

Epidemiologiebericht Sucht 2020

Illegale Drogen, Alkohol und Tabak

Wissenschaftlicher Bericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Epidemiologiebericht Sucht 2020

Illegale Drogen, Alkohol und Tabak

Wissenschaftlicher Bericht

Autorinnen/Autoren:

Judith Anzenberger
Martin Busch
Sylvia Gaiswinkler
Alexander Grabenhofer-Eggerth
Charlotte Klein
Irene Schmutterer
Tanja Schwarz
Julian Strizek

Unter Mitarbeit von:

Kinga Bartecka-Mino
Klaus Kellner
Alfred Uhl

Fachliche Begleitung:

Raphael Bayer
Franz Pietsch

Projektassistenz:

Monika Löbau

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

Wien, im Dezember 2020

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Gaiswinkler, Sylvia; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2020):
Epidemiologiebericht Sucht 2020. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich,
Wien

ZI. P4/11/4390

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

Der Umwelt zuliebe:

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

Kurzfassung

Hintergrund, Fragestellung und Methoden

Der Bericht betrachtet Sucht und Abhängigkeit in den Bereichen illegale Drogen, Alkohol und Tabak in Österreich. Ziel ist es, u. a. folgende Fragen zu beantworten: Wie viele und welche Menschen sind von Sucht betroffen und welches Konsumverhalten herrscht vor? Der Bericht bündelt zahlreiche Datenquellen, wie z. B. Daten aus Behandlungseinrichtungen und der Todesursachenstatistik.

Ergebnisse

Im Bereich illegale Drogen liegt der **risikoreiche Drogenkonsum** hauptsächlich bei Opiaten/Opioiden. Diese werden vorrangig mit anderen legalen oder illegalen Suchtmitteln kombiniert. Die aktuellen Schätzungen gehen davon aus, dass 31.000 bis 37.000 Menschen einen risikoreichen Opioidkonsum haben. Im Zeitvergleich lassen fast alle Daten auf eine Entspannung der Situation schließen, da der Anteil der unter 25-Jährigen zurückgeht. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass weniger Menschen einen risikoreichen Drogenkonsum beginnen. Zudem werden die Betroffenen immer älter, unter anderem aufgrund des chronischen Charakters der Erkrankung und der guten therapeutischen Versorgung in Österreich.

Rauchen ist die am weitesten verbreitete Sucht in Österreich. Jede vierte bis fünfte Person gibt an, täglich zu rauchen, ein Drittel davon hat vor Kurzem erfolglos versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Tabakrauchen ist in Österreich gemäß aktueller Schätzungen für 15 Prozent aller Todesfälle verantwortlich. Frauen rauchen nach wie vor etwas seltener und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Männer, ihr Rauchverhalten hat sich jedoch jenem von Männern über die Jahrzehnte angeglichen. In den letzten Jahren gibt es einen Konsumrückgang bei Kindern und Jugendlichen.

Alkohol ist jene gesundheitsgefährdende psychoaktive Substanz, mit der in Österreich die meisten Menschen Erfahrungen machen. Etwa jede siebte Person in Österreich trinkt in einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß, wobei ein solches Verhalten bei Männern doppelt so häufig feststellbar ist wie bei Frauen. Generell lassen sich positive Entwicklungen beobachten: Der problematische Alkoholkonsum, alkoholassoziierte Erkrankungen und Todesfälle sind seit Jahren rückläufig. Auch bei den Jugendlichen zeigt sich insgesamt ein Rückgang des Alkoholkonsums.

Schlussfolgerungen und Diskussion

Die umfassende Analyse der epidemiologischen Situation und Interpretation aktueller Trends zeigt insgesamt einen Rückgang der Suchtproblematik. Es gibt jedoch weiterhin Verbesserungspotenzial und auch (neue) Herausforderungen (z. B. Hepatitis C bei Opiatabhängigen, alternde Drogen-szene, neue Produkte im Bereich Tabak- und verwandte Erzeugnisse).

Schlüsselwörter

Sucht, illegale Drogen, Alkohol, Tabak, Opioide, Substitutionsbehandlung, Mortalität

Summary

Background, research question and methods

The report looks at addiction and dependence in the areas of illegal drugs, alcohol and tobacco in Austria. The aim is to answer the following questions: How many and which people are affected by addiction and which consumption behaviour prevails? The report combines numerous data sources such as data from treatment facilities and statistics on causes of death.

Findings

High-risk drug use in Austria focuses mainly on opiate/opioids. These are primarily combined with other legal or illegal substances. Current estimates assume that 31,000 to 37,000 people in Austria have risky opioid use. In a time comparison, almost all data suggest an easing of the situation, as the proportion of people under 25 years of age is declining. This can be interpreted to mean that fewer people start risky opioid use. In addition, it can be seen that those affected are getting older, partly due to the chronic nature of the disease and good therapeutic care in Austria.

Smoking is the most widespread addiction in Austria. One in four to five people report smoking every day, a third of whom recently tried to quit without success. According to current estimates, tobacco smoking is responsible for 15 percent of all deaths in Austria. Women still smoke slightly less often and on average less cigarettes per day than men, but their smoking behaviour has adapted to that of men. In recent years there has been a decline in consumption among adolescents: here the proportion of smokers has more than halved since 2002.

Alcohol is the most common psychoactive substance in Austria. About every seventh person in Austria drinks to an extent that endangers his or her health, with the proportion among men being twice as high as among women. In general though, positive developments can be observed: problematic alcohol consumption, alcohol-related illnesses and deaths have been declining for years. Adolescents are also experiencing an overall decline in alcohol consumption.

Conclusion and discussion

The comprehensive analysis of the epidemiological situation and interpretation of current trends shows a decline in the addiction problem overall. However, there is still potential for improvement and also (new) challenges (e.g. hepatitis C in opiate addicts, ageing drug scene, new products in the field of tobacco and related products).

Keywords

Addiction, illegal drugs, alcohol, tobacco, epidemiology, opioids, mortality, opioid substitution treatment

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	IV
Inhalt	V
Abbildungen.....	VII
Tabellen	XI
Abkürzungen	XII
Schlussfolgerungen und Diskussion	XV
Hintergrund und Fragestellungen	XVIII
Methoden.....	XIX
1 Risikoreicher Drogenkonsum	1
1.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster-Situation 2019.....	1
1.2 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich 2019.....	6
1.3 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf.....	9
1.4 Alter und Geschlecht der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum.....	16
2 Drogenbezogene Behandlungen.....	21
2.1 Anzahl der behandelten Personen	21
2.2 Drogenkonsummuster der behandelten Personen	23
2.3 Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik	23
2.4 Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen.....	25
2.5 Versorgungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlungen	29
2.6 Exkurs: Behandlungsdauer in Opioid-Substitutionsbehandlung und Anzeigen nach dem SMG/NPSG	31
3 Kennzahlen der Drogensituation	34
4 Detailergebnisse DOKLI	36
4.1 Soziodemografie	36
4.2 Betreuungssituation	40
4.3 Drogenkonsum und Drogenproblematik	43
4.4 Situation zu Betreuungsende.....	51
5 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle	54
5.1 Definition und Datengrundlage	54
5.2 Übersicht: Situation im Jahr 2019.....	55
5.3 Trends: Gesamt, regional und nach Altersgruppen.....	57
5.4 Fokus: Altersstruktur.....	60

5.5	Nachgewiesene Substanzen.....	63
5.5.1	Detailergebnisse 2019	63
5.5.2	Nachgewiesene Substanzen im Zeitverlauf	65
5.6	Substitutionsbehandlung.....	66
5.7	Auffindungssituation.....	67
6	Tabak- und verwandte Erzeugnisse	69
6.1	Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen sowie der Konsum von Wasserpfeifen/Shishas, E-Zigaretten und Kautabak/Snus	70
6.2	Rauchverhalten in der Bevölkerung ab 15 Jahren.....	72
6.3	Konsum von Wasserpfeifen/Shishas, E-Zigaretten und rauchfreien Tabakerzeugnissen in der Bevölkerung 15+.....	77
6.4	Passivrauchen	78
6.5	Morbidität und Mortalität infolge Tabakkonsums	79
6.6	Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören	81
7	Alkoholkonsum	82
7.1	Charakteristik und Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich.....	82
7.2	Problematischer Alkoholkonsum in der erwachsenen Bevölkerung	84
7.3	Alkoholkonsum bei Jugendlichen	86
7.4	Morbidität und Mortalität durch exzessiven Alkoholkonsum	87
	Bibliografie.....	95

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Anteil der (Leit-)Drogen nach Setting und bei direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2019	3
Abbildung 1.2:	Bei Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter Drogenkonsum (hierarchische Leitdroge) im Jahr 2019 (n 5.180) nach Bundesland und in Österreich ohne Wien*	4
Abbildung 1.3:	Personen, die im Jahr 2018 mit einer ambulanten oder stationären drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU.....	5
Abbildung 1.4:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland, 2019	6
Abbildung 1.5:	Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden im Jahr 2019 nach Bundesländern (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige).....	8
Abbildung 1.6:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien, 1999–2019	9
Abbildung 1.7:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen, 1999–2019	11
Abbildung 1.8:	Anteil von Personen unter 25 Jahren in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2000–2019.....	12
Abbildung 1.9:	Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen, 2003–2019	14
Abbildung 1.10:	Leitdrogen im Zeitverlauf in DOKLI (ambulanter Bereich), 2009–2019.....	15
Abbildung 1.11:	Altersverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2019	16
Abbildung 1.12:	Altersverteilung von Personen, die im Jahr 2018 mit einer ambulanten oder stationären drogenbezogenen Betreuung begannen, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU.....	17
Abbildung 1.13:	Geschlechtsverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2019	18
Abbildung 1.14:	Geschlechtsverteilung von Personen, die 2018 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begannen, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU	19
Abbildung 1.15:	Frauenanteil nach Altersgruppe in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2019.....	20

Abbildung 2.1:	Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung), 2019	23
Abbildung 2.2:	Opioidabhängige Personen (in Behandlung), 1999–2019	24
Abbildung 2.3:	Betreute Substitutionspatientinnen/-patienten pro Ärztin/Arzt* in Prozent, 2016–2019	26
Abbildung 2.4:	Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung, jeweils zum Stichtag 31. 12. in Österreich im Trend, 2011–2019	27
Abbildung 2.5:	Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Patientin / des Patienten, 2019	28
Abbildung 2.6:	Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Prozentsatz der von Fachärzten/-ärztinnen versus Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern betreuten Patientinnen/Patienten am Stichtag 31. 12. 2019 nach Bundesland	29
Abbildung 2.7:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland, 2019	30
Abbildung 2.8:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel, 2011–2019	30
Abbildung 2.9:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter, 2019.....	31
Abbildung 2.10:	Behandlungsdauer zum 31. 12. 2019 und Prozentsatz von Personen mit einer Anzeige nach dem SMG/NPSG bzw. wegen Opioiden in den letzten 3 Jahren.....	32
Abbildung 4.1:	Anzahl der Personen, die 2019 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Alter und Art der Betreuung	37
Abbildung 4.2:	Anteil unter 25-Jähriger bei Männern und Frauen, die mit einer längerfristig ambulanten drogenspezifischen Betreuung begannen, 2009–2019	38
Abbildung 4.3:	Personen, die 2019 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Wohnsituation und Art der Betreuung	39
Abbildung 4.4:	Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die 2019 mit einer längerfristig ambulanten Betreuung begannen und zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach Alter	41
Abbildung 4.5:	Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2019 mit einer Betreuung begannen, nach Betreuungsart	42

Abbildung 4.6:	Auflage/Weisung bei Personen, die 2019 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik und Art der Betreuung	43
Abbildung 4.7:	Personen, die 2019 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen und jemals intravenös Drogen konsumierten, nach Geschlecht, Alter und Art der Betreuung.....	44
Abbildung 4.8:	Anteil der Personen, die jemals intravenös Drogen konsumierten, an den Klientinnen und Klienten, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begannen, 2006–2019	45
Abbildung 4.9:	Jemals Needle-Sharing bei Personen mit i.v. Konsumerfahrung, die 2019 eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht und Alter (n = 514)*	46
Abbildung 4.10:	Personen, die 2019 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung	47
Abbildung 4.11:	Personen, die 2019 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdrogendefinition (EBDD) und Art der Betreuung	48
Abbildung 4.12:	Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdroge Opioide und Cannabis, 2009–2019	49
Abbildung 4.13:	Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2019 in Österreich mit einer längerfristig ambulanten Betreuung begannen, nach Substanzen und Geschlecht.....	49
Abbildung 4.14:	Dauer der Betreuung von Personen, die 2019 ihre Betreuung beendeten, nach Setting.....	52
Abbildung 4.15:	Betreuungsausgang bei Personen, die 2019 eine Betreuung beendeten, nach Betreuungsart	52
Abbildung 5.1:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2003–2019 (absolut).....	57
Abbildung 5.2:	95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2019, gemittelter Drei-Jahres-Wert	58
Abbildung 5.3:	Drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Österreicher/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren nach Region, 1993–2019, gemittelter Drei-Jahres-Wert	59
Abbildung 5.4:	Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen nach Geschlecht, 1993–2019, gemittelter Drei-Jahres-Wert.....	60
Abbildung 5.5:	Mittleres Alter bei den drogenbezogenen Todesfällen, 1993–2019, gemittelter Drei-Jahres-Wert	61

Abbildung 5.6:	Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen in Wien, Österreich ohne Wien, Österreich gesamt, 1993–2019, gemittelter Drei-Jahres-Wert	62
Abbildung 5.7:	Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2019	66
Abbildung 5.8:	Anteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle, bei denen die/der Betroffene in Substitutionsbehandlung war, an allen direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2011–2019, gemittelter Drei-Jahres-Wert	67
Abbildung 6.1:	Anteil der täglich rauchenden 15-Jährigen, 2002–2019	71
Abbildung 6.2:	Anteil der täglich Rauchenden an der Bevölkerung 15+, 1972–2015	73
Abbildung 6.3:	Rauchstatus der Bevölkerung 15+ im Bundesländervergleich 2014	74
Abbildung 6.4:	Tägliche Raucher/-innen 15+ im EU-28-Vergleich 2014	75
Abbildung 6.5:	Durchschnittlicher täglicher Konsum von Zigaretten in der Bevölkerung 15+, 1980–2019	76
Abbildung 6.6:	Entwicklung der Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen infolge von Bronchialkarzinomen (C33 u. C34, ICD-10), 1980–2018	80
Abbildung 6.7:	Täglich Rauchende, die im letzten Jahr erfolglos versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören, nach Alter und Geschlecht, 2014	81
Abbildung 7.1:	Konsumprävalenz Alkohol nach Altersgruppen	82
Abbildung 7.2:	Verlauf des durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsums in Gramm Alkohol, 1955–2020	84
Abbildung 7.3:	Problematischer Konsum (mehr als 40 bzw. 60 Gramm Alkohol pro Tag) nach Geschlecht und Alter	85
Abbildung 7.4:	Durchschnittskonsum Jugendlicher pro Tag nach Geschlecht (in Gramm Alkohol)	87
Abbildung 7.5:	Verteilung von Patienten/Patientinnen mit alkoholassozierten Diagnosen auf unterschiedliche Diagnosecluster (Leistungsjahr = 2018)	88
Abbildung 7.6:	Rate der Patienten/Patientinnen mit Alkoholabhängigkeitsdiagnosen und chronischen Lebererkrankungen pro 100.000 Einwohner/-innen, 2002–2018	89
Abbildung 7.7:	Anteil der Verstorbenen nach Alter zum Todeszeitpunkt bei alkoholassozierten Todesursachen und bei allen Todesursachen, 2018	92
Abbildung 7.8:	Alkoholassozierte Todesfälle in Prozent aller Verstorbenen nach Geschlecht, 1955–2018	93
Abbildung 7.9:	Veränderung des Anteils der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses an allen Unfällen, Verletzten und Toten im Straßenverkehr, 1961–2019	94

Tabellen

Tabelle 2.1: Schätzung der insgesamt wegen des Konsums illegaler Drogen behandelten Personen nach Setting im Jahr 2019.....	22
Tabelle 3.1: Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2019 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren), in Absolutzahlen	34
Tabelle 3.2: Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2019 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren) pro 100.000 15- bis 64-Jährige.....	35
Tabelle 4.1: Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulanzien“ und „andere Drogen“ aller 11.184 längerfristig ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen, 2019	50
Tabelle 7.1: Explizit in Zusammenhang mit Alkohol stehende Todesursachen und Todesursachen mit einer begünstigenden Wirkung exzessiven Alkoholkonsums (2018, getrennt nach Geschlecht).....	91

Abkürzungen

ATHIS	Austrian Health Interview Survey (Österreichische Gesundheitsbefragung)
B	Burgenland
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
bPK	bereichsspezifische Personenkennzeichen
bzw.	beziehungsweise
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CRC	Capture-Recapture(-Methode)
d. h.	das heißt
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation
DOKLI	Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe in Österreich
DRD	drug-related death
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EHIS	European Health Interview Survey
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
EU	Europäische Union
EUROSTAT	Statistisches Amt der Europäischen Union
EWS	Early-Warning-System
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (WHO-Studie)
HIV	Human Immunodeficiency Virus
i.v.	intravenös
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IFES	Institut für empirische Sozialforschung GmbH
GHB	Gammahydroxybuttersäure
K	Kärnten
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte
MDA	3,4-Methylendioxyamphetamin
MDE	3,4-Methylendioxy-N-ethylamphetamin
MDMA	3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin
NÖ	Niederösterreich
NPS	Neue psychoaktive Substanzen
NPSG	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz
Nr.	Nummer
Ö	Österreich

ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OÖ	Oberösterreich
OG	Obergrenze
UG	Untergrenze
OST	Opioid-Substitutionstherapie
RKI	Robert Koch-Institut
S	Salzburg
SMG	Suchtmittelgesetz
ST	Steiermark
T	Tirol
TÜV	Technischer Überwachungsverein
UDM	Unfalldatenmanagement
V	Vorarlberg
vgl.	vergleiche
W	Wien
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
6-MAM	6-Monoacetylmorphin
3-MMC	3-Methylmethcathinon

Schlussfolgerungen und Diskussion

Illegale Drogen

Opioidkonsum – meist als Mischkonsum mit anderen (legalen und illegalen) Substanzen – dominiert den risikoreichen Drogenkonsum in Österreich. So sind z. B. über 80 Prozent der Klientinnen und Klienten aufgrund von Opioidkonsum in drogenspezifischer Betreuung. Von Opioidabhängigkeit betroffen sind vorrangig Männer (drei Viertel) und Personen ab 25 Jahren (93 %). Etwas weniger als die Hälfte davon lebt in Wien (Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger als in ländlichen Gebieten auf).

Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass in Österreich 31.000 bis 37.000 Menschen einen risikoreichen Opioidkonsum – großteils in Form von Mischkonsum – haben (Prävalenzschätzung). Von diesen konsumieren zwischen 9.300 und 14.800 Personen vorwiegend intravenös. Fast alle verfügbaren Daten des Drogenmonitorings lassen auf einen Rückgang bzw. eine Stagnation des risikoreichen Opioidkonsums in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen schließen (weniger Einsteigerinnen und Einsteiger). Dies lässt auf eine Entspannung hinsichtlich der Opioidproblematik schließen. Derzeit gibt es in den verfügbaren Daten auch keine eindeutigen Hinweise auf eine nachhaltige Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums auf andere Substanzen (z. B. Cannabis, Stimulanzien). Die Altersstruktur hat sich stark verändert und es zeigt sich (analog der Gesamtentwicklung in Europa) eine deutliche „Alterung“ der Personengruppe mit risikoreichem Opioidkonsum. Dies kann einerseits auf den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und andererseits auf die gute therapeutische Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) zurückgeführt werden.

Über die Hälfte der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum befindet sich den aktuellsten Schätzungen zufolge in Substitutionsbehandlung. Es ist gelungen, über die Jahre die Behandlungsrate von opioidabhängigen Personen massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg gewertet werden. 2019 befanden sich 19.587 Personen in Substitutionsbehandlung. Österreichweit werden rund drei Viertel aller Substitutionsbehandlungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern durchgeführt. Die Anzahl der in der Substitutionsbehandlung versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte (575) ist 2019 im Vergleich zu den letzten drei Jahren zwar etwas gestiegen, dennoch kann eine regionale Unterversorgung nicht ausgeschlossen werden.

Eine vertiefende Analyse zu polizeilichen Anzeigen nach SMG/NPSG von Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung zeigt deutlich, dass die Wahrscheinlichkeit einer solchen Anzeige mit der Behandlungsdauer stark sinkt. Dies stellt einen Beleg für die kriminalitätspräventive Wirkung einer Opioid-Substitutionsbehandlung dar.

Im Jahr 2019 waren insgesamt 196 drogenbezogene Todesfälle (tödliche Überdosierungen) zu verzeichnen und damit etwas mehr als in den Vorjahren (2018: 184, 2017: 154). Allerdings betreffen diese Todesfälle in erster Linie Personen in einem Alter von über 25 Jahren. Etwa die Hälfte ist 35 Jahre alt oder älter. Der Anstieg ist daher kein Anzeichen einer Verschärfung der Situation im Sinne von mehr Einsteigerinnen und Einsteigern in den Opioidkonsum. Die Hintergründe liegen

vermutlich eher in Langzeitschäden und höherer Vulnerabilität aufgrund eines langjährigen Opioidkonsums.

Tabak- und verwandte Erzeugnisse

Rauchen ist die am weitesten verbreitete Sucht in Österreich. Jede vierte bis fünfte Person gibt an, täglich zu rauchen, ein Drittel davon hat vor Kurzem erfolglos versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Tabakrauchen (inklusive Passivrauchen) ist in Österreich gemäß aktueller Schätzungen für 15 Prozent aller Todesfälle verantwortlich. Frauen rauchen nach wie vor etwas seltener und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Männer, ihr Rauchverhalten hat sich jedoch jenem von Männern über die Jahrzehnte angeglichen. In den letzten Jahren gibt es einen Konsumrückgang bei Kindern und Jugendlichen: Hier hat sich der Anteil der Raucher und Raucherinnen seit 2002 mehr als halbiert. Dennoch liegt der Anteil der Rauchenden in dieser Altersgruppe über dem europäischen Durchschnitt. Bei Produkten wie Shisha, E-Zigaretten und Kautabak zeigen sich bei Jugendlichen wenige täglich Konsumierende. Der Konsum in den letzten 30 Tagen liegt jedoch – je nach Produkt – bei einem Drittel oder ist teilweise sogar gleich hoch wie bei herkömmlichen Zigaretten. Zwar deuten verschiedene Datenquellen auf einen Rückgang des Zigarettenkonsums in Österreich hin, dennoch liegt Österreich hier über dem europäischen Durchschnitt.

Alkohol

Alkohol ist jene gesundheitsgefährdende psychoaktive Substanz, mit der in Österreich die meisten Menschen Erfahrungen machen. Im Gegensatz zu illegalen Substanzen sowie Tabak handelt es sich dabei bei vielen Menschen um ein relativ konstantes Verhalten im Lebensverlauf. Etwa jede siebte Person in Österreich trinkt in einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß, wobei ein solches Verhalten bei Männern doppelt so häufig feststellbar ist wie bei Frauen. Auch im Bereich der stationären Versorgung von Personen mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen zeigt sich ein ähnliches Geschlechterverhältnis. Seit 1994 ist der Anteil an Personen mit problematischem Alkoholkonsum leicht rückläufig. Etwa drei bis sechs Prozent der Schüler/-innen zwischen 14 und 17 Jahren berichten ein Alkoholkonsumverhalten, das aufgrund von Konsumfrequenz oder -menge längerfristig ein Gesundheitsrisiko darstellen würde. Alkoholassoziierte Todesfälle sind seit den 1990er-Jahren rückläufig. Im Jahr 2018 wurden 1,4 Prozent aller Todesfälle explizit mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht. Die tatsächliche Anzahl der Todesfälle, bei denen exzessiver Alkoholkonsum eine wesentliche Rolle gespielt hat, wird jedoch höher liegen. Auch Todesfälle bei Männern werden deutlich häufiger mit Alkohol in Verbindung gebracht als Todesfälle bei Frauen. Insgesamt lassen sich überwiegend positive Entwicklungen beobachten: Der problematische Alkoholkonsum, alkoholassoziierte Erkrankungen und Todesfälle sind seit Jahren rückläufig. Auch bei den Jugendlichen zeigt sich insgesamt ein Rückgang des Alkoholkonsums. Zu Behandlungspfaden und Behandlungsraten gibt es in Österreich noch wenige Daten.

Situation insgesamt

Insgesamt kann hinsichtlich der Entwicklung der Suchtsituation bezüglich illegaler Drogen, Tabak und Alkohol ein positives Bild gezeichnet werden. Es gibt jedoch weiterhin Verbesserungspotenzial und auch (neue) Herausforderungen (z. B. Hepatitis C bei Opiatabhängigen, alternde Drogenszene, neue Produkte im Bereich Tabak- und verwandte Erzeugnisse).

Das GÖG-Kompetenzzentrum Sucht sammelt als zentrale Stelle sämtliche österreichrelevanten Suchtdaten. Durch die langjährige Auseinandersetzung mit empirischen und strategischen Fakten im Kontext illegale Drogen, Alkohol, Tabak und Spielsucht bietet die dort erworbene Expertise die Möglichkeit zur ganzheitlichen Betrachtung der Suchtproblematik, wobei neben der gesundheitlichen Perspektive und gegenüber dem lediglich substanzspezifischen Zugang ein erweiterter Blickwinkel gesucht wird. Der vorliegende Bericht bündelt den Großteil der verfügbaren Daten bezüglich illegaler Drogen, Alkohol und Tabak und gewährt damit eine Zusammenschau diverser Suchtaspekte. Für weiterführende Fragen steht das Team des GÖG-Kompetenzzentrums Sucht gern zur Verfügung.

Hintergrund und Fragestellungen

In den letzten 20 Jahren wurde das Monitoringsystem im Drogenbereich gemäß den Standards der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht kontinuierlich ausgebaut und verbessert. Die Implementierung des Behandlungsdokumentationssystems DOKLI im Jahr 2006 und der Start des Routinebetriebs von eSuchtmittel im Jahr 2011 stellen hier wichtige Meilensteine dar. Um die Daten und Ergebnisse des Drogenmonitorings der Öffentlichkeit in adäquater Form zur Verfügung zu stellen, wurde im Jahr 2012 der erste *Epidemiologiebericht Drogen* inklusive Tabellenanhang publiziert. In diesem gingen die vorher eigenständig publizierten Berichte zu DOKLI und zu den drogenbezogenen Todesfällen auf. Mit Gründung des GÖG-Kompetenzzentrums Sucht im Jahr 2015 wurde der auf illegale Drogen beschränkte Bericht kontinuierlich um Berichtsteile über weitere Substanzen (z. B. Psychopharmaka) erweitert und in *Epidemiologiebericht Sucht* umbenannt. Aus Ressourcengründen werden nicht jedes Jahr alle Substanzen behandelt. 2020 umfasst der Bericht illegale Drogen, Alkohol und Tabak.

Ziel des *Epidemiologieberichts Sucht* ist es, ein möglichst klares und verständliches Bild der Epidemiologie des risikoreichen Drogenkonsums, des Alkoholkonsums sowie des Tabakkonsums in Österreich zu gewinnen. Vertiefende Einblicke in spezifische Aspekte liefern jährlich wechselnde Schwerpunktthemen. Um die Ergebnisse möglichst kompakt darzustellen, werden Detailergebnisse in einem umfangreichen Tabellenband dargestellt.

Die arbeitsanleitende Fragestellung des Berichts lautet: Wie sieht die Situation hinsichtlich Sucht in Österreich aus – insbesondere bezüglich der Aspekte Ausmaß, soziodemografische Struktur, Konsumverhalten sowie Konsummuster im illegalen Bereich? Welche Veränderungen zeigen sich bei der betroffenen Population bzw. im Konsumverhalten?

In Kapitel 1 wird der risikoreiche Konsum illegaler Drogen in Zusammenschau verschiedener Datenquellen umfassend dargestellt. Kapitel 2 widmet sich den drogenbezogenen Behandlungen und zeigt Basisparameter der Versorgungslage und -praxis im Bereich Substitutionsbehandlung auf. In Kapitel 3 werden die Kennzahlen der Drogensituation überblicksmäßig dargestellt. Kapitel 4 liefert Detailergebnisse in puncto DOKLI, Kapitel 5 solche in Hinblick auf drogenbezogene Todesfälle. Kapitel 6 und Kapitel 7 sind den Themen Tabak und Alkohol gewidmet.

Methoden

Zentrales Element bei der Beschreibung der epidemiologischen Situation ist die gleichzeitige Beleuchtung aus möglichst vielen Blickwinkeln (Datenquellen). Ähnlich wie beim Zusammensetzen eines Puzzles entsteht dadurch ein interpretatorischer Mehrwert. So hat es sich beispielsweise im Bereich illegale Drogen bewährt, die Anzahl bzw. den Prozentsatz der Personen unter 25 Jahren aus möglichst allen Datenquellen im Bereich des risikoreichen Drogenkonsums einander gegenüberzustellen, um Aussagen zur Inzidenz zu gewinnen (Cross-Indicator-Analyse). Für die Cross-Indicator-Analyse werden einfache deskriptive Kennzahlen wie Prozentsatz oder Mittelwert herangezogen.

Zur Schätzung des risikoreichen Drogenkonsums wird seit 1993 die Capture-Recapture-Methode verwendet. Beim Capture-Recapture-Verfahren 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 (Uhl/Seidler 2001). Als Datenbasis werden pseudonymisierte Daten der Anzeigen im Zusammenhang mit Opiaten, das Substitutionsregister und drogenbezogene Todesfälle herangezogen. Die Ergebnisse der CRC-Methode stellen aufgrund methodischer Einschränkungen immer nur eine Annäherung dar. Die methodischen Limitationen wurden in anderen Arbeiten detailliert dargestellt (z. B. GÖG/ÖBIG 2006; GÖG/ÖBIG 2010; ÖBIG 2003; Uhl/Seidler 2001).

Die Qualitätssicherung der Ergebnisse erfolgt neben ausgiebigen Plausibilitätsprüfungen der Daten durch Diskussion des Berichtsentwurfs mit Expertinnen und Experten aus der Sucht- und Drogenhilfe sowie mit den Sucht- und Drogenkoordinatoren/-koordinatorinnen der Bundesländer im Rahmen des DOKLI-Beirats.

Nachfolgend werden nun die im *Epidemiologiebericht Sucht* verwendeten **Datenquellen** kurz beschrieben.

Substitutionsbehandlungen (*Statistikregister eSuchtmittel*): Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen wird vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) wahrgenommen und basierte von 1987 bis 2009 auf den Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, seither auf den Meldungen der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden. Bis zur Implementierung von *eSuchtmittel* waren diese Meldungen nicht immer lückenlos und häufig nicht zeitgerecht. 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. Das Substitutionsregister enthält u. a. Daten in Bezug auf Beginn und Ende der Behandlung, Alter, Geschlecht und Wohnort der Behandelten, Art und Dosis des Substitutionsmedikaments und den behandelnden Arzt / die behandelnde Ärztin. Die Daten stehen in pseudonymisierter Form im Statistikregister von *eSuchtmittel* für epidemiologische Auswertungen zur Verfügung.

Begutachtungen nach § 12 SMG (*Statistikregister eSuchtmittel*): Gegenstand der Suchtmitteldatenevidenz sind auch Daten der Gesundheitsbehörden, die diese in Vollziehung des Suchtmittelgesetzes (SMG) im Rahmen der gesundheitsbehördlichen Begutachtungen bei Hinweisen auf Suchtmittelmissbrauch gemäß § 12 SMG erheben. Dabei werden u. a. folgende Daten erfasst: Alter, Geschlecht, Wohnort und Drogenkonsum der begutachteten Person, der Umstand, woher die Hinweise auf vermeintlichen Suchtmittelmissbrauch stammen (z. B. Polizei, Militär), sowie das Ergebnis der Begutachtung, ob und, wenn ja, welche gesundheitsbezogene(n) Maßnahme(n) notwendig sind. Die Daten stehen ebenfalls in pseudonymisierter Form im Statistikregister von *eSuchtmittel* für epidemiologische Auswertungen zur Verfügung.

Behandlungsdokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe (DOKLI): Daten zur Beschreibung der Klientel der Drogenhilfe liefert seit 2006 die einheitliche *Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen* (DOKLI), an der sich die meisten relevanten Drogeneinrichtungen Österreichs beteiligen. Die Datenerfassung inkludiert alle seitens der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) definierten Fragen. Zusätzlich erfasst werden auf freiwilliger Basis Daten bezüglich Infektionskrankheiten (ebenfalls gemäß den Richtlinien der EBDD) und ICD-10-Codes. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bzw. Fachärztinnen und Fachärzte sind, obgleich sie rund 70 % der Substitutionsbehandlungen durchführen, nicht an DOKLI beteiligt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten zwar auf Einrichtungsebene ausgeschlossen werden können, solche von Klientinnen und Klienten, die im Referenzjahr in mehreren Einrichtungen betreut wurden, hingegen aufgrund des aggregierten Charakters der Daten (mit Ausnahme jener Wiens) nicht zu verhindern sind. Wie hoch der Anteil solcher Mehrfachbetreuungen ist, kann nur vermutet werden. Ein grober Richtwert ist dem Wiener BADO-Bericht 2011 (IFES 2011) zu entnehmen, in dem Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Referenzzeitraum in mehreren Drogeneinrichtungen betreut wurden, über einen Identifier eruiert werden konnten. Im Jahr 2010 wurden demnach rund 22 Prozent der in der BADO erfassten Klientinnen und Klienten in mehr als einer Einrichtung betreut (13,5 % in zwei Einrichtungen, 7,6 % in mehr als zwei). 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.

Spitalsentlassungscodes nach ICD-10 (DLD): Die Daten der stationären Versorgung stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten. Einschränkung ist hier anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Wissensstand zum Zeitpunkt der Entlassung. Verlegungen zwischen Abteilungen innerhalb einer Krankenanstalt werden nicht als eigene Aufenthalte gewertet. Die DLD enthält die Dokumentation jedes einzelnen stationären Aufenthalts. Da die Daten primär zu Abrechnungszwecken erhoben werden, sind sie sehr vollständig, jedoch für epidemiologische Auswertungen nur bedingt verwendbar. So kommt es zu Verzerrungen wie z. B. hoher Krankenhausmorbidity in Regionen mit hoher Bettendichte oder infolge bestimmter Anreize des Krankenhausfinanzierungssystems. Seit 2015 wird pro Patientin/Patient eine pseudonymisierte Patienten-ID mitgeliefert, die eine eindeutige Identifikation ermöglicht. Diese ID ist nicht bei allen Aufenthalten vermerkt. Vor 2015 gab es keine ID, die Patientenanzahl wurde aus den

Aufenthalten geschätzt. Daher kommt es ab 2015 zu einem Zeitreihenbruch. 2018 ist das aktuellste Jahr, das zu Redaktionsschluss zur Verfügung stand.

Drogenbezogene Todesfälle: Seit 1989 werden in Österreich vom Gesundheitsressort Daten in Hinblick auf drogenbezogene Todesfälle gesammelt. Die entsprechenden Meldeverpflichtungen sind in § 24c des SMG geregelt, demzufolge polizeiliche Meldungen über mutmaßlich drogenbezogene Todesfälle, Obduktionsergebnisse und Totenbeschauscheine dem BMSGPK übermittelt werden. Zur Klassifizierung der sogenannten „verifizierten Fälle“ werden die (gerichtsmedizinischen) Obduktionen herangezogen. In Fällen, bei denen keine Leichenöffnung vorgenommen wurde, dient der Totenbeschauschein zur Klassifizierung (nichtverifizierte Fälle). Zusätzlich zu den polizeilichen Meldungen wird auch eine eigens angeforderte Liste der Statistik Austria über die in der allgemeinen Todesursachenstatistik als Drogentodesfälle vermerkten Fälle für die Statistik herangezogen. **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 einen Arzt/eine Ärztin festgestellt wurde. Es gilt dabei zu bedenken, dass es keine allgemeingültigen definierten Grenzen für toxische Mengen an 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 Nr. 112/1997 in der geltenden Fassung) als auch Intoxikationen mit **neuen psychoaktiven Substanzen (NPS)** im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetzes (NPSG, BGBl. I Nr. 146/2011). Durch das Erfassen von Daten aus verschiedenen Quellen (BMI, gerichtsmedizinische Institute, privat tätige gerichtsmedizinische Gutachter/-innen, Landessanitätsdirektionen aller Bundesländer, Statistik Austria) kann davon ausgegangen werden, dass die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle vollständig ist. Die gesammelten Daten werden in ein Onlineregister eingespeist und jährlich ausgewertet.

Österreichische Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch (2004, 2008 und 2015): Repräsentative Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch wurden in Österreich jeweils in den Jahren 2004, 2008 und 2015 durchgeführt (Strizek/Uhl 2016b; Uhl et al. 2005c; Uhl et al. 2009). Die Vergleichbarkeit der Erhebungswellen ist durch die identische Zielgruppe (österreichische Wohnbevölkerung ab 15 Jahren), ein vergleichbares Samplingprozedere (Zufallsauswahl von Haushalten durch „random walk“ und eine ebenso zufällige Auswahl der Haushaltsmitglieder durch die „Last-Birthday-Methode“), das identische Auswertungsprozedere (Gewichtung nach Alter und Geschlecht entsprechend der Bevölkerungsstatistik, Ausschlusskriterien für ungültige Angaben) sowie durch eine hohe Anzahl gleichbleibender Fragemodule weitgehend gegeben. Im Gegensatz zu den Vorhebungen wurde im Jahr 2015 erstmals die Hälfte der Interviews mittels eines Onlinesamples durchgeführt (die andere Hälfte wurde – wie in den Jahren zuvor – mittels Face-to-Face-Interviews erhoben). Teilnehmer/-innen für die Onlinebefragung wurden zufällig aus einem bestehenden und offline rekrutierten Sample ausgewählt und mittels E-Mail bis zu dreimal zur Teilnahme eingeladen. Vergleiche zwischen der Onlinestichprobe und der Face-to-Face-Stichprobe (unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Bildung) zeigten nur minimale Unterschiede in den Prävalenzraten unterschiedlicher Substanzen. Der Stichprobenumfang umfasste bei der Erhebung im Jahr 2004 4.546 Datensätze bei einer Response-Rate von 21 Prozent (Bruttostichprobe ca. 22.000 Personen).

2008 konnten 4.196 gültige Datensätze bei einer Response-Rate von 34,4 Prozent realisiert werden (Bruttostichprobe von ca. 12.000 Personen). In der Erhebung 2015 wurden insgesamt 4.014 gültige Datensätze erhoben und die Response-Rate für das Sample der persönlichen Interviews betrug 32 Prozent, für das Sample der Onlinebefragung 51 Prozent.

European School Survey Project on Alcohol and other Drugs ESPAD (2003, 2007, 2015, 2019):

Datenerhebungen im Rahmen von ESPAD fanden in Österreich in den Jahren 2003, 2007, 2015 und 2019 statt (Hojni et al. 2019; Strizek et al. 2008b; Strizek et al. 2016; Uhl et al. 2005a). Dazu wurde jeweils aus allen Schulen mit Klassen der 9. und 10. Schulstufe eine Zufallsauswahl getroffen, wobei berücksichtigt wurde, dass die Auswahlwahrscheinlichkeit für Schüler/-innen aus kleineren Schulen und für solche aus größeren Schulen möglichst identisch ist. Zielgruppe für den internationalen Datensatz sind dabei Schüler/-innen, die jeweils im Erhebungsjahr 15 Jahre alt werden. Für den österreichischen Datensatz wurden jeweils alle im Sample befindlichen Schüler/-innen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren für Auswertungen berücksichtigt. Der Fragebogen ist mit wenigen Ausnahmen in allen Erhebungswellen identisch geblieben und erlaubt somit sowohl Zeitreihenanalysen als auch international vergleichende Analysen. Für das nationale Datenfile konnten bei der Erhebung im Jahr 2003 5.281 gültige Datensätze realisiert werden, bei der Erhebung im Jahr 2007 5.959, im Jahr 2015 8.045 und bei der bislang letzten Erhebung im Jahr 2019 10.279 Datensätze. Die Erhebungen in den Jahren 2015 und 2019 wurden online durchgeführt. Die Teilnahmequote auf Schulebene konnte von zuletzt 21 Prozent im Jahr 2015 auf 30 Prozent im Jahr 2019 erhöht werden (jeweils bezogen auf alle kontaktierten Schulen), befindet sich im internationalen Vergleich aber immer noch auf niedrigem Niveau. Als Grund für Teilnahmeverweigerung wird von Schulseite vor allem eine gewisse „Erhebungsmüdigkeit“ durch eine zunehmende Zahl wissenschaftlicher Studien im Schulsetting angeführt. Eine parallel zur Erhebung im Jahr 2007 durchgeführte Validierungsstudie gab Aufschlüsse über die Validität der Daten. Dabei wurden 100 Schüler/-innen, die sich an der ESPAD-Erhebung beteiligt hatten, im Anschluss an das Ausfüllen des Fragebogens mündlich zur Verständlichkeit der Fragen und zur Ernsthaftigkeit des Ausfüllens befragt. Diese Schüler/-innen wurden zufällig aus unterschiedlichen Schulen (unterschiedlichen Schultyps) aus Wien und Niederösterreich ausgewählt (Schmutterer et al. 2008).

Health Behaviour in School-aged Children Study HBSC (2002, 2006, 2010, 2014, 2018):

Bei der HBSC-Studie handelt es sich um die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie. 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. Die Wiederholung der Erhebungen ermöglicht es, Trends im Zeitverlauf zu erfassen. Die HBSC-Studie wurde 1982 entwickelt und im Schuljahr 1983/84 erstmals umgesetzt. Österreich ist von Beginn an Teil dieses Forschungsprojekts. Seit 1986 findet die Erhebung im Vierjahresrhythmus statt. Die Gesamtstichprobe umfasste im Jahr 2002 4.472, im Jahr 2006 4.096, im Jahr 2010 6.493, im Jahr 2014 5.617 und im Jahr 2018 7.585 Mädchen und Burschen. Die Teilnahmerate betrug 2002 71 Prozent, 2006 80 Prozent, 2010 72 Prozent, 2014 65 Prozent und 2018 76 Prozent (Currie et al. 2012; Dür/Mravlag 2002; Dür/Griebler 2007; Felder-Puig et al. 2019; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015; Teutsch et al. 2018).

Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS (2007 und 2014): Die Gesundheitsbefragung 2014 wurde von der Statistik Austria im Zeitraum Oktober 2013 bis Juni 2015 bei 15.771 in Österreich wohnhaften Personen durchgeführt (2006 bzw. 2007: 15.500 Personen). Die europaweit im Rahmen von EHIS (European Health Interview Survey) abgestimmte Erhebung enthält Fragen zu Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen und zu sozioökonomischen Merkmalen. Sie bietet Repräsentativität auf Ebene der Versorgungsregionen. Zu beachten ist, dass es sich um Selbstauskünfte der Befragten handelt und die Befragung keiner Teilnahmepflicht unterlag.

Todesursachenstatistik: Die Sterblichkeit oder Mortalität wird der Todesursachenstatistik der Statistik Austria entnommen. Die Todesursachenstatistik enthält die Anzahl der Verstorbenen nach Ein-Jahres-Altersgruppen, Geschlecht, Wohngemeinde, Todesursache und (ab 2004) Art der Obduktion. In der Statistik wird das Grundleiden (die im Totenschein angeführte zugrunde liegende Todesursache) erfasst. Die Validität ist hoch, jedoch mit zunehmender Differenzierung nach Todesursachen und Regionen abnehmend.

1 Risikoreicher Drogenkonsum

1.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster-Situation 2019

Definition: Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) der „wiederholte Drogenkonsum, welcher 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 (EMCDDA 2013)¹.

Schlüsse hinsichtlich risikoreicher Konsummuster können indirekt aus Behandlungsdaten (DOKLI) gezogen werden. Personen, die sich in eine drogenspezifische Behandlung begeben, haben in der Regel ein Problem mit ihrem Drogenkonsum. Die Diagnosen nach ICD-10 bei Entlassung aus stationärer Behandlung im Krankenhaus bieten einen Einblick in die drogenspezifischen Haupt- und Nebendiagnosen im stationären Bereich. Amtsärztliche Begutachtungen nach § 12 Suchtmittelgesetz (SMG), wonach Konsummuster von Personen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach sich ziehen², stellen eine weitere Datenquelle dar. Informationen zu den problematischsten Konsummustern liefern die bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellten Substanzen.

Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich wird von Opioiden – meist in Kombination mit anderen Substanzen – dominiert. So zeigt Abbildung 1.1, dass in DOKLI-Einrichtungen, wo Personen

1

Diese Definition deckt sich mit jener des problematischen Drogenkonsums in Österreich, die betont, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen als solche problematisch oder unproblematisch seien. Als risikoreich wird Drogenkonsum dann bezeichnet, wenn dieser mit körperlichen, psychischen und/oder sozialen Problemen einhergeht. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen. Die bislang gültige Definition problematischen Drogenkonsums (*problem drug use*) der EBDD lautete „injizierender Konsum oder länger dauernder bzw. regelmäßiger Konsum von Opioiden, Kokain und/oder Amphetamin“. Den Hintergrund für die Änderung der Definition und der Begrifflichkeit (von *problem drug use* zu *high risk drug use*) bilden einerseits der Einbezug zusätzlicher Substanzen (z. B. Cannabis, Methamphetamin) und andererseits stringendere Definitionen.

2

Einschränkend muss dazu aber angemerkt werden, dass gesetzliche Regelungen (wie z. B. die Hinwirkung auf gesundheitsbezogene Maßnahmen) dazu führen können, dass Personen ohne risikoreichen Drogenkonsum eine drogenspezifische Betreuung beginnen, um rechtliche Konsequenzen eines an sich nicht risikoreichen Drogenkonsums zu vermeiden. Dies trifft in erster Linie in relevantem Ausmaß auf den Konsum von Cannabis zu, wie im Schwerpunktkapitel des *Epidemiologieberichts Drogen 2012* erläutert wird.

mit risikoreichem Drogenkonsum andocken, zu einem großen Teil wegen der Leitdroge³ Opioide betreut werden. Behandlungen aufgrund einer Abhängigkeitsdiagnose im Spital sind zum überwiegenden Teil auf eine Abhängigkeit von Opioiden zurückzuführen. Auch die toxikologischen Analysen bei den direkt drogenbezogenen Todesfällen zeigen eine deutliche Dominanz von (Misch-)Intoxikationen mit Opioiden. Eine nähere Analyse der DOKLI-Daten veranschaulichte, dass der Großteil der im ambulanten und stationären Bereich wegen Opioiden betreuten Personen auch noch andere Drogen in problematischer Weise konsumiert (Busch et al. 2014). Bei den Begutachtungen nach § 12 SMC, die vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen durchgeführt werden⁴, überwiegt der Cannabiskonsum.

3

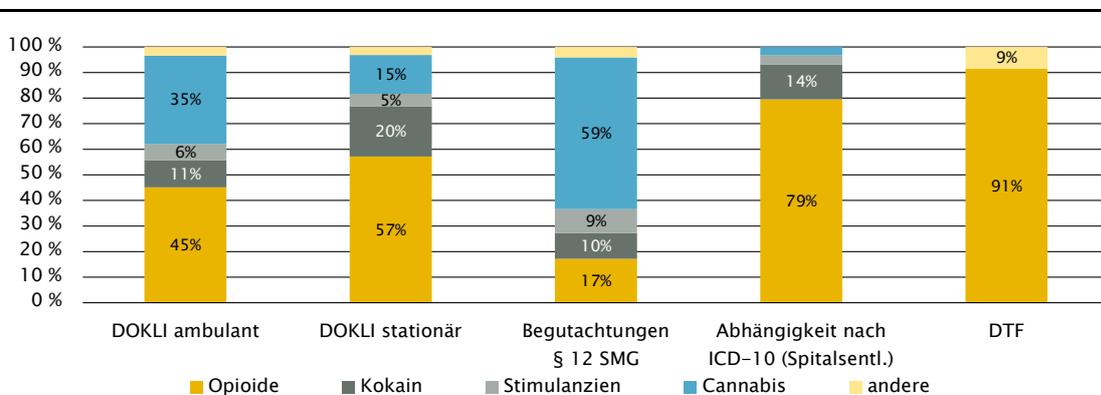
Unter Leitdroge ist jene Droge zu verstehen, die der Klientin / dem Klienten aus deren/dessen subjektiver Sicht die meisten Probleme verursacht. Dabei bezieht sich die Problemdefinition – angelehnt an ICD-10 – auf psychosoziale sowie gesundheitliche und nicht auf rein rechtliche Problemstellungen. In der Regel ist die Leitdroge auch jene Droge, die zur Inanspruchnahme der aktuellen Betreuung geführt hat. Werden mehrere Leitdrogen angegeben, entspricht die Leitdroge der hierarchischen Leitdroge nach folgender Stechlogik: Opioide > Kokain > Stimulanzien > andere [Halluzinogene, Tranquillizer] > Cannabis.

4

Eine mögliche Interpretation ist, dass die Begutachtungen öfter bei jungen Menschen mit noch nicht so stark ausgeprägter Suchtproblematik als eine Art präventive Maßnahme durchgeführt werden.

Abbildung 1.1:

Anteil der (Leit-)Drogen nach Setting und bei direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2019



Legende:

DOKLI ambulant = Personen, die 2019 mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n = 3.794)

DOKLI stationär = Personen, die 2019 mit einer stationären Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n = 579)

Begutachtungen § 12 SMG = amtsärztliche Begutachtungen, bei denen 2019 ein behandlungsrelevanter Konsum illegaler Drogen festgestellt wurde (n = 2.349). Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da 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.

Abhängigkeit nach ICD-10 (Spitalsentl.): Hauptdiagnosen von Abhängigkeit von Opioiden, Kokain, Stimulanzien und Cannabis (F11.2, F12.2, F14.2 und F15.2) nach ICD-10 bei Spitalsentlassungen (n = 1.014) 2018 (aktuellste verfügbare Daten)

DTF = direkt drogenbezogene Todesfälle mit toxikologischen Analyseergebnissen 2019 (n = 163 von insgesamt 196) Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opiode > Kokain > Stimulanzien > andere [Halluzinogene, Tranquillizer] > Cannabis) - bei den drogenbezogenen Todesfällen fallen alle Überdosierungen ohne Beteiligung von Opioiden in die Kategorie „andere“. Bei den ICD-10-Spitalsentlassungsdiagnosen gibt es weder die Kategorie „andere“ noch eine hierarchische Leitdrogendefinition.

Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMSGPK, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Anhand der DOKLI-Daten zeigt sich, dass die zahlenmäßig zweite relevante Gruppe Personen mit ausschließlich (risikoreichem) Cannabiskonsum sind (vgl. dazu auch Abschnitt 2.2). Auch bei Personen, bei denen durch den Amtsarzt / die Amtsärztin nach § 12 SMG Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt wird, spielt der Cannabiskonsum eine zentrale Rolle (siehe Abbildung 1.1), wobei es zwischen den Bundesländern große Unterschiede gibt (siehe Abbildung 1.2).

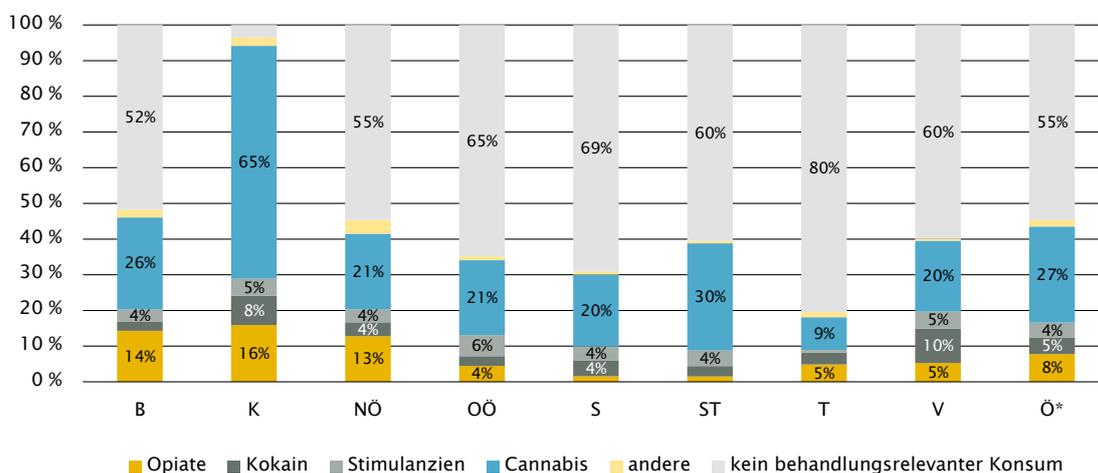
Die vertiefende Analyse der DOKLI-Daten im Rahmen des Schwerpunktkapitels „Analyse der Routinedaten zum Cannabiskonsum“ im *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013* sowie jene im Jahr 2017⁵ ergaben, dass lediglich ein Drittel der Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis vor Beginn der Behandlung hochfrequent Cannabis konsumierte und dass der Anteil von Personen, die aufgrund einer gesetzlichen Auflage in Behandlung sind, etwa zwei Drittel beträgt.

5

http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12_Weigl_Cannabis_in_Osterreich_und_der_EU.pdf [Zugriff am 1. 7. 2020]

Abbildung 1.2:

Bei Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter Drogenkonsum (hierarchische Leitdroge) im Jahr 2019 (n 5.180) nach Bundesland und in Österreich ohne Wien*



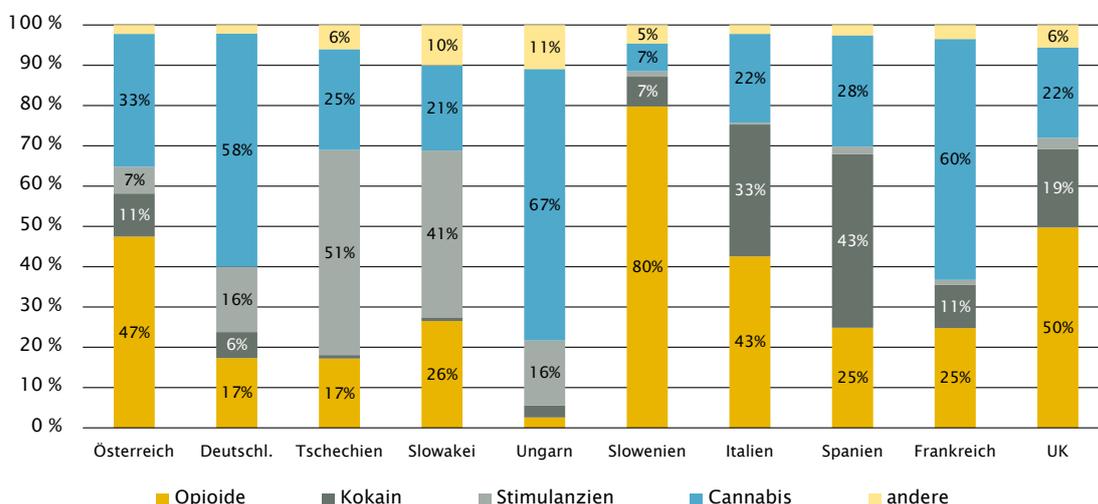
*= Österreich ohne Wien; Daten aus Wien fehlen. In den Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird.

Anmerkung: Darstellung nach hierarchischer Leitdroge: Wurde in der Drogenanamnese der behandlungsrelevante Konsum mehrerer Drogen festgestellt, wurde zur Vermeidung von Mehrfachzählungen nach folgender Hierarchie vorgegangen: Opiode > Kokain > Stimulanzen > andere [Halluzinogene, Tranquillizer] > Cannabis.

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 1.3:

Personen, die im Jahr 2018 mit einer ambulanten oder stationären drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU



Die Daten stammen aus dem neuen Onlinetool der EBDD <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/tdi> [Zugriff am 14.10.2020], das das Statistical Bulletin ersetzt. Die neuesten verfügbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 2018.

Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2020; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Polytoxikomaner Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden und (risikoreicher) Konsum von Cannabis sind die in Österreich mit Abstand am häufigsten vertretenen Konsummuster im Behandlungsbereich. Dies ist nicht in allen EU-Ländern in gleichem Ausmaß der Fall, wie der Vergleich in Abbildung 1.3 zeigt. So spielt in den beiden Nachbarländern Tschechien und Slowakei, historisch gewachsen, Methamphetamin eine wichtige Rolle, in Italien und Spanien Kokain⁶ (vgl. die *Country Drug Reports* der jeweiligen Länder von 2019⁷). Der Konsum von Methamphetamin war in Österreich bisher auf lokale Szenen begrenzt, er findet vorwiegend in Oberösterreich statt. Dies zeigte sich in Analysen der Konsummuster im *Epidemiologiebericht Drogen* des Jahres 2015 (Busch et al. 2015). Auch in den aktuellen Datenquellen finden sich Hinweise darauf, dass dies noch immer so sein dürfte (z. B. bei Begutachtungen nach § 12 SMG und in DOKLI).

6

Ungarn sticht mit einem sehr großen Anteil an Personen mit der Leitdroge Cannabis hervor, was jedoch in erster Linie den Umgang mit dieser Droge in Ungarn widerspiegelt. Aufgrund der restriktiven Gesetzeslage befindet sich ein Großteil der behandelten Personen als Alternative zu rechtlichen Konsequenzen in Betreuung (siehe https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11332/hungary-cdr-2019_0.pdf [Zugriff am 14.10.2020]).

7

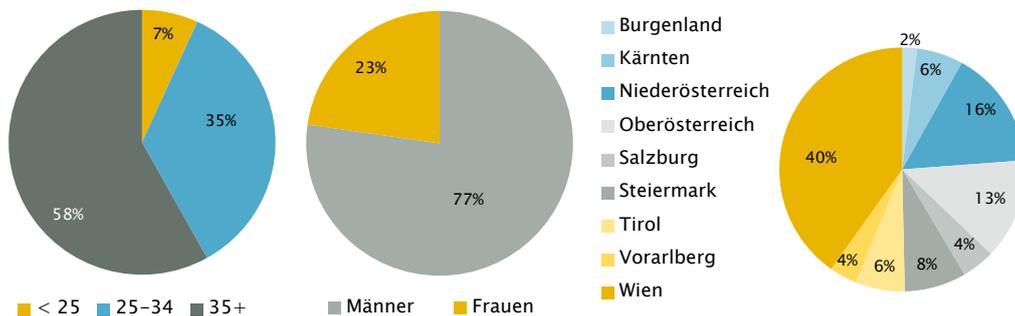
https://www.emcdda.europa.eu/publications-seriestype/country-drug-report_en [Zugriff am 14.10.2020]

Zusammenfassung: Opioidkonsum – hauptsächlich als Mischkonsum mit anderen legalen und / oder illegalen Substanzen – macht aktuell das Gros des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich aus. Personen, die ausschließlich (d. h. als einzige Leitdroge) Cannabis konsumieren, sind die zweite zahlenmäßig relevante Klientengruppe in den österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen. Ein beträchtlicher Teil dieser Gruppe befindet sich aufgrund gesetzlicher Auflagen in Betreuung. Lediglich bei etwa einem Drittel kann von einem hochfrequenten Cannabiskonsum vor Beginn der Behandlung ausgegangen werden. Risikoreiche Drogenkonsummuster sind in der EU regional unterschiedlich. Im Gegensatz zu Österreich sind in manchen EU-(Nachbar-)Ländern auch andere Leitdrogen als Opioide und Cannabis im Betreuungssystem von Relevanz.

1.2 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich 2019

Definition: Bei der Schätzung der Anzahl der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum handelt es sich um eine Dunkelzifferschätzung, die lediglich Annäherungswerte liefern kann. Für Österreich liegen ausschließlich Schätzungen des risikoreichen polytoxikomanen Konsums unter Beteiligung von Opioiden vor. Die referierten Werte wurden mittels der Capture-Recapture-Methode (CRC) basierend auf pseudonymisierten Daten aus dem Register der Substitutionsbehandlungen und auf den Anzeigen wegen Opioiden berechnet und anhand der 3-Sample-CRC-Schätzung unter Einbezug der drogenbezogenen Todesfälle mit Opioidbeteiligung für das Jahr 2017 validiert. Bei der CRC-Schätzung handelt es sich um ein von der EBDD empfohlenes komplexes statistisches Verfahren zur Dunkelzifferschätzung.

Abbildung 1.4:
Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland, 2019



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

Die aktuellsten Schätzungen kommen in Österreich für die Jahre 2018 und 2019 auf eine Anzahl von 31.000 bis 37.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden⁸. Abbildung 1.4 zeigt die Zusammensetzung der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nach Alter und Geschlecht sowie nach Bundesländern. Rund drei Viertel der Betroffenen sind Männer. Der Großteil ist 25 Jahre alt oder älter (93 %) und 40 Prozent leben in Wien.

Um das Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums (Opiode) in den Bundesländern genauer zu beschreiben, muss die Prävalenzschätzung auf die jeweilige Bevölkerungszahl in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen bezogen werden (vgl. Abbildung 1.5). Wien als einzige Großstadt Österreichs⁹ ist vom risikoreichen Drogenkonsum am stärksten betroffen, gefolgt von Kärnten, Niederösterreich und Vorarlberg. Die bundeslandspezifischen Schätzungen sind jedoch mit äußerster Vorsicht zu interpretieren, da die Schätzungen insbesondere bei kleineren Bundesländern aufgrund der kleinen Populationsgrößen sehr unsicher sind und stark schwanken. Bei der Interpretation ist daher immer das Intervall zwischen Untergrenze und Obergrenze des Konfidenzintervalls über 3 Jahre heranzuziehen.

Das Ausmaß des intravenösen Opioidkonsums kann hergeleitet werden, indem der Anteil der Opioidkonsumierenden, der die injizierende Applikation als vorwiegende Einnahmeform in DOKLI angibt (30 bis 40 %), auf alle Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden (Prävalenzschätzung) übertragen wird. Demnach ist davon auszugehen, dass in Österreich zwischen 9.300 und 14.800 Personen Opiode vorwiegend injizierend konsumieren.

8

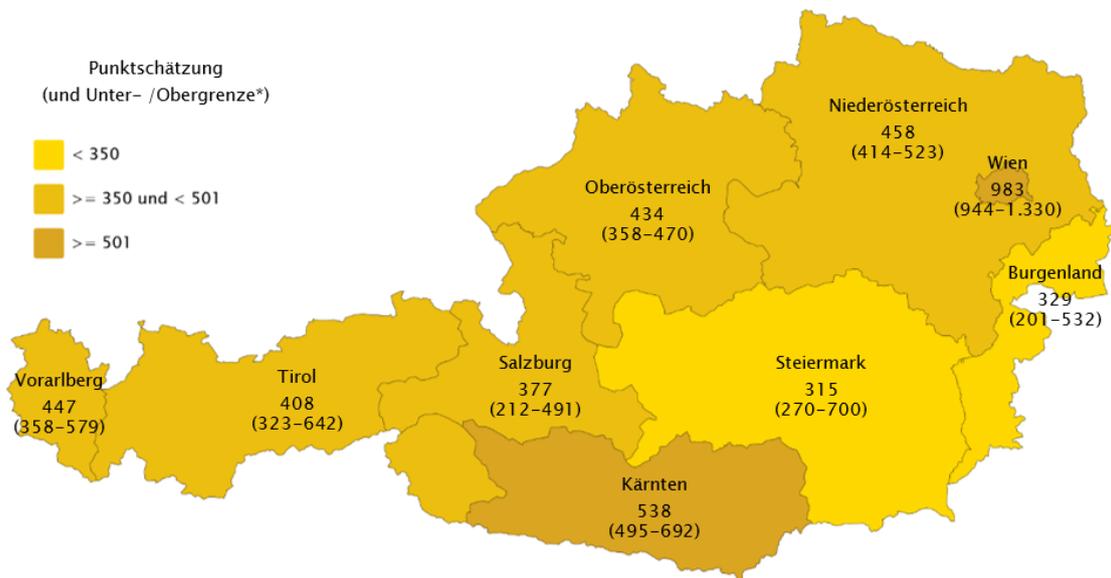
Seit einigen Jahren wird beobachtet, dass immer weniger Jugendliche und junge Erwachsene mit einem Opioidkonsum beginnen, was auf einen Rückgang der Opioidproblematik hindeutet. Die Anzahl der Betroffenen insgesamt ändert sich jedoch nur langsam. Dies hat mit dem chronischen Charakter der Opioidproblematik zu tun. Dies kann am besten in Analogie zu einer Badewanne erklärt werden, bei der zwar der Zufluss stark reduziert wird, der Abfluss jedoch stark zeitverzögert erfolgt und somit der Wasserspiegel sich nur sehr langsam ändert.

9

Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

Abbildung 1.5:

Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden im Jahr 2019 nach Bundesländern (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige)



*Die bundeslandspezifischen Schätzungen sind mit äußerster Vorsicht zu interpretieren, da die Schätzungen insbesondere bei kleineren Bundesländern aufgrund der kleinen Populationsgrößen sehr unsicher sind und stark schwanken. Bei der Interpretation sollte immer das oben dargestellte Intervall zwischen Untergrenze und Obergrenze des Konfidenzintervalls über 3 Jahre herangezogen werden (d. h. als Untergrenze wird der kleinste Wert des 95-Prozent-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze dessen höchster Wert herangezogen).

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

Zusammenfassung: Laut rezenten Schätzungen gibt es in Österreich zwischen 31.000 und 37.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum, meist in Form von Mischkonsum mit anderen Substanzen. 40 Prozent dieser Personen leben in Wien. Wien als einzige Großstadt Österreichs¹⁰ ist vom risikoreichen Drogenkonsum am stärksten betroffen, gefolgt von Kärnten, Niederösterreich und Vorarlberg. Ein Viertel ist weiblich und sieben Prozent sind unter 25 Jahre alt. Etwa 9.300 bis 14.800 Personen konsumieren vorwiegend intravenös.

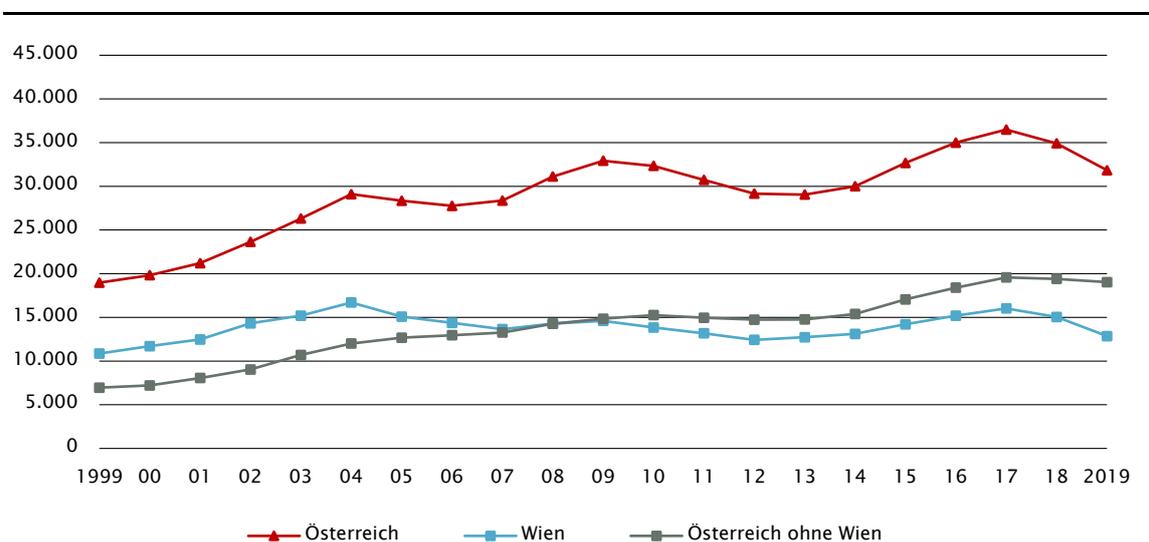
10

Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

1.3 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf

Der Verlauf der geschätzten Prävalenz¹¹ des risikoreichen Drogenkonsums zeigt einen steilen Anstieg Anfang der 2000er-Jahre auf fast 30.000 Personen in den Jahren 2004/2005. Bis 2014 schwanken die Werte relativ konstant um 30.000. Bis 2017 lässt sich wiederum ein Anstieg auf etwa 36.500 Personen beobachten, gefolgt von einem Rückgang auf 32.000 Personen im Jahr 2019.

Abbildung 1.6:
Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien, 1999–2019



Anmerkung: Für den Zeitraum von 1999 bis 2018 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000) herangezogen, für 2019 der Schätzwert für 2019 (aktuellste Schätzung).

Quellen: BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel, Busch et al. (2014); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

11

Die Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden wurde lange Zeit durch das sogenannte Ghost-Case-Problem im Register der Substitutionsbehandlungen erschwert. Personen, deren Behandlungsende nicht gemeldet wurde, verblieben fälschlicherweise als „in Betreuung stehend“ im Register. Dieser Fehler vergrößerte sich kumulativ über die Jahre bis 2007, als erste Korrekturmaßnahmen im Register der Substitutionsbehandlungen durchgeführt wurden. Mit eSuchtmittel konnte das Ghost-Case-Problem endgültig beseitigt werden. Für die Schätzungen mit Daten aus früheren Jahren musste jedoch eine für das Jahr 2004 anhand einer Zusatzstudie ermittelte Ghost-Case-Korrektur durchgeführt werden. Um den Ghost-Case-Fehler in der Zeitreihe auszugleichen, wurden für die Jahre 1999 und 2000 unkorrigierte Schätzungen, für 2001 und 2007 der Mittelwert aus korrigierter und unkorrigierter Schätzung, für 2002 bis 2006 korrigierte Schätzungen und ab 2008 – nach erfolgter Korrektur des Ghost-Case-Fehlers mit Start des Routinebetriebs von eSuchtmittel – unkorrigierte Schätzungen auf Basis von eSuchtmittel herangezogen.

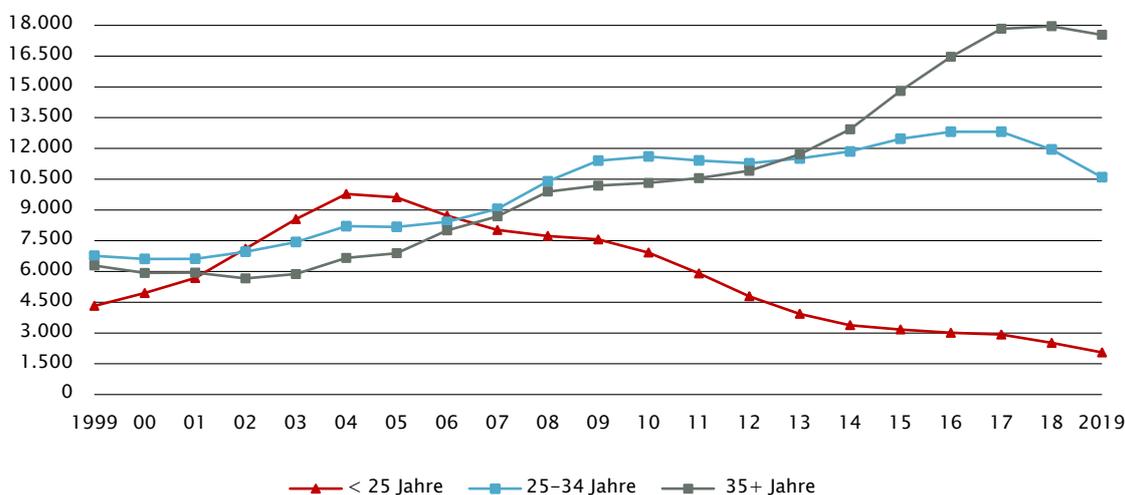
Betrachtet man die Entwicklung für Wien¹² und für Österreich ohne Wien getrennt, so zeigt sich ein differenziertes Bild. Während in Wien die Werte bis 2004 anstiegen und zwischen 2004 und 2014 stagnierten, stiegen in Österreich ohne Wien die Prävalenzen weiter an und stagnierten erst zwischen 2010 und 2014. Bis 2017 stiegen die Werte sowohl in Wien als auch in den anderen Bundesländern an. Der darauffolgende Rückgang ist in Wien stärker ausgeprägt. Bis 2006 wurden für Wien etwas mehr Personen mit risikoreichem Drogenkonsum geschätzt als für die restlichen Bundesländer, ab dem Jahr 2009 wurde für Österreich ohne Wien die Prävalenz höher geschätzt. Es dürfte sich dabei um das Phänomen eines kontinuierlichen Angleichens des Drogenkonsumausmaßes zwischen der Großstadt Wien und ländlichen/kleinstädtischen Regionen handeln (vgl. Abbildung 1.6).

Einen vertieften Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen (vgl. Abbildung 1.7). 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. Seither ist die Prävalenz in dieser Altersgruppe aber wieder stark rückläufig (= weniger Einsteiger/-innen). Ab 2014 pendelte sich die geschätzte Prävalenz in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen bei 3.000 Personen ein und sank im Jahr 2019 auf etwa 2.000 Personen. Mit der Alterung der „Generation Einstieg 2000 bis 2004“ wächst die Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (zunächst in der Altersgruppe 25 bis 34 und dann auch in der Altersgruppe über 34) weiter an. Seit 2017 sind die Zahlen in allen Altersgruppen rückläufig.

12

Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

Abbildung 1.7:
 Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden
 in Absolutzahlen nach Altersgruppen, 1999-2019



Anmerkung: Für den Zeitraum von 1999 bis 2018 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000) herangezogen, für 2019 der Schätzwert für 2019 (aktuellste Schätzung).

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

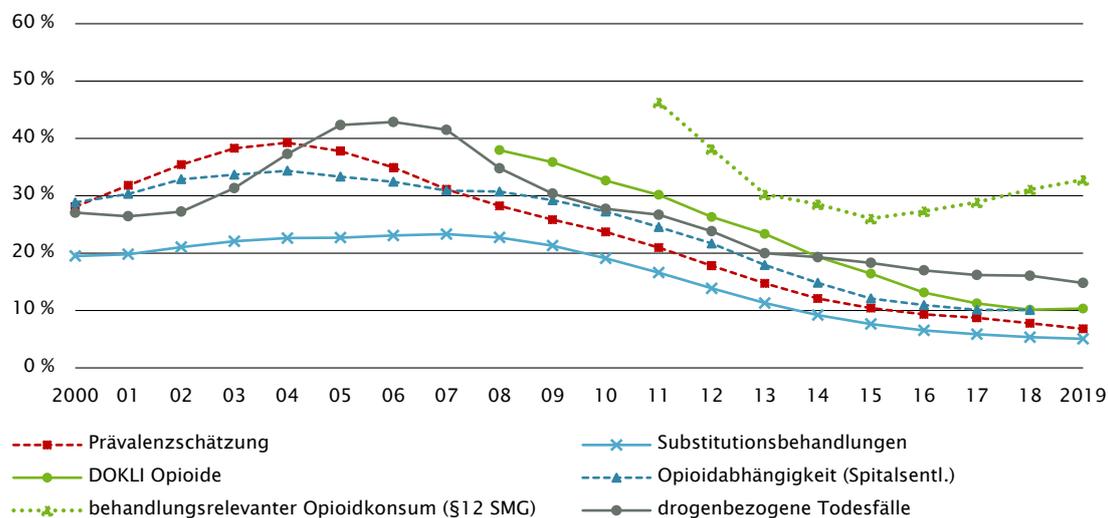
Der bis 2017 zu beobachtende Anstieg der Prävalenz ist daher nicht auf eine Verschärfung der Situation hinsichtlich Opioidproblematik zurückzuführen – dafür müssten die Zahlen in der Altersgruppe 15 bis 24 ansteigen. Er dürfte in erster Linie durch den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben davon Betroffener aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) bedingt sein¹³.

13

In gegenständliche Berechnung fließen alle Menschen, die sich in Substitutionsbehandlung befinden, ein. Expertinnen und Experten (z. B. von der EBDD) regen immer wieder an, dass aufgrund der erhöhten Stabilität von Personen, die sich lange in Substitutionsbehandlung befinden, diese nicht mehr in die Schätzung der problematischen Opioidkonsumierenden einfließen sollen. Auch führe die reduzierte Anzeigewahrscheinlichkeit bei diesen Personen zu einer Überschätzung der Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum. Dieser Vermutung wurde 2020 nachgegangen (siehe auch Exkurs „Stabilität von Personen in Opioidsubstitutionsbehandlung“) und es wurden Modelle mit unterschiedlichen Korrekturvarianten analysiert und einander gegenübergestellt. Dabei konnte eine zunehmende Stabilität nach Behandlungsdauer nachgewiesen werden. Der sich daraus ergebende Bias ist jedoch derart gering, dass zum jetzigen Zeitpunkt von der Einarbeitung eines Korrekturfaktors Abstand genommen wurde und somit die Aufrechterhaltung der Zeitreihe gewährleistet ist.

Abbildung 1.8:

Anteil von Personen unter 25 Jahren in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2000–2019



DOKLI Opiode = alle Personen, die in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode (2018 erfolgte eine Umstellung auf die Variable „Alter zum Stichtag“, die Zeitreihe wurde daher rückwirkend neu berechnet)

Opioidabhängigkeit (Spitalsentl.) = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Spitalsentlassung (jüngste verfügbare Daten; genauere Spezifikationen der Auswertung finden sich im Annex)

behandlungsrelevanter Opioidkonsum (§ 12 SMG) = amtsärztliche Begutachtungen nach § 12 SMG, bei denen ein behandlungsrelevanter Konsum von Opioiden festgestellt wurde; die Angaben sind unvollständig, da 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

Bei allen Datenquellen wurde für den Zeitraum von 2000 bis zum jeweils vorletzten dargestellten Jahr zum Ausgleich von Zufallsschwankungen jeweils der Mittelwert aus drei Jahren herangezogen (gleitendes Mittel). Für das letzte dargestellte Jahr wird der Rohwert dargestellt (beim behandlungsrelevanten Opioidkonsum nach § 12 SMG ebenfalls im Jahr 2011).

Quellen: BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel, DOKLI, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Betrachtet man die Veränderung der Altersstruktur in allen in Österreich zur Verfügung stehenden Datenquellen anhand des Prozentanteils der Personen unter 25 Jahren (vgl. Abbildung 1.8), zeigt sich, dass dieser Prozentsatz Mitte der 2000er-Jahre zunächst in den Prävalenzschätzungen und dann bei den drogenbezogenen Todesfällen anstieg. Seit etwa 2007 sinkt der Anteil der Personen unter 25 Jahren in fast allen Datenquellen. Dies spricht für eine im letzten Jahrzehnt stattfindende „Alterung“ der Population mit risikoreichem Drogenkonsum unter Opioidbeteiligung. Bei den Begutachtungen nach § 12 SMG ist im Vergleich zu den Vorjahren weiterhin ein leichter Anstieg des Anteils der unter 25-Jährigen zu beobachten.

Zusammenfassung: Zwischen dem Beginn der 2000er-Jahre und 2004/2005 stieg die Prävalenz des risikoreichen Drogenkonsums aufgrund einer erhöhten Anzahl Jugendlicher und junger Erwachsener, die ihren risikoreichen Drogenkonsum starteten. Mittlerweile ist die Anzahl junger Personen mit risikoreichem Drogenkonsum in fast allen Datenquellen rückläufig. Der bis 2017 zu beobachtende Anstieg der geschätzten Prävalenz des risikoreichen Drogenkonsums wurde vorwiegend durch einen Anstieg in der Altersgruppe 35+ verursacht. Dieser dürfte in erster Linie durch den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben von Personen mit Opioidabhängigkeit aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) bedingt sein. Seit 2017 sinken die Zahlen in allen Altersgruppen.

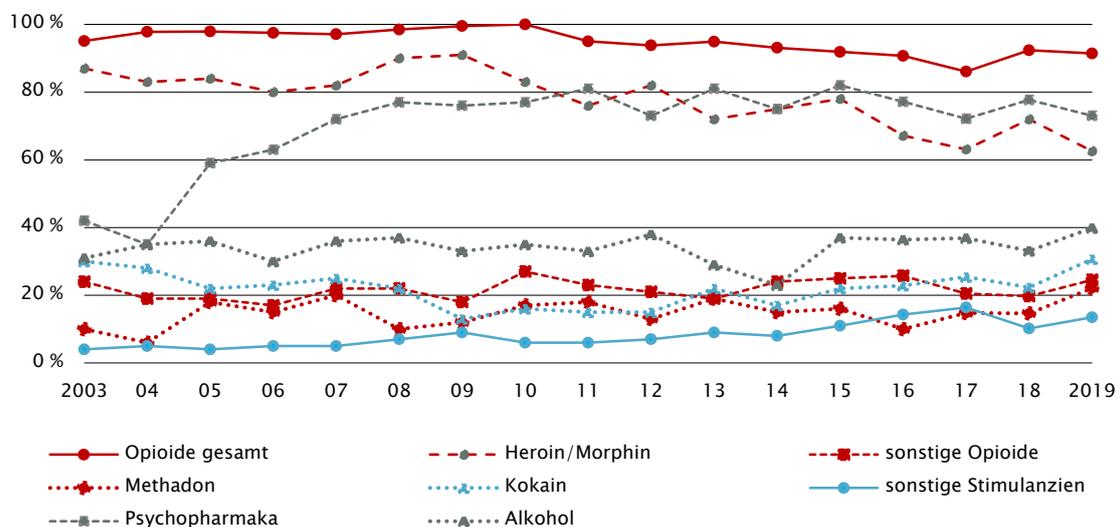
Da immer weniger Jugendliche und junge Erwachsene in den Opioidkonsum einsteigen, stellt sich die Frage, ob dies einen Rückgang des risikoreichen Drogenkonsums insgesamt bedeutet oder eine Veränderung risikoreicher Konsummuster hin zum Konsum anderer Drogen. Um dies zu prüfen, können die Zeitreihe der drogenbezogenen Todesfälle nach beteiligten Substanzen und die DOKLI-Daten nach Leitdroge herangezogen werden (vgl. Abbildung 1.9 und Abbildung 1.10).

Die Substanzeanalysen bei direkt drogenbezogenen Todesfällen (vgl. Abbildung 1.9) machen Folgendes deutlich: An der Dominanz von Opioiden hat sich in den letzten Jahren nichts geändert, die tendenzielle Abnahme, die zwischen 2011 und 2017 zu beobachten war, setzt sich nicht fort. Kokain und sonstige Stimulanzien (sämtliche Stimulanzien wie z. B. (Meth)Amphetamin, Ecstasy etc. exklusive Kokain) werden weiterhin bei den Todesfällen deutlich seltener festgestellt als Opioiden. Die Beteiligung von Kokain war 2003 mit 30 Prozent am höchsten und ging bis 2009 auf 13 Prozent zurück. Bis 2018 schwankten die Werte um die 20 Prozent. 2019 ist wieder ein Anstieg auf 31 Prozent festzustellen. Ob es sich dabei um eine Trendwende handelt, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht einschätzbar, da es sich auch um einen Ausreißer handeln könnte. Der Anteil an sonstigen Stimulanzien bewegt sich seit Anfang der 2000er-Jahre auf niedrigem Niveau, in den letzten zehn Jahren zeigt sich tendenziell ein leichter Anstieg. Die Anteile der Psychopharmaka stiegen zwischen 2004 und 2011 und pendeln sich seither zwischen 70 und 80 Prozent ein.

Aus der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle lässt sich somit keine eindeutige Änderung der Konsummuster weg von Opioiden hin zu anderen Substanzen ableiten.

Abbildung 1.9:

Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen, 2003–2019



Anmerkung: Die Kategorie „sonstige Stimulanzien“ umfasst sämtliche Stimulanzien (z. B. (Meth)Amphetamin, Ecstasy, Mephedron/3-MMC, Cathinone, neue psychoaktive Substanzen (NPS) des Typs Stimulanzien) exklusive Kokain. Die Kategorie „sonstige Opiate“ beinhaltet auch NPS-Opiate.

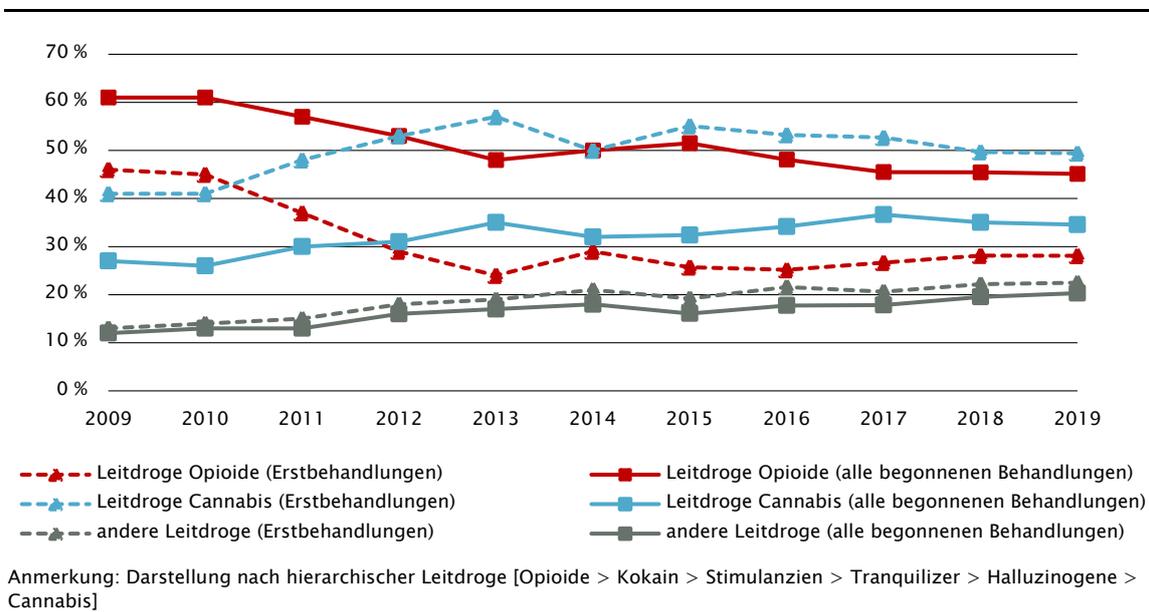
Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: An der Dominanz von Opioiden bei drogenbezogenen Todesfällen hat sich in den letzten Jahren nichts geändert. Sonstige Stimulanzien (sämtliche Stimulanzien wie z. B. (Meth)Amphetamin, Ecstasy etc. exklusive Kokain) sind zwar – auf sehr niedrigem Niveau – im Vergleich mit den frühen 2000er-Jahren tendenziell angestiegen, daraus lässt sich jedoch keine eindeutige Änderung der Konsummuster weg von Opioiden hin zu anderen Substanzen ableiten.

Die DOKLI-Daten zeigen bis zum Jahr 2013 eine deutliche Abnahme des Anteils der Opiode bei den Klientinnen und Klienten der Suchthilfeeinrichtungen. Im Gegensatz dazu zeigt sich bei Cannabis im gleichen Zeitraum eine Zunahme. Seither sind keine eindeutigen Trends zu beobachten. Hinsichtlich anderer Leitdrogen (in erster Linie Kokain, andere Stimulanzien und Tranquillizer/Hypnotika) bewegen sich die Zahlen weiterhin um die 20 Prozent (vgl. Abbildung 1.10). Bei der Interpretation der Zahlen ist zu berücksichtigen, dass der Großteil der Personen in Substitutionsbehandlung nicht in DOKLI aufscheint.

Abbildung 1.10:

Leitdrogen im Zeitverlauf in DOKLI (ambulanter Bereich), 2009–2019



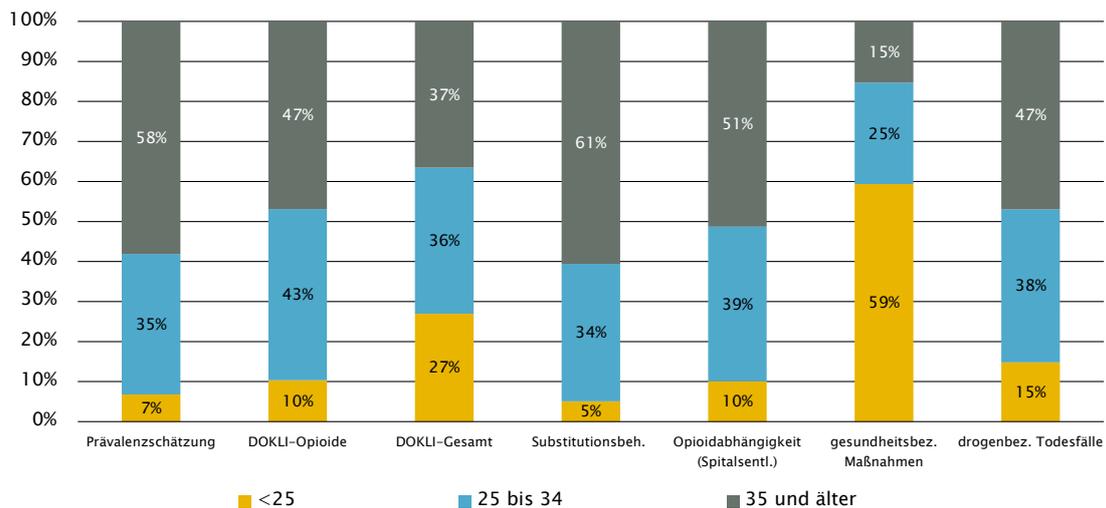
Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2009 bis 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusätzlich zu den eben dargestellten österreichweiten Entwicklungen deutet die vertiefte Analyse (vgl. Kapitel 4 des *Epidemiologieberichts Drogen 2015*) auf lokal begrenzte Szenen mit Konsum von Stimulanzen (z. B. Methamphetamin in Oberösterreich) hin. Da die Opioidproblematik zurückgeht und es keine Anzeichen für eine Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums hin zu anderen Substanzen gibt, ist von einer Entspannung der Drogensituation auszugehen.

Zusammenfassung: Fast alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring lassen auf einen Rückgang bzw. eine Stagnation des risikoreichen Opioidkonsums bei den unter 25-Jährigen schließen (weniger Einsteiger/-innen). Der zu beobachtende Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle verweist aufgrund der Altersstruktur der Verstorbenen auch nicht auf vermehrte Einsteiger und Einsteigerinnen in den risikoreichen Drogenkonsum. Da die Opioidproblematik insgesamt betrachtet zurückgeht und es keine eindeutigen Anzeichen für eine Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums hin zu anderen Substanzen gibt, ist von einer Entspannung der Drogensituation auszugehen. Dennoch muss die Situation gerade in Bezug auf die drogenbezogenen Todesfälle weiterhin unter Beobachtung bleiben.

1.4 Alter und Geschlecht der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum

Abbildung 1.11:
Altersverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2019



DOKLI-Opioide = Alter (zum Stichtag 30. 6. 2019) aller im Jahr 2019 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen mit der Leitdroge Opioid

DOKLI-Gesamt = Alter (zum Stichtag 30. 6. 2019) aller im Jahr 2019 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen

Prävalenzschätzung = geschätzte Anzahl an Personen mit risikoreichem Opioidkonsum 2019

Substitutionsbeh. = Substitutionsbehandlungen 2019

drogenbez. Todesfälle = Todesfälle aufgrund drogenbezogener Überdosierungen 2019

gesundheitsbez. Maßnahmen = Personen, für die 2019 eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat

Opioidabhängigkeit (Spitalsentl.) = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioid) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2018 (jüngste verfügbare Daten; genauere Spezifikationen der Auswertung finden sich im Tabellenannex)

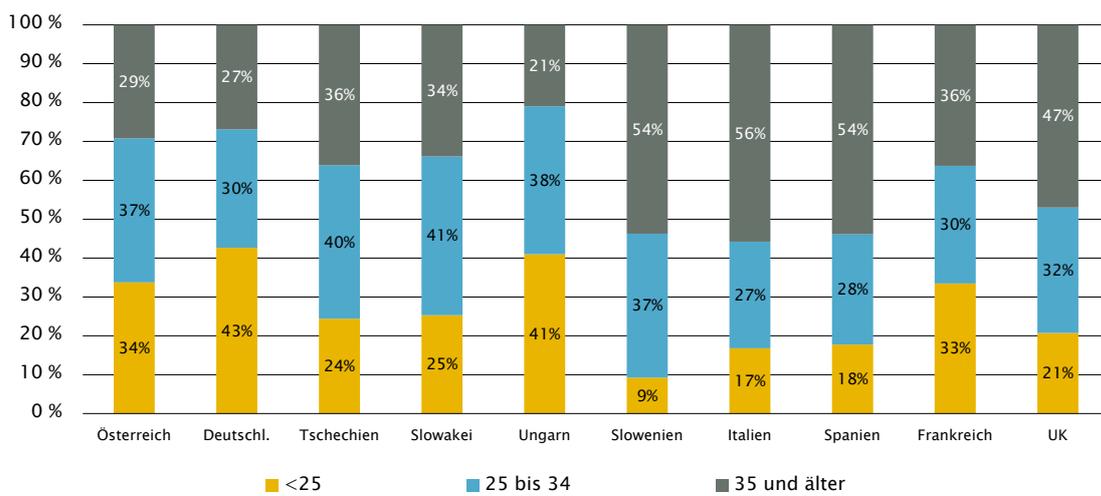
Quellen: DOKLI, BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Datenquellen (vgl. Abbildung 1.11), die sich auf Personen mit **risikoreichem Opioidkonsum** (Substitutionsbehandlung, DOKLI-Opioid, Spitalsentlassungen, drogenbezogene Todesfälle) beziehen, zeigen alle sehr deutlich, dass junge Personen den geringsten Anteil ausmachen (zwischen 5 % und 15 %). Bei all diesen Datenquellen ist der Anteil der älteren Personen im Gegenzug sehr hoch (zwischen 47 % und 61 %). Bei **allen betreuten Personen** in DOKLI-Einrichtungen (unabhängig von der Leitdroge) und bei Personen, für die eine Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat, ist der Anteil der jüngeren Personen deutlich höher. Bei den gesundheitsbezogenen Maßnahmen ist die Klientel insgesamt sehr jung, d. h., Personen ab 35 Jahren machen in dieser Gruppe einen sehr geringen Anteil aus.

Ein Vergleich mit anderen EU-Ländern hinsichtlich der Altersstruktur ist lediglich für DOKLI-Daten aus dem Jahr 2018 möglich (vgl. Abbildung 1.12). Österreich liegt hier über alle Altersgruppen

betrachtet eher im Mittelfeld, wobei der Anteil der Jungen im Vergleich relativ hoch ist. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass sich die Altersstruktur der Betroffenen Mitte der 2000er-Jahre stark verjüngte (viele Einsteiger/-innen – vgl. Abschnitt 1.3) und das Klientel seither kontinuierlich altert.

Abbildung 1.12:
Altersverteilung von Personen, die im Jahr 2018 mit einer ambulanten oder stationären drogenbezogenen Betreuung begannen, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU

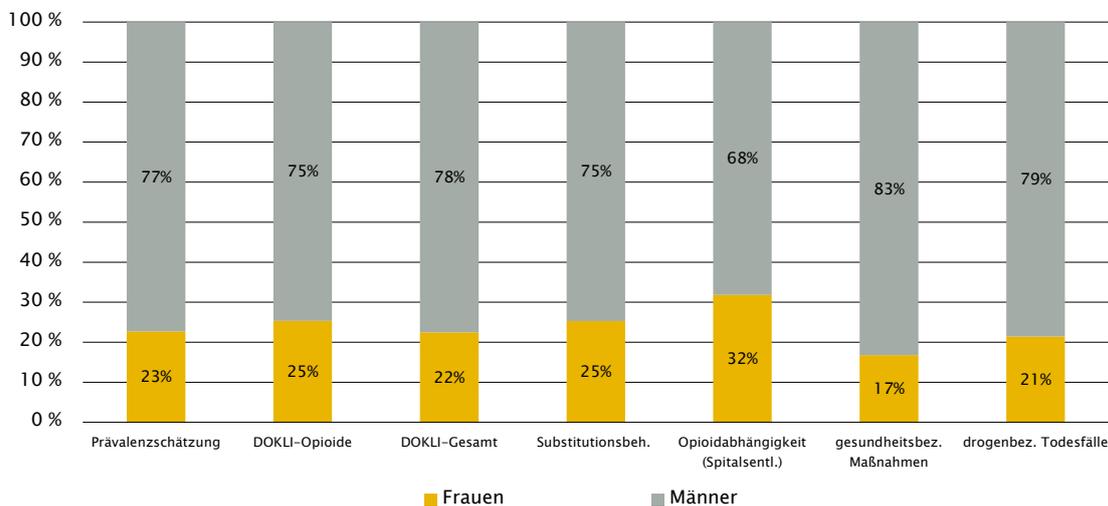


Die Daten stammen aus dem neuen Onlinetool der EBDD <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/tdi> [Zugriff am 14.10.2020], das das Statistical Bulletin ersetzt. Die neuesten verfügbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 2018.

Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2020; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Die Zusammenschau verschiedener Datenquellen bezüglich des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich ergibt, dass dieser – sofern es sich um Opioidkonsum handelt – eher ältere Personen betrifft und der Anteil der jungen Betroffenen relativ niedrig ist. Dass Österreich im EU-Vergleich bezüglich des Anteils junger Opioidabhängiger im Mittelfeld liegt, ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass sich die Altersstruktur der Betroffenen Mitte der 2000er-Jahre stark verjüngte (viele Einsteiger/-innen – vgl. Abschnitt 1.3) und das Klientel seither kontinuierlich altert.

Abbildung 1.13:
Geschlechtsverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2019



Prävalenzschätzung = aktuellste Schätzung 2019

DOKLI-Opioid = 2019 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreute Personen mit der Leitdroge Opioid

DOKLI-Gesamt = 2019 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreute Personen

drogenbezogene Todesfälle = Todesfälle aufgrund drogenbezogener Überdosierungen 2019

gesundheitsbez. Maßnahmen = Personen, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG im Jahr 2019 den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat

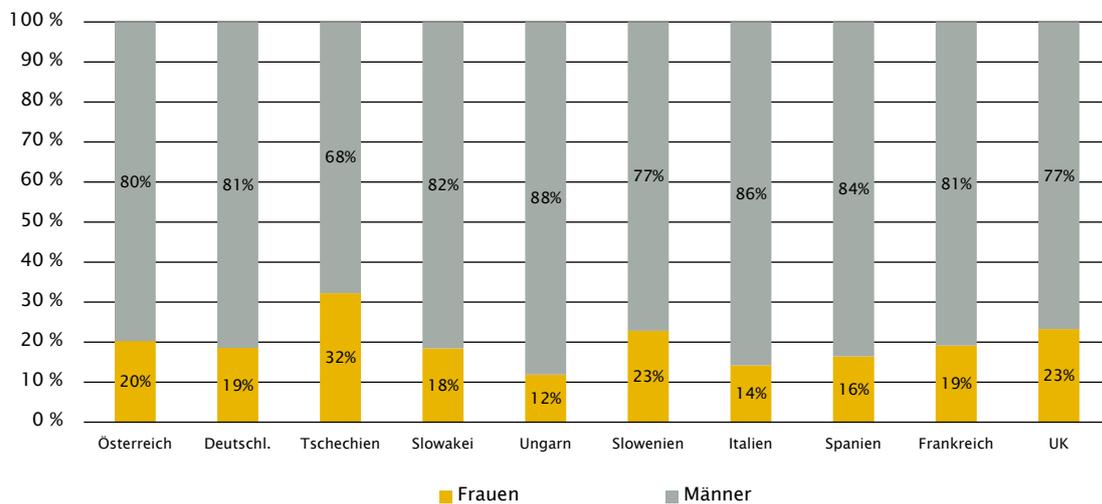
Opioidabhängigkeit (Spitalsentl.) = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioid) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2018 (aktuellste verfügbare Daten)

Quellen: DOKLI, BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

Vom risikoreichen Drogen- bzw. Opioidkonsum sind vor allem Männer betroffen. Das zeigt sich über alle Datenquellen hinweg (vgl. Abbildung 1.13) und ist auch in anderen europäischen Ländern so (vgl. Abbildung 1.14). Rund drei Viertel der Betroffenen in Österreich sind Männer, rund ein Viertel Frauen. Am höchsten ist der Frauenanteil mit 32 Prozent bei Personen, die aufgrund einer Opioidabhängigkeit im Krankenhaus behandelt wurden, am niedrigsten bei Personen, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergab (17%). Betrachtet man die Geschlechtsverteilung in verschiedenen Altersgruppen (vgl. Abbildung 1.15), zeigt sich in den meisten Datenquellen das Phänomen, dass der Frauenanteil mit zunehmendem Alter kleiner wird: Der risikoreiche Opioidkonsum trifft jüngere Frauen stärker als ältere Frauen.

Abbildung 1.14:

Geschlechtsverteilung von Personen, die 2018 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begannen, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU

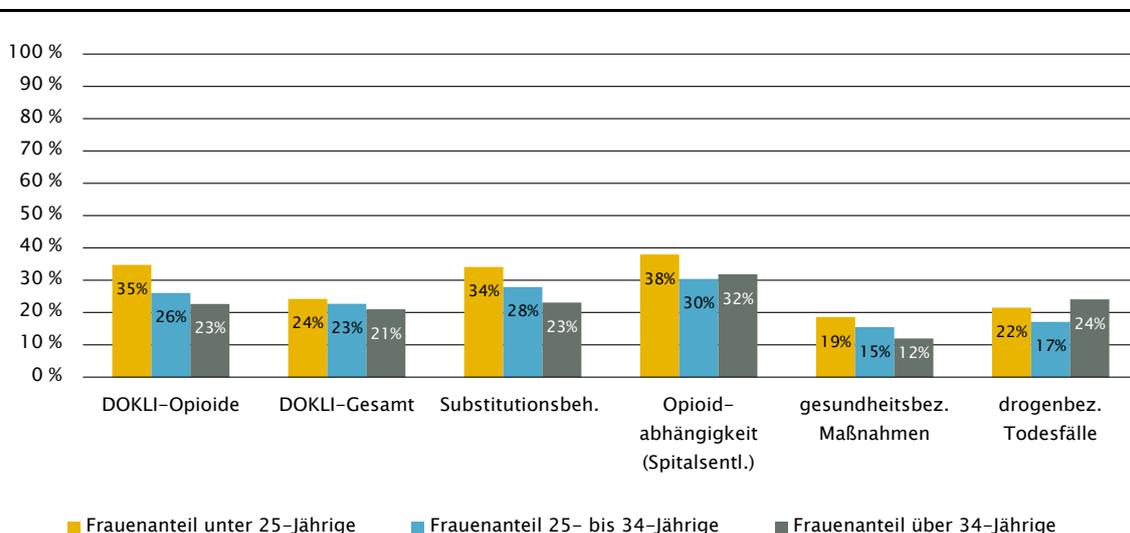


Die Daten stammen aus dem neuen Onlinetool der EBDD <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/tdi> [Zugriff am 14.10.2020], das das Statistical Bulletin ersetzt. Die neuesten verfügbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 2018.

Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2020; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 1.15:

Frauenanteil nach Altersgruppe in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2019



Prävalenzschätzung = aktuellste Schätzung 2019

DOKLI-Opioid = 2019 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreute Personen mit der Leitdroge Opioid

DOKLI-Gesamt = 2019 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreute Personen

drogenbez. Todesfälle = Mittelwert der Jahre 2017 bis 2019 zum Ausgleich von Zufallsschwankungen

gesundheitsbez. Maßnahmen = Personen, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG im Jahr 2019 den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat

Opioidabhängigkeit (Spitalsentl.) = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioid) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2018 (aktuellste verfügbare Daten)

Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Vom risikoreichen Drogen- bzw. Opioidkonsum sind vor allem Männer betroffen. Betrachtet man die Geschlechtsverteilung in verschiedenen Altersgruppen, zeigt sich, dass der risikoreiche Opioidkonsum jüngere Frauen stärker trifft als ältere Frauen.

2 Drogenbezogene Behandlungen

In Österreich haben suchtkranke Personen grundsätzlich den gleichen Zugang zum gesamten Gesundheitssystem wie Personen ohne Suchterkrankung. Für drogenbezogene Behandlungen gibt es jedoch auch auf Sucht spezialisierte ambulante und/oder stationäre Einrichtungen. Behandlungsstrategien sind in den Sucht-/Drogenstrategien der neun Bundesländer, in der Österreichischen Suchtpräventionsstrategie sowie in den relevanten Gesetzen und Verordnungen festgelegt. Der Rahmen für Substitutionsbehandlungen sowie Voraussetzungen für substituierende Ärztinnen und Ärzte sind in der Suchtgiftverordnung (BGBl. II 1997/347) definiert (vgl. auch Kapitel 1, 2 und 5 in Horvath et al. 2019). Die Betreuung und Behandlung von Personen mit risikoreichem Drogenkonsum wird österreichweit durch das pseudonymisierte Statistikregister (eSuchtmittel) und durch das Behandlungsdokumentationssystem DOKLI erfasst (vgl. auch Kapitel Hintergrund und Fragestellungen und Kapitel 4). Im vorliegenden Kapitel wird die epidemiologische drogenbezogene Behandlungssituation durch folgende Schwerpunkte skizziert: die Anzahl der drogenbezogenen Behandelten in Abschnitt 2.1, die Drogenkonsummuster (Konsum von Opioiden, Cannabis, Kokain, Stimulanzien, weitere Konsummuster) von Personen in Betreuung (vgl. Abschnitt 2.2), die Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik (vgl. Abschnitt 2.3) sowie die Versorgungslage und Versorgungspraxis im Bereich der Substitutionsbehandlungen (vgl. Abschnitt 2.4 und 2.5). In einem Exkurs (vgl. Abschnitt 2.6) werden die Behandlungsdauer der Opioid-Substitutionsbehandlung und Anzeigen nach dem SMG/NPSG dargestellt.

2.1 Anzahl der behandelten Personen

Insgesamt befanden sich im Jahr 2019 in Österreich geschätzt 25.730 Personen in drogenbezogener Behandlung.

Von diesen waren 10.708 Personen in ambulanter und 1.194 in stationärer Suchtbehandlung^{14,15}. Zusätzlich erhielten 12.869 Personen eine Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und 959 Personen während der Haft (vgl. Tabelle 2.1).¹⁶ Personen mit behandlungsrelevantem Drogenkonsum, die eine Behandlung außerhalb der Suchthilfe in Anspruch nehmen, sind nicht dokumentiert und daher nicht inkludiert.

14

ambulante Suchtbehandlung inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen; Schätzung aus DOKLI und eSuchtmittel

15

stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung; Schätzung aus DOKLI

16

Die Datenbasis für die Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und in Haft basiert auf den Realdaten von eSuchtmittel und ist keine Schätzung.

Tabelle 2.1:

Schätzung der insgesamt wegen des Konsums illegaler Drogen behandelten Personen nach Setting im Jahr 2019

Setting	Anzahl der Personen
ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen) (Schätzung aus DOKLI und eSuchtmittel)	10.708
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (keine Schätzung, eSuchtmittel)	12.869
stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung (Schätzung aus DOKLI)	1.194
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft (keine Schätzung, eSuchtmittel)	959
Suchtbehandlungen insgesamt	25.730

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

Methodik der Schätzung

Basis der Schätzung bilden die dokumentierten Daten von Suchtbehandlungen in Österreich in den Dokumentationssystemen DOKLI und eSuchtmittel (vgl. Kapitel Hintergrund und Fragestellungen). Für in DOKLI-Einrichtungen behandelte Personen wird jeweils eine Leitdroge angegeben. Dabei handelt es sich um jene Droge¹⁷, die der Klientin / dem Klienten aus deren subjektiver Sicht die meisten Probleme verursacht (vgl. auch Kapitel 4.3). In der Regel ist die Leitdroge auch jene Droge, die zur Inanspruchnahme der aktuellen Betreuung geführt hat. Die Personengruppen in DOKLI und jene von eSuchtmittel überschneiden sich teilweise. 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 79 Prozent im stationären Sektor ausgegangen.

Zusammengefasst werden für die Schätzungen folgende Faktoren herangezogen:

- » Überschneidungsgrad der beiden Dokumentationssysteme DOKLI und eSuchtmittel bei Personen mit Opioidproblematik: 70 Prozent
- » Mehrfachzählungen im Dokumentationssystem DOKLI (Double Counting): 22 Prozent
- » Abdeckungsgrad erfasster behandelter Personen (Coverage) in DOKLI: nicht-stationärer Bereich 93 Prozent, stationärer Bereich 79 Prozent

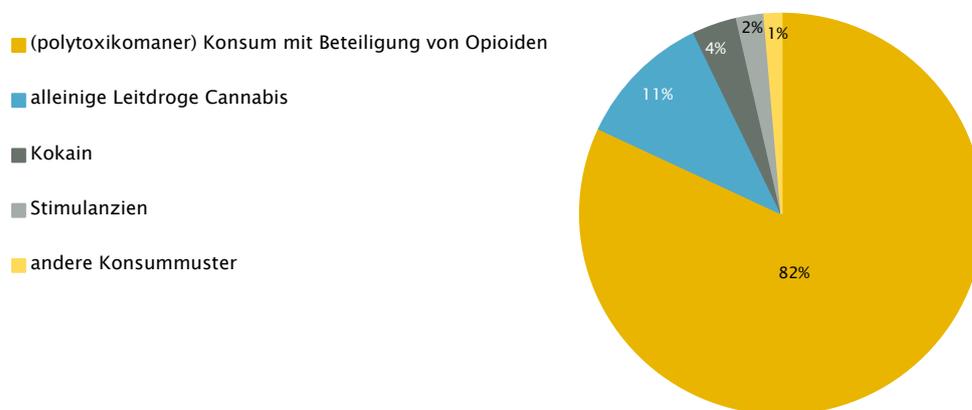
17

Werden mehrere Leitdrogen angegeben, entspricht die Leitdroge der hierarchischen Leitdroge nach folgender Stechlogik: Opiode > Kokain > Stimulanzien > andere (Halluzinogene, Tranquilizer) > Cannabis.

2.2 Drogenkonsummuster der behandelten Personen

Die Analyse der Konsummuster der 25.730 Personen in drogenspezifischer Behandlung zeigt, dass der Großteil von diesen – 21.093 Personen (82 %) – Opiode, meist als Mischkonsum mit anderen (legalen und illegalen) Substanzen, konsumiert. Eine weitere zahlenmäßig relevante Gruppe stellen 2.803 (11 %) Behandelte dar, die Cannabis als alleinige Leitdroge angeben. Kokain (917 Personen), Stimulanzen (567 Personen) und andere Drogen (350 Personen) stellen jeweils nur für einen kleinen Teil die Leitdroge dar (vgl. Abbildung 2.1).

Abbildung 2.1:
Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung), 2019



Es wurde die hierarchische Leitdrogendefinition herangezogen:
Stechlogik: Opiode > Kokain > Stimulanzen > andere (Halluzinogene, Tranquilizer) > Cannabis

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

2.3 Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik

In den Jahren 2018/2019 lag die Anzahl von Personen mit risikoreichem Opioidkonsum geschätzt bei 31.000 bis 37.000 (vgl. Abbildung 2.2)¹⁸. Der Anteil jener Personen, die sich in einer drogenspezifischen Behandlung befanden, lag zwischen 57 und 68 Prozent (*In-Treatment-Rate Insgesamt*¹⁹). In Substitutionsbehandlung befanden sich zwischen 53 und 63 Prozent der Personen mit

18

Grundlage der geschätzten Daten im vorliegenden Abschnitt ist die für Österreich alle zwei Jahre durchgeführte Prävalenzschätzung (vgl. Kapitel 1).

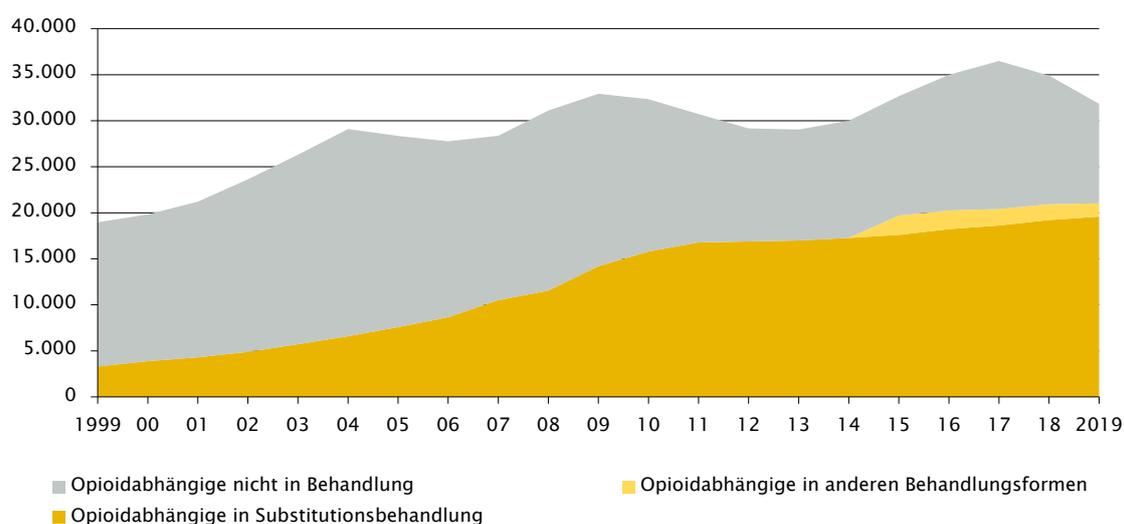
19

In-Treatment-Rate Insgesamt ist der Prozentsatz von Personen mit risikoreichem Drogenkonsum, der sich in Behandlung befindet (aufgrund von Opioidproblematik Behandelte / Prävalenzschätzung*100).

risikoreichem Opioidkonsum (*In-Treatment-Rate Substitution*²⁰); im Jahr 2019 waren dies 19.587 Personen.

Im Langzeittrend ist die Anzahl von Personen mit risikoreichem Opioidkonsum in Substitutionsbehandlung erheblich gestiegen: Über den Zeitraum von 20 Jahren hat sich diese nahezu verfünffacht. Die Anzahl von Personen mit risikoreichem Opioidkonsum hat sich hingegen nicht einmal verdoppelt. Dass mittlerweile zwischen 53 und 63 Prozent der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum Substitutionsbehandlung in Anspruch nehmen, kann als großer Erfolg gewertet werden.

Abbildung 2.2:
Opioidabhängige Personen (in Behandlung), 1999–2019



Opioidabhängige nicht in Behandlung: Prävalenzschätzung abzüglich aller Opioidabhängigen in Behandlung
 Opioidabhängige in Substitutionsbehandlung: Personen in Substitution (eSuchtmittel)
 Opioidabhängige in anderen Behandlungsformen: Schätzung aller Opioidabhängigen in Behandlung, abzüglich Personen in Substitution (Daten liegen erst seit 2015 vor).

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

Zusammenfassung: Im Jahr 2019 waren 19.587 opioidabhängige Personen in Substitutionsbehandlung. Mehr als die Hälfte der geschätzt 31.000 bis 37.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum befindet sich in Behandlung. Der Prozentsatz der Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung ist regional unterschiedlich und liegt für Gesamtösterreich zwischen 53 und 63 Prozent. Es ist gelungen, über die Jahre die *In-Treatment-Rate Substitution* von Personen mit Opioidabhängigkeit massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg gewertet werden.

20

In-Treatment-Rate Substitution ist der Prozentsatz von Personen mit Opioidproblematik, der sich in Substitutionsbehandlung befindet (Personen in Substitutionsbehandlung / Prävalenzschätzung*100).

2.4 Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen

Hinsichtlich der Versorgung opioidabhängiger Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung ist der teilweise bestehende oder drohende Ärztemangel in der Substitutionsbehandlung (z. B. durch Pensionierung) ein wichtiges Thema. Zur Beschreibung und Trenddarstellung der Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen können mehrere Indikatoren herangezogen und miteinander kombiniert werden:

1. Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte²¹
2. Anzahl der tatsächlich in der Substitutionsbehandlung tätigen, d. h. versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte²²
3. Anzahl der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen²³

Die Anzahl der für die Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte beträgt in Österreich zum Stichtag 31. 12. 2019 insgesamt 674 Mediziner/-innen. Von diesen haben 575 (85 %) am Stichtag 31. 12. 2019 mindestens eine Substitutionsbehandlung durchgeführt. Österreichweit befanden sich zum Stichtag 17.679²⁴ Personen in Substitutionsbehandlung, somit kommen durchschnittlich 31 Behandelte auf eine Ärztin / einen Arzt.

Die Betreuungszahlen pro Arzt/Ärztin sind innerhalb von Österreich sehr unterschiedlich. Während im Jahr 2019 156 Ärztinnen/Ärzte (27 %) jeweils 1 bis 3 Patientinnen und Patienten betreuten, waren bei 219 Ärztinnen/Ärzten (38 %) jeweils 11 bis 50 Personen in Substitutionsbehandlung. 101 Ärztinnen/Ärzte (18 %) behandelten jeweils 51 und mehr Patientinnen/Patienten (vgl. Abbildung 2.3). Die unterschiedlichen Betreuungszahlen können dahingehend interpretiert werden, dass ein Teil der Substitutionsbehandlungen wohnortnah bei Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der Regelversorgung durchgeführt wird, ein anderer Teil wiederum in Suchthilfeeinrichtungen oder bei Ärztinnen und Ärzten, die sich auf Substitutionsbehandlung spezialisiert haben. Bei beiden Varianten kann es sich sowohl um Allgemeinmediziner/-innen als auch um Fachärztinnen/Fachärzte handeln.

21

Quelle: LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte

22

Quelle: eSuchtmittel

23

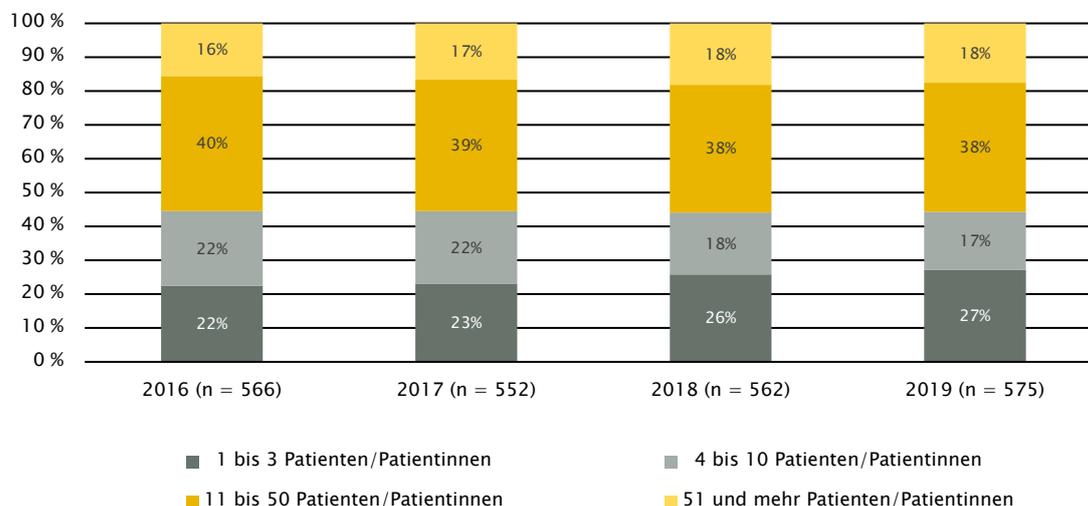
Quelle: ebd.

24

vgl. Annex, Tabelle 1

Abbildung 2.3:

Betreute Substitutionspatientinnen/-patienten pro Ärztin/Arzt* in Prozent, 2016–2019



* Die Auswertung bezieht sich auf alle in der Substitutionsbehandlung tätigen Ärztinnen und Ärzte, unabhängig davon, ob es sich um niedergelassene Ärztinnen und Ärzte handelt oder um solche, die in einer stationären Einrichtung tätig sind.

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

Bundeslandspezifische Vergleiche hinsichtlich der Behandlungsstruktur sind aufgrund der unterschiedlichen Strukturen kaum möglich. Die Substitutionsbehandlung in den Bundesländern ist unterschiedlich organisiert (zentrale Stellen für Substitutionsbehandlung versus dezentrale Versorgung). Während in Kärnten, Tirol und Vorarlberg ein relativ großer Teil der Personen in Einrichtungen (§ 15-Einrichtungen oder Krankenanstalten) betreut wird, wird in den anderen Bundesländern weit über die Hälfte der Personen in Substitutionsbehandlung in Arztpraxen versorgt. Besonders in Wien sind Ärztinnen und Ärzte zudem über die Bundeslandgrenze hinaus versorgungswirksam, wenn beispielsweise eine Wiener Ärztin oder ein Wiener Arzt auch Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern betreut²⁵ (vgl. Abbildung 2.5).

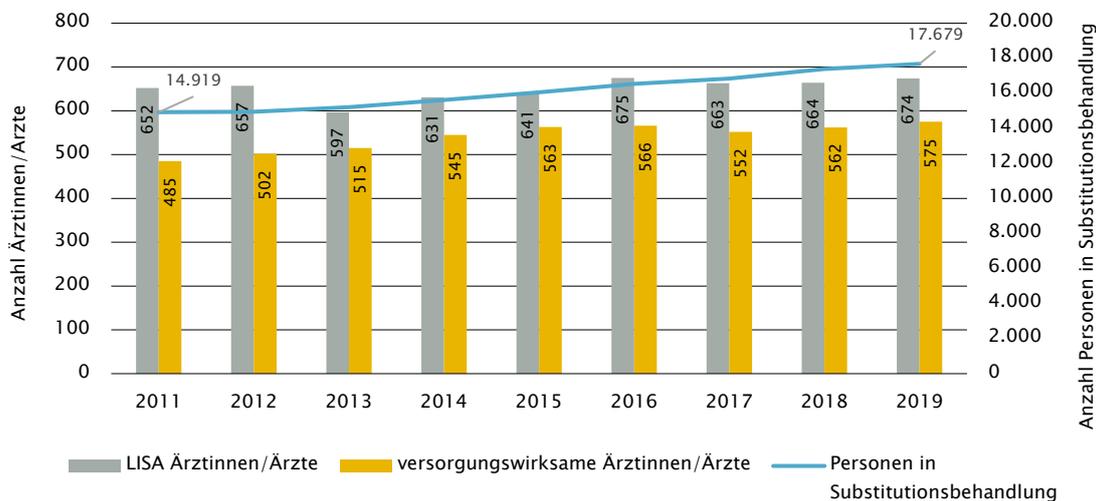
Im zeitlichen Trend stieg in Österreich die Anzahl der versorgungswirksamen substituierenden Ärztinnen und Ärzte von 2011 (485) bis 2019 (575) an, bleibt jedoch seit 2015 relativ unverändert (vgl. Abbildung 2.4). Die Anzahl der zur Substitution qualifizierten Ärztinnen und Ärzte bewegt sich seit 2011 auf einem verhältnismäßig stabilen Niveau, im Jahr 2011 waren 652 Ärztinnen/Ärzte zugelassen, 2019 sind es 674. Österreichweit lässt sich im Zeitverlauf somit keine Verschlechterung der Versorgungslage feststellen (vgl. auch Abbildung 2.4). Die durchschnittliche österreichweite Versorgungslage muss nicht diejenige auf regionaler Ebene widerspiegeln, auf der es durchaus zu Versorgungsgapen kommen kann.

25

Besonders in Wien werden viele Klientinnen und Klienten aus Niederösterreich und dem Burgenland betreut.

Abbildung 2.4:

Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung, jeweils zum Stichtag 31. 12. in Österreich im Trend, 2011–2019

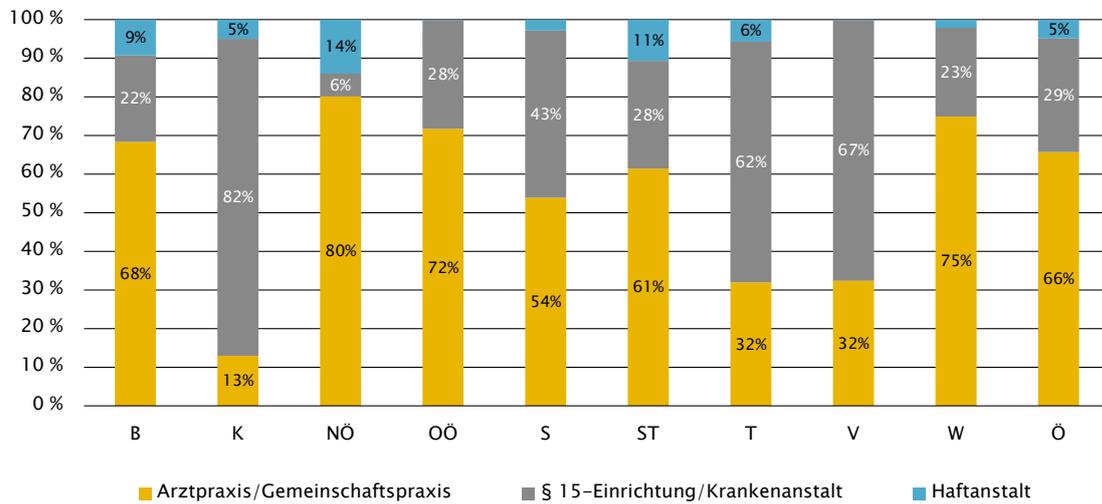


Quellen: BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel, BMSGPK – Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte (LISA); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Hinsichtlich der ärztlichen Betreuung von Personen in Substitutionsbehandlung spielen Allgemeinmediziner/-innen eine zentrale Rolle. Der überwiegende Anteil der Substitutionspatientinnen/-patienten wird von diesen betreut (vgl. Abbildung 2.6).

Die Verteilung der Behandlungsstellen ist nach Bundesland stark unterschiedlich (vgl. Abbildung 2.5). Während im Burgenland, in Niederösterreich, Oberösterreich, der Steiermark und in Wien über 60 Prozent der Betroffenen in Arzt- und Gemeinschaftspraxen behandelt werden, sind es beispielsweise in Kärnten nur 13 Prozent. Die Versorgungslage nach Art der Behandlungsstelle ist ebenfalls im Kontext unterschiedlicher Versorgungsstrukturen in den Bundesländern zu interpretieren.

Abbildung 2.5:
 Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Patientin / des Patienten, 2019²⁶



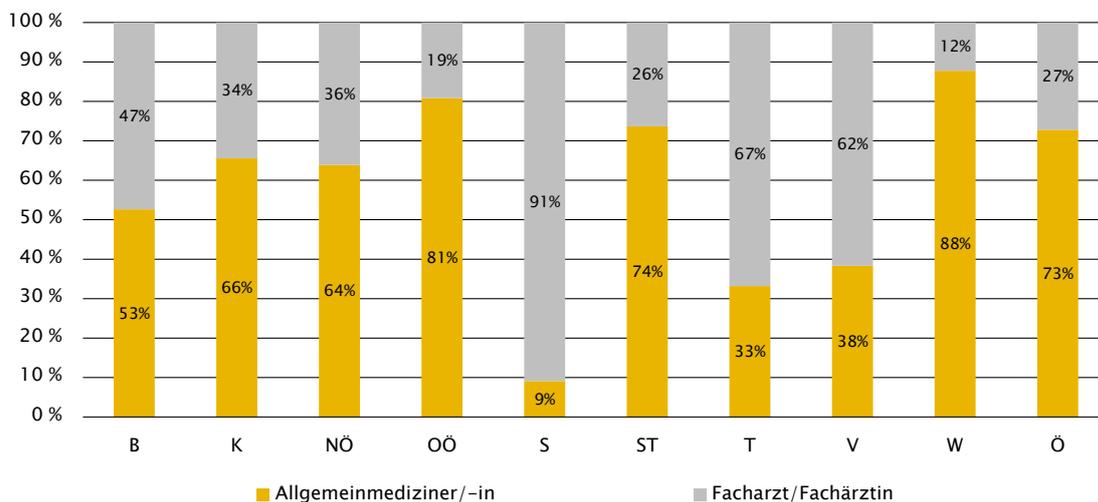
Quelle: BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

26

In Oberösterreich und Vorarlberg finden Substitutionsbehandlungen in Haft statt. Diese werden allerdings durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte durchgeführt und finden sich in den anderen Kategorien wieder.

Abbildung 2.6:

Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Prozentsatz der von Fachärzten/-ärztinnen versus Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner betreuten Patientinnen/Patienten am Stichtag 31. 12. 2019 nach Bundesland



Anmerkung: Bundesland entspricht dem Meldeort der Patientin/des Patienten

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

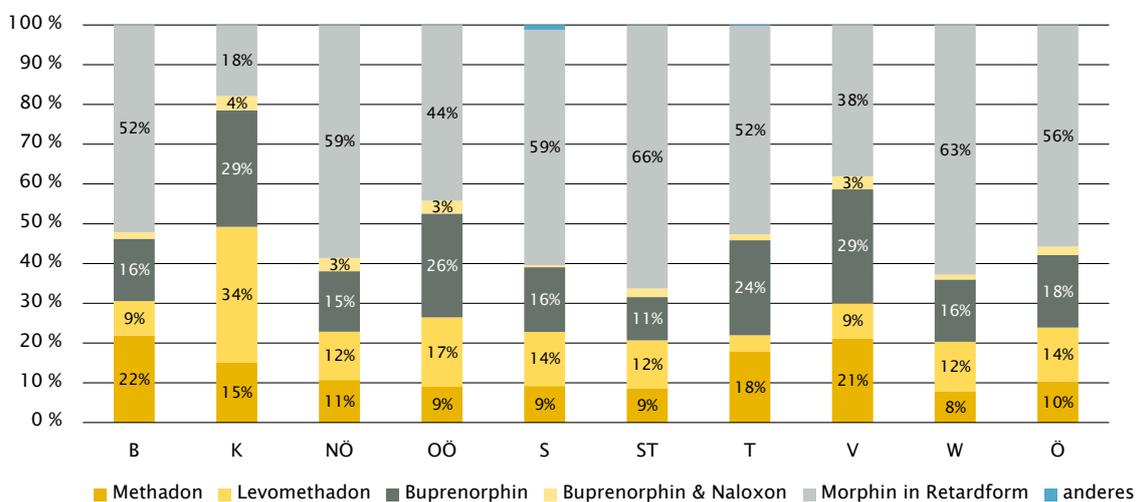
Zusammenfassung: Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die pro substituierender Ärztin / substituierendem Arzt betreut werden, ist in Österreich nach wie vor stark unterschiedlich. Manche Ärztinnen und Ärzte betreuen sehr viele Patientinnen und Patienten. Österreichweit wird der überwiegende Anteil aller Substitutionsbehandlungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern durchgeführt. Obwohl die Anzahl versorgungswirksamer substituierender Ärztinnen und Ärzte seit dem Jahr 2011 – mit einer Stagnierung seit 2015 – gestiegen ist, können steigende Zahlen von Patientinnen/Patienten als Hinweis auf eine Verschlechterung der Versorgungslage gedeutet werden.

2.5 Versorgungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlungen

Österreichweit stellt Morphin in Retardform (56 %) das am häufigsten verschriebene Substitutionsmittel dar, gefolgt von Methadon (Methadon und Levomethadon erreichen gemeinsam 24 %). Auffällig ist dabei, dass die Verschreibungspraxis bundeslandabhängig sehr unterschiedlich ist. Während beispielsweise in Kärnten nur bei 18 Prozent der Behandelten Morphin in Retardform zum Einsatz kommt, ist dies in Wien und der Steiermark bei mehr als 60 Prozent der Behandelten der Fall (vgl. Abbildung 2.7). In den letzten sieben Jahren hat sich österreichweit an der Verschreibungspraxis wenig geändert. Lediglich der Anteil des neu zugelassenen Levomethadons hat sich auf Kosten von Methadon erhöht (vgl. Abbildung 2.8).

Abbildung 2.7:

Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland, 2019

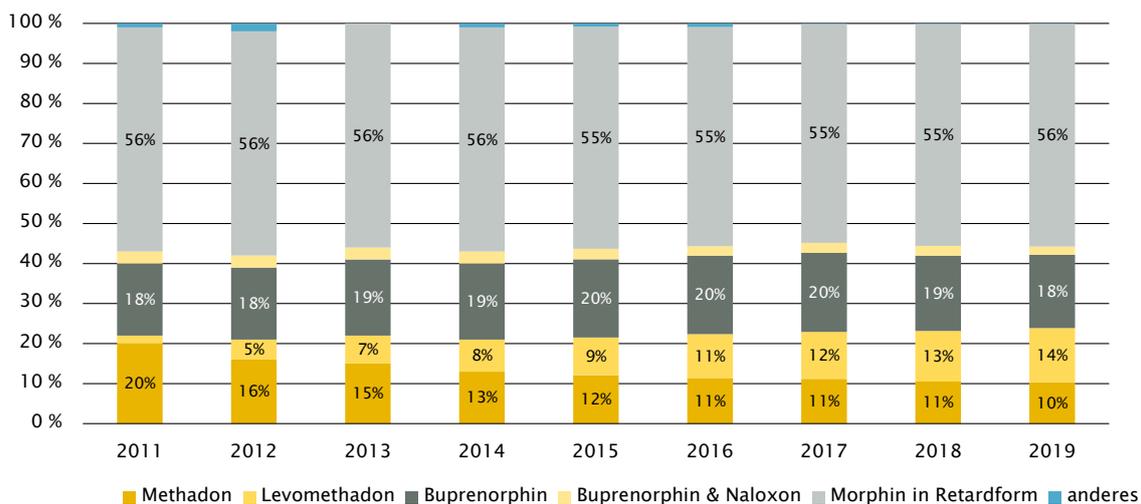


Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 19.476 der insgesamt 19.587 Personen, da bei 111 Personen keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

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

Abbildung 2.8:

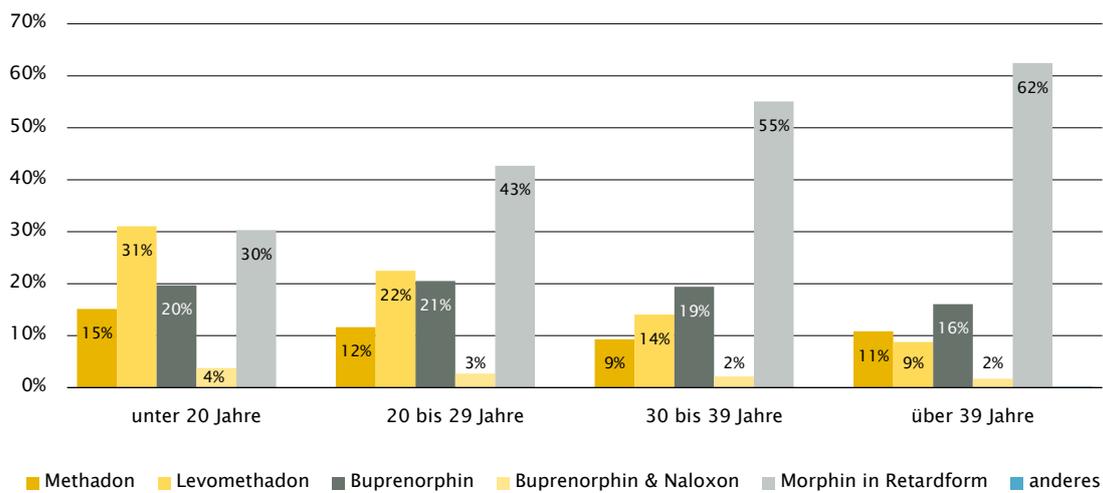
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel, 2011–2019



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

Auch bezüglich des Alters lassen sich beim verordneten Substitutionsmittel Unterschiede feststellen. Die Tendenz geht dahin, älteren Patientinnen und Patienten eher Morphin in Retardform zu verschreiben. Bei Jüngeren wird Methadon und Levomethadon häufiger eingesetzt (vgl. Abbildung 2.9).

Abbildung 2.9:
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter, 2019



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 19.476 der insgesamt 19.587 Personen, da bei 111 Personen keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

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

Zusammenfassung: Die Verschreibung der unterschiedlichen Substitutionsmittel variiert von Bundesland zu Bundesland. Dies zeigt sich insbesondere im regional uneinheitlichen Einsatz von Morphin in Retardform. In den letzten sieben Jahren hat sich kaum etwas an der Verteilung der eingesetzten Substitutionsmittel geändert. Auffallend ist die Tendenz, dass älteren Patientinnen und Patienten zu einem etwas höheren Prozentsatz Morphin in Retardform verschrieben wird, während bei Jüngeren Methadon und Levomethadon häufiger eingesetzt werden.

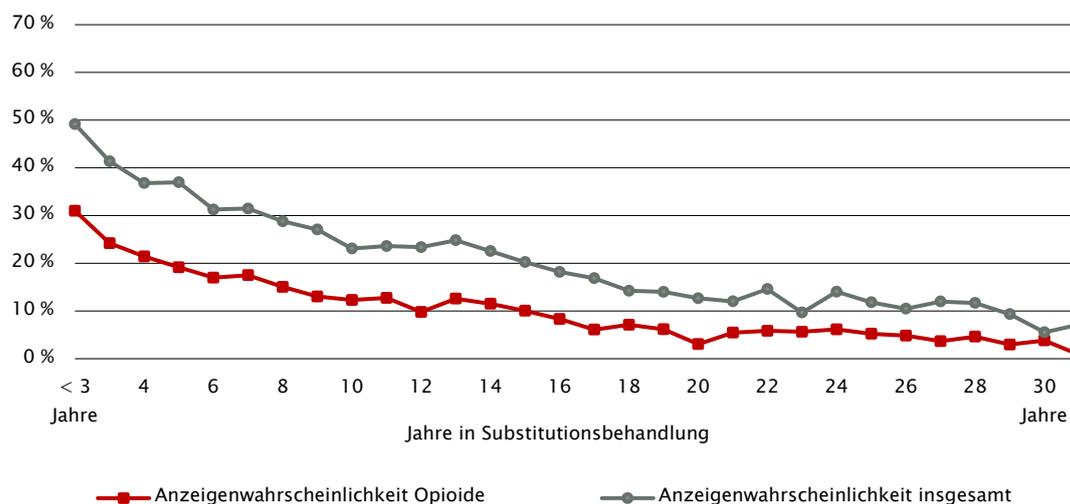
2.6 Exkurs: Behandlungsdauer in Opioid-Substitutionsbehandlung und Anzeigen nach dem SMG/NPSG

Einen wichtigen Indikator für die Stabilisierung durch die Opioid-Substitutionsbehandlung stellt die Reduktion des zur Suchtgiftbeschaffung notwendigen kriminellen Verhaltens dar. Ein Indikator dafür ist das Vorliegen von Anzeigen nach SMG/NPSG und insbesondere das Vorliegen von Anzei-

gen wegen Opioiden. Geht man davon aus, dass die Substitutionsbehandlung dazu führt, die Betroffenen aus dem kriminellen Umfeld der Drogenbeschaffung zu bringen, müsste sich die Wahrscheinlichkeit einer Anzeige (wegen Opioiden) mit zunehmender Behandlungsdauer²⁷ (Stabilisierung) verringern.

Abbildung 2.10 bezieht sich auf alle im Jahr 2019 in Opioid-Substitutionsbehandlung befindlichen Personen. Es wird die Wahrscheinlichkeit einer Anzeige nach dem SMG/NPSG bzw. wegen Opioiden im Zeitraum 2017 bis 2019 (letzte 3 Jahre) in Bezug zur Behandlungsdauer gesetzt. Es zeigt sich ein deutlicher Rückgang der Anzeigewahrscheinlichkeit, je länger die betroffene Person in Opioid-Substitutionsbehandlung ist – und das sowohl bei Anzeigen insgesamt als auch bei den Anzeigen wegen Opioiden²⁸ (jeweils nach SMG/NPSG).

Abbildung 2.10:
Behandlungsdauer zum 31. 12. 2019 und Prozentsatz von Personen mit einer Anzeige nach dem SMG/NPSG bzw. wegen Opioiden in den letzten 3 Jahren



Anmerkung: In der Kategorie < 3 Jahre sind sowohl Anzeigen vor Beginn als auch nach Beginn der Opioid-Substitutionsbehandlung inkludiert. Ab einer Behandlungsdauer von 25 Jahren wurde aufgrund der geringen Grundgesamtheit der gleitende Mittelwert über 3 Jahre verwendet (so werden z. B. für den angegebenen Prozentwert nach 26 Behandlungsjahren die Prozentwerte der Behandlungsjahre 25, 26 und 27 zusammengezählt und durch drei dividiert).

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

27

Behandlungsdauer ist die Zeit, die mit Unterbrechungen von maximal 32 Tagen in Behandlung verbracht wird. Unterbrechungen unter 32 Tagen haben meist ausschließlich administrativen Charakter – z. B. wenn ein Umzug oder Arztwechsel erfolgt und die Fortsetzung der Behandlung verspätet gemeldet wird.

28

Um zu überprüfen, ob der Effekt der Behandlungsdauer auch signifikant bleibt, wenn das Alter der Person berücksichtigt wird, wurden logistische Regressionen gerechnet. Sowohl bei den Anzeigen nach SMG/NPSG insgesamt als auch bei der Teilgruppe „Anzeigen wegen Opioiden“ zeigt sich ein vom Alter unabhängiger signifikanter Effekt der Dauer der Substitutionsbehandlung.

Dies kann einerseits als deutlicher Beleg hinsichtlich einer kriminalitätspräventiven Wirkung der Substitutionsbehandlung interpretiert werden, andererseits spiegelt sich auch der chronische Charakter der Opioidabhängigkeit in den Anzeigen nach sehr langer Behandlungsdauer wider. Bei dieser Analyse ist zu bedenken, dass die Behandlungsdauer auch von Selektionseffekten beeinflusst wird (z. B. sehr instabile Personen brechen die Behandlung ab, sehr stabile Personen beenden die Opioid-Substitutionsbehandlung).

Zusammenfassung: Es kann einerseits von einer mit der Behandlungsdauer steigenden kriminalitätspräventiven Wirkung der Substitutionsbehandlung ausgegangen werden, andererseits spiegelt sich auch der chronische Charakter der Opioidabhängigkeit in den Anzeigen nach sehr langer Behandlungsdauer wider (z. B. Rückfall in einen unkontrollierten illegalen Drogenkonsum).

3 Kennzahlen der Drogensituation

Tabelle 3.1:

Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2019 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren), in Absolutzahlen

Indikator/Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz Opioide Untergrenze (UG)	386	1.802	4.535	3.515	782	2.225	1.642	936	12.349	30.924
Prävalenz Opioide	627	1.958	5.030	4.275	1.396	2.601	2.073	1.173	12.855	31.833
Prävalenz Opioide Obergrenze (OG)	1.016	2.542	5.734	4.624	1.817	5.778	3.264	1.507	17.140	32.743
Personen in Substitutionsbehandlung	357	1.150	3.089	2.330	568	1.535	1.230	704	8.624	19.587
DOKLI Opioide	126	536	343	457	334	598	118	561	2.044	5.182
DOKLI Cannabis	99	468	496	285	97	396	147	462	524	2.990
DOKLI gesamt	259	1.133	1.089	959	517	1.178	401	1.239	3.122	10.018
§ 12 SMG Opioide	40	101	148	50	5	11	19	29	-	-
§ 12 SMG Cannabis	72	414	245	236	65	217	36	109	-	-
§ 12 SMG kein Bedarf	141	236	564	705	218	417	229	244	225	2.979
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	29	123	233	333	100	175	138	79	363	1.573
drogenbezogene Todesfälle	3	17	34	18	5	13	26	12	68	196

Indikator Alter und Geschlecht	< 25 Jahre	25-34 Jahre	35 Jahre und älter	Männer	Frauen
Prävalenz Opioide Untergrenze (UG)	1.901	10.173	16.750	23.622	6.762
Prävalenz Opioide	2.054	10.592	17.536	24.414	7.181
Prävalenz Opioide Obergrenze (OG)	2.207	11.011	18.322	25.206	7.600
Personen in Substitutionsbehandlung	991	6.732	11.864	14.633	4.954
DOKLI Opioide	535	2.216	2.431	3.869	1.313
DOKLI Cannabis	1.547	918	525	2.445	545
DOKLI gesamt	2.639	3.758	3.621	7.756	2.262
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	158	605	804	1.064	497
drogenbezogene Todesfälle	29	75	92	154	42

Prävalenz Opioide UG bzw. OG = Die aktuellste Schätzung erfolgte für das Jahr 2019. Die bundeslandspezifischen Schätzungen sind mit äußerster Vorsicht zu interpretieren, da die Schätzungen insbesondere bei kleineren Bundesländern aufgrund der kleinen Populationsgrößen sehr unsicher sind und stark schwanken. Bei der Interpretation sollte immer das oben dargestellte Intervall zwischen Untergrenze und Obergrenze des Konfidenzintervalls über 3 Jahre herangezogen werden (d. h., als Untergrenze wird der kleinste Wert des 95-Prozent-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze dessen höchster Wert herangezogen).

DOKLI - Opioide / Cannabis = alle Personen, die 2019 in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opioide bzw. Cannabis als alleiniger Leitdroge

§ 12 SMG - Opioide / Cannabis / kein Bedarf = Personen, für die die Begutachtung nach § 12 SMG 2019 einen behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden, einen behandlungsrelevanten Konsum von Cannabis ohne andere Leitdrogen oder keinen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergab. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Wien keine Daten übermittelte. In 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.

ICD-10 (Opioidabhängigkeit) = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioide) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2018 (aktuellste verfügbare Daten)

drogenbezogene Todesfälle = direkt drogenbezogene Todesfälle aufgrund von Überdosierungen 2019

Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 3.2:

Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2019 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren) pro 100.000 15- bis 64-Jährige

Indikator/Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz Opioiden Untergrenze (UG)	201	495	414	358	212	270	323	358	944	523
Prävalenz Opioiden	329	538	458	434	377	315	408	447	983	538
Prävalenz Opioiden Obergrenze (OG)	532	692	523	470	491	700	642	579	1330	554
Personen in Substitutionsbehandlung	187	316	281	237	153	186	242	268	659	331
DOKLI Opioiden	66	147	31	46	90	73	23	213	156	88
DOKLI Cannabis	52	129	45	29	26	48	29	176	40	51
DOKLI gesamt	136	311	99	97	140	143	79	471	239	169
§ 12 SMG Opioiden	21	28	13	5	1	1	4	11	-	-
§ 12 SMG Cannabis	38	114	22	24	18	26	7	41	-	-
§ 12 SMG kein Bedarf	74	65	51	72	59	51	45	93	17	50
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	15	34	21	34	27	21	27	30	28	27
drogenbezogene Todesfälle	2	5	3	2	1	2	5	5	5	3

Indikator Alter und Geschlecht	< 25 Jahre	25-34 Jahre	35 Jahre und älter	Männer	Frauen
Prävalenz Opioiden Untergrenze (UG)	196	843	448	805	227
Prävalenz Opioiden	212	878	470	832	241
Prävalenz Opioiden Obergrenze (OG)	228	912	491	859	255
Personen in Substitutionsbehandlung	102	558	318	499	166
DOKLI Opioiden	55	184	65	132	44
DOKLI Cannabis	160	76	14	83	18
DOKLI gesamt	272	311	97	264	76
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	16	50	22	36	17
drogenbezogene Todesfälle	3	6	2	5	1

Prävalenz Opioiden UG bzw. OG = Die aktuellste Schätzung erfolgte für das Jahr 2019, Ergebnisse der Prävalenzschätzungen des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden. Die bundeslandspezifischen Schätzungen sind mit äußerster Vorsicht zu interpretieren, da die Schätzungen insbesondere bei kleineren Bundesländern aufgrund der kleinen Populationsgrößen sehr unsicher sind und stark schwanken. Bei der Interpretation sollte immer das oben dargestellte Intervall zwischen Untergrenze und Obergrenze des Konfidenzintervalls über 3 Jahre herangezogen werden (d. h., als Untergrenze wird der kleinste Wert des 95-Prozent-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze dessen höchster Wert herangezogen).

DOKLI - Opioiden/Cannabis = alle Personen, die 2019 in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opioiden bzw. mit Cannabis als alleiniger Leitdroge

§ 12 SMG - Opioiden / Cannabis / kein Bedarf = Personen, für die die Begutachtung nach § 12 SMG im Jahr 2019 einen behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden, einen behandlungsrelevanten Konsum von Cannabis ohne andere Leitdrogen oder keinen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergab. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Wien keine Daten übermittelt hat. Bei 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.

ICD-10 (Opioidabhängigkeit) = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioiden) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2018 (aktuellste verfügbare Daten)

drogenbezogene Todesfälle: direkt drogenbezogene Todesfälle aufgrund von Überdosierungen 2019

Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

4 Detailergebnisse DOKLI

Das einheitliche Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe (DOKLI) liefert Daten für einen von fünf Schlüsselindikatoren, die die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht entwickelte, um die Situation im Bereich des risikoreichen Drogenkonsums einschätzen zu können. Es umfasst einen Großteil der relevanten Drogeneinrichtungen Österreichs. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die rund zwei Drittel der Opioid-Substitutionsbehandlungen durchführen, werden jedoch in DOKLI nicht erfasst. Die österreichweit und teilweise international vergleichbaren Daten von Klientinnen und Klienten dieser Einrichtungen umfassen insbesondere Informationen zur Lebenssituation sowie zu Konsummustern der betreuten Personen und tragen damit zum Gesamtbild der epidemiologischen Situation bei. Nähere Informationen zu Methodik, Datenqualität und möglichen Einschränkungen der Interpretierbarkeit der Daten finden sich im Annex des vorliegenden Berichts.

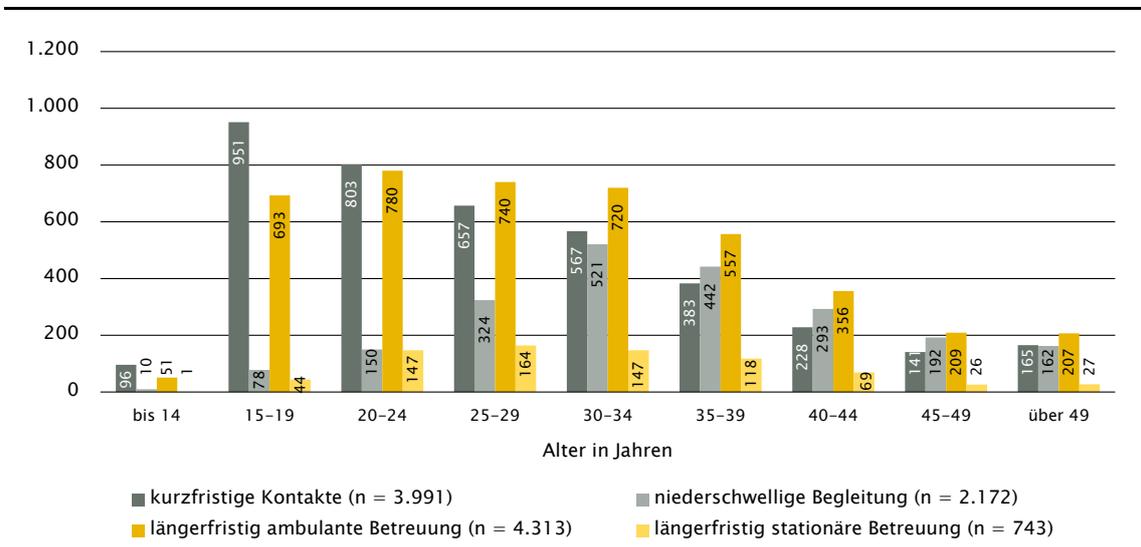
4.1 Soziodemografie

Je nach Setting sind zwischen 4 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 26 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen 22 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 42 Prozent (in längerfristig stationärer Betreuung) der Klientel sind in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre zu finden.

Die Altersverteilung in den jeweiligen Settings wird in Abbildung 4.1 deutlich gemacht. Bei den kurzfristigen Kontakten sind die meisten Personen zwischen 15 und 19 Jahre alt. Es zeigt sich eine rechtsschiefe Verteilung. Mit zunehmendem Alter sind immer weniger Personen in diesem Betreuungssetting zu finden. Bei der längerfristig ambulanten Betreuung zeigt sich ebenfalls eine rechtsschiefe Verteilung betreffend das Alter, wobei hier der Höhepunkt etwas später bei der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen liegt. Bei der längerfristig stationären Betreuung liegt der Höhepunkt bei den 25- bis 29-Jährigen. Hier zeigt sich eine symmetrische Verteilung. Ebenfalls eine symmetrische Verteilung zeigt sich bei Personen in niederschwelliger Begleitung. Hier ist der Höhepunkt betreffend das Alter jedoch wiederum etwas später bei den 30- bis 34-Jährigen.

Abbildung 4.1:

Anzahl der Personen, die 2019 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Alter und Art der Betreuung

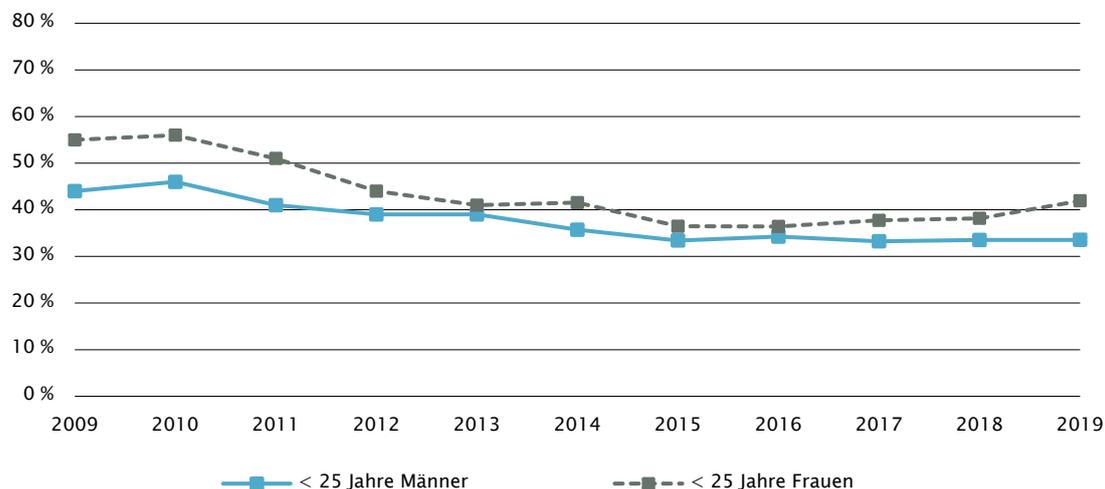


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2019

Betrachtet man die Gruppe der Personen im Alter von unter 25 Jahren, so zeigt sich, dass deren Anteil im ambulanten Bereich tendenziell abgenommen hat. Im Jahr 2009 waren 55 Prozent der Frauen, die mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, unter 25 Jahre alt, 2019 waren es hingegen nur mehr 42 Prozent (2018: 38 %). Bei den Männern machten die entsprechenden Anteile im Jahr 2009 44 Prozent bzw. 34 Prozent im Jahr 2019 aus (2018: 34 %; vgl. Abbildung 4.2), was als Hinweis auf eine „Alterung“ der Klientel der (ambulanten) Drogenhilfe interpretiert werden kann.

Abbildung 4.2:

Anteil unter 25-Jähriger bei Männern und Frauen, die mit einer längerfristig ambulanten drogenspezifischen Betreuung begannen, 2009–2019



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2019

Der Frauenanteil beträgt je nach Setting zwischen 19 Prozent (in längerfristig stationärer Betreuung) und 25 Prozent (in niederschwelliger Begleitung).

Als Lebensmittelpunkt geben rund 36 Prozent der längerfristig ambulant und 44 Prozent der stationär betreuten Klientinnen und Klienten Wien²⁹ an. Auch ist zu beobachten, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der in Wien (lebenden) Betreuten deutlich steigt (vgl. DOKLI 20 und 21 im Annex).

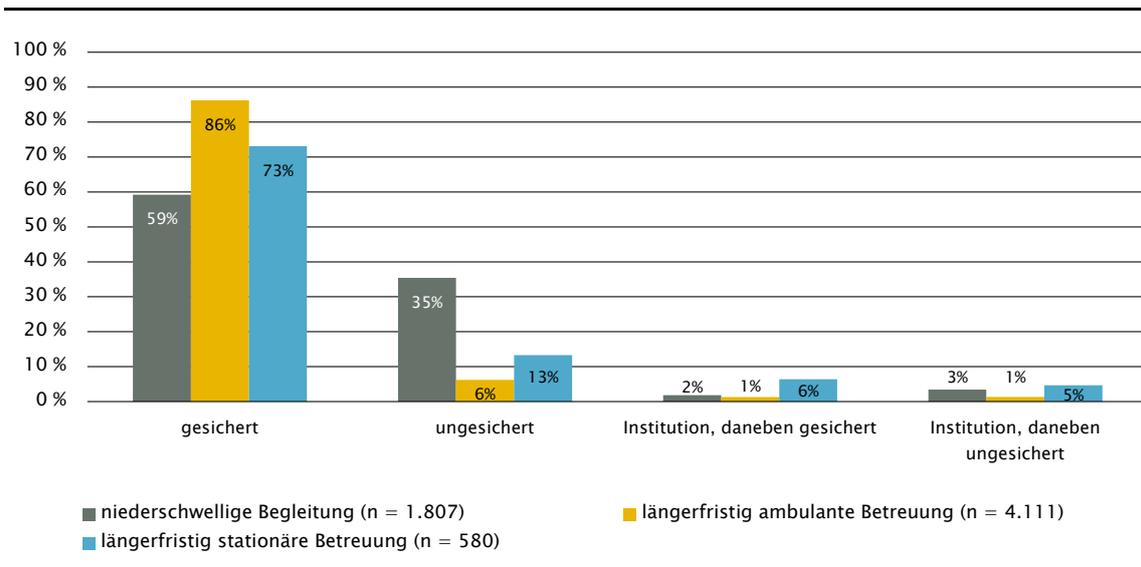
Im längerfristig ambulanten Bereich haben 22 Prozent der Männer versorgungspflichtige Kinder, im stationären Setting sind es 21 Prozent. 29 Prozent der Frauen im längerfristig ambulanten und 39 Prozent der Frauen im stationären Setting geben an, versorgungspflichtige Kinder zu haben (vgl. DOKLI 15 im Annex). Etwa 81 Prozent der Klientel im längerfristig stationären Setting sind österreichische Staatsbürger/-innen (82 % im ambulanten Bereich), 12 Prozent besitzen eine Staatsbürgerschaft eines Landes außerhalb der EU. Während 86 Prozent der Klientinnen und Klienten der längerfristig ambulanten Betreuung eine gesicherte Wohnsituation angeben, ist dieser Anteil im längerfristig stationären Setting mit 73 Prozent bzw. in der niederschwelligen Begleitung mit 59 Prozent wesentlich geringer (vgl. Abbildung 4.3 und DOKLI 22 im Annex). Bei Interpretation der Angaben zur Wohnsituation ist zudem zu berücksichtigen, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B. wenn die Klientin oder

29

Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

der Klient aufgrund ihrer bzw. seiner Suchterkrankung mangels anderer Alternativen bei den Eltern wohnt).

Abbildung 4.3:
Personen, die 2019 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Wohnsituation und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2019

39 Prozent (in längerfristig ambulanter Betreuung) und 43 Prozent (in längerfristig stationärer Betreuung) der Klientel im Alter ab 25 Jahren nennen als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Pflichtschulabschluss. Wie in der Gesamtbevölkerung haben Männer – besonders jene in ambulanter Betreuung – häufiger als Frauen einen Lehrabschluss als höchste Ausbildungsstufe (45 % vs. 34 % im ambulanten bzw. 41 % vs. 40 % im stationären Setting; vgl. DOKLI 17 im Annex sowie BMGF (2017)).

Der Anteil erwerbstätiger Klientinnen und Klienten ist im niederschweligen und stationären Bereich am geringsten (13 % bzw. 16 %). In längerfristig ambulanter Betreuung hingegen sind 35 Prozent erwerbstätig. Während 44 Prozent der Personen in niederschwelliger Begleitung und 34 Prozent der längerfristig ambulant Betreuten arbeitslos sind, macht dieser Anteil im längerfristig stationären Setting 56 Prozent aus (vgl. DOKLI 18 im Annex). Mit eine Erklärung dafür könnte sein, dass Personen, die keine Arbeit haben, sich eher für eine längerfristig stationäre Betreuung entscheiden bzw. umgekehrt Personen mit aufrehtem Arbeitsverhältnis eine damit eher zu vereinbarende ambulante Betreuungsform bevorzugen.

Bedarfsorientierte Mindestsicherung wurde bei den Klientinnen und Klienten des niederschweligen Betreuungssettings sowie der längerfristig ambulanten Betreuung vorwiegend von der Gruppe der über 29-Jährigen bezogen (vgl. DOKLI 19 im Annex). Im längerfristig stationären Setting unterschieden sich die Bezieher/-innen bedarfsorientierter Mindestsicherung hinsichtlich ihres Alters nur geringfügig.

Zusammenfassung: Der Anteil der Personen unter 25 Jahren ist im ambulanten Bereich in den letzten Jahren tendenziell gesunken. Dies kann als Hinweis auf eine „Alterung“ der Klientel der (ambulanten) Drogenhilfe interpretiert werden. Versorgungspflichtige Kinder hat über ein Fünftel der betreuten Männer im ambulanten Betreuungssetting, bei den Frauen trifft dies in etwa auf ein Drittel zu. Der Großteil der Betreuten sind österreichische Staatsbürger/-innen. Die Mehrheit der Klientinnen und Klienten hat eine gesicherte Wohnsituation, wobei dies je nach Betreuungssetting stark variiert. Auch die Erwerbssituation ist bei den Betreuten in den verschiedenen Betreuungsbereichen unterschiedlich: Im niederschweligen Bereich ist der Anteil der Erwerbstätigen am niedrigsten, im längerfristig ambulanten Bereich am höchsten.

4.2 Betreuungssituation

Hinsichtlich der Problematiken im Zusammenhang mit illegalen Drogen wird eine etwaige Drogenproblematik für alle im DOKLI-System erfassten Klientinnen und Klienten über den Betreuungsschwerpunkt „Drogenproblematik“ erhoben. Ergänzend können auch noch „Alkoholproblematik“, „Medikamentenproblematik“ oder „sonstiger Betreuungsschwerpunkt“ vermerkt werden, sofern neben dem illegalen Drogenkonsum auch noch andere Problematiken im Zentrum der Betreuung stehen. Der Großteil der in österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen erfassten Klientinnen und Klienten ist ausschließlich wegen Drogenproblematik in Betreuung³⁰. Am deutlichsten wird dies bei den längerfristig stationären Betreuungen (82 %); bei den längerfristig ambulanten Betreuungen bzw. im Bereich der niederschweligen Begleitung liegt der Wert bei 70 bzw. 66 Prozent. Neben „ausschließlich Drogen“ haben „Drogen und Alkohol“ bzw. „Drogen, Alkohol und Sonstiges“ als zusätzliche Betreuungsschwerpunkte eine gewisse Relevanz (vgl. DOKLI 2 im Annex).

Viele der betreuten Personen haben bereits Erfahrung mit der Drogenhilfe: 78 Prozent der Klientinnen und Klienten in längerfristig stationärer Behandlung, 69 Prozent der niederschwellig begleiteten Personen, 57 Prozent der längerfristig ambulant Betreuten und 48 Prozent der Personen mit kurzfristigen Kontakten haben bereits früher Angebote der Drogenhilfe in Anspruch genommen (vgl. DOKLI 3 im Annex).

Im niederschweligen Setting sind 68 Prozent der Klientinnen und Klienten zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung, im längerfristig stationären Setting sind es 37 Prozent und im längerfristig ambulanten Setting 33 Prozent (bei kurzfristigen Kontakten wird diese Variable nicht erhoben); Substitutionsbehandlungen, die erst im Zuge der Betreuung begannen, wurden nicht erfasst (vgl. DOKLI 4 im Annex). Jemals in Substitutionsbehandlung waren im niederschweligen

30

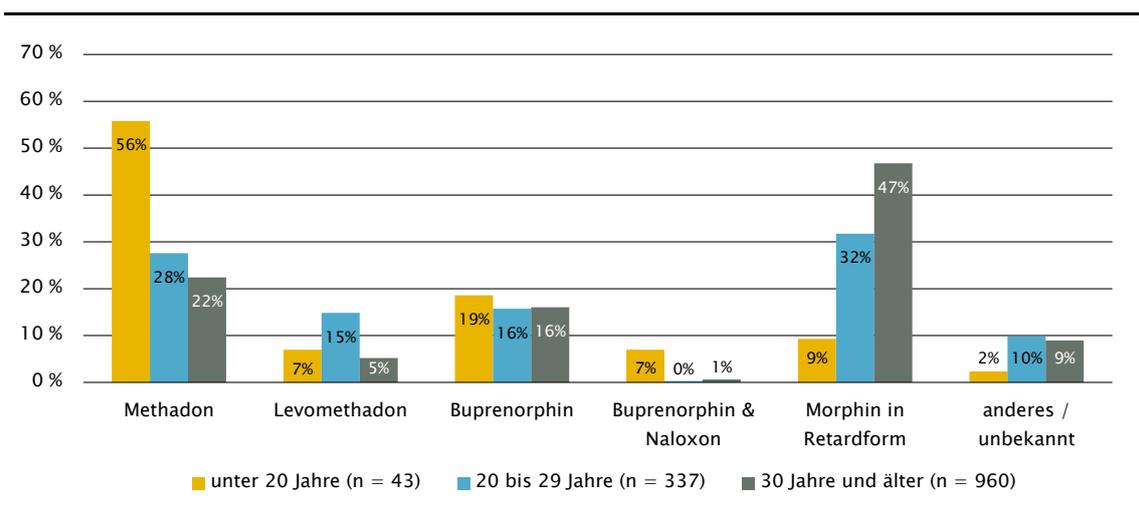
In der DOKLI-Beiratssitzung am 14. 9. 2017 wurde über die Vermutung diskutiert, dass in der Praxis eine zusätzlich bestehende Alkohol- oder Medikamentenproblematik möglicherweise nicht immer kodiert ist. Auch andere Komorbiditäten können angegeben werden, diese werden jedoch nur von einem Teil der Einrichtungen übermittelt (vgl. Kapitel 4 im Annex).

Bereich 90 Prozent der Personen, im stationären Setting 78 Prozent und im längerfristig ambulanten Bereich 44 Prozent (vgl. DOKLI 5 im Annex). Es gibt hier große Unterschiede nach Bundesland: Während beispielsweise in den Vorarlberger³¹ Einrichtungen nur 10 Prozent der ambulant längerfristig betreuten Klientel zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung sind, trifft dies in Salzburger Einrichtungen auf 51 Prozent zu (vgl. DOKLI 74a im Annex) – diese Verteilungen unterliegen über die Jahre aber recht großen Schwankungen.

Als häufigstes Substitutionsmittel findet sich in allen Betreuungsformen Morphin in Retardform (Anteil zwischen 42 % und 68 %, im Vergleich dazu: Methadon-Anteil zwischen 19 % und 25 % – vgl. DOKLI 6 im Annex). Methadon, Buprenorphin und Buprenorphin zusammen mit Naloxon spielen im ambulanten Setting eher in den jüngeren Altersgruppen eine gewisse Rolle (vgl. Abbildung 4.4), einschränkend ist hier anzumerken, dass die Zahl der unter 20-Jährigen in Substitutionsbehandlung sehr gering ist (n = 43). Morphin in Retardform ist in der Gruppe der über 29-Jährigen wesentlich häufiger zu finden als in den jüngeren Gruppen.

Abbildung 4.4:

Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die 2019 mit einer längerfristig ambulanten Betreuung begannen und zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach Alter



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2019

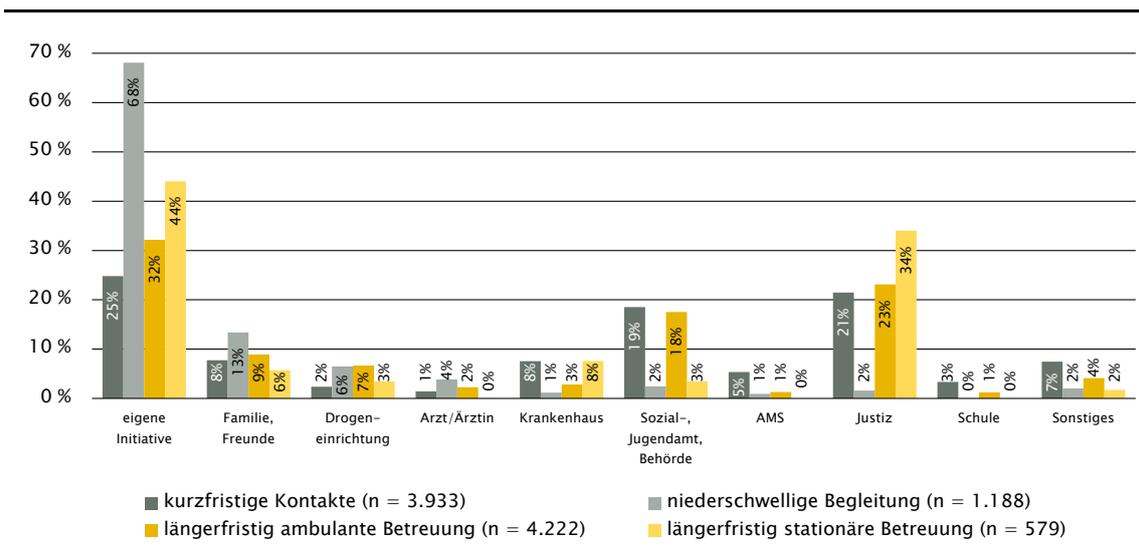
Der Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme mit der Drogenhilfeeinrichtung ist je nach Betreuungsform unterschiedlich: Zur stationären Behandlung und in eine niederschwellige Begleitung führte 44 bzw. 68 Prozent der Klientinnen und Klienten zentral die eigene Initiative (vgl. DOKLI 7 und DOKLI 8 im Annex). In andere Betreuungsformen führte die eigene Initiative mit einem Anteil zwischen 25 und 32 Prozent. Häufig stellt auch ein Justizzusammenhang den Hauptanstoß dar, außer

31

Der geringe Prozentsatz in Vorarlberg ist dadurch zu erklären, dass die Substitutionsbehandlung dort zumeist in den ambulanten Einrichtungen begonnen wird, weshalb die Personen beim Ausfüllen der DOKLI-Daten noch nicht in Substitutionsbehandlung sind, sondern diese gerade erst beginnen.

zur Inanspruchnahme einer niederschweligen Begleitung. Hier spielen Familie und Freunde/Freundinnen sowie die Vermittlung seitens anderer Drogeneinrichtungen eine gewisse Rolle (vgl. Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5:
Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2019 mit einer Betreuung begannen, nach Betreuungsart



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2019

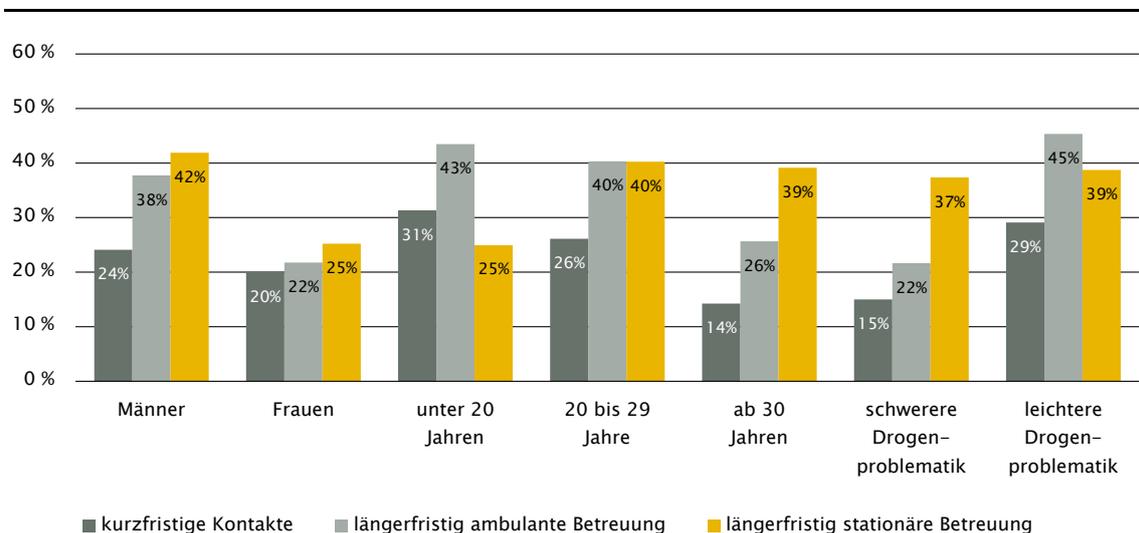
Eine Auflage oder Weisung hinsichtlich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme besteht für 23 Prozent (bei Kurzkontakten), 34 Prozent (längerfristig ambulant) bzw. 39 Prozent (längerfristig stationär) der Klientinnen und Klienten (vgl. DOKLI 9 im Annex). Frauen nehmen deutlich seltener aufgrund einer Auflage/Weisung Kontakt mit einer Drogeneinrichtung auf als Männer. In allen Betreuungsformen außer der stationären sinkt die Häufigkeit der Kontaktaufnahmen aufgrund einer Auflage/Weisung mit dem Alter deutlich (vgl. DOKLI 10 im Annex). Nicht überraschend sind vor allem § 12 SMG und § 13 SMG in der jüngsten Altersgruppe von Relevanz, während bei den Älteren § 39 SMG³² (vgl. DOKLI 12 im Annex) schlagend wird. Personen mit leichterem Drogenproblematik haben im kurzfristigen und längerfristig ambulanten Betreuungssetting deutlich öfter eine Auflage oder Weisung hinsichtlich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme als jene mit schwererer Problematik (vgl. Abbildung 4.6). Dies erscheint auf den ersten Blick etwas überraschend, könnte aber damit erklärt werden, dass – vor allem bei jungen Drogenkonsumierenden – die Gesundheitsbehörden aus präventiven Überlegungen dazu tendieren, auch dann eine Auflage zu empfehlen, wenn die Drogenproblematik noch nicht massiv ausgeprägt ist.

32

§ 12 SMG bezieht sich auf die Begutachtung durch die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde und § 13 SMG auf schulärztliche Untersuchungen bei Verdacht auf Suchtgiftmissbrauch; § 39 SMG bezieht sich auf den Aufschub des Strafvollzugs bei bestimmten Straftaten in Zusammenhang mit Suchtgift(en).

Abbildung 4.6:

Auflage/Weisung bei Personen, die 2019 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2019

Zusammenfassung: Der Großteil der in österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen erfassten Klientinnen und Klienten ist ausschließlich wegen Drogenproblematik in Betreuung, eine gewisse Relevanz hat zusätzlich der Betreuungsschwerpunkt Alkohol. Viele der betreuten Personen hatten bereits vor der aktuellen Betreuung Erfahrung mit der Drogenhilfe. Der Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme mit der Drogenhilfeeinrichtung unterscheidet sich stark zwischen den Betreuungssettings. Personen mit leichter Drogenproblematik haben im kurzfristigen und längerfristig ambulanten Betreuungssetting deutlich öfter eine Auflage oder Weisung hinsichtlich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme als jene mit schwererer Problematik. Dies erscheint auf den ersten Blick etwas überraschend, könnte aber damit erklärt werden, dass – vor allem bei jungen Drogenkonsumierenden – die Gesundheitsbehörden aus präventiven Überlegungen dazu tendieren, auch dann eine Auflage zu empfehlen, wenn die Drogenproblematik noch nicht massiv ausgeprägt ist. Je nach Setting sind zwischen 33 und 68 Prozent der Klientinnen und Klienten zu Beginn der Betreuung in Substitutionsbehandlung.

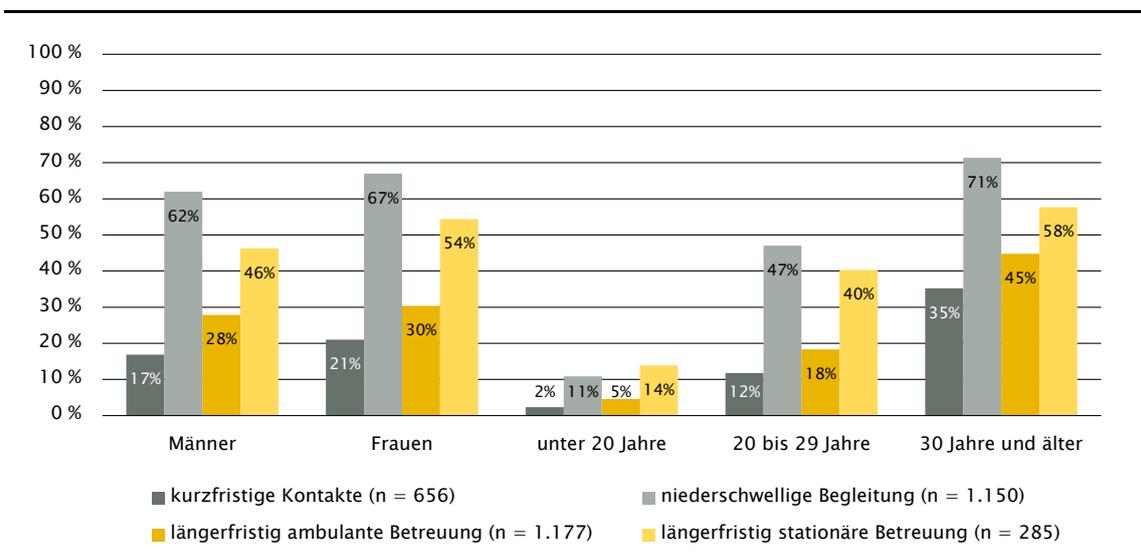
4.3 Drogenkonsum und Drogenproblematik

Der Anteil der Personen mit intravenösem Konsum (bezogen auf die Lebenszeit) erweist sich je nach Setting als sehr unterschiedlich; bei kurzfristigen Kontakten 18 Prozent, in niederschwelliger Begleitung 63 Prozent, in längerfristig ambulanter Betreuung 28 Prozent, in stationärer Betreuung 48 Prozent (vgl. DOKLI 24 im Annex). Tendenziell nimmt der Anteil der Personen mit intravenösem

Drogenkonsum (i. v. Konsum) mit dem Alter zu (vgl. DOKLI 25 im Annex). In der längerfristig ambulanten Betreuung ist der Anteil der Personen, die bereits intravenös Drogen konsumiert haben, bei Frauen und Männern nahezu gleich groß, während sich bei den kurzfristigen Kontakten, im niederschweligen Bereich und in der längerfristig stationären Betreuung eindeutig ein höherer Frauenanteil zeigt (vgl. DOKLI 24 im Annex und Abbildung 4.7). Detailanalysen des intravenösen Drogenkonsums finden sich im Schwerpunktkapitel des DOKLI-Berichts zum Betreuungsjahrgang 2007 (Busch et al. 2008).

Abbildung 4.7:

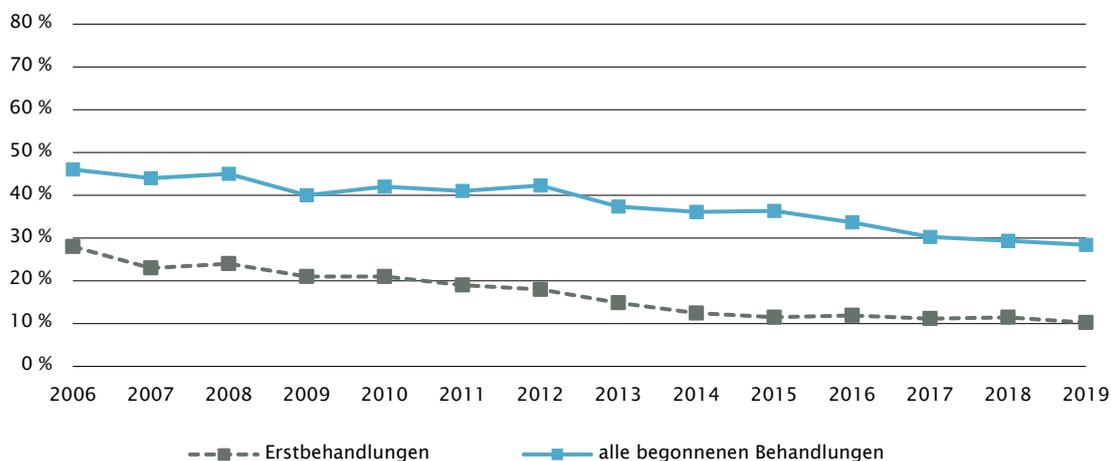
Personen, die 2019 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen und jemals intravenös Drogen konsumierten, nach Geschlecht, Alter und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2019

Abbildung 4.8:

Anteil der Personen, die jemals intravenös Drogen konsumierten, an den Klientinnen und Klienten, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begannen, 2006–2019



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2006 bis 2019

Der Anteil der Personen, die jemals intravenös Drogen konsumiert haben, an den Klientinnen und Klienten, die mit einer ambulanten Betreuung beginnen, hat sich über die Jahre verringert (vgl. Abbildung 4.8).

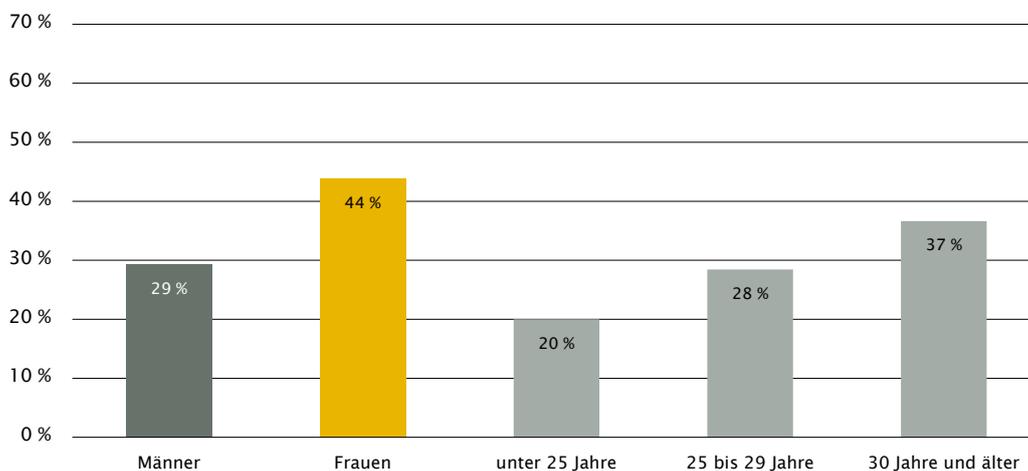
Seit dem Jahr 2014 werden in DOKLI auch Daten betreffend Needle-Sharing (gemeinsames Benutzen von Spritzen) erhoben (vgl. Abbildung 4.9). Die Daten beziehen sich auf Österreich ohne Wien³³ und auf Personen mit Erfahrung mit intravenösem Drogenkonsum, die 2019 eine ambulante Betreuung begonnen haben. Im ambulanten Bereich geben im Jahr 2019 rund 33 Prozent dieser Personengruppe an, bereits einmal eine gebrauchte Spritze verwendet zu haben. Allerdings liegt das Needle-Sharing bei mehr als drei Viertel dieser Personengruppe mindestens ein Jahr zurück (80 %).

33

In der Wiener DOKU neu wird diese Variable nicht erhoben.

Abbildung 4.9:

Jemals Needle-Sharing bei Personen mit i.v. Konsumerfahrung, die 2019 eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht und Alter (n = 514)*



* = Österreich ohne Wien, da diese Variable in der Wiener DOKU neu nicht erhoben wird.

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2019

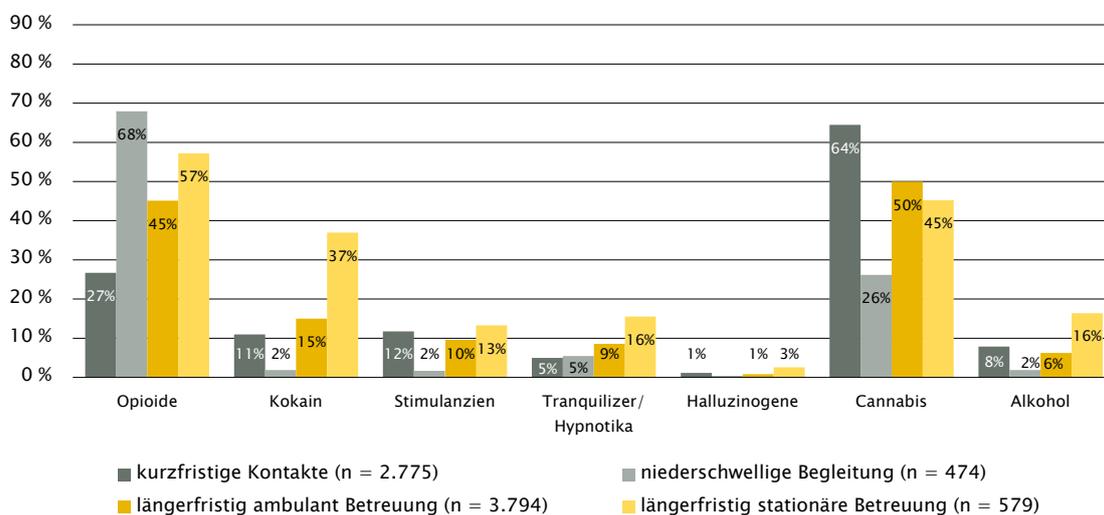
Frauen verfügen eher über Erfahrung mit Needle-Sharing als Männer. Bezüglich des Alters zeigt sich der erwartete Trend, dass mit dem Alter auch die Angabe, jemals Needle-Sharing betrieben zu haben, zunimmt.

Der nun folgenden **substanzspezifischen Darstellung von Drogenkonsum und Drogenproblematik** müssen einige **relevante Definitionen** vorangestellt werden. Unter „Leitdroge“ ist jene Droge zu verstehen, die der Klientin / dem Klienten aus deren/dessen subjektiver Sicht die meisten Probleme verursacht. Dabei bezieht sich die Problemdefinition – angelehnt an ICD-10 – auf psychosoziale sowie gesundheitliche und nicht auf rein rechtliche Problemstellungen. In der Regel ist die Leitdroge auch jene Droge, die zur Inanspruchnahme der aktuellen Betreuung geführt hat. Kann sich die Klientin / der Klient nicht für eine bestimmte Droge als Leitdroge entscheiden, so können auch mehrere Drogen angekreuzt werden.

Unter „Begleitdrogen“ sind jene Drogen zu verstehen, die die Klientin / der Klient zusätzlich zu der/den Leitdroge(n) im letzten halben Jahr konsumiert hat und die der Klientin / dem Klienten ebenfalls Probleme bereiten. „Nicht behandlungsrelevanter Konsum“ ist anzukreuzen, wenn die Droge im letzten halben Jahr fallweise konsumiert wurde und dabei kein schädlicher Gebrauch bzw. keine Abhängigkeitsproblematik vorliegt. „Ausschließlich rechtliche Problematik“ ist anzukreuzen, wenn kein behandlungsrelevanter Konsum vorliegt, aber eine rechtliche Weisung besteht. Für manche Auswertungen werden Leitdrogen und Begleitdrogen zu Problemstoffen zusammengefasst.

Abbildung 4.10:

Personen, die 2019 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2019

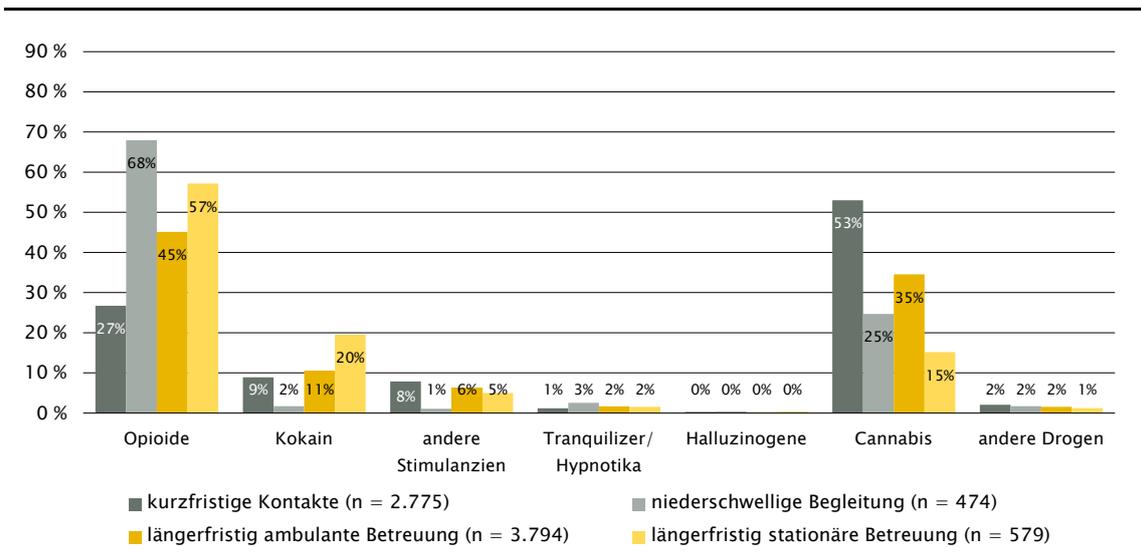
Opiode und Cannabis spielen in allen Betreuungssettings eine dominierende Rolle als Leitdroge (vgl. Abbildung 4.10 und DOKLI 28 im Annex; betreffend den hohen Prozentsatz von Cannabis als Leitdroge siehe *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013* (Busch et al. 2013)).

Im von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht definierten epidemiologischen Schlüsselindikator „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 aufweist. Weitere Drogen, die Probleme verursachen, werden als Begleitdrogen definiert. Dies steht im Widerspruch zum DOKLI-System, bei dem im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster mehrere Drogen als Leitdrogen dokumentiert werden können. Aus diesem Grund wird für die Übermittlung der Daten an die EBDD bei Personen mit mehr als einer Leitdroge anhand einer „Leitdrogenhierarchie“ vorgegangen. Hat beispielsweise eine Person Opiode und Cannabis als Leitdroge angegeben, werden ihr als Leitdroge Opiode zugeordnet. Folgende Hierarchie wurde dabei herangezogen: Opiode > Kokain > Stimulanzien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis (Details siehe Schwerpunktkapitel des DOKLI-Berichts Klientenjahrgang 2006: Busch et al. 2007). Diese Definition entspricht noch am ehesten der Vorgangsweise, nur eine Leitdroge zuzulassen (so wird mit der Möglichkeit, nur eine Leitdroge anzugeben, beispielsweise bei Problemkonsum sowohl von Opioiden als auch von Cannabis in der Regel die Wahl auf die Opiode fallen).

Das Ergebnis der hierarchischen Leitdrogenzuordnung zeigt Abbildung 4.11. Diese Darstellung verdeutlicht, dass fast alle anderen Leitdrogen außer Cannabis und in etwas geringerem Ausmaß auch Kokain sehr oft in Kombination mit Opioiden angegeben werden. Cannabis wird in 35 Prozent

der ambulanten Betreuungen und in 15 Prozent der stationären Betreuungen als alleinige Leitdroge genannt (in puncto Cannabis siehe auch *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013* (ebd.)).

Abbildung 4.11:
Personen, die 2019 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdrogendefinition (EBDD) und Art der Betreuung

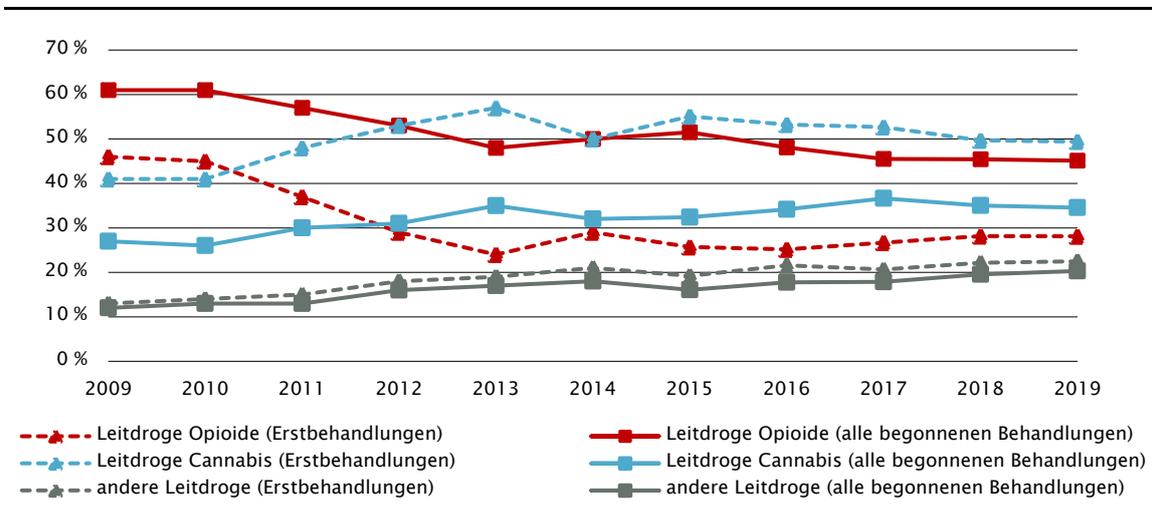


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2019

Betrachtet man die Zeitreihe in Bezug auf Cannabis und Opiode als Leitdroge anhand der hierarchischen Leitdrogendefinition in den DOKLI-Daten, so zeigen sich bis zum Jahr 2013 eine Abnahme des Opioid- und eine Zunahme des Cannabis-Konsums. Dieser Sachverhalt ist bei Personen in Erstbehandlungen etwas stärker ausgeprägt als bei allen Personen, die im entsprechenden Jahr mit einer Betreuung begonnen haben (vgl. Abbildung 4.12). Seit 2013 setzt sich dieser Trend nicht eindeutig fort. Drogen wie Kokain und andere Stimulanzien weisen seit 2012 – im Vergleich zu den Vorjahren – etwas höhere Prozentanteile auf. Ob dies eine längerfristige Veränderung des risikoreichen Drogenkonsums bedeutet oder ob nun auch – unabhängig von den konsumierten Drogen – weniger problematische Fälle in drogenspezifische Behandlung aufgenommen werden, ist an den Zahlen nicht ablesbar.

Abbildung 4.12:

Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdroge Opioiden und Cannabis, 2009–2019

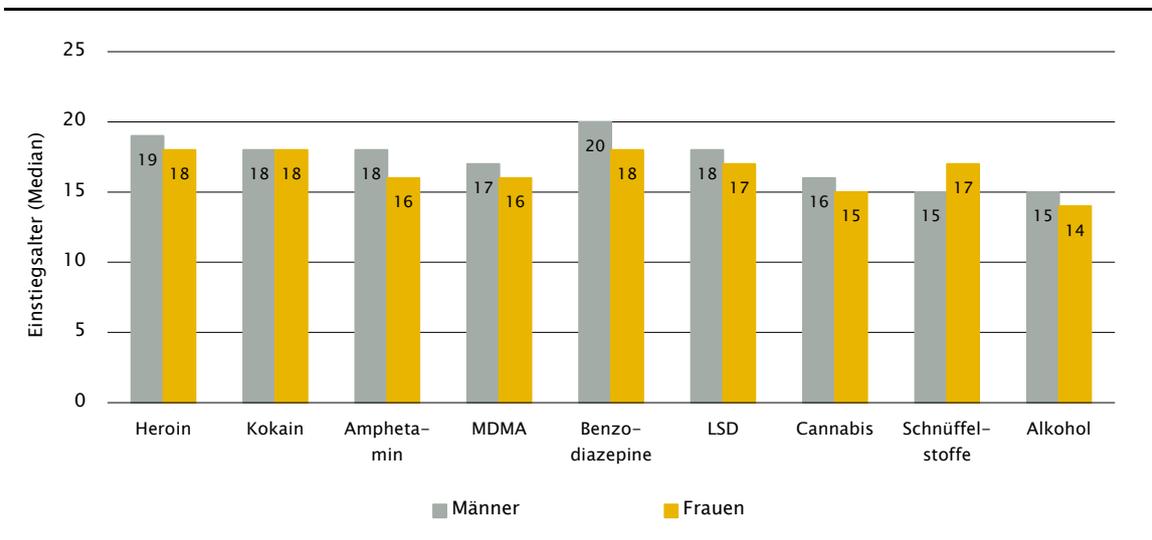


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertungen 2009 bis 2019

Weiterführende Informationen zum Alter beim Erstkonsum und zur vorwiegenden Einnahmeform liegen nur im Zusammenhang mit längerfristig ambulanten und stationären Betreuungen vor.

Abbildung 4.13:

Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2019 in Österreich mit einer längerfristig ambulanten Betreuung begannen, nach Substanzen und Geschlecht



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2019

Der Altersmedian liegt beim Erstkonsum der meisten Drogen zwischen 16 und 20 Jahren. Nur Cannabis, Schnüffelstoffe und Alkohol werden beim Erstkonsum von noch Jüngeren probiert (vgl. Abbildung 4.13). Mit Ausnahme von Kokain und Schnüffelstoffen liegt der Erstkonsum bei Frauen im Median ein bis zwei Jahre vor jenem der Männer.

Personen in längerfristig ambulanter Betreuung nannten am häufigsten Sniffen (46 %) als vorwiegende Einnahmeform von Heroin, gefolgt von intravenösem Konsum (28 %) und Rauchen (24 %). Im stationären Setting erreichen die entsprechenden Werte 47 und 27 und 24 Prozent. Dieses interessante Ergebnis wurde im Rahmen des Schwerpunktkapitels des DOKLI-Berichts zum Klientenjahrgang 2007 vertiefend analysiert und auch publiziert (Busch/Eggerth 2010). Es wurden Hinweise gefunden, dass ein nicht unerheblicher Teil von Heroinkonsumierenden über die nasale Applikation in den Konsum ein- und erst nach einiger Zeit (wenn überhaupt) auf den intravenösen Drogenkonsum umsteigt. Möglichkeiten hinsichtlich präventiver Maßnahmen, die sich daraus ergeben, werden ebenfalls im DOKLI-Bericht über den Betreuungsjahrgang 2007 ausführlich dargestellt.

Die inhaltliche Detailanalyse der offenen Textangaben zu nicht standardmäßig in DOKLI erfassten Drogen zeigt, dass Methamphetamin, „andere Naturdrogen“ und Ketamin am häufigsten als Leitdrogen genannt werden, insgesamt aber hinsichtlich ihrer numerischen Größe kaum ins Gewicht fallen (vgl. Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1:

Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulanzien“ und „andere Drogen“ aller 11.184 längerfristig ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen, 2019

Substanz	Leitdroge	Begleitdroge	Summe
andere Naturdrogen	72	250	322
Methamphetamin	135	189	324
Pilze	13	158	171
Ketamin	22	111	133
Mephedron	14	20	34
GHB	7	12	19
andere synthetische Cathinone	5	10	15
Räuchermischungen	1	4	5
Fentanyl (illegal)	4	7	11

Anmerkung: Es handelt sich um Mehrfachnennungen.

Quelle: DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2019; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Der Anteil der Personen mit intravenösem Konsum (bezogen auf die Lebenszeit) differiert stark nach Setting und liegt daher zwischen 18 und 63 Prozent. Intravenöser Drogenkonsum nimmt mit dem Alter aufgrund der Lebenszeitprävalenz zu und in allen Betreuungssettings ist der Anteil i. v. Konsumierender bei den Frauen höher. Die häufigste Einnahmeform von Heroin ist Sniffen, gefolgt von Injizieren und Rauchen, wobei die Zahlen je nach Betreuungssetting variieren. Opioide und Cannabis spielen in allen Betreuungssettings eine dominierende Rolle als

Leitdroge. Die Zeitreihe der hierarchischen Leitdrogen bei Personen am Beginn einer ambulanten Betreuung zeigt jedoch bis zum Jahr 2013 eine Abnahme bei den Opioiden und eine Zunahme bei Cannabis. Seit 2013 setzt sich dieser Trend nicht eindeutig fort. Drogen wie Kokain und andere Stimulanzien weisen seit 2012 – im Vergleich zu den Vorjahren – etwas höhere Prozentanteile auf, sind nun aber seit mehreren Jahren stabil. Ob dies eine längerfristige Veränderung des risikoreichen Drogenkonsums bedeutet oder ob nun auch – unabhängig von den konsumierten Drogen – weniger problematische Fälle in drogenspezifische Behandlung aufgenommen werden, ist an den Zahlen nicht eindeutig ablesbar. Der Altersmedian liegt beim Erstkonsum der meisten Drogen zwischen 16 und 20 Jahren. Eine Ausnahme bilden hier Alkohol, Schnüffelstoffe und Cannabis, die beim Erstkonsum von noch jüngeren probiert werden.

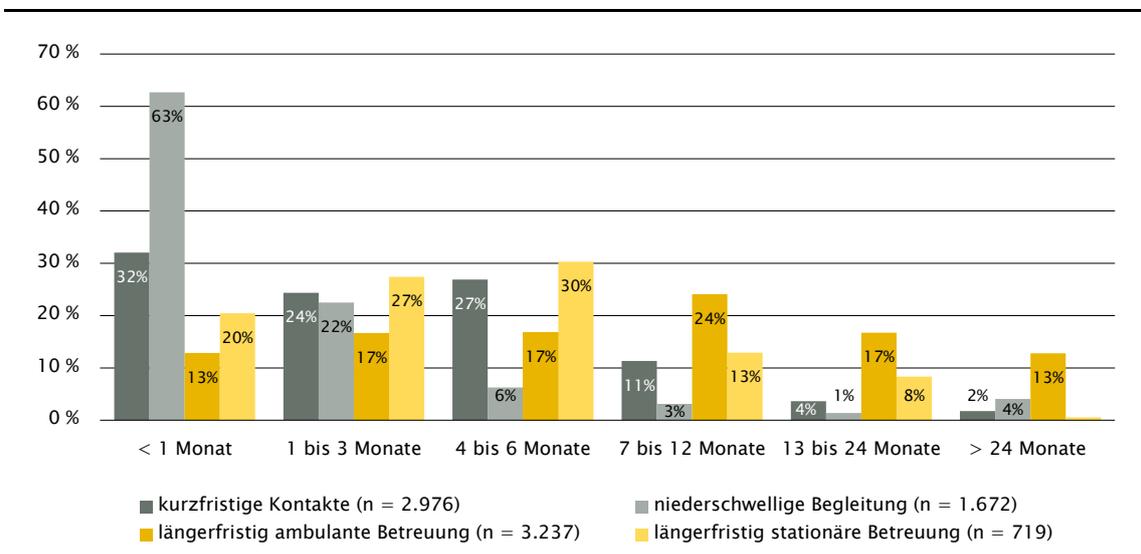
4.4 Situation zu Betreuungsende

Im Jahr 2019 beendeten 3.051 (59 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine kurzfristige Betreuung, 1.672 (64 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine niederschwellige, 3.281 (33 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine längerfristig ambulante und 719 (63 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine stationäre Betreuung.

Der Großteil (56 %) der beendeten kurzfristigen Betreuungen erstreckte sich lediglich über drei Monate, was aber in der Definition dieses Settings begründet ist. Auch die meisten der erfassten Betreuungen im stationären Setting dauerten maximal drei Monate (48 %). Dies dürfte auch die Realität in der stationären Drogenhilfe mit einer großen Anzahl an Betreuungsabbrüchen (54 %) widerspiegeln. Im längerfristig ambulanten Bereich lief für 41 Prozent der Klientel die Betreuung über vier bis zwölf Monate und für weitere 30 Prozent länger als ein Jahr. Im niederschweligen Bereich dauerten 85 Prozent der Betreuungen bis zu drei Monate (vgl. DOKLI 60 im Annex und Abbildung 4.14). Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist jedenfalls zu beachten, dass kurze Betreuungsdauern teilweise auch methodisch verursacht werden: Im DOKLI-System müssen Betreuungssequenzen von Klientinnen und Klienten, die ohne entsprechende Abmachung länger als sechs Monate nicht in der Einrichtung erscheinen, abgeschlossen werden. Im Wiener DOKU-neu-System gilt diesbezüglich eine Frist von drei Monaten. Daten in puncto Betreuungsdauer sollten daher mit Vorsicht betrachtet werden.

Abbildung 4.14:

Dauer der Betreuung von Personen, die 2019 ihre Betreuung beendeten, nach Setting

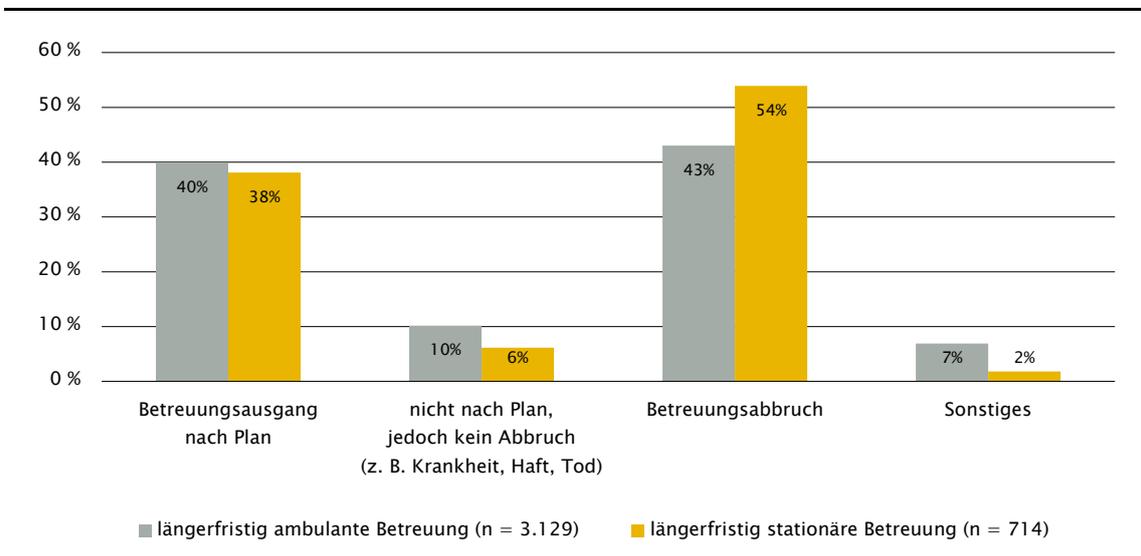


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2019

Genauere Daten hinsichtlich der Situation am Betreuungsende werden nur im Zusammenhang mit längerfristigen Betreuungen erhoben.

Abbildung 4.15:

Betreuungsausgang bei Personen, die 2019 eine Betreuung beendeten, nach Betreuungsart



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2019

40 Prozent der ambulanten und 38 Prozent der stationären Betreuungen enden nach Plan (vgl. DOKLI 63 im Annex und Abbildung 4.15). Im stationären Bereich werden 54 Prozent der Behandlungen abgebrochen, im ambulanten Bereich beläuft sich der Abbruchanteil auf 43 Prozent (vgl. DOKLI 63 im Annex).

Die Kostenträger unterscheiden sich – im Einklang mit den Finanzierungsregelungen – je nach Setting. Im ambulanten Bereich – der zumeist durch Jahressubventionen und nicht durch Einzelfallverrechnungen finanziert wird – trägt bei 52 Prozent der Betreuungen das Land die Kosten, 27 Prozent der abgeschlossenen Betreuungen weisen keinen fallbezogenen Kostenträger aus (vgl. DOKLI 61 im Annex), womit weitgehend der zu Betreuungsbeginn geplante Kostenträger erhalten bleibt (vgl. DOKLI 13 im Annex). Die Daten sind allerdings aufgrund der unterschiedlichen Grundgesamtheiten nicht direkt vergleichbar. Im stationären Bereich haben das Land, die Justiz und die Sozialversicherung (51 % bzw. 40 % und 17 % bei Mehrfachnennungen) die größte Relevanz als Kostenträger. Der geplante und der tatsächliche Kostenträger entsprechen einander weitgehend auch im stationären Bereich.

Zusammenfassung: Die Betreuungen dauern je nach Setting unterschiedlich lang, was teilweise im Setting selbst (z. B. bei kurzfristigen Kontakten) oder in den hohen Abbruchraten (54 %) in der stationären Drogenhilfe begründet liegt und teilweise methodisch auf das DOKLI-System zurückzuführen ist, bei dem nach einem gewissen Zeitraum ohne Kontakt mit der Patientin / dem Patienten eine Beendigung der Betreuung eingetragen werden muss. Nach Plan endeten 40 Prozent der längerfristig ambulanten und 38 Prozent der stationären Betreuungen. Auch die Kostenträger unterscheiden sich nach dem Setting.

5 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle

Die jährliche Statistik der drogenbezogenen Todesfälle (drug-related death, DRD) liefert Daten für einen von fünf Schlüsselindikatoren, die die EBDD entwickelte, um die Situation im Bereich des risikoreichen Drogenkonsums einschätzen zu können. Drogenbezogene Überdosierungen zählen zu den häufigsten Todesursachen in der jungen Bevölkerung und sind daher von besonderer Bedeutung.

5.1 Definition und Datengrundlage

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 einen Arzt / eine Ärztin festgestellt wurde. Es gilt dabei zu bedenken, dass es keine allgemeingültig definierten Grenzen für toxische Mengen an 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 Nr. 112/1997 in der geltenden Fassung) als auch Intoxikationen mit **neuen psychoaktiven Substanzen** (NPS) im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetzes (NPSG, BGBl. I Nr. 146/2011).

Die Daten der Statistik und Analyse basieren auf den dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) übermittelten polizeilichen Meldungen (über mutmaßliche drogenbezogene Todesfälle), auf Verdachtsmeldungen der Landessanitätsdirektionen der Bundesländer sowie auf Fällen, die von gerichtsmedizinischen Instituten und gerichtsmedizinischen Privatgutachtern/-gutachterinnen als „Suchtgiftfälle“ übermittelt werden. Zusätzlich werden von der Statistik Austria jährlich nach Abschluss der allgemeinen Todesursachenstatistik Todesfälle mit ausgewählten suchtbefugten ICD-10-Codes übermittelt³⁴. In die Statistik und Analyse der direkt drogenbezogenen Todesfälle fließen nur jene Fälle ein, in denen aufgrund einer durchgeführten Obduktion oder Totenbeschau (falls keine Obduktion durchgeführt wurde) von einem Kausalzusammenhang zwischen Substanzkonsum und Tod infolge einer Intoxikation auszugehen ist. Die gesetzliche Basis hierfür wird im Kapitel „Methoden“ näher erläutert. Für das Jahr 2019 wurden insgesamt Unterlagen von 384 Verdachtsfällen gesichtet. Nicht in die Statistik aufgenommen wurden zwei Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft, die nicht in Österreich

34

Im Gegensatz zu den Todesfällen der Mortalitätskohorte werden hierbei alle Einträge zu den Todesursachen übermittelt und nicht ausschließlich das Grundleiden.

gemeldet waren, 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. Bei zwei weiteren Verdachtsfällen handelte es sich um Faulleichen, bei der die Gerichtsmedizin die Todesursache nicht mehr eruieren konnte.

In der Arbeitsgruppe³⁵ „drogenbezogene Todesfälle“ wurden im November 2016 Überdosierungen mit verschreibungspflichtigen opioidhaltigen Schmerzmitteln (ohne andere Suchtgifte) diskutiert. Zum Hintergrund der Diskussion: Ziel der Statistik und Analyse der drogenbezogenen Todesfälle ist die Darstellung des hochriskanten Drogenkonsums, die in Zusammenschau mit vier weiteren epidemiologischen Schlüsselindikatoren die Einschätzung der Drogensituation erlaubt. Personen ohne Verbindung zur „Suchtgiftszene“, die z. B. mithilfe eines verschreibungspflichtigen Opioids (ohne andere Substanzen, die im SMG oder NPSG gelistet sind) Suizid verüben, oder Schmerzpatientinnen/-patienten zählen nicht zu diesem Kontext. In der Arbeitsgruppe wurde daher beschlossen, dass Fälle, bei denen (anhand einer Zusammenschau diesbezüglicher Hinweise) starke Zweifel bezüglich der Zugehörigkeit zur „Suchtgiftszene“ bestehen, nicht in die Statistik aufgenommen werden. Aus Gründen der Transparenz und zur Beobachtung der Entwicklung dieser Situation werden diese Fälle jedoch separat beschrieben. Im Sterbejahr 2019 wurden daher zehn Personen, die an einer Überdosierung durch opioidhaltige verschreibungspflichtige Schmerzmittel (z. B. Fentanyl, Tramal) ohne weitere Suchtgifte verstarben, aus der Statistik ausgeschlossen.

5.2 Übersicht: Situation im Jahr 2019

Insgesamt wurden für das Jahr 2019 auf Basis von Obduktionsbefunden 168 tödliche Überdosierungen verifiziert. Weitere 28 – allerdings nicht obduzierte³⁶ – Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (auf dem Totenbeschauschein gibt es eine eindeutige Todesursache wie z. B. den Texteintrag „Suchtgiftintoxikation“). In Summe wird daher für das Jahr 2019 von **196 direkt drogenbezogenen Todesfällen** ausgegangen.

35

In dieser diskutieren jährlich Expertinnen/Experten aus verschiedenen Bereichen (Suchthilfe, das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium, BMJ, BMI, gerichtsmedizinische Institute, Statistik Austria) drogenbezogene Todesfälle betreffende aktuelle Themen.

36

In diesen Fällen wurde keine Obduktion zur Klärung der Todesursache durchgeführt, sondern eine Totenbeschau (äußerliche Untersuchung der Leiche) durch einen dazu autorisierten Arzt / eine autorisierte Ärztin. Diese Fälle sind im medizinischen Sinne nicht als drogenbezogene Todesfälle verifiziert. Sie werden (dem europäischen Standard entsprechend) dennoch den drogenbezogenen Todesfällen hinzugezählt. Damit sind auch längerfristige Trendaussagen möglich (bis 2008 wurden praktisch alle Verstorbenen mit Verdacht auf drogenbezogene Überdosierung obduziert).

Tödliche Überdosierungen betreffen vorrangig **Männer** (rund 80 % der Verstorbenen), die Verstorbenen waren im Schnitt (gruppiertes Median³⁷) 33,7 Jahre alt. Die meisten drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen finden sich in Wien (5,2), gefolgt von Tirol (5,1). Auch in absoluten Zahlen gesehen hat Wien im Vergleich zu den anderen Bundesländern die meisten drogenbezogenen Todesfälle³⁸.

Um einen sinnvollen Vergleich der Bundesländerzahlen und der Zeitverläufe zu ermöglichen, wurde die Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle auf die altersmäßig relevante Einwohnerzahl im entsprechenden Bundesland bezogen. Nach Empfehlungen der EBDD wurde als relevante Altersgruppe jene der 15- bis 64-Jährigen ausgewählt. Für das Jahr 2019 ergibt sich für Gesamtösterreich eine Rate von 3,3 Todesfällen pro 100.000 Einwohner/-innen zwischen 15 und 64 Jahren (2018: 3,1).

Bei 118 der insgesamt 163 durch ein Obduktionsgutachten inklusive ausführlicher toxikologischer Analyse verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle wurde auf Basis der gerichtsmedizinischen Obduktionsgutachten festgestellt, dass diese Personen unmittelbar an einer Überdosierung verstorben sind. Das heißt, dass es bei diesen Menschen infolge der hohen Toxizität der Substanz(en) zu einem funktionellen, protrahierten, zentralen Erstickungssterben kam, das mit Herz- und Atemstillstand (zentrales Herz-Kreislauf-Versagen) endete (z. B. Hirnödem, Lungenödem etc.). In 45 der 163 Fälle trat der Tod durch eine im Zuge des Suchtmittelkonsums hervorgerufene weitere tödliche Ursache (Sekundärfolge), wie z. B. vom zentralen Nervensystem ausgelöstes Erbrechen mit Ersticken am Erbrochenen (die Hauptbronchien wurden verschlossen), ein oder es kam infolge des Einatmens von Mageninhalt zu einer tödlichen Lungenentzündung (Aspirationspneumonie). In fünf Fällen aller direkt drogenbezogenen Todesfälle (196) handelte es sich nachweislich um Suizide, d. h., es wurde z. B. ein Abschiedsbrief hinterlassen.

Zusammenfassung: Im Jahr 2019 starben insgesamt 196 Personen an einer Überdosierung. Das entspricht einer Rate von 3,3 Todesfällen pro 100.000 Einwohner/-innen zwischen 15 und 64 Jahren. Die meisten drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen finden sich in Wien (5,2), gefolgt von Tirol (5,1). Etwa 80 Prozent der Verstorbenen waren Männer. Ungefähr 70 Prozent der Betroffenen verstarben unmittelbar an den Folgen der hohen Toxizität, in etwa 30 Prozent an Sekundärfolgen der Überdosierung.

37

Der Median ist so definiert, dass 50 Prozent der Fälle über und 50 Prozent unter diesem Wert liegen. Bei Daten, die eigentlich Intervalle darstellen wie beim Alter (z. B. ist man 365 Tage lang 50 Jahre alt), kann dieses Intervall noch zusätzlich interpoliert werden (= gruppiertes Median).

38

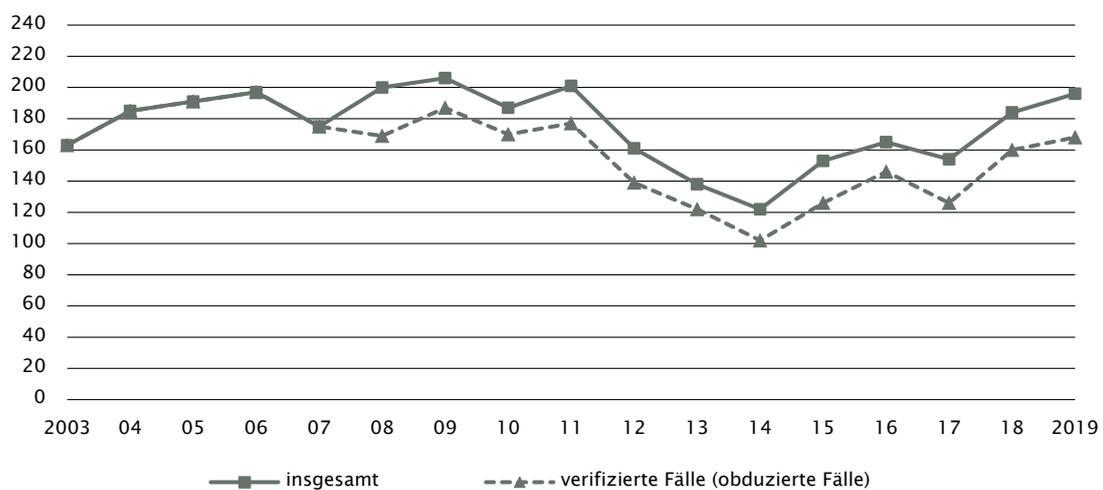
Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

5.3 Trends: Gesamt, regional und nach Altersgruppen

Von 2011 bis 2014 zeigte sich ein Rückgang der direkt drogenbezogenen Todesfälle. Im Jahr 2014 erreichten sie den niedrigsten Wert seit über zehn Jahren (vgl. Abbildung 5.1). Seither ist wieder ein Anstieg zu beobachten, der nur von einem neuerlichen Absinken im Jahr 2017 unterbrochen wurde.

Abbildung 5.1:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2003–2019 (absolut)



Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG

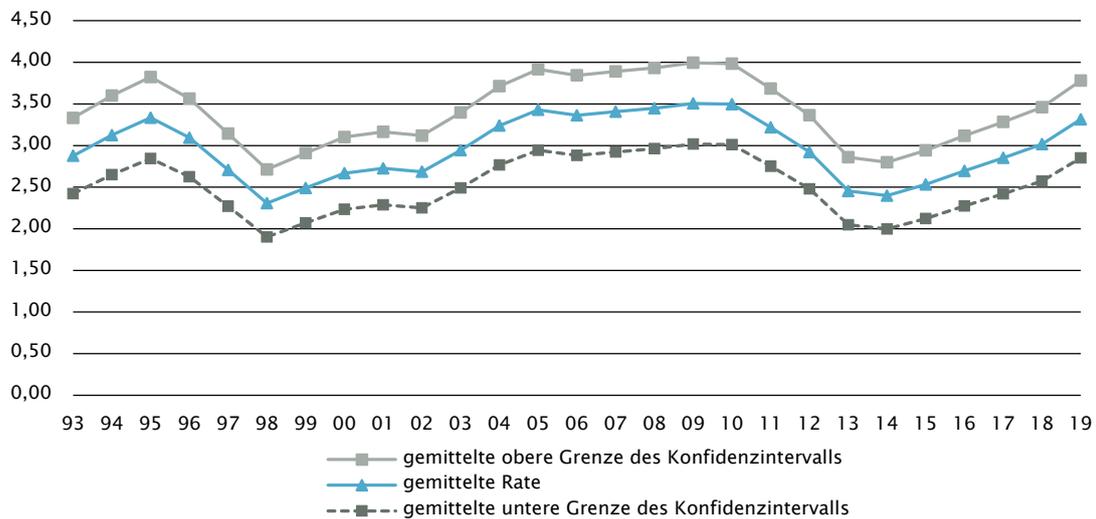
Die für drei Jahreswerte gemittelten Raten pro 100.000 Einwohner/-innen in den Jahren 1993 bis 2019 sowie die obere und untere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls³⁹ veranschaulicht Abbildung 5.2. Es zeigt sich dabei eine seit den 1990er-Jahren wellenförmige Bewegung der Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle. Der letzte starke Rückgang war im Jahr 2014 zu verzeichnen. Bis zum Jahr 2019 gab es wieder einen Anstieg mit einer Rate von 3,3 Fällen pro 100.000 Einwohner/-innen. Im Jahr 2019 starben insgesamt 196 Personen (Rohwert) an einer Überdosierung.

39

Die geglätteten Raten stellen den Mittelwert von drei Jahren dar, um Zufallsschwankungen auszugleichen, d. h., 3,2 direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen für 2011 ist der Mittelwert aus den Jahren 2010, 2011 und 2012. Für 2019 wird der nichtgeglättete Wert dargestellt.

Abbildung 5.2:

95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2019, gemittelter Drei-Jahres-Wert



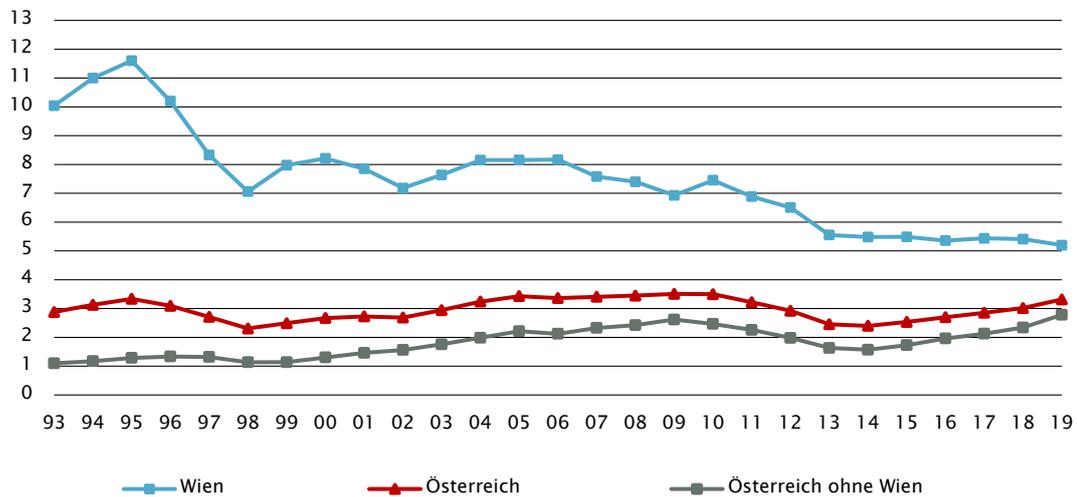
Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

Quellen: ST.AT – Statistik des Bevölkerungsstandes, drogenbezogene Todesfälle; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Betrachtet man die Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen für die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen für Gesamtösterreich, Wien und Österreich ohne Wien (vgl. Abbildung 5.3), zeigen sich in der Bundeshauptstadt ähnliche Trendverläufe wie in Gesamtösterreich. Man sieht jedoch eindeutig, dass der Anstieg zu Beginn der 1990er-Jahre in Wien wesentlich stärker ausgeprägt war als in den übrigen Bundesländern.

Abbildung 5.3:

Drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Österreicher/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren nach Region, 1993–2019, gemittelter Drei-Jahres-Wert



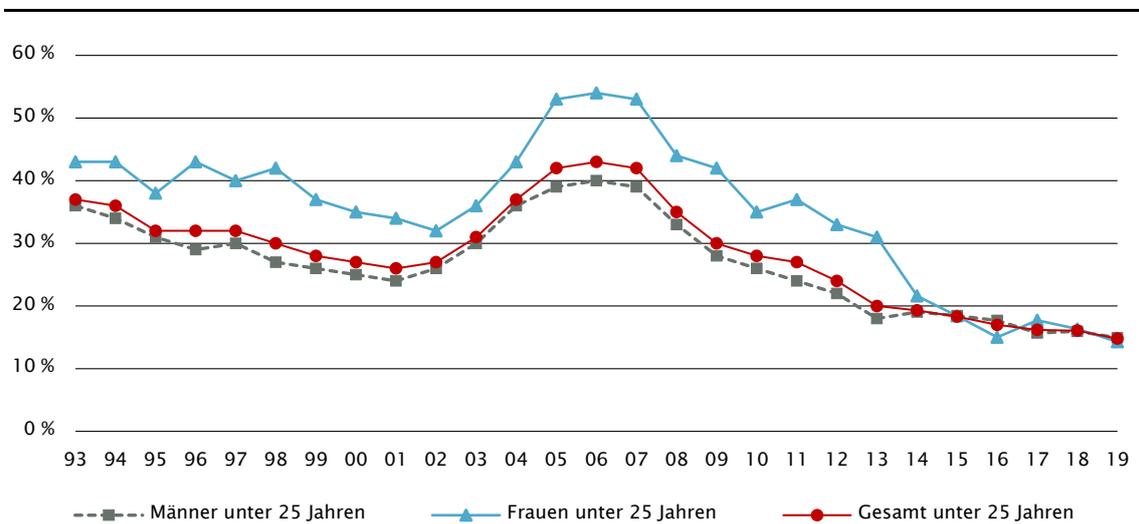
Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

Quellen: ST.AT – Statistik des Bevölkerungsstandes, drogenbezogene Todesfälle; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle Mitte der 2000er-Jahre (vgl. Abbildung 5.2) wurde von einem steigenden Anteil drogenbezogener Todesfälle, die Personen unter 25 Jahren betreffen (vgl. Abbildung 5.4), begleitet. Seit einem Höchstwert Mitte der 2000er-Jahre ist der Anteil drogenbezogener Todesfälle, die junge Menschen betreffen, bis 2013 wieder stark gesunken. Seither pendelte er sich auf diesem Niveau ein (vgl. Abbildung 5.4).

Abbildung 5.4:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen nach Geschlecht, 1993–2019, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

Quellen: ST.AT – Statistik des Bevölkerungsstandes, drogenbezogene Todesfälle; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Seit Anfang der 1990er-Jahre zeichnet sich eine wellenförmige Bewegung der drogenbezogenen Todesfälle ab: Die Spitzen waren jeweils Mitte der 1990er- und der 2000er-Jahre zu verzeichnen, wobei die Werte bis 2010 auf relativ hohem Niveau verharrten. Danach sanken die Raten der drogenbezogenen Todesfälle bis zum Jahr 2014 auf einen Tiefstwert, gefolgt von einem neuerlichen Anstieg. Während bis Mitte der 1990er-Jahre in Wien bis zu zehnfach höhere Sterberaten aufgrund von Überdosierung festgestellt wurden als in den anderen Bundesländern gemeinsam, hat sich dieser Abstand im weiteren Verlauf auf ein Verhältnis von ca. 2:1 reduziert. Dies ist vor allem auf die sinkenden Sterberaten in Wien zurückzuführen. Der Anteil der Personen unter 25 Jahren pendelte sich in den letzten Jahren bei unter 20 Prozent ein.

5.4 Fokus: Altersstruktur

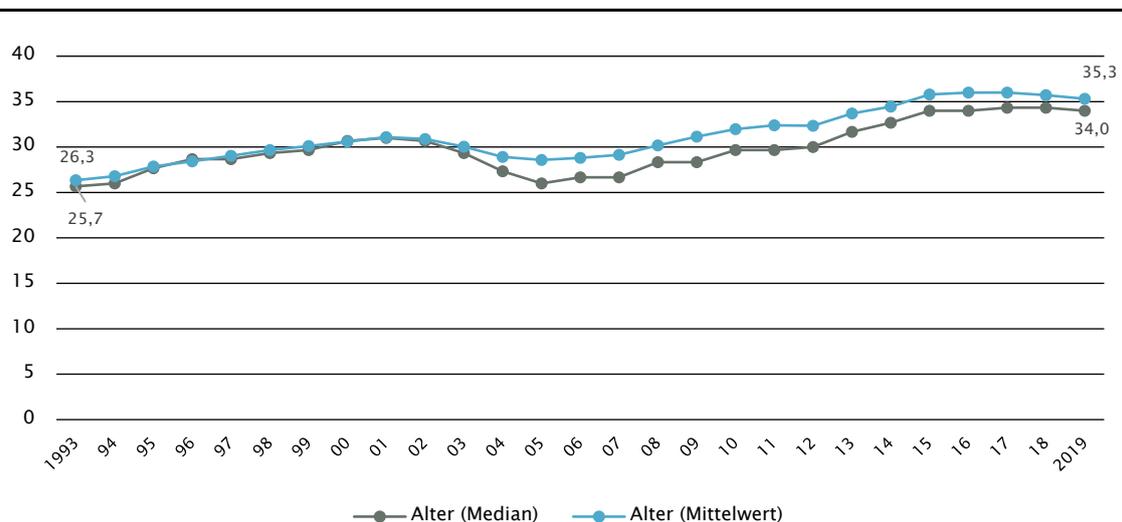
Das Durchschnittsalter (gruppiertes Median) der in der Statistik im Jahr 2019 erfassten Todesopfer beträgt 33,7 Jahre (2018: 34,2; 2017: 34,9; 2016: 34,1; 2015: 32,9).

In Abschnitt 5.3 wurden die über drei Jahre gemittelten Werte der unter 25-Jährigen im Zeitverlauf dargestellt, dies ermöglicht eine gute grafische Aufbereitung und erleichterte Trendinterpretation. Betrachtet man die Rohwerte der jeweiligen Jahre, ergibt sich für 2019 und 2018 im Vergleich folgendes Bild: Insgesamt liegt der Anteil der unter 25-Jährigen 2019 bei 15 Prozent und ist im

Vergleich zum Vorjahr (18 %) etwas gesunken. Im Jahr 2019 beträgt der Anteil der unter 25-Jährigen bei den Frauen 14 Prozent, bei den Männern 15 Prozent. Da die Fallzahlen bei einer Splitting in Subgruppen sehr klein werden, schwanken die Rohwerte relativ stark.

Im Zeitverlauf sieht man, dass das Durchschnittsalter seit Anfang der 1990er-Jahre langsam, aber stetig anstieg und in den letzten Jahren stagnierte. D. h., die Tatsache, dass die Kohorte der risikoreich Konsumierenden altert, zeigt sich auch bei den drogenbezogenen Todesfällen. Bis Anfang der 2000er-Jahre liegen Median und arithmetisches Mittel (Mittelwert) eng zusammen. Der Median ist robuster, d. h., Ausreißer nach unten (sehr junge Menschen) oder oben (sehr alte Menschen) beeinflussen ihn nicht so sehr, wie sie das arithmetische Mittel beeinflussen. Der im Vergleich zum Median⁴⁰ höher liegende Mittelwert ab Mitte der 2000er-Jahre deutet darauf hin, dass es vermehrt Personen gibt, die deutlich älter sind als der Durchschnitt. Der Mittelwert liegt im Jahr 2019 bei einem Alter von knapp 35 Jahren (Rohwert), der Median bei 34 Jahren (Rohwert).

Abbildung 5.5:
Mittleres Alter bei den drogenbezogenen Todesfällen, 1993–2019, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Das Durchschnittsalter der Personen, die an einer Überdosierung verstorben sind, ist seit 1993 um fast zehn Jahre gestiegen. Zusätzlich sind Todesfälle von Personen, die jünger als 25 Jahre alt waren (insgesamt 15 %), im Vergleich zum Vorjahr wieder leicht rückläufig.

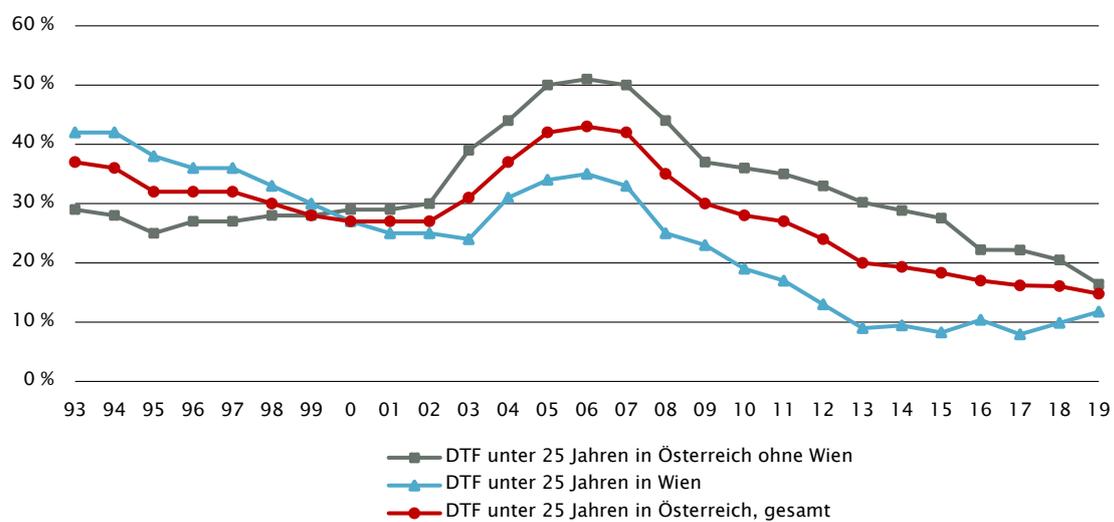
40

Auswertungstechnisch bedingt wurde in der Grafik – im Gegensatz zum Text – nicht der gruppierte Median dargestellt, sondern der „klassische“ Median.

Die Tabellen DRD 2 und DRD 3 im Annex geben die Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle nach Bundesländern (in absoluten Werten und Raten pro 100.000 Einwohner/-innen zwischen 15 und 64 Jahren) wieder. Am häufigsten verstarben Personen der relevanten Altersgruppe in Wien mit 5,2 Verstorbenen, gefolgt von Tirol mit 5,1 Verstorbenen pro 100.000 Einwohner/-innen. Der hohe Anteil in Wien ist in Relation zur Anzahl der Personen mit risikoreichem Konsum der mit Abstand größten Stadt Österreichs zu sehen⁴¹. In Österreich gesamt liegt die Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährigen bei 3,3.

Abbildung 5.6:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen in Wien, Österreich ohne Wien, Österreich gesamt, 1993–2019, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In Abbildung 5.6 zeigt sich die Entwicklung des gemittelten 3-Jahres-Anteils der unter 25-Jährigen an den direkt drogenbezogenen Todesfällen für Wien, Österreich ohne Wien und Gesamtösterreich. Während zu Beginn der 1990er-Jahre Wien einen überdurchschnittlich hohen Anteil junger Personen an den drogenbezogenen Todesfällen aufwies, ist dieser Anteil seit der Jahrtausendwende in den restlichen Bundesländern höher und lag Mitte der 2000er-Jahre bei 50 Prozent (im Vergleich zu unter 30 Prozent zu Beginn der 2000er-Jahre). Seitdem zeigte sich insgesamt ein rückläufiger Trend. In den letzten Jahren haben sich Wien und die anderen Bundesländer gemeinsam von den Anteilen her wieder etwas angenähert.

41

Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

Zusammenfassung: Unterbrochen von einem Anstieg Mitte der 2000er-Jahre sinkt der Anteil der unter 25-jährigen Personen, die an einer Überdosierung sterben, im Langzeittrend.

5.5 Nachgewiesene Substanzen

5.5.1 Detailergebnisse 2019

In die nun folgende Analyse in Bezug auf die beteiligten Substanzen werden nur jene 163 Fälle aufgenommen, bei denen auf Basis einer aussagekräftigen toxikologischen Analyse eine genau spezifizierte Substanzzuweisung möglich war.

In 16 Prozent der 163 drogenbezogenen Todesfälle mit aussagekräftiger Toxikologie im Jahre 2019 wurden **ausschließlich illegale Drogen** (inklusive NPS) festgestellt (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination). In 44 Prozent der Fälle wurden neben illegalen Drogen bzw. NPS Psychopharmaka nachgewiesen, in 11 Prozent der Fälle Alkohol und in 29 Prozent beides – Alkohol und Psychopharmaka.

Reine Opioidintoxikationen (d. h. ohne weitere legale oder illegale Substanzen) waren in elf Fällen zu verzeichnen, davon sieben ausschließlich mit Morphin und einer mit Heroin. Der Anteil der reinen Opioidintoxikationen beträgt somit sieben Prozent (2018: 6 %; 2017: 7 %; 2016: 5 %; 2015: 5 %). Die reinen Opioidintoxikationen stellen einen sehr kleinen Teil der drogenbezogenen Todesfälle dar. 138 der 163 spezifizierten toxikologischen Analysen zeigten **Mischintoxikationen mit Opioiden** (85 %), d. h., es wurde(n) ein Opiat / mehrere Opiate in Verbindung mit Alkohol und/oder Psychopharmaka und/oder Suchtgift(en) / NPS festgestellt. **Opioide** spielten somit **insgesamt 91 Prozent der Fälle** eine Rolle (2018: 92 %; 2017: 86 %; 2016: 91 %; 2015: 92 %).

Heroin und Morphin sind auch im Jahr 2019 die am häufigsten festgestellten illegalen Substanzen (bei 102 Fällen wurde zumindest eine der beiden Substanzen nachgewiesen, das sind 63 %). Hinsichtlich einer Differenzierung zwischen Heroin, Morphin, Morphin in Retardform (z. B. das Substitutionsmittel Substitol®) ist Folgendes zu berücksichtigen: Es gibt keinen eindeutigen Marker, mit dem Morphin in Retardform im Körper identifiziert werden kann, daher fällt es in die Kategorie Morphin. Allerdings werden auch manche Fälle von Intoxikationen mit Heroin dieser Kategorie zugeordnet. Das hat folgenden Grund: Heroin wird im Körper ebenfalls zu Morphin abgebaut, im Harn wird jedoch im Falle von Heroinkonsum der dafür typische Marker von 6-MAM festgestellt. Die Testung nach diesem Abbaustoff erfolgt in Österreich nicht einheitlich bzw. unterscheidet sich zwischen gerichtsmedizinischen und sanitätspolizeilichen Leichenöffnungen (laut Auskunft einzelner gerichtsmedizinischer Institute ist eine Testung auf 6-MAM Standard, auch wenn deren Ergebnis in den Gutachten nicht immer explizit angegeben wird). In der Statistik können also nur jene Fälle als Heroinintoxikation ausgewiesen werden, bei denen die Testung nach dem heroinspezifischen Marker vorgenommen und im Gutachten angeführt wurde. Bei den 18 Verstorbenen

handelt es sich daher um eine Mindestzahl Verstorbener mit Beteiligung von Heroin (reine Heroin-intoxikation: ein Fall). Alle anderen Fälle werden der Kategorie Morphin zugeordnet, wobei von den 84 Fällen mit Beteiligung von Morphin lediglich neun auf den alleinigen Konsum von Morphin (ohne weitere Suchtgifte, Alkohol oder Psychopharmaka) zurückzuführen sind.

Methadon wurde in 22 Prozent der Fälle nachgewiesen (2018: 15 %; 2017: 15 %; 2016: 10 %; 2015: 16 %), **sonstige Opioid**e (wie z. B. Fentanyl, Buprenorphin, opioidhaltige NPS) in 25 Prozent (2018: 20 %; 2017: 20 %; 2016: 26 %; 2015: 25 %). **Fentanyl** wurde in 13 Fällen nachgewiesen (8 %). **Opioidhaltige NPS** (d. h. NPS, die zur Gruppe der synthetischen Opioiden gehören) wurden im Jahr 2019 bei **keinem Fall** nachgewiesen (2018: 0 Fälle; 2017: 4 Fälle).

Kokain wurde in 31 Prozent (n = 50) der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt (2018: 22 %; 2017: 25 %; 2016: 23 %; 2015: 22 %; vgl. Abbildung 5.7), in drei Fällen handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere (illegale) Substanzen.

Amphetamin wurde bei elf Fällen nachgewiesen, und zwar nur in Kombination mit anderen (illegalen) Substanzen.

Ecstasy (d. h. MDMA bzw. dessen Metaboliten MDA oder MDE) wurde in insgesamt 13 Fällen nachgewiesen (2018: 7 Fälle; 2017: 9 Fälle; 2016: 10 Fälle; 2015: 7 Fälle; 2014: 3 Fälle). In einem Fall handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere Substanzen. Die Mehrheit dieser Fälle dürfte in Zusammenhang mit verstärkt im Umlauf befindlichen Ecstasy-Tabletten mit sehr hoher Dosierung stehen.

Methamphetamin wurde insgesamt bei vier Fällen festgestellt (2018: 3 Fälle; 2017: 11 Fälle; 2016: 5 Fälle; 2015: 3 Fälle; 2014: 4 Fälle). Bei allen vier Fällen handelte es sich um Mischintoxikationen mit anderen Substanzen.

Insgesamt wurden bei 22 Personen **sonstige Stimulanzien** (sämtliche Stimulanzien wie z. B. (Meth)Amphetamin, Ecstasy etc. exklusive Kokain) nachgewiesen (13 %). Im Vergleich zum Vorjahr (10 %) stieg der Anteil daher wieder minimal. Nur bei einem Fall handelte es sich dabei um eine Monointoxikation, bei der keine anderen Substanzen festgestellt wurden.

Neue psychoaktive Substanzen (NPS) wurden im Jahr 2019 nur bei einer Person, die an einer Überdosierung starb, nachgewiesen (2018: 5 Fälle; 2017: 9 Fälle; 2016: 2 Fälle). Es handelte sich dabei um eine Mischintoxikation mit zwei NPS („Diphenidin“ und „N-Ethylhexedron“) und weiteren Substanzen. Obwohl es sich beim Auftreten von NPS in Österreich nach wie vor um Einzelfälle handelt, muss die Situation diesbezüglich weiterhin im Rahmen des „Early Warning System“ (EWS) genau beobachtet werden.

Der Anteil der Fälle, bei denen auch **Psychopharmaka** gefunden wurden, hat sich von 47 Prozent 2002 auf 73 Prozent im Jahr 2019 erhöht (vgl. Abbildung 5.7). Insgesamt wurden bei den Fällen, bei denen Psychopharmaka nachgewiesen wurden (119), bei 82 Prozent Benzodiazepine, bei

39 Prozent Antidepressiva, bei 28 Prozent Neuroleptika und bei 24 Prozent Antiepileptika nachgewiesen. Bei jeweils weniger als zehn Prozent wurden Z-Medikamente oder andere psychoaktive Medikamente (z. B. Barbiturate) nachgewiesen.

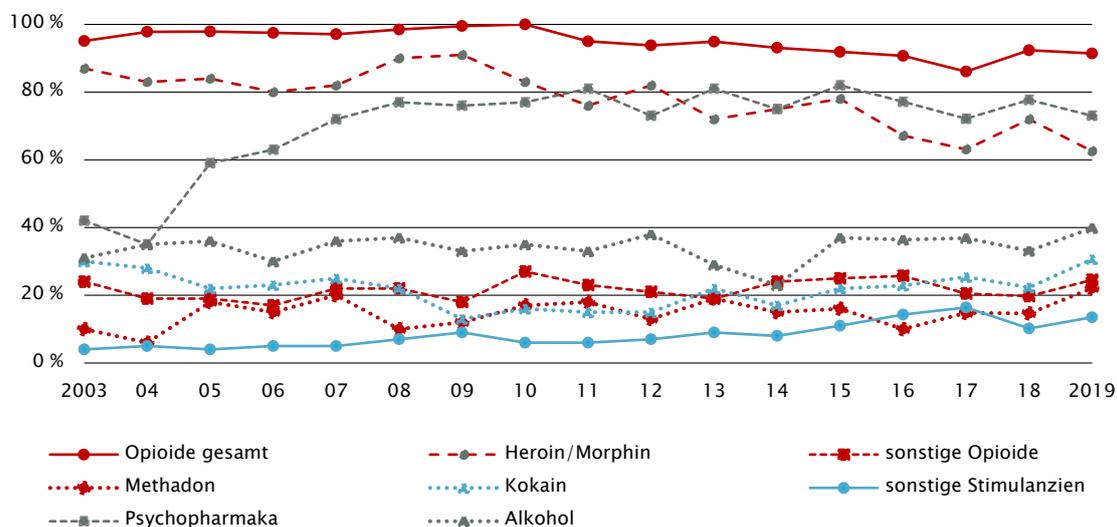
Alkohol wurde bei insgesamt 40 Prozent (2018: 33 %; 2017: 37 %; 2016: 36 %; 2015: 37 %; 2014: 23 %) der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt. Bei fünf Prozent wurde ein hoher Promillewert (mind. 1,5 Promille) im Blut gefunden (2018: 3 %; 2017: 7 %; 2016: 4 %; 2015: 7 %; 2014: 9 %).

Zusammenfassung: Mischintoxikationen, d. h. die Kombination mehrerer legaler und/oder illegaler Substanzen, sind für einen Großteil der Todesfälle verantwortlich. Opiode sind bei den nachgewiesenen Substanzen nach wie vor die Nummer eins. Insgesamt sind die todesursächlichen Konsummuster daher ähnlich wie in den Vorjahren. Todesfälle in Zusammenhang mit Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS) bleiben weiterhin Einzelfälle, die diesbezügliche Situation wird jedoch weiterhin im Rahmen des „Early Warning System“ genau beobachtet werden.

5.5.2 Nachgewiesene Substanzen im Zeitverlauf

Über den Zeitverlauf sind Opiode die Nummer eins bei den nachgewiesenen Substanzen. Daran ändert auch eine tendenzielle Abnahme in den Jahren 2011 bis 2017 nichts. Nach dem niedrigsten Anteil mit 86 Prozent aller Todesfälle im Jahr 2017 pendeln sich die Werte 2018 und 2019 wieder bei knapp über 90 Prozent ein (vgl. Abbildung 5.7). Die beiden Opiode Heroin und Morphin werden bei den drogenbezogenen Todesfällen am häufigsten nachgewiesen. Tendenziell sinken die Anteile dieser beiden Substanzen in den letzten Jahren jedoch etwas. Methadon und sonstige Opiate liegen deutlich unter Heroin/Morphin und schwanken in den meisten Jahren um die 20 Prozent. Die Beteiligung von Kokain war 2003 mit 30 Prozent am höchsten und ging bis 2009 auf 13 Prozent zurück. Bis 2018 schwankten seine Werte um die 20 Prozent. 2019 ist wieder ein Anstieg auf 31 Prozent festzustellen. Ob es sich dabei um eine Trendwende handelt, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht einschätzbar, da es sich auch um einen Ausreißer handeln könnte. Sonstige Stimulanzien bewegen sich seit Anfang der 2000er-Jahre auf niedrigem Niveau, in den letzten zehn Jahren zeigt sich tendenziell ein leichter Anstieg. Die Anteile der Psychopharmaka stiegen zwischen 2004 und 2011 und pendeln sich seither zwischen 70 und 80 Prozent ein. Alkohol wurde seit 2003 in rund 30 bis 40 Prozent der Fälle nachgewiesen, nur im Jahr 2014 sank der Wert kurzfristig unter 30 Prozent.

Abbildung 5.7:
Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2019



Anmerkung: Die Kategorie „sonstige Stimulanzien“ umfasst sämtliche Stimulanzien (z. B. Ecstasy, Mephedron/3-MMC, Cathinone, NPS des Typs Stimulanzien) exklusive Kokain, die Kategorie „sonstige Opiate“ auch NPS-Opiate.

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

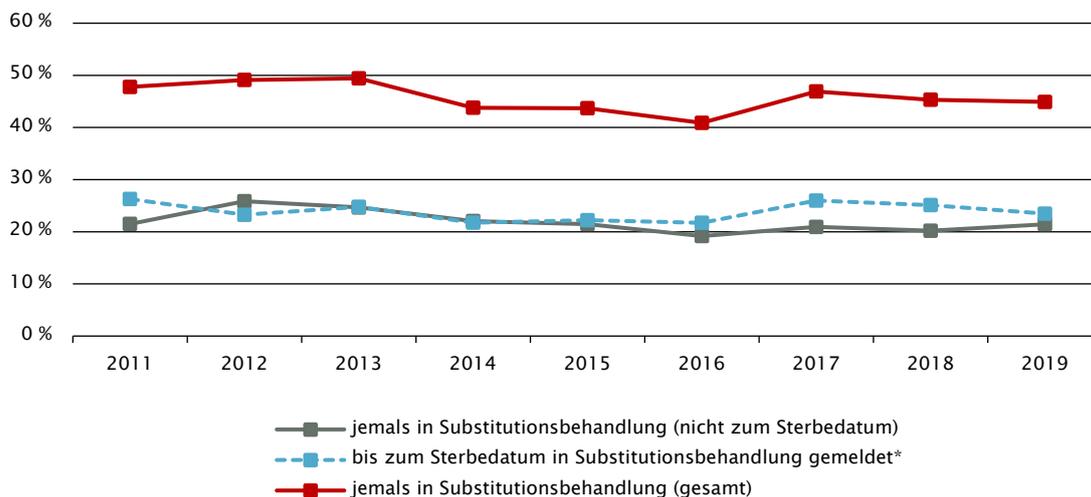
Zusammenfassung: An der Dominanz von Opioiden hat sich in den letzten Jahren nichts geändert, die tendenzielle Abnahme, die zwischen 2011 und 2017 zu beobachten war, setzt sich nicht fort. Kokain und andere Stimulanzien werden weiterhin bei den Todesfällen deutlich seltener festgestellt als Opiode. Tendenziell zeigt sich bei Stimulanzien (exklusive Kokain) in den letzten zehn Jahren ein Anstieg auf niedrigem Niveau.

5.6 Substitutionsbehandlung

Von den 196 direkt drogenbezogenen Todesfällen befanden sich 46 Personen bis zu ihrem Todestag in Substitutionsbehandlung. Weitere 42 waren bereits einmal in ihrem Leben in Substitutionsbehandlung. Etwas weniger als die Hälfte der im Jahr 2019 an Überdosierung Verstorbenen hatte einmal in ihrem Leben Kontakt zum Substitutionssystem.

Abbildung 5.8:

Anteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle, bei denen die/der Betroffene in Substitutionsbehandlung war, an allen direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2011–2019, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

* Da beim Tod einer Person in vielen Fällen keine diesbezügliche Meldung an die Bezirksverwaltungsbehörde erfolgt, fällt deren Ableben lediglich durch ein Nicht-mehr-Erscheinen bei der/dem das Suchtgiftrezept vidierenden Amtsärztin/Amtsarzt auf. Diese(r) beendet dann die Behandlung, allerdings mit einer gewissen Verspätung. In diese Kategorie können daher auch Personen fallen, die zum Sterbedatum nicht in Substitutionsbehandlung waren.

Quellen: eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.7 Auffindungssituation

Der Auffindungsort der Verstorbenen liefert wichtige Informationen zum Kontext, in dem tödlich verlaufende Überdosierungen vorkommen, und ist für präventive Maßnahmen relevant.

Die Mehrheit der Betroffenen wurde in einer Wohnung aufgefunden (74 %). In Hotels, Heimen, Notunterkünften u. ä. kam es bei sechs Prozent zur Überdosierung. In sieben Prozent der Fälle waren die Auffindungsorte im öffentlichen Bereich wie z. B. U-Bahn oder Toiletten und bei fünf Prozent in Haftanstalten. In sieben Prozent der Fälle konnte der Auffindungsort nicht eruiert werden.

Seit dem Todesjahr 2019 wird zusätzlich erfasst, ob die Verstorbenen bei der Intoxikation bzw. deren Auswirkungen allein waren. Bei 20 Prozent der Verstorbenen geht aus den Unterlagen hervor, dass zum Zeitpunkt der Überdosierung entweder jemand anderer in unmittelbarer Nähe war oder der/die Betroffene noch lebend aufgefunden und ins Krankenhaus transportiert wurde, wo sich dann letztendlich zeigte, dass die Hilfe zu spät kam. Bei der Mehrheit der Fälle ist unklar, ob die verstorbene Person allein war (z. B. wenn zwar Personen in der gleichen Wohnung zugegen waren, jedoch in einem anderen Zimmer geschlafen haben oder wenn die Sperrverhältnisse der

Wohnung so waren, dass es nicht ausgeschlossen werden kann, dass zum Todeszeitpunkt noch jemand anderer anwesend war).

Zusammenfassung: Da der weitaus größte Teil tödlicher Überdosierungen in privaten Räumlichkeiten geschieht, ist anzunehmen, dass ein Großteil des risikoreichen Drogenkonsums im (scheinbar) geschützten privaten Rahmen stattfindet. Dieser Umstand kann aber das Ausbleiben rascher Hilfe bei Intoxikationen bedeuten und so das Risiko einer tödlich verlaufenden Überdosierung erhöhen⁴².

42

Ein Faktor, der dies mit bedingt, ist sicher die gute Wohnversorgung von Personen mit risikoreichem Drogenkonsum in Österreich. Dieses Setting ist jedenfalls für präventive Maßnahmen zur Verhinderung drogenbezogener Todesfälle (z. B. rechtzeitiges Rufen der Rettung bei intoxikationsbedingten Notfällen) relevant.

6 Tabak- und verwandte Erzeugnisse

Der Konsum von Tabak verursacht zahlreiche Krankheiten und gilt deshalb als eines der bedeutendsten vermeidbaren Gesundheitsrisiken (RKI 2008; WHO 2015). Zu seinen Spätfolgen zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, Atemwegserkrankungen wie z. B. COPD, chronische Bronchitis oder Asthma und bösartige Neubildungen wie Lungenkrebs, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs u. a. (Singer et al. 2011). Für das Jahr 2017 wird geschätzt, dass 12.100 Todesfälle bzw. 15 Prozent aller Todesfälle auf das Rauchen von Tabak (inklusive Passivrauchen) zurückzuführen sind (Global Burden of Disease Results Tool). Eine genaue Darstellung der tabakassoziierten Mortalität findet sich in Abschnitt 6.5.

Als eine wichtige Maßnahme zur Reduktion tabakassoziiierter Erkrankungen gilt die Prävention, insbesondere Jugendliche sollen davon abgehalten werden, mit dem Rauchen zu beginnen. Daher wird in Abschnitt 6.1 als Erstes auf das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen eingegangen. Eine weitere wichtige Maßnahme zur Senkung der diesbezüglichen Morbidität ist die Unterstützung bei der Rauchentwöhnung. Aus diesem Grund widmet sich Abschnitt 6.6 jenen Raucherinnen und Rauchern, die erfolglos versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören. Diese stellen die ideale Zielgruppe für Rauchausstiegsunterstützungen dar.

Das Spektrum an Tabakerzeugnissen bzw. verwandten Erzeugnissen hat sich in den letzten Jahren erweitert. Nach wie vor sind Zigaretten die beliebteste Art, Tabak zu konsumieren, denn 98,5 Prozent der täglich Rauchenden konsumieren Zigaretten (Klimont/Baldaszi 2015). Die nachfolgenden Abschnitte (6.1 und 6.2) fokussieren auf den Tabakkonsum⁴³. Rauchfreie Tabakerzeugnisse⁴⁴, Wasserpfeifen/Shishas sowie E-Zigaretten werden in Abschnitt 6.3 dargestellt.

Als Datengrundlagen in Bezug auf das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen werden die österreichweite HBSC-Studie⁴⁵ und die ESPAD-Erhebung⁴⁶ herangezogen. Für die Bevölkerung ab

43

Die in den folgenden Kapiteln dargestellten Daten bezüglich Tabakkonsum beziehen sich bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS), der Österreichischen Befragung zum Substanzgebrauch sowie der HBSC-Studie auf „Rauchen von Tabak“ (mit Ausnahme der HBSC-Erhebung 2018, bei der sich die dargestellten Daten auf das „Rauchen von Zigaretten“ beziehen) und bei der ESPAD-Studie auf „Rauchen von Zigaretten“.

44

Das Inverkehrbringen von Kautabak ist in Österreich seit Mai 2017 verboten.

45

Health Behaviour in School-aged Children Study – eine Beschreibung erfolgt im entsprechenden Abschnitt.

46

European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – eine Beschreibung erfolgt im entsprechenden Abschnitt.

15 Jahren wird die österreichweite Gesundheitsbefragung (ATHIS⁴⁷) bzw. die Erhebungsreihe „Befragung zum Substanzgebrauch“ herangezogen.

6.1 Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen sowie der Konsum von Wasserpfeifen/Shishas, E-Zigaretten und Kautabak/Snus

Laut den beiden aktuellsten Schülerbefragungen, HBSC⁴⁸ 2018 und ESPAD⁴⁹ 2019, rauchen aktuell sieben (HBSC 2018) bzw. zwölf Prozent (ESPAD 2019) der 15-Jährigen⁵⁰ täglich Zigaretten. Ein Drittel (HBSC 2018) bis knapp die Hälfte (ESPAD 2015) der 15-jährigen Schüler/-innen gibt an, bereits erste Erfahrungen mit dem Rauchen von Zigaretten gemacht zu haben (Felder-Puig et al. 2019; Strizek/Hojni 2019).

In beiden Erhebungsreihen zeigt sich ein eindeutiger Rückgang in der Rauchprävalenz von Kindern und Jugendlichen in Österreich (vgl. Abbildung 6.1). Im europäischen Vergleich (HBSC 2018)⁵¹ liegt Österreich nach diesem Rückgang allerdings nach wie vor über dem Durchschnitt (Inchley et al. 2020).

47

Austrian Health Information Survey, Österreichische Gesundheitsbefragung – eine Beschreibung erfolgt im entsprechenden Abschnitt.

48

Bei der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children Study) handelt es sich um die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie, in der selbstberichtete Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern im Alter von 11, 13 und 15 Jahren (seit 2010 auch der 17-Jährigen) erfragt wird. Die Gesamtstichprobe in Österreich umfasste im Jahr 2018 rund 7.500, im Jahr 2014 rund 6.000, im Jahr 2010 rund 6.500, im Jahr 2006 rund 4.000 und im Jahr 2002 rund 4.500 Schülerinnen und Schüler.

49

Bei der ESPAD-Studie (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) handelt es sich um die weltweit größte Schülerbefragung zum Konsum legaler sowie illegaler psychoaktiver Substanzen. In Österreich werden jeweils Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Schulstufe befragt. Im Jahr 2019 wurden rund 10.000, 2015 rund 8.000, 2007 rund 6.000 und im Jahr 2003 rund 5.000 Schüler/-innen in Österreich befragt.

50

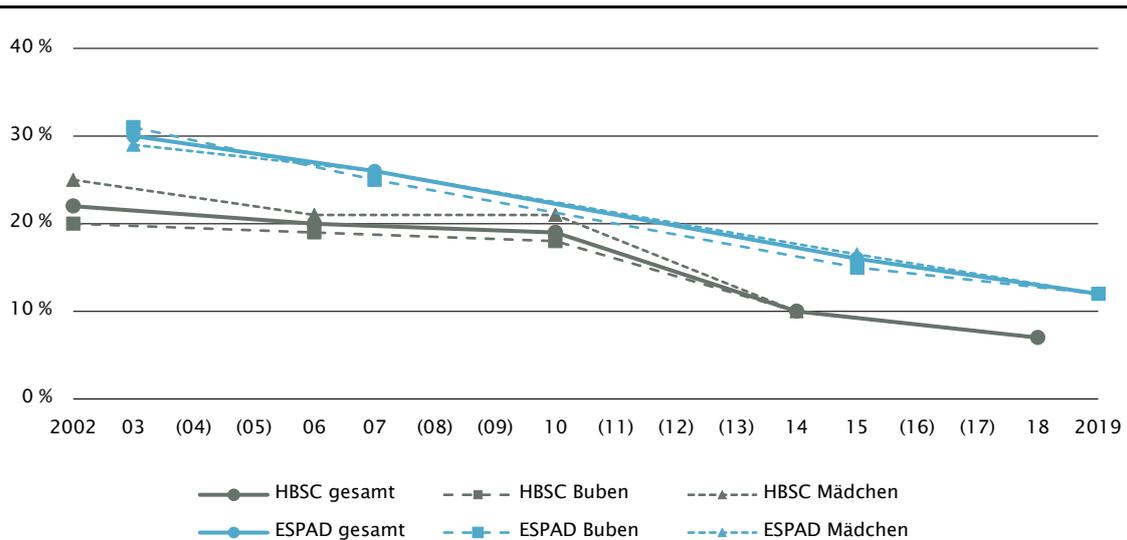
Stellvertretend für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen wird hier das bei Befragungen angegebene Verhalten von 15-Jährigen berichtet. Diese wurden ausgewählt, da sie sowohl bei der HBSC- als auch bei der ESPAD-Erhebung befragt werden und somit die Ergebnisse der beiden Erhebungsreihen eher vergleichbar sind.

51

Der HBSC-Europavergleich 2018 bezieht sich auf die 30-Tages-Prävalenz sowie auf die Lebenszeitprävalenz von 15-jährigen Schülerinnen und Schülern. Ein Europavergleich der Tagesprävalenz von 15-Jährigen wurde im Rahmen von HBSC 2018 nicht veröffentlicht. Der ESPAD-Europavergleich 2019 lag zu Redaktionsschluss des vorliegenden Berichts noch nicht veröffentlicht vor.

Schüler/-innen aus Berufsschulen und polytechnischen Schulen berichten häufiger von Tabakkonsum als solche anderer Schulformen. Keine Unterschiede zeigen sich hingegen beim Anteil der täglich Rauchenden zwischen 15-jährigen Burschen und Mädchen (vgl. Abbildung 6.1) (Felder-Puig et al. 2019; Strizek/Hojni 2019).

Abbildung 6.1:
Anteil der täglich rauchenden 15-Jährigen, 2002–2019



Anmerkung: Mit einem Symbol versehene Jahre stellen tatsächliche Erhebungszeitpunkte dar, bei Jahren in Klammern gab es keine Erhebung. Die hier dargestellten Ergebnisse beziehen sich bei den HBSC-Studien 2002, 2006, 2010 und 2014 auf das „Rauchen von Tabak“ und bei der HBSC-Studie 2018 sowie bei allen dargestellten Ergebnissen der ESPAD-Erhebung auf das „Rauchen von Zigaretten“.

Quellen: Dür/Griebler (2007); Felder-Puig et al. (2019); Ramelow et al. (2011); Ramelow et al. (2015); Strizek et al. (2008a); Strizek/Uhl (2016c); Uhl et al. (2005b); ESPAD 2015; HBSC 2018; ESPAD 2019; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bezüglich E-Zigaretten (HBSC 2018: 1,4 %, ESPAD 2019: 1,6 %) und Wasserpfeifen/Shishas (HBSC 2018: 1,2 %) zeigt sich, dass es einen täglichen Konsum bei 15-Jährigen gibt. Dieser liegt im Vergleich zum Konsum klassischer Zigaretten jedoch in sehr niedrigen Prozentbereichen. Der Anteil derer, die täglich ein nikotinhaltiges Produkt konsumieren, ist annähernd gleich hoch wie der Anteil derer, die täglich herkömmliche Zigaretten rauchen.

Anders ist das bei der Monatsprävalenz. Diese beträgt bei den neuen Konsumformen je nach Erzeugnis ein Drittel (Kautabak/Snus, ESPAD 2019: 8 %) bzw. die Hälfte bis drei Viertel (E-Zigarette, HBSC 2018: 14 %, ESPAD 2019: 13 %) der Monatsprävalenz klassischer Zigaretten (HBSC 2018: 20 %, ESPAD 2019: 22 %) oder nahezu gleich viel (Wasserpfeife/Shisha, HBSC 2018: 18 %, ESPAD 2019: 20 %) wie diese. Der Anteil derer, die mindestens einmal pro Monat ein nikotinhaltiges Produkt konsumieren, ist ein gutes Viertel höher als die Monatsprävalenz beim Konsum herkömmlicher Zigaretten.

Sowohl E-Zigaretten als auch Wasserpfeifen/Shishas und Kautabake/Snus werden häufiger von Buben als von Mädchen konsumiert.⁵² (Felder–Puig et al. 2019; Schmutterer 2019a; Strizek/Hojni 2019)

Zusammenfassung: Die Rauchprävalenz bei Kindern und Jugendlichen hat sich seit dem Jahr 2002 mehr als halbiert. Im europäischen Vergleich liegt Österreich nach diesem Rückgang allerdings nach wie vor über dem Durchschnitt. Neue Konsumformen wie das Dampfen von E-Zigaretten, das Rauchen von Wasserpfeifen/Shishas sowie der Konsum von Kautabak/Snus zeigen sich kaum in Form von täglichem Konsum, sehr wohl aber beim Konsum im letzten Monat. Sie werden verstärkt von Buben genutzt.

6.2 Rauchverhalten in der Bevölkerung ab 15 Jahren

Laut den beiden aktuellsten Befragungen in Hinblick auf das Rauchverhalten in der Bevölkerung rauchen 21 Prozent (Befragung zum Substanzgebrauch 2015) bzw. 24 Prozent (ATHIS⁵³ 2014) der Altersgruppe 15+ täglich (Klimont/Baldaszi 2015; Strizek/Uhl 2016b).

Betrachtet man die Ergebnisse der Erhebungsreihe „Befragung zum Substanzgebrauch“ (2004, 2008 und 2015)⁵⁴, so zeigt das aktuelle Ergebnis einen eindeutigen Rückgang im Tabakkonsum. Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragungen der Statistik Austria (ATHIS 2006/2007 und 2014) dokumentieren gleichbleibende Werte über diese Zeitspanne (vgl. Abbildung 6.2).

Eine Übersicht über Ergebnisse verschiedener österreichweiter Erhebungen der Rauchprävalenz (täglich Rauchende: 1972–2015 und Rauchende gesamt: 1972–2017) ist im Annex unter TABAK 1 und TABAK 2 zu finden.

Männer und Frauen gleichen sich in ihrem Rauchverhalten im Verlauf der Jahrzehnte einander an. Frauen rauchen allerdings nach wie vor etwas seltener und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Männer (vgl. Abbildung 6.2). Bei den auf das Geschlecht bezogenen sich einander angleichenden Rauchquoten in der Gesamtbevölkerung sind Kohorteneffekte zu beobachten, d. h., dass auf Generationen mit großen Unterschieden im Rauchverhalten nach Geschlecht, zumindest seit

52

Weitere Details zum Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen siehe Schmutterer (2019a)

53

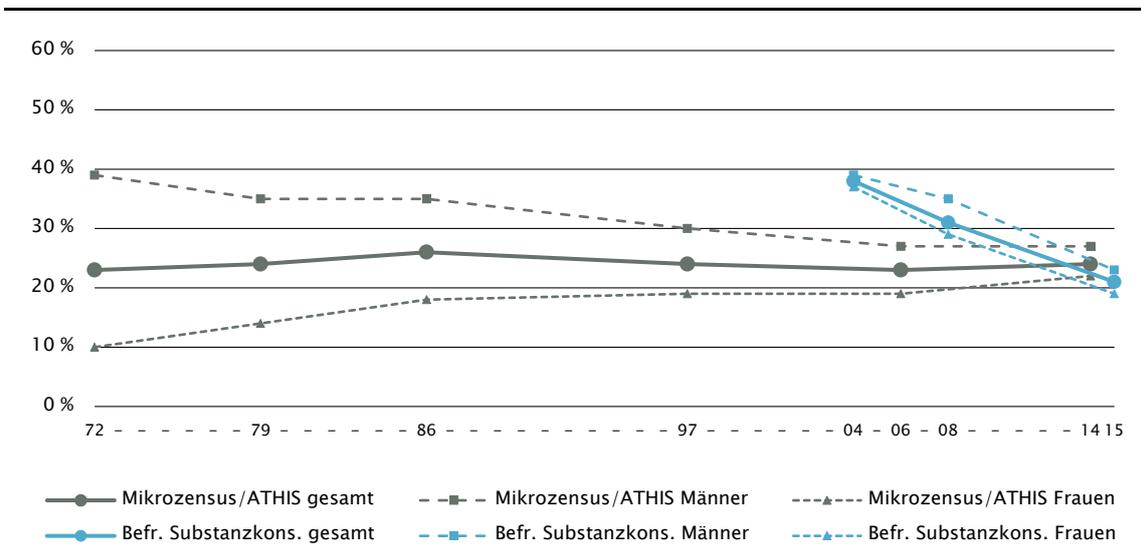
Bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS – Austrian Health Information Survey) wurden rund 15.000 Personen in Privathaushalten ab 15 Jahren zu ihrem Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten befragt.

54

Bei der Österreichischen Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch (Jahre 2004, 2008 und 2015) handelt es sich um eine repräsentative Bevölkerungserhebung von Personen in Privathaushalten ab 15 Jahren; es wurden dabei jeweils um die 4.000 Personen befragt.

Beginn des 20. Jahrhunderts, Generationen mit immer geringeren Unterschieden folgen (Mikrozensus 1979, 1986, 1997, ATTHIS 2006/2007).⁵⁵.

Abbildung 6.2:
Anteil der täglich Rauchenden an der Bevölkerung 15+, 1972-2015



Anmerkung: Mit einem Symbol versehene Jahre stellen tatsächliche Erhebungszeitpunkte dar. Die Ergebnisse der Erhebungen im Rahmen des Mikrozensus 1972, 1979 und 1986 beziehen sich auf die Bevölkerung 16+. In den Befragungen über den Substanzgebrauch wurden bei der Frage nach dem aktuellen Rauchstatus die Antwortkategorien „fast täglich“ und „täglich“ unterschieden. Für die vorliegende Auswertung wurden die beiden Kategorien zur Kategorie „täglich“ zusammengefasst.

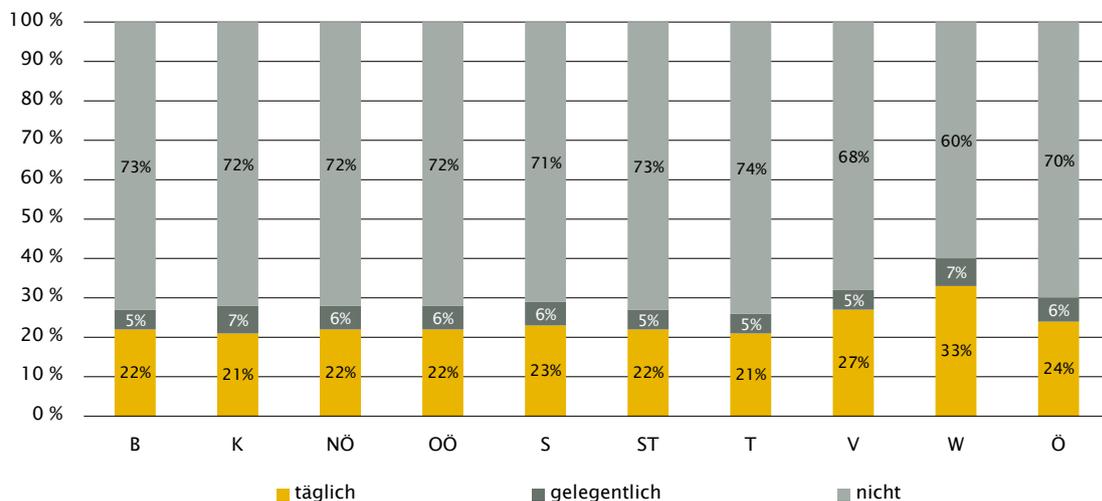
Quellen: Klimont/Baldaszi (2015); Strizek et al. (2009); Strizek/Uhl (2016b); Uhl et al. (2005d); Urbas/Klimont (2002);
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Bundesländervergleich zeigt sich, dass der Anteil der täglich Rauchenden in Wien und Vorarlberg höher ist als in den übrigen Bundesländern (vgl. Abbildung 6.3).

55

Zu Unterschieden im Rauchverhalten von Männern und Frauen siehe auch Schmutterer (2019b).

Abbildung 6.3:
Rauchstatus der Bevölkerung 15+ im Bundesländervergleich 2014

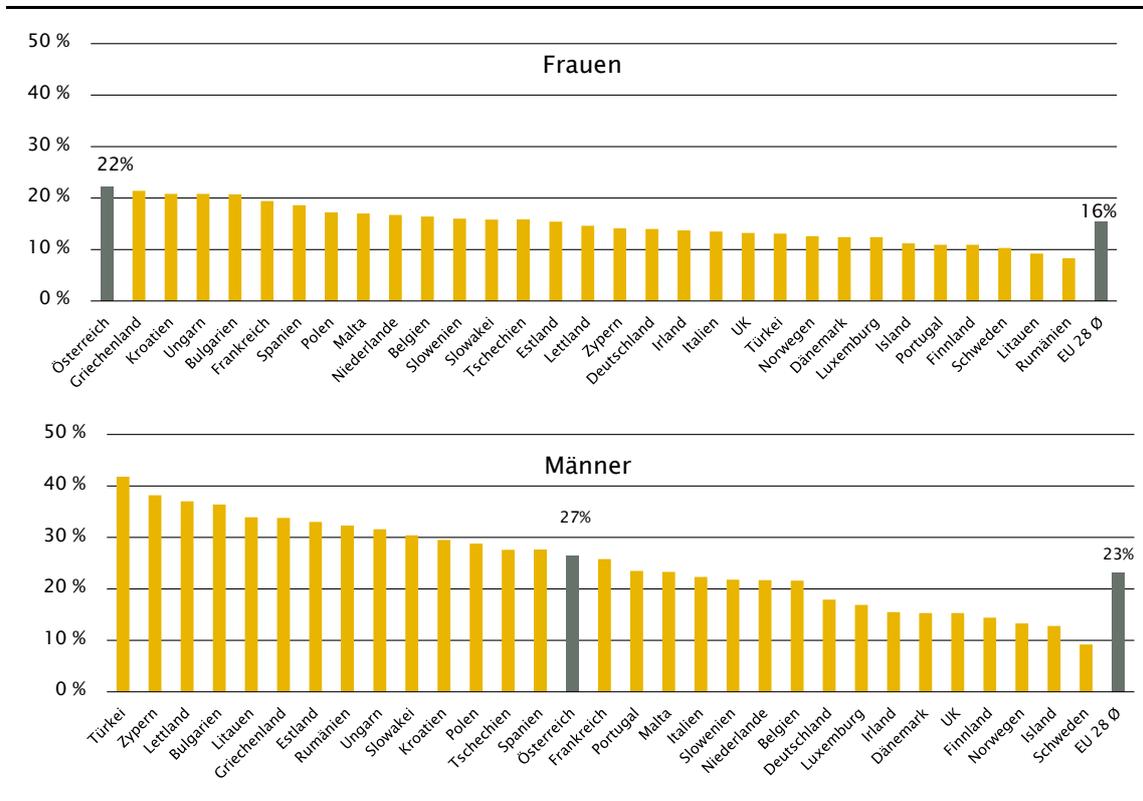


Quelle: ATHIS 2014; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im europäischen Vergleich (EHIS 2014) liegt Österreich bei den täglich Rauchenden mit einem Wert von 24 Prozent über dem EU-28-Durchschnitt von 19 Prozent im oberen Viertel. Der EU-28-Durchschnitt bei Rauchenden gesamt (täglich und gelegentlich) liegt bei 24 Prozent (in Österreich bei 30 %).

Betrachtet man die täglich Rauchenden im europäischen Vergleich getrennt nach Geschlecht, so zeigt sich, dass Österreich bei den täglich rauchenden Frauen mit 22 Prozent an erster Stelle steht (EU-28-Durchschnitt bei Frauen: 16 %). Bei den täglich rauchenden Männern liegt Österreich mit 27 Prozent im europäischen Mittelfeld und über dem EU-28-Durchschnitt von 23 Prozent (vgl. Abbildung 6.4).

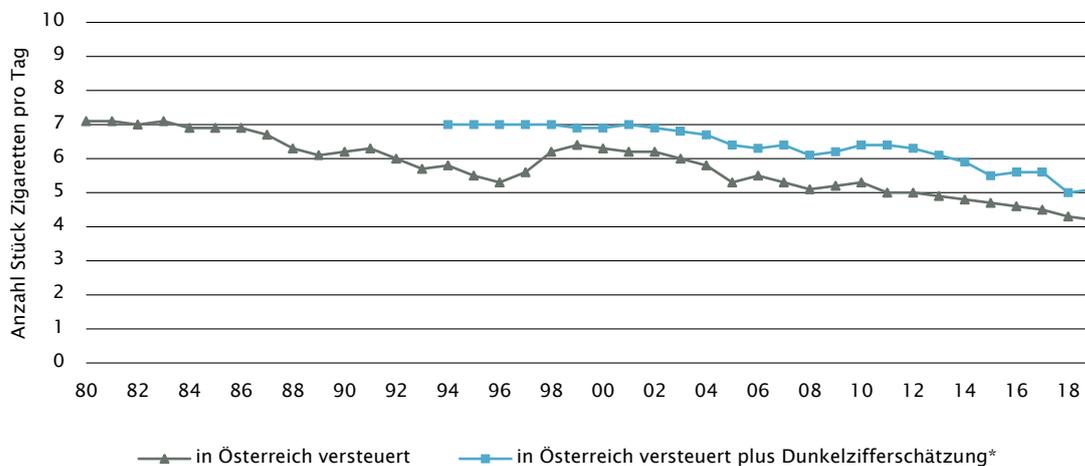
Abbildung 6.4:
Tägliche Raucher/-innen 15+ im EU-28-Vergleich 2014



Quelle: Eurostat - European Health Interview Survey 2014 [Zugriff am 27. 6. 2017]; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 6.5:

Durchschnittlicher täglicher Konsum von Zigaretten in der Bevölkerung 15+, 1980–2019



Anmerkung: Zur Berechnung wurde die jährliche Wohnbevölkerung im Jahresdurchschnitt herangezogen (vgl. Definition Statistik Austria).

*nicht bzw. nicht in Österreich versteuerter Zigaretten

Quellen: Austria Tabak (2004); BMF (2019); BMF (2020); JTI (2008); JTI (2013); JTI (2016); JTI (2017); JTI (2018); JTI (2019); JTI (2020); TÜV Austria CERT (2012);
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Aktuelle Verkaufszahlen und Dunkelzifferschätzungen ergeben für das Jahr 2019 einen Zigarettenkonsum von 4,2 bis 5,1 Stück pro Kopf und Tag. Bei den Verkaufszahlen zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr erneut ein Rückgang, bei der geschätzten Dunkelziffer ein leichter Anstieg. Im längerfristigen Trend zeigt sich sowohl bei den Verkaufszahlen als auch bei den Dunkelzifferschätzungen ein leichter Rückgang, etwas deutlicher seit 2010 (vgl. Abbildung 6.5)⁵⁶.

Die Umsatzstatistik von Großhändlern zeigt zwischen 2009 und 2019 einen Anstieg bei Pfeifentabaken. Ein Rückgang zeigt sich bei Zigaretten. Bei Kautabaken zeigte sich zunächst – vermutlich als Folge verschärfter Rauchverbote – ein starker Anstieg von 2009 bis 2016. Daraufhin folgte – als direkte Reaktion auf das Verbot des Inverkehrbringens von Kautabaken – ein abrupter Rückgang von 2016 auf 2017⁵⁷ (vgl. TABAK 3 im Annex).

56

Die aktuellen Verkaufszahlen resultieren aus Angaben zu in Österreich versteuerten Zigaretten. Die Dunkelzifferschätzungen des Anteils nicht bzw. nicht in Österreich versteuerter Zigaretten sind sogenannten Zigarettenpackungsstudien entnommen, für die weggeworfene Zigarettenpackungen in ganz Österreich systematisch gesammelt werden.

57

Das Inverkehrbringen von Kautabak ist in Österreich seit Mai 2017 verboten.

Zusammenfassung: Die Verkaufszahlen deuten auf einen leichten Rückgang des Zigarettenkonsums in Österreich hin. Männer und Frauen gleichen sich in ihrem Rauchverhalten im Verlauf der Jahrzehnte einander an. Junge Männer begannen seltener als zuvor und junge Frauen öfter als zuvor mit dem Rauchen. Frauen rauchen allerdings nach wie vor etwas seltener und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Männer. Im europäischen Vergleich liegen jedoch die Österreicherinnen beim täglichen Rauchen an der Spitze, während sich die Österreicher im Mittelfeld befinden.

6.3 Konsum von Wasserpfeifen/Shishas, E-Zigaretten und rauchfreien Tabakerzeugnissen in der Bevölkerung 15+

Nur ein kleiner Teil der täglich Rauchenden (1,5 %) raucht in erster Linie Zigarren, Pfeifentabak oder andere Erzeugnisse wie z. B. Shisha (Klimont/Baldaszi 2015). Lediglich 0,5 Prozent der ab 15-Jährigen konsumieren rauchfreie Tabakerzeugnisse (z. B. Kautabak, Schnupftabak oder Snus) täglich oder fast täglich. Ein weiteres Prozent greift gelegentlich (30-Tage-Prävalenz) zu rauchfreien Tabakerzeugnissen (Strizek/Uhl 2016b). E-Zigaretten, E-Shishas oder E-Pfeifen werden von einem Prozent der ab 15-Jährigen täglich oder fast täglich konsumiert (Strizek/Uhl 2016b).

Sowohl Wasserpfeifen bzw. Shishas als auch E-Zigaretten werden von Männern häufiger konsumiert als von Frauen.

Wasserpfeifen/Shishas

Lediglich 0,3 Prozent der Bevölkerung 15+ gaben 2015 an, täglich oder fast täglich Wasserpfeife oder Shisha zu rauchen (Befragung zum Substanzgebrauch 2015). Weitere 2,3 Prozent gaben an, diese in den letzten 30 Tagen gelegentlich/sporadisch geraucht zu haben. Die Werte sind bei Männern jeweils höher als bei Frauen. Am höchsten ist der Anteil der täglich Wasserpfeifen bzw. Shishas Rauchenden mit einem Prozent bei den 20- bis 24-Jährigen (Strizek/Uhl 2016a).

Ergebnisse hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz zeigen, dass immer mehr Österreicherinnen und Österreicher das Rauchen von Wasserpfeifen bzw. Shishas zumindest einmal ausprobieren (Befragung zum Substanzkonsum 2008: 20 %, 2015: 32 %; Eurobarometer 2009: 17 %, 2017: 23 %) (European Commission 2010; European Commission 2017; Strizek et al. 2009; Strizek/Uhl 2016a).

E-Zigaretten, E-Shishas, E-Pfeifen

Ein Prozent der Bevölkerung 15+ gab 2015 an, täglich oder fast täglich E-Zigaretten, E-Shishas oder E-Pfeifen zu konsumieren (Befragung zum Substanzgebrauch 2015). Weitere drei Prozent gaben an, diese in den letzten 30 Tagen gelegentlich/sporadisch gedampft zu haben. 16 Prozent haben diese Produkte schon einmal probiert. Bei Männern sind die Werte jeweils etwas höher als bei Frauen. Der tägliche oder fast tägliche Konsum von E-Zigaretten, E-Shishas oder E-Pfeifen ist mit zwei Prozent in der Gruppe der 25- bis 39-Jährigen am höchsten (Strizek/Uhl 2016a).

Ergebnisse der Eurobarometerbefragungen bezüglich der Lebenszeitprävalenz zeigen, dass immer mehr Österreicherinnen und Österreicher (15+) das Dampfen elektronischer Erzeugnisse ausprobieren (2009: 5 %, 2012: 6 %, 2015: 9 %, 2017: 21 %). Der Gebrauch diesbezüglicher Produkte lag laut Eurobarometer 2015 bei einem Prozent und 2017 bei drei Prozent (European Commission 2010; European Commission 2012; European Commission 2015; European Commission 2017).

Konsum von rauchfreien Tabakerzeugnissen

Ein halbes Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren gab 2015 an, täglich oder fast täglich rauchfreie Tabakerzeugnisse (z. B. Kautabak, Schnupftabak oder Snus) zu konsumieren (Befragung zum Substanzgebrauch 2015). Ein weiteres Prozent gab an, diese in den letzten 30 Tagen gelegentlich/ sporadisch konsumiert zu haben. 16 Prozent haben diese Produkte schon einmal probiert. Bei Männern sind die Werte jeweils höher als bei Frauen (Strizek/Uhl 2016a).

Ergebnisse der Eurobarometerbefragungen bezüglich der Lebenszeitprävalenz rauchfreier Tabakerzeugnisse (Kautabak, Schnupftabak oder Snus) zeigen für Österreicherinnen und Österreicher (15+) zwischen 2009 und 2017 keinen klaren Trend. Die Ergebnisse liegen zwischen 10 und 17 Prozent (2009: 11 %, 2012: 17 %, 2015: 10 %, 2017: 12 %) (European Commission 2010; European Commission 2012; European Commission 2015; European Commission 2017).

Zusammenfassung: Zwar probieren immer mehr Personen (vor allem die jungen Generationen) Wasserpfeifen/Shishas bzw. E-Zigaretten und dergleichen aus, der tägliche und auch der regelmäßige Konsum in der Bevölkerung ab 15 Jahren sind jedoch gering. Ebenfalls gering sind der tägliche und auch der regelmäßige Konsum rauchfreier Tabakerzeugnisse. Sowohl Wasserpfeifen bzw. Shishas als auch E-Zigaretten werden von Männern häufiger konsumiert als von Frauen.

6.4 Passivrauchen

Laut ATHIS-Befragung 2014 sind 15 Prozent der Personen im Alter von 15 Jahren und älter täglich mindestens eine Stunde Passivrauch ausgesetzt, weitere 14 Prozent weniger als eine Stunde pro Tag.⁵⁸

Männer sind häufiger als Frauen Passivrauch ausgesetzt. 17 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen sind mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt, weitere 17 Prozent der Männer und 10 Prozent der Frauen weniger als eine Stunde pro Tag. Bei jüngeren Personen ist die

58

Die genaue Frageformulierung lautete: „Wie oft sind Sie in Innenräumen Tabakrauch ausgesetzt?“ Als Beispiele für Innenräume wurden Innenräume zu Hause, bei der Arbeit, in öffentlichen Gebäuden und im Restaurant genannt.

Passivrauchexposition häufiger als bei älteren Personen. 22 Prozent der 15- bis 29-Jährigen, 16 Prozent der 30- bis 59-Jährigen und 6 Prozent der Personen 60+ sind mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt.

Ebenfalls häufiger Passivrauch ausgesetzt sind Personen mit Migrationshintergrund (beide Eltern im Ausland geboren), Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss und Personen mit niedrigerem Haushaltseinkommen. 22 Prozent der Personen mit Migrationshintergrund und 13 Prozent der Personen ohne Migrationshintergrund (jeweils 15 Jahre und älter) geben an, mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt zu sein. 16 Prozent der Personen mit maximal Pflichtschulabschluss, 15 Prozent der Personen mit Lehr- oder BMS-Abschluss und 8 Prozent der Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (jeweils 30 Jahre und älter) geben an, mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt zu sein. 15 Prozent der Personen mit einem Haushaltseinkommen unter dem 1. Quintil und 12 Prozent der Personen mit einem Haushaltseinkommen zwischen dem 4. und dem 5. Quintil (jeweils 30 Jahre und älter) geben an, mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt zu sein.

Im Europäischen Vergleich (EU-28 exkl. Irland) liegt Österreich – laut EHIS 2014⁵⁹ – bei der Passivrauchexposition (mindestens eine Stunde täglich) mit 15 Prozent deutlich über dem europäischen Durchschnitt von 11 Prozent und weist die fünfthöchste Prävalenz auf (Eurostat – European Health Interview Survey 2014 [Zugriff am 9. 2. 2017]).

6.5 Morbidität und Mortalität infolge Tabakkonsums

Der Konsum von Tabak verursacht zahlreiche tödliche Krankheiten und gilt deshalb als eines der bedeutendsten Gesundheitsrisiken (RKI 2008; WHO 2015). Zu den Spätfolgen des Tabakkonsums zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, Atemwegserkrankungen wie z. B. COPD, chronische Bronchitis oder Asthma und bösartige Neubildungen wie Lungenkrebs, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs u. a. (Singer et al. 2011).

Der Anteil des Rauchens an der Mortalität von Lungenkrebs (Bronchialkarzinom) wird laut einer amerikanischen Studie bei Männern auf 90 Prozent und bei Frauen auf rund 80 Prozent geschätzt (Newcomb/Carbonne 1992, zit. nach Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.v. 2013).

Die geschlechtsspezifische Mortalität hinsichtlich Bronchialkarzinomen zeigt in den letzten Jahrzehnten einen Rückgang bei Männern und einen Anstieg bei Frauen (vgl. Abbildung 6.6) und korrespondiert mit dem Verlauf des Rauchverhaltens von Männern und Frauen (vgl. Abbildung 6.2). 2018 sind 2.483 Männer und 1.570 Frauen infolge eines Bronchialkarzinoms gestorben (2017:

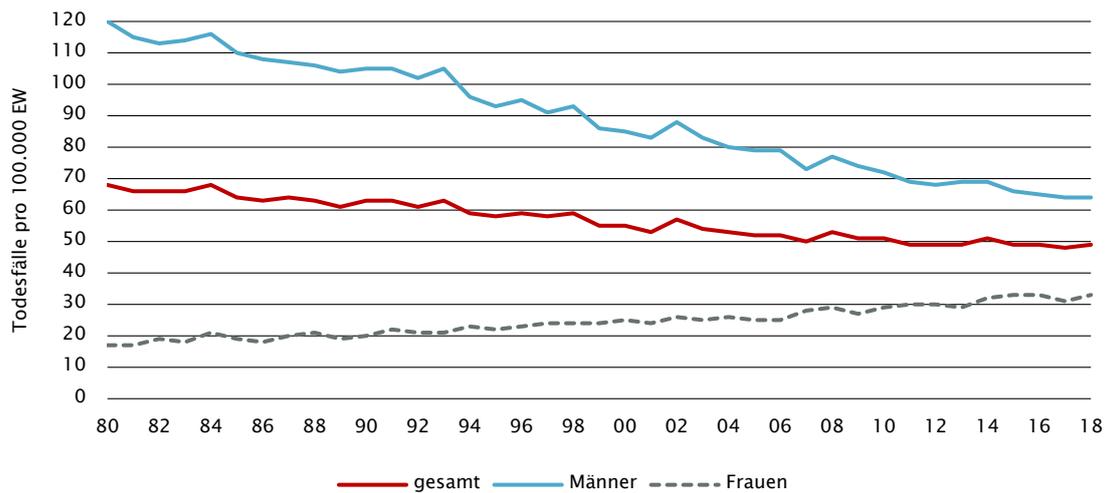
59

Bei der europäischen Gesundheitsumfrage (European Health Interview Survey – EHIS) handelt es sich um Befragungsmodule, die in verschiedenen Ländern der Europäischen Union vergleichbar erhoben werden. Die in Österreich dafür benutzten Module werden im Rahmen der ATHIS-Befragung erhoben.

2.402 Männer und 1.472 Frauen). 29 Prozent waren unter 65 Jahre alt, 35 Prozent zwischen 65 und 74 Jahre alt (Statistik Austria - Todesursachenstatistik).

Abbildung 6.6:

Entwicklung der Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen infolge von Bronchialkarzinomen (C33 u. C34, ICD-10), 1980-2018



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quellen: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 1980-2018 sowie Statistik des Bevölkerungsstandes 1980-2018; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Rahmen des „Global Burden of Disease“-Monitorings wurde für Österreich für das Jahr 2017 geschätzt, dass ca. 12.100 Todesfälle bzw. 15 Prozent aller Todesfälle auf das Rauchen von Tabak (inklusive Passivrauchen) zurückzuführen sind (Global Burden of Disease Viz Hub [Zugriff am 3. 4. 2019]).

Zusammenfassung: Im Jahr 2018 verstarben 2.483 Männer und 1.570 Frauen infolge eines Bronchialkarzinoms, das großteils durch Tabakrauchen verursacht wird. 29 Prozent der Verstorbenen waren unter 65 Jahre alt. Die Werte hinsichtlich Rauchverhalten und Sterblichkeit infolge von Lungenerkrankungen der Männer und der Frauen gleichen sich in den letzten Jahrzehnten einander immer mehr an.

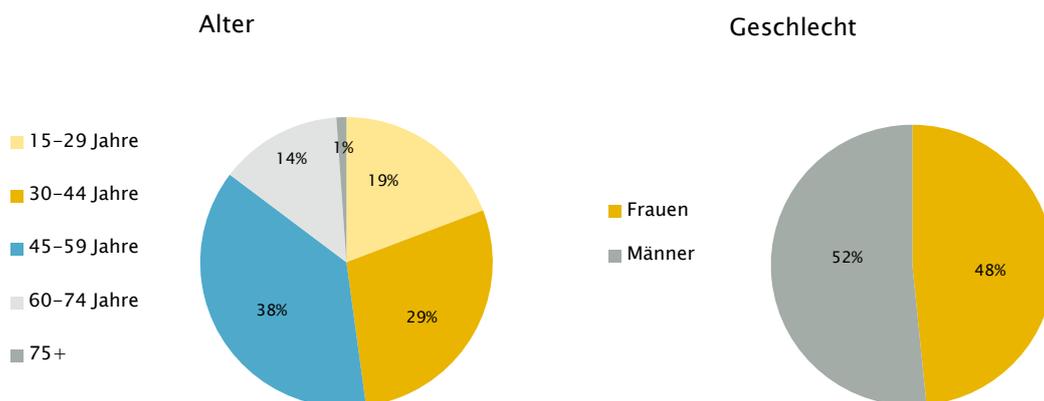
6.6 Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören

In der ATHIS-Befragung 2014 gaben 32 Prozent der täglich Rauchenden (31 % der 15- bis 59-Jährigen und 41 % im Alter 60+) an, im letzten Jahr erfolglos versucht zu haben, das Rauchen aufzugeben.⁶⁰ Das entspricht hochgerechnet ca. 560.000 Personen (rund 8 % der Bevölkerung 15+). Etwa die Hälfte davon sind Frauen; der Großteil ist zwischen 30 und 59 Jahre alt (vgl. Abbildung 6.7).

24 Prozent der Personen im Alter 15+ haben einst täglich geraucht und rauchen jetzt nicht mehr. Der Anteil derer, die jemals täglich geraucht haben und jetzt nicht mehr rauchen, nimmt mit dem Alter zu. Er ist bei Männern etwas höher als bei Frauen, allerdings ist bei Männern auch der Anteil derer höher, die jemals täglich geraucht haben (ATHIS 2014).

Abbildung 6.7:

Täglich Rauchende, die im letzten Jahr erfolglos versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören, nach Alter und Geschlecht, 2014



Anmerkung: Die Verteilung auf die verschiedenen Altersgruppen sieht bei Frauen und Männern in etwa gleich aus.

Quelle: ATHIS 2014; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Ein Drittel der 2014 täglich Rauchenden (etwa 560.000 Personen) versuchte im Jahr davor (2013) erfolglos, mit dem Rauchen aufzuhören. Etwa die Hälfte davon waren Frauen. Der Großteil war zwischen 30 und 59 Jahre alt.

60

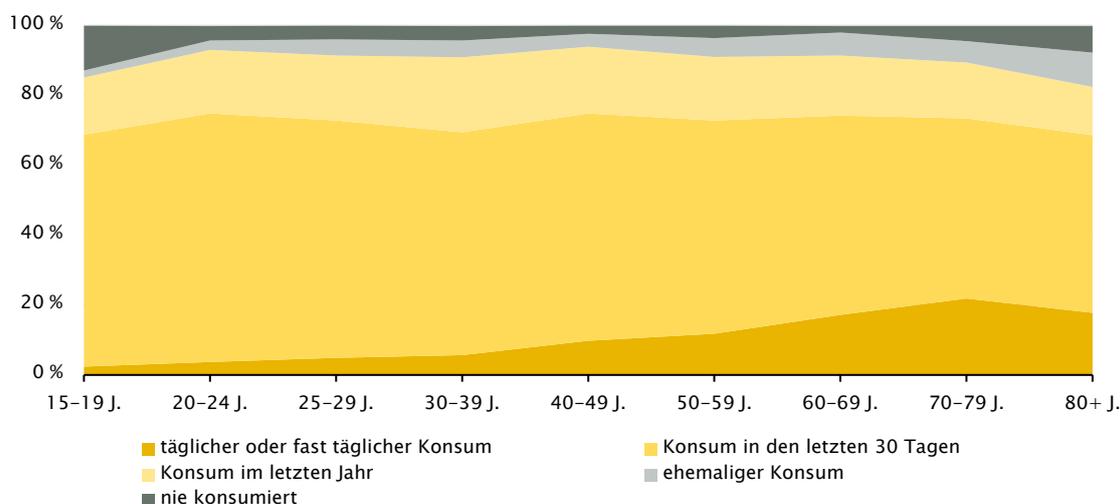
Gefragt wurden hier Personen, die täglich Tabak rauchen. Die genaue Frageformulierung lautete: „Haben Sie im letzten Jahr ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?“

7 Alkoholkonsum

7.1 Charakteristik und Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich

Alkohol⁶¹ ist jene gesundheitsgefährdende psychoaktive Substanz, mit der in Österreich die meisten Personen Erfahrungen machen. Im Gegensatz zu illegalen psychoaktiven Substanzen, aber auch im Vergleich mit Tabak handelt es sich dabei bei vielen Menschen um ein relativ konstantes Verhalten im Lebensverlauf: Alkoholkonsum findet bei vielen Personen bereits sehr früh, aber auch noch bis ins hohe Alter statt und es gibt nur sehr wenige Personen, die im Laufe ihres Lebens komplett aufhören, Alkohol zu konsumieren. Ein weiteres Spezifikum ergibt sich daraus, dass zwar in allen Altersgruppen eine deutliche Mehrheit der Personen aktuell Alkohol konsumiert (d. h. innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol getrunken hat), aber nur ein relativ geringer Prozentsatz dies täglich oder fast täglich⁶² tut, wobei dieser Anteil tendenziell mit zunehmendem Alter ansteigt (vgl. Abbildung 7.1).

Abbildung 7.1:
Konsumprävalenz Alkohol nach Altersgruppen



Quelle: Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2015 (Strizek/Uhl 2016b); Darstellung: GÖG/ÖBIG

61

Weiterführende Ausführungen zum Thema Alkohol finden sich im *Handbuch Alkohol Österreich* (Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen, Band 2: Einrichtungen, Band 3: Gesetzliche Rahmenbedingungen, Band 4: Ausgewählte Themen).

62

definiert als Alkoholkonsum an 5 bis 6 Tagen pro Woche

Laut der Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2015 (Strizek/Uhl 2016b) haben über alle Altersgruppen hinweg etwa 14 Prozent der Befragten in den letzten zwölf Monaten **täglich oder fast täglich** Alkohol getrunken, wobei dies Männer deutlich häufiger tun (ca. 21 %) als Frauen (7 %). Die österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (Klimont/Baldaszi 2015) kommt auf deutlich niedrigere Werte (13 % für Männer bzw. 4 % für Frauen), die allerdings zum Teil dadurch zustande kommen, dass hier im Gegensatz zur Repräsentativerhebung Rohwerte und nicht „korrigierte“ Werte⁶³ verwendet werden.

Etwa ein Viertel aller Frauen (25 %) und ein Achtel aller Männer (12 %) in Österreich lebte laut Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch in den letzten zwölf Monaten **alkoholabstinent oder zumindest fast abstinent**⁶⁴, wobei hier die österreichische Gesundheitsbefragung auf sehr ähnliche Werte (12 % der Männer und 22 % der Frauen) kommt. Vollkommen abstinent lebten laut Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch sieben Prozent der männlichen und elf Prozent der weiblichen Befragten.

Gemessen auf Basis von Produktions- und Verkaufsstatistiken, ist der durchschnittliche **Pro-Kopf-Konsum von Alkohol** in einer längerfristigen Perspektive seit den 1970er-Jahren rückläufig (vgl. Abbildung 7.2). Über die letzten 15 Jahre weist der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum der erwachsenen Bevölkerung nur minimale Schwankungen auf. Im Jahr 2019 wurden in der Bevölkerung ab 15 Jahren pro Kopf etwa 26 Gramm Alkohol pro Tag konsumiert. Diese Menge entspricht etwas mehr als einem großen Bier oder einem Viertelliter Wein.

63

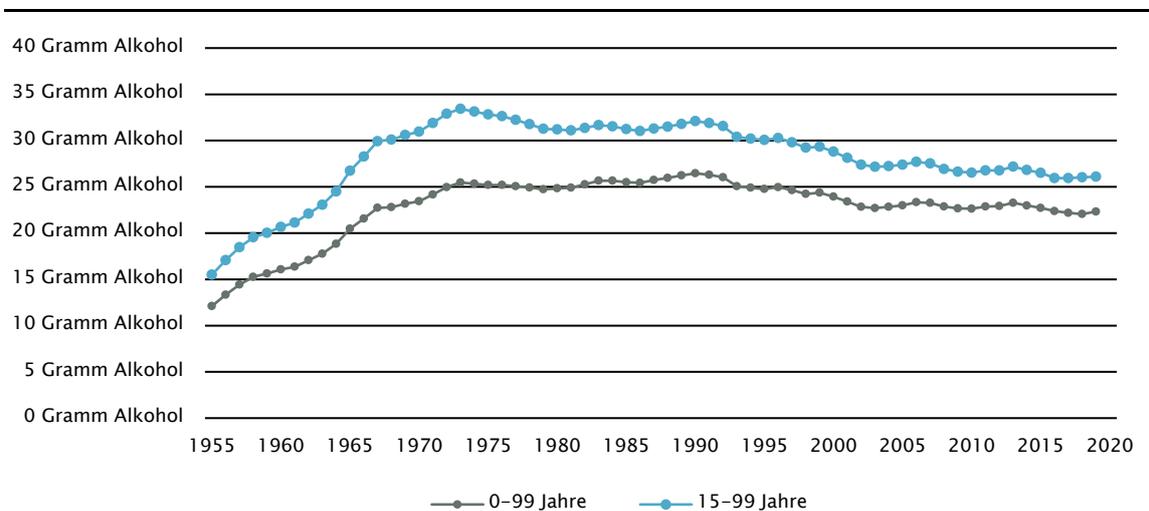
Die Sinnhaftigkeit eines solchen Korrekturverfahrens ergibt sich dadurch, dass wiederholt und in unterschiedlichen Ländern festgestellt wurde, dass die auf Basis von Selbstangaben errechneten durchschnittlichen Alkoholkonsummengen aus unterschiedlichen Gründen nur rund 30 bis 40 Prozent des Pro-Kopf-Konsums abbilden (Rehm et al. 2004). Hinsichtlich Grundlagen und Details des Korrekturverfahrens vergleiche Strizek/Uhl (2016b). Die Vergleichbarkeit von Indikatoren eines stärkeren oder problematischen Alkoholkonsums mit anderen Erhebungen wie etwa der österreichischen Gesundheitsbefragung ATHIS ist dadurch stark eingeschränkt.

64

Dies umfasst die Kategorien „primär Abstinente“ (= nie getrunken), „sekundär Abstinente“ (= früher getrunken, aber nicht mehr in den letzten 12 Monaten) und „sekundär fast Abstinente“ (= maximal fünfmaliger Konsum in den letzten 12 Monaten).

Abbildung 7.2:

Verlauf des durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsums in Gramm Alkohol, 1955–2020



Quelle: Handbuch Alkohol Österreich, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen (Bachmayer et al. 2019); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Alkoholkonsum ist weiter verbreitet und findet sozial integrierter statt als der Konsum anderer gesundheitsgefährdender psychoaktiver Substanzen. Viele Menschen konsumieren Alkohol bis ins hohe Alter und Männer trinken häufiger täglich Alkohol als Frauen. Seit den 1970er-Jahren ist die durchschnittliche Konsummenge deutlich rückläufig.

7.2 Problematischer Alkoholkonsum in der erwachsenen Bevölkerung

Probleme durch Alkoholkonsum ergeben sich in erster Linie durch die toxische Wirkung des chronischen Missbrauchs, d. h. eines Konsums großer Mengen Alkohol über einen längeren Zeitraum hinweg, oder durch die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. In beiden Fällen trifft dieses Problem durch die Latenzzeit dieser Erkrankungen in erster Linie erwachsene Personen. Als Grenzwerte für eine Konsummenge, die mit einem deutlich erhöhten Risiko einer Gesundheitsgefährdung für gesunde erwachsene Personen verbunden ist, werden in Österreich seit vielen Jahren ein täglicher Konsum von 40 Gramm Reinalkohol für Frauen bzw. 60 Gramm Reinalkohol⁶⁵ für Männer definiert (Uhl et al. 2020). Werden diese Grenzwerte auf die korrigierten Angaben (siehe Fußnote 63) der Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2015 angewandt, zeigt jede(r) siebte Österreicher/-

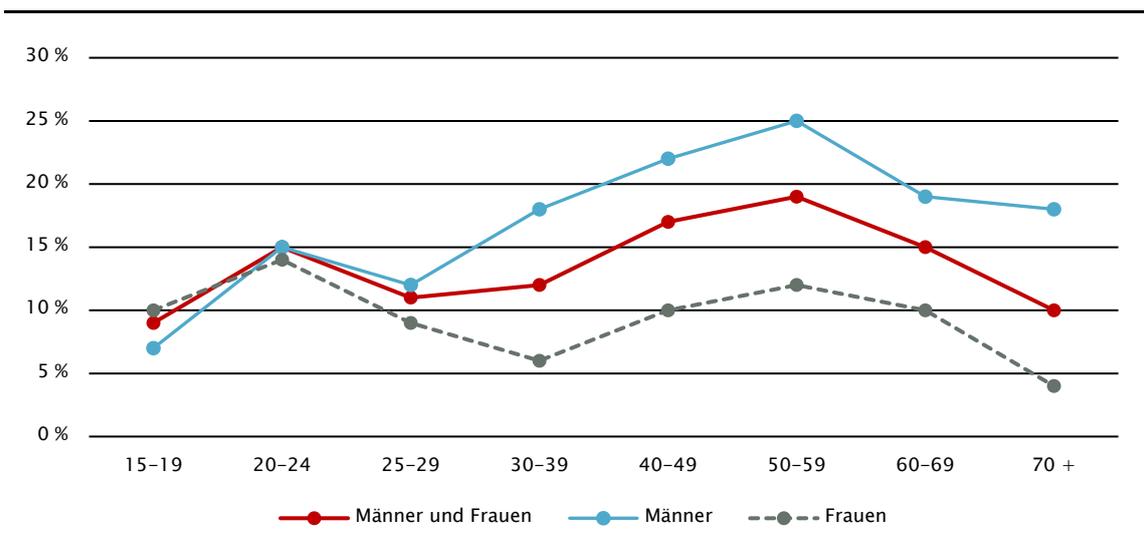
65

40 Gramm entsprechen ungefähr zwei großen Bier (mit jeweils 0,5 Liter) oder etwas weniger als einem halben Liter Wein. Analog entsprechen 60 Gramm drei großen Bier (mit jeweils 0,5 Liter) oder einer Flasche Wein (0,7 Liter).

in (19 % der Männer bzw. 9 % der Frauen) einen **gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum**. Abbildung 7.3 verdeutlicht nicht nur die enormen Geschlechtsunterschiede, sondern auch, dass problematischer Alkoholkonsum bis ins höhere Erwachsenenalter (50 bis 60 Jahre) ansteigt und erst danach – unter anderem aufgrund der erhöhten Mortalität von Alkoholikern/Alkoholikerinnen – wieder deutlich abnimmt.

Abbildung 7.3:

Problematischer Konsum (mehr als 40 bzw. 60 Gramm Alkohol pro Tag) nach Geschlecht und Alter



Quelle: Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2015 (Strizek/Uhl 2016b) ; Darstellung GÖG/ÖBIG

Im Zeitverlauf zeigt sich auf Basis von vier Erhebungswellen (1994, 2004, 2008, 2015) mit identen Berechnungsweisen eine leichte Abnahme des Anteils an problematischen Konsumenten/Konsumentinnen von 18 Prozent (1994) auf 14 Prozent (2015).

Zusammenfassung: Etwa jeder/jede siebte Österreicher/-in trinkt in einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß, wobei der Anteil unter Männern doppelt so hoch ist wie unter Frauen. Im Zeitraum zwischen 1994 und 2015 war der problematische Alkoholkonsum leicht rückläufig.

7.3 Alkoholkonsum bei Jugendlichen

Nur ein sehr geringer Anteil (15 %) der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen in Österreich hat laut ESPAD-Erhebung⁶⁶ von 2019 (Hojni et al. 2019) noch nie im Leben Alkohol getrunken. Sechs von zehn der befragten Schüler/-innen (60 %) haben in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert. Referenzwerte aus der HBSC-Studie von 2018 (Felder-Puig et al. 2019) kommen auf eine geringfügig niedrigere Prävalenz⁶⁷.

20 Prozent der bei ESPAD befragten Jugendlichen berichten davon, in den letzten 30 Tagen mindestens einmal stark berauscht gewesen zu sein. **Rauscherfahrten** können zwar das Risiko etwa von Verletzungen erhöhen, stellen aber nicht zwangsläufig einen brauchbaren Indikator für problematischen Konsum dar, da sie – sofern sie nicht regelmäßig stattfinden und bewusst herbeigeführt wurden – auch ein Indiz für mangelnde Konsumerfahrung sein können. Etwa vier Prozent der Befragten geben allerdings an, dass sie in den letzten 30 Tagen dreimal oder häufiger stark berauscht waren. Auch andere Indikatoren eines **potenziell problematischen Alkoholkonsums** aus der ESPAD-Studie von 2019 weisen darauf hin, dass etwa drei bis sechs Prozent der befragten Schüler/-innen ein Konsumverhalten zeigen, dass aufgrund der durchschnittlichen Konsummenge (mehr als 40 bzw. 60 Gramm Alkohol pro Tag) bzw. der Konsumfrequenz (Konsum an 20 von 30 Tagen) längerfristig mit einem relevanten Gesundheitsrisiko verbunden ist.

In Summe fallen Geschlechtsunterschiede im Alkoholkonsumverhalten sowohl laut ESPAD als auch laut HSBC bei Jugendlichen entschieden weniger deutlich aus, als dies bei erwachsenen Personen der Fall ist. Burschen trinken tendenziell genauso oft Alkohol wie Mädchen, aber im Durchschnitt größere Mengen. Ein ähnliches Bild zeigt sich laut ESPAD 2019 in Hinblick auf **Unterschiede zwischen Schultypen**. Schüler/-innen aus polytechnischen Schulen und Berufsschulen trinken tendenziell genauso oft wie Schüler/-innen aus weiterführenden Schulen, aber im Durchschnitt größere Mengen an Alkohol (Hojni et al. 2019).

Im **Zeitverlauf** über vier Erhebungswellen (2003, 2007, 2015 und 2019) zeigen die ESPAD-Daten insgesamt einen Rückgang des Alkoholkonsums unter Jugendlichen: So stieg etwa der Anteil lebenszeitabstinenter Jugendlicher (von 4 % auf 15 %) und sank der Anteil aktueller Konsumenten/Konsumentinnen (von 79 % auf 60 %). Auch der tägliche Durchschnittskonsum sank im selben Zeitraum von 14 Gramm auf 10 Gramm und verdeutlicht darüber hinaus, dass sich Mädchen und

66

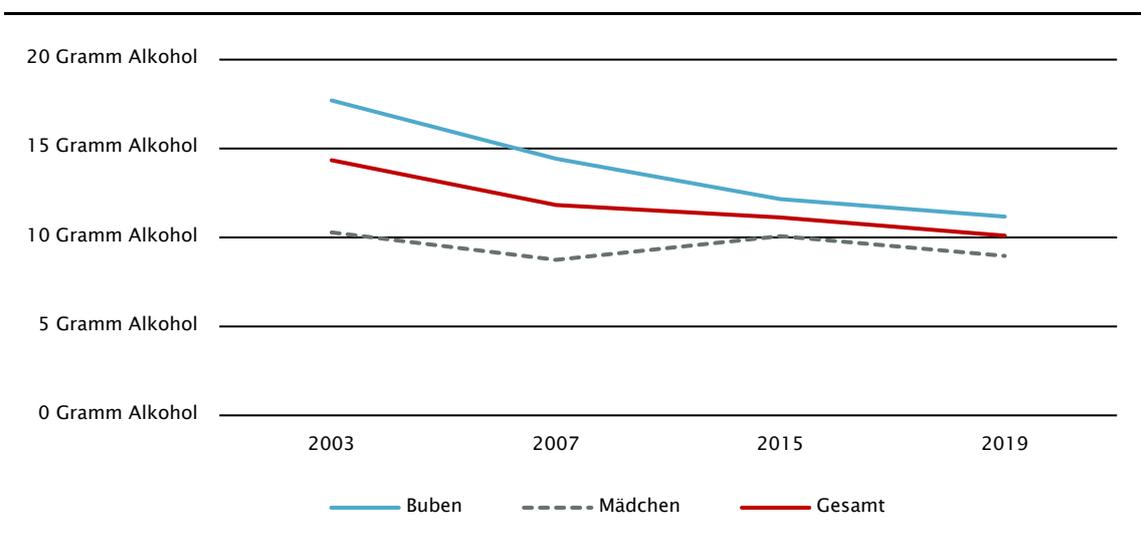
Daten in Bezug auf Alkoholkonsum unter Jugendlichen entstammen im Wesentlichen zwei im Vier-Jahres-Rhythmus durchgeführten Schulerhebungen, die allerdings nicht exakt dieselbe Zielgruppe erfassen. Die Erhebung European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) zielt auf Jugendliche in der 9. und 10. Schulstufe ab, die zwischen 14 und 17 Jahre alt sind (mehrheitlich 15- und 16-Jährige). Inhalt der Erhebung sind ausschließlich der Konsum von und Einstellungen zu psychoaktiven Substanzen. In der Erhebung Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) werden Schüler/-innen der 5., 7., 9. und 11. Schulstufe zu Gesundheitsverhalten im Allgemeinen befragt.

67

Wird nur die gemeinsame Schnittmenge der 15-jährigen Schüler/-innen verglichen, ergeben sich laut ESPAD 58 Prozent und laut HSBC 54 Prozent Letztmonatsprävalenz.

Burschen in ihrem Konsumverhalten einander zunehmend angleichen (Hojni et al. 2019). Ein rückläufiger Trend bei Alkoholkonsumindikatoren wird auch bei Zeitreihen auf Basis der HBSC-Erhebung festgestellt, wobei insbesondere zwischen den Erhebungen 2010 und 2014 ein starker Rückgang stattfand (Felder-Puig et al. 2019). Insgesamt steht die Entwicklung in Österreich im Einklang mit Ergebnissen der internationalen Forschungsliteratur, die in einer Vielzahl (westlicher) Länder einen Rückgang des jugendlichen Alkoholkonsums beschreibt (The ESPAD Group 2016), ohne dafür bislang eine konsistente und überzeugende Erklärung bieten zu können (Pape et al. 2018).

Abbildung 7.4:
Durchschnittskonsum Jugendlicher pro Tag nach Geschlecht (in Gramm Alkohol)



Quelle: ESPAD 2019 (Hojni et al. 2019); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Die Mehrheit der Jugendlichen in Österreich trinkt aktuell (also innerhalb der letzten 30 Tage) Alkohol, bei etwa einem Fünftel hat dies im gleichen Zeitraum auch zumindest einmal zu einer stärkeren Berausung geführt. Zwischen drei und sechs Prozent der Schüler/-innen zwischen 14 und 17 Jahren berichten ein Konsumverhalten, das längerfristig ein Gesundheitsrisiko darstellen würde. Zwischen einzelnen Schultypen zeigen sich Unterschiede in Hinblick auf die Konsumintensität und tendenziell ist im Zeitraum zwischen 2003 und 2019 ein Rückgang des Alkoholkonsums Jugendlicher zu verzeichnen.

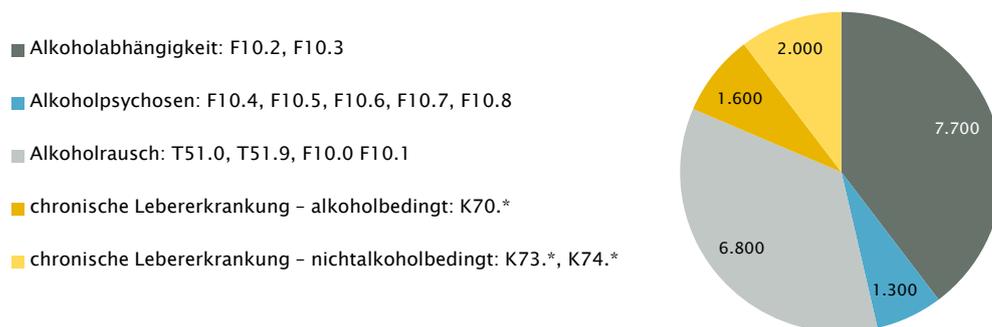
7.4 Morbidität und Mortalität durch exzessiven Alkoholkonsum

Daten bezüglich medizinischer Behandlungen akuter und chronischer Folgen des übermäßigen Alkoholkonsums stehen ausschließlich aus dem **stationären Versorgungsbereich** zur Verfügung.

In Summe erhielten im Jahr 2018 geschätzte 18.000 Personen in österreichischen Krankenanstalten eine alkoholassoziierte Hauptdiagnose. Das entspricht, bezogen auf die österreichische Wohnbevölkerung im Alter von 15 Jahren oder älter, ungefähr einer Rate von 0,2 Prozent oder 200 Personen unter 100.000 Einwohnern/Einwohnerinnen.

Aufgrund des überdurchschnittlichen Schweregrads kommt chronischen Lebererkrankungen und Abhängigkeitsdiagnosen eine besondere Bedeutung zu. Von den 18.000 wegen Alkohol stationär Behandelten wurden ca. 7.700 Personen wegen einer Alkoholabhängigkeitserkrankung behandelt, was einer Rate von weniger als 0,1 Prozent oder 88 Personen unter 100.000 erwachsenen Einwohnern/Einwohnerinnen entspricht. Gerundete 3.300 Personen (etwas weniger als 0,04 % oder 37 von 100.000 erwachsenen Einwohnern/Einwohnerinnen) wurden in erster Linie wegen einer chronischen Lebererkrankung stationär behandelt, wobei explizit alkoholspezifische Lebererkrankungen bei gerundeten 1.600 Patientinnen/Patienten etwas seltener vorkommen als Patientinnen/Patienten mit einer alkoholunspezifischen Lebererkrankung (2.000 Personen)⁶⁸.

Abbildung 7.5:
Verteilung von Patienten/Patientinnen mit alkoholassoziierten Diagnosen auf unterschiedliche Diagnosecluster (Leistungsjahr = 2018)



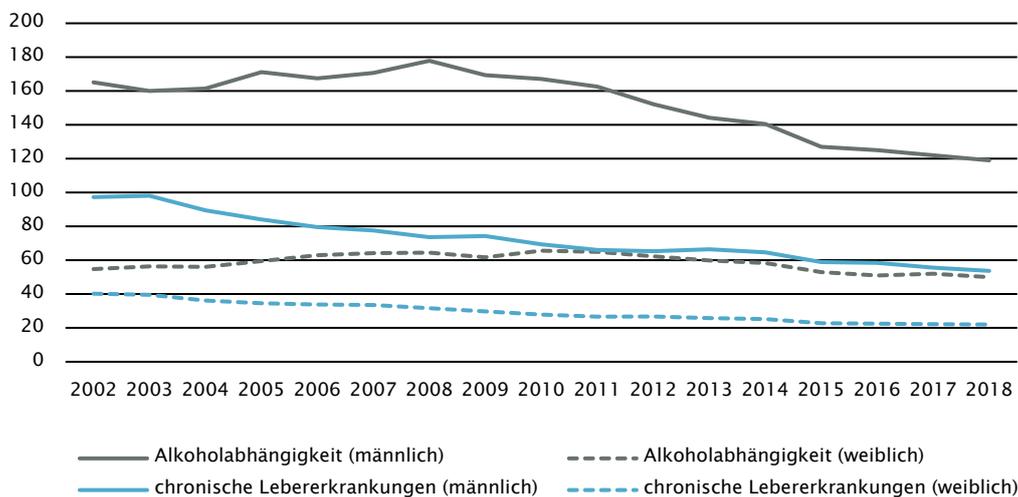
Anmerkung: Analyseeinheit sind Patienten/Patientinnen, Zuteilung zu Diagnoseclustern auf Basis der Hauptdiagnose;
* = Platzhalter für alle Ziffern an der vierten Stelle

Quellen: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (Statistik Austria, 2019),
Diagnosecluster nach Bachmayer et al. (2019); Darstellung: GÖG/ÖBIG

68

Da immer wieder Zweifel an der korrekten Codierung geäußert werden und die Diagnostik regionalen und zeitlichen Einflüssen unterworfen ist, werden speziell für Zeitreihen und internationale Vergleiche Leberzirrhosen gesammelt dargestellt. Da es Patientinnen/Patienten gibt, die in einem Kalenderjahr sowohl eine alkoholspezifische als auch eine alkoholunspezifische Lebererkrankung als Hauptdiagnose erhalten, ist die Anzahl an Patientinnen/Patienten jeglicher Lebererkrankung kleiner als die Summe der beiden Subkategorien.

Abbildung 7.6:
Rate der Patienten/Patientinnen mit Alkoholabhängigkeitsdiagnosen und chronischen Lebererkrankungen pro 100.000 Einwohner/-innen, 2002–2018



Anmerkungen: Alkoholabhängigkeit: F10.2 und F10.3 nach ICD-10; chronische Lebererkrankungen: K70x, K73x und K74x nach ICD-10; standardisierte Rate: Patienten/Patientinnen pro 100.000 Einwohner/-innen inklusive Alters- und Geschlechtsstandardisierung (Standardbevölkerung Europa 2013); Analyseeinheit sind Patienten/Patientinnen, Zuteilung zu Diagnoseclustern auf Basis der Hauptdiagnose; Zeitreihenbruch im Jahr 2015 durch ein verändertes Verfahren zur Schätzung der Patientenzahl.

Quelle: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Diese beiden schwerwiegendsten alkoholassoziierten Erkrankungen haben in den **letzten 15 Jahren** deutlich abgenommen (vgl. Abbildung 7.6): Im Zeitverlauf von 2002 bis 2018 ist sowohl bei den Abhängigkeitsdiagnosen (Rückgang von ca. 28 %) als auch bei den chronischen Lebererkrankungen ein deutlicher Rückgang unter männlichen Patienten zu verzeichnen (Rückgang um ca. 45 %). Die Rate von Patientinnen mit Abhängigkeitsdiagnosen zeigt jedoch nur eine relativ geringe Veränderung (Rückgang um 9 %), wohingegen die Rate der Patientinnen mit Lebererkrankungen wiederum sehr deutlich abgenommen hat (Rückgang um 45 %). Werden auch Patienten/Patientinnen mit anderen alkoholassoziierten Hauptdiagnosen berücksichtigt, zeigt sich ebenso ein Rückgang bei den Betroffenen, der bei Männern deutlicher ausfällt als bei Frauen (minus 26 % bzw. minus 10 %). Rauschdiagnosen⁶⁹ bei Patientinnen sind der einzige Diagnosecluster, für den im Zeitraum von 2002 bis 2018 ein Zuwachs von zehn Prozent zu verzeichnen ist.

Zusammenfassung: Etwa zwei pro 1.000 Personen (0,2 %) im Alter von 15 Jahren oder älter wurden im Jahr 2018 wegen einer alkoholassoziierten Hauptdiagnose stationär behandelt. Diese Rate ist im Zeitverlauf rückläufig.

69

ICD-10: F10.0, F10.1, T51.0, T51.9

Die Trennung zwischen Personen, die **direkt** oder **indirekt** alkoholbedingt **frühzeitig versterben**, ist dadurch erschwert, dass bei Hinweisen auf Alkoholabhängigkeit oder eine alkoholbedingte Folgeerkrankung (z. B. Leberzirrhose) auch bei einer akuten Alkoholvergiftung die Diagnosecodes „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2) oder entsprechende alkoholbedingte Folgeerkrankung (z. B. K70) gestellt werden. Akute Alkoholvergiftungen ohne Hinweis auf Alkoholabhängigkeit oder eine alkoholbedingte Folgeerkrankung sind jedenfalls verhältnismäßig selten (Diagnosecodes F10.1, T51.0, T51.9 nach ICD-10).

Unterschieden werden kann stattdessen zwischen Todesursachen, bei denen die begünstigende Wirkung von Alkohol auf den Krankheitsverlauf explizit genannt wird, und solchen, bei denen lediglich eine begünstigende Wirkung vermutet wird, ohne dass dieser Zusammenhang explizit in Diagnosecodes aufscheint.

Unter den **explizit mit Alkoholkonsum in Verbindung** stehenden Todesursachen nehmen „Alkoholische Lebererkrankungen“ (K70) und „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2, F10.3) mengenmäßig die zentrale Rolle ein. Im Jahr 2018 wurde bei 597 Verstorbenen die Diagnose K70 gestellt und bei 496 Verstorbenen die Diagnose F10.2 bzw. F10.3 (bei knapp unter 86.000 Verstorbenen insgesamt). Ebenso eindeutig auf Alkoholkonsum zurückgeführt werden die – allerdings zahlenmäßig deutlich seltener kodierte – Diagnosen „Alkoholpsychose“ (F10.4, F10.5, F10.7) und „Alkoholmissbrauch“ (F10.0, F10.1).

Schwieriger gestaltet sich der Fall bei Erkrankungen, bei denen **eine begünstigende Rolle des Alkohols** angenommen wird, was aber nicht an der Todesursachenstatistik ablesbar ist, weil keine eindeutigen Indizien für eine Alkoholverursachung vorlagen oder diese nicht kodiert wurden. Dies betrifft in erster Linie Personen, die an einer sonstigen „Fibrose und Zirrhose der Leber“ (K74) verstorben sind (im Jahr 2018 694 Personen), und in einem geringeren Ausmaß Erkrankungen des Verdauungstrakts wie Pankreatitis und sonstige Krankheiten des Pankreas (K85.x, K86.x), Gastritis und Duodenitis (K29.x) oder Ösophagusvarizen (I85; in Summe 163 Verstorbene im Jahr 2018). Auch bei Suiziden (X60–X84) wird, vermittelt über psychiatrische Erkrankungen wie z. B. Depression, eine begünstigende Rolle von Alkohol vermutet (1.225 Verstorbene im Jahr 2018). Verlässliche Zahlen in Hinblick auf den Anteil der Todesfälle, die in diesem Bereich in Verbindung mit einem exzessiven Alkoholkonsum stehen, existieren nicht.

In Summe wurden somit bei knapp 86.000 Todesfällen in Österreich im Jahr 2018 1,4⁷⁰ Prozent aller Todesfälle explizit auf alkoholassoziierte Krankheiten zurückgeführt (vgl. Tabelle 7.1). Da übermäßiger Alkoholkonsum auch andere psychische und physische Erkrankungen⁷¹ begünstigt oder auch zu Suizid beitragen kann, ohne dass dies in einer Todesursachenstatistik erfasst werden kann, stellt diese Zahl auf jeden Fall die Untergrenze für eine Schätzung dar.

70

1,4 % ergeben sich durch die Addition der ersten vier Zeilen aus Tabelle 7.1 dividiert durch die Gesamtzahl der Verstorbenen im Jahr 2018: $(17 + 597 + 495 + 67) / 85.943 = 1,4 \%$.

71

Die in Tabelle 7.1 dargestellten Erkrankungen der Leber und des Verdauungstrakts stellen eine Auswahl dar.

Tabelle 7.1:

Explizit in Zusammenhang mit Alkohol stehende Todesursachen und Todesursachen mit einer begünstigenden Wirkung exzessiven Alkoholkonsums (2018, getrennt nach Geschlecht)

	Gesamt (absolut)	Gesamt (pro 10.000 Verstorbenen)	Männer (absolut)	Männer (pro 10.000 Verstorbenen)	Frauen (absolut)	Frauen (pro 10.000 Verstorbenen)
Toxische Wirkung / Alkoholmissbrauch (F10.1, T51.0, T51.9)	17	2	13	3	4	1
Alkoholische Lebererkrankung (K70.x)	597	69	450	106	147	34
Alkoholabhängigkeit (F10.2, F10.3)	495	58	388	92	107	25
Alkoholpsychose (F10.4, F10.6, F10.7, F10.9)	67	8	52	12	15	3
sonstige Lebererkrankungen (K74x)	694	81	481	113	213	49
Pankreatitis und sonstige Krankheiten des Pankreas (K85.x, K86.x)	129	15	79	19	50	11
Gastritis und Duodenitis (K29.x)	26	3	14	3	12	3
Ösophagusvarizen (I85)	7	1	5	1	2	0
Suizid (X60-84)	1.225	143	962	227	263	60
Verstorbene (alle Todesursachen)	85.943		42.400		43.543	

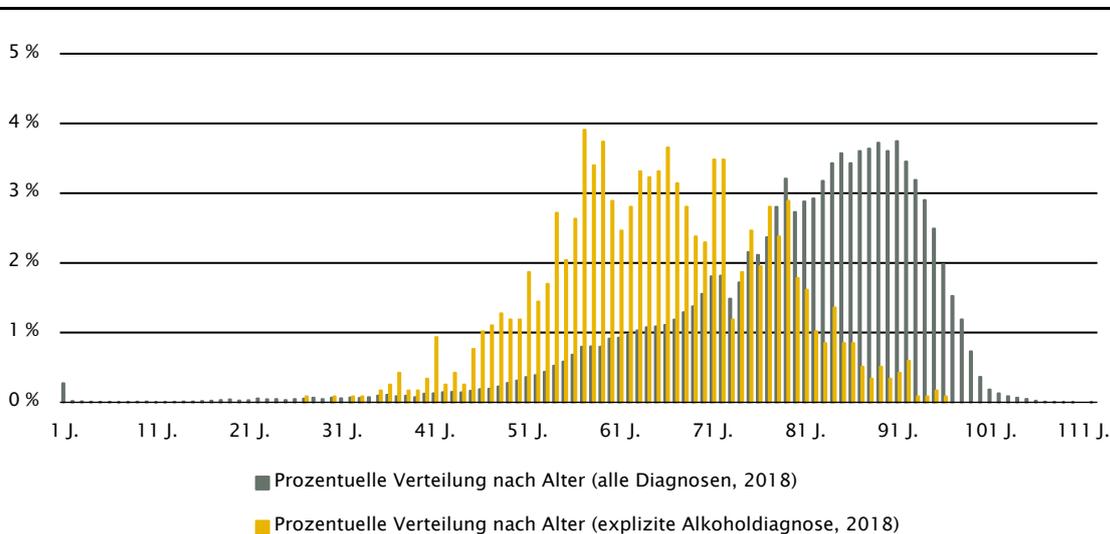
Quellen: Todesursachenstatistik, Statistik Austria, Auswahl der Diagnosecluster nach Bachmayer et al. (2019); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Eindeutig zeigt sich hingegen ein klarer Geschlechtsunterschied: Männer versterben etwa drei- bis viermal so häufig an mit Alkohol in Verbindung stehenden Todesursachen als Frauen (vgl. Tabelle 7.1).

Ein weiteres gesichertes und nicht zu vernachlässigendes Merkmal von Personen, die aufgrund einer mit exzessivem Alkoholkonsum in Verbindung gesetzten Todesursache sterben, liegt darin, dass diese Personen **deutlich früher** sterben als andere (vgl. Abbildung 7.7).

Abbildung 7.7:

Anteil der Verstorbenen nach Alter zum Todeszeitpunkt bei alkoholassoziierten Todesursachen und bei allen Todesursachen, 2018



Quelle: Todesursachenstatistik, Statistik Austria; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im **Zeitverlauf** in Abbildung 7.8 zeigt sich, dass alkoholassoziierte Todesursachen⁷² seit den 1990er-Jahren sowohl bei Männern als auch bei Frauen tendenziell rückläufig sind. Somit tritt diese Entwicklung etwa 20 Jahre später zutage als im Falle des Pro-Kopf-Konsums, der in den 1970er-Jahren seinen Höhepunkt erreicht hat (vgl. Abbildung 7.2). Als eine mögliche Erklärung für diese Verschiebung könnte die Latenzzeit schwerwiegender Alkoholerkrankungen wie Lebererkrankungen oder einer Alkoholabhängigkeit dienen⁷³.

72

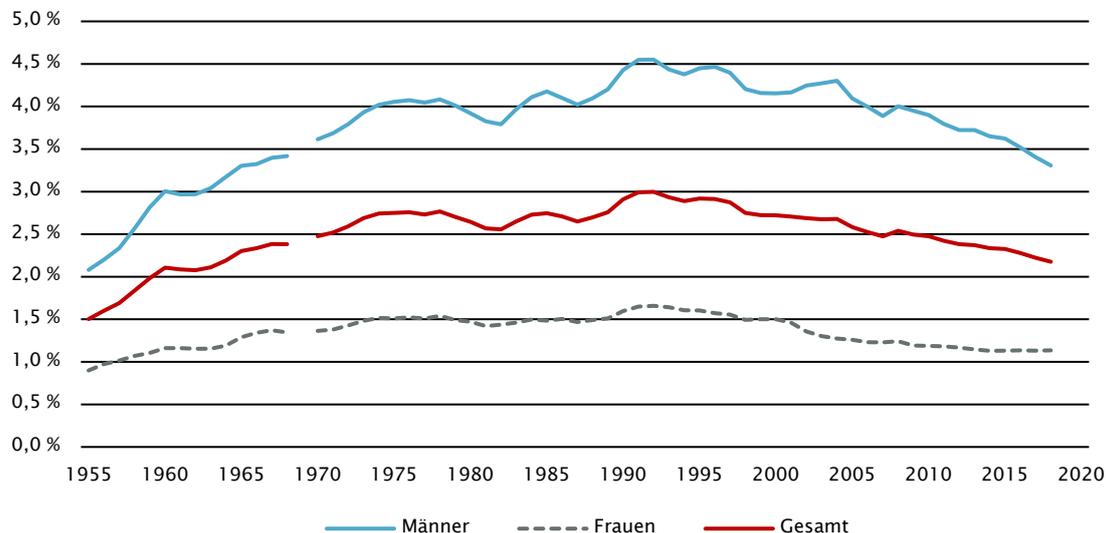
Aus den in Fußnote 68 genannten Gründen werden in der grafischen Darstellung des Zeitverlaufs sowohl alkoholspezifische als auch alkoholunspezifische Lebererkrankungen inkludiert.

73

Diese Hypothese lässt sich mittels Daten auf Populationsebene nicht überprüfen, da auch bei einem Rückgang des durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsums das Risiko für z. B. Leberzirrhosen in einer Population ansteigen kann (wenn etwa die wenigen Extremkonsumenten/-konsumentinnen noch mehr trinken und die vielen moderaten Konsumenten/Konsumentinnen gar nichts mehr trinken). Sollte die den Zusammenhang zwischen Pro-Kopf-Konsum und Alkoholfolgeerkrankungen betreffende Hypothese stimmen, wäre für die nächsten Jahre eine weitere Abnahme von Alkoholfolgeerkrankungen zu erwarten.

Abbildung 7.8:

Alkoholassoziierte Todesfälle in Prozent aller Verstorbenen nach Geschlecht, 1955–2018



Anmerkung: Berücksichtigt wurden die Diagnosecodes für „Alkoholabhängigkeit“: ICD-10: F10.2, F10.3; „Alkoholpsychose“: ICD-10: F10.4, F10.5–F10.7; „Alkoholmissbrauch“: ICD-10: F10.0, F10.1; „Chronische Lebererkrankungen“ = chronische Lebererkrankung: ICD-10: K70.*, K73.*, K74.*; „Alkoholvergiftung“: ICD-10: T51.0, T51.9. Aufgrund der Umstellung von ADS auf ICD-8 liegen für das Jahr 1969 keine elektronisch erfassten Zahlen vor.

Quellen: Todesursachenstatistik, Statistik Austria, Kategorien und Daten übernommen aus Bachmayer et al. (2019); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Positiv zu beurteilen ist die Entwicklung der negativen Folgen durch Alkoholkonsum im Bereich Straßenverkehr. Der Anteil der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses ist seit den 1960er-Jahren deutlich rückläufig (vgl. Abbildung 7.9). Im Jahr 2018 gab es 2.536 Alkoholunfälle, 3.227 Alkoholverletzte und 32 Alkoholtote im Straßenverkehr. Damit lag der Anteil der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses im Straßenverkehr zwischen sieben und acht Prozent der jeweiligen Gesamtzahlen⁷⁴.

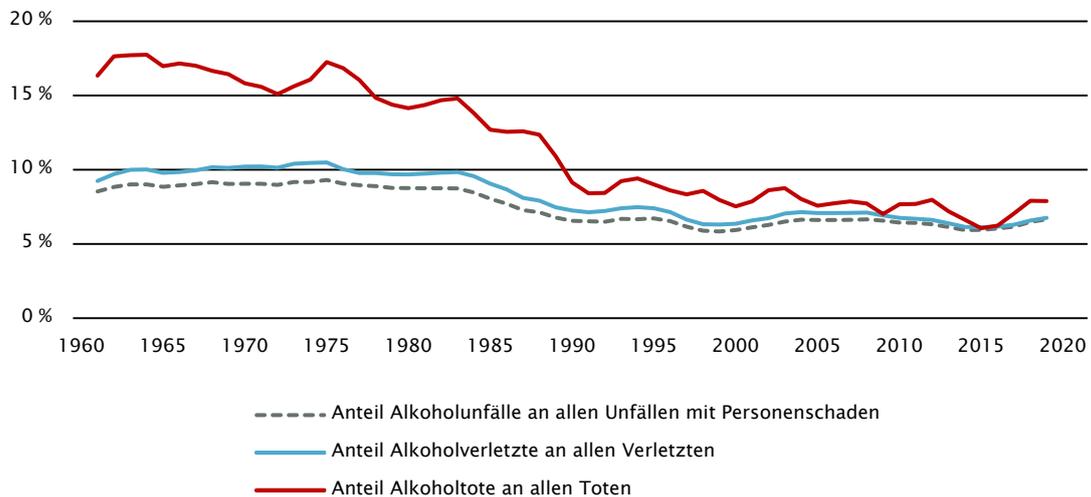
Zusammenfassung: Alkoholassoziierte Todesfälle sind seit den 1990er-Jahren rückläufig. Im Jahr 2018 wurden 1,4 Prozent aller Todesfälle explizit mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht. Die tatsächliche Anzahl der Todesfälle, bei denen exzessiver Alkoholkonsum eine wesentliche Rolle gespielt hat, wird jedoch höher liegen. Männer sterben etwa drei- bis viermal so häufig an alkoholassoziierten Todesursachen wie Frauen. Unabhängig vom Geschlecht erfolgt der Tod von Personen mit alkoholassoziierten Todesursachen deutlich früher als bei anderen Personen. Die Bedeutung von Alkohol bei Straßenverkehrsunfällen ist seit den 1960er-Jahren rückläufig.

74

Anteil „Alkoholunfälle“ an allen Unfällen mit Personenschaden = 7,1 %, Anteil „Alkoholverletzte“ an allen Verletzten = 7,1 %, Anteil „Alkoholtote“ an allen Toten = 7,7 %

Abbildung 7.9:

Veränderung des Anteils der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses an allen Unfällen, Verletzten und Toten im Straßenverkehr, 1961–2019



Anmerkungen: Die Grafik stellt ausschließlich die Relation von Unfällen, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses im Vergleich zur Gesamtzahl aller Unfälle, Verletzten und Toten im Straßenverkehr dar. Zusätzlich zu diesem Effekt gab es in diesem Zeitraum insgesamt – d. h. sowohl mit als auch ohne Einfluss von Alkohol – eine deutliche Zunahme der Verkehrssicherheit in Österreich (gemessen an der Zahl der Unfälle, Verletzten und Toten in Relation zum Kfz-Bestand). Seit 2012 erfolgen die Datenerhebung und -übermittlung nicht mehr mit Unfallzählblättern, sondern elektronisch via „Unfalldatenmanagement“ (UDM); ein direkter Vergleich mit Vorjahresergebnissen ist daher nicht zulässig; Gleitmittelwerte über drei Jahre.

Als „Verkehrstote“ galten bis 1965 und ab 1992 jene Personen, die innerhalb einer 30-Tage-Frist an den Folgen eines Verkehrsunfalls starben. Im Zeitraum zwischen 1966 und 1991 galt dafür eine Drei-Tage-Frist. Um die Vergleichbarkeit über den gesamten Zeitraum zu gewährleisten, kamen das Bundesministerium für Inneres, die Statistik Austria und das Kuratorium für Verkehrssicherheit überein, die Werte zwischen 1966 und 1991 durch eine Multiplikation mit 1,12 approximativ auf die 30-Tage-Basis hochzurechnen. Die Grafik basiert auf entsprechend hochgerechneten Zahlen für diesen Zeitraum.

Quellen: Statistik der Verkehrsunfälle, Statistik Austria; Datenbasis übernommen aus Bachmayer et al. (2019) Darstellung GÖG/ÖBIG

Bibliografie

- Austria Tabak (2004): Zigarettenabsatz über Austria Tabak bzw. Tobaccoland 1980–2003. Schriftliche Mitteilung. Wien. Zitiert in: Seyer, Seifried; Gschwandtner, Franz; Paulik, Richard; Schmidbauer, Rainer (2005): Vom Gebrauch der Drogen – Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich. ISP Gesellschafts- und Sozialpolitische Texte. Band 15, Linz
- Bachmayer, Sonja; Hojni, Markus; Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2019): Handbuch Alkohol – Österreich: Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen. 8. Aufl. Gesundheit Österreich, Wien
- BMF (2019): Sonderauswertung: versteuerte Zigaretten. Schriftliche Mitteilung von Anton Panholzer am 12.04.2019
- BMF (2020): Sonderauswertung: versteuerte Zigaretten. Schriftliche Mitteilung von Anton Panholzer am 20.04.2020
- BMGF (2017): Gleichstellung in Zahlen. Gender Index 2017. Eine Zusammenstellung wichtiger geschlechterspezifischer Daten und Statistiken. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer–Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Türscherl, Elisabeth (2015): Epidemiologiebericht Drogen 2015. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Busch, Martin; Eggerth, Alexander (2010): Nasaler Heroinkonsum in Österreich. In: Sucht 56/6:414–422
- Busch, Martin; Grabenhofer–Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Wirl, Charlotte (2013): Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Busch, Martin; Grabenhofer–Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Klein, Charlotte; Kerschbaum, Hans; Türscherl, Elisabeth (2014): Epidemiologiebericht Drogen 2014, Gesundheit Österreich, Wien
- Busch, Martin; Haas, Sabine; Horvath, Ilonka; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Türscherl, Elisabeth (2007): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI). Klientenjahrgang 2006. Gesundheit Österreich, Wien
- Busch, Martin; Haas, Sabine; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Türscherl, Elisabeth (2008): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI). Klientenjahrgang 2007. Gesundheit Österreich, Wien

- Currie, Candace; Zanotti, Cara; Morgan, Antony; Currie, Dorothy; de Looze, Margaretha; Roberts, Chris; Samdal, Oddrun; Smith, Otto R.F; Barnekow, Vivian (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. (Health Policy for Children and Adolescents, No 6). Hg. v. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013): Tabak-Abhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. Bd. 2.
- Dür, Wolfgang; Griebler, Robert (2007): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien
- Dür, Wolfgang; Mravlag, Katharina (2002): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 6. WHO-HBSC-Surveys 2001 und Trends seit 1990. LBIMGS, Wien
- EMCDDA (2013): PDU (Problem drug use) revision summary
- European Commission (2010): Special Eurobarometer 332. Tobacco. Report. Fieldwork Oct. 2009. European Commission, Brüssel
- European Commission (2012): Special Eurobarometer 385. Attitudes of Europeans towards Tobacco. Report. Fieldwork Feb. – Mar. 2012. European Commission, Brüssel
- European Commission (2015): Special Eurobarometer 429. Attitudes of Europeans towards Tobacco. Report. Fieldwork Nov. – Dec. 2014. European Commission, Brüssel
- European Commission (2017): Special Eurobarometer 458. Report. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Fieldwork Mar. 2017. European Commission, Brüssel
- Felder-Puig, Rosemarie; Teutsch, Friedrich; Ramelow, Daniela; Maier, Gunter (2019): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018 Wien
- Global Burden of Disease Viz Hub [Online]. Institute for Health Metrics and Evaluation. University of Washington. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> [Zugriff am 3.4.2019]
- GÖG/ÖBIG (2006): Bericht zur Drogensituation 2006. Hg. v. Gesundheit Österreich, Wien
- GÖG/ÖBIG (2010): Drogen-Monitoring Auswertungsergebnisse 2004-2009. Hg. v. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- Hojni, Markus; Delcour, Jennifer; Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2019): ESPAD Österreich. Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien

- Horvath, Ilonka; Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Schmutterer, Irene; Tanios, Aida; Weigl, Marion (2019): Bericht zur Drogensituation 2019. Gesundheit Österreich, Wien
- IFES (2011): BADO-Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2010. Institut für empirische Sozialforschung, Wien
- Inchley, J.; Currie, D.; Budisavlijevic, S.; Torsheim, T.; Jasad, A.; Cosma, A. et al. (editors) (2020): Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- JTI (2008): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie der Wirtschaftskammer Österreich. Schriftliche Mitteilung von Susanne Schreiner, Wien
- JTI (2013): Studiendesign zur Zigarettenpackungsstudie der Firma CPM und Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie vom Herbst 2012. Schriftliche Mitteilung von Iris Perz, Wien
- JTI (2016): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für die Jahre 2013–2015. Schriftliche Mitteilung von Iris Perz, Wien
- JTI (2017): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für das Jahr 2016. Schriftliche Mitteilung von Iris Perz am 06.06.2017, Wien
- JTI (2018): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für das Jahr 2017. Schriftliche Mitteilung von Silvia Polan am 04.06.2018, Wien
- JTI (2019): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für die Jahre 2017 und 2018. Schriftliche Mitteilung von Silvia Polan am 05.04.2019
- JTI (2020): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für das Jahr 2019. Schriftliche Mitteilung von Silvia Polan am 21.04.2020
- Klimont, Jeannette; Baldaszi, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Statistik Austria, Wien
- Newcomb, P. A.; Carbonne, P. P. (1992): The health consequences of smoking: Cancer. In: Medical Clinics of North America 76/2:305–331
- ÖBIG (2003): Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich. Projektbericht 2001–2003. Hg. v. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- Pape, Hilde; Rossow, Ingeborg; Brunborg, Geir Scott (2018): Adolescents drink less: How, who and why? A review of the recent research literature. In: Drug and alcohol review 37/1:98–114

- Ramelow, Daniela; Griebler, Robert; Hofmann, Felix; Unterweger, Katrin; Mager, Ursula; Felder-Puig, Rosemarie; Dür, Wolfgang (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Ramelow, Daniela; Teutsch, Friedrich; Hofmann, Felix; Felder-Puig, Rosemarie (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Rehm, Jürgen; Room, Robin; Monteiro, Maristela; Gmel, Gerhard; Graham, Kathryn; Rehn, Nina; Sempos, Christopher T.; Frick, Ulrich; Jernigan, David (2004): Alcohol Use. In: Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of disease due to Selected Major Risk Factors. Hg. v. Ezzati, M et al. WHO, Geneva. S. 959-1108
- RKI (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin
- Schmutterer, Irene (2019a): Rauchverhalten bei Jugendlichen – aktuelle Ergebnisse der Befragungsreihen HBSC 2018 und ESPAD 2019. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- Schmutterer, Irene (2019b): Unterschiede im Rauchverhalten zwischen Männern und Frauen. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- Schmutterer, Irene; Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Bachmayer, Sonja; Puhm, Alexandra; Kobrna, Ulrike; Grimm, Gerhard; Springer, Alfred (2008): ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 2: Validierungsstudie. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG), Wien
- Singer, Manfred V.; Batra, Anil; Mann, Karl (2011): Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme Verlag, Stuttgart
- Strizek, Julian; Anzenberger, Judith; Kadlik, Andrea; Schmutterer, Irene; Uhl, Alfred (2016): ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Hojni, Markus (2019): ESPAD 2019. Tabellenanhang. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016a): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015. Band 3: Kreuztabellen. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016b): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016c): ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 3: Kreuztabellen. Gesundheit Österreich, Wien

- Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Schmutterer, Irene; Grimm, Gerhard; Bohrn, Karl; Fenk, Regina; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2008a): ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 4: Kreuztabellen. Hg. v. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG). Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Schmutterer, Irene; Grimm, Gerhard; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2008b): ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Hg. v. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG). Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Springer, Alfred (2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Teutsch, Friedrich; Maier, Gunter; Ramelow, Daniela; Felder-Puig, Rosemarie (2018): Dokumentation zur 10. Österreichischen HBSC Erhebung im Schuljahr 2017/18. IfGP, Wien
- The ESPAD Group (2016): ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
- TÜV Austria CERT (2012): Bericht zur Zigarettenpackungsstudie der Firma CPM für die Wirtschaftskammer Österreich, Wien
- Uhl, Alfred; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Grimm, Gerhard; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred; Lantschik, Elke (2005a): ESPAD AUSTRIA 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Grimm, Gerhard; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred; Lantschik, Elke (2005b): ESPAD AUSTRIA 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Seidler, Dan (2001): Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. Hg. v. Ludwig Boltzmann Institute for Addiction Research, Wien
- Uhl, Alfred; Springer, A.; Kobrna, U.; Gnambs, T.; Pfarrhofer, D. (2005c): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Springer, A.; Kobrna, U.; Gnambs, T.; Pfarrhofer, D. (2005d): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Hojni, Markus (2020): Handbuch Alkohol Österreich. Band 3: Ausgewählte Themen. Gesundheit Österreich, Wien

Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Puhm, Alexandra; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Urbas, Elfriede; Klimont, Jeannette (2002): Rauchgewohnheiten. Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997. Statistik Austria, Wien

WHO (2015): WHO Report on the global tobacco epidemic, 2015. Raising taxes on tobacco. WHO, Genf