundmachung und Kofinanzierung von Einrichtungen der Suchthilfe, die gesundheitsbezogene Maßnahmen (nach § 11 SMG, vgl. Kapitel 2) durchführen, durch das BMASGPK (entsprechend §§ 15 und 16 SMG)
- Finanzierung der Maßnahmen im Rahmen des Grundsatzes *Therapie statt Strafe* durch das BMJ (vgl. Kapitel 1)
- Führen eines Registers zur Verhinderung von Mehrfachbehandlungen in der OAT durch das BMASGPK (§§ 24 und 25 SMG, vgl. Kapitel 2 bzw. Kapitel 5.2.5)
- Bereitstellen von Suchtgiftvignetten¹⁵¹ für die Verschreibung von Suchtgiften (§ 22 SV, vgl. Kapitel 2) und einer Datenbank zum Erfassen der Ärztinnen und Ärzte, die zur OAT von Personen mit einer Opioidabhängigkeit gemäß *Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution* (WbVO) berechtigt sind (vgl. Kapitel 2 bzw. Kapitel 5.2.5)

In § 15 SMG ist die oben genannte Kundmachung von Einrichtungen der Suchthilfe unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse und in ausreichender Zahl mittels Bundesgesetzblatts vorgesehen. Darin festgehalten sind auch die Vorgaben, die diese Einrichtungen zu erfüllen ha-

¹⁵¹ Eine Suchtgiftvignette ist ein mit fortlaufender Alphanummerierung versehener Aufkleber, der von der verschreibenden Ärztin bzw. dem verschreibenden Arzt auf der Vorderseite eines Rezepts angebracht wird, um dieses als Suchtgiftverschreibung zu kennzeichnen.

ben, sowie deren Verpflichtung zur Dokumentation der Tätigkeiten. Hinsichtlich der Finanzierung der Tätigkeit von Suchthilfeeinrichtungen in Form von Zuschüssen durch den Bund ist in § 16 SMG eine Kann-Bestimmung (vgl. Kapitel 2) enthalten. Davon ausgenommen sind jedenfalls jene Maßnahmen der Krankenbehandlung, für die ein Sozialversicherungsträger, eine Krankenfürsorgeanstalt oder ein Sozialhilfeträger aufzukommen hat. Die Zuschüsse des Bundes sind von der Höhe der Mittel anderer Gebietskörperschaften abhängig (§ 16 SMG).

Eine wichtige Rolle in der OAT spielen die Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden. Die Behandlung unterliegt der Kontrolle durch die zuständigen Amtsärztinnen und -ärzte. Sie haben u. a. die Qualifikation der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes zu prüfen (Kontrolle, ob dieser in der Liste der zur OAT qualifizierten Ärztinnen und Ärzte eingetragen ist). Üblicherweise vidieren¹⁵² die Amtsärztinnen und -ärzte die von der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt ausgestellten OAT-Dauerverschreibungen (vgl. Kapitel 5.2.5). Im Jahr 2020 wurden die Bestimmungen betreffend die Vidierungsvorschriften im Zuge der COVID-19-Pandemie angepasst. Bis zur Implementierung eines digitalen Verschreibungsprozesses im Bereich der OAT wird dieses während der COVID-19-Pandemie eingeführte und mit allen involvierten Stellen abgestimmte System im Wesentlichen weitergeführt (vgl. Kapitel 2).

Weitere rechtlich definierte Aufgaben im Zusammenhang mit OAT-Verschreibungen beziehen sich auf folgende Sachverhalte:

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

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

¹⁵² Vidierung: Beglaubigung der medizinischen Notwendigkeit der Verschreibung inklusive Prüfung, ob dabei alle gesetzlichen Vorgaben eingehalten wurden; bei Bedenken hinsichtlich der Verordnungskonformität der Behandlung müssen die Amtsärztinnen und -ärzte Rücksprache mit der behandelnden Ärztin resp. dem behandelnden Arzt halten und gegebenenfalls die Vidierung verweigern.

darf können die Amtsärztinnen und -ärzte auch eine Bestätigung für die Inanspruchnahme einfordern.

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

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

5.2.2 Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung

Ambulante Einrichtungen

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

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

bulanzen und/oder den Psychiatrischen Abteilungen der Krankenanstalten behandelt (vgl. Kapitel 6).

Nutzung der ambulanten Einrichtungen

Geschätzt 12.515 Klientinnen und Klienten haben im Jahr 2024 eine längerfristig ambulante drogenspezifische Betreuung oder eine Behandlung¹⁵³ in Anspruch genommen. Weitere 12.977 Personen erhielten eine OAT bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (vgl. Tabelle 19).

Dabei zeigt sich, dass die OAT opioidabhängiger Personen in Österreich die zahlenmäßig wichtigste Behandlungsform für Personen mit risikoreichem/problematischem Drogenkonsum darstellt (Kapitel 5.2.3).

Stationäre Einrichtungen

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

Stationär behandelt wird in Krankenhäusern vorrangig in Form von Notfallbehandlung und Entzugsbehandlung¹⁵⁴, es gibt aber auch sogenannte Sonderkrankenanstalten, die stationäre Entzugsbehandlungen anbieten. Darüber hinaus erfolgen längerfristig stationäre Entwöhnungsbehandlungen¹⁵⁵ v. a. in spezialisierten Therapieeinrichtungen.

5.2.3 Schlüsselindikatoren

Personen, die im Jahr 2024 eine Behandlung wegen Drogenproblemen begonnen haben, und ihre Konsummuster

Es folgt nun ein Überblick über jene Personen, die im Jahr 2024 wegen Drogenabhängigkeit eine drogenspezifische Behandlung in einer im Rahmen des einheitlichen Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Suchthilfe (DOKLI) erfassten Einrichtung begonnen haben (vgl. Kapitel 5.1). Es handelt sich dabei um Schätzungen, die Korrekturen bezüglich Mehrfachzählungen

¹⁵³ ambulante Suchtbehandlung inkl. OAT in spezialisierten ambulanten Einrichtungen (in § 15 SMG kundgemachte Einrichtungen bzw. Krankenanstalten), exklusive Personen, die eine OAT bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erhielten

¹⁵⁴ Eine qualifizierte Entzugsbehandlung umfasst die medizinisch überwachte Entgiftung des Körpers von einer Substanz, einschließlich der medikamentösen Linderung von Entzugserscheinungen, und erfolgt in der Regel stationär.

¹⁵⁵ Entwöhnungsbehandlungen umfassen therapeutische und unterstützende Maßnahmen, die nach einem körperlichen Entzug langfristig (über mehrere Monate) in stationären und ambulanten Spezialeinrichtungen erfolgen. Dabei werden Psychotherapie, psychosoziale Interventionen, beschäftigungstherapeutische Maßnahmen, Ausbildungsprogramme, Selbstsicherheits- und Entspannungs- trainings angeboten, um ein Leben ohne Suchtmittel zu erlernen.

und des Abdeckungsgrads in DOKLI bzw. der Überschneidung zwischen DOKLI und dem OAT-Register enthalten (vgl. Tabelle 18, Fußnote 1).

Insgesamt haben im Jahr 2024 in Österreich geschätzt 5.414 Personen eine längerfristig ambulante oder stationäre drogenspezifische Behandlung begonnen (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18: Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2024 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung¹⁵⁶)

Behandlungsart bzw. -ort	Anzahl Klientinnen und Klienten
ambulante Suchtbehandlungen (inklusive OAT in spezialisierten ambulanten Einrichtungen; Schätzung aus DOKLI und eSuchtmittel)	3.349
OAT bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (keine Schätzung, eSuchtmittel)	795
stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung (Schätzung aus DOKLI)	991
OAT während der Haft ¹ (keine Schätzung, eSuchtmittel)	279
Suchtbehandlungen insgesamt (Schätzung)	5.414

¹ Die hier angegebene Zahl weicht von der entsprechenden Zahl in Kapitel 8 ab, der eine Stichtagserhebung zugrunde liegt. Die hier angegebene Zahl bezieht sich hingegen auf das gesamte Jahr.

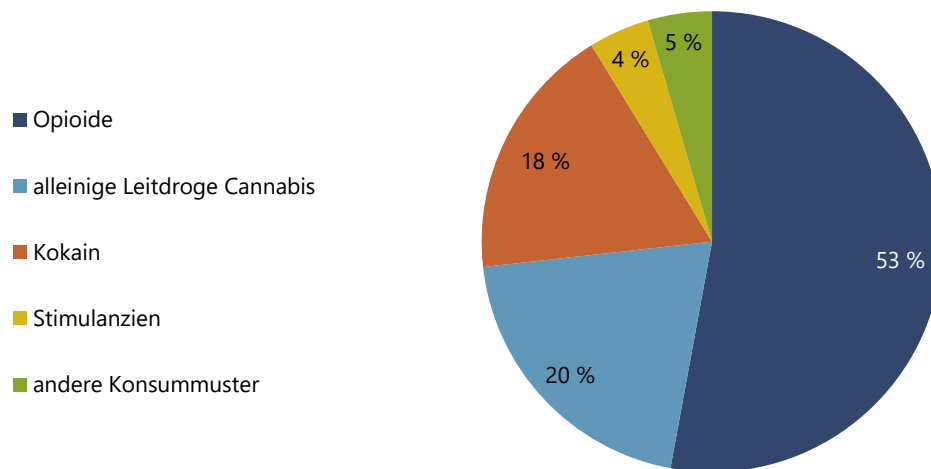
Quellen: GÖG – DOKLI, BMASGPK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 13 zeigt, dass 53 Prozent der geschätzten 5.414 Personen, die im Jahr 2024 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben, Opioide konsumiert haben, meist im Rahmen multipler Konsummuster; 20 Prozent haben die Behandlung wegen Cannabis begonnen. Kokain stellt für 18 Prozent und andere Stimulanzien stellen für 4 Prozent der Klientel die Leitdroge¹⁵⁷ dar.

¹⁵⁶ Die Basis der Schätzung bilden die dokumentierten Daten von Suchtbehandlungen in Österreich in den Dokumentationssystemen DOKLI und eSuchtmittel. Die Personengruppen in DOKLI und jene von eSuchtmittel überschneiden sich teilweise (ca. 70 %). Zudem können in DOKLI Doppelzählungen nur innerhalb einer Einrichtung und innerhalb Wiens (eindeutiger Identifier) ausgeschlossen werden. Außerhalb Wiens wird in DOKLI von einem Mehrfachzählungsanteil von 22 Prozent und einer Abdeckung (Coverage) von 93 Prozent im ambulanten und 71 Prozent im stationären Sektor ausgegangen (vgl. Kapitel 5.5). Diese Faktoren werden bei der Schätzung berücksichtigt.

¹⁵⁷ Unter **Leitdroge** ist jene Droge zu verstehen, die der Klientin bzw. dem Klienten aus subjektiver Sicht die meisten Probleme verursacht. Dabei bezieht sich die Problemdefinition – angelehnt an ICD-10 – auf psychosoziale sowie gesundheitliche und nicht ausschließlich auf rechtliche Probleme. In der Regel ist die Leitdroge auch jene Droge, die zur Inanspruchnahme der aktuellen Betreuung geführt hat. Kann sich der oder die Klient:in nicht für eine bestimmte Droge als Leitdroge entscheiden, so können auch mehrere Leitdrogen angegeben werden (GÖG/ÖBIG 2013a).

Abbildung 13: Konsummuster von Personen, die im Jahr 2024 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung¹⁵⁶)



Mit Ausnahme von Cannabis kann bei allen Substanzen ein multipler Substanzkonsum mit Beteiligung anderer illegaler Drogen nicht ausgeschlossen werden, da die nachfolgend angeführte hierarchische Leitdrogendefinition¹⁵⁸ herangezogen wurde:

Opiode > Kokain > Stimulanzien > Tranquillizer > Halluzinogene > Cannabis.

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

Personen im Behandlungsbereich insgesamt und ihre Drogenkonsummuster

Jenen etwa 5.414 Personen, die im Jahr 2024 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben, stehen 22.447 Personen gegenüber, die bereits im Jahr oder in den Jahren davor eine Behandlung begonnen hatten, die bis 2024 (oder länger) andauerte. Insgesamt wird in Österreich daher von etwa 27.861 Personen in längerfristiger ambulanter oder stationärer drogen-spezifischer Behandlung ausgegangen (vgl. Tabelle 19).

¹⁵⁸ Mittels des von der EUDA definierten epidemiologischen Schlüsselindikators „treatment demand“ werden die Daten von Klientinnen und Klienten nach deren Leitdroge aufgeschlüsselt. Es wird davon ausgegangen, dass jede Klientin und jeder Klient nur eine Leitdroge konsumiert. Weitere Drogen, die Probleme verursachen, werden als Begleitdrogen definiert. Dies steht im Widerspruch zum DOKLI-System, bei dem im Rahmen multipler Konsummuster mehrere Drogen als Leitdrogen dokumentiert werden können. Aus diesem Grund wird für die Übermittlung der Daten an die EUDA bei Personen mit mehr als einer Leitdroge eine „Leitdrogenhierarchie“ konstruiert. Hat beispielsweise eine Person sowohl Opiode als auch Cannabis als Leitdrogen angegeben, werden Opiode als Leitdroge ausgewiesen. Folgende Hierarchie wird dafür herangezogen: Opiode > Kokain > Stimulanzien > Tranquillizer > Halluzinogene > Cannabis. Diese Definition entspricht am ehesten der (logischen) Vorgabe, nur eine Leitdroge zuzulassen (z. B. wird bei Vorliegen von Opioid- und von Cannabisproblemkonsum in der Regel der Opioidkonsum als Hauptproblem angegeben, wenn nur eine Leitdroge ausgewiesen werden kann).

Tabelle 19: Alle Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2024 (Schätzung¹⁵⁶)

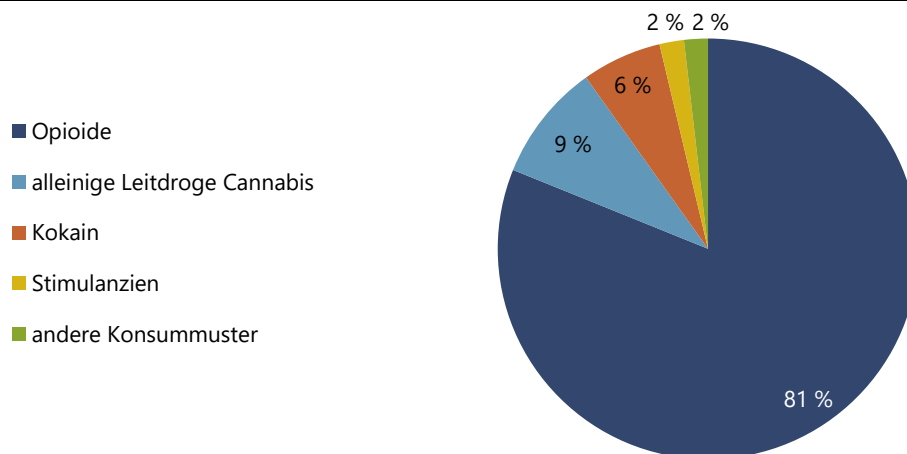
Behandlungsart bzw. -ort	Anzahl Klientinnen und Klienten
ambulante Suchtbehandlungen (inklusive OAT in spezialisierten ambulanten Einrichtungen; Schätzung aus DOKLI und eSuchtmittel)	12.515
OAT bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (keine Schätzung, eSuchtmittel)	12.977
stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung (Schätzung aus DOKLI)	1.332
OAT während der Haft ¹ (keine Schätzung, eSuchtmittel)	1.037
Suchtbehandlungen insgesamt (Schätzung)	27.861

¹ Die hier angegebene Zahl weicht von der entsprechenden Zahl in Kapitel 8 ab, der eine Stichtagserhebung zugrunde liegt. Die hier angegebene Zahl bezieht sich hingegen auf das gesamte Jahr.

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

Aus Abbildung 14 ist ersichtlich, dass der weitaus größte Teil (81 %) der etwa 27.861 Patientinnen und Patienten wegen Opioidkonsums, meist im Rahmen multipler Konsummuster, in Behandlung ist. Dass der Prozentanteil der Patientinnen und Patienten mit Opioidproblematik an allen behandelten Personen größer ist als an jenen Personen, die eine Behandlung begannen, ist in erster Linie durch die vergleichsweise längere Behandlungsdauer bei Opioidproblematik zu erklären.

Abbildung 14: Konsummuster aller Personen in drogenspezifischer Behandlung (Schätzung¹⁵⁶) 2024



Mit Ausnahme von Cannabis kann bei allen Substanzen ein multipler Substanzkonsum mit Beteiligung anderer illegaler Drogen nicht ausgeschlossen werden, da die nachfolgend angeführte hierarchische Leitdrogendefinition¹⁵⁸ herangezogen wurde:

Opiode > Kokain > Stimulanzien > Tranquillizer > Halluzinogene > Cannabis.

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

Eine weitere zahlenmäßig relevante Gruppe stellen 2.517 (9 %) Behandelte dar, die Cannabis als alleinige Leitdroge angeben. Kokain (1.711 Personen), Stimulanzien (523 Personen) und andere Drogen stellen nur für einen kleinen Teil der behandelten Klientel die Leitdroge dar.

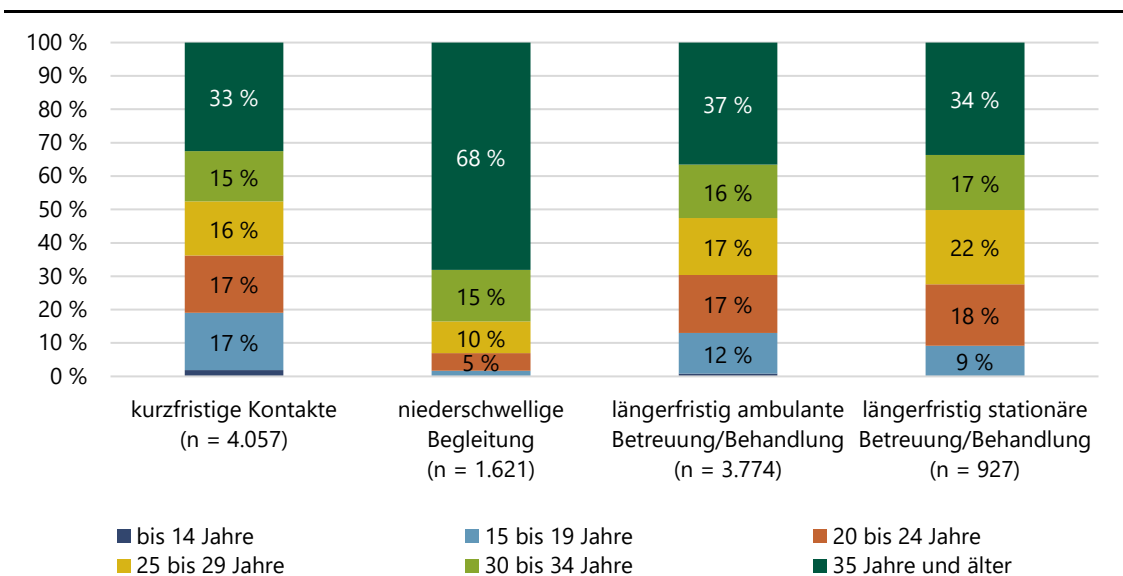
Charakteristika behandelter Personen

Die Darstellung der Charakteristika der behandelten Personen basiert auf den im Rahmen des österreichweit einheitlichen Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Suchthilfe (DOKLI) erfassten Daten (vgl. Kapitel 5.1). Die wenigen vorhandenen Daten bezüglich der Charakteristika von Personen in OAT werden in Kapitel 5.2.4 dargestellt.

Es liegen Daten über 3.774 Personen vor, die im Jahr 2024 eine **längerfristig ambulante Betreuung** begonnen haben. Davon begaben sich 1.639 Klientinnen und Klienten **erstmalig** in ihrem Leben in eine drogenspezifische Betreuung. Eine **längerfristig stationäre Betreuung**¹⁵⁹ haben 927 Personen begonnen, bei 280 dieser Klientinnen und Klienten handelt es sich um die **erste** längerfristige drogenspezifische Betreuung. Neben diesen Personen, die sich im klassischen Sinn in drogenspezifischer Behandlung befinden, sind in DOKLI 1.621 Personen erfasst, die im Jahr 2024 eine **niederschwellige Begleitung** in Anspruch nahmen, und 4.057 Personen, die eine drogenspezifische Betreuung in Form eines **kurzfristigen Kontakts** hatten.

Alter und Geschlecht: Je nach Setting sind zwischen 2 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 19 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen 15 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 41 Prozent (längerfristig stationäre Betreuung) der Klientel gehören der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre an (siehe Abbildung 15). In allen betrachteten Settings beträgt der Anteil der betreuten Frauen an der gesamten Klientel zwischen 20 und 25 Prozent (vgl. Tabelle 23 im Anhang).

Abbildung 15: Personen, die im Jahr 2024 eine drogenspezifische Betreuung/Behandlung begonnen haben, nach Art der Betreuung und Alter



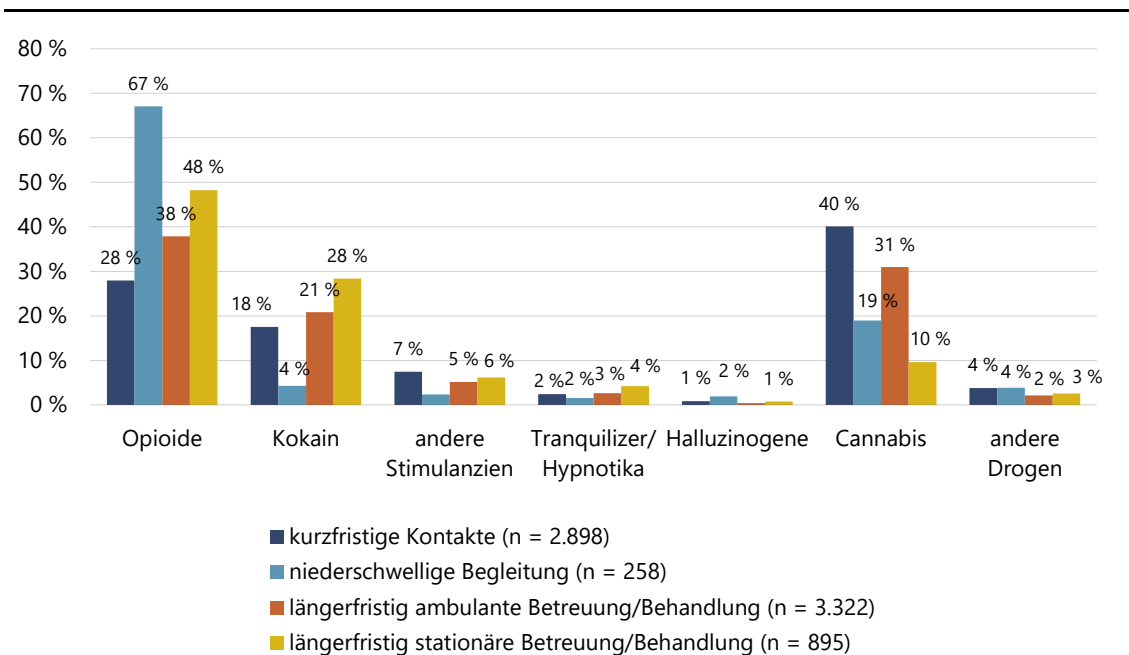
Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

¹⁵⁹ Für die Definitionen zu den verschiedenen Arten der Betreuung vgl. Kapitel 5.5.

Drogenkonsummuster: Abbildung 16 zeigt, dass in allen Settings Personen mit Leitdroge Opioiden oder Cannabis den größten Anteil ausmachen. Kokain spielt als Leitdroge in allen Settings mit Ausnahme der niederschweligen Begleitung ebenfalls eine Rolle, vor allem aber im stationären Bereich.

Intravenöser Konsum: 25 Prozent der längerfristig ambulant und 38 Prozent der längerfristig stationär betreuten Personen geben an, bereits einmal intravenös Drogen konsumiert zu haben (kurzfristige Kontakte: 19 %, niederschwellige Betreuung: 66 %; vgl. Tabelle 25).

Abbildung 16: Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition nach Art der Betreuung/Behandlung (Betreuungsbeginn im Jahr 2024)



Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Soziale Situation: Im längerfristig ambulanten Betreuungssetting geben 86 Prozent der Klientel eine gesicherte Wohnsituation an. Im längerfristig stationären Setting sowie im niederschweligen Bereich ist die Wohnsituation nur noch bei 81 bzw. 43 Prozent der Personen gesichert (vgl. Tabelle 26). Bei der Interpretation der Angaben zur Wohnsituation ist allerdings zu beachten, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B. wenn der oder die Klient:in aufgrund seiner oder ihrer Suchterkrankung mangels Alternativen bei den Eltern wohnt). Etwa die Hälfte der Klientinnen und Klienten im längerfristig ambulanten sowie im stationären Setting hat keinen über die Pflichtschule hinausgehenden Schulabschluss (vgl. Tabelle 27). Erwerbstätig ist nur ein geringer Teil der Personen, die im Jahr 2024 eine drogenspezifische Behandlung begonnen haben (längerfristig ambulante Betreuung: 36 %, niederschwellige Begleitung: 12 %, längerfristig stationäre Betreuung: 7 %; vgl. Tabelle 28).

5.2.4 Behandlungsmodalitäten

Einen Überblick über die verfügbaren spezialisierten ambulanten sowie stationären Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen für Personen mit einer Drogenabhängigkeit geben der *Suchthilfekompass*¹⁶⁰, die Website *beratungsstellen.at*¹⁶¹ sowie regionale Informationsplattformen (z. B. in der Steiermark¹⁶² oder in Tirol¹⁶³).

Ambulante Angebote

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

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

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

Stationäre Angebote

Der Großteil der stationären Einrichtungen bietet **Suchtbehandlung unabhängig von den konsumierten Substanzen** an. Auch im stationären Bereich bestehen mitunter Wartelisten. Auch hier

¹⁶⁰ Im Suchthilfekompass werden all jene Einrichtungen gelistet, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden: <https://suchthilfekompass.goeg.at> [Zugriff am 05.06.2025].

¹⁶¹ <https://www.beratungsstellen.at/sucht-beratungsstellen> [Zugriff am 05.06.2025]

¹⁶² <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/11656021/72562450> [Zugriff am 05.06.2025]

¹⁶³ <https://www.psychosoziale-angebote.tirol> [Zugriff am 05.06.2025]

gilt, dass die meisten Einrichtungen ein breites und substanzspezifisches Angebot bieten, was es leichter macht, bei Bedarf einen geeigneten Platz zu finden. Schwieriger ist die Suche nach passenden Angeboten wiederum für jene Zielgruppen, die aus verschiedenen Gründen spezifische und/oder separate Angebote benötigen wie z. B. bei (erhöhtem) Pflegebedarf.

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

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

Interventionen und Programme für spezifische Zielgruppen im ambulanten und stationären Setting

Das Ziel spezieller Angebote ist einerseits die Trennung von Gruppen unterschiedlichen Abhängigkeitsschweregrads, andererseits der Abbau von Hürden dahingehend, eine **Beratung, Betreuung oder Behandlung** in Anspruch zu nehmen (vgl. Kapitel 6). Beispielsweise bietet die Wiener sozialmedizinische Einrichtung *Jedmayer* seit 2014 eine ambulante Therapie in Form einer „Bezugsbetreuung“ an mit dem Ziel, konkrete sozialintegrative Schritte zu setzen. Die Zielgruppe sind hier suchtkranke Menschen mit multiplen Problemlagen, die motiviert sind, eine individuelle Stabilisierung in den Bereichen Konsum, Soziales und Gesundheit in Angriff zu nehmen (SHW 2025). In Kärnten bietet der Verein *NEUSTART* im Rahmen des Programms *Use it*¹⁶⁴ ein flächendeckendes niederschwelliges Angebot für **suchtkranke Erwachsene mit intensivem Betreuungsbedarf** (u. a. infolge von Schwangerschaft, Elternschaft, Haftentlassung) an.

Geschlechterspezifische ambulante und stationäre Angebote

Die Möglichkeit, ein geschlechterspezifisches ambulantes Angebot in Anspruch zu nehmen, ist gerade hinsichtlich der Behandlung suchtkranker Frauen hochrelevant. Diesem Bedarf steht der Umstand gegenüber, dass spezifische ambulante Angebote für Frauen nicht überall verfügbar sind. Bereichsübergreifend (stationär und ambulant) sind die Maßnahmen, die als *Frühe Hilfen* in allen Bundesländern zur Verbesserung der Unterstützung u. a. substanzabhängiger Schwangerer und Mütter mit Kleinkindern umgesetzt werden. Diese Maßnahmen zielen auf die Verbesserung sowohl der gesundheitlichen Situation als auch der Lebenssituation der substanzabhängigen Mütter ab und damit auch auf eine suchtvorbeugende Wirkung für die betroffenen Kinder (vgl. Kapitel 4).

In Wien finden Mutter-Kind-Gruppen zur **Förderung der Erziehungskompetenz substanzabhängiger Mütter** statt (SDW 2025). Der *Dialog* bietet beispielsweise eigene Beratungszeiten für

¹⁶⁴ <https://www.neustart.at/was-wir-tun/praevention/suchtpraevention/suchtpraevention-einfache-sprache/#:~:text=Use%20it%20betreut%20und%20unterst%C3%BCtzt,sein%2C%20an%20Use%20it%20teilzunehmen> [Zugriff am 05.06.2025]

Frauen („Frauensache“)¹⁶⁵ sowie Mutter-Kind-Gruppen und Beratungen für Schwangere mit einer Abhängigkeit an, während deren auch keine Männer in der Wiener Einrichtung anwesend sind. Das Schweizer Haus Hadersdorf bietet mit der dezentralen Außenstelle *Gesundheitsgreisslerei* eine ambulante Therapieeinrichtung von Frauen für Frauen an. Frauenspezifisch orientiert wird dort ein geschützter Rahmen für Frauen mit einer Abhängigkeitserkrankung (Alkohol und/oder illegale Substanzen) geboten, die eine Behandlung, Betreuung oder Rehabilitation suchen.¹⁶⁶ Neben der psychotherapeutischen und medizinischen Behandlung der Abhängigkeit stehen Gesundheitsförderung, Stärkung der Selbstwirksamkeit sowie sozialarbeiterische Unterstützung auf dem Weg hin zu einem selbstbestimmten Leben im Fokus der Angebote.

Das *Café VALERIE*, das vom *Kontaktladen & Streetwork* der Caritas organisiert wird, findet wöchentlich in einem der breiten Öffentlichkeit zugänglichen Lokal in unmittelbarer Nähe der wichtigsten Szenetreffpunkte in Graz statt. Das Angebot richtet sich an Frauen und Mütter mit Substanzkonsum und möchte einen Beitrag zu mehr gesellschaftlicher Teilhabe, Vernetzungsmöglichkeit und Selbstfürsorge für Frauen leisten (Caritas Diözese Graz-Seckau 2024). In Vorarlberg gibt es seit 2022 eine psychotherapeutisch geleitete Frauengruppe im Clean Bregenz, die auf die besonderen Bedürfnisse von Frauen mit Sucht- und Traumaerfahrungen ausgerichtet ist (Stiftung Maria Ebene 2025).

Für substanzabhängige Schwangere und Mütter mit Kleinkindern gibt es auch im **stationären Sektor** bereichsübergreifende Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Müttern und Neugeborenen. Dazu gehören Angebote im Rahmen des multiprofessionellen, interdisziplinären Betreuungsmodells des AKH in Wien, die *Therapiestation Erlenhof* der *pro mente OÖ*, die stationäre Einrichtung *Binder* des Vereins *Grüner Kreis* für Frauen mit Kindern sowie Angebote weiterer Einrichtungen.

Altersspezifische ambulante und stationäre Angebote

Ambulante Einrichtungen, die speziell auf Jugendliche ausgerichtet sind, wie die in Jugendberatungen oder Jugendeinrichtungen integrierten Jugendsuchtberatungen bieten einen sehr niederschweligen Zugang. Außerdem stellen allgemeine ambulante Einrichtungen in ihrem Betreuungs- und Behandlungsspektrum auch Angebote für Jugendliche bereit wie z. B. der *Dialog*¹⁶⁷, die Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP¹⁶⁸) in Eisenstadt (KJPP Nord) und in Oberwart (KJPP Süd). In Wien, St. Pölten und in Neusiedl am See gibt es das Projekt „ChancenZUKUNFT“ speziell für Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 25 Jahren mit psychischen Erkrankungen inklusive riskanten Konsumverhaltens. Das Projekt unterstützt die Zielgruppe mittels realer Arbeitstrainings und sozialpädagogischer Gruppen beim (Wieder-)Einstieg in den Arbeitsmarkt oder in das Bildungswesen (SDW 2025).

Im **stationären Setting** ist v. a. der Verein *Grüner Kreis* zu nennen, der mit der Einrichtung *Waldheimat* ein eigenes Haus für Jugendliche betreibt und im *Marienhof* zusätzlich Plätze für Jugendliche anbietet.

¹⁶⁵ https://www.dialog-on.at/sites/default/files/2024-07/Angebotskarte_Frauensache_2023.pdf [Zugriff am 11.06.2025]

¹⁶⁶ <https://diegesundheitsgreisslerei.at> [Zugriff am 11.06.2025]

¹⁶⁷ <https://www.dialog-on.at/node/118> [Zugriff am 11.06.2025]

¹⁶⁸ <https://www.soziale-dienste-burgenland.at/kinder-und-jugendpsychiatrie-und-psychotherapie-01/> [Zugriff am 05.06.2025]

Im Mai 2023 startete für die **Zielgruppe der 16- bis 25-Jährigen** das Pilotprojekt *STEPS* am Anton Proksch Institut in Kooperation mit der Sucht- und Drogenkoordination Wien sowie den Psychosozialen Diensten Wien. Mit der Übersiedelung in den Neubau und dem Abschluss der Pilotphase wurde Ende Juni 2024 der Regelbetrieb aufgenommen. An der **transitionspsychiatrischen Suchtstation** stehen nun 12 stationäre Behandlungsplätze sowie zusätzliche Kapazitäten im ambulanten und tagesklinischen Setting für Jugendliche und junge Erwachsene zur Verfügung¹⁶⁹ (Gottwald-Nathaniel p. M.).

Substanzspezifische ambulante und stationäre Angebote

Substanzspezifische Angebote im ambulanten und stationären Setting ermöglichen eine gezielte Auseinandersetzung mit den jeweiligen Besonderheiten einzelner Substanzen, ihrer Konsummuster und Folgeproblematiken. Sie richten sich an Personen mit spezifischem Behandlungsbedarf und tragen dazu bei, passgenaue therapeutische Zugänge zu schaffen.

Im Clean Bregenz wurde im Jahr 2024 das Gruppenangebot *crossover* für **Personen mit längerem Cannabiskonsum** etabliert. Das wöchentliche Gruppensetting unter klinisch-psychologischer Leitung bietet Raum zur Reflexion des Konsums, der Konsummotive sowie möglicher Ziele wie Abstinenz oder kontrollierter Konsum. Gemeinsam werden Strategien zur Veränderung erarbeitet, Konsumfolgen thematisiert und häufige Fragen – etwa zur Bedeutung von Nüchternheit oder Eigenverantwortung – aufgegriffen (Suchtkoordination Vorarlberg 2025).

E-Health-Interventionen im Drogenbereich

Digitale Angebote gewinnen in der Suchthilfe zunehmend an Bedeutung und ergänzen klassische Versorgungsformen um ortsunabhängige Unterstützungsmöglichkeiten. In zahlreichen ambulanten Einrichtungen ist die Onlineberatung mittlerweile etabliert; darüber hinaus kommen auch Apps, Online-Selbsthilfeformate und telemedizinische Angebote verstärkt zum Einsatz. Diese digitalen Formate erleichtern insbesondere Personen den Zugang zur Suchthilfe, die keine persönliche Beratung vor Ort in Anspruch nehmen möchten, familiäre Betreuungspflichten haben oder in räumlich schwer erreichbaren Regionen wohnen.

Einen Überblick über digitale Unterstützungsangebote bieten der *Suchthilfekompass*¹⁷⁰, die Website *beratungsstellen.at*¹⁷¹ sowie regionale Informationsplattformen (z. B. in Niederösterreich¹⁷², in der Steiermark¹⁷³, in Tirol¹⁷⁴ oder in Wien¹⁷⁵).

¹⁶⁹ <https://www.api.or.at/anton-proksch-institut/geschichte/> [Zugriff am 03.09.2025]

¹⁷⁰ Im Suchthilfekompass werden all jene Einrichtungen gelistet, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden: <https://suchthilfekompass.goeg.at> [Zugriff am 05.06.2025].

¹⁷¹ <https://www.beratungsstellen.at/sucht-beratungsstellen> [Zugriff am 05.06.2025]

¹⁷² <https://www.fachstelle.at/beratungsstellen/> [Zugriff am 23.06.2025]

¹⁷³ <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/11656021/72562450> [Zugriff am 05.06.2025]

¹⁷⁴ <https://www.psychosoziale-angebote.tirol> [Zugriff am 05.06.2025]

¹⁷⁵ <https://mindbase.at/> [Zugriff am 11.06.2025]

Soziale Reintegration

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

Neben den **arbeitsmarktintegrativen Angeboten** der Suchthilfeeinrichtungen und den **spezifischen sozialökonomischen Betrieben**, die Tagesarbeitsplätze und befristete Dienstverhältnisse anbieten, gibt es sozialintegrative Einrichtungen, deren Angebote auch von suchtkranken Personen in Anspruch genommen werden können. In den Bundesländern bestehen unterschiedliche **niederschwellige Arbeits- und Beschäftigungsprojekte speziell für suchtkranke Menschen**, die innerhalb einer geregelten Tagesstruktur eine sinnstiftende Arbeit zur Stabilisierung und Verhinderung einer möglichen sozialen Isolation vermitteln und teilweise eine Verdienstmöglichkeit darstellen. Beispiele für Maßnahmen zur sozialen Reintegration von Menschen mit Substanzkonsum bzw. Suchterfahrung finden sich in der nachfolgenden Tabelle 20.

Tabelle 20: Ausgewählte Maßnahmen zur sozialen Reintegration von Menschen mit Substanzkonsum bzw. Suchterfahrung

Titel/Beschreibung der Maßnahme	Region	Zielgruppe (direkt bzw. indirekt)			
		alle Zielgruppen	Frauen/Mütter	Jugendliche und junge Erwachsene	Wohnungslose Menschen
Sozialökonomische Arbeits- und Beschäftigungsprojekte					
<i>ChancenZUKUNFT</i> – Arbeitstrainings und sozialpädagogische Gruppen für 15- bis 25-Jährige mit psychischer Belastung inkl. riskanten Konsumverhaltens	B NÖ W			x	
Tischlerei Olbersdorf – Sozialökonomischer Tischlereibetrieb des Vereins Grüner Kreis	NÖ	x			
<i>gabara</i> ge upcycling design St. Pölten – Beschäftigungs-, Ausbildungs- und Arbeitsprojekt für Upcycling-Designprodukte des Vereins gabara – manufacture	NÖ W	x		x	
<i>Emmausgemeinschaft St. Pölten</i> – Sozialökonomischer Betrieb (Second-Hand-, Sanierungs- und Transportbereich) der Emmausgemeinschaft St. Pölten	NÖ	x			
<i>Talon</i> – Niedrigschwelliges Beschäftigungsprojekt des Vereins zur Förderung von Arbeit (FAB) speziell für junge Erwachsene mit Suchterfahrung	OÖ			x	
<i>back.up</i> – Tagesstrukturprojekt der <i>pro mente</i> OÖ mit kreativen und handwerklichen Tätigkeiten	OÖ	x			

Titel/Beschreibung der Maßnahme	Region	Zielgruppe (direkt bzw. indirekt)			
		alle Zielgruppen	Frauen/Mütter	Jugendliche und junge Erwachsene	Wohnungslose Menschen
Schlosserei und Tischlerei Johnsdorf – Sozialökonomischer Werkstättenbetrieb des Vereins Grüner Kreis	St	x			
<i>offline</i> – Niederschwelliges Beschäftigungsprojekt (Möbelwerkstatt, Nähwerkstatt, Garten- und Grünflächenpflege) der gemeinnützigen Santner Privatstiftung	St	x			
<i>ERfA (Erfahrung für alle)</i> – Arbeitsprojekt (Tischlerarbeiten, Näherei, Hilfsdienste, Transportdienste) der <i>erfa gGmbH</i>	St	x			
<i>heidenspäss</i> – Beschäftigungsprojekt und Upcycling-Design-Werkstatt für junge Menschen mit psychosozialen Unterstützungsbedarf	St			x	
<i>WerkStart</i> – Beschäftigungsprojekt (Verkauf, Lagerlogistik, Transport, Reinigung, Bau, Sanierung, Möbel) der Caritas der Diözese Graz-Seckau	St	x			
<i>abrakadabra</i> – Niederschwelliges Arbeitsprojekt (Weberei, Näherei, Kreativwerkstatt und Versandservice) mit Tagesstruktur der Caritas der Diözese Innsbruck	T	x			
<i>Emmaus Innsbruck</i> – Betreute Wohn- und Arbeitsgemeinschaft und sozialökonomischer Betrieb (Renovierungsarbeiten, Hausbetreuungsarbeiten, Transportdienste, Holzwerkstatt)	T	x			x
<i>BonFire</i> – Beschäftigungsprojekt (Kreativwerkstätte, Kreislaufwirtschaft, Gartenprojekte) der Kaplan Bonetti gGmbH	V	x			
<i>Fix und Fertig</i> – Sozialökonomischer Betrieb (Versand, Textildruck, Renovierung) der Suchthilfe Wien gGmbH	W	x			
Tagesbetreuung und soziale Teilhabe					
<i>NIKADO</i> – Niederschwellige Kontakt- und Anlaufstelle	OÖ	x			x ¹
<i>Convoy Café</i> – Niederschwellige Kontakt- und Anlaufstelle mit Café und sozialarbeiterischem Angebot	OÖ	x			x ¹
<i>Verein Substanz</i> – Café und sozialarbeiterisches Angebot	OÖ	x			x ¹
<i>Kontaktladencafé</i> – niedrigschwelliges Tageszentrum des <i>Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich</i>	St	x			x ¹
<i>KomFüDro</i> – niedrigschwelliges Tageszentrum in der Caritas Mentlvilla, Beratung und Begleitung durch Sozialarbeiter:innen	T	x	x		x ¹
<i>Jedmayer</i> – niedrigschwelliges Tageszentrum, Beschäftigung und tagesstrukturierende Angebote	W	x			x ¹
<i>Change</i> – niedrigschwellige Beratungsstelle mit Informations- und Beratungsangeboten und einem betreuten Tagesaufenthaltsraum	W	x			x ¹
Soziallokal <i>Wir z'Haus 10</i> – partizipatives Pilotprojekt zur sozialen Teilhabe für wohnversorgte Personen	W	x			
Notunterkünfte und (Übergangs-)Wohnmöglichkeiten					
<i>NEST</i> – spezialisiertes Übergangswohnangebot für wohnungslose Personen mit problematischem, manifestem Substanzkonsum	OÖ	x			x

Titel/Beschreibung der Maßnahme	Region	Zielgruppe (direkt bzw. indirekt)			
		alle Zielgruppen	Frauen/Mütter	Jugendliche und junge Erwachsene	Wohnungslose Menschen
<i>Mentvilla</i> – 24-h-Unterkunftsmöglichkeit und Notwohnstube in der Betreuungseinrichtung	T	x			x
<i>Endstation Hoffnung</i> – Betreutes Wohnen für drogensüchtige Jugendliche durch SOS-Kinderdorf	T			x	x
<i>Jedmayer</i> – Notschlafstelle und Betreutes Wohnen	W	x			x
<i>Lighthouse</i> – niederschwelliges, betreutes Wohnprojekt	W	x			x
<i>a_way</i> Jugendnotschlafstelle	W			x	x

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

¹ Möglichkeit zur Begründung einer Meldeadresse gemäß § 19a Meldegesetz direkt in der Einrichtung für Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen für Menschen mit Substanzkonsum bzw. Suchterfahrung vgl. auch Kapitel 6.2.5

Quelle: GÖG

Umsetzung der OAT

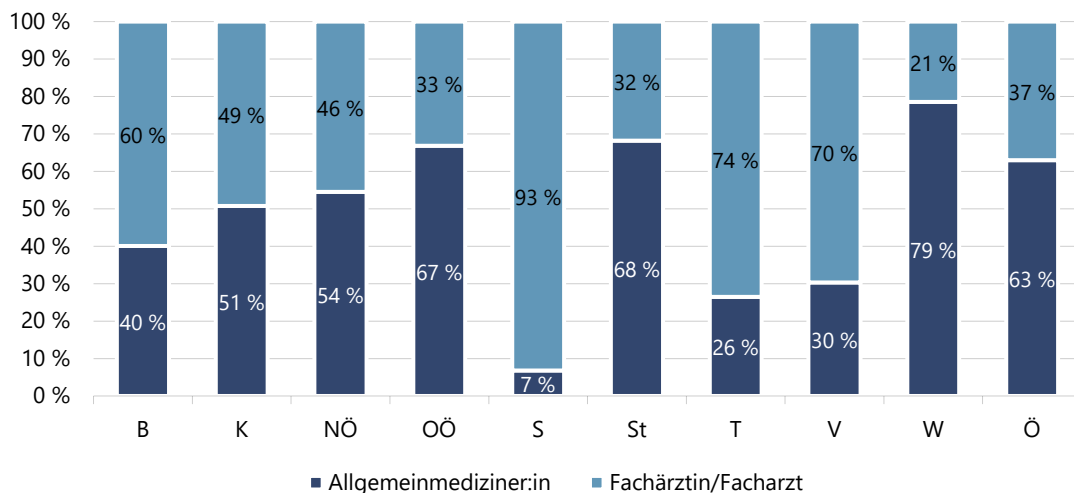
Organisation und Verfügbarkeit der OAT für opioidabhängige Personen hängen stark von regionalen Strategien ab (zentrale versus dezentrale Versorgung). Spezialisierte ambulante Einrichtungen und Ambulanzen von Krankenhäusern bieten zwar auch OAT an – wobei hier meistens sowohl Indikationsstellung und Einstellung als auch Weiterbehandlung möglich sind –, die wichtigste Rolle hinsichtlich OAT spielt aber der niedergelassene Bereich.

Wer unter welchen Voraussetzungen OAT durchführen darf, ist in der *Suchtgiftverordnung* (BGBl. II 1997/374) bzw. der *Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution* (BGBl. II 2006/449) geregelt (vgl. Kapitel 2 bzw. Kapitel 5.2.5). Österreichweit sind laut BMASGPK per Stichtag 31. Dezember 2024 702 Ärztinnen und Ärzte dazu berechtigt (Bayer, p. M.), 600 (85 %) von ihnen haben OAT auch durchgeführt.

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

Hinsichtlich der ärztlichen Betreuung von Personen in OAT spielen Allgemeinmediziner:innen eine zentrale Rolle. Der überwiegende Anteil der OAT-Patientinnen und -Patienten in Österreich wird von diesen betreut (vgl. Abbildung 17), wobei sich auch hier starke regionale Unterschiede zeigen. So finden beispielsweise in Salzburg 93 Prozent der OAT durch Fachärztinnen und Fachärzte statt, in Wien hingegen nur 21 Prozent.

Abbildung 17: Versorgungspraxis OAT: Betreuung von Patientinnen und Patienten durch Fachärztinnen/-ärzte versus Allgemeinmediziner:innen nach Bundesland (Stichtag 31.12.2024)



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

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

Inanspruchnahme der OAT

Im Jahr 2024 waren insgesamt 20.939 Personen als in OAT befindlich gemeldet, 871 von ihnen zum ersten Mal in ihrem Leben. Tabelle 21 zeigt die Verteilung dieser Personen über die österreichischen Bundesländer.

Tabelle 21: Anzahl der dem BMASGPK für das Jahr 2024 gemeldeten Personen in OAT nach Erst- bzw. fortgesetzter Behandlung und Bundesland

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
fortgesetzte Behandlung	382	1.383	3.332	2.518	567	1.659	1.126	652	8.449	20.068
Erstbehandlung	32	101	150	127	30	93	54	22	262	871
Gesamt	414	1.484	3.482	2.645	597	1.752	1.180	674	8.711	20.939

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

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

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

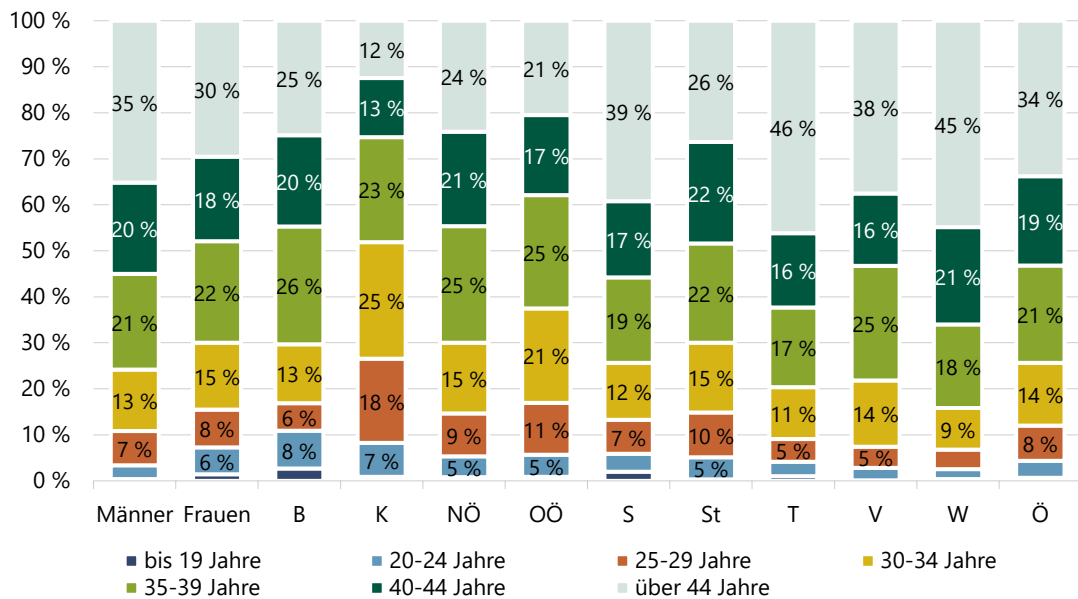
Quelle: BMASGPK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Charakteristika der Patientinnen und Patienten in OAT)

Von den 20.939 im Jahr 2024 insgesamt als in OAT befindlich gemeldeten Personen sind 75 Prozent männlich. Die Geschlechterverteilung der 871 im Jahr 2024 erstmals Gemeldeten ist ähnlich (77 % Männer).

Abbildung 18 zeigt die Altersstruktur der im Jahr 2024 als in OAT befindlich gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland. Die weibliche Klientel ist tendenziell jünger. Auch regional lassen sich Unterschiede feststellen: Während beispielsweise in Kärnten fast ein Drittel der betreuten Personen unter 30 Jahre alt ist, beträgt dieser Anteil in Tirol, Vorarlberg und Wien 10 Prozent oder weniger.

Abbildung 18: Altersstruktur der als in OAT befindlich gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland 2024



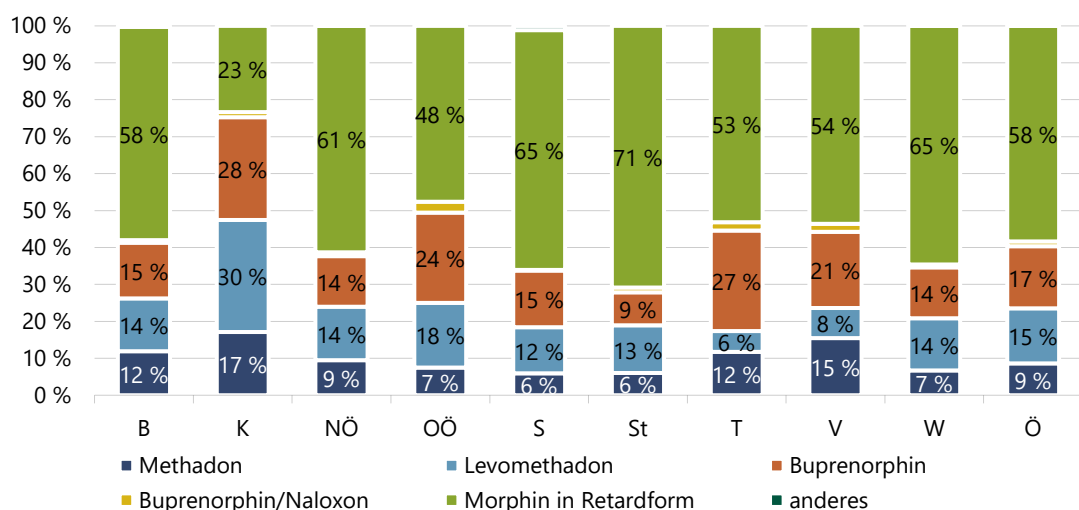
B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, Ö = Österreich

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

Weitere Aspekte der Organisation und Verfügbarkeit von OAT

Abbildung 19 zeigt die Verteilung der verschriebenen OAT-Medikamente und den insgesamt recht hohen Anteil von Morphin in Retardform (58 %), gefolgt von Buprenorphin (17 %) und Levomethadon (15 %) bzw. Methadon (9 %). Auffällig ist, dass die Verschreibungspraxis bundeslandspezifisch sehr unterschiedlich ist. Die Verteilung der in Haftanstalten eingesetzten OAT-Medikamente wird in Kapitel 8 behandelt, Methadon spielt dort eine wesentlich größere Rolle (40 %) als außerhalb des Strafvollzugsbereichs.

Abbildung 19: Personen in OAT nach Medikament und Bundesland 2024



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

Die Angaben beziehen sich auf 20.857 der insgesamt 20.939 Personen, da bei 82 Personen keine Angabe zum OAT-Medikament vorlag. Wurde das OAT-Medikament im Lauf des Jahres gewechselt, ging in die Berechnung immer das letzte verwendete OAT-Medikament ein.

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

5.2.5 Qualitätssicherung

Qualitätssicherung erfolgt in der Suchtbehandlung auf verschiedensten Ebenen und Wegen. Die vorliegende Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Gesetzliche Vorgaben dafür finden sich im SMG (BGBl. I 1997/112), in der SV (BGBl. II 1997/374) und in der *Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution* (BGBl. II 2006/449).

Qualitätssicherung in der Suchtbehandlung allgemein

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

Darüber hinaus liegen auch **Konsens- bzw. Positionspapiere** vor, die ebenfalls einen Beitrag zu einer standardisierten Vorgangsweise leisten: beispielsweise ein solches der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS) betreffend die opioidagonistengestützte Behandlung Opioidabhängiger (ÖGABS et al. 2017) und eines der Österreichischen Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie (ÖGPB) für substanzbezogene Störungen und psychiatrische Erkrankungen (ÖGPB 2007).

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

- das Handbuch für die einheitliche Vollziehung des § 12 SMG (BMGF 2017),

- Leitlinien zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden (vgl. GÖG/ÖBIG 2012), *Benzodiazepin-Richtlinie* der Steiermark (vgl. Weigl et al. 2016), Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW 2024, aktualisierte Fassung), die 2021 auch von Kärnten¹⁷⁶ übernommen wurde,
- Mindeststandards und Rahmenbedingungen für das Sucht- und Drogenhilfenetzwerk in Wien,
- Zertifizierung des *Dialog* – Individuelle Suchthilfe gGmbH nach Norm ISO 9001:2015 und Erarbeitung eines Behandlungskonzepts, eines Handbuchs über sämtliche Aktivitäten zur Qualitätssicherung und von Standards für die Angehörigenarbeit (vgl. Dialog 2019, Dialog 2020, Dialog 2022),
- Qualitätsrichtlinien für ambulante Suchteinrichtungen in NÖ,
- Qualitätsrichtlinien für ambulante Jugendsuchtberatungen in NÖ,
- Qualitätsstandards für ambulante Angebote der Suchthilfe in der Steiermark,
- Qualitätsstandards bei der Aufnahme von Müttern in OAT und ihrer Kinder in der psychiatrischen Abteilung des AKH Wien und die
- Richtlinie „Substitution und Reha“ für die Versorgung von OAT-Patientinnen und -Patienten in Rehabilitationszentren oder Sonderkrankenanstalten¹⁷⁷.

In **Kärnten** haben alle ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen, welche einen Vertrag mit dem Amt der Kärntner Landesregierung haben bzw. einen Subventionsantrag stellen, jährlich einen Tätigkeitsbericht vorzulegen, aus dem die personelle Ausstattung, die Klientelbelastung und die finanzielle Gebarung ersichtlich sind. Um eine **Qualitätskontrolle und Evaluierung der Versorgungsstruktur** zu ermöglichen, werden alle **stationären Einrichtungen** jährlich im Rahmen der Fachaufsicht nach dem Kärntner Heimgesetz überprüft (Drogenkoordination Kärnten 2024).

In der Steiermark können seit 2019 durch die **Implementierung eines einheitlichen Förderungscontrollings** vergleichbare Daten zur ambulanten Versorgung im Bereich der Suchthilfe generiert werden. Die sowohl klienten- als auch einrichtungsbezogenen Daten dienen der Weiterentwicklung der Suchthilfestrukturen, da sie Aussagen über die Gleichwertigkeit der Versorgung in den sechs Versorgungsregionen ermöglichen und damit eine fundierte Grundlage für Planung und Steuerung schaffen (Cichy p. M.). So flossen beispielsweise alters- und geschlechtsstandardisierte Inanspruchnahmedaten – differenziert nach Hauptbetreuungsschwerpunkten – in Sollprognosen für die Personalkapazitäten der ambulanten Suchthilfe bis 2030 auf Ebene der Versorgungsregionen ein. Ergänzt wurden diese durch normativ festgelegte organisatorische Rahmenbedingungen (EPIG 2024).

Seit 2021 besteht in der Steiermark ein Dachverband der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen¹⁷⁸. Der Verein fungiert als fachliches Koordinations- und Verhandlungsgremium betreffend **Mindeststandards in der Behandlung/Beratung** von Menschen mit Suchterkrankungen, Tarifverhandlungen sowie Fort- und Weiterbildung im Bereich der Suchthilfe (Cichy p. M.).

¹⁷⁶ https://suchtvorbeugung.ktn.gv.at/repos/files/suchtvorbeugung/pdfs/Broschuere%20Benzodiazepine_web2021.pdf [Zugriff am 11.06.2025]

¹⁷⁷ https://sdw.wien/media/407/download/Merkblatt_Substitution_Benzodiazepine-und-Reha_fin.pdf?v=1 [Zugriff am 11.06.2025]

¹⁷⁸ <https://dvsh-stmk.at> [Zugriff am 23.06.2025]

In Wien ist das Ambulatorium der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) für die Bewilligung von Anträgen auf Förderung stationärer und ambulanter Therapien in den nach den Förderrichtlinien der SDW anerkannten Therapieeinrichtungen zuständig (*Anton Proksch Institut, Schweizer Haus Hadersdorf, Verein Grüner Kreis, Dialog – Individuelle Suchthilfe, Verein P.A.S.S., Verein Spielsuchthilfe, Verein Ergon*). Im Rahmen der „2nd Opinion“ werden alle Anträge durch ein multiprofessionelles Team (Medizin, Psychologie, Soziale Arbeit) im Ambulatorium der SDW begutachtet. Ziel ist die Überprüfung und Bestätigung der Indikation sowie des Maßnahmenplans der Einrichtungen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerks (SDW 2025).

Qualitätssicherung in der OAT

Für die Qualitätssicherung in der OAT ist vor allem die medizinische Leitlinie *Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie*¹⁷⁹ von Bedeutung, die von 4 Fachgesellschaften approbiert und vom Gesundheitsministerium veröffentlicht wurde (ÖGABS et al. 2017). Dort wird zunächst auf die **ärztliche Haltung und ethische Grundlagen** sowie den Verlauf einer Opioidabhängigkeit eingegangen. In der Folge werden verschiedene Formen der OAT dargestellt und schließlich konkrete Hinweise für die Umsetzung jedes einzelnen Schrittes gegeben. Auch andere Erkrankungen und Interventionen, Beikonsum und missbräuchliche Anwendung sowie spezifische Lebenssituationen werden berücksichtigt. Weiters ist ein Ausblick in Betreff einer möglichen Erweiterung der bestehenden Angebote enthalten. Diese Leitlinie bildet die Basis dafür, dass die OAT wie andere medikamentöse Behandlungen gewertet wird.

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

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

¹⁷⁹ <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Suchtmittel-NPS-Drogenausgangsstoffe/Leitlinie-%E2%80%93-Qualitätsstandards-für-die-Opioid-Substitutionstherapie.html> [Zugriff am 18.06.2025]

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

Fortbildungsveranstaltungen

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

Im Berichtszeitraum wurden unter anderem folgende Fortbildungsveranstaltungen angeboten, die in der nachstehenden Tabelle 22 gelistet sind.

Tabelle 22: Ausgewählte Fortbildungsveranstaltungen 2024

Region	Titel	Kurzbeschreibung	Veranstalter
B	„Curriculum Sucht und psychische Gesundheit“	Das Fortbildungsangebot vermittelt Fachkräften Grundlagen zu Abhängigkeit, Gesprächsführung und dem professionellen Umgang mit Personen mit Suchtgefährdung oder bestehender Abhängigkeit.	Land Burgenland, Abteilung 10 – Gesundheit, Referat Öffentlicher Gesundheitsdienst und Gesundheitsmanagement
NÖ	„Sucht und Umgang mit konsumierenden Personen – Vom Genuss zur Sucht, Diagnose und Therapie der Abhängigkeitserkrankungen“	Der Lehrgang vermittelt Kenntnisse zur Erkennung und zum Verständnis von Abhängigkeitserkrankungen, diskutiert den Umgang mit Betroffenen und gibt einen Überblick über Therapiemöglichkeiten in NÖ; er richtet sich an Mitarbeiter:innen aller Berufsgruppen.	NÖ Landesgesundheitsagentur
OÖ	27. Substitutionsforum Mondsee	Fachtagung; Plattform für die Opioid-Agonisten-Therapie in Österreich und Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS)	ÖGABS
St	14. Interdisziplinäres Symposium zur Substanzgebrauchsstörung	Fachtagung über medizinische, psychologische, psychosoziale und menschenrechtliche Aspekte im Zusammenhang mit Substanzgebrauchsstörungen	Medizinische Universität Wien, Österreichische Ärztekammer
St	Fortbildungslehrgang „Sozialpsychiatrie und Sucht“	Weiterbildung für Fachleute aus den Bereichen Sozialpsychiatrie und Sucht, um die Schnittstellen zwischen medizinischen, therapeutischen, psychosozialen und suchtspezifischen Strukturen zu optimieren und Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten möglichst frühzeitig das bestmögliche Behandlungskonzept anbieten zu können	Gesundheitsfonds Steiermark, Suchtberatung Obersteiermark, Sozialmedizinisches Zentrum Graz-Liebenau
St	Mariatroster Suchtgespräche „ADHS und Suchterkrankungen“	Fortbildungsveranstaltung zum Thema ADHS und Suchterkrankungen	Zentrum für Suchtmedizin des LKH Graz II
St	8. Studientage – Komplexe Suchtarbeit Thema: „Vom Anfang bis zum Ende“	Veranstaltung mit Vorträgen und Workshops zu akzeptanzorientierten Zugängen in unterschiedlichen Lebensphasen substanzgebrauchender Menschen	Caritas Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich
W	„Opioid-Agonisten-Therapie – leicht gemacht“	Onlinefortbildung für Apotheker:innen sowie Ärztinnen und Ärzte in Wien, die sich für die OAT interessieren; rechtliche sowie praktische Aspekte der OAT werden in 4 Unterrichtseinheiten à 50 Minuten kostenfrei angeboten.	Apothekerkammer Wien, Ärztekammer Wien, ÖGK Wien, Sucht- und Drogenkoordination Wien, MA 15
W	Certificate Program „Sucht und Arbeitsleben“	Das Studienprogramm vermittelt berufsgruppenübergreifend praxisorientiertes Wissen zu Prävention, Risikoeinschätzung und organisationalen Handlungsstrategien im Umgang mit Sucht am Arbeitsplatz.	Anton Proksch Institut, Universität für Weiterbildung Krems
W	Universitätslehrgang „Sucht – Beratung Therapie Prävention“	Der berufsbegleitende Universitätslehrgang vermittelt über Online-Lehrveranstaltungen vertiefende Kenntnisse zum Thema Sucht für Fachkräfte aus psychosozialen, therapeutischen, sozialen, Gesundheits- und Bildungseinrichtungen, die mit Suchtkranken und deren Umfeld arbeiten.	Sigmund Freud PrivatUniversität Wien
W	„Sucht im Wandel der Zeit – Neue Suchtformen und Behandlungsansätze“	Im Rahmen der Tagung werden altersbezogene Entwicklungen von Suchtverhalten, aktuelle Konsummuster, Komorbiditäten und neue Suchtformen vorgestellt und diskutiert.	Sigmund Freud PrivatUniversität Wien
W	„Suchtforschung im Wandel der Zeit“	Die Fachtagung „Suchtforschung im Wandel der Zeit“ widmete sich in Fachvorträgen aktu-	Sigmund Freud PrivatUniversität Wien,

Region	Titel	Kurzbeschreibung	Veranstalter
		ellen und historischen Perspektiven der Suchtforschung. Themen waren u. a. Substanzgebrauch im Jugendalter, neue Konsumformen, Glücksspiel, Prävention und ethische Fragen.	Gesundheit Österreich GmbH
W	„Sucht – Behinderung – Selbstbestimmung. Seminar zum Praxisbuch“	zweitägige Fortbildung für Mitarbeiter:innen in der Behindertenhilfe; neben einer allgemeinen Einführung in Grundlagenwissen und Theorien zu Sucht und Substanzen werden auch spezifische Lösungsansätze für suchtmittelabhängige Menschen mit Behinderung aus dem Praxisbuch „Umgang mit Sucht bei Menschen mit Behinderungen“ vermittelt und erprobt.	Sucht- und Drogenkoordination Wien, Institut für Suchtprävention
W	„Grundlagen Sucht“	Das Grundlagenseminar zum Thema Sucht vermittelt berufsbezogenes Basiswissen zu Konsumformen, Motiven und Abhängigkeitsentstehung und bieten eine Einführung in suchtpreventive Ansätze im jeweiligen Arbeitsfeld.	Sucht- und Drogenkoordination Wien, Institut für Suchtprävention
W	„Relevante Substanzen in der Arbeit mit Suchtmittel konsumierenden Klient*innen“	Das Vertiefungsseminar vermittelt Fachkräften aus Gesundheits- und Sozialeinrichtungen vertiefende Kenntnisse zu Wirkung, Konsummotiven und gesundheitlichen Folgen legaler und illegaler Substanzen in der psychosozialen Arbeit.	Sucht- und Drogenkoordination Wien, Institut für Suchtprävention
W	„Praxisorientierter Lehrgang Sucht“	Der Lehrgang richtet sich an Personen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen und bietet den Teilnehmenden die Möglichkeit, Expertise zum Thema Sucht sowie Sicherheit im Umgang mit konsumierenden und suchtkranken Personen im Arbeitskontext zu erlangen.	Dialog – Individuelle Suchthilfe gGmbH

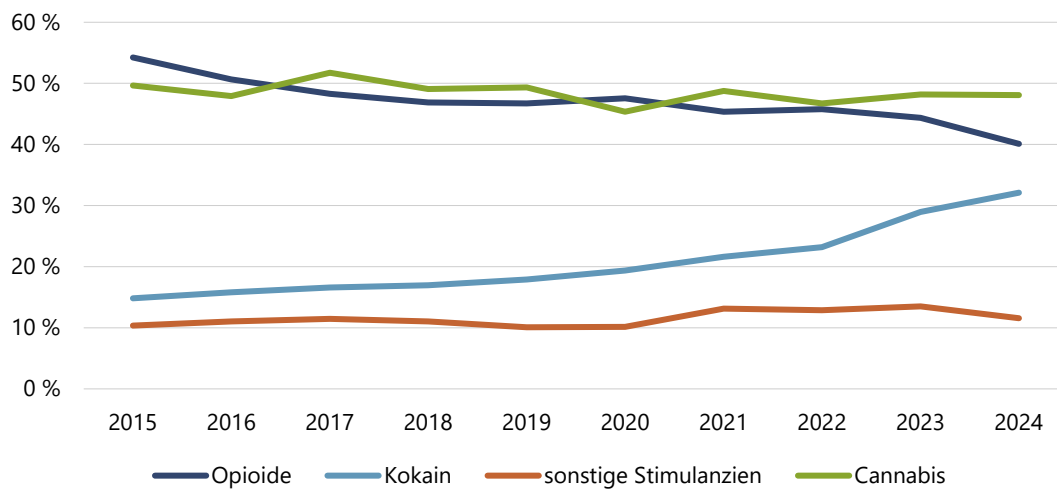
B = Burgenland, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, St = Steiermark, W = Wien

Quellen: Sucht- und Drogenkoordinationen; Darstellung: GÖG

5.3 Trends

Bei den Konsummustern von Personen, die erstmals in ihrem Leben eine drogenspezifische Behandlung in einer im Rahmen des Dokumentationssystems der Klientinnen und Klienten der österreichischen Suchthilfe (DOKLI) erfassten Einrichtung beginnen, zeigten sich in den letzten 10 Jahren nur schwache Veränderungen. Lediglich bei Kokain ist ein Anstieg und bei Opioiden ein leichter Rückgang zu verzeichnen (vgl. Abbildung 20). Mittlerweile wird bei fast **jeder dritten drogenbezogenen Erstbehandlung Kokain als Leitdroge** angegeben (Mehrfachnennungen möglich).

Abbildung 20: Leitdrogen im Zeitverlauf bei Personen, die sich erstmals im Leben einer längerfristigen Suchtbehandlung unterziehen, in DOKLI 2015–2024



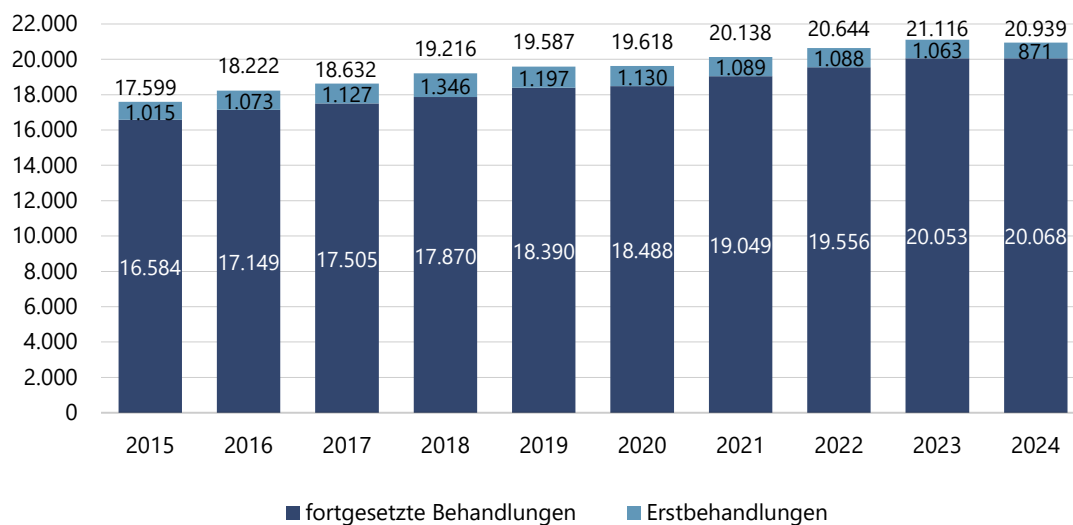
Anmerkung: Personen in längerfristiger Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär); erstmalige Behandlungsbeginne; Leitdroge: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

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

Die steigende Zahl der Meldungen aktuell in OAT befindlicher Personen kann als Hinweis auf die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von OAT interpretiert werden (vgl. Abbildung 21).

Abbildung 21: Jährlich gemeldete aktuell in OAT befindliche Personen nach Erst- und fortgesetzter Behandlung 2015–2024



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

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

Auf Basis der aktuellen Schätzung (2023) liegt die In-Treatment-Rate¹⁸⁰ von Personen mit Opioidproblematik zwischen 58 und 63 Prozent.

Hinsichtlich der **OAT-Versorgung** opioidabhängiger Personen ist nach wie vor der teilweise schon bestehende oder drohende Ärztemangel in der OAT (z. B. durch Pensionierung) ein wichtiges Thema. In den Bundesländern laufen verschiedenste Bemühungen, dieser Situation entgegenzuwirken und die Versorgung zu verbessern. Aktuell wird beispielsweise angestrebt, bereits etablierte sowie zukünftige Primärversorgungseinheiten (PVE) verstärkt zur Versorgung der stabileren OAT-Patientinnen und -Patienten zu motivieren.

5.4 Neue Entwicklungen

Eine **intravenöse OAT** ist in Österreich derzeit nicht etabliert. Die Suchthilfe Wien gGmbH startete 2023 eine Pilotstudie zur Sicherheit und Machbarkeit einer intravenösen OAT mit Hydage-lan® (Hydromorphonhydrochlorid) in Wien. Im Rahmen dieser Pilotstudie soll geprüft werden, ob in Wien eine patientenorientierte, den Bedürfnissen der i. v. applizierenden Klientel mehr angepasste Vorgehensweise machbar ist und ob sie die Bindung an das Versorgungsangebot erhöht, die Reintegration unterstützt sowie zur gesundheitlichen Stabilisierung beiträgt. Erste Ergebnisse zeigen eine gute Verträglichkeit und Sicherheit der Substanz sowie eine hohe Zufriedenheit mit der stabilisierenden Wirkung. Die Laufzeit der Machbarkeitsstudie wurde bis Ende 2025 verlängert (Walter-Philipp 2025).

¹⁸⁰ Die In-Treatment-Rate ist der Prozentsatz von Personen mit risikoreichem Drogenkonsum, der sich in Behandlung befindet.

Die im Berichtsjahr neu eröffnete Einrichtung „NEST“¹⁸¹ in Linz (Oberösterreich) stellt erstmals ein spezialisiertes Übergangswohnangebot für wohnungslose Personen mit problematischem, manifestem Substanzkonsum bereit.

Die Suchtkoordination Kärnten hat in Zusammenarbeit mit der Sanitätsdirektion einen suchtmmedizinischen Lehrgang für Amtsärztinnen und -ärzte sowie deren Sachbearbeiter:innen entwickelt. Das Curriculum umfasst 60 Unterrichtseinheiten und folgt einem modularen Aufbau über die Dauer eines Jahres. Ziel ist es, die Teilnehmenden mit aktuellen Entwicklungen im Bereich der Suchtmedizin vertraut zu machen und eine möglichst einheitliche sowie qualitätsgesicherte Vorgehensweise bei Begutachtungen gemäß § 12 des Österreichischen Suchtmittelgesetzes zu fördern. Die Durchführung des Lehrgangs ist für 2025 geplant (Drogenkoordination Kärnten 2025).

5.5 Quellen und Methodik

Quellen

Klientinnen und Klienten der Suchthilfe

Daten zur Beschreibung der Drogenhilfeklientel liefert seit 2006 die einheitliche *Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Suchthilfe* (DOKLI), an der sich die meisten relevanten Drogen-einrichtungen Österreichs beteiligen. Die Datenerfassung inkludiert alle seitens der Drogenagentur der Europäischen Union (EUDA¹⁸²) definierten Fragen. Die Daten werden in unterschiedlichen Behandlungssettings erfasst:

- **kurzfristige Kontakte:** Für Klientinnen und Klienten, in deren Fall es bei den ersten Kontakten nicht klar ist, ob sich ein längerfristiges Betreuungsverhältnis entwickeln wird, gelten die ersten 5 Kontakte als unverbindliche, kurzfristige Beratung = kurzfristiger Kontakt. Bei diesen Klientinnen und Klienten werden nur einige wenige Basisdaten erhoben.
- **niederschwellige Begleitung:** Von niederschwelliger Begleitung wird gesprochen, wenn Klientinnen und Klienten von niederschwelligen Einrichtungen deren Angebote (Beratung, Angebote der Schadensminimierung etc.) mit einer gewissen Regelmäßigkeit in Anspruch nehmen und ihren Betreuerinnen und Betreuern namentlich oder mit Spitznamen bekannt sind (Stammklientel). Bei diesen Klientinnen und Klienten werden nur einige ausgewählte Variablen erhoben, die für das niederschwellige Setting relevant sind.
- **längerfristig ambulante oder stationäre Behandlung und Betreuung:** Von längerfristiger Behandlung/Betreuung ist zu sprechen, wenn entweder mit der Klientin bzw. dem Klienten eine entsprechende Vereinbarung (z. B. stationäre Behandlung, OAT, längerfristige psychosoziale Betreuung) getroffen wurde (dies kann auch in einer niederschwelligen Einrichtung der Fall sein) oder es mit einer Klientin bzw. einem Klienten in einem Zeitraum von 12 Monaten mehr als 5 Face-to-Face-Kontakte gibt. Bei diesen Klientinnen und Klienten wird die Vollversion des DOKLI-Fragebogens erhoben.

¹⁸¹ <https://www.b37.at/de/unsere-angebote/nest> [Zugriff am 11.06.2025]

¹⁸² Im Rahmen einer Mandaterweiterung wurde die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA bzw. EBDD) am 2. Juli 2024 in die Drogenagentur der Europäischen Union umbenannt.

Zusätzlich erfasst werden auf freiwilliger Basis Daten zu Infektionskrankheiten (ebenfalls gemäß den Richtlinien der EUDA) und ICD-10-Codes. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten zwar auf Einrichtungsebene ausgeschlossen werden können, Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2024 in mehreren Einrichtungen betreut wurden, hingegen aufgrund des aggregierten und anonymisierten Charakters der Daten (mit Ausnahme innerhalb Wiens) nicht zu verhindern sind. Wie hoch der Anteil solcher Mehrfachbetreuungen ist, kann nur vermutet werden. Ein grober Richtwert ist dem Wiener BADO-Bericht von 2011 zu entnehmen, in dem Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Referenzzeitraum in mehreren Drogeneinrichtungen betreut worden waren, über einen Identifier eruiert werden konnten. Im Jahr 2010 wurden demnach rund 22 Prozent der in der BADO erfassten Klientinnen und Klienten in mehr als einer Einrichtung betreut (13,5 % in 2 Einrichtungen, 7,6 % in mehr als 2; IFES 2012). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Drogeneinrichtungen in Wien aufgrund der räumlichen Konzentration höher ist als in ländlichen Gebieten und dass daher der Anteil der Mehrfachbetreuungen für Gesamtösterreich etwas geringer ausfällt. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die aktuell mehr als 70 Prozent der OAT durchführen, sind nicht an DOKLI beteiligt. Über ihre Patientinnen und Patienten in OAT finden sich lediglich Daten im bundesweiten OAT-Register. Weitere Erläuterungen – auch zur Coverage – sind in Anzenberger et al. (2025) zu finden.

Opioid-Agonisten-Therapie

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

5.6 Bibliografie

- Anzenberger, Judith; Akartuna, Deniz; Busch, Martin; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2025). Epidemiologiebericht Sucht 2025. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich. Wien
- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMGF (2017). Handbuch für die Vollziehung des § 12 Suchtmittelgesetz. Leitlinie für die Gesundheitsbehörden. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- Busch, M.; Klein, C.; Uhl, A.; Haltmayer, H.; Cabanis, M.; Westenberg, J. N.; Vogel, M.; Krausz, R. M. (2021). Retention in the Austrian opioid agonist treatment system: a national prospective cohort study. *Harm Reduction Journal*, 18, 25
- Busch, M.; Schwarz, T.; Anzenberger, J.; Bachmayer, S.; Grüner, B.; Haring, C.; Haring, J.; Jäger, G.; Madlung-Kratzer, E.; Puhm, A.; Schmalzl, C.; Schmutterer, I.; Sparber, W.; Strizek, J. (2021b). Tiroler Suchtkonzept 2022–2032. Strategie zur Prävention von und zum Umgang mit Suchtverhalten. Gesundheit Österreich. Wien
- Busch, M.; Anzenberger, J.; Uhl, A. (2019). Mortalität von Menschen mit Opioidabhängigkeit. *Suchtmedizin*, 21 (6)
- Caritas, Diözese Graz-Seckau (2025). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2024. Graz
- Dialog (2019). Behandlungskonzept. Dialog Individuelle Suchthilfe gGmbH. Wien
- Dialog (2020). Standards für die Arbeit mit Angehörigen. Dialog Individuelle Suchthilfe gGmbH. Wien
- Dialog (2022). Handbuch vs.13. Dialog Individuelle Suchthilfe gGmbH. Wien
- Drogenkoordination Kärnten (2024). Jahresbericht 2023 – Prävention und Suchtkoordination. Amt der Kärntner Landesregierung. Klagenfurt am Wörthersee
- Drogenkoordination Kärnten (2025). Jahresbericht 2024 – Prävention und Suchtkoordination. Amt der Kärntner Landesregierung. Klagenfurt am Wörthersee
- EPIG (2024). Versorgungskonzept Sucht Steiermark 2030. EPIG GmbH Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit. Graz
- GÖG/ÖBIG (2010). Drogen-Monitoring. Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2011). Bericht zur Drogensituation 2011. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

- GÖG/ÖBIG (2013a). DOKLI 2.1 – Basismanual, Version 1.0. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2013b). Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- IFES (2012). BADO-Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2011. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- Land Salzburg (2020). Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2025. Entwicklung einer integrierten Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen. Salzburg
- ÖBIG (2003). Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich – Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖGABS; ÖGAM; ÖGKJP; ÖGPP (2017). Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. Wien
- ÖGPB (2007). Substanzbezogene Störungen und psychiatrische Erkrankungen. Konsensus-Statement - State of the art 2007. Wien
- SDW (2024). Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen. Aktualisierte Neuauflage – Februar 2024. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SDW (2025). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den Bericht zur Drogensituation 2025. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SHW (2025). Bereich Beratung, Betreuung, Behandlung, Versorgung und Wohnen. Tätigkeitsbericht 2024. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- Springer, A.; Uhl, A.; Strizek, J. (2008). Opiatabhängige in Substitutionsbehandlung in Österreich: Ergebnisse einer Querschnittstudie. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 31, 2, Wien, 5–18
- Stiftung Maria Ebene (2025). Jahresbericht 2024. Stiftung Maria Ebene. Frastanz
- Strizek, J.; Brotherhood, A.; Busch, M.; Priebe, B.; Puhm, A.; Uhl, A. (2023). Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Suchterkrankungen in Österreich. Ergebnisbericht einer Delphi-Befragung. Gesundheit Österreich. Wien
- Suchthilfe Tirol (2025). Tätigkeitsbericht für das Jahr 2024. Suchthilfe Tirol. Hall in Tirol
- Suchtkoordination Vorarlberg (2025). Input der Suchtkoordination Vorarlberg für den „Bericht zur Drogensituation 2025“. Suchtkoordination des Landes Vorarlberg. Bregenz
- Walter-Philipp, R. (2025). Stigma Intravenöse Opioid-Agonisten-Therapie: Eine wertvolle Behandlungsoption mit Hürden. Substitutions-Forum, Plattform für Drogen-Therapie. Mondsee

Weigl, M.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Türscherl, E. (2016). Bericht zur Drogensituation 2016. Gesundheit Österreich GmbH. Wien

5.7 Zitierte Bundesgesetze

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

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

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

5.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Bayer, Raphael	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Cichy, Juliane	Suchtkoordination Steiermark
Gottwald-Nathaniel, Gabriele	Anton Proksch Institut
Grüner, Beate	Amt der Tiroler Landesregierung

5.9 Anhang

Tabelle 23: Personen, die im Jahr 2024 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter, Geschlecht und Betreuungsart

Alter (in Jahren) / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
14 und jünger (in Prozent)	1	4	2	0	0	0	0	3	1	0	0	0
15 bis 19 (in Prozent)	16	22	17	2	2	2	10	19	12	7	18	9
20 bis 24 (in Prozent)	17	17	17	5	7	5	17	19	17	17	23	18
25 bis 29 (in Prozent)	16	17	16	9	11	10	18	15	17	23	18	22
30 bis 34 (in Prozent)	16	12	15	15	17	15	17	14	16	18	12	17
35 bis 39 (in Prozent)	13	12	12	23	26	24	15	12	14	16	12	15
40 bis 44 (in Prozent)	10	9	10	22	21	22	11	11	11	10	8	10
45 bis 49 (in Prozent)	5	4	5	13	8	12	6	3	5	5	5	5
50 bis 54 (in Prozent)	3	2	3	6	5	6	4	2	3	2	2	2
55 bis 59 (in Prozent)	2	1	2	3	2	3	2	1	2	1	1	1
60 bis 64 (in Prozent)	1	0	1	2	1	2	1	1	1	0	1	1
65 bis 69 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70 bis 74 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75 bis 79 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80 und älter (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gültige Angaben (absolut)	3.044	1.013	4.057	1.231	390	1.621	2.911	863	3.774	742	185	927
unbekannt (absolut)	4	2	6	3	0	3	0	1	1	0	0	0
missing (absolut)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

*KUKO = kurzfristiger Kontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant, LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle 24: Personen, die im Jahr 2024 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n), Geschlecht und Betreuungsart

Leitdroge (Mehrfachnennungen möglich) / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
Opiode (in Prozent)	27	31	28	65	74	67	37	42	38	48	51	48
Heroin (in Prozent)	19	20	19	57	67	60	30	32	31	32	31	32
Methadon (in Prozent)	2	3	3	6	2	5	3	4	3	9	14	10
Buprenorphin (in Prozent)	2	1	2	4	0	3	3	3	3	2	5	3
Morphin in Retardform (in Prozent)	9	11	9	15	12	14	12	16	13	21	26	22
anderes Opioid (in Prozent)	2	2	2	0	0	0	1	2	1	0	1	0
Kokaingruppe (in Prozent)	23	17	21	5	2	4	29	25	28	49	42	48
Kokain (in Prozent)	22	17	21	5	2	4	28	25	27	47	36	45
Crack (in Prozent)	1	1	1	0	0	0	1	1	1	5	9	5
anderes Kokain (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stimulanzien (in Prozent)	11	13	11	4	0	3	8	14	9	19	23	20
Amphetamine (z. B. Speed; in Prozent)	7	8	7	3	0	2	6	10	7	17	19	17
MDMA (Ecstasy) und Derivate (in Prozent)	3	4	3	1	0	0	3	7	4	4	7	5
anderes Stimulans (in Prozent)	4	4	4	1	0	0	1	2	1	1	3	1
Tranquilizer/Hypnotika (in Prozent)	6	9	7	4	5	4	10	12	11	20	28	22
Benzodiazepine (in Prozent)	6	9	7	4	5	4	10	12	11	20	28	22
Barbiturate (in Prozent)	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0
anderer Tranquilizer / anderes Hypnotikum (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Halluzinogene (in Prozent)	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2
LSD (in Prozent)	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
anderes Halluzinogen (in Prozent)	1	1	1	3	2	3	1	1	1	1	2	1
Cannabis (in Prozent)	58	49	56	24	17	22	51	44	49	45	37	44
Schnüffelstoffe (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Alkohol (in Prozent)	14	13	13	7	5	7	9	8	9	18	14	17
andere Drogen (in Prozent)	3	2	3	10	3	8	3	3	3	6	5	6
Leitdroge (Nennungen)	3.344	1.062	4.406	271	75	346	4.219	1.242	5.461	1.651	418	2.069
Leitdroge (Personen)	2.163	735	2.898	192	66	258	2.589	733	3.322	719	176	895
ausschließlich rechtliche Problematik (Personen)	144	41	185	2	0	2	106	33	139	7	0	7
nur Begleitdroge (Personen)	729	235	964	1.010	313	1.323	162	78	240	6	3	9
Drogenanamnese fehlt (Personen)	12	4	16	30	11	41	54	20	74	10	6	16

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Nennungen. Mehrfachnennungen möglich.

Oberkategorien sind fett gedruckt.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

*KUKO = kurzfristiger Kontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant, LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle 25: Personen, die im Jahr 2024 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum (jemals), Geschlecht und Betreuungsart

i. v. Drogenkonsum/ Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
nein (in Prozent)	82	80	81	36	28	34	77	69	75	63	57	62
ja (in Prozent)	18	20	19	64	72	66	23	31	25	37	43	38
gültige Angaben (absolut)	2.838	911	3.749	1.048	338	1.386	2.714	793	3.507	723	179	902
unbekannt (absolut)	184	87	271	144	40	184	118	31	149	16	6	22
missing (absolut)	26	17	43	42	12	54	79	40	119	3	0	3

i. v. = intravenöser, m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

*KUKO = kurzfristiger Kontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant, LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle 26: Personen, die im Jahr 2024 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation, Geschlecht und Betreuungsart

aktuelle Wohnsituation (wie?) / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
gesichert (z. B. eigene Wohnung; in Prozent)	—	—	—	43	41	43	87	85	86	82	81	81
ungesichert (z. B. Obdachlosigkeit; in Prozent)	—	—	—	45	49	46	6	6	6	11	11	11
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben gesicherte Wohn- situation (z. B. Wohnung; in Prozent)	—	—	—	0	0	0	1	1	1	1	1	1
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben keine gesicherte Wohnsituation (in Prozent)	—	—	—	1	0	1	1	1	1	5	4	5
betreutes Wohnen, daneben gesicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung; in Prozent)	—	—	—	1	1	1	1	1	1	0	2	0
betreutes Wohnen, daneben keine gesicherte Wohnsituation (in Prozent)	—	—	—	10	9	9	3	5	3	1	1	1
Haft (in Prozent)	—	—	—	0	0	0	1	0	1	1	0	1
gültige Angaben (absolut)	—	—	—	1.010	319	1.329	2.728	826	3.554	561	139	700
unbekannt (absolut)	—	—	—	181	60	241	125	17	142	156	30	186
missing (absolut)	—	—	—	43	11	54	58	21	79	25	16	41

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

Diese Variable wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

*KUKO = kurzfristiger Kontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant, LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle 27: Ab 25-Jährige, die im Jahr 2024 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)

höchste positiv abgeschlossene Schulbildung / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
keine (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	2	2	2	4	4	4
Volksschule bzw. 4 Jahre Sonderschule (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	1	1	1	0	1	0
Pflichtschule (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	36	40	36	36	39	36
Lehrabschlussprüfung (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	47	34	44	50	32	47
berufsbildende mittlere Schule (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	4	6	4	2	7	2
AHS, BHS (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	7	9	8	7	13	8
Studium, Fachhochschule, Kolleg (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	4	8	5	2	5	2
gültige Angaben (absolut)	—	—	—	—	—	—	1.941	475	2.416	530	104	634
unbekannt (absolut)	—	—	—	—	—	—	131	27	158	30	5	35
missing (absolut)	—	—	—	—	—	—	43	11	54	2	0	2

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

Diese Variable wird bei kurzfristigen Kontakten und niederschwelliger Begleitung nicht erhoben.

*KUKO = kurzfristiger Kontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant, LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle 28: Personen, die im Jahr 2024 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensunterhalt, Geschlecht und Betreuungsart

Lebensunterhalt gesamt (Mehrfachnennungen möglich) / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
erwerbstätig (in Prozent)	—	—	—	12	10	12	39	27	36	7	9	7
arbeitslos (in Prozent)	—	—	—	44	39	43	38	31	36	54	42	51
bedarfsorientierte Mindestsicherung (in Prozent)	—	—	—	16	23	17	7	9	7	8	7	8
Kind, Schüler:in, Student:in (= sog. erhaltene Person; in Prozent)	—	—	—	1	1	1	2	8	4	0	1	0
Präsenz-, Zivildienst, Karenz, Pensionist:in (in Prozent)	—	—	—	5	9	6	6	9	7	19	18	19
Haushalt, berufliche Umschulung, Sonstiges (in Prozent)	—	—	—	10	7	9	11	12	11	3	5	4
nichterwerbstätig, sonstige Form des Lebensunterhalts, unbekannt (in Prozent)	—	—	—	29	30	30	14	19	15	22	28	23
Anzahl der Personen mit gültigen Angaben	—	—	—	1.015	328	1.343	2.705	816	3.521	663	166	829
unbekannt (absolut)	—	—	—	175	51	226	142	28	170	53	5	58
missing (absolut)	—	—	—	44	11	55	64	20	84	26	14	40

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

Diese Variable wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

*KUKO = kurzfristiger Kontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant, LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

Inhalt

6	Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen	163
6.1	Zusammenfassung.....	163
6.2	Aktuelle Situation	164
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität	164
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle	165
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten.....	167
6.2.4	Schadensminimierende Maßnahmen.....	172
6.2.5	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	179
6.2.6	Qualitätssicherung	181
6.3	Neue Entwicklungen	182
6.4	Quellen und Methodik.....	183
6.5	Bibliografie.....	186
6.6	Zitierte Bundesgesetze.....	189
6.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	189
6.8	Anhang	189

6 Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

6.1 Zusammenfassung

Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum

Die aktuellen Zahlen der drogenbezogenen Todesfälle für 2024 lagen zu Redaktionsschluss noch nicht vor. Daher werden die Daten zu den drogenbezogenen Todesfällen 2024 nur im Epidemiologiebericht Sucht 2025 publiziert. Für das Jahr 2023 wird in Summe von 256 Todesfällen aufgrund von Drogenüberdosierung ausgegangen (2022: 248 Fälle).

Daten zu drogenbezogenen Notfällen sind nur eingeschränkt verfügbar und sie lassen keine verallgemeinerbaren Schlüsse zu. Die Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) wurde im Jahr 2024 insgesamt 606-mal (2023: 487-mal) betreffend Suchtmittelintoxikationen kontaktiert. Diese Kontaktaufnahmen beziehen sich auf Personen, deren Zustand durch eine Vergiftung als bedrohlich eingestuft wird. Eine routinemäßige Erfassung von Drogennotfällen bzw. Notfällen im Zusammenhang mit *Neuen Psychoaktiven Substanzen* (NPS) gibt es nicht. Seit 2021 ist insbesondere bei Mädchen und jungen Frauen im Alter von 10 bis 19 Jahren ein deutlicher Anstieg akutstationärer Spitalsentlassungen infolge multiplen Substanzgebrauchs (Diagnose nach ICD-10: F19) zu beobachten.

Die Infektionsraten von HIV und Hepatitis variieren stark zwischen den verfügbaren Datenquellen. Es zeigt sich dennoch deutlich, dass Hepatitis C bei intravenös (i. v.) Drogenkonsumierenden ein gravierendes Problem darstellt (2024 je nach Datenquelle bis zu 88 % bei HCV-Antikörpern). Die Zahlen zur HIV-Prävalenz bewegten sich im Zeitraum der letzten 10 Jahre hingegen auf niedrigem Niveau (2024 je nach Datenquelle: 1 % bis 10 %). Die Hepatitis-B-Prävalenz (HBV) bei i. v. Konsumierenden liegt seit mehreren Jahren, je nach Datenquelle, zwischen 10 und etwa 30 Prozent (2024: 28 %).

Schadensminimierung / Harm Reduction

Grundlegend für Maßnahmen zur Schadensminimierung sind die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* wie auch die Sucht- bzw. Drogenstrategien der Bundesländer. Einschlägige Angebote werden zumeist im niederschweligen Setting umgesetzt. Einen hohen Stellenwert hat dabei die Abgabe sterilen Injektionszubehörs, die mit Ausnahme des Burgenlands in allen Bundesländern – vorwiegend in den Städten – angeboten wird. Insgesamt gibt es 28 derartige Angebote in 25 Städten. Im Berichtsjahr wurden knapp 7 Millionen Spritzen getauscht.

Zudem werden in niederschweligen Einrichtungen der Drogenhilfe weitere Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe (wie kostenfreie Statusbestimmungen und HAV-/HBV-Impfprogramme), sozialarbeiterische Betreuung sowie fachärztliche Behandlung angeboten. Auch die Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) kann als (höhererschwellige) schadensminimierende Maßnahme gesehen werden. Interventionen und Maßnahmen, die auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Drogen-

konsumierenden abzielen, sind in alle Betreuungs- und Behandlungsbereiche der Drogenhilfe integriert und je nach Setting ausgerichtet.

Neue Entwicklungen

In Niederösterreich und Oberösterreich starteten im Jahr 2024 die Schulungen zum Umgang mit Überdosierungen sowie die Rezeptausstellung für bzw. Ausgabe von Naloxon-Sprays. Damit gibt es in Österreich nun in 7 Bundesländern ein derartiges Angebot.

In Kärnten gibt es mit *MyDrugCheck* seit Juni 2025 ein neues Drug-Checking-Pilotprojekt in der *Drogenberatungsstelle VIVA* in Klagenfurt, das in Kooperation mit der Universität Graz umgesetzt wird.

Im Sinne der Schadensminimierung ist auch die Wiener Pilotstudie zur Sicherheit und Machbarkeit einer intravenösen Opioid-Agonisten-Therapie mit Hydagelan® (Hydromorphonhydrochlorid) zu erwähnen, deren Laufzeit bis Ende 2025 verlängert wurde.

6.2 Aktuelle Situation

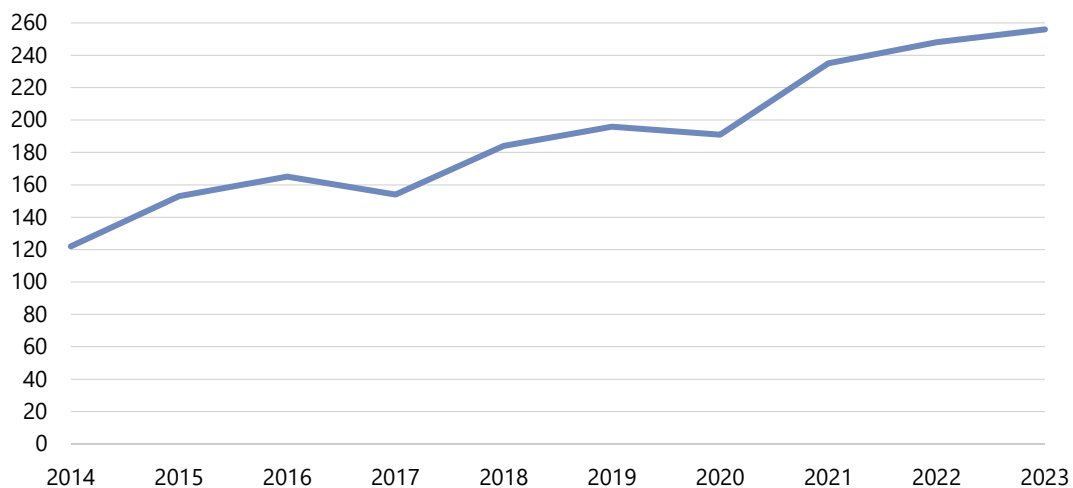
6.2.1 Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität

Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle

Die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle für 2024 lag zu Redaktionsschluss noch nicht vor¹⁸³. Daher werden im Folgenden nur die Zahlen bis 2023 dargestellt. Seit einem Tiefstwert im Jahr 2014 (122 Fälle) zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg bis zum Jahr 2023 (vgl. Abbildung 22). Von einigen Expertinnen und Experten wird ein Bezug dieser Problematik zu den psychosozialen Belastungen im Kontext der COVID-19-Pandemie und anderer Krisen (Krieg in der Ukraine, Klimakrise) hergestellt. Die Zahlen nach Bundesländern finden sich in Tabelle 33 und Tabelle 34 im Anhang.

¹⁸³ Die Daten zu den drogenbezogenen Todesfällen 2024 werden im Epidemiologiebericht Sucht 2025 publiziert (Anzenberger et al. 2025).

Abbildung 22: Anzahl direkt drogenbezogener Todesfälle in Österreich 2014–2023



Anmerkung: Die Daten für 2024 lagen zu Redaktionsschluss noch nicht vor.

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGPK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

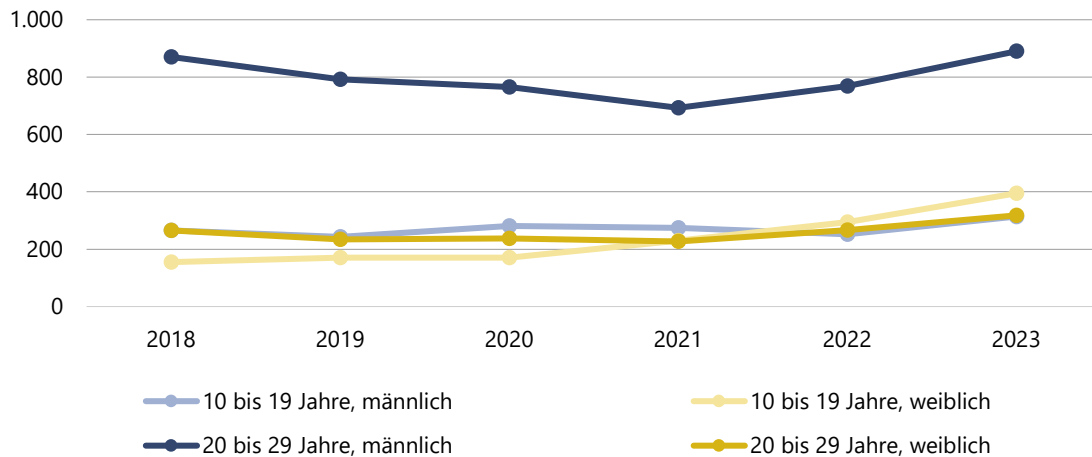
6.2.2 Drogenbezogene Notfälle

In Österreich erfolgt derzeit keine routinemäßige Erfassung von Drogennotfällen bzw. Notfällen im Zusammenhang mit *Neuen Psychoaktiven Substanzen* (NPS). Als verfügbare Datenquelle stehen ausschließlich **akutstationäre Spitalsentlassungen** (d. h. Krankenhausaufenthalte ohne vorherige Terminvereinbarung) mit Hauptdiagnosen nach ICD-10 zur Verfügung.

Für die folgenden Auswertungen wurden Spitalentlassungsdiagnosen berücksichtigt, die den ICD-10-Codes F11 (psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide), F12 (Cannabinoide), F14 (Kokain), F15 (andere Stimulanzien, einschließlich Koffein), F16 (Halluzinogene) sowie F19 (multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen) entsprechen.

Abbildung 23 zeigt die **Entwicklung akutstationärer Spitalsentlassungen aufgrund substanzbezogener Störungen nach Geschlecht und Altersgruppe** für den Zeitraum 2018 bis 2023. Die Fallzahlen sind in der Gruppe der 20- bis 29-jährigen Männer über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg am höchsten. Vor allem bei weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 10 bis 19 Jahren ist seit dem Jahr 2021 ein deutlicher Anstieg der Fälle zu beobachten.

Abbildung 23: Akutstationäre Spitalsentlassungen aufgrund substanzbezogener Störungen nach Geschlecht und Altersgruppe, 2018–2023



Anmerkungen: Krankenhausaufenthalte; Hauptdiagnosen; akute Aufnahmen (ohne Terminvereinbarung)
 Inkludiert sind folgende ICD-10-Codes: F11 (Opioide), F12 (Cannabinoide), F14 (Kokain), F15 (andere Stimulanzien, einschließlich Koffein), F16 (Halluzinogene) und F19 (Multipler Substanzgebrauch bzw. Konsum anderer psychotroper Substanzen).

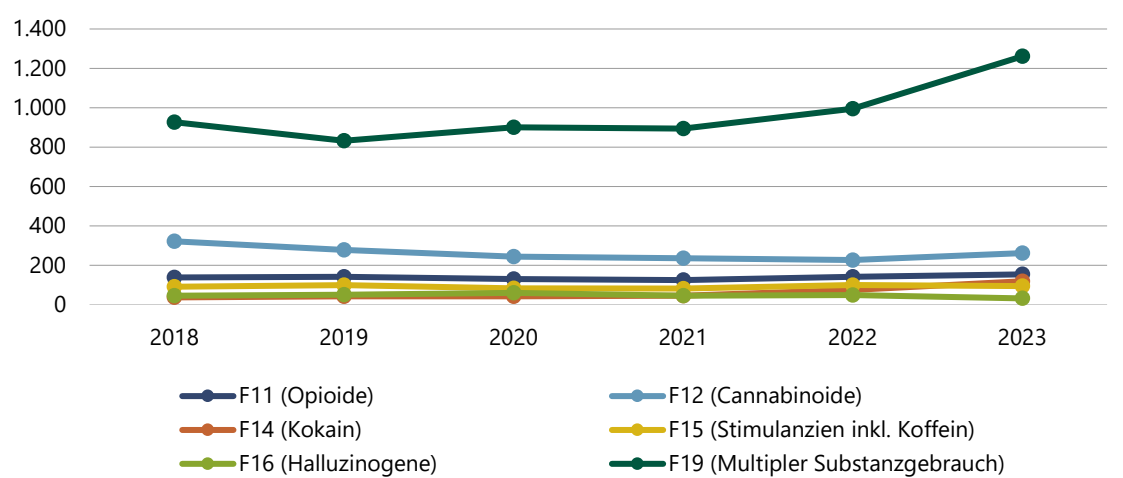
Die Auswertung beruht auf der Beantwortung einer parlamentarischen Anfrage an das BMASGPK durch die GÖG und umfasst Jugendliche und junge Erwachsene. Spitalsentlassungen aufgrund von Sedativa oder Hypnotika (ICD-10-Code F13) wurden nicht berücksichtigt, da diese häufig im Zusammenhang mit Suizidversuchen oder Fehlanwendungen von Psychopharmaka stehen und somit nicht unmittelbar den hier untersuchten substanzbezogenen Störungen zuzuordnen sind.

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG

Ergänzende Informationen liefert die **Vergiftungsinformationszentrale (VIZ)**, die im Jahr 2024 insgesamt 606-mal (2023: 481-mal) betreffend **Suchtmittelintoxikationen** kontaktiert wurde (insg. 32.946-mal). Diese Kontaktaufnahmen beziehen sich auf Personen, deren Zustand durch eine Vergiftung als bedrohlich eingestuft wird. Beteiligte illegale Substanzen (Mehrfachnennungen möglich) betrafen vorwiegend THC (n = 174) und Kokain (n = 172), in weiterer Folge MDMA (n = 116), Drogen allgemein (n = 44), „Speed“ (n = 31), „Crystal Meth“ (n = 23), Heroin (n = 16) und GHB (n = 15). Alle weiteren Substanzen waren weniger als zehnmals beteiligt. Die meisten Kontaktaufnahmen erfolgten aufgrund einer Mischintoxikation (Schiel et al. 2025).

Abbildung 24 zeigt die **Entwicklung der akutstationären Spitalsentlassungen nach ICD-10-Diagnosen F11 bis F19** für die Altersgruppe der 10- bis 29-Jährigen. Besonders deutlich fällt der Anstieg der F19-Diagnosen (multipler Substanzgebrauch) seit dem Jahr 2021 auf. Im Jahr 2023 wurde mit 1.261 Entlassungen der höchste Wert im Beobachtungszeitraum verzeichnet.

Abbildung 24: Akutstationäre Spitalsentlassungen aufgrund substanzbezogener Störungen bei 10- bis 29-Jährigen nach Substanzgruppen, 2018–2023



Anmerkungen: Krankenhausaufenthalte; Hauptdiagnosen; akute Aufnahmen (ohne Terminvereinbarung)
 Die Auswertung beruht auf der Beantwortung einer parlamentarischen Anfrage an das BMASGPK durch die GÖG und umfasst Jugendliche und junge Erwachsene. Spitalsentlassungen aufgrund von Sedativa oder Hypnotika (ICD-10-Code F13) wurden nicht berücksichtigt, da diese häufig im Zusammenhang mit Suizidversuchen oder Fehlanwendungen von Psychopharmaka stehen und somit nicht unmittelbar den hier untersuchten substanzbezogenen Störungen zuzuordnen sind.

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Interpretation dieser Daten als Indikator für Drogennotfälle ist jedoch mit Unsicherheiten behaftet, da bei Überdosierungen teilweise T-Diagnosen der ICD-10¹⁸⁴ vergeben werden, teilweise aber auch ausschließlich F10- bis F19-Diagnosen, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit einer bereits bestehenden Suchterkrankung. Letzteres führt dazu, dass auch Fälle mit drogeninduzierten Psychosen oder anderen psychischen Krisen im Kontext des Substanzkonsums erfasst werden, die nicht zwangsläufig einem akuten Drogennotfall im engeren Sinn entsprechen.

6.2.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Die wichtigsten drogenbezogenen Infektionskrankheiten bei i. v. Drogenkonsumierenden (HBV, HCV, HIV)

Die folgenden Ergebnisse beruhen auf verschiedensten Datenquellen, die in der Übersicht in Tabelle 29 dargestellt sind. Weil die Daten nur aus wenigen einzelnen Einrichtungen sowie aus der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle stammen und stark streuen, sind hier genaue Prävalenzen und Trends schwer auszumachen. Um Aussagen über die Inzidenz, Prävalenz sowie über Trends von Infektionskrankheiten bei drogenkonsumierenden Personen machen zu können, wäre eine Verbesserung des nationalen Monitorings eine unabdingbare Voraussetzung.

¹⁸⁴ T36–T50 Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen (v. a. T40, T42, T43 und T50)

Unterschiede in der Häufigkeit verschiedener Infektionskrankheiten zeichnen sich dennoch deutlich ab.

Im Jahr 2024 lag die Prävalenzrate für **Hepatitis B** in den verfügbaren Datenquellen bei 28 Prozent. In den meisten Fällen kann ausgeschlossen werden, dass die positiven Befunde auf eine vorangegangene Impfung zurückzuführen sind (siehe auch Legende zu Tabelle 29). In den vergangenen Jahren war die Hepatitis-B-Prävalenz bei intravenös Drogenkonsumierenden annähernd gleichbleibend: Die Werte liegen je nach Datenquelle seit dem Jahr 2010 zwischen 0 und 36 Prozent.

Die **Hepatitis-C-Prävalenz** wird in diesem Bericht über die HCV-Antikörper-Positivität (HCV-Ab) dargestellt, weil hierzu die meisten Daten vorliegen. Der Nachweis von Antikörpern gegen das Hepatitis-C-Virus ist ein Hinweis auf eine akute, chronische oder durchgemachte bzw. erfolgreich behandelte HCV-Infektion. Zur Feststellung einer akuten oder chronischen HCV-Infektion muss ein positiver HCV-Antikörpernachweis durch eine Bestätigungsuntersuchung verifiziert werden. Dazu dient die HCV-PCR (Polymerasekettenreaktion), die zum Nachweis viraler Erbsubstanz (HCV-RNA, Hepatitis-C-Virus-Ribonukleinsäure) im Blut verwendet wird.

Im Jahr 2024 lag die HCV-Ab-Prävalenz je nach Setting bei 19 bis 88 Prozent. Bezüglich der HCV-RNA zeigt sich, dass ein hoher Prozentsatz der HCV-Ab-Positiven auch einen chronischen Verlauf entwickelt und dass ein Großteil von ihnen noch nicht erfolgreich behandelt wurde und/oder sich nach einer erfolgreichen Behandlung reinfiziert hat (z. B. *Ambulatorium Suchthilfe Wien*: 57 %). Die HCV-Ab-Prävalenz hat sich in den letzten Jahren zunächst auf hohem Niveau eingependelt. Nach einem Abwärtstrend seit 2019 zeigt sich von 2023 auf 2024 wieder ein leichter Anstieg. Abbildung 25 zeigt die Entwicklung der HCV-Infektionsraten aus unterschiedlichen Datenquellen seit dem Jahr 2000.

Tabelle 29: Infektionsraten von Hepatitis B, Hepatitis C-Ab und HIV bei intravenös Drogenkonsumierenden in Österreich 2024

Datenquelle	HBV-Rate	HCV-Ab-Rate	HIV-Rate
Ambulatorium Suchthilfe Wien	28 % (48/170) ¹	88 % (145/165)	1 % (2/175)
I.K.A. Papiermühle, Graz	—	55 % (40/73)	1 % (1/70)
drogenbezogene Todesfälle (mit Toxikologie) 2023 ²	nicht erfasst	8 % (15/199) ³ 19 % (15/78) ³	4 % (8/199) ³ 10 % (8/77) ³
Let's end Hepatitis C 2019–2020	—	51 % (811/1.592)	—

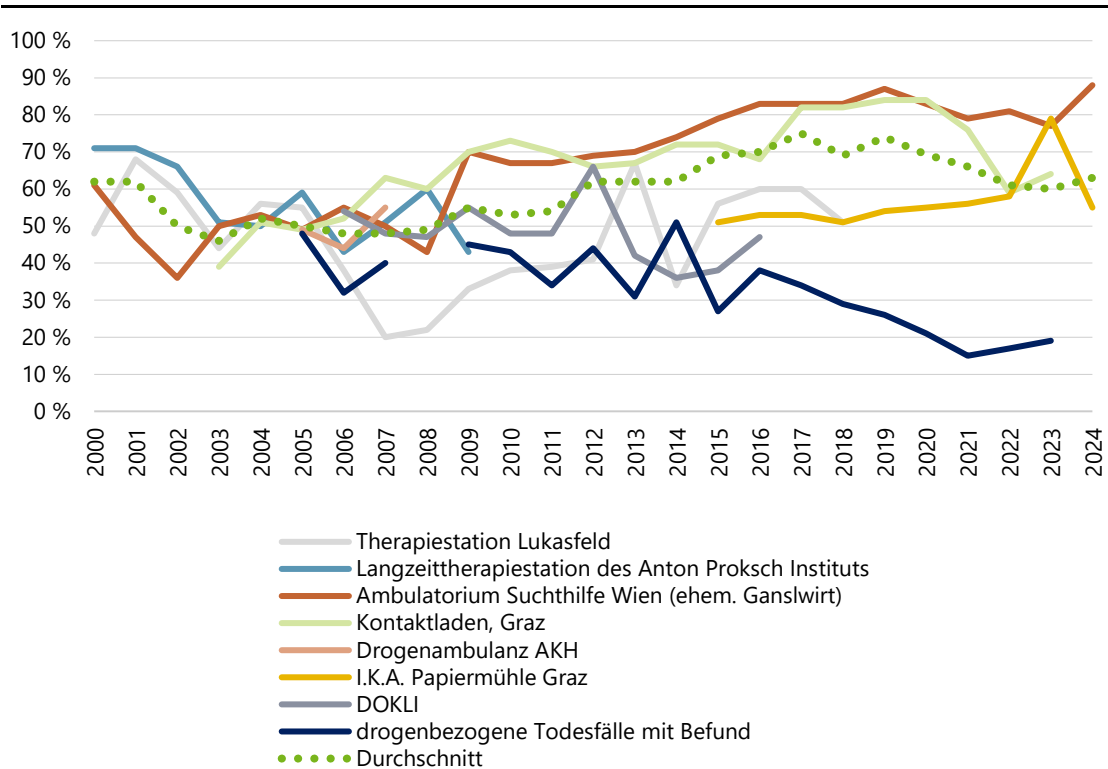
¹ Die Hepatitis-B-Prävalenz bezieht sich hier auf Personen, deren Hepatitis-B-Antikörper-Positivität nicht allein auf eine Hepatitis-B-Impfung zurückzuführen ist. Getestet wurde jeweils auf HBsAg, Anti-HBc und Anti-HBs.

² Die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle für 2024 lag zu Redaktionsschluss noch nicht vor.

³ Nur in 77 bzw. 78 von 199 Gutachten zu den direkt drogenbezogenen Todesfällen mit Toxikologie fand der Infektionsstatus von HIV bzw. HCV-Ab Erwähnung. In den restlichen Fällen wird nicht deutlich, ob der Infektionsstatus nicht erhoben oder aufgrund eines negativen Ergebnisses im Gutachten nicht erwähnt wurde. Die beiden angegebenen Prozentsätze stellen somit die Ober- bzw. Untergrenze der Prävalenzraten von HCV-Ab und HIV dar.

Quellen: Ambulatorium Suchthilfe Wien, I.K.A. Papiermühle Graz, GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Projekt Let's end Hepatitis C; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 25: HCV-Ab-Infektionsraten in Österreich 2000–2024



Aufgrund einer Verzögerung bei der Datenlieferung für die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle für das Jahr 2024 konnte für den vorliegenden Bericht bis Redaktionsschluss keine Statistik über HCV-Ab-Infektionsraten bei drogenbezogenen Todesfällen erstellt werden. Es werden in dieser Zeitreihe daher nur die Zahlen bis 2023 dargestellt.

Bei der Therapiestation Lukasfeld, dem Kontaktladen, der Drogenambulanz AKH und der Langzeittherapiestation des Anton Proksch Instituts wurden bei fehlenden Datenpunkten keine Daten übermittelt.

Die DOKLI-Ergebnisse werden ab 2017 nicht mehr dargestellt, da die Fallzahlen zu klein geworden sind.

Quellen: Therapiestation Lukasfeld, Langzeittherapiestation des Anton Proksch Instituts, Ambulatorium Suchthilfe Wien, Caritas Kontaktladen & Streetwork Graz, Drogenambulanz des AKH, I.K.A. Papiermühle Graz, GÖG – DOKLI, GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle bzw. Schmutterer/Busch 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die HIV-Prävalenzrate lag 2024 in der Gruppe der Personen mit intravenösem Konsum zwischen 1 und 10 Prozent (vgl. Tabelle 29).

Anfang der 1990er-Jahre lag die HIV-Prävalenzrate bei Personen mit i. v. Konsum noch bei etwa 20 Prozent. Seither bewegt sie sich auf niedrigerem Niveau. Die höchsten Werte werden jeweils bei den drogenbezogenen Todesfällen gefunden. Hier waren auch in der jüngeren Vergangenheit immer wieder etwas höhere Raten festzustellen (z. B. 2021: 3–7 %; 2022: 5–12 %; vgl. Anzenberger et. al. 2022 und 2023).

Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten (HCV, HIV) außerhalb des Routinemonitorings

Bezüglich Hepatitis C weisen Daten aus der *aCtion-Hepatitis-C-Datenbank* darauf hin, dass der häufigste Hepatitis-C-Ansteckungsweg der intravenöse Drogenkonsum ist. Dabei muss aller-

dings erwähnt werden, dass der wahrscheinliche Ansteckungsweg in vielen dokumentierten Fällen nicht bekannt oder nicht angegeben ist (aCtion-Hepatitis-C-Datenbank 2012).

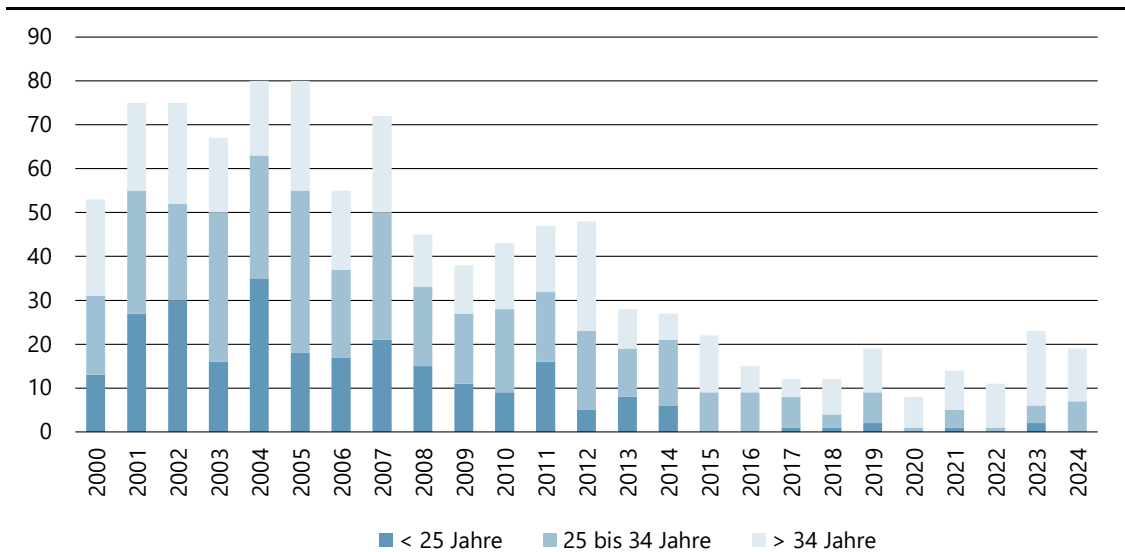
Eine Erhebung in 6 österreichischen Gefängnissen zeigte, dass 74 Prozent der in OAT befindlichen inhaftierten Personen HCV-Antikörper-positiv waren; 45 Prozent (d. h. 60 % der HCV-Ab-Positiven) waren HCV-RNA-positiv, also chronisch an Hepatitis C erkrankt. Rund 10 Prozent waren HIV-positiv (Zeitraum der Datenerhebung inkl. Testungen: Mai 2016 bis Mai 2017; Silbernagl et al. 2018; vgl. Kapitel 8)¹⁸⁵.

Im März 2019 startete in Wien das Projekt *Let's end hepatitis C in Vienna* unter der Federführung der *Klinik Ottakring* (ehem. Wilhelminenspital) in Kooperation mit dem *Ambulatorium Suchthilfe Wien* sowie der MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien. Im Sinne der von der WHO vorgeschlagenen Strategie der „micro-elimination“ wurde hier versucht, in einer definierten, überblickbaren Subgruppe – in diesem Fall die Wiener OAT-Patientinnen und -Patienten (ca. 6.500) – virale Hepatitiden zu eliminieren. Da die Patientinnen und Patienten – zumindest bis zum Ausbruch der COVID-19-Pandemie – einmal pro Monat eines von 8 Bezirksgesundheitsämtern in Wien aufsuchen mussten (vgl. Kapitel 2), wurde ihnen im Rahmen des Projekts dort die Möglichkeit zur Information und Testung angeboten – mit dem Ziel eines möglichst lückenlosen HCV-Screenings sowie einer Weitervermittlung positiv Getesteter zur weiteren Abklärung und Behandlung. Bis Mitte März 2020 (Beginn des ersten coronapandemiebedingten Lockdowns in Österreich) konnte das Projekt in 6 von 8 Bezirksgesundheitsämtern umgesetzt werden. Pandemiebedingt konnte es jedoch nicht wie geplant zu Ende geführt werden. Es zeigte sich, dass, obwohl viele Patientinnen und Patienten erreicht werden konnten und auch die Testbereitschaft als zufriedenstellend eingestuft wurde, eine anschließende Behandlung nicht in dem erhofften Ausmaß in Anspruch genommen wurde (SHW 2021). Von insgesamt 1.592 im Rahmen des Projekts getesteten Patientinnen und Patienten waren 51 Prozent HCV-Antikörper-positiv (811) und 17 Prozent HCV-RNA-positiv (271) (Gschwantler 2023).

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 204 Personen in die österreichische HIV-Kohortenstudie (AHIVCOS) eingeschlossen. Bei 20 (bzw. 10 %) von ihnen wird davon ausgegangen, dass sie sich durch intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben. Bei 75 Prozent werden als Ansteckungsweg sexuelle Handlungen vermutet. Bei einem Prozent dürfte die Ansteckung von der Mutter auf das Kind stattgefunden haben. Bei 13 Prozent blieb der Ansteckungsweg unbekannt (Zangerle, p. M.). Die Anzahl der Personen mit dem Ansteckungsweg i. v. Konsum war in den letzten 12 Jahren relativ konstant rückläufig, wobei in den letzten beiden Jahren wieder etwas höhere Werte erreicht wurden (siehe Abbildung 26). Der Rückgang in den letzten 12 Jahren könnte auf einen Rückgang der Neuinfektionen in dieser Risikogruppe hindeuten. Der Anteil der unter 25-Jährigen bei den in die Studie aufgenommenen Personen war bis 2015 rückläufig und bewegt sich seither konstant auf niedrigem Niveau.

¹⁸⁵ Zu Beginn der Erhebung befanden sich in den 6 Gefängnissen, in denen sie durchgeführt wurde, 218 Personen in OAT. 129 von ihnen (d. h. 59 %) konnten in die Studie aufgenommen und auf Hepatitis C getestet werden; das sind rund 15 Prozent aller österreichweit Inhaftierten, die zum Zeitpunkt der Erhebung in OAT waren.

Abbildung 26: Anzahl der Personen in Österreich, die sich wahrscheinlich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben, nach Alter und Jahr der Aufnahme in die österreichische HIV-Kohortenstudie (AHIVCOS) 2000–2024



Quelle: Zangerle, p. M.; Berechnung und Darstellung: GÖG

Gemeinsames Benutzen von Spritzen (Needle-Sharing)

Der DOKLI-Datensatz (vgl. Anzenberger et al. 2025) ermöglicht Aussagen über Needle-Sharing bei Klientinnen und Klienten, die bereits intravenös konsumiert haben oder konsumieren und 2024 eine ambulante Betreuung begonnen haben (Österreich ohne Wien¹⁸⁶). 29 Prozent dieser Personengruppe geben an, bereits (mindestens) einmal eine gebrauchte Spritze verwendet zu haben. Das Needle-Sharing liegt bei den meisten dieser Personen länger als ein Jahr zurück (76 %). Frauen geben hier häufiger als Männer Needle-Sharing an (41 % vs. 25 %). Bezüglich des Alters zeigt sich der erwartete Trend, dass die Häufigkeit, jemals Needle-Sharing betrieben zu haben, mit dem Alter leicht zunimmt (unter 25 Jahre: 24 %, 25 bis 29 Jahre: 25 %, 30 Jahre und älter: 31 %).

Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen

Sucht ist häufig mit zahlreichen **somatischen Krankheiten** assoziiert, die Ursache, Begleiterscheinung und/oder Folge des chronischen Konsums sein können (Skarstein et al. 2023, Medved et al. 2020). Psychiatrische Komorbidität bezieht sich in erster Linie auf Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, schizophrene Erkrankungen und bipolare Störungen (Gårdvik et al. 2020, Hasin et al. 2011). Daten über drogenbezogene Begleiterkrankungen sind nur sehr eingeschränkt verfügbar.

¹⁸⁶ In dem Wiener Dokumentationssystem wird diese Variable nicht erhoben.

6.2.4 Schadensminimierende Maßnahmen

Als schadensminimierend werden Maßnahmen, Programme und Projekte verstanden, die darauf abzielen, die gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Schäden im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen zu verringern. Dabei handelt es sich um eine gezielte niederschwellig ausgerichtete sozialarbeiterische wie auch medizinische Betreuung und Behandlung von Hochrisikokonsumierenden, die Maßnahmen wie zum Beispiel Spritzentausch und -verkauf, die Prävention drogenrelevanter Infektionskrankheiten oder Überlebenshilfe umfasst (ECDC & EMCDDA, 2023).

Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* beinhaltet ein klares Bekenntnis sowohl zur Überlebenshilfe und Schadensminimierung als auch zu zielgruppenorientierten suchtpolitischen Umsetzungsmaßnahmen. Sie setzt sich u. a. zum Ziel, die negativen Auswirkungen und Probleme durch den Gebrauch psychotroper Substanzen und durch Verhaltensüchte so gering wie möglich zu halten bzw. suchtkranke Menschen – häufig mit chronischem Krankheitsverlauf – bedarfsorientiert im Gesundheits- und Sozialsystem zu betreuen (BMG 2015; vgl. auch Kapitel 1). In den Sucht- bzw. Drogenstrategien der Bundesländer (vgl. Kapitel 1) stellen Angebote der Schadensminimierung einen zentralen Bestandteil dar.

Die Umsetzungsverantwortung für schadensminimierende Maßnahmen liegt in Österreich ausschließlich bei den Bundesländern. Darunter fällt eine Vielzahl von Interventionen, die vorwiegend von Einrichtungen angeboten werden, die auf die Arbeit mit Suchtkranken spezialisiert sind. Zumeist sind es voneinander unabhängige Trägerorganisationen, die eine oder mehrere Einrichtungen führen und mit den jeweiligen Drogen- bzw. Suchtkoordinatorinnen und -koordinatoren kooperieren. Träger der schadensminimierenden Angebote sind vorwiegend (karitative) Vereine oder – wie in Wien – eine gemeinnützige Gesellschaft im Eigentum der Stadt. Finanziert werden schadensminimierende Maßnahmen jeweils durch verschiedene Ressortbudgets auf Länderebene (vgl. Kapitel 1).

Einrichtungen der niederschweligen Drogenhilfe gibt es, abgesehen vom Burgenland, in allen Bundesländern; sie sind vorwiegend in den Landeshauptstädten angesiedelt, zusätzlich gibt es szenebedingt auch **Angebote in Kleinstädten**.

Die **Behandlung gesundheitlicher Folgen** wird hauptsächlich vom allgemeinen Gesundheitssystem abgedeckt (z. B. Notfallmedizin, Psychiatrie), in zunehmendem Maße auch im Rahmen von Sprechstunden von (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzten in niederschweligen Einrichtungen. Diese erfüllen eine Schnittstellenfunktion in Bezug auf höherschwellige medizinische Versorgungsstrukturen (z. B. Überweisung zur Hepatitis-C-Behandlung).

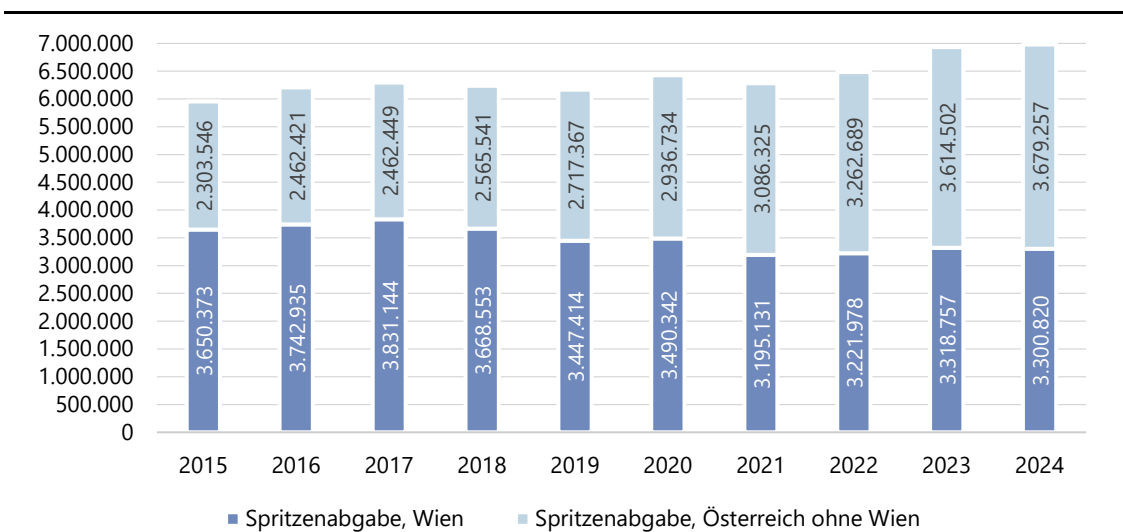
Spritzentausch und -verkauf

Die **Infektionsprophylaxe** ist eine wesentliche Aufgabe niederschwelliger Einrichtungen und aufsuchender Angebote, wobei v. a. dem **Spritzentausch und -verkauf** ein hoher Stellenwert zukommt. Das Angebot zum kostenlosen Spritzentausch in niederschweligen Einrichtungen wird mit Ausnahme des Burgenlands in allen Bundesländern umgesetzt, insgesamt gibt es 28 derartige Angebote in 25 Städten, über die steriles Injektionszubehör erhältlich ist (vgl. Tabelle 35). Seit 2022 können auch an mehreren Standorten der niederösterreichischen Suchtberatungen

Spritzen getauscht werden. Zusätzlich zum Spritzenaustausch gibt es in 6 Bundesländern (Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg) die Möglichkeit, Spritzensets an insgesamt 22 Automaten in 18 Städten zu kaufen. Die Abgabe steriler Spritzen erfolgt in der Steiermark, Wien und in Kärnten außerdem über aufsuchende Angebote (Drogenstreetwork).

Die Zahl der im Rahmen des Spritzenaustauschs/-verkaufs **abgegebenen Spritzensets** ist in den letzten Jahren österreichweit kontinuierlich gestiegen, nämlich von insgesamt 5.953.919 abgegebenen Spritzen im Jahr 2015 auf **6.980.077 im Jahr 2024**, womit der bisher höchste Wert erreicht wurde (vgl. Abbildung 27 bzw. Tabelle 35).

Abbildung 27: Anzahl der verteilten Spritzen in Wien und in Österreich ohne Wien 2015–2024



Quellen: Suchthilfeeinrichtungen aus ganz Österreich; Darstellung: GÖG

Mengenmäßig werden österreichweit die **meisten Spritzen in Drogenhilfeeinrichtungen** ausgehändigt, im Jahr 2024 waren es rund 5.700.000. Darüber hinaus wurden über **Spritzenautomaten** ca. 170.000 Spritzensets, im Rahmen der **aufsuchenden Drogenstreetwork** in Kärnten, der Steiermark und Wien über 12.000 Spritzen¹⁸⁷ und über mobile Angebote (v. a. Busse) knapp 600.000 Spritzen abgegeben. An den Automaten erfolgt die Abgabe zumeist in Form von Safer-Use-Kits, die je nach Einrichtung neben Spritze(n) und Nadel(n) unterschiedliches Zubehör beinhalten, das eine sterile Injektion bzw. andere sichere Konsumformen erleichtert. In Wien beträgt die Rücklaufquote gebrauchter Spritzen in den meisten Einrichtungen knapp 98 Prozent und bewegt sich seit Jahren auf sehr hohem Niveau (vgl. u. a. SHW 2025a).

Für Klientinnen und Klienten in Wien besteht die Möglichkeit, in **7 Apotheken** kostenlos und anonym Spritzen zu tauschen. Neben den gängigen bundesländerspezifischen Programmen zum Spritzenaustausch und -verkauf ist es in Österreich auch möglich, Spritzen und Nadeln in Apotheken **käuflich** zu erwerben. Seit Jänner 2020 bieten auch **Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe** einen Spritzenaustausch an. Es handelt sich dabei aktuell um 33 Einrichtungen der Organisationen Rotes Kreuz, Obdach Wien, Johanniter Wien, Samariterbund Wien, Caritas Wien und der

¹⁸⁷ Die Zahlen beziehen sich auf Kärnten, die Steiermark und Wien. In Vorarlberg ist die Zahl der durch die Drogenstreetwork abgegebenen Spritzen in den Spritzenzahlen der Einrichtungen inkludiert.

Diakonie (eine Grundversorgungseinrichtung). Das kostenlose Angebot der Suchthilfe Wien umfasst die einmalige Aufstellung der Spritzentauschbox in der Einrichtung, (bei Bedarf) die Schulung der Mitarbeiter:innen, die Bestellung und Lieferung von Safer-Use-Materialien sowie die Abholung und Entsorgung des Materials durch ein Entsorgungsunternehmen. Der sozialökonomische Betrieb der Suchthilfe Wien *Fix und Fertig* organisiert die Einwurfboxen, nimmt gegebenenfalls bauliche Änderungen für einen optimalen Aufstellungsort vor und übernimmt die Belieferung (SHW 2025b). Der Fonds Soziales Wien (FSW) unterstützte die Realisierung dieser Maßnahme. Im Jahr 2024 verzeichneten alle am dezentralen Spritzentausch beteiligten Einrichtungen insgesamt rund 26.000 Kontakte, bei denen rund 518.000 Spritzen getauscht wurden (SDW 2025).

Abgabe von sterilen Drogenkonsumutensilien und -zubehör

Im Rahmen der Schadensminimierung spielt neben dem Spritzentausch und -verkauf auch die **Abgabe steriler Konsumutensilien** für den injizierenden, aber auch den nasalen und inhalativen Drogenkonsum eine entscheidende Rolle, um die Verbreitung von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumierenden einzudämmen und ihre Lebensqualität zu erhöhen (ECDC & EMCDDA 2023). Die Abgabe steriler Drogenkonsumutensilien erfolgt in allen Bundesländern, mit Ausnahme des Burgenlands, über niederschwellige Einrichtungen, Automaten sowie über mobile Stellen und Streetwork.

Sterile Pads zur Desinfektion der Haut, Tupfer, sterile Cups, Filter, Zitronen-/Ascorbinsäure, Kondome sowie Folien, Pfeifen und Röhrchen für den nichtinjizierenden Gebrauch sind in beinahe allen niederschweligen Einrichtungen und über mobile Stellen routinemäßig verfügbar. LDS-Spritzen¹⁸⁸, Gleitmittel und HIV-Selbsttests werden nur in wenigen Einrichtungen bzw. Bundesländern standardmäßig ausgegeben.

Weitere Prophylaxe gegen drogenbezogene Infektionskrankheiten und deren Behandlung

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Infektionsprophylaxe betrifft kostenlose **HIV- bzw. Hepatitis-Status-Bestimmungen** (ECDC & EMCDDA 2023). HIV-Status-Bestimmungen werden kostenlos in 14 niederschweligen Einrichtungen in 6 Bundesländern angeboten, kostenlose Hepatitis-Status-Bestimmungen in 10 niederschweligen Einrichtungen in 4 Bundesländern.

Der DOKLI-Datensatz ermöglicht Aussagen über **HIV- und HCV-Status-Erhebungen bei i. v. Drogenkonsumierenden**¹⁸⁹, die vor dem in DOKLI dokumentierten Behandlungsbeginn stattfanden (vgl. Anzenberger et al. 2025). Im stationären Betreuungssetting haben sich im Jahr 2024 81 Prozent der dokumentierten Personen innerhalb der letzten 12 Monate einem HIV-Test unterzogen und 83 Prozent einem HCV-Test. Im längerfristigen ambulanten Betreuungsbereich liegen die Testhäufigkeiten bei rund 50 Prozent (51 % für HIV-Tests und 54 % für HCV-Tests).

¹⁸⁸ Low-Dead-Space-Spritzen (LDS) mit geringem „toten Raum“, die im Durchschnitt weniger als 2 Mikroliter Blut nach dem Konsum enthalten; im Zuge einer gemeinsamen Benutzung einer Spritze sinkt dadurch das Risiko einer Übertragung von HIV oder Hepatitis.

¹⁸⁹ Diese Variablen werden gemäß TDI-Protokoll 3.0 in DOKLI seit dem Betreuungsjahr 2014 erhoben. Allerdings wird weder das Testergebnis noch der Testzeitpunkt abgefragt.

In Kärnten, Oberösterreich, der Steiermark, Vorarlberg und Wien bieten insgesamt 12 niederschwellige Einrichtungen kostenlose **HBV- und HAV-Impfungen** für Drogenkonsumierende an. Im Rahmen der Infektionsprophylaxe des *Ambulatoriums Suchthilfe Wien* erhielten im Berichtsjahr 16 Personen mindestens eine Teilimpfung gegen Hepatitis A/B. Drei von ihnen konnten die Grundimmunisierung 2024 erfolgreich abschließen, weitere 4 erhielten eine Auffrischungsimpfung. Die übrigen 9 haben die Grundimmunisierung entweder begonnen oder fortgesetzt (SHW 2025a).

Zum Hepatitis-A-Impfstatus (HAV-Impfstatus) liegen im DOKLI-Datensatz Angaben von 115 Personen vor, zum HBV-Impfstatus von 120 Personen. Die **Impfrate** betrug im Jahr 2024 für HAV 51 Prozent und für HBV 53 Prozent. Die aus dem DOKLI-Datensatz ermittelte Tuberkulose-Impfrate (Tbc-Impfrate) von 21 Prozent basiert auf den Angaben von 58 Personen. Anzumerken ist hier jedoch, dass die genannten Zahlen weniger über den tatsächlich bestehenden Impfschutz aussagen, sondern lediglich über eine vorangegangene Impfung informieren.

Mittlerweile gibt es in fast allen Bundesländern Initiativen zur **Behandlung von Hepatitis C**. Im niederschweligen Setting sind es Einrichtungen in Wien und Graz, die durch eigene Hepatitisambulanzen und enge Kooperationen mit Krankenhäusern die Schwelle zur Behandlung möglichst niedrig halten. Die Kosten der Behandlung mit modernen DAA¹⁹⁰ werden österreichweit von den Gesundheitskassen – unabhängig von Fibrosegrad und Genotyp – übernommen (Caritas Diözese Graz-Seckau 2025, DVSV 2025, SHW 2025a).

In Wien besteht eine Kooperation zwischen dem *Ambulatorium Suchthilfe Wien*, dem *Verein Dialog*, der *Klinik Ottakring* (4. Medizinische Abteilung) und mehr als 200 Wiener und niederösterreichischen Apotheken, die sich durch einen **niederschweligen Zugang zur Hepatitis-C-Therapie mit modernen DAA** Form einer *directly observed therapy* (DOT) für Personen in OAT auszeichnet. Im Zeitraum August 2015 bis Ende 2024 haben insgesamt 871 Patientinnen und Patienten die Behandlung begonnen, 664 von ihnen haben diese und das Zwölf-Wochen-Follow-up beendet. Bei über 99 Prozent von ihnen konnte eine virologische Heilung der Hepatitis-C-Infektion erzielt werden (Schütz et al. 2018, SHW 2025a, Schwarz et al. 2023).

Im Rahmen der **Europäischen HIV- und Hepatitis-Testwoche**¹⁹¹ (im Berichtszeitraum vom 18. bis 25. November 2024) bieten die AIDS-Hilfen Österreichs gemeinsam mit medizinischen Fachgesellschaften jährlich unterschiedliche Angebote für Menschen mit erhöhtem HIV-/Hepatitis-Risiko. Beispielsweise gibt es während der Testwoche die Möglichkeit einer kostenlosen HIV-/Hepatitis-Testung und -Beratung sowie (teilweise) einer kostengünstigen Impfung gegen Hepatitis AB vor Ort in niederschweligen Drogeneinrichtungen.

Die sozialmedizinische Einrichtung *Jedmayer* und das *Ambulatorium Suchthilfe Wien* betreuen Klientinnen und Klienten, die ein erhöhtes Risiko haben, sich mit Hepatitis zu infizieren, oder bei denen bereits eine (unbehandelte) Infektion festgestellt wurde. Seit 2022 findet im Jedmayer-Tageszentrum der monatliche „Lebertag“ statt. Hier informieren eine Pflegefachkraft und ein:e Sozialarbeiter:in über die Behandlungsmöglichkeiten von Hepatitis A, B und C und stellen die entsprechenden Angebote des Ambulatoriums vor. Die Pflegefachkraft führt auf Wunsch einen Fibroscan durch und/oder stellt eine Blutabnahme sicher. Am Ende des „Lebertages“ werden die

¹⁹⁰ direct acting antivirals / direkt antiviral wirkende Medikamente

¹⁹¹ <https://aids.at/testwoche/> [Zugriff am 27.06.2025]

Klientinnen und Klienten zeitnah zur Befundbesprechung in die Hepatitisambulanz eingeladen. Im Jahr 2024 haben 26 Klientinnen und Klienten am „Lebertag“ teilgenommen (SHW 2025a).

Informationen zu Testungen auf, Behandlungen von und Impfungen gegen Infektionskrankheiten in Haft finden sich in Kapitel 8.

Drug-Checking und Reduktion von Notfällen

Drug-Checking ist eine wichtige Maßnahme zur **Prävention und Reduktion von Notfällen im Partysetting** und wird in Tirol (*Drogenarbeit Z6*), in der Steiermark unter dem Titel *Triptalks (Caritas Kontaktladen & Streetwork)*, seit August 2023 im Rahmen eines Pilotprojekts in Vorarlberg (*taktisch klug* und *koje*) und in Wien (*Checkit!*) umgesetzt (vgl. SHW 2025d, *Drogenarbeit Z6 2025*, *Triptalks 2025*). Im Juni 2025 neu hinzugekommen ist das Drug-Checking-Projekt *MyDrugCheck* in der *Drogenberatungsstelle VIVA* in Klagenfurt in Kooperation mit der Universität Graz (Ambrosch p. M.).

Bei allen Angeboten besteht für die Konsumentinnen und Konsumenten sowohl bei der Substanzabgabe als auch bei der Ergebnismeldung die Möglichkeit, eine psychosoziale Beratung in Anspruch zu nehmen. Die Einrichtungen melden ihre Ergebnisse in Hinblick auf besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum dem österreichischen Informations- und Frühwarnsystem (vgl. Kapitel 3). Eine Beschreibung der pharmakologischen Analyseergebnisse findet sich in Kapitel 7.

Checkit! analysierte im Jahr 2024 2.362 abgegebene Proben (2023: 2.429 Proben) im Rahmen von 11 Events (396 Proben), über 3 kooperierende Wiener Apotheken (703 Proben) sowie im stationären Drug-Checking in der *homebase* (1.108 Proben). Seit 2023 besteht zusätzlich das Angebot „Night Check“ (155 Proben), das es Nutzerinnen und Nutzern an Wochenendtagen und zu späteren Uhrzeiten (z. B. 18 Uhr bis Mitternacht) als beim regulären stationären Drug-Checking ermöglicht, Proben abzugeben und das Analyseergebnis noch am selben Abend zu erhalten (SHW 2025d).

Das **Grazer Drug-Checking-Angebot *Triptalks*** (seit August 2022) von *Kontaktladen und Streetwork* der Caritas in Zusammenarbeit mit dem Pharmakologischen Institut der Universität Graz meldete für das Berichtsjahr 2024 1.033 abgegebene und analysierte Proben. Das *Triptalks*-Team veröffentlichte, wenn notwendig, Akutwarnungen zu besonders bedenklichen Substanzen und zusammenfassende Monatswarnungen mit einer Übersicht über alle abgegebenen Proben (*Triptalks 2025*).

Bei ***Drogenarbeit Z6 in Tirol*** wurden im Jahr 2024 538 Proben aus dem Drug-Checking-Programm in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gerichtliche Medizin Innsbruck zur chemischen Analyse abgegeben (*Drogenarbeit Z6 2025*).

Das **Vorarlberger Drug-Checking-Programm *taktisch klug*** bietet seit 2023 in den Drogenberatungsstellen *die Faehre* (Dornbirn) und *do it yourself* (Bludenz) die Möglichkeit zur Substanzabgabe. Das Projekt wird in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gerichtliche Medizin Innsbruck durchgeführt und wurde im August 2024 in den Regelbetrieb überführt. ***Taktisch klug*** analysierte im Jahr 2024 135 abgegebene Proben (*Koje 2025*).

Überlebenshilfe

Konkrete Initiativen zur **Prävention von Überdosierungen** und zum **Umgang mit Notfällen** sind vorwiegend im niederschweligen Bereich verankert. Angeboten werden Informations- und Beratungsleistungen und auch spezifische Erste-Hilfe-Kurse sowohl für Drogenkonsumierende als auch für Mitarbeiter:innen der niederschweligen Einrichtungen. Informationen zum Umgang mit Notfällen sind auch über spezielle Websites verfügbar¹⁹².

Naloxon ist ein gängiges **Notfallmedikament bei Opioidüberdosierungen**. Es ist in Österreich verschreibungspflichtig, die Abgabe erfolgt ausschließlich über Ärztinnen und Ärzte bzw. gehört Naloxon zur Standardausrüstung von Notärztinnen bzw. Notärzten und Rettungswägen. Seit 2023 werden auch Exekutivbedienstete, die mit der Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität betraut sind, im Umgang mit Naloxon geschult und entsprechend ausgestattet (BMI 2025). Mit 1. März 2024 wurde der Nyxoid® 1,8 mg Nasenspray (Wirkstoff: Naloxon) in den grünen Bereich des Erstattungskodex aufgenommen. Dadurch kann die Verschreibung und Abgabe an Patientinnen und Patienten mit Opioidabhängigkeit ohne spezielle Bewilligung erfolgen und wird von der Sozialversicherung erstattet. Derzeit wird Naloxon in Österreich jedoch noch nicht flächendeckend direkt an Drogenkonsumierende oder deren Umfeld im Sinne einer Notfallprophylaxe bei Überdosierung abgegeben. Seit Aufnahme in den Erstattungskodex wurden laut einer Auswertung der European Integrated Price Information Database (EURIPID) zwischen März 2024 und März 2025 insgesamt **363 Nyxoid®-Packungen erstattet**. Die monatlichen Erstattungszahlen stiegen ab Mitte 2024 deutlich an und lagen zwischen 4 Packungen im März 2024 und einem Höchstwert von 74 Packungen im November 2024.

Take-home-Naloxon-Projekte bestehen weiterhin in mehreren Bundesländern – darunter im Burgenland, in der Steiermark, in Vorarlberg und in Wien sowie im Rahmen von Pilotprojekten in Kärnten und Tirol. Seit 2024 sind entsprechende Angebote auch in Niederösterreich und Oberösterreich verfügbar. In diesen Projekten wird der sachgerechte Umgang mit dem Notfallmedikament vermittelt, und es werden Naloxon-Kits – häufig gemeinsam mit Informationsmaterialien und weiteren Erste-Hilfe-Utensilien wie Einweghandschuhen und Beatmungstüchern – direkt abgegeben (vgl. Tabelle 36).

Safer Use und Safer Sex

Auf Einrichtungsebene werden im Rahmen des Spritzenaustauschs auch Einzelberatungen sowie vereinzelt Trainings zu **Safer Use / Safer Injecting** angeboten. Über verschiedene Onlineangebote der Einrichtungen finden zudem Beratungen anonym sowie zeit- und ortsunabhängig statt. Konkrete Daten betreffend die Anzahl der Trainings bzw. die Besucherzahlen liegen nicht vor. Interventionen im Sinne eines Peer-Involvements und Ansätze der aufsuchenden Gesundheits-erziehung („health education approach“) finden in Österreich derzeit wenig Beachtung.

Chemsex beschreibt Sex unter dem Einfluss chemischer Substanzen (Suchtmittel), im allgemeinen Sprachgebrauch versteht man darunter den Konsum bestimmter Substanzen durch Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben. Das 2018 in Wien gegründete **Chemsex-Netzwerk** setzt sich aus

¹⁹² z. B. <https://doit.at/safer-use/>, <https://checkit.wien/substanzinfos/>, <https://www.drogenarbeit6.at/konsum/drogennotfall.html> [Zugriff jeweils am 30.06.2025]

unterschiedlichen Fachorganisationen und -personen aus allen 9 Bundesländern zusammen. Um Expertisen und Unterstützungsangebote zum Thema Chemsex zu bündeln und sichtbar zu machen, bietet die Netzwerk-Website¹⁹³ sowohl einen Überblick über Ansprechpartner:innen als auch Informationen zu risikoärmerem Konsum und Sex (Harm Reduction) für die Zielgruppe sowie zu aktuellen Veranstaltungen und wissenschaftlichen Erhebungen. Die *Drogenarbeit Z6*, das *Zentrum Sexuelle Gesundheit Tirol* und die *Caritas* erarbeiteten 2022 gemeinsam die erste Broschüre¹⁹⁴ Tirols zum Thema Drogen und Sex.

Im Berichtsjahr entwickelte **Checkit!** in Kooperation mit dem Institut für Suchtprävention Wien **Informationsvideos**¹⁹⁵ zum Thema „Safer Use“. Diese stehen online sowohl der Zielgruppe selbst als auch für Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zur Verfügung und behandeln die Themen „Set, Setting und Substanz“, „Mischkonsum“, „Streckmittel“ sowie „Dosisierung“.

Das Angebot *MDA basecamp* der *Drogenarbeit Z6* führt Informations- und Beratungseinsätze bei Veranstaltungen, in Clubs sowie auf Festivals in ganz Tirol durch. Ziel ist es, risikobehaftetem Konsumverhalten vorzubeugen und Maßnahmen der Schadensminderung umzusetzen. Im Sommer 2024 wurde im Rahmen dieser mobilen Drogenarbeit vermehrt **intravenöser Konsum im öffentlichen Raum** festgestellt. In Reaktion darauf fanden Schulungen zu Opioiden, Risikominimierung und Naloxon statt. Zudem wurden gemeinsam mit *Streetwork Innsbruck* und dem Bahnhofsozialdienst mehrere Außendienste an bekannten Konsumplätzen durchgeführt. Dabei konnten Jugendliche und junge Erwachsene kontaktiert und teilweise an weiterführende Unterstützungsangebote vermittelt werden. Erstmals wurden im Rahmen der mobilen Beratung auch sterile Konsumutensilien ausgegeben und gebrauchte Spritzen zur fachgerechten Entsorgung entgegengenommen (*Drogenarbeit Z6 2025*).

Das **Vorarlberger Eventbegleitungsprojekt *taktisch klug***¹⁹⁶ bietet seit dem Jahr 2008 gemeinsam mit Partnerinnen und Partnern aus der offenen Jugendarbeit und der Drogenhilfe Angebote und Hilfestellungen zu legalem und illegalem Drogenkonsum, gesundheitlicher Schadensminimierung, Sucht und anderen jugend- und entwicklungsspezifischen Themen wie Gewalt, Sexualität oder Rassismus an.

Aufsuchende Angebote

Aufsuchende Angebote verfolgen das Ziel, Kontakt zu schwer erreichbaren Suchtkranken aufzubauen und sie in das Sucht- und Drogenhilfenetzwerk sowie in das allgemeine Sozial- und Gesundheitssystem zu vermitteln. In Wien erfolgt diese niedrighschwellige Drogenarbeit über die **Straßensozialarbeit** von *Streetwork*, die von der Beratungsstelle *Change* durch das Zurverfügungstellen der Räumlichkeiten als Basisstation und als Rückzugsraum unterstützt wird (*SDW 2025*).

¹⁹³ <https://chemsex.at/de/> [Zugriff am 08.07.2025]

¹⁹⁴ <https://irp.cdn-website.com/d7ac924f/files/uploaded/drogen-z6-infofalter-chemsex.finalpdf.pdf> [Zugriff am 08.07.2025]

¹⁹⁵ <https://checkit.wien/substanzinfos/#videos> [Zugriff am 08.07.2025]

¹⁹⁶ <https://www.koje.at/taktischklug> [Zugriff am 16.06.2025]

Das im Jahr 2021 von *pro mente* OÖ, Suchthilfe Salzburg und Caritas Tirol gemeinsam gestartete Modellprojekt *baseCamp mobil*¹⁹⁷ wurde im Jahr 2024 fortgeführt. Die mobilen Anlaufstellen (Busse) für drogenkonsumierende und medikamentenabhängige Menschen bieten Informationsgespräche, Unterstützung und Beratung zu Suchtthemen und zum Lebensalltag, Hilfe beim Ausfüllen von Anträgen, Informationen zu Safer Use und Safer Sex, Sprizentausch, HIV- und Hepatitis-C-Screenings sowie Gesundheitsberatung. Die im Rahmen der Sonderrichtlinie „COVID-19-Armutsbekämpfung“ erfolgte Förderung des Projekts durch das damalige Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ist Ende 2023 ausgelaufen. In den einzelnen Bundesländern konnten die Angebote jedoch über alternative Finanzierungsstrukturen (Förderungen von Ländern und Städten) weitergeführt bzw. in Oberösterreich sogar in die Regelversorgung aufgenommen werden.

6.2.5 Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Allgemeinmedizinische, psychosoziale und psychiatrische Versorgungsangebote

Personen mit einer Suchterkrankung haben in der Praxis einen erschwerten Zugang zur medizinischen Grundversorgung. Infolge psychischer Komorbiditäten, fehlender Krankenversicherung, unzureichender Informationen oder stigmatisierender Erfahrungen sind sie oftmals nicht in der Lage, sich das allgemeine Gesundheitssystem ausreichend nutzbar zu machen. Interventionen und Maßnahmen, die auf den **allgemeinen Gesundheitszustand** der Drogenkonsumierenden abzielen, sind in alle Betreuungs- und Behandlungsbereiche der Drogenhilfe integriert und je nach Setting ausgerichtet. In einem Delphi-Prozess unter Expertinnen und Experten aus der Suchtbehandlung wurde die Kritik formuliert, dass Sucht bei Maßnahmen in den Bereichen Tagesstruktur, Arbeitsmarktintegration oder Wohnen oft einen Ausschlussgrund darstelle bzw. dass spezifische Angebote für diese Klientel fehlten (Strizek et al. 2023).

Versorgungsangebote hinsichtlich **psychiatrischer Komorbidität** sind ein fester Bestandteil in vielen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, im niederschweligen Bereich ist psychische bzw. physische Gesundheit oftmals auch zentrales Thema der Beratungsgespräche (vgl. Abschnitt 6.2.4). Die psychosoziale und psychiatrische Versorgungslandschaft in Österreich ist breit gefächert und setzt sich sowohl aus ambulanten Diensten, teilstationären und stationären Einrichtungen (darunter zahlreiche psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) als auch aus Angeboten für die Bereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit zusammen. Dennoch ist das System organisatorisch und finanziell stark fragmentiert, und je nach Bundesland sind unterschiedliche weitere Akteurinnen und Akteure in die Planung, Organisation und Umsetzung involviert.

Eine Auswahl von Interventionen und Maßnahmen im Bereich der allgemeinmedizinischen, psychosozialen und psychiatrischen Versorgungsangebote im Kontext von Drogen und Sucht findet sich in Tabelle 30.

¹⁹⁷ <https://www.sucht-promenteooe.at/angebote/niederschwellig/basecamp-mobil/>; <http://www.suchthilfe-salzburg.at/suchtberatung/basecamp-mobil/>; <https://www.caritas-tirol.at/hilfe-angebote/suchterkrankungen/basecamp-mobil> [Zugriff jeweils am 08.07.2025]

Tabelle 30: Ausgewählte Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Titel/Beschreibung der Maßnahme	Region	Zielgruppe (direkt bzw. indirekt)									Setting			
		alle Zielgruppen	Menschen mit multiplen Problemlagen	Frauen/Mütter	Jugendliche	wohnungslose Menschen	Menschen nach Haftentlassung	Migrantinnen/Migranten, Geflüchtete	Patientinnen und Patienten	Angehörige	Multiplikatorinnen/Multiplikatoren	ambulant	stationär	übergreifend
allgemeinmedizinische Versorgungsangebote														
allgemeinmedizinische Sprechstunden im <i>Kontaktladen</i> der Caritas Diözese Graz Seckau	St	x							x			x		
allgemeinmedizinische und pflegerische Basisversorgung in der I.K.A. Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle	St	x							x			x		
medizinische Sprechstunde in der Betreuungseinrichtung <i>Mentvilla</i>	T	x			x				x			x		
medizinisch-pflegerisches Angebot in der Anlaufstelle <i>KomFüDro</i>	T	x							x			x		
niederschwellige medizinische Grundversorgung (inkl. Wundversorgung, Gynäkologie und Infektionskrankheiten) im <i>Ambulatorium Suchthilfe Wien</i>	W	x							x			x		
begleitende medizinische Versorgung im Ambulatorium des Vereins <i>p.a.s.s.</i>	W	x							x			x		
psychosoziale und psychiatrische Versorgungsangebote														
Beratungsangebot zum Thema substanz- und nichtsubstanzgebundene Süchte im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen im Jugendalter	B				x						x		x	
<i>Use it</i> – nachgehende psychosoziale Betreuung durch den Verein NEU-START	K	x	x	x	x	x	x	x	x			x		
Verbindungsdienst zwischen suchtmedizinischem Zentrum LKH Graz II und dem stm. PSN	St								x		x		x	
Verbindungsdienst zwischen suchtmed. Ambulanz LKH Hochsteiermark und Suchtberatung Obersteiermark	St								x		x		x	
<i>Reha-Nachsorge</i> der <i>Suchthilfe Tirol</i> zur nachhaltigen Sicherung einer bereits erfolgten Stabilisierung	T	x							x			x		
Abhaltung von Infogruppen in stationären Einrichtungen, um den Übergang von stationären Aufenthalten in ambulante Settings der <i>Suchthilfe Tirol</i> zu erleichtern	T	x											x	

Titel/Beschreibung der Maßnahme	Region	Zielgruppe (direkt bzw. indirekt)									Setting			
		alle Zielgruppen	Menschen mit multiplen Problemlagen	Frauen/Mütter	Jugendliche	wohnungslose Menschen	Menschen nach Haftentlassung	Migrantinnen/Migranten, Geflüchtete	Patientinnen und Patienten	Angehörige	Multiplikatorinnen/Multiplikatoren	ambulant	stationär	übergreifend
<i>Psychiatrische Sprechstunden an mehreren Standorten der Suchthilfe Tirol</i>	T	x										x		
<i>Jedmayer – niederschwelliges Psychotherapieangebot, Beratung und Betreuung im Tageszentrum</i>	W		x									x		
<i>Spitalsverbindungsdienst CONTACT – Beratung und Betreuung suchtkranker Patientinnen und Patienten in Wiener Spitälern</i>	W							x		x			x	
<i>Konnex Fachberatung – Unterstützung der Betreuung Suchtkrankter in Einrichtungen des Wiener allgemeinen Gesundheits- und Sozialbereichs</i>	W									x	x			
<i>Pilotprojekt Suchthilfe vor Ort – niedrigschwellige, aufsuchende Suchtberatung in Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe und Einrichtungen der Grundversorgung</i>	W		x			x			x			x		

B = Burgenland, K = Kärnten, St = Steiermark, T = Tirol, W = Wien

für Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Reintegration von Menschen mit Substanzkonsum bzw. Suchterfahrung vgl. Kapitel 5.2.4

Quellen: SDW 2025, SHW 2025a-f, Suchthilfe Tirol 2025, Taferner-Kraigher p. M., Drogenkoordination Kärnten 2025, Caritas Diözese Graz-Seckau 2025, Caritas Diözese Innsbruck 2025; Darstellung: GÖG

6.2.6 Qualitätssicherung

Spezielle Standards zur **Qualitätssicherung schadensminimierender Maßnahmen** sind auf Bundesebene bzw. Länderebene nicht vorhanden. Teilweise sind jedoch einzelne der in Kapitel 5 genannten Maßnahmen zur Qualitätssicherung (z. B. die Förderrichtlinien der SDW) oder – im Falle von Einrichtungen, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (z. B. das *Ambulatorium Suchthilfe Wien*) – die entsprechenden Qualitätskriterien anwendbar. Richtlinien in Bezug auf schadensminimierende Maßnahmen in Haftanstalten werden in Kapitel 8 beschrieben. Verbindliche Mindeststandards und Rahmenbedingungen bestehen für das Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk (SDHN), die auch auf Angebote der Schadensminimierung Anwendung finden (SDW 2025).

6.3 Neue Entwicklungen

Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Um weitere Personengruppen mit erhöhten HCV-Raten zu erreichen und sie gegebenenfalls einer Therapie zuzuführen, wird in Wien an 2 neuen Projekten gearbeitet. Bei dem Projekt „Sex Worker – SHIELD“ geht es darum, die bis zu 3.500 registrierten Sexarbeitenden auf HBV, HCV und HDV zu screenen und ihnen eine HBV-Impfung anzubieten. Ein weiteres Projekt umfasst die retrospektive Erhebung der HCV-Testungsrate sowie Prävalenz bei Kindern von Müttern mit intravenösem Drogenkonsum, die in der *Klinik Ottakring* die Diagnose Neonatales Abstinenzsyndrom erhalten haben. Zum zweiten Projekt gibt es auch schon erste Ergebnisse. Zwischen Jänner 2014 und Juli 2024 wurden insgesamt 260 Kinder mit Neonatalem Abstinenzsyndrom von 247 Müttern in der *Klinik Ottakring* zur Welt gebracht. Von den 27 bereits getesteten Frauen waren 22 (82 %) HCV-Ab-positiv. HCV-RNA-positiv waren 5 von 9 getesteten Frauen (56 %). (Gschwantler 2025)

Schadensminimierende Maßnahmen

Im Berichtszeitraum konnten unter anderem folgende **schadensminimierende Angebote** und Pilotprojekte neu implementiert werden (vgl. Tabelle 31):

Tabelle 31: Neue schadensminimierende Angebote und Pilotprojekte 2024/25

Region	Titel der Maßnahme	Kurzbeschreibung
K	Drug Checking	In Kärnten gibt es seit Juni 2025 das Drug-Checking-Pilotprojekt <i>MyDrugCheck</i> in der <i>Drogenberatungsstelle VIVA</i> in Klagenfurt, das in Kooperation mit der Universität Graz umgesetzt wird.
NÖ	Take-home-Naloxon	In den niederösterreichischen Suchtberatungen starteten 2024 die Schulungen zum Umgang mit Überdosierungen und den Einsatz von Naloxon für Konsumentinnen, Konsumenten und deren Angehörige sowie die Ausgabe von Naloxon-Sprays.
OÖ	Take-home-Naloxon	In Oberösterreich konnten Naloxon-Schulungen und damit verbundene Rezeptausstellungen in 5 niederschweligen Anlauf- und Kontaktstellen implementiert werden.
W	Pilotstudie zur intravenösen Opioid-Agonisten-Therapie	Im Rahmen der Pilotstudie zur Sicherheit und Machbarkeit einer intravenösen OAT mit Hydagelan® (Hydromorphonhydrochlorid) in Wien wurde ein interventionelles Angebot für chronisch opioidabhängige Patientinnen und Patienten geschaffen, die mit einer oralen OAT nicht erreicht bzw. nicht ausreichend stabilisiert werden können. Die Laufzeit der Machbarkeitsstudie wurde bis Ende 2025 verlängert (vgl. Kapitel 5).
W	<i>an.doc.stelle</i>	Der Verein <i>an.doc.stelle</i> wurde 2024 in das Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk aufgenommen und bietet Unterstützung für Menschen mit Suchterkrankungen oder riskantem Substanzkonsum – insbesondere für Chemsex praktizierende Männer, LGBTIQ+-Personen, Sexarbeiter:innen und unversicherte Menschen sowie deren Angehörige und Fachkräfte, die mit diesen Gruppen arbeiten.

K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, W = Wien

Quellen: Suchtkoordination Niederösterreich (2025), SDW (2025), Drogenkoordination Kärnten (2025), Walter-Philipp (2025); Darstellung: GÖG

Eine Sekundäranalyse österreichischer Daten des European Web Survey on Drugs (2021) zur Nutzung von Drug Checking unter 1.113 Personen mit aktuellem Substanzkonsum zeigt, dass

20 Prozent bereits entsprechende Angebote genutzt hatten. Nutzer:innen und Nichtnutzer:innen unterschieden sich dabei u. a. hinsichtlich Bildung, Wohnform, Region und Konsummuster. Personen, die ausschließlich Cannabis konsumierten oder bei den Eltern bzw. in ländlichen Regionen lebten, nutzten Drug Checking seltener. Als Hauptgründe für die Nichtnutzung wurden hohes Vertrauen in die Bezugsquelle, Vertrauen in die Qualität der Substanzen und fehlende Drug-Checking-Angebote in Wohnortnähe genannt (Karden et al. 2025).

6.4 Quellen und Methodik

Quellen

Die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle für 2024 lag zu Redaktionsschluss noch nicht vor. Daher werden die Daten zu den drogenbezogenen Todesfällen 2024 im Epidemiologiebericht Sucht 2025 publiziert (Anzenberger et al. 2025). Seit 1989 sammelt in Österreich das Gesundheitsressort Daten **drogenbezogener Todesfälle**. Die entsprechenden Meldepflichtungen sind in § 24c des Suchtmittelgesetzes (SMG) geregelt, dem folgend dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) polizeiliche Meldungen über mutmaßlich drogenbezogene Todesfälle, Obduktionsergebnisse und Totenbeschauscheine übermittelt werden. Ergänzt werden die gemeldeten Verdachtsfälle durch eine Liste von Statistik Austria, die Todesfälle mit ausgewählten drogenbezogenen Todesursachen (ICD-10-Codes) enthält. Zur Klassifizierung der sogenannten verifizierten Fälle werden die (gerichtsmedizinischen) Obduktionen herangezogen. In Fällen, in denen keine Leichenöffnung vorgenommen wurde, dient der Totenbeschauschein zur Klassifizierung (nichtverifizierte Fälle). Direkt drogenbezogene Todesfälle sind Todesfälle infolge **akuter Intoxikationen** („Überdosierung“), d. h. es gibt bei diesen Fällen einen zeitlichen und medizinischen Zusammenhang zwischen Intoxikation und Tod, der durch eine Ärztin oder einen Arzt festgestellt wurde. Es gilt dabei zu bedenken, dass es keine allgemeingültigen definierten Grenzen für toxische Mengen von Suchtgiften gibt, die unmittelbar zum Tod führen. Häufig führt das Zusammenspiel mehrerer Substanzen im Rahmen eines Mischkonsums zum Tod, wobei die einzelnen Substanzmengen für sich allein nicht unbedingt in letaler Konzentration nachgewiesen sein müssen. Einbezogen werden dabei sowohl Intoxikationen mit **Suchtgift** (§ 2 Suchtmittelgesetz – SMG, BGBl. I 1997/112) als auch solche mit **Neuen Psychoaktiven Substanzen** (NPS) im Sinne des mit 1. Jänner 2012 in Kraft getretenen Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetzes (NPSG, BGBl. I 2011/146).

Die gesammelten Daten werden in ein Onlineregister eingespeist und jährlich ausgewertet. Für das Jahr 2023 wurden Unterlagen von insgesamt 541 Verdachtsfällen gesichtet. Nicht in die Statistik aufgenommen wurden zwei Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft, die nicht in Österreich gemeldet waren und bei denen es auch keinerlei Hinweise gab, dass sie in Österreich ihren Lebensmittelpunkt hatten (z. B. Urlauber:innen). Diese Fälle gehen daher – wie in den Vorjahren – nicht in die Statistik ein, da sie keine Rückschlüsse auf die aktuelle Drogensituation in Österreich erlauben. 14 Verdachtsfälle wurden als „nicht entscheidbar“ aus der Statistik ausgeschlossen, da die gerichtsmedizinische Untersuchung kein eindeutiges Ergebnis brachte, ob der Tod auf die vorliegende Intoxikation oder eine andere Todesursache zurückzuführen ist oder die Todesursache aufgrund von Fäulnis nicht mehr feststellbar war.

Ziel der Statistik und Analyse der drogenbezogenen Todesfälle ist die Darstellung des hochrisikanten Drogenkonsums, die in Zusammenschau mit 4 weiteren epidemiologischen Schlüsselindikatoren die Einschätzung der Drogensituation erlaubt. Personen ohne Verbindung zur „Suchtgiftszene“, die z. B. mithilfe eines verschreibungspflichtigen Opioids (ohne andere Substanzen, die im SMG oder NPSG gelistet sind) Suizid verüben, oder Schmerzpatientinnen bzw. Schmerzpatienten zählen nicht zu diesem Kontext. Fälle, bei denen (anhand einer Zusammenschau diesbezüglicher Hinweise) starke Zweifel bezüglich der Zugehörigkeit zur „Suchtgiftszene“ bestehen, werden seit dem Berichtsjahr 2017 aus der Statistik ausgeschlossen. Aus Gründen der Transparenz und zur Beobachtung der Entwicklung dieser Situation werden diese Fälle jedoch separat beschrieben (siehe auch Anzenberger et. al 2017). Im Sterbejahr 2023 wurden 11 Personen, die an einer Überdosierung durch opioidhaltige verschreibungspflichtige Schmerzmittel (z. B. Tramal, Fentanyl) ohne weitere Suchtgifte verstarben, aus der Statistik ausgeschlossen.

Durch das Erfassen von Daten aus verschiedenen Quellen (BMI, gerichtsmedizinische Institute, privat tätige gerichtsmedizinische Gutachter:innen, Landessanitätsdirektionen aller Bundesländer, Statistik Austria) kann davon ausgegangen werden, dass die vorhandenen Unterlagen zu Verdachtsfällen, d. h. die Basis der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, vollständig sind. Sinkende Obduktionsraten und zunehmend unzureichendes Ausfüllverhalten der Beschauärztinnen und -ärzte könnten dennoch zu einer Unterschätzung führen.

In Österreich besteht weder auf Bundes- noch auf Länderebene eine einheitliche Definition bzw. eine routinemäßige Erfassung **drogenbezogener Notfälle**. Daten bezüglich Prävention und Reduktion von Notfällen im Partysetting werden in den Jahresberichten der Einrichtungen *Checkit!* und *Drogenarbeit Z6* beschrieben. Die Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) bietet bei Vergiftungsverdacht rund um die Uhr kostenlose telefonische Beratung an. Ihre Zielgruppe sind Laiinnen und Laien, die eine toxikologische Beratung im Anlassfall benötigen, oder medizinisches Fachpersonal, welches das spezifische toxikologische Fachwissen der Konsiliarärztinnen und -ärzte in Anspruch nimmt. Dort eingehende Anrufe werden systematisch dokumentiert. Im Berichtsjahr 2024 wurde die VIZ im überwiegenden Ausmaß von Krankenhauspersonal (61 %), von der Rettung (23 %), von (Not-)Ärztinnen bzw. (Not-)Ärzten (2 %) und von Betreuungspersonal (1 %) kontaktiert. 13 Prozent der Anrufe kamen von Laiinnen und Laien (Schiel et al. 2024).

Die Datenlage hinsichtlich **Infektionskrankheiten** bei Personen mit i. v. Drogenkonsum kann als sehr schlecht bzw. nichtrepräsentativ bezeichnet werden. Es liegen lediglich Daten von Samples aus dem Behandlungsbereich bzw. aus der niederschweligen Betreuung und der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle vor. Die wichtigsten Datenquellen stellen hier die Meldungen aus 2 Drogenhilfeeinrichtungen (*Ambulatorium Suchthilfe Wien* und *Kontaktladen in Graz*) dar. Für beide Datenquellen ist anzumerken, dass zum Teil nicht die gesamte Klientel getestet wird und davon ausgegangen werden kann, dass die Testmotivation in einigen Fällen nicht unabhängig vom Infektionsstatus ist. Dieser Bias besteht zwar bei drogenbezogenen Todesfällen nicht, allerdings findet der Infektionsstatus hinsichtlich HCV und HIV nicht in allen Obduktionsgutachten Erwähnung, und es ist zu vermuten, dass diese Gruppe einen besonders risikoreichen Drogenkonsum aufweist. Angaben zu HBV und Tbc finden sich nicht in den Obduktionsgutachten. Das Fehlen eines verlässlichen Monitoringsystems für drogenassoziierte Infektionskrankheiten stellt eine große Limitation dar und macht sowohl Inzidenz- als auch Prävalenz- sowie Trendaussagen sehr unsicher bis unmöglich. Um gesicherte Aussagen über die Prävalenz von Infektionskrankheiten bei Personen mit Drogenproblemen machen zu können, wäre eine Verbesserung des nationalen Monitorings eine unabdingbare Voraussetzung.

Die Daten bezüglich der **Impfrate** stammen aus DOKLI. Weil es sich dabei u. a. um freiwillige Angaben handelt, sind die Daten mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren.

Die **aCtion-Hepatitis-C-Datenbank** wurde 2004 implementiert, um mehr Einblicke in die Epidemiologie der Hepatitis C in Österreich zu gewinnen. Über teilnehmende Zentren wurden dort Fälle chronischer Hepatitis C erfasst und dokumentiert. Die so generierten Daten liefern hilfreiche Antworten auf Fragen z. B. zum vermuteten Ansteckungsweg oder zur Genotypenverteilung. Die Datenbank wurde mit Ende 2014 eingestellt, weil die teilnehmenden Zentren immer weniger Daten geliefert hatten. Eine letzte noch einigermaßen repräsentative Auswertung aus dem Jahr 2012 wird für diesen Bericht verwendet (Bauer p. M.).

Im Jahr 2016 wurde eine Studie über die aktuelle Datenlage in Hinblick auf **Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis-C-Erkrankungen in Österreich** veröffentlicht. Dabei wurden Datenbanken und -quellen aus den Bereichen Sucht und Gesundheitsberichterstattung mit Bezug zu Hepatitis-C-Erkrankungen beschrieben, vorhandene Daten analysiert und zueinander in Bezug gesetzt. Zudem wurde ein Szenario zur Verbesserung der Datenlage entworfen. Der Bericht zur Studie beinhaltet ein Kapitel über Hepatitis C bei i. v. Drogenkonsumierenden, in dem Daten der Jahre 2000 bis 2014 aus DOKLI, einzelnen Einrichtungen der Drogenhilfe und der Statistik drogenbezogener Todesfälle in ihrer Gesamtschau beschrieben werden (Schmutterer/Busch 2016).

Bezüglich **schadensminimierender Angebote** bzw. psychiatrischer Komorbiditäten im Kontext von Drogenabhängigkeit gibt es keine Routinedaten, sondern vorwiegend Informationen aus den Jahresberichten der niederschweligen Einrichtungen sowie der Sucht- und Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren der Bundesländer. Mittels *Standard Table 10 (ST10)* der EUDA¹⁹⁸ werden jährlich aktuelle Zahlen zum Spritzentausch / zur Spritzenabgabe und zum Angebot von Safer-Use-Utensilien innerhalb der Einrichtungen gesammelt (vgl. Tabelle 35). Zudem werden Informationen über die Verfügbarkeit und regionale Abdeckung von (Take-home-)Naloxon-Projekten sowie zu deren Inanspruchnahme eingeholt (vgl. Tabelle 36).

Die Angaben zur Anzahl der erstatteten Nyxoid® 1,8 mg Nasensprays (Wirkstoff: Naloxon) stammen aus der **European Integrated Price Information Database (EURIPID)**¹⁹⁹ – einer nichtkommerziellen Arzneimittelpreisdatenbank im Auftrag der teilnehmenden europäischen Länder. EURIPID wird von der Gesundheit Österreich GmbH gemeinsam mit der ungarischen Sozialversicherung NEAK betrieben und durch die Europäische Kommission kofinanziert.

Studien

Die wichtigsten Informationen zur HIV-Epidemiologie in Österreich kommen derzeit aus der österreichischen Kohortenstudie AHIVCOS, in die mittlerweile die Daten von 9 Behandlungszentren einfließen. Die österreichische HIV-Kohortenstudie startete im Jahr 2001 in 5 österreichischen HIV-Behandlungszentren (AKH Wien, Klinik Penzing Wien, Med Campus III des Kepler-Universitätsklinikums Linz, LKH Innsbruck und LKH Graz West). Seit 2008 nehmen auch das LKH Salzburg und das LKH Klagenfurt daran teil. Im Jahr 2016 kam noch die Klinik Favoriten in Wien dazu und

¹⁹⁸ Im Rahmen einer Mandaterweiterung wurde die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA bzw. EBDD) am 2. Juli 2024 in die Drogenagentur der Europäischen Union umbenannt.

¹⁹⁹ <https://euripid.eu/> [Zugriff am 08.07.2025]

2018 ein Zentrum in Feldkirch. Speziell für die Studie wurde die Software „HIV Patient Management System“ entwickelt. Bis 1. September 2024 wurden insgesamt 11.490 HIV-Infizierte in die Kohorte aufgenommen. Laut Dachverband der Sozialversicherungsträger lebten im Jahr 2022 7.768 Personen in Österreich, die eine antiretrovirale Therapie (ART) erhielten. Nach einem Modelling-Tool des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) wird für das Jahr 2022 geschätzt, dass zwischen 86,5 und 92,2 Prozent der HIV-positiven Personen eine antiretrovirale Therapie erhalten. Damit ergibt sich für Österreich für Ende 2022 eine Schätzung von 8.400 bis 9.000 Personen, die HIV-positiv sind. Die AHIV-Kohortenstudie umfasst 64 Prozent aller HIV-positiven Personen, die ART erhalten. Im Rahmen der Studie wird neben dem vermutlichen Ansteckungsweg und neben soziodemografischen Charakteristika eine Fülle medizinischer Parameter erhoben (AHIVCOS 2024).

6.5 Bibliografie

- aCtion-Hepatitis-C-Datenbank (2012). Auswertung vom 12. Dezember 2012. Durchgeführt von Tschapeller, B. für Joanneum Research, Graz. Übermittelt von Bauer, B., LKH Hörgas/Enzenbach. Graz
- AHIVCOS (2024). HIV/AIDS in Austria – 47th Report of the Austrian HIV Cohort Study. Editiert von Zangerle, R. Innsbruck
- Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kerschbaum, J.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Tanios, A. (2017). Epidemiologiebericht Sucht 2017. Illegale Drogen und Tabak. Gesundheit Österreich. Wien
- Anzenberger, J.; Busch, M.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Strizek, J. (2022). Epidemiologiebericht Sucht 2022. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak – Annex. Gesundheit Österreich. Wien
- Anzenberger, J.; Akartuna, D.; Busch, M.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2023): Epidemiologiebericht Sucht 2023. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak – Annex. Gesundheit Österreich. Wien
- Anzenberger, J.; Akartuna, D.; Busch, M.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2024): Epidemiologiebericht Sucht 2024. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak – Annex. Gesundheit Österreich. Wien
- Anzenberger, J.; Akartuna, D.; Busch, M.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2025). Epidemiologiebericht Sucht 2025. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich. Wien
- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMI (2025). Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2024. Statistiken und Beiträge zu Anzeigen, Sicherstellungen und Ermittlungen. Bundesministerium für Inneres, Bundeskriminalamt. Wien
- Caritas, Diözese Graz-Seckau (2025). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich. Jahresbericht 2024. Graz

- Caritas, Diözese Innsbruck (2025). Caritas Mentlvilla. Jahresbericht 2024. Innsbruck
- Drogenarbeit Z6 (2025). Tätigkeitsbericht 2024. Verein Z6. Innsbruck
- Drogenkoordination Kärnten (2025). Jahresbericht 2024 – Prävention und Suchtkoordination. Amt der Kärntner Landesregierung. Klagenfurt am Wörthersee
- DVSV (2025). Erstattungskodex – EKO. Stand 1. Jänner 2025. Dachverband der Sozialversicherungsträger. Wien
- ECDC & EMCDDA (2023). Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs: 2023 update. Stockholm: European Centre for Disease Prevention (ECDC)
- Gårdvik, K.S., Rygg, M., Torgersen, T. et al. (2021). Psychiatric morbidity, somatic comorbidity and substance use in an adolescent psychiatric population at 3-year follow-up. *European Child & Adolescent Psychiatry* 30, 1095–1112.
- Gschwantler, M. (2023). Was Suchtmedizinerinnen und Suchtmediziner über das A, B, C, D, E der Virushepatitis wissen sollten. Vortrag vom 7. Mai 2022 beim 25. Substitutions-Forum. Plattform für Drogen-Therapie. 6. bis 7. Mai 2023. Schlosshotel Mondsee
- Gschwantler, M. (2025). Harm Reduction durch Hepatitis-Elimination. Vortrag vom 11. Mai 2025 beim 27. Substitutions-Forum. Plattform für Drogen-Therapie. 10. und 11. Mai 2025. Schlosshotel Mondsee
- Hasin D, Fenton MC, Skodol A, et al. (2011). Personality Disorders and the 3-Year Course of Alcohol, Drug, and Nicotine Use Disorders. *Arch Gen Psychiatry*;68(11):1158–1167.
- Karden, A., Fragner, T., Feichtinger, C., Strizek, J., McDermott, D. T., & Grabovac, I. (2025). Utilization of drug checking services in Austria: A cross-sectional online survey. *Harm Reduction Journal*, 22, 17.
- Koje (2025). Jahresbericht 2024. Koordinationsbüro für Offene Jugendarbeit und Entwicklung. Bregenz
- Medved, D., Clausen, T., Bukten, A. et al. (2020). Large and non-specific somatic disease burdens among ageing, long-term opioid maintenance treatment patients. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 15, 87.
- Schiel, H.; Bartecka-Mino, K.; Dorner-Schulmeister, S. (2025). Vergiftungsinformationszentrale VIZ Drogen 2016/17/18/19/20/21/22/23/24. Gesundheit Österreich. Wien
- Schmutterer, I.; Busch, M. (2016). Datenanalyse zu Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis-C-Erkrankungen in Österreich. Gesundheit Österreich. Wien
- Schütz, A.; Moser, S.; Schwanke, C.; Schubert, R.; Luhn, J.; Gutic, E.; Lang, T.; Schleicher, M.; Haltmayer, H.; Gschwantler, M. (2018). Directly observed therapy of chronic hepatitis C with ledipasvir/sofosbuvir in people who inject drugs at risk of nonadherence to direct-acting antivirals. *Journal of Viral Hepatitis*. 2018 Jul; 25(7): 870–873

- Schwarz, M.; Schwarz, C.; Schütz, A.; Schwanke, C.; Krabb, E.; Schubert, R.; Liebich, S.-T.; Bauer, D.; Burghart, L.; Brinkmann, L.; Gutic, E.; Reiberger, T.; Haltmayer, H.; Gschwantler, M. (2023). Combining treatment for chronic hepatitis C with opioid agonist therapy is an effective microelimination strategy for people who inject drugs with high risk of non-adherence to antiviral therapy. Preprint
- SDW (2025). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den „Bericht zur Drogensituation 2025“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SHW (2021). Bereich Beratung, Betreuung, Behandlung, Versorgung und Wohnen. Tätigkeitsbericht 2020. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2025a). Tätigkeitsbericht 2024. Bereich Beratung, Betreuung, Behandlung, Versorgung und Wohnen. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2025b). Tätigkeitsbericht 2024. Bereich Arbeit und Integration. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2025c). Tätigkeitsbericht 2024. Mobile Soziale Arbeit im öffentlichen Raum. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2025d). Tätigkeitsbericht 2024. Bereich Suchtprävention. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2025e). Tätigkeitsbericht 2024. Pilotprojekt Suchthilfe vor Ort. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2025f). Tätigkeitsbericht 2024. Pilotprojekt Soziallokal Wir z’Haus 10. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- Silbernagl, M.; Slamanig, R.; Fischer, G.; Brandt, L. (2018). Hepatitis C infection and psychiatric burdens in two imprisoned cohorts: Young offenders and opioid-maintained prisoners. *Health Policy* 122 (2018): 1392–1402
- Skarstein, S., Lien, L., & Abebe, D. S. (2023). The burden of somatic diseases among people with alcohol- and drug use disorders are influenced by mental illness and low socioeconomic status. A registry-based cohort study in Norway. *Journal of Psychosomatic Research*, 165, 111137.
- Strizek, J.; Brotherhood, A.; Busch, M.; Priebe, B.; Puhm, A.; Uhl, A. (2023). Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Suchterkrankungen in Österreich. Ergebnisbericht einer Delphi-Befragung. *Gesundheit Österreich*. Wien
- Suchthilfe Tirol (2025). Tätigkeitsbericht für das Jahr 2024. Suchthilfe Tirol. Hall in Tirol
- Suchtkoordination Niederösterreich (2025). Input der Suchtkoordination Niederösterreich für den „Bericht zur Drogensituation 2025“. Suchtkoordination des Landes Niederösterreich. St. Pölten
- Triptalks (2025). Jahresbericht 2024. Caritas Kontaktladen. Graz

Walter-Philipp, R. (2025). Stigma Intravenöse Opioid-Agonisten-Therapie: Eine wertvolle Behandlungsoption mit Hürden. Substitutions-Forum, Plattform für Drogen-Therapie. Mondsee

6.6 Zitierte Bundesgesetze

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

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

6.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Ambrosch, Ines	Suchtkoordination Kärnten
Bauer, Bernd	Kontaktladen, Graz
Taferner-Kraigher, Petra	Suchtkoordination Burgenland
Zangerle, Robert	Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Innsbruck

6.8 Anhang

Tabelle 32: Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache 2014–2023¹

Todesursache	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Intoxikation mit Opiat(en) ²	10	6	7	8	9	11	7	10	10	8
Mischintoxikation mit Opiat(en) ²	85	107	120	97	136	138	129	143	161	171
(Misch-)Intoxikation mit Suchtgift(en) oder NPS ohne Opiate	7	10	13	17	12	14	13	25	14	20
Intoxikation unbekannter Art	0	3	6	4	3	5	6	10	10	6
Summe verifizierter direkt drogenbezogener Todesfälle	102	126	146	126	160	168	155	188	195	205
davon nichtobduzierte drogenbezogene Todesfälle	20	27	19	28	24	28	36	47	53	51
Summe der drogenbezogenen Todesfälle	122	153	165	154	184	196	191	235	248	256

¹ Die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle für 2024 lag zu Redaktionsschluss noch nicht vor und wird im Epidemiologiebericht Sucht 2025 publiziert (Anzenberger et al. 2025).

² inklusive opiathaltiger NPS

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGPK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle 33: Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2014–2023 nach Bundesland (pro 100.000 15- bis 64-Jährige)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Burgenland	1,0	1,6	1,6	1,6	1,0	1,6	0,5	1,1	2,1	2,1
Kärnten	1,4	2,4	3,0	3,5	6,6	4,7	1,1	3,6	4,4	6,3
Niederösterreich	0,8	1,9	1,4	1,4	2,0	3,1	2,9	3,1	3,7	3,5
Oberösterreich	0,6	0,8	1,6	1,9	1,1	1,8	1,9	1,9	1,6	1,1
Salzburg	1,1	0,6	1,4	2,2	1,1	1,4	1,3	2,7	2,2	4,0
Steiermark	1,3	1,1	1,6	1,8	1,6	1,6	3,0	2,9	3,2	3,6
Tirol	2,4	2,8	4,8	2,2	4,7	5,1	4,3	4,9	5,5	4,3
Vorarlberg	3,2	5,9	4,3	2,3	1,9	4,6	3,4	2,6	3,8	4,1
Wien	5,4	5,8	5,3	5,0	6,1	5,2	5,6	7,6	7,4	7,4
Unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Österreich	2,1	2,6	2,8	2,6	3,1	3,3	3,2	4,0	4,2	4,3

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGPK – Statistikregister eSuchtmittel, STAT – Statistik des Bevölkerungsstandes; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle 34: Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2014–2023 nach Bundesland (absolut)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Burgenland	2	3	3	3	2	3	1	2	4	4
Kärnten	5	9	11	13	24	17	4	13	16	23
Niederösterreich	9	21	15	15	22	34	32	34	41	39
Oberösterreich	6	8	16	19	11	18	19	19	16	11
Salzburg	4	2	5	8	4	5	5	10	8	15
Steiermark	11	9	13	15	13	13	25	24	26	30
Tirol	12	14	24	11	24	26	22	25	28	22
Vorarlberg	8	15	11	6	5	12	9	7	10	11
Wien	65	72	67	64	79	68	74	101	98	101
Unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Österreich	122	153	165	154	184	196	191	235	248	256

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGPK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle 35: Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesland 2024

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Spritzen-automaten	Anzahl der Streetwork-Angebote	Anzahl der mobilen Angebote	Gesamtzahl der getauschten und verkauften Spritzen
Burgenland	0	0	0	0	0
Kärnten	5	2	1	0	184.888
Niederösterreich	8	0	0	0	122.582
Oberösterreich	5	3	0	1	1.102.214
Salzburg	2	2	0	1	354.384
Steiermark	1	2 ¹	1	0	1.014.811
Tirol	1	6	0	1	514.625
Vorarlberg	4	7	0	0	385.753
Wien	2 ²	0	1	0	3.300.820
Österreich	28	22	3	3	6.980.077

¹ inkludiert einen Präventionsautomaten einer Apotheke

² zusätzlich 33 spezialisierte Angebote in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und in 7 ausgesuchten Apotheken (in der Gesamtzahl der getauschten Spritzen berücksichtigt)

Quellen: Suchthilfeeinrichtungen in Österreich; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle 36: (Take-home-)Naloxon-Projekte in Österreich nach Bundesland 2024

Bundesland	Geschulte Personen	Ausgegebene Naloxon-Kits	Inhalte der Naloxon-Kits ¹	Region (Einrichtung)
Burgenland	–	–	Materialien zur Überdosisprävention	Eisenstadt (Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
Kärnten ^{2,3}	8	8	Infobroschüre und -folder	Klagenfurt (mehrere Drogenambulanzen und Einrichtungen)
Niederösterreich ⁴	8	8	Informationsmaterial	Suchtberatungsstellen in Amstetten, St. Pölten, Tulln, Neunkirchen, Waidhofen/T., Baden, Wr. Neustadt und Schwechat
Oberösterreich ⁴	–	–	–	Anlauf- und Kontaktstellen ² der <i>promente OÖ</i> und der Stadt Wels (<i>NIKADO</i>)
Salzburg	–	–	–	–
Steiermark	19	19	Einweghandschuhe, Beatmungsmaske, Information für Rettungskräfte, Dokumentationshandbuch	Graz (<i>Kontaktladen & Streetwork</i> der Caritas) ²
Tirol ⁵	134	155	Beipackzettel, Beatmungstuch, Erste-Hilfe-Informationen, Umhängekarte mit Information über die Verabreichung von Naloxon für Rettungskräfte, Einweghandschuhe, Dokumentationsbuch	Innsbruck (<i>Mentvilla</i> ² , <i>Kom-FüDro</i> ² , <i>abrakadabra</i> ² , <i>base-Camp mobil</i> ² , Drogenambulanz der Psychiatrie Innsbruck), Hall in Tirol (B3 – Fachstation für Drogentherapie des LKH)
Vorarlberg	78	27	Kontaktinfo nächstgelegene niederschwellige Einrichtung, Handbuch, Einweghandschuhe, Beatmungstuch, Info über Verabreichung für Rettungskräfte, Dokumentationsbuch, Visitenkarte von Kontakt- und Anlaufstellen	Bregenz (<i>DOWAS Treffpunkt</i>) ² , Dornbirn (<i>Ex & Hopp</i>) ² , Feldkirch (<i>Caritas Café</i>) ² , Bludenz (<i>do it yourself</i>) ²
Wien	28	16	Kurzanleitung, Handschuhe	Wien (<i>Ambulatorium Suchthilfe Wien, Jedmayer</i>) ²
Österreich	275	233		

¹ zusätzlich zum Nyxoid® 1,8 mg Nasespray (Packungsgröße: 2 Stück)

² niederschwelliger Fokus

³ Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Sozialarbeiter:innen, Berater:innen), Schulung von Konsumentinnen und Konsumenten

⁴ Start im Jahr 2024

⁵ zusätzlich Schulung von 64 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Sozialeinrichtungen

Quellen: Suchthilfeinrichtungen in Österreich; Darstellung: GÖG

Drogenmärkte und Drogendelikte

Inhalt

7	Drogenmärkte und Drogendelikte.....	195
7.1	Zusammenfassung.....	195
7.2	Aktuelle Situation.....	196
7.2.1	Drogenmärkte.....	196
7.2.2	Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen.....	198
7.2.3	Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....	200
7.3	Trends.....	201
7.3.1	Trends bei Sicherstellungen, Preis und Reinheit.....	201
7.3.2	Trends bei drogenbezogenen Anzeigen.....	204
7.4	Neue Entwicklungen.....	208
7.5	Quellen und Methodik.....	208
7.6	Bibliografie.....	208
7.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	209
7.8	Anhang.....	210

7 Drogenmärkte und Drogendelikte

7.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Österreich ist Transit- und Konsumland, die Produktion illegaler Drogen spielt in Österreich mit Ausnahmen von Cannabiskraut eine geringe Rolle. Virtuelle Drogenmärkte (im Darknet, aber auch im offen zugänglichen Internet, über Messengerdienste und Social Media) gewinnen weiter an Bedeutung, auch die Sicherheitsbehörden richten verstärkt einen Fokus auf diese neuen zusätzlichen Drogenmärkte. Als wesentliche Transportrouten gelten die sogenannte „Balkanroute“ (v. a. für Heroin) bzw. der Luftweg über den Flughafen Wien-Schwechat sowie der Postversand und die Einfuhr im Wege des Straßenverkehrs.

Insgesamt gab es im Jahr 2024 in Österreich 37.310 Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG), was erneut einen Anstieg im Vergleich zum Vorjahr bedeutet. Die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (33.345) überstiegen die Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen (3.202) bei Weitem. Der größte Anteil an den Anzeigen nach SMG betraf Cannabis (27.126). Im Jahr 2024 kam es zudem zu 8.227 Anzeigen wegen einer Beeinträchtigung durch Suchtgifte im Straßenverkehr gemäß Straßenverkehrsordnung (StVO) bzw. Führerscheingesetz (FSG). Dem stehen 28.867 Anzeigen wegen Alkohols im Straßenverkehr gegenüber.

Die Sicherheitsbehörden setzen Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots: Dazu gehört neben der Kontrolltätigkeit auch die Sicherstellung von illegalen Suchtmitteln sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe oder Suchtgifte (inkl. Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)-Medikamente) enthalten, und *Neuen Psychoaktiven Substanzen* (NPS, auch *research chemicals* bzw. *legal highs* genannt). Der Großteil der Sicherstellungen betrifft Cannabis (15.363 bzw. rund 2.550 kg), gefolgt von Kokain (2.548 bzw. rund 259 kg) und Amphetamin (915 bzw. rund 56 kg). Im Bundeskriminalamt ist zudem eine Meldestelle für Drogenausgangsstoffe eingerichtet.

Darüber hinaus wurde auch im Jahr 2024 der Schwerpunkt auf den Online-Suchtmittelhandel weiter forciert, da sich Onlineplattformen und Krypto-Messengerdienste in den vergangenen Jahren zu einer dauerhaften Ergänzung zu den traditionellen Drogenmärkten, tendenziell zum Erwerb von Suchtmitteln höherer Qualität, entwickelt haben.

Im diesjährigen Bericht werden die Zusammenhänge von Preisen, Reinheit, Anzeigen und Sicherstellungen von Kokain und Heroin betrachtet. Kokain ist die zweithäufigst konsumierte Substanz in Österreich und bei Heroin zeigen sich im Jahr 2024 die ersten Auswirkungen des Anbaustopps von Opium in Afghanistan.

7.2 Aktuelle Situation

7.2.1 Drogenmärkte

Produktion von Drogen in Österreich

Österreich ist in Bezug auf illegale Drogen Transit- und Konsumland. Als Produktionsland für illegale Drogen spielt Österreich grundsätzlich keine wesentliche Rolle, hergestellt werden allerdings einerseits Cannabisprodukte und andererseits synthetische Suchtgifte in sogenannten Küchenlaboren. Die erzeugten Cannabismengen sind im internationalen Vergleich gering. In Österreich konnten im Jahr 2024 490 Orte zur Herstellung von Cannabisprodukten ausgeforscht werden – fast 70 Prozent davon waren indoor angesiedelt. Wie im Vorjahr hat sich ein Rückgang bei den kleinen Anlagen²⁰⁰ aber dafür ein Anstieg bei den mittleren²⁰¹ und großen Anlagen²⁰² gezeigt (BMI 2025). Im Jahr 2024 wurden 12 Labore zur Herstellung von Suchtmitteln und 1 Labor zur Herstellung von Explosivstoffen entdeckt. Wie auch in den letzten Jahren wurden diese in allen Bundesländern außer Burgenland und Vorarlberg zur Herstellung illegaler synthetischer Substanzen ausgeforscht, vorwiegend zur Herstellung von Methamphetamin und Amphetamin. Erstmals in Österreich wurde auch ein Labor zur Herstellung von alpha-PVP (alpha-Pyrrolidinovalerophenon) festgestellt. Diese Substanz unterliegt dem SMG (BMI 2025, Bayer p.M.).

Handelsrouten für den Import von Drogen nach Österreich

Kokain gelangt v.a. über den Seeweg aus Südamerika direkt in Schiffscontainern primär an die großen Industriehäfen wie Rotterdam, Antwerpen oder Hamburg und dann weiter auf dem Landweg nach Europa. Es gewinnen aber auch kleinere, weniger überwachte Häfen in Frankreich und Italien sowie eine Route über afrikanische Länder an Bedeutung. Heroin wird nach wie vor vor allem über die sogenannte „Balkanroute“ transportiert, deren Weg von Afghanistan über den Iran, die Türkei, Bulgarien, Serbien, Kroatien, Slowenien und Österreich bis ins restliche Westeuropa führt. Hinsichtlich des Anbaustopps von Opium kann eine Auswirkung auf die Heroinproduktion sowie die Transportrouten beobachtet werden (BMI 2025)

Der Handel mit illegalen Suchtmitteln im Internet und Darknet bleibt v. a. im Zusammenhang mit Krypto-Messengerdiensten²⁰³ weiterhin ein Thema. Diverse Onlineplattformen stellen in den vergangenen Jahren eine dauerhafte Ergänzung zu den traditionellen Drogenmärkten dar, hier entwickelt sich ein Trend zum Erwerb von Suchtmitteln höherer Qualität bei niedrigem Preis. Vor dem Hintergrund des Ausfalls der Opiumproduktion in Afghanistan wird der Handel mit synthetischen Opioiden als Ersatz befürchtet. 2024 stand v.a. Spanien im Fokus als Ankunftsort für den europäischen Markt. Ketamin wird hingegen im Transit auf dem Weg nach Asien aufgegriffen (BMI 2025).

²⁰⁰ Unter kleinen Anlagen werden Micro- (ein bis fünf Pflanzen), Mini- (sechs bis 49 Pflanzen) und Kleinanlagen (50 bis 249 Pflanzen) subsummiert.

²⁰¹ Mittlere Anlagen umfassen 250 bis 499 Pflanzen.

²⁰² Unter große Anlagen fallen Großanlagen von 500 bis 999 Pflanzen sowie Industrieanlagen mit ab 1.000 Pflanzen.

²⁰³ Krypto-Messengerdienste sind Kommunikationsdienste, die Mitgliedern die Möglichkeit bieten, verschlüsselte Nachrichten, Fotos, Notizen, Sprachkommentare und Videos zu verschicken.

Preise und Reinheit der Substanzen

Angaben, die vom Bundesministerium für Inneres (BMI) zu Preisen der diversen Drogen auf **Straßenverkaufsniveau** gemacht werden, sind Tabelle 37 zu entnehmen. Abbildung 28 zeigt den **Schwarzmarktwert der Sicherstellungen** von 6 ausgewählten illegalen Suchtmitteln im Jahr 2024. Angaben zu diversen Drogen **im Großhandel** finden sich in Tabelle 41 im Anhang. Die Daten des BMI hinsichtlich der Preise beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen und Einvernahmen.

Tabelle 37: Preise der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich 2024 in Euro

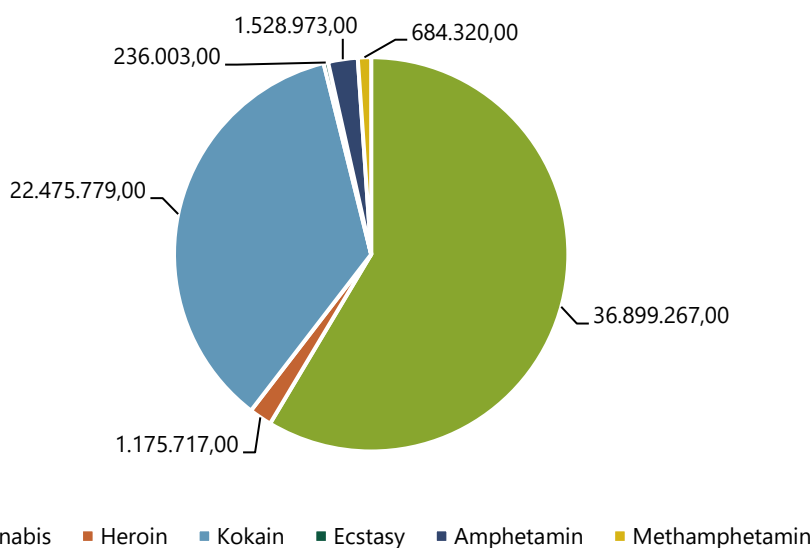
Preise	Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Meth- amphetamin*	MDMA/ Ecstasy**
typisch	10	10	40	80	30	60	10
Obergrenze	40	30	75	120	50	120	15
Untergrenze	7	7	10	50	10	20	5

* Preis pro Gramm

** Preis pro Tablette

Quelle: BMI 2025; Darstellung: GÖG

Abbildung 28: Schwarzmarktwert der Sicherstellungen in Österreich 2024 in Euro



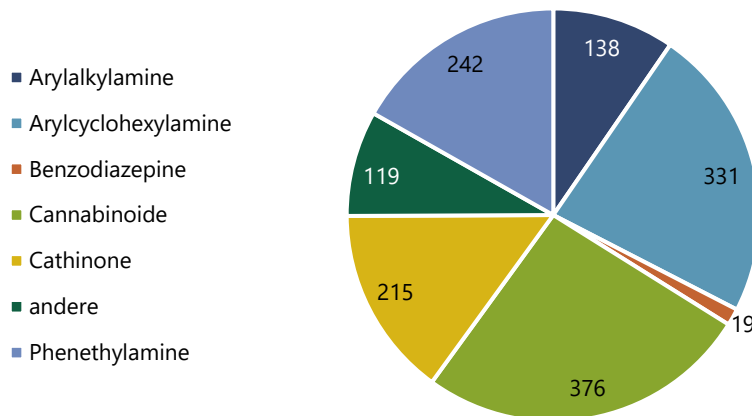
Quelle: BMI 2025; Darstellung: GÖG

Eine Zehn-Jahres-Entwicklung der **Reinheit von Substanzen im Straßenhandel**, basierend auf den Daten des BMI, und die Entwicklung der Reinheit der analysierten Substanzproben werden in Abschnitt 7.3 dargestellt.

Wichtige Informationen über die Entwicklungen des Drogenmarkts stehen auch von den Drug-Checking-Angeboten in Wien, Tirol, Steiermark, Vorarlberg und Kärnten zur Verfügung (siehe dazu Kapitel 3 und Kapitel 6).

Ins österreichische Informations- und Frühwarnsystem (*Early Warning System, EWS*)²⁰⁴ wurden im Jahr 2024 1.250 Neuen Psychoaktive Substanzen (NPS) eingemeldet. Es zeigt sich eine hohe Dominanz synthetischer Cannabinoide (vgl. Abbildung 29 sowie Kapitel 3) und von Arylcyclohexylaminen wie beispielsweise Ketamin (chemische Obergruppen nach Definition der *Drogenagentur der Europäischen Union [EUDA]*²⁰⁵). Aber auch Phenethylamine wie 1-PEA mit halluzinogener Wirkung und Cathinone (beispielsweise 3-MMC) kommen häufig vor. Synthetische Opiode wurden lediglich 13-mal identifiziert, was darauf hindeutet, dass sie auf den österreichischen Drogenmärkten kaum eine Rolle spielen. Synthetische Cannabinoide werden besonders häufig bei polizeilichen Aufgriffen nachgewiesen, bei Drug-Checking-Angeboten stehen stimulierende Substanzen (z. B. Cathinone) im Vordergrund.

Abbildung 29: Meldungen im österreichischen Informations- und Frühwarnsystem nach chemischen Obergruppen 2024 (n = 1.250)



Quelle: österreichisches Informations- und Frühwarnsystem; Darstellung: GÖG

7.2.2 Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen

Anzeigen im Zusammenhang mit illegalen Drogen

Im Jahr 2024 gab es mit insgesamt 37.310 **Anzeigen wegen eines Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG)** erneut eine Steigerung im Vergleich zum Vorjahr. 36.547 Anzeigen bezogen sich auf Suchtgiftdelikte. Bei Kokain kam es zu einem Anstieg um über 22 Prozent (BMI 2025).

²⁰⁴ Im Rahmen des europaweiten Informations- und Frühwarnsystems werden neue Substanzen gemäß einheitlichen europäischen Vorgaben systematisch erfasst, diese können in einigen Fällen von nationalen Gesetzeslagen abweichen. Das heißt, auch wenn Substanzen bereits in die Suchtmittelverordnung übernommen wurden wie beispielsweise das Cannabinoid MDMB-4en-PINACA, werden sie weiterhin im Rahmen dieses Projekts beobachtet und gemeldet.

²⁰⁵ Im Rahmen einer Mandatserweiterung wurde die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA bzw. EBDD) am 2. Juli 2024 in die Drogenagentur der Europäischen Union umbenannt.

Bezogen auf die Bevölkerung gab es in Wien, Vorarlberg, Tirol, Kärnten und Oberösterreich die meisten Anzeigen²⁰⁶ (vgl. Tabelle 44).

Differenziert nach der **Art der Anzeige** (siehe auch Abbildung 32) zeigt sich, dass die Anzahl der Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (33.345) wegen unerlaubten Umgangs mit Suchtgift gemäß § 27 SMG die Anzahl der Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen (3.202) wegen Vorbereitung von Suchtgifthandel gemäß § 28 SMG bzw. wegen Suchtgifthandels gemäß § 28a SMG bei Weitem überstieg²⁰⁷. **Nach involvierten Substanzen differenziert**, zeigt sich, dass Anzeigen wegen Cannabis rund 73 Prozent (27.126) der einschlägigen Anzeigen ausmachen. An zweiter Stelle stehen Anzeigen wegen Kokain/Crack (8.083; rund 13 %), danach folgen Anzeigen wegen Heroin und Opiaten sowie Amphetamin mit je rund 5%. Jeweils (teilweise deutlich) weniger als 5 Prozent der Anzeigen betrafen andere Substanzen (vgl. Tabelle 47 und Abbildung 33). Im Jahr 2024 wurden bei der Staatsanwaltschaft 460 Anzeigen wegen eines Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) eingebracht, im Vorjahr waren es 292 (vgl. Tabelle 46).

Den insgesamt 36.547 Anzeigen des Jahres 2024 stehen 2.464 Festnahmen in Zusammenhang mit dem SMG gegenüber, wobei es keine genaueren Aufschlüsselungen der Festnahmen nach Art des Vergehens oder nach Substanz etc. gibt (vgl. Kapitel 2). Durch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen der Polizei in den einzelnen Bundesländern wie z. B. in Form von Aktionen am Flughafen Wien-Schwechat in Niederösterreich oder in Form des Fokus auf unterschiedliche Tätergruppen unterscheiden sich auch die Verteilungen der Anzeigen auf Länderebene zwischen den Bundesländern mitunter stark (BMI 2025; vgl. Tabelle 43 und Tabelle 44).

Suchtmittelbezogene Anzeigen außerhalb der Drogengesetzgebung

Die nachfolgende Tabelle 38 zeigt, dass die Zahl der Anzeigen wegen Alkohols jene wegen Suchtgifts im Straßenverkehr um ein Vielfaches übertrifft. Die Anzeigen, die Suchtgift betreffen, ist im Vergleich der letzten 5 Jahren erstmals rückläufig.

Im Jahr 2024 ist die Zahl der **vorläufigen Führerschein- und Mopedausweisabnahmen** gemäß § 39 FSG auf 20.661 zurückgegangen. Im Vorjahr lag sie bei 21.927 (Schmid, p. M.). Die Zahlen spiegeln auch die Aktivitäten der Exekutive (z. B. Schwerpunktaktionen) wider.

²⁰⁶ Die Darstellung der Anzeigen pro 100.000 Einwohner:innen stellt keinen Indikator für die Suchtmittelkriminalität im Allgemeinen dar, hier spiegeln sich die Ressourcenmöglichkeiten pro Bundesland wider wie z. B. bei verstärkten Einsätzen am Flughafen Wien-Schwechat.

²⁰⁷ Vergehenstatbestände (§ 27 SMG) betreffen den unerlaubten Umgang mit Suchtgift; Verbrechenstatbestände betreffen die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a), wobei allerdings die in § 28 Abs. 1 dargestellte Straftat nicht als Verbrechen zu klassifizieren ist. Der Einfachheit halber werden im vorliegenden Bericht sämtliche Anzeigen nach den Straftatbeständen in den §§ 28 SMG bzw. 28a SMG als „Verbrechen“ bezeichnet, Anzeigen nach § 27 als „Vergehen“.

Tabelle 38: Anzahl der Anzeigen wegen Alkohols gemäß § 5 StVO und § 14 (8) FSG sowie wegen Suchtgifts gemäß § 5 StVO 2019–2024

Anzeigen	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Suchtgift im Straßenverkehr (§ 5 StVO)	4.364	5.519	6.338	7.499	8.676	8.227
Alkohol im Straßenverkehr (§ 5 StVO bzw. § 14 [8] FSG)	30.930	25.705	28.498	32.875	30.683	28.867
Gesamt	35.294	31.224	34.836	40.374	39.359	37.094

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

7.2.3 Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

Für die Organisation der Aktivitäten zur Verringerung des Drogenangebots sowie zur Leitung und Koordinierung der Sicherheitsbehörden und -dienststellen, der Ermittlungen sowie internationaler polizeilicher Kooperation gegen allgemeine und organisierte Suchtmittelkriminalität ist das Bundesministerium für Inneres (Bundeskriminalamt, Büro 3.3 – Suchtmittelkriminalität) zuständig. Auf Länderebene liegen unter Fachaufsicht des Bundeskriminalamts die entsprechenden Aufgaben bei 9 Landeskriminalämtern mit dem Ermittlungsbereich „Suchtmittelkriminalität“. Stadtpolizeikommanden mit dem Fachbereich „Suchtmittelkriminalität“ sowie Bezirkspolizeikommanden mit eingerichteten Ermittlungsgruppen zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität sind ebenfalls mit der Thematik befasst. Insgesamt werden in Österreich rund 600 speziell ausgebildete Exekutivbedienstete primär im Bereich der Suchtmittelkriminalität eingesetzt. Letztlich werden jedoch die erforderlichen Erstmaßnahmen beim Vollzug des SMG sowie des NPSG von jeder Polizeibeamtin bzw. jedem Polizeibeamten wahrgenommen und entsprechend dem jeweiligen Fall den Fachdienststellen übergeben bzw. selbst abgearbeitet.

Seit 2018 ist im Büro zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität des Bundeskriminalamts ein spezialisiertes Referat zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität via Postversand und Internet eingerichtet. Hier wurden u. a. schwerpunktmäßige Ermittlungen gegen den österreichischen Onlinesuchtmittelhandel bzw. Maßnahmen gegen diverse Suchtmittelabnehmer:innen, aber auch ein internationaler Austausch zu dieser Thematik etabliert (BMI 2025).

Die in Österreich von den Sicherheitsbehörden gesetzten Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots umfassen – neben der Kontrolltätigkeit – auch die Sicherstellung von Suchtgiften sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten (siehe Abschnitt 7.3) Im Jahr 2024 erfolgten 735 Vertriebswegüberprüfungen im Bereich nichterfasster sowie sensibler gelisteter Drogenausgangsstoffe (2023: 504). Darüber hinaus sind 330 allgemeine private Hinweise zu möglichen Verstößen nach dem SMG bzw. anderen Deliktbereichen bei der Meldestelle für Drogenausgangsstoffe²⁰⁸ eingelangt. Weiters gab es 53 Meldungen, seitens des BMASGPK (BMI 2025).

Im Rahmen der Aktivitäten im Bereich der Bekämpfung des Suchtmittelhandels via Postversand und Internet wurde die Kooperation mit der österreichischen Zollverwaltung des Bundesministeriums für Finanzen weiter ausgebaut. Mittels Kontrollen durch die österreichische Zollverwaltung konnten im Jahr 2024 1.179 Postsendungen sichergestellt werden. Weitere 237 Postsen-

²⁰⁸ Drogenausgangsstoffe sind Substanzen, die in der Chemieindustrie und der Medikamentenerzeugung benötigt werden, aber auch zur illegalen Drogenerzeugung verwendet werden können. Für diese Gruppe gelten daher spezifische Überwachungs- und Kontrollvorschriften.

dungen mit Ziel Österreich wurden von internationalen Partnern aufgegriffen. Insgesamt waren es rund 250 Kilogramm Suchtmitteln, wovon der große Anteil Ketamin (84 kg) und Cannabis (58 kg) betrifft. (BMI 2025).

Eine bestehende Herausforderung in der Bekämpfung der organisierten Kriminalität und hier vor allem der Suchtmittelkriminalität wird im Rahmen der *Arbeitsgemeinschaft ACHILLES* (seit April 2021) bearbeitet. Hier liegt der Fokus auf Ermittlungen rund um die Verwendung von Krypto-Messengerdiensten (z. B. ANOM, Sky ECC) zur Durchführung des Suchtmittelhandels (BMI 2025).

Mit den 3 aktuellen Projekten der Zentralstelle zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität im BK: EDSWA, CARCER und S.A.L.T werden weitere Ziele verfolgt:

- EDSWA soll die Aufklärungsquote von Begleit- und Beschaffungskriminalität erhöhen,
- in Kooperation mit dem Bundesministerium für Justiz (BMJ) fokussiert CARCER auf Einrichtungen des Straf- und Maßnahmenvollzugs und
- S.A.L.T. bekämpft Suchtmittelkriminalität entlang der Transportrouten Sea, Air, Land und Train in Kooperation mit nationalen Dienststellen, den Zollbehörden, Schifffahrts- sowie Luftaufsichtsbehörden (BMI 2025).

Zusätzlich koordiniert Europol über die *European Multidisciplinary Platform Against Criminal Threats (EMPACT)* europaweite strategische sowie operative Maßnahmen, an denen sich auch Österreich beteiligt (BMI 2025).

7.3 Trends

7.3.1 Trends bei Sicherstellungen, Preis und Reinheit

Sicherstellungen

Die **Cannabissicherstellungen** (15.363) machten im Jahr 2024 mit gut 67 Prozent den Großteil der **Sicherstellungen** aus, gefolgt von Kokain (2.548; rund 11 %). Die Anzahl der Sicherstellungen weiterer Substanzen lag (teils deutlich) unter diesen Anteilen. Ein Überblick über die Sicherstellungen in den vergangenen 10 Jahren ist in Tabelle 50 zu sehen.

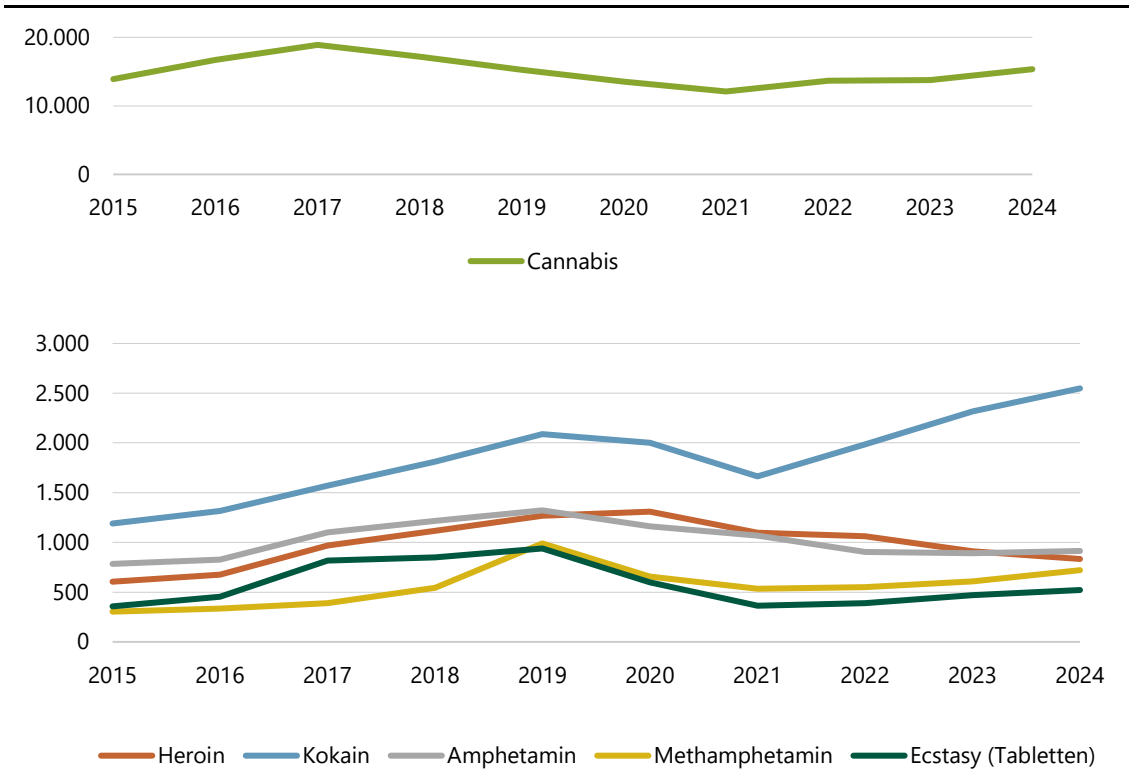
Abbildung 30 veranschaulicht die Entwicklung der Sicherstellungen in den vergangenen 10 Jahren für ausgewählte Substanzen. Bei **Cannabis** zeigt sich bis 2017 ein Anstieg, gefolgt von einem Rückgang bis 2021. Seither zeigen die Cannabissicherstellungen einen leichten Aufwärtstrend, ohne den Wert aus 2021 zu erreichen. Der allgemeine Trend bei Aufgriffen von **Kokain** zeigt in den letzten 10 Jahren einen kontinuierlichen Anstieg.

In Tabelle 52 im Anhang wird sowohl die Anzahl der Sicherstellungen von OAT-Medikamenten als auch die dabei jeweils sichergestellte Menge in den Jahren 2020 bis 2024 dargestellt.

Die sichergestellten Mengen schwanken – aufgrund einzelner Grobsicherstellungen – von Jahr zu Jahr mitunter um ein Vielfaches, wie Tabelle 51 zu entnehmen ist.

Neben Schwerpunktsetzungen der Exekutive und dem Konsumverhalten der Bevölkerung spielen auch externe Faktoren wie das Produktionsausmaß oder die Möglichkeit von Onlinebestellungen, die immer mehr an Bedeutung gewinnen, eine Rolle.

Abbildung 30: Sicherstellungen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Art des Suchtgifts 2015-2024



Aufgrund der Größenordnung der Beschlagnahmen wegen Cannabis werden diese in einem gesonderten Diagramm dargestellt.

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

Preise

Bei den **maximalen Beschaffungspreisen** (Straßenverkaufs niveau) zeigten sich in den Jahren 2015 bis 2024 mitunter starke Schwankungen. Die dargestellten Daten beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen und Einvernahmen des BMI (vgl. Tabelle 39).

Tabelle 39: Maximaler Preis von Suchtgiften im Straßenhandel in Österreich 2015–2024 in Euro

Suchtgift/Suchtmittel	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Cannabisharz (1 Gramm)	15	20	20	10	12	10	15	12	15	30
Cannabiskraut (1 Gramm)	12	15	15	10	15	15	15	12	15	40
Heroin braun (1 Gramm)	100	90	90	80	90	90	100	59	100	75
Kokain (1 Gramm)	150	150	150	150	120	150	120	110	120	120
Amphetamin (1 Gramm)	60	60	60	60	40	60	40	30	40	50
Methamphetamin (1 Gramm)	130	130	130	130	150	120	150	96	150	120
Ecstasy ²⁰⁹ (1 Tablette/Einheit)	30	15	25	25	15	30	20	10	15	15

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

Reinheit

Bei den **durchschnittlichen Reinheitswerten** (Straßenhandel) zeigten sich in den Jahren 2015 bis 2024 ebenfalls immer wieder Schwankungen. Die dargestellten Daten in Tabelle 40 beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen und Sicherstellungen des BMI.

Tabelle 40: Durchschnittliche Reinheit (Mittelwert) der untersuchten Suchtgifte im Straßenhandel in Österreich 2015–2024

Suchtgift/Suchtmittel	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Cannabisharz (% THC)	15,2	15,1	13,2	15,3	16,5	16,0	16,5	24,8	25,7	28,14
Cannabiskraut (% THC)	9,8	10,8	9,6	8,8	7,0	6,1	9,1	9,2	11,3	13,48
Heroin braun (%)	13,7	13,7	15,0	15,8	17,7	17,7	14,2	15,2	17,1	6,46
Kokain (%)	33,4	45,9	51,4	53,2	51,9	59,7	53,6	62,8	68,3	75,83
Amphetamin (%)	18,5	14,5	13,8	12,4	19,8	21,8	16,0	20,2	15,0	10,5
Methamphetamin (%)	51,5	58,7	57,2	55,1	59,4	62,7	64,6	65,3	68,0	78,32
Ecstasy (%)	48,7	47,7	38,3	49,9	41,5	44,9	-	-	38,6	31,36

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

Informationen zur **Reinheit von Substanzen** stehen auch aus dem Drug-Checking (*checkit!* [Wien], *Drogenarbeit Z6* [Tirol], *Kontaktladen & Streetwork* [Graz], *Triptalks* [Vorarlberg]) zur Verfügung (vgl. auch Kapitel 3 bzw. 6). Es handelt sich um eine selektive Stichprobe, die essenzielle Aufschlüsse über neue Entwicklungen ermöglicht, aber nur mit Vorbehalt Rückschlüsse auf den gesamten Drogenmarkt in Österreich zulässt (vgl. SHW 2025, *Drogenarbeit Z6* 2025).

Abbildung 31 zeigt die Entwicklung der Reinheit der Substanzproben, die im Rahmen von *checkit!* analysiert wurden.

Bei Ecstasy/MDMA ist weiterhin ein Trend dahingehend zu beobachten, dass sie außer den erwarteten Substanzen keine bzw. kaum andere pharmakologisch aktive Wirkstoffe beinhalten. In Wien waren 92 % der MDMA-Proben und 97 % der Ecstasy-Tabletten wie erwartet zusammengesetzt. Der Wirkstoffgehalt von MDMA-Kristallen stieg in Graz auf durchschnittlich 942 mg/g (*Triptalks* 2025). Es wurde vor Überdosierungen bei hochdosierten Tabletten (>200 mg) ge-

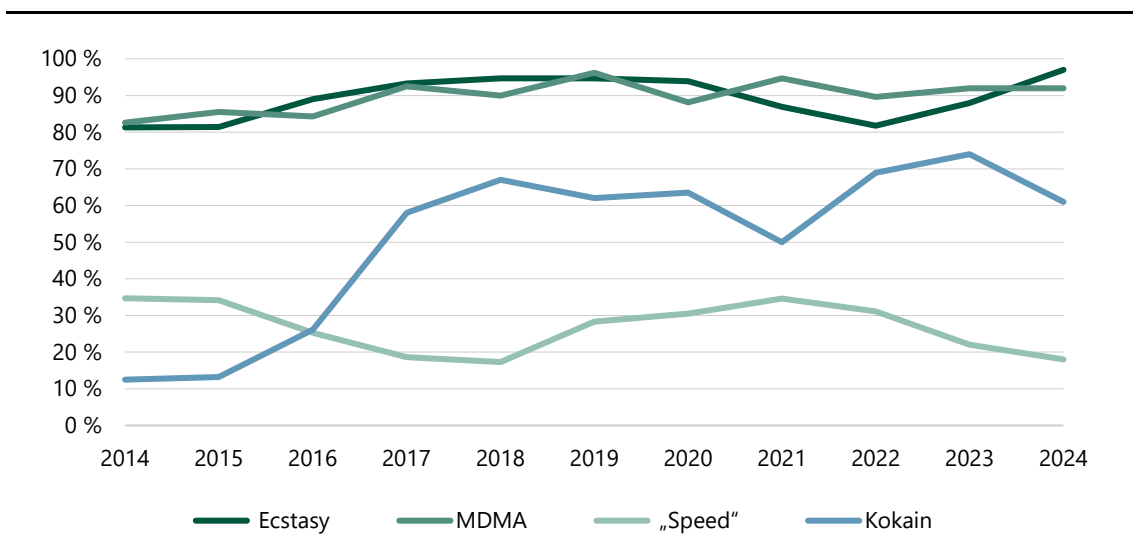
²⁰⁹ Der umgangssprachliche Begriff Ecstasy wird in diesem Bericht synonym für MDMA verwendet.

warnung²¹⁰ (SHW 2025). Bei Kokain nimmt die Reinheit erstmals seit Jahren wieder ab und es wurden zunehmend Streckmitteln wie Procain und Levamisol nachgewiesen. In Tirol und Graz enthielten 39% der Kokainproben Streckstoffe, in Wien 31% (SHW 2025, Drogenarbeit Z6 2025, Triptalks 2025). Trotz dieser Beimischungen blieb der Wirkstoffgehalt insgesamt hoch (z.B. Graz: 785 mg/g) (Triptalks 2025). Hohe Verunreinigungen zeigen sich hingegen bei Amphetamin/Speed. In Wien enthielten nur 18% der Proben ausschließlich Amphetamin, 76% waren gestreckt, meist mit Koffein (SHW 2025). In Graz wurde in 26 Fällen 1-PEA in Speed nachgewiesen (Triptalks 2025).

Insgesamt ist im längerfristigen Zeitverlauf zu beobachten, dass bei den meisten Drogen die Substanzreinheit steigt, der Preis jedoch, vor allem wenn man die Inflation beachtet, sinkt. Dies zeigte sich im Jahr 2024 vor allem bei Kokain und Methamphetamin. Die Reinheit von Heroin hat sich 2024 im Vergleich zum Vorjahr mehr als halbiert bei gleichzeitigem Preisrückgang (vgl. auch Tabelle 39).

Abbildung 31 zeigt den Anteil der analysierten Proben (Checkit!), die ausschließlich einen der vier als pharmakologisch aktiven Wirkstoff erwartete Substanz enthielt.

Abbildung 31: Anteil der bei *Checkit!* analysierten Proben, die ausschließlich den erwarteten Inhaltsstoff enthielten, 2014–2024



Quelle: SHW 2025; Darstellung: GÖG

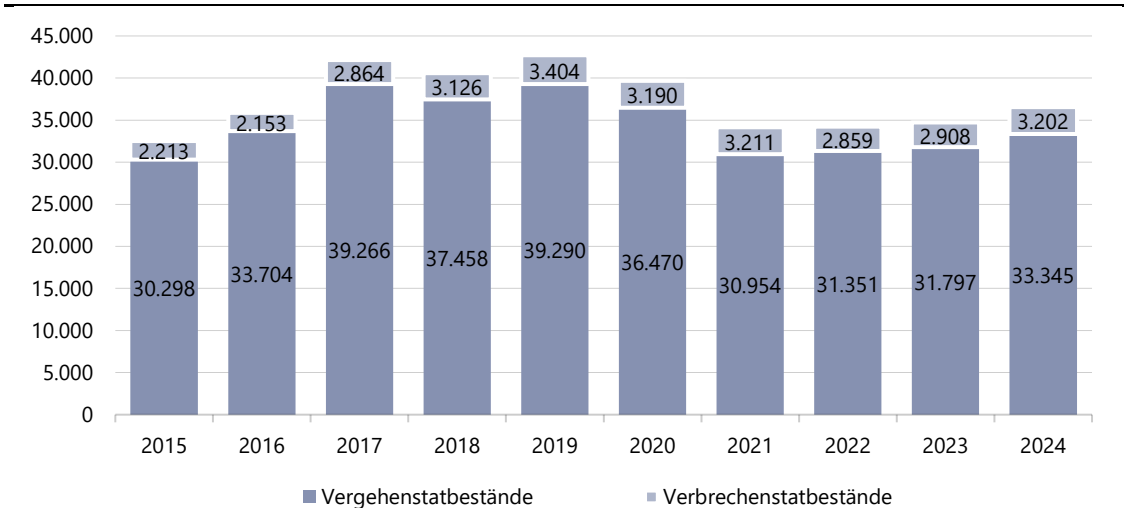
7.3.2 Trends bei drogenbezogenen Anzeigen

Abbildung 32 stellt die langfristige Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG) und Verbrechenstatbeständen (§ 28 und § 28a SMG) (siehe auch Kapitel 2) dar, wobei hier nur Suchtgifte berücksichtigt wurden. Bis 2019 stiegen die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen deutlich an, in den Jahren 2020 und

²¹⁰ Die Dosierung einer Substanz in den Tabletten oder im Pulver steigt mit zunehmendem Reinheitsgehalt.

2021 war ein Rückgang zu verzeichnen, seither ist ein leichter Aufwärtstrend zu erkennen (33.345 Fälle im Jahr 2024) der Wert von 2019 wird jedoch nicht erreicht (BMI 2025).

Abbildung 32: Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehens-¹ und Verbrechenstatbeständen² 2015–2024



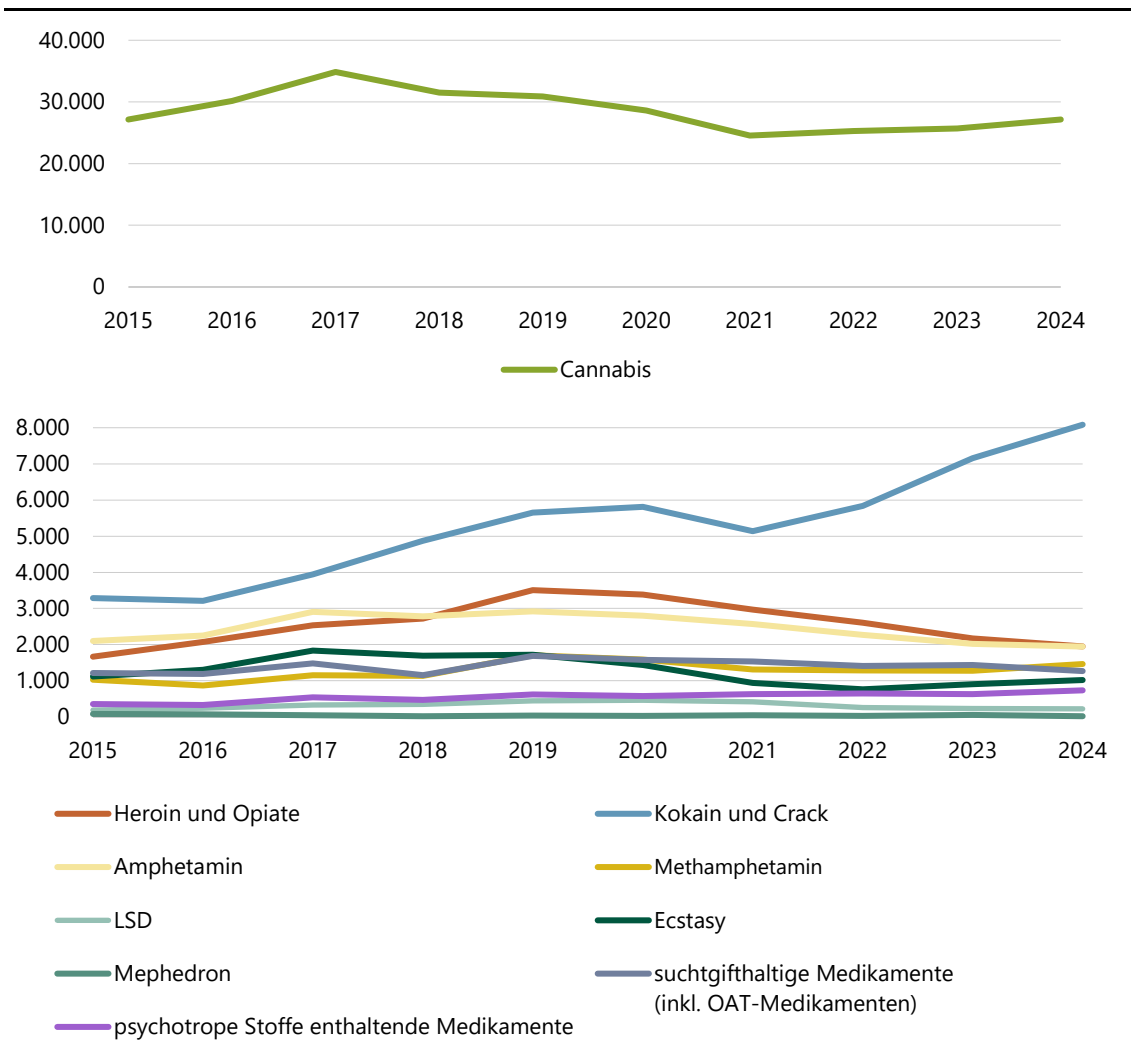
¹ Vergehenstatbestände (§ 27 SMG) betreffen den unerlaubten Umgang mit Suchtgift.

² Verbrechenstatbestände betreffen die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28 SMG) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a SMG).

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

Abbildung 33 präsentiert die Entwicklung der **Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach der Art des Suchtgifts** (siehe auch Tabelle 47). Die Anzeigen wegen Cannabis, Methamphetamin sind im Jahr 2024 im Vergleich zum Vorjahr wieder leicht gestiegen. Bei Kokain/Crack kam es ebenfalls erneut zu einem Anstieg der Zahlen, hier ist seit 2021 ein kontinuierlicher Anstieg zu sehen. Bei Heroin/Opiaten sowie suchtgifthaligen Medikamenten zeigt sich ein leichter Rückgang.

Abbildung 33: Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Art des Suchtgifts 2015–2024

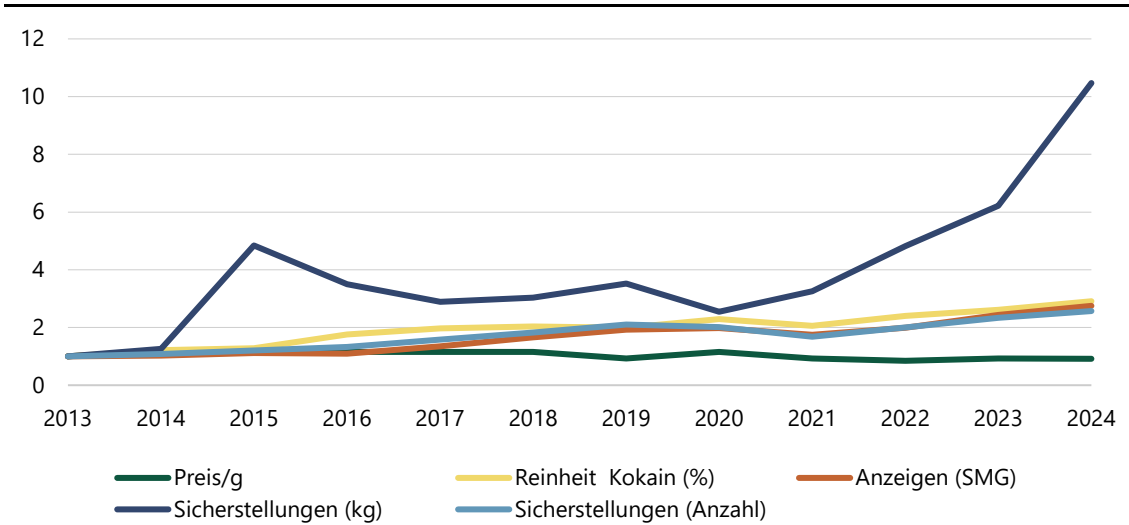


Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Aufgrund der Größenordnung der Anzeigen wegen Cannabis werden diese in einem gesonderten Diagramm dargestellt.

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

Abbildung 34 zeigt Zusammenschau der Entwicklung der maximalen Preise (Straßenhandel), der durchschnittlichen Reinheit sowie von Anzeigen und Sicherstellungen für Kokain. Bei steigender Reinheit sank, unter Berücksichtigung der Inflation, der Preis in den vergangenen Jahren. Weiters sind Parallelen zwischen der Anzahl der Sicherstellungen und der Anzahl der Anzeigen nach SMG zu sehen. Was deutlich auffällt, ist weiter der starke Anstieg der Menge an sichergestelltem Kokain, der sich durch vermehrte Großaufgriffe erklären lässt, 2024 ist hier speziell eine Großsicherstellung von über 130 kg enthalten. Die dargestellten Schwankungen spiegeln allerdings auch die Aktivitäten der Exekutive (z. B. Schwerpunktaktionen) wider.

Abbildung 34: Maximale Preise, durchschnittliche Reinheit, Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz sowie Sicherstellungen (Menge und Anzahl) für Kokain 2014–2024

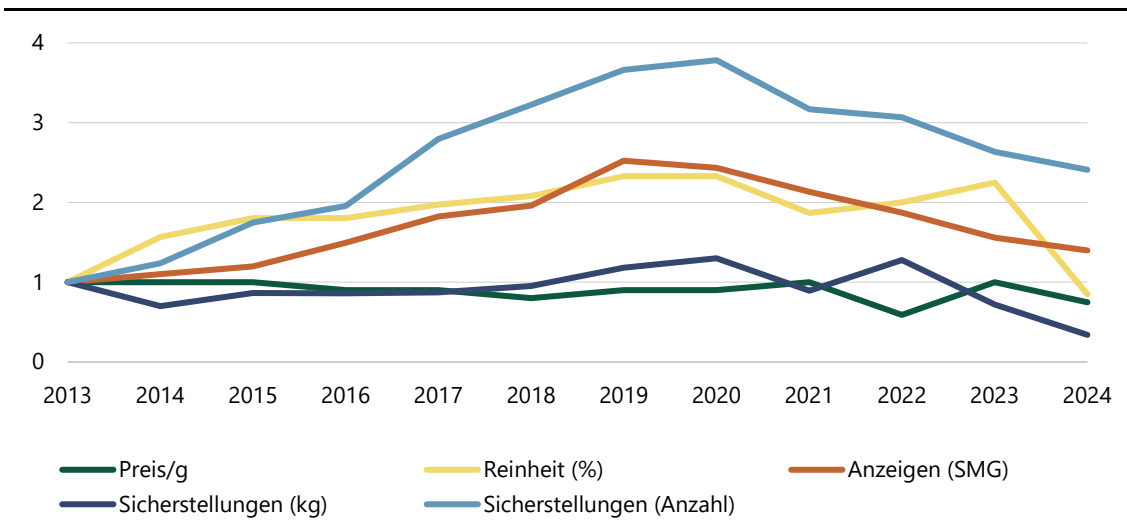


Zur besseren Vergleichbarkeit wurde hier eine Indexdarstellung gewählt. Als Indexjahr wurde 2013 festgelegt.

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

Abbildung 35 zeigt den Zusammenhang der Entwicklung der maximalen Preise (Straßenhandel), der durchschnittlichen Reinheit sowie von Anzeigen und Sicherstellungen für Heroin. Aufgrund des Anbauverbots von Opium in Afghanistan seit 2022 ist die Produktion dort stark zurückgegangen. Trotzdem ist kein Preisanstieg festzustellen. Im Jahr 2024 ist jedoch eine Halbierung der Reinheit zu erkennen, was auf eine mögliche zunehmende Knappheit hindeuten könnte. Die Anzahl der Sicherstellungen sowie die Anzeigen zeigen schon seit 2020 einen Rückgang, die Menge der sichergestellten Substanz sinkt erst seit 2022.

Abbildung 35: Maximale Preise, durchschnittliche Reinheit, Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz sowie Sicherstellungen (Menge und Anzahl) für Heroin 2014–2024



Zur besseren Vergleichbarkeit wurde hier eine Indexdarstellung gewählt. Als Indexjahr wurde 2013 festgelegt.

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

7.4 Neue Entwicklungen

7.5 Quellen und Methodik

Die in diesem Kapitel referierten Informationen zu Produktion, Schmuggel und Sicherstellungen stammen vom Bundesministerium für Inneres (BMI), das auch die Daten betreffend Anzeigen, Preise und Reinheit bereitstellte. Weitere Angaben zu Inhaltsstoffen und Reinheit stammen von den Drug-Checking-Einrichtungen *Checkit!*²¹¹, *Drogenarbeit Z6*²¹² und *Triptalks*²¹³ (vgl. Kapitel 6). Die Zahlen hinsichtlich der Anzeigen wegen Suchtgifts und Alkohols im Straßenverkehr wurden ebenfalls vom BMI zur Verfügung gestellt.

7.6 Bibliografie

BMI (2025). Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2024. Statistiken und Beiträge zu Anzeigen, Sicherstellungen und Ermittlungen. Bundesministerium für Inneres, Bundeskriminalamt. Wien

checkit! (2025). Drug Checking Jahresbericht 2024. Wien

Drogenarbeit Z6 (2025). Tätigkeitsbericht 2024. Verein Z6. Innsbruck

²¹¹ *Checkit!* ist ein Kooperationsprojekt der *Suchthilfe Wien gGmbH* mit dem Klinischen Institut für medizinische Labordiagnostik der MedUni Wien und bietet u. a. Laboranalysen psychoaktiver Substanzen im Rahmen von Events (Partys, Raves, Festivals etc.) an.

²¹² *Drogenarbeit Z6* bietet in Kooperation mit der Gerichtsmedizin Innsbruck Drug-Checking bei Musikevents, Konzerten und Partys in Innsbruck und ganz Tirol an.

²¹³ *Triptalks* ist ein Projekt von Caritas Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich in Graz und bietet Drug-Checking für Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Substanzen an.

SHW (2025). *Bereich Suchtprävention*. Tätigkeitsbericht 2024. Suchthilfe Wien GmbH. Wien

Triptalks (2025). Jahresbericht 2024. Caritas Kontaktladen. Graz

Koje (2025): Jahresbericht 2024.

7.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Bayer, Raphael	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Lichtenegger, Daniel	Bundesministerium für Inneres
Schmid, Thomas	Bundesministerium für Inneres

7.8 Anhang

Tabelle 41: Preise der diversen Drogen im Großhandel in Österreich 2024 in Euro

Preise	Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Meth- amphetamin*	MDMA/ Ecstasy**
typisch	3.300	3.300	25.000	65.000	8.500	28.000	7.000
Untergrenze	2.500	2.400	10.000	27.000	2.000	10.000	4.000
Obergrenze	4.600	5.500	50.000	65.000	20.000	60.000	10.000

* Preis pro Kilogramm

** Preis pro 1.000 Tabletten

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

Tabelle 42: Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Erst- und Wiederholungstäterinnen bzw. -tätern 2015–2024

Anzeigen*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Anzeigen insgesamt	32.907	36.235	42.610	41.044	43.329	40.299	34.837	34.928	35.445	37.310
Ersttäter:innen	17.570	22.715	25.961	23.598	29.499	25.611	19.282	17.661	16.893	16.914
Wiederholungstäter:innen	13.235*	10.741	13.694	14.190	10.561	12.352	13.714	15.090	16.055	17.531

* alle Anzeigen, nicht nur wegen Suchtgiften, sondern auch wegen psychotroper Stoffe

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = unbekannte Täter:innen

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

Tabelle 43: Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Bundesland 2015–2024

Bundesland	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Burgenland	855	895	1.001	967	980	869	697	741	777	780
Kärnten	1.607	1.646	2.184	2.403	2.824	2.466	2.440	2.347	2.258	2.572
Niederösterreich	4.019	4.153	5.477	5.051	5.069	4.790	4.663	4.253	4.116	4.254
Oberösterreich	5.104	6.006	7.578	7.537	7.052	7.364	6.011	6.348	6.346	6.525
Salzburg	1.755	2.106	2.265	2.378	2.742	2.591	2.162	2.225	2.475	2.178
Steiermark	3.246	3.363	4.254	4.125	4.961	4.182	3.718	3.782	3.693	3.988
Tirol	3.917	3.987	3.941	3.737	4.191	4.430	3.290	3.009	3.294	3.650
Vorarlberg	1.304	1.498	1.597	1.830	2.046	1.838	1.585	1.757	2.019	2.022
Wien	10.704	12.203	13.833	12.556	12.792	11.130	9.599	9.748	9.727	10.578
Anzeigen gesamt	32.511	35.857	42.130	40.584	42.657	39.660	34.165	34.210	34.705	36.547

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

Tabelle 44: Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte)
nach Bundesland 2015–2024 pro 100.000 EW²¹⁴

Bundesland	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Burgenland	288,8	302,4	338,2	326,7	331,1	293,6	235,5	246,0	257,3	258,6
Kärnten	284,7	291,6	386,9	425,7	500,3	436,8	432,2	412,5	396,3	451,4
Niederösterreich	236,6	244,5	322,4	297,3	298,4	282,0	274,5	247,5	238,8	246,3
Oberösterreich	339,1	399,0	503,5	500,8	468,5	489,3	399,4	416,9	414,7	424,7
Salzburg	311,9	374,3	402,6	422,7	487,4	460,5	384,3	391,5	433,1	380,1
Steiermark	259,1	268,4	339,5	329,2	396,0	333,8	296,8	298,9	290,8	313,6
Tirol	512,6	521,8	515,8	489,1	548,5	579,8	430,6	390,1	424,5	469,2
Vorarlberg	324,6	372,9	397,6	455,6	509,4	457,6	394,6	432,3	492,5	490,9
Wien	554,2	631,8	716,1	650,0	662,3	576,2	497,0	491,8	485,0	520,5
Anzeigen gesamt	364,0	401,4	471,6	454,3	477,5	444,0	382,5	375,7	378,4	397,1

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

Tabelle 45: Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe)
nach Bundesland 2015–2024

Bundesland	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Burgenland	3	2	1	1	4	6	3	16	12	4
Kärnten	33	12	26	24	22	59	48	69	69	103
Niederösterreich	45	27	39	29	40	47	61	61	59	76
Oberösterreich	32	49	114	118	124	103	123	124	138	98
Salzburg	8	7	16	19	22	22	24	45	42	39
Steiermark	10	10	31	14	36	52	45	58	69	96
Tirol	51	34	51	45	38	65	51	86	65	67
Vorarlberg	9	29	7	13	25	20	25	24	56	48
Wien	187	178	195	193	322	259	283	230	226	221
Anzeigen insgesamt	378	348	480	457	633	633	663	713	736	752

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

²¹⁴ Die Darstellung der Anzeigen pro 100.000 Einwohner:innen stellt keinen Indikator für die Suchtmittelkriminalität im Allgemeinen dar, hier spiegeln sich die Ressourcenmöglichkeiten pro Bundesland wider, wie z. B. bei verstärkten Einsätzen am Flughafen Wien-Schwechat.

Tabelle 46: Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz nach Bundesland 2015–2024

Bundesland	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Burgenland	0	2	1	4	12	14	12	5	5	8
Kärnten	0	7	5	1	13	12	14	12	19	20
Niederösterreich	16	16	44	28	81	65	118	78	54	62
Oberösterreich	11	13	11	35	99	121	124	81	86	129
Salzburg	0	4	3	4	26	23	24	7	14	18
Steiermark	11	13	7	17	48	85	86	39	26	68
Tirol	6	4	7	10	42	16	27	22	34	48
Vorarlberg	2	9	3	7	18	17	15	4	3	8
Wien	2	10	8	27	99	133	204	56	51	99
Anzeigen insgesamt	48	78	89	133	438	486	624	304	292	460

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

Tabelle 47: Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel 2015–2024

Suchtgift/Suchtmittel	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Cannabis	27.127	30.184	34.857	31.491	30.905	28.587	24.548	25.293	25.697	27.126
Heroin und Opiate	1.666	2.077	2.533	2.724	3.507	3.381	2.965	2.601	2.168	1.946
Kokain/Crack	3.287	3.211	3.944	4.872	5.653	5.807	5.138	5.834	7.157	8.083
Amphetamin	2.097	2.253	2.909	2.779	2.920	2.804	2.570	2.270	2.019	1.946
Methamphetamin	1.026	869	1.154	1.133	1.705	1.590	1.313	1.288	1.281	1.467
LSD	189	238	327	344	448	461	422	255	230	223
Ecstasy	1.115	1.307	1.835	1.697	1.721	1.434	941	764	907	1.018
Mephedron	82	75	43	19	37	26	42	28	52	19
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. OAT-Medikamenten)	1.213	1.186	1.478	1.155	1.688	1.579	1.536	1.409	1.434	1.264
sonstige Suchtgifte*	232	381	363	304	494	637	577	546	615	887
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	—	—	183	135	215	291	203	141	154	84
psychotrope Substanzen	46	37	77	91	150	162	183	196	273	244
psychotrope Medikamente	359	330	539	475	622	578	627	646	630	735
Drogenausgangsstoffe	13	8	1	12	1	18	16	10	10	50

— = Daten nicht verfügbar

Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Daher unterscheidet sich die Gesamtanzahl von der Summe der Anzeigen.

* Hier sind auch psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze inkludiert.

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

Tabelle 48: Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland 2024

Suchtgift/Suchtmittel	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Gesamt
Cannabis	663	1.792	3.273	4.730	1.655	3.315	2.632	1.631	7.435	27.126
Heroin und Opiate	24	310	142	607	36	86	23	23	695	1.946
Kokain/Crack	182	693	751	1.180	569	782	1.091	519	2.316	8.083
Amphetamin	38	46	273	476	220	255	125	94	419	1.946
Methamphetamin	44	21	329	433	53	60	92	17	418	1.467
LSD	8	17	32	32	22	29	32	9	42	223
Ecstasy	49	44	119	177	57	143	75	15	339	1.018
Mephedron	—	—	3	4	1	8	1	—	2	19
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. OAT-Medikamenten)	12	51	92	287	29	112	45	25	611	1.264
sonstige Suchtgifte*	14	40	139	160	69	145	125	20	175	887
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	3	5	15	16	4	16	13	—	12	84
psychotrope Substanzen	3	62	24	35	27	28	28	14	30	251
Medikamente, die psycho- trophe Stoffe enthalten	4	86	97	86	26	105	54	42	232	735
Drogenausgangsstoffe	—	4	20	10	—	9	1	—	6	50

Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Daher unterscheidet sich die Gesamtanzahl von der Summe der Anzeigen.

*Hier sind auch psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze inkludiert.

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

Tabelle 49: Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland 2024 pro 100.000 EW²¹⁵

Suchtgift/ Suchtmittel	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Gesamt
Cannabis	219,84	314,50	189,49	307,88	288,86	260,64	338,31	395,95	365,76	294,77
Heroin und Opiate	7,96	54,41	8,22	39,51	6,28	6,76	2,96	5,58	35,19	21,15
Kokain/Crack	60,35	121,62	43,48	76,81	99,31	61,48	140,23	125,99	113,93	87,84
Amphetamin	12,60	8,07	15,81	30,98	38,40	20,05	16,07	22,82	20,61	21,15
Methamphetamin	14,59	3,69	19,05	28,18	9,25	4,72	11,83	4,13	20,56	15,94
LSD	2,65	2,98	1,85	2,08	3,84	2,28	4,11	2,18	2,07	2,42
Ecstasy	16,25	7,72	6,89	11,52	9,95	11,24	9,64	3,64	16,68	11,06
Mephedron	—	—	0,17	0,26	0,17	0,63	0,13	—	0,10	0,21
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. OAT-Medikamenten)	3,98	8,95	5,33	18,68	5,06	8,81	5,78	6,07	30,06	13,74
sonstige Suchtgifte*	4,64	7,02	8,05	10,41	12,04	11,40	16,07	4,86	8,61	9,64
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	0,99	0,88	0,87	1,04	0,7	1,26	1,67	—	0,59	0,91
psychotrope Substanzen	0,99	10,88	1,39	2,28	4,71	2,20	3,60	3,40	1,48	2,73
Medikamente, die psycho- trope Stoffe enthalten	1,33	15,09	5,62	5,79	4,54	8,26	6,94	10,20	11,41	7,99
Drogenausgangsstoffe	—	0,70	1,16	0,65	—	0,71	0,13	—	0,30	0,54

Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Daher unterscheidet sich die Gesamtanzahl von der Summe der Anzeigen.

*Hier sind auch psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze inkludiert.

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

²¹⁵ Die Darstellung der Anzeigen pro 100.000 Einwohner:innen stellt keinen Indikator für die Suchtmittelkriminalität im Allgemeinen dar, hier spiegeln sich die Ressourcenmöglichkeiten pro Bundesland wider, wie z. B. bei verstärkten Einsätzen am Flughafen Wien-Schwechat.

Tabelle 50: Anzahl der Sicherstellungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich
2015–2024

Suchtgift/Suchtmittel	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Cannabis (-kraut, -harz, -konzentrat)	13.879	16.697	18.896	17.154	16.263	13.535	12.100	13.664	13.763	15.363
Cannabispflanzen	—	508	534	565	516	564	552	441	345	334
Heroin	605	677	967	1.115	1.267	1.309	1.096	1.061	911	833
Kokain	1.190	1.315	1.571	1.810	2.089	2.000	1.664	1.986	2.316	2.548
Amphetamin	784	828	1.099	1.215	1.322	1.163	1.068	904	892	915
Methamphetamin	304	334	389	544	990	655	535	550	608	720
LSD	69	90	131	180	278	283	255	133	120	111
Ecstasy	357	455	818	851	939	597	364	388	469	520
Mephedron	12	8	6	10	15	15	20	20	16	8
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. OAT-Medikamenten)	704	655	769	676	1.057	946	750	701	720	646
sonstige Suchtgifte*	127	176	168	167	315	417	344	324	335	406
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	53	90	103	68	155	233	146	107	103	54
psychotrope Substanzen	18	21	33	47	62	56	82	88	109	105
psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente	242	251	349	325	442	377	431	427	442	156
Drogenausgangsstoffe	9	5	—	10	1	16	14	7	6	35

— Daten nicht verfügbar

* Hier sind auch psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze inkludiert.

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

Tabelle 51: Sicherstellungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach Menge 2015–2024

Suchtgift/Suchtmittel	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Cannabis (-kraut, -harz, -konzentrat; kg)	1.138,8	1.082,7	1.659,2	1.499,63	1.367,87	2.056,78	2.113,35	1.758,09	2.660,18	2.550,53
Cannabispflanzen (Stk.)	—	24.166	31.102	24.571	26.568	17.881	41.230	22.224	22.123	40.101
Heroin (kg)	69,5	68,9	70	76,4	94,64	104,27	71,53	102,43	57,01	27,26
Kokain (kg)	119,6	86,4	71,4	74,99	87,12	62,99	80,53	119,19	153,61	258,71 ³⁾
Amphetamin (kg)	66,6	87,6	50,3	76,77	122,21	36,84	83,43	29,26	94,07	55,6
Methamphetamin (kg)	2,9	4,8	5,0	8,0	30,2	9,24	10,48	9,73	8,90	12,03
LSD (Trips)	1.848	1.865	1.374	3.564	3.440	7.066	6.546	2.494	4.050	1.711,5
Ecstasy (Stk.)	10.148	29.485	446.465 ¹⁾	83.037	77.922	89.148	53.121	20.982	30.362	25.285,5
Mephedron (kg)	0,2	0,02	0,02	0,06	0,48	0,15	22,43	0,24	0,15	0,04
suchtgifthaltige Medikamente (Stk.) inkl. OAT-Medikamenten)	7.343	4.820	52.574 ²⁾	59.754	45.115	7.649	15.063	10.720	7.399	7.552,5
sonstige Suchtgifte (kg)*	3,6	4,8	2,1	6,8	38,74	16,52	68,62	12,56	41,84	8,66
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	—	—	1,5	1,1	36,77	7,41	4,1	3,04	6,97	3,75
psychotrope Substanzen (kg)	15,4	0,18	1	29,2	0,8	0,27	1,08	0,67	0,6	0,31
Medikamente, die psychotrope Stoffe enthalten (Stk.)	3.697	4.325	8.077	24.221	27.221	68.594	16.117	20.810	19.418	32.308,5
Drogenausgangsstoffe**: fest (kg)	2.223,2	—	—	1	—	0,0004	0,36	0,25	0,05	20,29
Drogenausgangsstoffe**: flüssig (l)	—	6,65	—	11	1	15,48	22,75	8,85	6,3	50,35

— Daten nicht verfügbar

* Hier sind auch psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze inkludiert.

** Drogenausgangsstoffe wurden bis inklusive 2015 in Kilogramm, ab 2016 in Litern angegeben; seit 2018 erfolgen die Angaben je nach Substanz in Litern bzw. Kilogramm.

1) Es gab eine Grobsicherstellung von rund 400.000 Stück (Lichtenegger, p. M.).

2) Es gab eine Grobsicherstellung im Rahmen des JIFTdrugs/f_air-Projekts (Lichtenegger, p. M.).

3) Es gab eine Grobsicherstellung von über 130 kg (Lichtenegger, p. M.).

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

Tabelle 52: Sicherstellungen von OAT-Medikamenten in Österreich nach Menge und Anzahl 2020–2024

Wirkstoff	Sicherstellungen 2020	Menge (Stück) 2020	Sicherstellungen 2021	Menge (Stück) 2021	Sicherstellungen 2022	Menge (Stück) 2022	Sicherstellungen 2023	Menge (Stück) 2023	Sicherstellungen 2024	Menge (Stück) 2024
Codein	12	189	11	129	15	797	18	289	9	67
Buprenorphin	39	192	93	2.382	87	619	40	290	49	476
Levomethadon	0	0	4	18	9	20	10	71	14	51,5
Methadon	12	104	23	578	27	138	24	185	11	82
Morphin retard	667	4.480	486	5.810	432	5.393	494	2.993	462	4.857
Gesamt	730	4.965	617	8.917	570	6.957	586	3.828	545	5.533,5

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

Haft

Inhalt

8	Haft	221
8.1	Zusammenfassung.....	221
8.2	Aktuelle Situation	222
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und der Gefängnispopulation.....	222
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme.....	227
8.2.3	Interventionen im Kontext Drogen und Gesundheit während der Haft.....	227
8.2.4	Qualitätssicherung für Interventionen im Kontext Drogen und Gesundheit während der Haft	233
8.3	Trends	236
8.4	Neue Entwicklungen	236
8.5	Quellen und Methodik.....	238
8.6	Bibliografie.....	239
8.7	Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen.....	241
8.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	242
8.9	Anhang	242

8 Haft

8.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Der Straf- und Maßnahmenvollzug in Österreich unterliegt der Zuständigkeit des Bundes und obliegt der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen (Sektion II) im Bundesministerium für Justiz (BMJ). 29 Justizanstalten mit 13 Außenstellen bieten eine Belagskapazität von 8.232 Haftplätzen (Stand 1. April 2025). Abteilungen der Justizanstalten Innsbruck, Klagenfurt, Stein und Wien-Simmering sind speziell auf die Suchtbehandlung von Insassen ausgelegt (Maßnahmenabteilungen gemäß § 22 StGB und § 68a StVG). Suchtkranken Frauen steht in der Justizanstalt Schwarzau eine Maßnahmenabteilung gem. § 22 StGB und eine Abteilung für Entwöhnungsbehandlung gem. § 68a StVG zur Verfügung.

Zum Ausmaß des Substanzkonsums während der Haft stehen keine Informationen aus Erhebungen zur Verfügung. Für die allgemeine Gesundheitsversorgung in Justizanstalten gilt das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip, nach dem dieselbe medizinische Behandlung, die in Freiheit gängig und üblich ist, auch in Haft ermöglicht werden muss. Der Qualitätssicherung dienen u. a. unterschiedliche Erlässe wie z. B. die Richtlinien zur Opioid-Agonisten-Therapie (OAT), welche die Basis für die OAT während der Haft darstellen. Zuständig für die Versorgung sind Anstaltsärztinnen und -ärzte wie auch externe Anbieter:innen und Pflegekräfte. Mit 1. Oktober 2024 befanden sich rund 12 Prozent der Insassinnen und Insassen (998²¹⁶) in OAT. Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen in Justizanstalten erfolgt über das BMJ, da Personen in Haft nicht durch das allgemeine Sozialversicherungssystem versichert sind.

Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* des Gesundheitsressorts weist in Bezug auf die Basisversorgung intravenös drogenkonsumierender Personen in Haft u. a. auf die Notwendigkeit einer Versorgung mit sterilem Spritzenmaterial hin. Nadel- und Spritzenaustauschprogramme im österreichischen Strafvollzug stehen allerdings derzeit nicht zur Verfügung. Routinemäßige Impfungen gegen Hepatitis B (HBV) für alle seronegativen Insassinnen und Insassen werden nicht durchgeführt. Bei Antritt der Haft werden den Insassinnen und Insassen Take-Care-Pakete ausgegeben, die u. a. Kondome, Gleitmittel und Informationsmaterial zu HIV, AIDS und Hepatitis enthalten.

Vor einer Haftentlassung werden in den Justizanstalten aktuell keine Maßnahmen zur Überlebenshilfe wie etwa entsprechende Naloxonprogramme oder Trainings zur Prävention von Überdosierungen nach der Entlassung angeboten. Weder ist eine Mitgabe von Naloxon in die Zelle möglich, noch ist eine solche bei der Haftentlassung vorgesehen. Naloxon ist ausschließlich in den Krankenabteilungen verfügbar und kann nur durch medizinisches Personal eingesetzt werden.

²¹⁶ Die hier angegebene Zahl weicht von der Zahl in Kapitel 5 ab, welche sich auf das gesamte Jahr bezieht. Der hier angegebenen Zahl liegt eine Stichtagserhebung zugrunde.

Neue Entwicklungen

Mit 1. Jänner 2025 wurde die Justizanstalt Wien-Münichplatz als eigenständige Einrichtung für den Jugendstrafvollzug eröffnet. Sie ging aus der Reorganisation der Justizanstalt Gerasdorf hervor, die nun auf junge Erwachsene mit mittleren und langen Haftstrafen ausgerichtet ist. Die neue Sonderanstalt für den Jugendvollzug ist organisatorisch an die Justizanstalt Wien-Simmering angebunden und bildet die 29. Justizanstalt in Österreich.

Im Zuge eines Reformprozesses zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, ausgelöst durch eine Kritik des Europarats (CPT-Bericht 2023), wurde mit 1. Juli 2025 in der Generaldirektion des Strafvollzugs eine Kompetenzstelle Medizinische Versorgung eingerichtet. Sie bündelt medizinische Leitungsfunktionen und soll zu einheitlicheren Strukturen und mehr Transparenz in der gesundheitlichen Versorgung innerhalb der Justizanstalten beitragen.

Darüber hinaus thematisierte ein aktueller Bericht des Rechnungshofs (2024) strukturelle Defizite bei Resozialisierungsmaßnahmen in Justizanstalten, darunter eine unzureichende Tagesstruktur, personelle Engpässe im Sozialdienst und eine fehlende systematische Wirkungsmessung. Der Rechnungshof empfiehlt umfassende strategische und wissenschaftlich fundierte Verbesserungen im Bereich der Reintegration.

Ein bundesweiter Regelbetrieb wurde für ein neues Verfahren etabliert, das Personen in OAT nach der Haft einen nahtlosen Versicherungsschutz sichern soll. Der Prozess wurde gemeinsam mit Sozialversicherungsträgern und Ländern entwickelt und Ende 2024 in allen Bundesländern umgesetzt.

8.2 Aktuelle Situation

8.2.1 Organisation der Gefängnisse und der Gefängnispopulation

Der Straf- und Maßnahmenvollzug in Österreich fällt in die Zuständigkeit des Bundes. Der im Bundesministerium für Justiz (BMJ) angesiedelten Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen (Sektion II) als oberster Vollzugs- und Dienstbehörde obliegt die strategische und operative Planung und Steuerung sowie die oberste Leitung des Straf- und Maßnahmenvollzugs. In dieser Sektion ist – neben 3 weiteren Abteilungen – die Abteilung II 3 (Abteilung für Vollzug und Betreuung) angesiedelt, die auch den Chefärztlichen Dienst, den Chefzahnärztlichen Dienst sowie eine *Kompetenzstelle Maßnahmenvollzug und Extremismusprävention* beinhaltet.

Für Jugendliche oder junge Erwachsene im Vollzug ist zudem gemäß § 49 Abs. 1 JGG die bundesweit tätige Jugendgerichtshilfe zuständig, die als nachgeordnete Dienststelle der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen im BMJ verankert ist. Sie unterstützt die Staatsanwaltschaften und Gerichte bei der Erfüllung ihrer Aufgaben auf Grundlage des Jugendgerichtsgesetzes.

Das österreichische Vollzugswesen stützt sich auf 29 Justizanstalten (vgl. Abbildung 36), davon 7 Strafvollzugsanstalten für Männer (für den Vollzug von Freiheitstrafen von über 18 Monaten), eine Strafvollzugsanstalt für Jugendliche und junge Erwachsene, eine Strafvollzugsanstalt für

Frauen, 5 Anstalten für den Maßnahmenvollzug sowie 15 gerichtliche Gefangenenhäuser, die am Sitz der für Strafsachen zuständigen Landesgerichte eingerichtet sind. Hinzu kommen 13 Außenstellen der Justizanstalten, die zum Teil als landwirtschaftliche Betriebe eingerichtet sind. Die österreichischen Justizanstalten (JA) bieten Platz für 8.232 Personen (Stand 1. April 2025). Die Insassinnen und Insassen setzen sich zusammen aus 6.196 Strafgefangenen²¹⁷, 1.770 Personen in Untersuchungshaft²¹⁸ und 1.518 Untergebrachten im Rahmen des Maßnahmenvollzugs²¹⁹ (vgl. auch Tabelle 54 im Anhang). Weitere Personen sind in speziellen Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser oder anderen Abteilungen in Krankenanstalten untergebracht bzw. befinden sich in elektronisch überwachtem Hausarrest²²⁰. Aufgrund von Sanierungsarbeiten und kurzfristigen Belagsreduktionen sind die Belagskapazitäten in den Justizanstalten oft Schwankungen unterworfen. Mit 1. April 2025 waren insgesamt 9.887 Personen inhaftiert, davon 9.179 Männer (93 %) und 708 Frauen.

Die nachfolgende Tabelle 53 listet die Justizanstalten auf und gibt Auskunft über deren Charakteristika. Abteilungen der Justizanstalten Innsbruck, Klagenfurt, Stein und Wien-Simmering sind speziell auf die Suchtbehandlung von Insassen ausgelegt (Maßnahmenabteilungen gemäß § 22 StGB und § 68a StVG). Suchtkranken Frauen steht in der Justizanstalt Schwarzau eine Maßnahmenabteilung gem. § 22 StGB und eine Abteilung für Entwöhnungsbehandlung gem. § 68a StVG zur Verfügung (Weihen p. M.).

Für den Jugendstrafvollzug ist seit 1. Jänner 2025 – entsprechend der Sprengelverordnung (BGBl. II Nr. 396/2024) – die neu geschaffene Justizanstalt Wien-Münichplatz zuständig. Die damit 29. österreichische Justizanstalt wird als Sonderanstalt für den Jugendvollzug im Sinne des Jugendgerichtsgesetzes geführt. Die bauliche Fertigstellung ist abgeschlossen; eine volle Belegung wird jedoch voraussichtlich erst ab Herbst 2025 möglich sein, da derzeit noch abschließende Fertigstellungsarbeiten und Personaleinstellungen im Gange sind (Weihen p. M.).

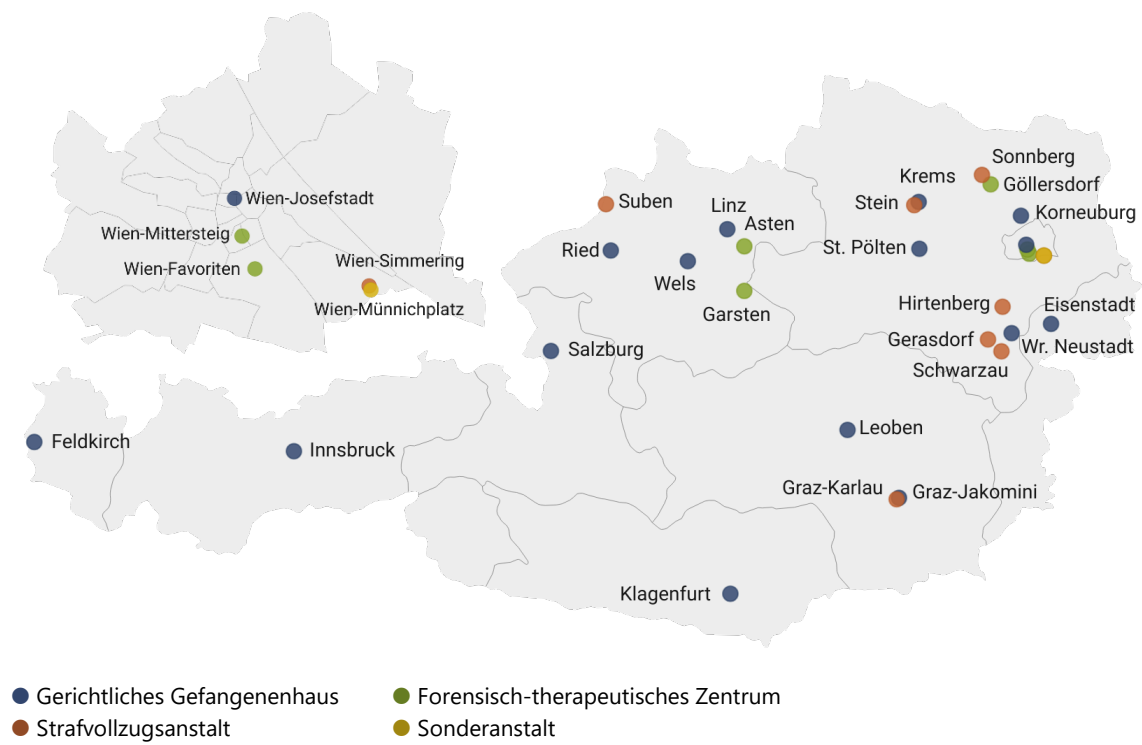
²¹⁷ Haft, die aufgrund eines rechtskräftigen Strafurteils vollzogen wird; neben dem Vollzug der Strafe in einer Strafanstalt besteht die Möglichkeit, dass Strafgefangene den Vollzug der Strafe unter elektronisch überwachtem Hausarrest verbringen.

²¹⁸ vorläufige Haft, die reine Sicherungszwecke verfolgt; sie endet spätestens mit Rechtskraft eines Urteils und findet (mit Ausnahmen) in gerichtlichen Gefangenenhäusern am Sitz der Gerichtshöfe erster Instanz statt (Hofinger, Pilgram o. J.).

²¹⁹ strafrechtliche Unterbringung von Rechtsbrecherinnen und Rechtsbrechern mit psychischen Erkrankungen in forensisch-therapeutischen Zentren nach § 21 Abs. 1 und 2 StGB, die aufgrund ihrer darauf basierenden Gefährlichkeit von der Außenwelt abzuschließen sind

²²⁰ <https://www.justiz.gv.at/web2013/home/strafvollzug/statistik/verteilung-des-insassenstandes~2c94848542ec49810144457e2e6f3de9.de.htm> [Zugriff am 21.05.2025]

Abbildung 36: Justizanstalten in Österreich



Quellen: justiz.gv.at/strafvollzug/justizanstalten und Weihen p. M.;
Darstellung: GÖG; Visualisierung erstellt mit Datawrapper (<https://app.datawrapper.de/> [Zugriff am 23.05.2025])

Tabelle 53: Justizanstalten in Österreich, Stand 1. April 2025

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt Eisenstadt (B)	175	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Klagenfurt (K) Außenstelle Rottenstein	347	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, gelockerter Vollzug und Freigängerhaus Abteilung für die Entwöhnungsbehandlung gem. § 68a StVG und Maßnahmenvollzug gem. § 22 StGB
Justizanstalt Gerasdorf (NÖ) Außenstelle Wien-Josefstadt Außenstelle Wiener Neustadt	112	männliche (junge) Erwachsene mit mittellangen Strafen mit dem Schwerpunkt Ausbildungsmaßnahmen
Forensisch-therapeutisches Zentrum Göllersdorf (NÖ)	163	Männer Maßnahmenvollzug gem. § 21 Abs. 1 StGB sowie Wohn- gruppenvollzug für männliche Strafgefangene
Justizanstalt Hirtenberg (NÖ) Außenstelle Münchendorf	469*	Männer Freiheitsstrafen über 18 Monate bis max. 6 Jahre, gelockerter Vollzug gem. § 126 StVG
Justizanstalt Korneuburg (NÖ)	224*	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Krems (NÖ)	161	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Schwarza (NÖ) Außenstelle Wien-Josefstadt	194	Frauen, weibliche Jugendliche Unterbringung entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecherinnen gem. § 22 StGB und Entwöhnungsbehandlung weiblicher Strafgefangener gem. § 68a StVG, Strafhaft von 18 Monaten bis lebenslanglich, Kindergarten für bis zu 23 Kinder
Justizanstalt Sonnberg (NÖ)	352	Männer Freiheitsstrafen von 18 Monaten bis zu 10 Jahren, gelockerter Vollzug
Justizanstalt St. Pölten (NÖ)	229	Männer, männliche Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Stein (NÖ) Außenstelle Mautern Außenstelle Oberfucha gelockerter Vollzug Krems/Donau	813	Männer Maßnahmenvollzug gem. § 21 Abs. 2 und § 22 StGB, Freiheits- strafen von 18 Monaten bis lebenslang, Hochsicherheitsgef- ängnis und gelockerter Vollzug/Freigang in den Außenstellen
Justizanstalt Wiener Neustadt (NÖ)	203	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, Freigängerabteilung, Wohngruppenvollzug
Forensisch-therapeutisches Zentrum Asten (OÖ)	300	Männer, Frauen weibliche Untergebrachte gem. § 21 Abs. 1 und Abs. 2 StGB und männliche Untergebrachte gem. § 21 Abs. 1 StGB, Wohngruppen mit sozialtherapeutischem Schwerpunkt
Forensisch-therapeutisches Zentrum Garsten (OÖ)	279	Männer Maßnahmenvollzug gem. § 21 Abs. 2 StGB und Untersu- chungshaft für Landesgericht Steyr, Hochsicherheitsgefängnis
Justizanstalt Linz (OÖ)	206*	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Ried im Innkreis (OÖ)	136	Männer, Frauen, Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, Freigängerhaus
Justizanstalt Suben (OÖ)	300	Männer Strafgefangene, Strafzeit ab 18 Monaten, mittlere bis lange Strafen
Justizanstalt Wels (OÖ)	156	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Salzburg (S)	227	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten;

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
		Untergebrachte gem. § 21 Abs. 2 StGB in Christian-Doppler-Klinik
Justizanstalt Graz-Jakomini (St) Außenstelle Paulustorgasse	508*	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, Freigängerhaus
Justizanstalt Graz-Karlau (St) Außenstelle Maria Lankowitz	425*	Männer Untergebrachte gem. § 21 Abs. 2 StGB, Freiheitsstrafen über 18 Monate bis lebenslang, sehr hoher Sicherheitsstandard, gelockerter Vollzug; derzeit Ausweitung des Maßnahmenvollzugs gem. § 21 StGB
Justizanstalt Leoben (St)	205	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Innsbruck (T)	461	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft, Abteilung für die Entwöhnungs- behandlung gem. § 68a StVG und Maßnahmenvollzug gem. § 22 StGB
Justizanstalt Feldkirch (V)	121	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten (Jugendliche bis zu 6 Monaten), gelockerter Vollzug
Forensisch-therapeutisches Zentrum Wien-Favoriten (W)	69	Männer Maßnahmenvollzug gem. § 21 Abs. 1 StGB
Justizanstalt Wien-Josefstadt (W) Außenstelle Wilhelmshöhe Außenstelle Krems Außenstelle Göllersdorf	856*	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, hoher Anteil an Personen in Untersuchungshaft, Sonderkrankenanstalt Generalsanierung seit 2023 mit regelmäßigen Belagsveränderungen; voraussichtliche Dauer bis 2033
Forensisch-therapeutisches Zentrum Wien-Mittersteig (W) Außenstelle Floridsdorf Außenstelle Begutachtungs- und Clearingstelle	146	Männer Sonderanstalt für Maßnahmenvollzug gem. § 21 Abs. 2 StGB Außenstelle Floridsdorf für gelockerten Vollzug/Vollzugslockerungen
Justizanstalt Wien-Münichplatz (W) Außenstelle Josefstadt	15	Jugendliche Sonderanstalt im Sinne des Jugendgerichtsgesetzes für Strafhaft und Maßnahmenvollzug an Jugendlichen Vollbelegung ab Herbst 2025 Außenstelle Josefstadt für die Untersuchungshaft mit 16 Haft- plätzen
Justizanstalt Wien-Simmering (W)	368	Männer Strafhaft von 3 Monaten bis etwa 5 Jahre, Schwerpunkt: soziale, familiäre, berufliche Rehabilitation, Abteilung für die Entwöhnungsbehandlung gem. § 68a StVG und Maßnahmenvollzug gem. § 22 StGB, Freigang

*reduzierter Belag aufgrund von Sanierungs- bzw. Umstrukturierungsarbeiten

Maßnahmenvollzug = strafrechtliche Unterbringung von Rechtsbrecherinnen und Rechtsbrechern mit psychischen Erkrankungen in forensisch-therapeutischen Zentren nach § 21 Abs. 1 und 2 StGB, die aufgrund ihrer darauf basierenden Gefährlichkeit von der Außenwelt abzuschließen sind

§ 21 Abs. 1 StGB = Maßnahmenvollzug an zurechnungsunfähigen Personen mit schwerwiegender und nachhaltiger psychischer Störung in einem forensisch-therapeutischen Zentrum

§ 21 Abs. 2 StGB = Maßnahmenvollzug an zurechnungsfähigen Personen mit schwerwiegender und nachhaltiger psychischer Störung in einem forensisch-therapeutischen Zentrum

§ 22 StGB = Maßnahmenvollzug an entwöhnungsbedürftigen Personen in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher:innen

§ 68a StVG = Entwöhnungsbehandlung einer oder eines Strafgefangenen

§ 126 StVG = Strafvollzug in gelockerter Form

Quellen: BMJ 2020 und Weihen p. M.; Darstellung: GÖG

8.2.2 Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme

Aktuelle Studien oder andere Informationen zu Drogenkonsum in Haft und vor Haftantritt liegen nicht vor, lediglich eine studentische Abschlussarbeit ist derzeit in Vorbereitung²²¹ (ältere verfügbare Daten siehe GÖG/ÖBIG 2011, ÖBIG 2001, Weigl et al. 2017 und Stummvoll et al. 2018).

Anlässlich des im Juni 2023 veröffentlichten Berichts des Europarats bzw. des *Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* (CPT) infolge des Besuchs in österreichischen Justizanstalten Ende des Jahres 2021 (Council of Europe 2023a) wurden seitens der damals amtierenden österreichischen Bundesregierung (Amtsperiode 2021–2025) folgende Punkte festgehalten, die geplante **Reformen und Verbesserungen im Bereich Gesundheit** in Justizanstalten betreffen:

1. Aufstockung des Budgets für Gesundheitsversorgung
 - a. um 38,5 Millionen Euro in den Bereichen allgemeinmedizinische, zahnärztliche, (andere) fachärztliche, psychologische und psychotherapeutische Versorgung und für Gebühren in Fondskrankenanstalten sowie
 - b. um 12,6 Millionen Euro für die Justizbetreuungsagentur, über die Gesundheitspersonal in Justizanstalten vermittelt wird (Council of Europe 2023b). Auf Personalmangel wird jedoch hingewiesen, wodurch möglicherweise nicht alle verfügbaren Stellen besetzt werden können.
2. Neben dem Chefärztlichen Dienst werden eine Koordinationsstelle für Gesundheitsversorgung sowie ein Psychiatrischer Chefärztlicher Dienst eingerichtet.
3. Soweit möglich, werden Datenschutzvorkehrungen verstärkt und es ist u. a. eine Revision des sogenannten „Elferzettels“²²² für routinemäßige medizinische Terminvereinbarungen geplant.

8.2.3 Interventionen im Kontext Drogen und Gesundheit während der Haft

Die allgemeine Gesundheitsversorgung in Haftanstalten ist für Österreich im Strafvollzugsgesetz (BGBl. 144/1969, StVG), im Suchtmittelgesetz, in verschiedenen Erlässen und in den europäischen Strafvollzugsgrundsätzen (Europäische Strafvollzugsgrundsätze EPR) geregelt (BMJ 2023). Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* (vgl. Kapitel 1) weist darauf hin, dass die Basisversorgung von Personen in Haft neben der Gesundheitsvorsorge und der Suchtbehandlung auch Schadensminimierung (insbesondere die Versorgung i. v. konsumierender Inhaftierter mit sterilem Spritzenmaterial und Kondomen samt Gleitmittel) beinhalten sollte (BMG 2015). Allerdings stellt die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* nur einen Rahmenplan und keine konkrete Umsetzungsstrategie dar.

Vonseiten des Justizministeriums liegt eine Leitlinie vor, welche die Beratung, Betreuung und Behandlung suchtkranker Menschen in der österreichischen Untersuchungshaft sowie im Straf-

²²¹ Im Zuge eines neuen Förderprogramms für wissenschaftliche Abschlussarbeiten wurde im Jahr 2023 eine studentische Arbeit gefördert, welche die Erfassung der Prävalenz von Substanzgebrauchsstörungen im österreichischen Straf- und Maßnahmenvollzug zum Ziel hat. Die Methodik dieser Querschnittsstudie entspricht den Leitlinien des Europäischen Fragebogens zum Drogenkonsum im Strafvollzug (EQDP), um die nationalen Daten mit den Daten anderer EU-Länder vergleichen zu können. Die Ergebnisse sind bislang nicht veröffentlicht.

²²² umgangssprachliche Bezeichnung für ein Formular („Strafvollzugsgesetzformular Nr. 11“ zu § 119 StVG: Ansuchen), das ausgefüllt werden muss, um unterschiedliche Ansuchen in Haft zu stellen

und Maßnahmenvollzug standardisiert (BMJ 2015). Gemäß dieser Leitlinie wird die Behandlung drogenabhängiger Insassinnen und Insassen im österreichischen Strafvollzug auch während der Haft durchgeführt, und zwar in Form folgender Interventionen:

- Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)²²³ im Sinne von Entzugstherapie, Einstellungstherapie, Überbrückungstherapie, Dauertherapie oder Reduktionstherapie (für Definitionen vgl. Kapitel 5),
- drogentherapeutische Beratung, Betreuung und Behandlung,
- medizinisch begleiteter Entzug,
- drogenfreie Zonen/Abteilungen (DFZ)²²⁴,
- Abteilungen gemäß § 22 StGB bzw. § 68a StVG²³¹ sowie
- Möglichkeit eines Antrags gemäß § 39 SMG²²⁵.

Aus dem Äquivalenzprinzip resultiert der theoretische Anspruch der Insassinnen und Insassen auf eine adäquate Beratung, Betreuung und Behandlung innerhalb des gesamten Strafvollzugs, die auch außerhalb des Vollzugs gängige Praxis ist (BMJ 2023).

Das BMJ ist für die Gesundheitsversorgung in Haftanstalten zuständig. Finanziert wird die allgemeine Gesundheitsversorgung im Gefängnis aus Mitteln der öffentlichen Hand über das BMJ, die inhaftierten Personen sind somit nicht über die allgemeine Sozialversicherung krankenversichert (vgl. auch Kapitel 2; BMJ 2023). Damit besteht für Personen in Haft auch kein Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen (Schmiedbauer 2015). Die Einbeziehung der Insassinnen und Insassen in die gesetzliche Krankenversicherung – die etwa auch der Rechnungshof forderte und die sich als Ziel im Regierungsprogramm 2020–2024 findet (Bundeskanzleramt 2020) – wurde bisher nicht umgesetzt und auch von den nachfolgenden Regierungen nicht weiterverfolgt.

Die Vergütungstarife für Ärztinnen und Ärzte, die in Haftanstalten regelmäßig Sprechstunden halten, werden zwischen der Sozialversicherung und dem BMJ vereinbart. In allen anderen Fällen, beispielsweise bei Behandlungen in öffentlichen Krankenanstalten (Fondskrankenanstalten), werden dem BMJ Pauschalen verrechnet, die den Gebühren für unversicherte Privatpatientinnen und -patienten entsprechen und deutlich über den von den Sozialversicherungsträgern eingehobenen Beiträgen liegen (Bachner et al. 2018; Schmiedbauer 2015).

Zur Sicherstellung der notwendigen Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure des Gesundheits- und Sozialbereichs bestehen Kooperationsmodelle zwischen Gefängnisverwaltungen und relevanten Institutionen bzw. Anbieterinnen und Anbietern hauptsächlich auf regionaler Ebene. Die Vernetzung erfolgt darüber hinaus über die Ämter der Landesregierungen der einzelnen Bundesländer und über die Bezirkshauptmannschaften. Die Gesundheitsversorgung suchtkranker Insassinnen und Insassen in den Justizanstalten wird von Gesundheitsdiensten und

²²³ OAT ersetzt den vormals genutzten Begriff Opioid-Substitutionsbehandlung (OST), da dieser die komplexe Neurobiologie der Opioidabhängigkeit sowie die Pharmakologie der Behandlung zu stark vereinfacht. Zudem fördert der Begriff OST häufig das Missverständnis, dass die Behandlung lediglich eine Sucht durch eine andere ersetzt (substituiert).

²²⁴ DFZ haben zum Ziel, Insassinnen und Insassen von Beschaffung und Konsum illegaler und anderer Drogen abzuhalten und mit sozialpädagogischen Maßnahmen zu unterstützen. Bei Eintritt in die DFZ wird von Anstalt und Insassin bzw. Insasse ein „Vertrag“ unterzeichnet, in dem der Verzicht auf Drogen, die Bereitschaft zu Harntests und andere Regeln im Austausch gegen bestimmte Vergünstigungen wie länger geöffnete Hafträume, erleichterte Möglichkeiten zu telefonieren, Gruppen- und Einzelausgänge, Gruppen- und Einzelgespräche usw. festgeschrieben sind (Berlach-Pobitzer et al. 2004).

²²⁵ ermöglicht den Aufschub des Strafvollzugs für bis zu zwei Jahre, wenn die verurteilte Person suchtmittelgewöhnt ist und sich verpflichtet, eine notwendige, zweckmäßige und zumutbare gesundheitsbezogene Maßnahme – etwa eine Therapie oder einen stationären Entzug – zu absolvieren

therapeutischen Angeboten geleistet, für beide sind teilweise externe Anbieter:innen tätig (vgl. GÖG/ÖBIG 2011; Stummvoll et al. 2017).

In den Justizanstalten bestehen unterschiedlichste Behandlungsangebote, wobei Opioid-Agonisten-Therapie (OAT), (psycho-)therapeutische Betreuung und Behandlung sowie Prophylaxe, Diagnose und Behandlung von HIV, Hepatitis C und anderen Infektionskrankheiten grundsätzlich in allen Justizanstalten angeboten werden.

Der Maßnahmenvollzug an entwöhnungsbedürftigen Personen in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher:innen gemäß § 22 StGB bzw. die Entwöhnungsbehandlung gemäß § 68a StVG wird in den Justizanstalten Schwarzau, Stein, Innsbruck und Klagenfurt sowie seit 1. Mai 2022 auch in der Justizanstalt Wien-Simmering vollzogen.

Zudem werden von externen Suchthilfeeinrichtungen im Zuge der Vorbereitung auf die Haftentlassung spezifische Beratungsangebote offeriert, die darauf abzielen, die Anbindung an die Suchthilfe bzw. an eine weiterführende medizinische Behandlung nach der Entlassung zu optimieren. Beispielsweise betreuen die Vereine *Grüner Kreis* und *b.a.s* sowie das Schweizerhaus Hadersdorf und der Dialog – Individuelle Suchthilfe suchtkranke Insassinnen und Insassen in zahlreichen Justizanstalten.

Prophylaxe und Behandlung drogenbezogener Infektionskrankheiten

Im Sinne der Schadensminimierung sollte in Justizanstalten der frei zugängliche und unbeobachtete Zugang zu Kondomen und Gleitmitteln sichergestellt sein (vgl. BMJ 1998a, 1998b, 1998c, Weltzien et al. o. J.). Bei Antritt der Haft werden den Insassinnen und Insassen **Take-Care-Pakete** ausgegeben, die Kondome, Gleitmittel, eine FFP2-Maske, eine Zahnbürste und Zahnpasta, Duschgel, einen Kamm sowie Informationsmaterial zu HIV, AIDS und Hepatitis enthalten. Seit 2022 übernimmt ein eigener kleiner Betrieb mit Insassinnen und Insassen der Justizanstalt Klagenfurt die Herstellung und Verpackung von Take-Care-Paketen für alle österreichischen Justizanstalten. Diese können die Pakete über die jeweiligen Wirtschaftsstellen bei der JA Klagenfurt bestellen und somit jedem Neuzugang aushändigen (Weihen p. M.).

In allen 29 Justizanstalten werden nach Angaben des Chefärztlichen Dienstes (Winterleitner p. M.) nach Haftantritt routinemäßig Tests auf die Infektionskrankheiten HIV, HBV, HCV und Tbc durchgeführt. Ergebnisse von Routinescreenings werden jedoch nicht gesondert veröffentlicht. Nach Aufnahme der oder des Inhaftierten wird eine elektronische Akte im Haftinformationssystem angelegt, in der auch Ergebnisse der Krankenuntersuchung mit Blutbild, Laborchemie und Tbc-Screening ergänzt werden. Bei auffälligen Transaminasen (spezifischen Leberwerten) erfolgt eine Biomarkertestung auf HBV- bzw. HCV-Infektion. Bei positiven Ergebnissen kommt es zu weiterführenden spezifischen Untersuchungen bzw. zu einer Behandlung. Bei negativen Biomarkern erfolgt ein erneutes Screening erst wieder bei der Haftentlassung (HBV, HCV). HBV- und HCV-Testungen werden zudem bei auffälligen klinischen Kriterien oder riskantem Verhalten während des Haftaufenthalts gemacht (Schmid et al. 2017). Im Jahr 2023 haben 110 Insassinnen und Insassen in den Justizanstalten eine **DAA-Behandlung**²²⁶ abgeschlossen (2021: 90 Insassinnen und Insassen, 2022: 98 Insassinnen und Insassen, Winterleitner p. M.). Daten für das Jahr 2024 liegen nicht vor. Haftinsassinnen und -insassen mit einem positiven HCV-Status werden vor Beginn der DAA-Behandlung bzw. bei auffällig riskantem Verhalten gegen Hepatitis A/B geimpft.

Spritzentauschprogramme, systematische Impfungen gegen Hepatitis A und B für alle seronegativen Insassinnen und Insassen oder vorbeugende Maßnahmen im Zusammenhang mit der Übertragung von Krankheiten durch Tätowieren oder Piercing stehen im österreichischen Strafvollzug **nicht zur Verfügung**.

In der Justizanstalt Innsbruck wurden im Rahmen eines Projekts des *Zentrums Sexuelle Gesundheit Tirol (ZSG)* zur Unterstützung für Frauen aus dem Normalvollzug und dem Wohngruppenvollzug die Angebote des ZSG vorgestellt und enttabuisierende Informationen, Aufklärung sowie praktische Hinweise zur Prävention vermittelt. Hinsichtlich der Männer wurde wie auch schon in den Vorjahren ein Mitarbeiter des ZSG bei der Vermittlung von Risikobewusstsein und Risikominimierung in Bezug auf **sexuelle Situationen, Drogenkonsum und Tätowierungen** auch von einem professionellen Tätowierer unterstützt (Lechleitner p. M.).

²²⁶ direct acting antivirals / direkt antiviral wirkende Medikamente

Allgemeinmedizinische, psychosoziale und psychiatrische Versorgung

Um den Gesundheitszustand der Personen in Haft einschätzen und gegebenenfalls Behandlungsmaßnahmen setzen zu können, findet nach Angaben des Chefärztlichen Dienstes (Winterleitner p. M.) in jedem Fall kurz nach Haftantritt eine medizinische Zugangsuntersuchung statt. Den Leitlinien (BMJ 2015) folgend, werden bei dieser Untersuchung auch suchtspezifisch-diagnostisch relevante Daten (Suchtscreening – Medizinischer Dienst) durch das ärztliche Personal erhoben. Welche Daten dabei bezüglich der Dauer eines Substanzkonsums erfragt werden, ist in allen Justizanstalten entsprechend einer Checkliste standardisiert. Das Suchtscreening des Medizinischen Dienstes (Weihen p. M.) beinhaltet neben einer Diagnosestellung und Sozialanamnese auch Fragen zu den konsumierten Substanzen, dem Erstkonsum (Substanz und Alter), der Dauer einer etwaigen Opioidabhängigkeit, dem Behandlungsverlauf (vorangegangene Betreuung oder Behandlung, OAT, Entzugsbehandlungen, medikamentöse Therapien) sowie dem HIV- und HCV-Infektionsstatus inklusive Behandlung. Für jede suchtkranke Person in Haft ist ein Vollzugsplan zu erstellen, der neben der Zieldefinition des Behandlungsteams auch die individuellen Zieldefinitionen der Insassin bzw. des Insassen hinsichtlich der Suchtproblematik sowie Behandlungspläne enthält. Vollzugliche bzw. sicherheitsrelevante Kontrollmaßnahmen („Drogentests“) obliegen der Anstaltsleitung und sind klar von medizinisch bzw. therapeutisch angeordneten Verlaufskontrollen (Harn-, Blut- oder Speicheltests) zu unterscheiden, die auf Anordnung des entsprechenden Fachpersonals durchgeführt werden.

Im Gegensatz zu vollzuglich angeordneten Suchtmittelkontrollen fallen die Ergebnisse ärztlich angeordneter Suchtmitteltests unter die ärztliche Verschwiegenheitspflicht und werden daher nicht im Rahmen der integrierten Vollzugsverwaltung dokumentiert. Das Haftende ist entsprechend strukturiert vorzubereiten, OAT-Dosen bzw. valide Rezepte sind mitzugeben. Zusätzlich sollen im Zuge der Entlassungsvorbereitung mit Zustimmung der Insassin bzw. des Insassen eine Suchthilfeeinrichtung und die zuständige Ärztin bzw. der zuständige Arzt hinsichtlich suchtspezifischer Versorgung verständigt werden (siehe dazu auch Kapitel 8.4).

Nach Angaben des Chefärztlichen Dienstes wird davon ausgegangen, dass etwa 16 Prozent der Personen in Haft irgendeine Form der Drogenbehandlung absolvieren (Winterleitner p. M.). Genaue Zahlen liegen aber nur für die OAT vor (vgl. Kapitel 8.9).

Neben dem Medizinischen Dienst betreuen und beraten Mitarbeiter:innen des Sozialen Dienstes Insassinnen und Insassen hinsichtlich sozialer, familiärer, wohnrechtlicher und finanzieller Angelegenheiten bei Haftantritt, während der Haft und vor der Entlassung. Die betrauten Sozialarbeiter:innen und Psychologinnen bzw. Psychologen erstellen u. a. umfangreiche Sozialanamnesen, die Ressourcen und zu bearbeitende Problemlagen abbilden. Ebenfalls erheben sie mittels einer Checkliste suchtspezifisch relevante Daten für den Sozialen Dienst („Suchtscreening – Sozialer Dienst“).

Zuletzt wurde seitens der Volksanwaltschaft der Mangel an Fach- und Gesundheitspersonal für die medizinische und pflegerische Versorgung in Justizanstalten kritisiert²²⁷. Es ist derzeit üblich, dass Strafvollzugsbeamtinnen und -beamte in gesundheitsbezogene Aufgaben eingebunden werden. Dies wurde zuletzt vom Anti-Folter-Komitee des Europarats kritisiert, wird aber vom BMJ

²²⁷ https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2023/pk0632 [Zugriff am 23.05.2025]

mit dem Gefährdungspotenzial für medizinisches Personal erklärt (Council of Europe 2023b). Die Vollzugsbeamtinnen und -beamten erhalten entsprechende Aus- und Weiterbildungen, etwa im Bereich Erste Hilfe und medizinische Unterstützung (Council of Europe 2023a; Council of Europe 2023b). Trotz einiger Fortschritte, wie etwa dem Verfügbarmachen von Dolmetschleistungen für medizinische Behandlungen, sieht der Europarat weiteren Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung von Personen in Haft, insbesondere im Bereich psychiatrischer Leistungen. Für suchtkranke Insassinnen und Insassen beziehen sich die Empfehlungen insbesondere auf die Sicherstellung der Kontinuität und des Zugangs zur OAT in Haft und Polizeigewahrsam sowie auf die Einführung von Nadel- und Spriztentauschprogrammen im Strafvollzug (Council of Europe 2023a).

Weiterversorgung und Kooperationen

Die Leitlinie für die *Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in der österreichischen Untersuchungshaft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug* (BMJ 2015) regelt die bereits erwähnte Kooperation zwischen externen Suchthilfeeinrichtungen und dem Sozialen Dienst einer Justizanstalt zur spezifischen Behandlung und Betreuung suchtkranker Insassinnen und Insassen. In der Regel haben alle Justizanstalten Kooperationen mit regionalen externen Suchthilfeeinrichtungen. Beispielsweise bestehen in der Steiermark Kooperationen zwischen den Vereinen *Grüner Kreis* und *b.a.s.* und den Justizanstalten Graz-Karlau und Graz-Jakomini. Seitens des Vereins werden in den genannten Justizanstalten gruppen- bzw. einzeltherapeutische Maßnahmen angeboten, die – je nach individueller Situation – nach der Haftentlassung bzw. im Rahmen des Freigängermodells in den *b.a.s.*-Beratungsstellen fortgeführt werden (Lang p. M.).

Als unterstützendes Angebot im Rahmen einer Entlassungsvorbereitung wird ein **Verbindungsdienst** auch von der Suchthilfe Salzburg angeboten, der etwa einmal im Quartal bzw. nach Bedarf in der Justizanstalt Salzburg vor Ort ist. Wenn Insassinnen und Insassen wegen eines Suchtproblems den Kontakt zum Verbindungsdienst wünschen, nehmen die Sozialarbeiter:innen der Justizanstalt den Kontakt mit der Drogenberatungsstelle auf (Parhammer p. M.). In der Justizanstalt Innsbruck bietet die *Suchthilfe Tirol* Suchtberatung vor Ort für Insassinnen und Insassen an und stellt nach der Entlassung den Übergang in eine ambulante Beratungsstelle der *Suchthilfe Tirol* sicher (Suchthilfe Tirol 2025).

In der Justizanstalt Feldkirch wird die Drogen- und Suchtberatung von der Beratungsstelle *Clean Feldkirch*²²⁸ übernommen. Die Initiative dazu geht von der bzw. dem Inhaftierten selbst aus und erfolgt über den Sozialen Dienst. Das Angebot richtet sich sowohl an inhaftierte Personen als auch an deren Bezugspersonen. Auf verschiedenen Ebenen der sozialarbeiterischen und medizinischen Behandlung ist der Wiener *Dialog (Dialog – Individuelle Suchthilfe gGmbH)* im Rahmen von *dialog: mobil (DIM)* vor Ort für Insassinnen und Insassen der beiden Wiener Polizeianhaltezentren (PAZ) sowie in Justizanstalten in Wien und Umgebung tätig. Zusätzlich werden seit 2022 telemedizinische allgemeinmedizinische Behandlungen für Insassinnen und Insassen aller österreichischen Justizanstalten angeboten. Im Jahr 2024 wurden insgesamt 1.897 Klientinnen und Klienten im Rahmen von *DIM* betreut (Dialog 2025).

²²⁸ <https://clean.mariaebene.at/beitraege/begleitung-waehrend-der-haft> [Zugriff am 11.06.2025]

Überlebenshilfe

Vor der Haftentlassung werden in den Justizanstalten derzeit **keine speziellen Maßnahmen zur Überlebenshilfe** wie etwa entsprechende Naloxonprogramme oder Trainings zur Prävention von Überdosierungen nach der Entlassung angeboten. Naloxon als Fertigprodukt wurde aber anlässlich einer Fortbildung für alle Mitarbeiter:innen der Krankenabteilungen der JA vorgestellt und fachlich diskutiert, und dessen Anwendung für den Notfall wurde geübt. Derzeit ist Naloxon jedoch ausschließlich in den Krankenabteilungen verfügbar und kann nur durch medizinisches Personal eingesetzt werden. Eine Mitgabe in die Hafträume oder bei der Entlassung ist nicht vorgesehen (Winterleitner p. M.).

Opioid-Agonisten-Therapie in Haft

Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) kann während eines Haftaufenthalts sowohl neu begonnen als auch fortgesetzt werden (BMJ 2015). Zum aktuellen Stichtag 1. Oktober 2024 erhielten insgesamt 966 Personen im Gefängnis eine OAT (vgl. Tabelle 55). Österreichweit wird prinzipiell in allen Justizanstalten OAT durchgeführt. Über 10 Prozent der Insassinnen und Insassen (in Relation zu den Haftplätzen) sind in folgenden Justizanstalten in OAT: Schwarzau (26 %), Hirtenberg (16 %), Stein (12 %), Wien-Josefstadt (11 %), Ried (12 %), Wien-Simmering (17 %), Graz-Karlau (14 %), Krems (14 %), Wiener Neustadt (13 %), Klagenfurt (15 %), Suben (11%), Graz-Jakomini (11%) und St. Pölten (13 %) (Weihen p. M.).

Die in den Justizanstalten am häufigsten verwendeten OAT-Medikamente sind Methadon (39 % aller OAT) und Levo-Methasan (18 %) (Weihen p. M.; vgl. Tabelle 55). Damit wird in den Gefängnissen Methadon wesentlich häufiger eingesetzt als außerhalb der Haftanstalten (vgl. Kapitel 5.2.4). Die Verschreibungspraxis variiert jedoch erheblich zwischen den einzelnen Justizanstalten und wird maßgeblich durch die jeweils tätigen Ärztinnen und Ärzte bestimmt.

8.2.4 Qualitätssicherung für Interventionen im Kontext Drogen und Gesundheit während der Haft

Die bereits in Kapitel 8.2.3 angesprochenen Leitlinien bzw. Richtlinien werden zum größten Teil in Form von Erlässen kundgemacht. So werden seit April 2015 Leitlinien für die Beratung, Betreuung und Behandlung suchtkranker Menschen in der österreichischen Untersuchungshaft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug umgesetzt, die auf dem aktuellen Stand der Gesetzeslage sowie dem damals letzten Stand der Forschung basieren (BMJ 2015; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2013). Die Leitlinien beinhalten u. a. Checklisten für den medizinischen und den sozialen Dienst (Unterstützung der Professionalität der betroffenen Fachdienste) und stellen einen Schritt zu Einheitlichkeit und Qualitätssicherung dar.

In diesen Leitlinien wird außerdem die Grundhaltung formuliert, Sucht bzw. Abhängigkeit als Krankheit zu respektieren und betroffenen Personen innerhalb wie außerhalb des Strafvollzugs adäquate Beratung, Betreuung und Behandlung zu ermöglichen (Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip²²⁹). Suchtkranke Personen sollen aufgrund ihrer Erkrankung beispielsweise be-

²²⁹ Das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip fordert, dass dieselbe medizinische Behandlung, die in Freiheit gängig und üblich ist, auch in Haft möglich sein muss.

züglich Vollzugslockerungen, Arbeit, Ausbildung und Freizeit nicht diskriminiert werden. An die Stelle des Abstinenzparadigmas soll auch im Strafvollzug das Akzeptanzparadigma treten – nicht zuletzt aufgrund der Möglichkeit der OAT. In der weiterführenden Behandlung suchtkranker Personen nach Rückfällen²³⁰, die aus suchtmmedizinischer Sicht Teil des Krankheitsbilds sind, soll nicht strafend, sondern in erster Linie im Sinne der therapeutischen Zweckmäßigkeit reagiert werden. Die in den Leitlinien angeführten Standards wurden zum Großteil bereits im Jahr 2014 als Mindeststandards in der Vollzugsgestaltung für suchtkranke Personen im Straf- und Maßnahmenvollzug gemäß § 22 StGB und § 68a StVG entwickelt²³¹ (BMJ 2014). Diesen Standards folgend, die auch unterschiedliche Stadien der Haft (Aufnahme, Haftphase, Entlassungsvorbereitung, Entlassung) behandeln, hat jede Justizanstalt ein multiprofessionelles Behandlungsteam aus ihren Fachdiensten (ärztlicher, psychiatrischer, psychologischer, sozialer und pädagogischer Dienst) zu etablieren/organisieren. Suchtspezifisch-diagnostisch relevante Daten („Suchtscreening I“) sind zeitnah zur Aufnahme zu erheben. Zur Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung bei Haftantritt werden bestehende OAT weitergeführt (vgl. auch Kapitel 8.2.3).

Das **Vollzugshandbuch** (VZH; nicht publiziert) ist ein Erlass, der sich an alle Strafvollzugsbediensteten der Strafvollzugsverwaltung richtet und als umfassendes Handbuch ein Mittel der Wissensvermittlung sein soll und den Arbeitsalltag erleichtern soll. In diesem Sinn ist die Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen bestrebt, sukzessive die derzeitige Erlassevidenz in das bestehende VZH einzuarbeiten und auch neue Erlässe zu den Themenbereichen des VZH direkt in dieses aufzunehmen. Darüber hinaus wurde mit Inkrafttreten des VZH im Jahr 2022 die *Vollzugsordnung* zur Gänze aufgehoben. Im Jahr 2023 wurden sämtliche Erlässe, Formblätter und Informationen in Sachen Suchtbehandlung adaptiert und in das Vollzugshandbuch (Rz. 119) aufgenommen (Weihen p. M.).

Der Chefärztliche Dienst hat gemeinsam mit der Suchthilfe Wien einen österreichweiten Qualitätssicherungszirkel für in der Justiz diensttätige Ärztinnen und Ärzte etabliert, der zumindest ein- bis zweimal pro Halbjahr abgehalten wird und dessen Ziel Fallbesprechungen, die Vernetzung und sonstige wesentliche Themen sind (Winterleitner p. M.).

Das europäische Projekt EPPIC (*Exchanging prevention practices on polydrug use among youth in criminal justice systems*)²³² mit einer Laufzeit von Januar 2017 bis Dezember 2019 befasste sich wissenschaftlich und im internationalen Vergleich mit der Zielgruppe straffällige Jugendliche im Alter von 15 bis 24 Jahren mit dem Problem der Substanzabhängigkeit (vgl. Stummvoll et al. 2017). Auf Basis der Studienergebnisse wurde ein Handbuch für Qualitätsstandards bezüglich Interventionen bei Jugendlichen, die Drogenkonsumerfahrungen aufweisen und in Kontakt mit dem Justizsystem sind, erstellt (Graf et al. 2019).

Opioid-Agonisten-Therapie in Haft

Für die Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) in Justizanstalten gelten aufgrund eines Erlasses des Justizressorts die OAT-Richtlinien für Justizanstalten in der geltenden Fassung (BMJ 2005a), in de-

²³⁰ Gemeint ist hier die suchtherapeutische Behandlung im engeren Sinn, unbeschadet allfälliger rechtlich begründeter Reaktionen der Vollzugsbehörden.

²³¹ Die genannten Paragraphen regeln die Entwöhnungsbehandlung Strafgefangener (§ 68a StVG) bzw. den Maßnahmenvollzug an entwöhnungsbedürftigen Personen in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher:innen (§ 22 StGB).

²³² <https://www.euro.centre.org/projects/detail/203> [Zugriff am 23.05.2025]

nen in einem eigenen Abschnitt auf die Besonderheiten (Indikation, Kontrolle etc.) der OAT während des Strafvollzugs eingegangen wird. Dort wird vorgeschlagen, nur solche OAT-Medikamente zu verwenden, die zumindest eine 24-stündige Wirkung aufweisen und damit nur einmal am Tag verabreicht werden müssen (Methadon, Buprenorphin, Morphin in Retardform). Unter anderem aus Kostengründen wird die Verordnung von Methadon empfohlen. Bei Unverträglichkeit kann die Umstellung auf ein anderes OAT-Medikament erwogen werden. Bei bereits bestehender OAT mit einem anderen Medikament sollte dieses weiter verabreicht werden.

Eine im Auftrag des Gesundheitsressorts erstellte Leitlinie zur OAT nimmt explizit Bezug auf die spezifische Behandlungssituation in Haft (vgl. Kapitel 5 und ÖGABS et al. 2017). Aufgrund der Novelle der Suchtgiftverordnung vom 18. Mai 2020 (BGBl. II 215/2020) wurden, insbesondere was die Erweiterung des Applikationsspektrums betrifft, die bestehenden Leitlinien zur OAT in Haft (BMJ 2005a) ergänzt (Winterleitner p. M.).

Ergänzend dazu existiert die im Jahr 2005 herausgegebene und 2009 aktualisierte Broschüre „Der Weg aus der Sucht“, die sich an das Gefängnispersonal richtet und einen Überblick über die Behandlung drogenabhängiger Personen während und nach der Haft bietet (BMJ 2005b, BMJ 2009).

Prophylaxe gegen drogenbezogene Infektionskrankheiten und deren Behandlung

Trotz maßgeblicher Fortschritte in der Therapie von Hepatitis durch direkt antiviral wirkende Medikamente (DAA) sowie von HIV/AIDS durch (hochaktive) antiretrovirale Kombinationstherapien (HAART bzw. ART) wurden seit über 20 Jahren keine aktuellen Informationsmaterialien zu den Themen Hepatitis und HIV/AIDS in Haft veröffentlicht (BMJ 1998a, BMJ 1998b, BMJ 1998c). Richtlinien für die postexpositionelle Prophylaxe gegen HIV nach beruflicher Exposition wurden im Jahr 1999 herausgebracht (BMJ 1999).

Seit 2016 werden Screeninguntersuchungen auf HIV, HCV, HBV und Tbc bei allen neu in Haft befindlichen Insassinnen und Insassen durchgeführt. Alle Personen in Untersuchungshaft, die einer Risikogruppe angehören, werden spezifisch getestet. Nach Angaben des Chefärztlichen Dienstes (Winterleitner p. M.) wurde zuletzt im Jahr 2023 eine Auswertung der Screeninguntersuchungen auf HIV, HCV, HBV und Tbc gemeinsam mit der AGES durchgeführt. Daten für das Jahr 2024 liegen nicht vor. Die flächendeckende Erhebung und Meldung der epidemiologischen Untersuchungsdaten in puncto HBV und HCV bei Strafgefangenen in österreichischen Justizanstalten erfolgt nach dem Epidemiegesetz und fließt damit in die offiziellen Statistiken der neu diagnostizierten Fälle ein. Die gesonderte Veröffentlichung auf JA-Ebene benötigt die Genehmigung der Ressortleitung, welche noch nicht erwirkt werden konnte (Winterleitner p. M.).

Fortbildung

Unter Leitung der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen / Abt. Vollzug und Betreuung wurde im Jahr 2023 erstmals ein zweitägiger **Workshop** für Bedienstete aller Berufsgruppen abgehalten, die in den Abteilungen gemäß § 22 StGB / § 68a StVG²³¹ in den Justizanstalten Klagenfurt, Innsbruck, Stein, Wien-Simmering und Schwarzau tätig sind. Der Workshop findet seither einmal jährlich statt – im April 2024 in der Justizanstalt Klagenfurt, im November 2025 in der Justizanstalt Innsbruck (Weihen p. M.). Ziel der

Workshops ist es, eine **fachliche Vernetzung und einen regelmäßigen Austausch** zwischen der Generaldirektion / Abt. II 3 und den Bediensteten aus den Justizanstalten, die für den Maßnahmenvollzug gem. § 22 StGB zuständig sind, zu ermöglichen. Dabei sollen allgemeine Konzepte und Vorgehensweisen in den 5 Justizanstalten sowie die Behandlungserfahrungen und auch neue gesetzliche Bestimmungen (Erlässe etc.) thematisiert werden.

Neben diesen Workshops finden 2-mal jährlich Besprechungen für alle Bediensteten der Abteilungen gemäß § 22 StGB / § 68a StVG²³¹ der Justizanstalten Klagenfurt, Innsbruck, Stein, Wien-Simmering und Schwarzau via Zoom statt.

Vonseiten der Strafvollzugsakademie werden im Jahr 2025 die Seminare „Curriculum für Strafvollzugsbedienstete: Beraten, Betreuen und Behandeln von Suchtkranken, 1. Teil“, „Suchtkranke im Straf- und Maßnahmenvollzug – Follow-up: Zwischen Ohnmacht, Verstärkung und Unterstützung“, „Fortbildungstage der Krankenpflegefach- und Sozialbetreuungsdienste“, „Fachtagung: Medizinische Versorgung in den Justizanstalten“, „Fachtagung der Psychologinnen und Psychologen“ sowie „Chefärztlicher Zuständigkeitsbereich: Hygiene und andere Schwerpunkte“ angeboten (Strafvollzugsakademie/Fortbildungszentrum 2025).

Seitens der Generaldirektion wird im Jahr 2025 darüber hinaus eine neue Schulung zum Thema „Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) – Wie gefährlich sind sie für Strafvollzugsbedienstete und Insassen?“ an zwei Terminen angeboten (Weihen p. M.).

Zudem werden laut den Angaben im Rahmen der Reaktion auf den Bericht des Europarats regelmäßig medizinische Fortbildungen für Vollzugsbeamtinnen und -beamte durchgeführt, etwa im Bereich Erste Hilfe (Council of Europe 2023b).

8.3 Trends

Nachdem durch die Novelle zur Suchtgiftverordnung (BGBl II Nr. 215/2020) die rechtliche Grundlage für die **Erweiterung des Applikationsspektrums von OAT-Medikamenten** um eine subkutane Verabreichungsform geschaffen wurde, wird diese Methode im Strafvollzug vermehrt angeboten. Zum Stichtag 1. Oktober 2024 wurden 65 Personen in Haft mit einem Buprenorphin-Depot-Präparat versorgt (Winterleitner p. M.).

8.4 Neue Entwicklungen

Strukturelle/organisatorische Veränderungen

Im Jahr 2024 erfolgte die Reorganisation der Justizanstalt Gerasdorf in eine **Justizanstalt für junge Erwachsene** mit mittleren und langen Haftstrafen. Für den Jugendstrafvollzug der Justizanstalt Gerasdorf wurde daher eine neue Einrichtung unter dem Namen **Justizanstalt Wien-Münichplatz** geschaffen. Die damit 29. österreichische Justizanstalt Wien-Münichplatz ist an die Justizanstalt Wien-Simmering angebunden und wird seit 1. Jänner 2025 als **Sonderanstalt für den Jugendvollzug** geführt (Weihen p. M.).

Reformprozess zur medizinischen Versorgung

Im aktuellen **Regierungsprogramm 2025–2029** werden mehrere Maßnahmen im Bereich des **Straf- und Maßnahmenvollzugs** angeführt. Neben der angekündigten **Fortsetzung der Reformbemühungen** in diesem Bereich sind der Ausbau der Kapazitäten in den Justizanstalten sowie Maßnahmen zur Entlastung der Haftsituation vorgesehen. Letztere umfassen unter anderem die Ausweitung des elektronisch überwachten Hausarrests, die verstärkte Rückführung zur Haftverbüßung im Herkunftsland und den verstärkten Entlassungsvollzug. Darüber hinaus ist ein grundlegender Reformprozess des Justizsystems angekündigt, der strafrechtliche, strafprozessuale und organisatorische Aspekte umfasst (Bundeskanzleramt 2025).

Ein zentraler Reformbereich betrifft die medizinische Versorgung in Justizanstalten. Nach dem Besuch österreichischer Justizanstalten Ende 2021 veröffentlichte das *Committee for the Prevention of Torture* (CPT) im Juni 2023 einen Bericht, der auf zentrale Mängel in der medizinischen Versorgung – insbesondere im psychiatrischen Bereich, bei der personellen Ausstattung und beim Datenschutz – hinwies (Council of Europe 2023a). Die damalige Bundesregierung (Amtsperiode 2021–2025) reagierte mit der Ankündigung umfassender Reformmaßnahmen, darunter waren eine deutliche Budgetaufstockung, strukturelle Verbesserungen sowie die Einrichtung neuer Leitungsfunktionen im medizinischen Bereich (Council of Europe 2023b). Auch wenn diese Maßnahmen im aktuellen Regierungsprogramm 2025–2029 (Bundeskanzleramt 2025) nicht explizit genannt werden, erfolgt mittlerweile deren schrittweise Umsetzung.

Ein wesentlicher Schritt in diesem Reformprozess ist die **Einrichtung der Kompetenzstelle Medizinische Versorgung** mit 1. Juli 2025 in der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen (Abteilung II/3). Die neue Organisationseinheit bündelt künftig die Zuständigkeiten eines chefarztlichen Dienstes für Allgemeinmedizin, eines chefy psychiatrischen Dienstes, eines chefzahnärztlichen Dienstes sowie eines chefpflegerischen Dienstes. Die Leitung der Kompetenzstelle ist mit der Verantwortung für organisatorische, strukturelle und rechtliche Belange im medizinischen Bereich des Straf- und Maßnahmenvollzugs betraut. Ziel ist die Entwicklung standardisierter Strukturen und Abläufe sowie eine erhöhte Transparenz in der gesundheitlichen Versorgung innerhalb der Justizanstalten (Weihen p. M.).

Resozialisierung und Haftbedingungen

Die Rahmenbedingungen für **Resozialisierungsmaßnahmen in österreichischen Justizanstalten** sind laut einem aktuellen Bericht des Rechnungshofs (2024) durch strukturelle und personelle Engpässe erheblich eingeschränkt. Über Jahre hinweg lag die Insassenzahl an oder über der Kapazitätsgrenze; zugleich hat sich die Insassenpopulation stark diversifiziert. Damit verbunden sind neue Anforderungen an Bildungs- und Beschäftigungsangebote, die häufig nicht ausreichend auf fehlende grundlegende Sprachkenntnisse und Basiskompetenzen abgestimmt sind. Im Jahr 2022 betrug die durchschnittliche Beschäftigungszeit lediglich rund 3 Stunden pro Werktag und Insassin bzw. Insasse. Regelmäßige Betriebsschließungen führten zu einem eingeschränkten Arbeitsangebot und reduzierten nicht nur die Tagesstruktur, sondern auch die finanzielle Entlohnung. In einzelnen Anstalten – insbesondere in gerichtlichen Gefangenenhäusern – waren Insassinnen und Insassen bis zu 23 Stunden täglich in ihren Hafträumen untergebracht.

Der Rechnungshof betont, dass Beschäftigung, (Aus-)Bildung und sozialarbeiterische Betreuung zentrale Voraussetzungen für eine gelingende Resozialisierung und Rückfallprävention sind. Besonders kritisch ist der Personalrückgang im Sozialdienst: Im Prüfzeitraum sank der Personalstand um rund ein Viertel, was die individuelle Betreuung deutlich erschwert – insbesondere in der Übergangsphase vor der Entlassung. Die vom Verein *NEUSTART* durchgeführte Bewährungs- und Haftentlassenenhilfe wurde als zweckmäßig beurteilt, betrifft jedoch primär die Phase nach der Haft. Für den Strafvollzug selbst empfiehlt der Rechnungshof eine übergreifende Strategie, den Ausbau der Betreuungsdienste sowie eine Evaluierung der Wirksamkeit von Resozialisierungsmaßnahmen in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Einrichtungen.

Sozialrechtliche/versorgungsbezogene Neuerungen

Die Generaldirektion für Strafvollzug und Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen im BMJ hat in der Arbeitsgruppe „**Versicherung nach Haft**“ in Zusammenarbeit mit der Sucht- und Drogenkoordination Wien, dem AMS, der ÖGK und – in weiterer Folge – mit den jeweiligen Landesregierungen einen Prozess ausgearbeitet, der gewährleisten soll, dass die Klientel in OAT nach Haftentlassung einen möglichst umfassenden und insbesondere nahtlosen Versicherungsschutz erhält. Das Projekt wurde mit Ende 2024 in allen Bundesländern umgesetzt und ist in den Regelbetrieb übergegangen (Weihen p. M.).

8.5 Quellen und Methodik

Quellen

Die Daten im vorliegenden Kapitel beruhen im Wesentlichen auf Datensammlungen des BMJ / Abteilung für Vollzug und Betreuung im Strafvollzug in der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen. Weitere Angaben entstammen wissenschaftlichen Publikationen, Erlässen, nationalen Gesetzeswerken, Publikationen des Justizressorts und den Jahresberichten von Einrichtungen der Drogenhilfe. Zudem wurden die Informationen aus dem Bericht des Council of Europe (2023a), der am 27. Juni 2023 veröffentlicht wurde, sowie die Reaktion der österreichischen Regierung darauf (Council of Europe 2023b) herangezogen.

Studien

Das Europäische Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung beteiligte sich zusammen mit Forschungseinrichtungen im Vereinigten Königreich, in Dänemark, Italien, Deutschland und Polen am oben erwähnten EU-Projekt EPPIC, das auf einen Informationsaustausch zum Themenbereich Gesundheit und soziale Ungleichheit von Jugendlichen im Straf- oder Maßnahmenvollzug, die ein erhöhtes Risiko haben, problematische Drogenkonsummuster zu entwickeln, abzielte. In Österreich wurden im Zuge dieses Projekts insgesamt 26 Personen im Alter von 14 bis 25 Jahren interviewt. Auf Basis der Ergebnisse des Gesamtprojekts wurde das *Handbuch zu Qualitätsstandards für Interventionen bei drogenerfahrenen jungen Menschen mit Kontakt zu Organen der Strafverfolgung* publiziert (EPPIC 2019).

8.6 Bibliografie

- Bachner, F.; Bobek, J.; Habimana, K.; Ladurner, J.; Lepuschütz, L.; Ostermann, H.; Rainer, L.; Schmidt, A. E.; Zuba, M.; Quentin, W.; Winkelmann, J. (2018). Austria: Health system review 2018. Health Systems in Transition, 20 (3). WHO Regional Office for Europe. Kopenhagen
- Berlach-Pobitzer, I.; Schmied, G.; Spirig, H. (2004). Evaluation der „Drogenfreien Zone“ in der Justizanstalt Hirtenberg. Neue Kriminalpolitik, 16(3), 84–86.
- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMJ (1998a). Maßnahmen zur Verhinderung von HIV-/Hepatitisinfektionen in den österreichischen Justizanstalten. 52201/7 V 1/1998
- BMJ (1998b). Maßnahmen zur AIDS-/Hepatitis-C-Prophylaxe – Ergebnis der Untersuchung. 52201/18-v.1/1998
- BMJ (1998c). Ausgabe eines Präventionspaketes „Take Care“ betreffend Prävention HIV/AIDS und Hepatitis B/C. 52201/35-V.1/1998
- BMJ (1999). Richtlinien und Empfehlungen für die „Postexpositionelle Prophylaxe“ (PEP) nach beruflicher Exposition von HIV. 52201/12.V.1/1999
- BMJ (2005a). Richtlinien für die Substitutionsbehandlung in den Justizanstalten. BMJ-E52203/0001-V 1/2005
- BMJ (2005b). Der Weg aus der Sucht. Drogenbetreuung während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs. Wien
- BMJ (2009). Der Weg aus der Sucht. Die Behandlung Suchtkranker während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs. Wien
- BMJ (2014). Mindeststandards in der Vollzugsgestaltung von suchtkranken Personen im Straf- und Maßnahmenvollzug gemäß § 22 StGB und § 68a StVG. BMJ-41902/0002-VD 2/2014
- BMJ (2015). Leitlinien für die Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug. Standards zur Durchführung. BMJ-VD 52203/0004-VD2/2014
- BMJ (2020). Strafvollzug in Österreich. Stand 1. Jänner 2020. Bundesministerium für Justiz. Wien
- BMJ (2023). Sicherheitsbericht 2022. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bundesministerium für Justiz. Wien
- Bundeskanzleramt (2020): Aus Verantwortung für Österreich. Regierungsprogramm 2020–2024. Bundeskanzleramt Österreich. Wien
- Bundeskanzleramt (2025): Jetzt das Richtige tun. Für Österreich. Regierungsprogramm 2025–2029. Bundeskanzleramt Österreich. Wien

- Council of Europe (2023a). Report to the Austrian Government on the periodic visit to Austria carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 23 November to 3 December 2021, 27.6.2023. Strasbourg
- Council of Europe (2023b) Response of the Austrian Government to the report of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) on its periodic visit to Austria from 23 November to 3 December 2021, 27.6.2023. Strasbourg
- Dialog (2025). Jahresbericht 2024. Dialog - Individuelle Suchthilfe gGmbH. Wien
- EPPIC (2019): Handbuch zu Qualitätsstandards für Interventionen bei drogenerfahrenen jungen Menschen mit Kontakt zu Organen der Strafverfolgung. EPPIC. Frankfurt
- Europäische Strafvollzugsgrundsätze EPR (2006): Council of Europe, Committee of Ministers: Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules (Adopted by the Committee of Ministers on 11 January 2006 at the 952nd meeting of the Ministers' Deputies)
- GÖG/ÖBIG (2011). Bericht zur Drogensituation 2011. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2013). Bericht zur Drogensituation 2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Graf, N.; Moazen, B.; Stöver H. (2019). Handbook on quality standards for interventions aimed at drug experienced young people in contact with criminal justice systems. Frankfurt am Main
- Hofinger, V.; Pilgram, A. (o. J.). Ausländische Gefangene in österreichischen Justizanstalten und Polizeianhaltezentren. Teilstudie im Rahmen des EU-Projekts Foreign Prisoners in European Penitentiary Institutions. Wien
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Suchtbericht Steiermark 2017. Im Auftrag der Abt. 8 der Steiermärkischen Landesregierung. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Wien
- ÖBIG (2001). Bericht zur Drogensituation 2001. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS); Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM); Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP); Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) (2017). Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. 1. Auflage. Wien
- Rechnungshof (2024). Resozialisierungsmaßnahmen der Justiz. Bericht gemäß Art. 126d Abs. 1 B-VG. Reihe Bund 2024/8. Rechnungshof. Wien
- Schmiedbauer, K. (2015). Die medizinische Betreuung von Insassen in österreichischen Justizanstalten – Gegenwärtige Lage und Verbesserungsvorschläge. Diplomarbeit Universität Wien

- Schmid, D.; Spina, A.; Winterleitner, M. (2017). Evaluierung der epidemiologischen Überwachung der Hepatitis B und Hepatitis C bei Strafgefangenen in österreichischen Strafanstalten, 2017. AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie und Surveillance im Auftrag des BMJ. Präsentation im Rahmen der Veranstaltung Virus-Hepatitis und der Öffentliche Gesundheitsdienst in Österreich am 27. 7. 2017. AGES. Wien
- Strafvollzugsakademie/Fortbildungszentrum (2025). Jahresprogramm 2025. Bundesministerium für Justiz. Wien
- Stummvoll, G.; Goos, C.; Kahlert, R.; Stamatiou, W. (2017). EPPIC – Exchanging prevention practice on polydrug use among youth in criminal justice systems. WP4. National Report Austria. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Wien
- Stummvoll, G.; Kahlert, R.; Goos, C.; Stamatiou, W. (2018). EPPIC – Exchanging prevention practice on polydrug use among youth in criminal justice systems. WP5 2nd Country Report Austria. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Wien
- Suchthilfe Tirol (2025). Tätigkeitsbericht für das Jahr 2024. Suchthilfe Tirol. Hall in Tirol
- Weigl, M.; Anzenberger, J.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Bericht zur Drogensituation 2017. Gesundheit Österreich GmbH. Wien
- Weltzien, N.; Moser-Riebniger, A.; Weißen, M. (o. J.). PRIDE Europe – an inventory of infection prevention services in prison. National report – Austria

8.7 Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen

- StVG BGBl. 144/1969 v. 26. März 1969 über den Vollzug der Freiheitsstrafen und der mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen (Strafvollzugsgesetz – StVG)
- BGBl. II 215/2020. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird
- BGBl. II Nr. 396/2024. Änderung der Sprengelverordnung für den Strafvollzug sowie der Verordnung über die Einrichtung von Außenstellen in Justizanstalten
- BGBl II Nr. 215/2020. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird

8.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institutionen bzw. Funktionen
Lang, Sascha	b.a.s. [betrifft abhängigkeit und sucht]; Steirische Gesellschaft für Suchtfragen
Lechleitner, Thomas	Zentrum Sexuelle Gesundheit Tirol
Parhammer, Monika	Suchtkoordination Land Salzburg
Weihen, Marit	Bundesministerium für Justiz
Winterleitner, Margit	Chefärztlicher Dienst, Bundesministerium für Justiz

8.9 Anhang

Tabelle 54: Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten neben der Strafhaft untergebrachten Personen, Stichtag 1. April 2025

Haftart	männliche Erwachsene	männl. junge Erwachsene*	männl. Jugendliche**	Männer insgesamt	weibliche Erwachsene	weibl. junge Erwachsene*	weibl. Jugendliche**	Frauen insgesamt	Gesamtstand	Gesamtstand Anteil
Strafhaft	5.568	187	53	5.808	378	7	3	388	6.196	63 %
davon EÜH	319	19	1	339	41	1	–	42	381	4 %
Untersuchungshaft	1.487	99	68	1.654	103	6	7	116	1.770	18 %
davon EÜH	3	–	1	4	–	–	–	–	4	<1 %
untergebracht	1.337	14	2	1.353	164	–	1	165	1.518	15 %
davon § 21 Abs. 1 StGB	724	5	–	729	117	–	–	117	846	9 %
davon § 21 Abs. 2 StGB	587	9	2	598	46	–	1	47	645	7 %
sonstige Haft***	334	16	14	364	33	1	5	39	403	4 %
davon EÜH	2	1	–	3	–	–	–	–	3	<1 %
Summe	8.726	316	137	9.179	678	14	16	708	9.887	100 %

EÜH = elektronisch überwachter Hausarrest

* Junge Erwachsene sind im justiziellen Kontext Personen, die einer Tat beschuldigt werden, die nach Vollendung des 18., aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres begangen wurde.

** Jugendlich ist, wer das 14., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet hat.

*** umfasst alle Personen mit den Haftarten Anhaltung, Auslieferungshaft, Finanzstrafhaft (inkl. § 173 [4] StPO), Justizgewahrsam, Strafhaft § 173 (4) StPO, § 429 StPO, § 438 StPO, Schubhaft, sonstige Haft, Verwaltungshaft (inkl. § 173 [4] StPO), Übergabehaft, untergebracht i. V. m. § 173 (4) StPO oder Zwangsbeugehaft

Quelle: BMJ; Darstellung: GÖG

Tabelle 55: Anzahl der Personen in (Opioid-)Agonisten-Therapie in den Justizanstalten nach Arzneyspezialität, Stichtag 1. Oktober 2024

Justizanstalt inkl. Außenstelle(n)	Gesamtzahl	Methadon	L-Polamidon®	Levo-Methasan®	Substitol®	Buvidal®	Mundidol®	Subutex® (Bupensan®, Buvial®)	Suboxone®	Compensan®	Codidol®	Hydal®	andere
FTZ Asten	22	8	–	6	–	1	–	–	–	2	–	1	4
FTZ Garsten	26	11	4	–	5	1	–	2	2	–	–	–	1
FTZ Göllersdorf	11	2	–	2	2	2	–	–	2	1	–	–	–
FTZ Wien-Favoriten	6	2	–	2	–	–	–	–	1	1	–	–	–
FTZ Wien-Mittersteig	6	2	1	–	1	–	–	–	1	1	–	–	–
JA Eisenstadt	11	1	–	–	–	–	–	2	–	7	–	1	–
JA Feldkirch	8	6	–	1	–	–	–	–	–	–	1	–	–
JA Gerasdorf	10	3	–	4	–	–	–	2	–	–	–	–	1
JA Graz-Jakomini	60	9	2	8	14	1	2	1	2	11	7	2	1
JA Graz-Karlau	63	8	–	13	11	4	3	10	–	10	–	–	4
JA Hirtenberg	77	23	8	4	9	1	–	15	–	10	2	1	4
JA Innsbruck	38	5	18	–	–	14	–	–	–	–	–	–	1
JA Klagenfurt	57	22	20	11	–	3	–	1	–	–	–	–	–
JA Korneuburg	12	3	2	1	–	1	–	–	–	2	3	–	–
JA Krems	25	12	–	4	3	1	–	–	1	3	–	–	1
JA Leoben	13	3	1	–	2	–	–	4	–	2	1	–	–
JA Linz	19	5	–	10	1	–	–	1	–	2	–	–	–
JA Ried/Innkreis	17	6	–	7	–	–	–	–	4	–	–	–	–
JA Salzburg	15	5	–	7	–	–	–	1	–	–	–	–	2
JA Schwarzau	51	20	–	26	–	2	–	2	–	–	–	1	–
JA Sonnberg	34	16	–	9	–	2	–	–	–	6	–	–	1
JA St. Pölten	34	18	–	1	–	1	–	1	2	9	–	1	1
JA Stein	97	42	–	24	–	26	–	–	–	–	1	3	1
JA Suben	31	7	–	4	1	5	–	7	–	5	–	–	2
JA Wels	12	8	–	3	–	–	–	1	–	–	–	–	–
JA Wiener Neustadt	28	9	2	2	–	–	–	3	–	8	–	3	1
JA Wien-Josefstadt	113	90	–	2	11	–	–	–	4	1	–	–	5
JA Wien-Simmering	70	33	–	21	–	–	–	15	–	–	–	1	–
Gesamtsumme	966	379	58	172	60	65	5	68	19	81	15	14	30
Verteilung in Prozent		39 %	6 %	18 %	6 %	7 %	1 %	7 %	2 %	8 %	2 %	1 %	3 %

FTZ = Forensisch-therapeutisches Zentrum, JA = Justizanstalt

Quelle: BMJ; Darstellung: GÖG