

Epidemiologiebericht Sucht 2018

Illegale Drogen, Alkohol und Tabak

Wissenschaftlicher Bericht

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

Epidemiologiebericht Sucht 2018

Illegale Drogen, Alkohol und Tabak

Wissenschaftlicher Bericht

Autorinnen/Autoren:

Judith Anzenberger
Martin Busch
Alexander Grabenhofer-Eggerth
Hans Kerschbaum
Charlotte Klein
Irene Schmutterer
Julian Strizek
Aida Tanios

Unter Mitarbeit von:

Kinga Bartecka-Mino
Andrea Bodenwinkler
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 Oktober 2018

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

Zitiervorschlag: Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kerschbaum, Johann; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Strizek, Julian; Tanios, Aida (2018): Epidemiologiebericht Sucht 2018. 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 und Fragestellung

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.

Methoden

Zentrales Element bei der Beschreibung der epidemiologischen Situation ist die gleichzeitige Beleuchtung aus möglichst vielen Blickwinkeln bzw. Datenquellen. Ähnlich wie beim Zusammensetzen eines Puzzles entsteht dadurch ein interpretatorischer Mehrwert.

Ergebnisse

Opioidkonsum – meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster – macht aktuell das Gros des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich aus. Aktuell wird die Prävalenz auf 35.000 bis 38.000 Betroffene geschätzt. Fast alle verfügbaren Daten lassen auf einen Rückgang bzw. eine Stagnation des risikoreichen Opioidkonsums bei den unter 25-Jährigen schließen (weniger Einsteigerinnen und Einsteiger). Aufgrund des chronischen Charakters der Opioidabhängigkeit und der guten therapeutischen Versorgung (Behandlungsrate 50 Prozent) zeigt sich eine Alterung der Kohorte der Personen mit Opioidabhängigkeit. Die Mortalität von Personen, die eine Opioidsubstitutionsbehandlung beginnen, beträgt in Österreich das 4,5-Fache der Mortalität der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung und liegt damit deutlich niedriger als jene in aktuellen Studien aus anderen Ländern der EU. Bezüglich des Tabakkonsums gibt es zwar Hinweise auf einen Rückgang insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, dennoch liegt Österreich hier über dem europäischen Durchschnitt. Alkoholkonsum ist weiter verbreitet und findet sozial integrierter statt als der Konsum anderer Substanzen. Seit den 1970er-Jahren ist die durchschnittliche Konsummenge deutlich rückläufig.

Schlussfolgerungen und Diskussion

Insgesamt kann hinsichtlich der Entwicklung der Suchtsituation bezüglich illegaler Drogen, Tabak und Alkohol ein positives Bild gezeichnet werden, das aber auch (neue) Herausforderungen birgt (z. B. Umgang mit Senioren in Opioidsubstitutionsbehandlung, weitere Senkung der Zahl der Jugendlichen, die zu rauchen beginnen).

Schlüsselwörter

Sucht, illegale Drogen, Alkohol, Tabak, Epidemiologie, Opiode, Mortalität, Opioidsubstitutionsbehandlung

Summary

Background and research question

The aim of this report is to communicate the epidemiology of high-risk drug as well as the consumption of alcohol and tobacco in Austria as clearly and comprehensibly as possible.

Methods

A central element in the description of the epidemiological situation is the simultaneous observation from as many perspectives or data sources as possible. Similar to the assembly of a jigsaw puzzle, this results in an increased interpretive value.

Findings

Opioid use – mostly in the context of polydrug patterns of use – currently accounts for the major part of high-risk drug use in Austria. According to recent estimates a nationwide prevalence of 35 000 to 38 000 high-risk opioid users seems plausible for Austria. Almost all available data suggest a decline or stagnation in risky opioid use among users aged under 25 (fewer new entrants). Due to the chronic nature of opioid dependence and good therapeutic care (treatment rate of 50 percent), the cohort of people with opioid dependence is ageing. The mortality rate of persons starting opioid substitution treatment in Austria is 4.5 times that of the general population of the same age, which is significantly lower than in current studies in other EU countries. Although there are indications of a decline in tobacco consumption, especially among adolescents and young adults, Austria is still above the European average. Alcohol consumption is more widespread and socially more integrated than the consumption of other substances. Since the 1970s, average consumption has declined significantly.

Conclusion and discussion

Overall, a positive picture can be drawn with regard to the development of addictions to illegal drugs, tobacco and alcohol. However, this poses (new) challenges (e.g. dealing with elderly people in opioid substitution treatment, further reducing the number of young people starting to smoke).

Keywords

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

Inhalt

Kurzfassung.....	III
Summary.....	IV
Abbildungen.....	VII
Tabellen.....	XI
Schlussfolgerungen und Diskussion.....	XV
Hintergrund und Fragestellungen.....	XVIII
Methoden.....	XIX
1 Risikoreicher Drogenkonsum.....	1
1.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster-Situation 2017.....	1
1.2 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich 2017.....	5
1.3 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf.....	7
1.4 Alter und Geschlecht der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum.....	14
2 Drogenbezogene Behandlungen.....	18
2.1 Anzahl der behandelten Personen.....	18
2.2 Drogenkonsummuster der behandelten Personen.....	19
2.3 Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik.....	20
2.4 Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen.....	22
2.5 Versorgungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlungen.....	27
3 Kennzahlen der Drogensituation.....	29
4 Schwerpunktkapitel Mortalitätskohortenanalyse Substitutionsbehandlung.....	31
4.1 Hintergrund und Fragestellungen.....	31
4.2 Methode.....	32
4.3 Datenqualität und Datenbereinigung.....	33
4.4 Soziodemografische Beschreibung der Kohorte.....	33
4.5 Beschreibung der Kohorte nach Behandlungsparametern.....	36
4.6 Verlauf der Mortalität.....	38
4.7 Vergleich der Mortalität in der beobachteten Kohorte mit jener in der österreichischen Allgemeinbevölkerung.....	39
4.8 Vergleich der Mortalität in der beobachteten Kohorte mit anderen Kohortenstudien.....	40
4.9 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.....	42
4.10 Limitationen und Ausblick.....	43
5 Detailergebnisse DOKLI.....	45
5.1 Soziodemografie.....	45
5.2 Betreuungssituation.....	48
5.3 Drogenkonsum und Drogenproblematik.....	52
5.4 Situation zu Betreuungsende.....	59
6 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle.....	62

6.1	Definition und Datengrundlage	62
6.2	Übersicht: Situation im Jahr 2017	63
6.3	Trends: Gesamt, regional und nach Altersgruppen	64
6.4	Fokus: Altersstruktur	68
6.5	Nachgewiesene Substanzen.....	71
	6.5.1 Detailergebnisse 2017	71
	6.5.2 Nachgewiesene Substanzen im Zeitverlauf.....	73
6.6	Substitutionsbehandlung	74
6.7	Auffindungsort	75
7	Tabak und verwandte Erzeugnisse	76
	7.1 Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen	77
	7.2 Tabakkonsum in der Bevölkerung ab 15 Jahren	79
	7.3 Konsum von Wasserpfeifen/Shishas, E-Zigaretten und rauchfreien Tabakerzeugnissen.....	83
	7.4 Passivrauchen	85
	7.5 Morbidität und Mortalität infolge Tabakkonsums.....	86
	7.6 Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören.....	87
8	Alkoholkonsum	89
	8.1 Charakteristik und Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich.....	89
	8.2 Problematischer Alkoholkonsum in der erwachsenen Bevölkerung	91
	8.3 Alkoholkonsum bei Jugendlichen	92
	8.4 Morbidität und Mortalität durch exzessiven Alkoholkonsum	94
	Bibliografie.....	102

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach beteiligten Substanzen in Österreich 2017.....	2
Abbildung 1.2:	Bei Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition im Jahr 2017 (n = 4.558) nach Bundesland und in Österreich*	3
Abbildung 1.3:	Personen, die im Jahr 2016 mit einer ambulanten oder stationären drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU.....	4
Abbildung 1.4:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland 2017.....	5
Abbildung 1.5:	Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Bundesländern (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige)	6
Abbildung 1.6:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien – Zeitverlauf.....	8
Abbildung 1.7:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf	9
Abbildung 1.8:	Anteil der Personen unter 25 Jahren bei Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen, behandlungsrelevantem Opioidkonsum (§ 12 SMG) und bei drogenbezogenen Todesfällen – Zeitreihe	10
Abbildung 1.9:	Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen im Zeitverlauf	11
Abbildung 1.10:	Leitdrogen im Zeitverlauf in DOKLI (ambulanter Bereich).....	12
Abbildung 1.11:	Altersverteilung bei Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei drogenbezogenen Todesfällen, bei Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG und beim ICD-10-Spitalsentlassungscode Opiode.....	14
Abbildung 1.12:	Altersverteilung von Personen, die im Jahr 2016 mit einer ambulanten oder stationären drogenbezogenen Betreuung begannen, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU.....	15
Abbildung 1.13:	Geschlechtsverteilung bei Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei drogenbezogenen Todesfällen und Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG sowie bei ICD-10-Spitalsentlassungscode Opiode.....	16

Abbildung 1.14:	Geschlechtsverteilung von Personen, die 2016 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begannen, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU.....	16
Abbildung 1.15:	Frauenanteil in den Altersgruppen in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei drogenbezogenen Todesfällen, bei Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG sowie bei ICD-10-Spitalsentlassungscode Opiode.....	17
Abbildung 2.1:	Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung), 2017	20
Abbildung 2.2:	Opioidabhängige Personen (in Substitutionsbehandlung) – Zeitreihe	21
Abbildung 2.3:	Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt in den Jahren 2014 bis 2017.....	23
Abbildung 2.4:	Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten, 2017	25
Abbildung 2.5:	Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Prozentsatz der von Fachärzten/-ärztinnen versus Allgemeinmediziner/-medizinerinnen betreuten Klientel am 31. 12. 2017 nach Bundesländern	26
Abbildung 2.6:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland, 2017	27
Abbildung 2.7:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel, 2011 bis 2017.....	27
Abbildung 2.8:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter, 2017.....	28
Abbildung 4.1:	Alter der 24.892 Personen beim ersten Beginn einer Substitutionsbehandlung ab dem 1. 1. 2002 (Aufnahme in die Kohortenstudie) in Prozent	34
Abbildung 4.2:	Alter beim ersten Beginn einer Substitutionsbehandlung ab dem 1. 1. 2002 (Aufnahme in die Kohortenstudie) nach Geschlecht in Prozent	35
Abbildung 4.3:	Alter zum Zeitpunkt des Todes der 1.526 verstorbenen Personen in Prozent	35
Abbildung 4.4:	Letztes Bundesland der 24.892 in der Kohorte erfassten Personen in Prozent	36
Abbildung 4.5:	Personen nach Erstbehandlung und Jahren, die sich am 31. 12. 2016 noch oder wieder in Substitutionsbehandlung befanden bzw. bis 31. 12. 2016 verstorben sind, in Prozent.....	37
Abbildung 4.6:	Letztes Substitutionsmittel der 24.892 in der Kohorte erfassten Personen in Prozent	38

Abbildung 4.7:	Verlauf der Mortalität (Überlebensfunktion nach Kaplan-Meier; n = 24.892)	39
Abbildung 5.1:	Anzahl der Personen, die 2017 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Alter und Art der Betreuung	45
Abbildung 5.2:	Anteil unter 25-Jähriger bei Männern und Frauen, die mit einer längerfristigen ambulanten drogenspezifischen Betreuung begannen, 2008 bis 2017	46
Abbildung 5.3:	Personen, die 2017 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Wohnsituation und Art der Betreuung.....	47
Abbildung 5.4:	Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die im Jahr 2017 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begannen und zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach Alter.....	50
Abbildung 5.5:	Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2017 mit einer Betreuung begannen, nach Betreuungsart.....	51
Abbildung 5.6:	Auflage/Weisung bei Personen, die 2017 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik und Art der Betreuung	52
Abbildung 5.7:	Personen, die 2017 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen und jemals intravenös Drogen konsumierten, nach Geschlecht, Alter und Art der Betreuung	53
Abbildung 5.8:	Anteil der Personen, die jemals intravenös Drogen konsumierten, an den Klientinnen und Klienten, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begannen, nach Jahren.....	53
Abbildung 5.9:	Jemals „Needle-Sharing“ bei Personen, die Drogen bereits mindestens einmal intravenös konsumierten, nach Geschlecht und Alter (ambulante Betreuungen 2017)	54
Abbildung 5.10:	Personen, die im Jahr 2017 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung	55
Abbildung 5.11:	Personen, die 2017 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdrogendefinition (EBDD) und Art der Betreuung	56
Abbildung 5.12:	Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdroge Opioiden und Cannabis, Zeitreihe.....	57
Abbildung 5.13:	Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2017 in Österreich mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begannen, nach Substanzen und Geschlecht.....	57
Abbildung 5.14:	Dauer der Betreuung von Personen, die im Jahr 2017 ihre Betreuung beendeten, nach Setting.....	60

Abbildung 5.15:	Betreuungsausgang bei Personen, die im Jahr 2017 eine Betreuung beendeten, nach Betreuungsart	60
Abbildung 6.1:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2003–2017 (absolut)	65
Abbildung 6.2:	95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 Österreicher/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2017, geglätteter Drei-Jahres-Wert	66
Abbildung 6.3:	Drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Österreicher/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2017, geglätteter Drei-Jahres-Wert nach Region	67
Abbildung 6.4:	Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen, geglätteter Drei-Jahres-Wert nach Geschlecht in den Jahren 1993–2017	68
Abbildung 6.5:	Mittleres Alter bei den drogenbezogenen Todesfällen, geglätteter Drei-Jahres-Wert in den Jahren 1993–2017.....	69
Abbildung 6.6:	Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen, geglätteter Drei-Jahres-Wert für Wien, Österreich ohne Wien, Österreich, 1993–2017	70
Abbildung 6.7:	Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2017	74
Abbildung 6.8:	Anteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle, bei denen die/der Betroffene in Substitutionsbehandlung war, an allen direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2011–2017, geglätteter Drei-Jahres-Wert in Prozent	75
Abbildung 7.1:	Anteil der täglich rauchenden 15-Jährigen, 2002–2015	78
Abbildung 7.2:	Anteil der täglich rauchenden 15-Jährigen im Europäischen Vergleich 2014, HBSC.....	78
Abbildung 7.3:	Anteil der täglich Rauchenden an der Bevölkerung 15+, 1972–2015	80
Abbildung 7.4:	Rauchstatus der Bevölkerung 15+ im Bundesländervergleich 2014	80
Abbildung 7.5:	Tägliche Raucher/-innen 15+ im EU-28-Vergleich 2014	81
Abbildung 7.6:	Durchschnittlicher täglicher Konsum von Zigaretten in der Bevölkerung 15+, 1980–2017.....	82
Abbildung 7.7:	Entwicklung der Todesfälle pro 100.000 Einwohnern/Einwohnerinnen infolge von Bronchialkarzinomen (C34, ICD 10), 1980–2016.....	86
Abbildung 7.8:	Täglich Rauchende, die im letzten Jahr erfolglos versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören, nach Alter und Geschlecht, 2014	88
Abbildung 8.1:	Konsumprävalenz Alkohol nach Altersgruppen	89
Abbildung 8.2:	Verlauf des durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsums in Gramm Alkohol (1955–2016).....	91

Abbildung 8.3:	Problematischer Konsum (mehr als 40 bzw. 60 Gramm Alkohol pro Tag) nach Geschlecht und Alter.....	92
Abbildung 8.4:	Durchschnittskonsum pro Tag nach Geschlecht (in Gramm Alkohol)	94
Abbildung 8.5:	Verteilung von Patienten/Patientinnen mit alkoholassoziierten Diagnosen auf unterschiedliche Diagnosecluster (2016)	95
Abbildung 8.6:	Rate der Patienten/Patientinnen mit Alkoholabhängigkeitsdiagnosen und chronischen Lebererkrankungen pro 100.000 Einwohner/-innen.....	96
Abbildung 8.7:	Anteil der Verstorbenen nach Alter zum Todeszeitpunkt bei alkoholassoziierten Todesursachen und bei allen Todesursachen (2016).....	99
Abbildung 8.8:	Alkoholassoziierte Todesfälle in Prozent aller Verstorbenen nach Geschlecht im Zeitverlauf (1955 bis 2015).....	100
Abbildung 8.9:	Veränderung des Anteils der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses an allen Unfällen, Verletzten und Toten im Straßenverkehr (1961 bis 2016).....	101

Tabellen

Tabelle 2.1:	Schätzung der insgesamt wegen des Konsums illegaler Drogen behandelten Personen nach Setting im Jahr 2017	19
Tabelle 2.2:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung, nach Bundesland, Stichtag 31. 12. 2017.....	23
Tabelle 2.3:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl versorgungswirksamer Ärztinnen und nach Bundesland, Stichtag 30. 6. 2011 und 31. 12. 2017.....	24
Tabelle 3.1:	Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2017 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren), in Absolutzahlen	29
Tabelle 3.2:	Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2017 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren) pro 100.000 15- bis 64-Jährige.....	30
Tabelle 4.1:	Rohe Sterblichkeitsrate in der Kohorte und Sterblichkeit in der Bevölkerung gleicher Altersstruktur wie die Kohorte pro 1.000 Personenjahre und Standardmortalitätsverhältnis.....	40
Tabelle 4.2:	Vergleich der österreichischen Kohorte mit anderen verfügbaren rezenten Kohorten in der EU.....	42

Tabelle 5.1:	Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulanzien“ und „andere Drogen“ aller 9.581 ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen, 2017	58
Tabelle 8.1:	Explizit in Zusammenhang mit Alkohol stehende Todesursachen und Todesursachen mit einer begünstigenden Wirkung exzessiven Alkoholkonsums (2016, getrennt nach Geschlecht).....	98

Abkürzungen

Alpha-PVP	Alfa-Pyrrolinopentiphenon
ATHIS	Austrian Health Information Survey (Österreichische Gesundheitsbefragung)
B	Burgenland
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMVRDJ	Bundesminister für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz
bPK	bereichsspezifischen Personenkenzahl
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	Europäischen 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 Classification of Diseases and Related Health Problems
IFES	Institut für empirische Sozialforschung
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
MDPBP	3,4-Methylenedioxy-2-pyrrolidinobutyrophenon
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 Organisation
z. B.	Zum Beispiel
6-MAM	6-Monoacetylmorphin
3MMC	3-Methylmethcathinon

Schlussfolgerungen und Diskussion

Illegale Drogen

Opioidkonsum – meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster – macht aktuell das Gros des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich aus. Etwa 84 Prozent aller Personen in drogenspezifischer Betreuung werden wegen Opioidkonsums behandelt. Drei Viertel der betroffenen Personen sind Männer, und neun Prozent sind unter 25 Jahre alt (39 %: 25 bis 34 Jahre). Etwa die Hälfte davon lebt in Wien (Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger als in ländlichen Gebieten auf).

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 bedeutet einen Rückgang hinsichtlich der Opioidproblematik. Derzeit gibt es in den verfügbaren Daten keine eindeutigen Hinweise auf eine nachhaltige Verlagerung auf andere Substanzen (z. B. Cannabis, Stimulanzien). Gemäß Prävalenzschätzung ist der Anteil der Personen unter 25 Jahren von 40 Prozent im Jahr 2004 auf neun Prozent im Jahr 2017 gesunken. Die Altersstruktur hat sich somit stark verändert, und es zeigt sich (analog der Gesamtentwicklung in Europa) deutlich eine „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.

Aktuelle Schätzungen für die Jahre 2016 bzw. 2017 machen eine Prävalenzrate von 35.000 bis 38.000 Personen mit risikoreichem Opiatkonsum – in den meisten Fällen im Rahmen des polytoxikomanen Konsums (Mischkonsum) – für Gesamtösterreich plausibel. Der in den letzten Jahren zu beobachtende Anstieg der Prävalenz des risikoreichen Opioidkonsums ist in erster Linie auf den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben abhängiger Personen zurückzuführen. Ein Hinweis auf eine Verschärfung der Situation hinsichtlich Opioidproblematik wäre ein Anstieg in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen. Bei diesen sind die Zahlen, wie oben beschrieben, in den letzten Jahren jedoch rückläufig bzw. stabil geblieben.

Mehr als die Hälfte der geschätzt 35.000 bis 38.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum befindet sich in Behandlung. Der Prozentsatz der Personen mit Opioidproblemen in Substitutionsbehandlung ist regional unterschiedlich und liegt für Gesamtösterreich zwischen 49 und 53 Prozent. Es ist gelungen, über die Jahre die In-Treatment-Rate von Personen mit Opioidabhängigkeit massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg gewertet werden. 2017 befanden sich 18.632 Personen in Substitutionsbehandlung.

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die pro substituierender Ärztin / substituierendem Arzt betreut werden, ist regional nach wie vor stark unterschiedlich. Manche Ärztinnen und Ärzte betreuen sehr viele Klientinnen und Klienten. Für Ostösterreich spielt Wien in der Versorgung der umliegenden Bundesländer eine wichtige Rolle. Österreichweit werden über 70 Prozent aller Substitutionsbehandlungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern durchgeführt.

Die Anzahl der in der Substitutionsbehandlung versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte ist 2017 im Vergleich zum Vorjahr erstmals gesunken (2016: 566, 2017: 552). Das kann bei steigenden Patientenzahlen als Verschlechterung der Versorgungslage interpretiert werden.

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.

Mit 154 direkt drogenbezogenen Todesfällen im Jahr 2017 ist deren Anzahl im Vergleich zum Vorjahr (165 Fälle) wieder gesunken.

Schwerpunktkapitel Mortalitätskohortenanalyse Substitutionsbehandlung

Für die Berechnung der Mortalitätskohorte wurden alle 24.892 Personen analysiert, die im Zeitraum 1. 1. 2002 bis 31. 12. 2016 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben. Das Durchschnittsalter betrug bei der Aufnahme in die Kohorte 28,9 Jahre (bei einer Standardabweichung von 8,7 Jahren). Ein Viertel der beobachteten Personen sind Frauen. Diese sind bei der Aufnahme in die Kohorte (erster Behandlungsbeginn nach dem 1. 1. 2002) um etwa 2,5 Jahre jünger als Männer. Die 24.892 Personen liefern im Beobachtungszeitraum 1. 1. 2002 bis 31. 12. 2016 insgesamt 197.739 Personenjahre. 126.469 dieser Jahre (64 %) befanden sie sich in Substitutionsbehandlung. Dies spricht für eine hohe Haltequote bei der Substitutionsbehandlung in Österreich.

Es wurden zwischen 1. 1. 2002 und 31. 12. 2016 insgesamt 1.526 Todesfälle in der Kohorte beobachtet. Die *rohe Sterblichkeitsrate (crude mortality rate)* beträgt somit 7,7 Todesfälle pro 1.000 Personenjahren (95 % Konfidenzintervall 7,3–8,0). Das errechnete *Standardmortalitätsverhältnis (standard mortality ratio)* beträgt 4,5 (95 % Konfidenzintervall 4,3–4,7). Das bedeutet, dass die Personen in der beobachteten Kohorte im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung ein 4,5-fach erhöhtes Sterberisiko aufweisen.

Ein Vergleich mit dem *Standardmortalitätsverhältnis* in anderen publizierten Kohortenstudien über opioidabhängige Personen zeigt bei den meisten Studien deutlich höhere *Standardmortalitätsverhältnisse*. Beispielsweise wird in einer Übersichtsarbeit der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) zusammenfassend davon ausgegangen, dass das *Standardmortalitätsverhältnis* von Personen mit Opioidabhängigkeit in der Regel 10 oder höher ist: „*Risk of death among problem drug users was typically 10 or more times that among their peers in the general population.*“ EMCDDA 2015, S. 1). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Mortalität von Personen, die eine Opioidsubstitutionsbehandlung beginnen, in Österreich niedriger ist als in den herangezogenen Vergleichsländern.

Tabak und verwandte Erzeugnisse

Etwa 21 bis 24 Prozent (je nach Erhebung) der Bevölkerung ab 15 Jahren geben an, täglich zu rauchen. Zwar deuten verschiedene Datenquellen auf einen Rückgang des Zigarettenkonsums in

Österreich hin, dennoch liegt Österreich hier über dem europäischen Durchschnitt. Bei Jugendlichen im Alter von 15 Jahren hat sich der Anteil der täglich Rauchenden seit 2002 zwar halbiert, dennoch liegt Österreich auch hier mit Anteilen von 10 bis 16 Prozent über dem europäischen Durchschnitt. 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. Für das Jahr 2016 wird geschätzt, dass 10.200 Todesfälle bzw. 13 Prozent aller Todesfälle auf das Rauchen von Tabak (inklusive Passivrauchen) zurückzuführen sind.

Alkohol

Alkohol ist jene psychoaktive Substanz, mit der in Österreich die meisten Personen 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 der Anteil unter Männern doppelt so hoch ist wie jener unter Frauen. Im Zeitraum zwischen 1994 und 2015 war der problematische Alkoholkonsum leicht rückläufig. Etwa fünf Prozent der Schüler/-innen zwischen 14 und 17 Jahren berichten ein diesbezügliches Konsumverhalten, das längerfristig ein Gesundheitsrisiko darstellen würde. Alkoholassoziierte Todesfälle sind seit den 1990er Jahren rückläufig. Im Jahr 2016 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.

Situation insgesamt

Insgesamt kann somit hinsichtlich der Entwicklung der Suchtsituation bezüglich illegaler Drogen, Tabak und Alkohol ein positives Bild gezeichnet werden, das aber auch (neue) Herausforderungen birgt (z. B. Umgang mit Senioren in Opioidsubstitutionsbehandlung, weitere Senkung der Zahl der Jugendlichen, die zu rauchen beginnen).

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 und Tabak und gewährt damit eine Zusammenschau diverser Suchtaspekte. Für weiterführende Fragen steht das Team des GÖG-Kompetenzzentrums Sucht gerne 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 – in Ergänzung des *Berichts zur Drogensituation* – der erste *Epidemiologiebericht Drogen* inklusive Tabellenanhang publiziert. In diesem Bericht gingen die vorher eigenständig publizierten Berichte bezüglich DOKLI und der drogenbezogenen Todesfälle auf. Mit Gründung des GÖG-Kompetenzzentrums Sucht wurde der bis zum Jahr 2015 auf illegale Drogen beschränkte Bericht kontinuierlich um zusätzliche Kapitel über Alkohol, Tabak und Psychopharmaka erweitert und in *Epidemiologiebericht Sucht* umbenannt. Aus Ressourcengründen können jedoch nicht jedes Jahr alle Substanzen behandelt werden. 2018 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? Konkrete Fragestellungen des Schwerpunktkapitels „Mortalitätskohortenanalyse Substitution“ waren:

- » Wie hoch ist die Mortalität in der beobachteten Kohorte im Vergleich zur Gesamtpopulation gleichen Alters und gleicher Zusammensetzung nach Geschlecht?
- » Wie hoch ist die Mortalität in der beobachteten Kohorte im Vergleich mit anderen publizierten Kohortenstudien über Personen mit Opioidabhängigkeit?

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 stellt das diesjährige Schwerpunktkapitel „Mortalitätskohortenanalyse Substitution“. Kapitel 5 liefert Detailergebnisse in puncto DOKLI, Kapitel 6 solche in Hinblick auf drogenbezogene Todesfälle. Kapitel 7 und Kapitel 8 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-Indikator-Analyse). Für die Cross-Indikator-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)).

Im Rahmen der Mortalitätskohorte Substitution werden die Kennzahlen *rohe Sterblichkeitsrate* (*crude mortality rate*) und das basierend auf der Sterbetafel 2010 bis 2012 berechnete *Standardmortalitätsverhältnis* (*standard mortality ratio*) herangezogen. Zur Analyse des Verlaufs der Sterblichkeit in der beobachteten Kohorte wurde eine Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier durchgeführt.

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

Substitutionsbehandlungen (*Statistikregister eSuchtmittel*): Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen wird vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) 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 Ergebnis der Begutachtung ob und welche gesundheitsbezogenen(n) Maßnahme(n) notwendig sind. Die Daten stehen in ebenfalls 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, obgleich sie aktuell über 70 % der Substitutionsbehandlungen durchführen, sind 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 von 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) (IFES 2012). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Drogeneinrichtungen in Wien aufgrund der räumlichen Konzentration höher ist als in ländlichen Gebieten und dass daher der Anteil der Mehrfachbetreuungen für Gesamtösterreich etwas geringer ausfällt.

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. 2016 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 im § 24c des SMG geregelt, dem zufolge polizeiliche Meldungen über mutmaßlich drogenbezogene Todesfälle, Obduktionsergebnisse und Totenbeschauscheine BMASGK 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. Als direkt drogenbezogene Todesfälle gelten jene Verstorbenen, die einer akuten Intoxikation („Überdosierung“) nach Konsum von Suchtgift (§ 2 SMG) erlagen. In die jährliche Statistik ebenfalls einbezogen, jedoch gesondert ausgewiesen werden die tödlichen Überdosierungen durch neue psychoaktive Substanzen (NPS). Durch das Erfassen von Daten aus verschiedenen Quellen (BMI, gerichtsmedizinische Institute, privat tätige gerichtsmedizinische Gutachter, 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. 2009b). 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 Vorherhebungen 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): Datenerhebungen im Rahmen von ESPAD fanden in Österreich in den Jahren 2003, 2007 und 2015 statt

(Strizek et al. 2008a; 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 und bei jener im Jahr 2015 8.045 Datensätze. 2015 wurde die Erhebung erstmalig online durchgeführt. Die Teilnahmequote auf Schulebene ist im Laufe der Jahre deutlich gesunken (von 74 Prozent im Jahr 2003 auf 21 Prozent im Jahr 2015; jeweils bezogen auf alle kontaktierten Schulen). Als Grund für die häufiger werdende 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 haben, 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 (2010, 2014): Bei der HBSC-Studie handelt es sich um die größte europäische Kinder- und Jugend-Gesundheitsstudie. 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 seit dessen Beginn Teil dieses Forschungsprojekts. Seit 1986 findet die Erhebung im Vier-Jahres-Rhythmus statt. Die Gesamtstichprobe umfasste im Jahr 2010 6.493 Mädchen und Burschen und ist nach Alter, Geschlecht, Bundesland und Schultyp repräsentativ für die Gesamtpopulation der gleichaltrigen Schülerinnen und Schüler. Die Rücklaufquote betrug 72 Prozent. (Currie et al. 2012; Ramelow et al. 2011). Im Jahr 2014 wurde die Erhebung analog jener des Jahres 2010 durchgeführt. Die Gesamtstichprobe 2014 in Österreich umfasste 5.983 Mädchen und Burschen. Die Rücklaufquote betrug 65 Prozent (Ramelow et al. 2015).

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.

Allgemeines Todesursachenregister: 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 2017

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.

Abbildung 1.1 zeigt deutlich, dass Opioide als Leitdroge in Österreich dominieren. Eine nähere Analyse der Konsummuster veranschaulicht, 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). Auch die toxikologischen Analysen der direkt drogenbezogenen

1

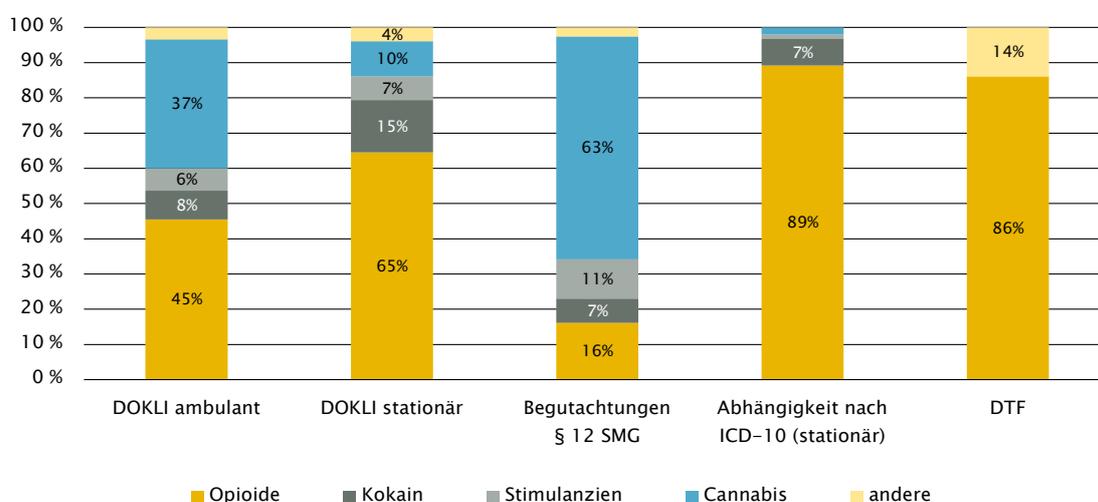
Diese Definition deckt sich mit jener des problematischen Drogenkonsums in Österreich, die betont, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen als solche problematisch oder unproblematisch seien. Als risikoreich wird Drogenkonsum dann bezeichnet, wenn dieser mit körperlichen, psychischen 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 nichtrisikoreichen 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.

Todesfälle zeigen, dass nur eine Minderheit (7 %) der tödlichen Überdosierungen ausschließlich auf Opioide zurückzuführen ist. In 80 Prozent der Fälle wurden neben Opioiden auch noch andere illegale Substanzen, Alkohol und/oder Psychopharmaka festgestellt. Überdosierungen ohne Opioide sind selten (14 %). Tendenziell zeigt sich bei den drogenbezogenen Todesfällen in den letzten Jahren ein leichter Anstieg sonstiger Stimulanzien³ (2006: 5 %, 2017: 16 %) und ein leichter Rückgang der Opioidbeteiligung (2006: 98 %, 2017: 86 %).

Abbildung 1.1:
 Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach beteiligten Substanzen in Österreich 2017



Legende:

DOKLI ambulant = Personen, die 2017 mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n = 3.176)

DOKLI stationär = Personen, die 2017 mit einer stationären Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n = 539),

Begutachtungen § 12 SMG = amtsärztliche Begutachtungen, bei denen 2017 ein behandlungsrelevanter Konsum illegaler Drogen festgestellt wurde (n = 2.011). 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 (stationär): Prozentverteilung der Hauptdiagnosen von Abhängigkeit von Opioiden, Kokain, Stimulanzien und Cannabis (F11.2, F12.2, F14.2 und F15.2) nach ICD-10 bei Spitalsentlassungen (n = 1.117) 2016 (aktuellste verfügbare Daten);

drogenbezogene Todesfälle = direkt drogenbezogene Todesfälle mit toxikologischen Analyseergebnissen 2017 (n = 122 von insgesamt 154).

Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opioide > 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, BMASGK, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

3

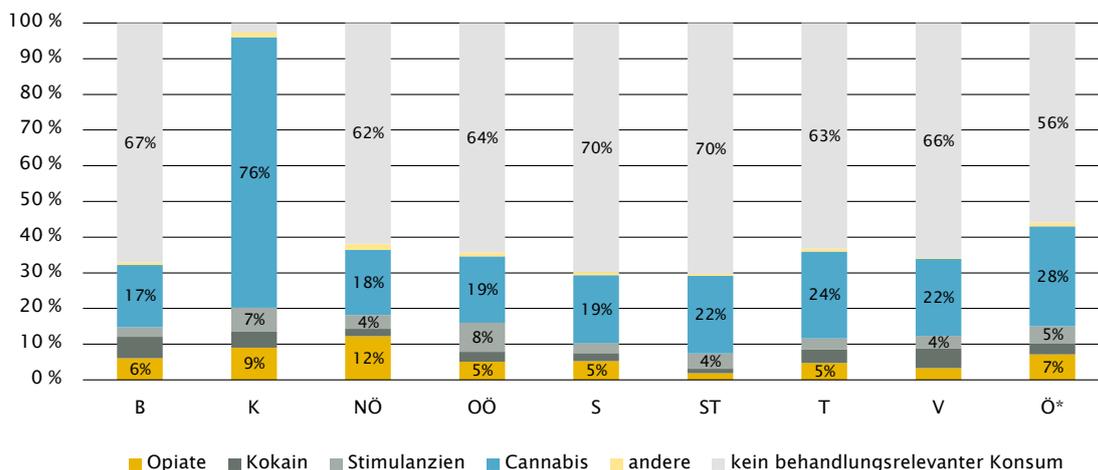
Diese Kategorie umfasst sämtliche Stimulanzien (z. B. Ecstasy, Mephedron/3MMC, Cathinone, NPS des Typs Stimulanzien) exklusive Kokain.

Die zweite zahlenmäßig relevante Gruppe im Behandlungsbereich (vgl. auch Abschnitt 2.2) sind Personen mit Cannabis als alleiniger Leitdroge ohne risikoreichen Konsum anderer Drogen. Bei Personen, bei denen durch den Amtsarzt nach § 12 SMG der Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt wird, spielt der Cannabiskonsum eine zentrale Rolle, wobei es zwischen den Bundesländern große Unterschiede gibt (siehe Abbildung 1.2).

Die vertiefende Analyse im Rahmen des Schwerpunktkapitels „Analyse der Routinedaten zum Cannabiskonsum“ im *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013* sowie jene im Jahr 2017⁴ ergaben, dass lediglich ein Drittel der Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis vor Beginn der Behandlung hochfrequent Cannabis konsumiert hat und dass der Anteil von Personen mit gesetzlicher Auflage etwa zwei Drittel beträgt.

Abbildung 1.2:

Bei Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition im Jahr 2017 (n = 4.558) nach Bundesland und in Österreich*

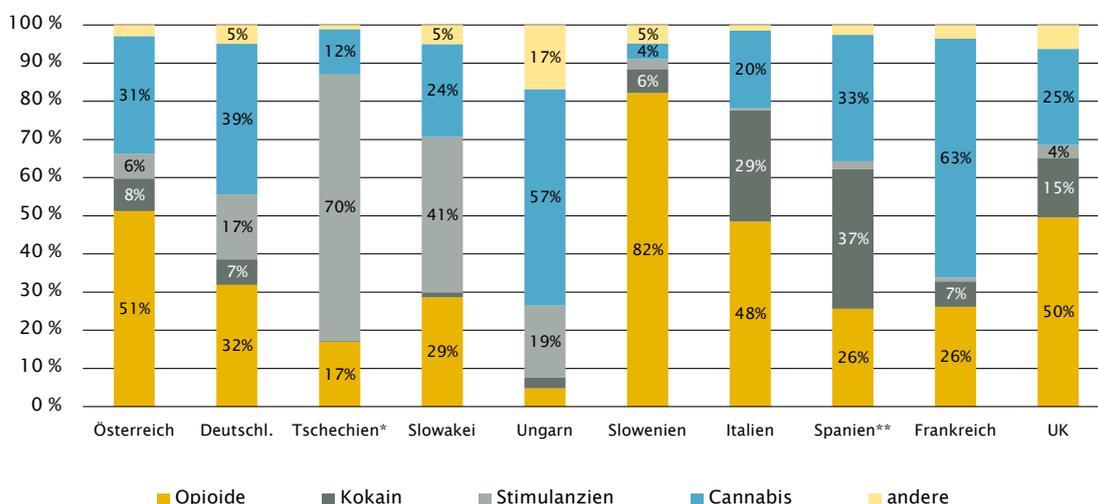


*= Österreich ohne Wien; Daten aus Wien fehlen. In den Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen 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 2016 mit einer ambulanten oder stationären drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU



*nur Daten aus dem Jahr 2014 verfügbar

**nur Daten aus dem Jahr 2015 verfügbar

Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2018; 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. Der internationale Vergleich zeigt, dass dies nicht in allen EU-Ländern in gleichem Ausmaß der Fall ist⁵ (vgl. Abbildung 1.3). So spielt in den beiden Nachbarländern Tschechien und Slowakei, historisch gewachsen, Methamphetamin eine wichtige Rolle, und in Italien und Spanien Kokain (vgl. die *Country Drug Reports* der jeweiligen Länder von 2018⁶)⁷. Der Konsum von Methamphetamin war in Österreich bisher auf lokale Szenen begrenzt und findet vorwiegend in Oberösterreich statt. Dies zeigte sich in Analysen der Konsummuster im *Epidemiologiebericht*

5

Die Daten stammen aus dem neuen Onlinetool der EBDD <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2018>, das das Statistical Bulletin ersetzt. Die neuesten verfügbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 2016 (in Tschechien und Spanien auf das Jahr 2014 bzw. 2015).

6

[http://www.emcdda.europa.eu/publications-database-textsearch?f\[0\]=field_series_type%253Aname%3A-Country%20Drug%20Report](http://www.emcdda.europa.eu/publications-database-textsearch?f[0]=field_series_type%253Aname%3A-Country%20Drug%20Report)

7

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 befinden sich etwa zwei Drittel der behandelten Personen im Rahmen eines „quasi compulsory treatments“ als Alternative zu rechtlichen Konsequenzen in Betreuung. Über 80 Prozent der Personen in „quasi compulsory treatments“ haben Cannabis als Leitdroge (siehe <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4521/TD0616148ENN.pdf>).

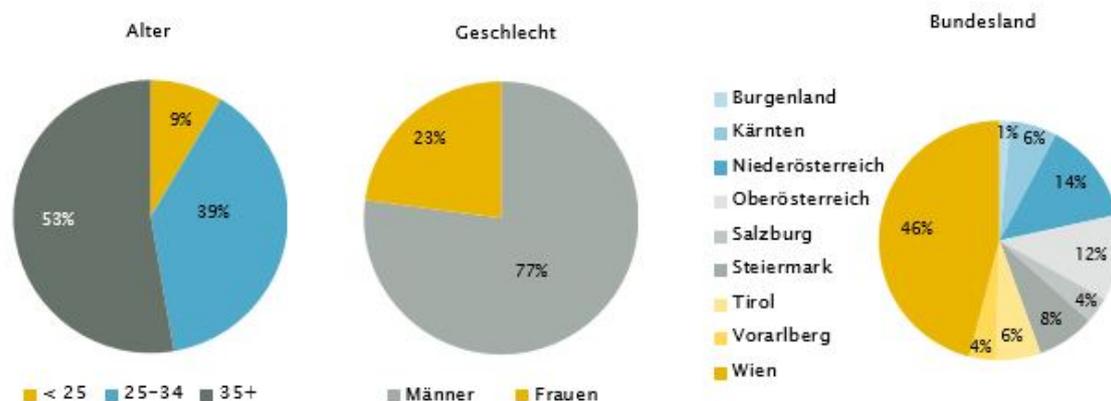
Drogen des Jahres 2015 (vgl. Busch et al. 2015). Auch in den aktuellen Datenquellen finden sich Hinweise darauf, dass dies noch immer so sein dürfte (z. B. bei Begutachtungen nach § 12 SMG).

Zusammenfassung: Opioidkonsum – meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster – macht aktuell das Gros des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich aus. Personen mit Cannabis als alleiniger Leitdroge 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 2017

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 und des Opioidanteils unter den vorgefundenen Substanzen für das Jahr 2015 validiert. Bei der CRC-Schätzung handelt es sich um ein von der EBDD empfohlenes komplexes statistisches Verfahren zur Dunkelzifferschätzung.

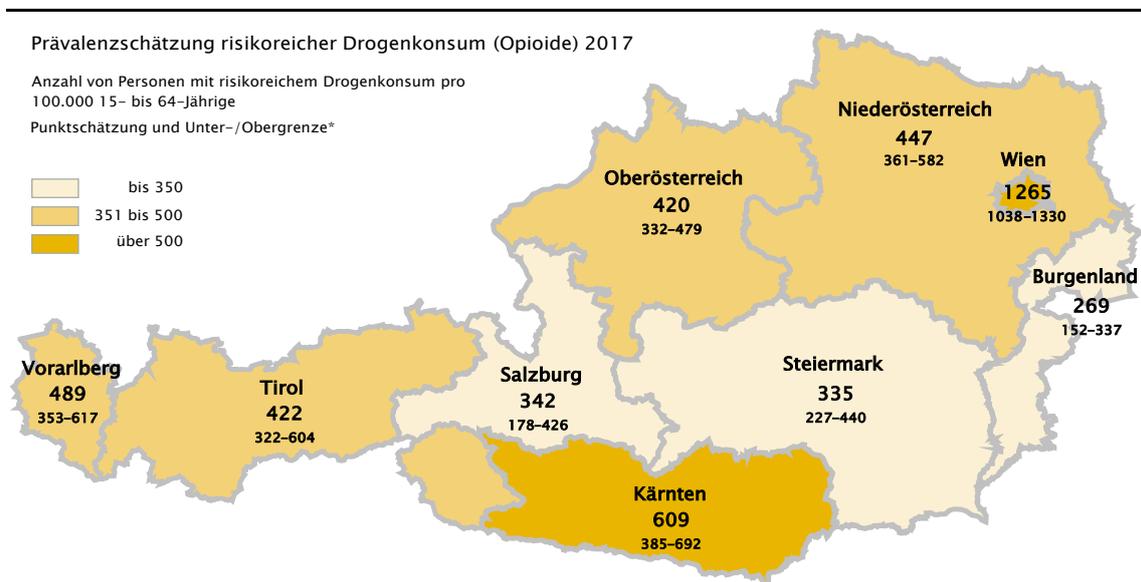
Abbildung 1.4:
Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland 2017



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

Die aktuellsten Schätzungen kommen in Österreich für die Jahre 2016 und 2017 auf eine Anzahl von 35.000 bis 38.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden. Abbildung 1.4 zeigt die Zusammensetzung der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nach Alter und Geschlecht sowie nach Bundesländern. Um das Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums (Opioiden) 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). 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 ist daher immer das Intervall zwischen Untergrenze und Obergrenze des Konfidenzintervalls über 3 Jahre heranzuziehen.

Abbildung 1.5:
Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden 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: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Aktuell gibt es in Österreich zwischen 35.000 und 38.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden. Etwas weniger als die Hälfte dieser Personen lebt in Wien. Ein Viertel ist weiblich, und neun Prozent sind unter 25 Jahre alt. Wien als einzige Großstadt Österreichs⁸ ist vom risikoreichen Drogenkonsum am stärksten betroffen, gefolgt von Kärnten, Vorarlberg und Niederösterreich.

1.3 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf

Der Verlauf der geschätzten Prävalenz⁹ 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. In den letzten Jahren lässt sich wiederum ein Anstieg auf etwa 36.500 Personen beobachten.

8

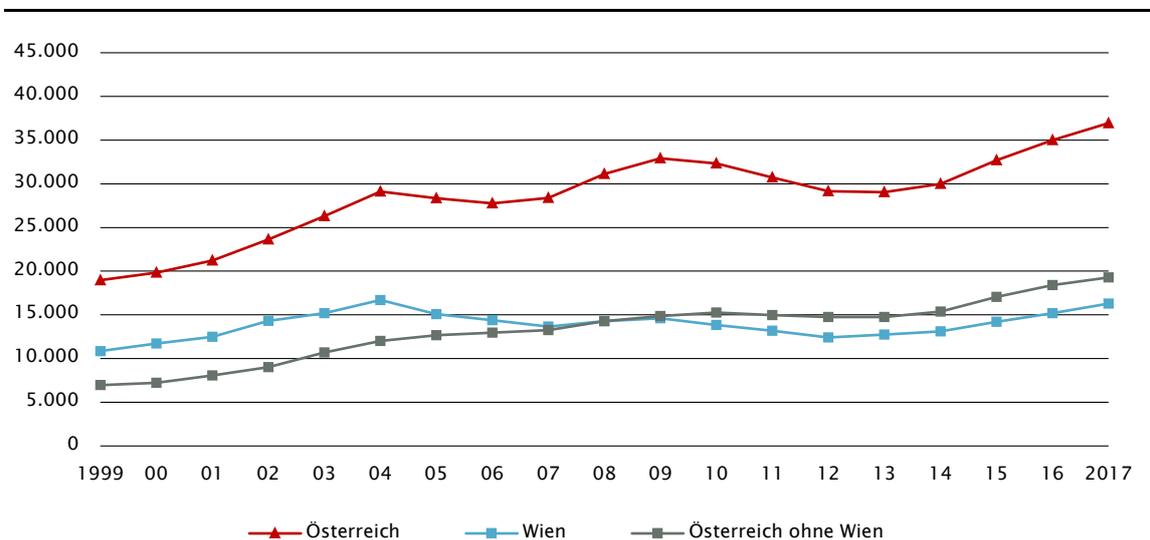
Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

9

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, in dem 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 muss 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 und ab 2008 nach erfolgter Korrektur des Ghost-Case-Fehlers mit Start des Routinebetriebs von eSuchtmittel unkorrigierte Schätzungen auf Basis von eSuchtmittel herangezogen.

Abbildung 1.6:

Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien – Zeitverlauf



Anmerkung: Für den Zeitraum von 1999 bis 2016 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000) herangezogen, für 2017 der Schätzwert für 2017 (aktuellste Schätzung).

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

Betrachtet man die Entwicklung für Wien¹⁰ und für Österreich ohne Wien getrennt, so zeigt sich ein differenziertes Bild. Während in Wien die Werte bis 2004 anstiegen und bis 2014 stagnierten, stiegen in Österreich ohne Wien die Prävalenzen weiter an und stagnierten erst zwischen 2010 und 2014. Seither steigen die Werte sowohl in Wien als auch in den anderen Bundesländern an.

Bis 2009 wurden für Wien etwas mehr Personen mit risikoreichem Drogenkonsum geschätzt als für die restlichen Bundesländer, ab dem Jahr 2009 wird 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 ländlich/kleinstädtischen Regionen handeln (vgl. Abbildung 1.6).

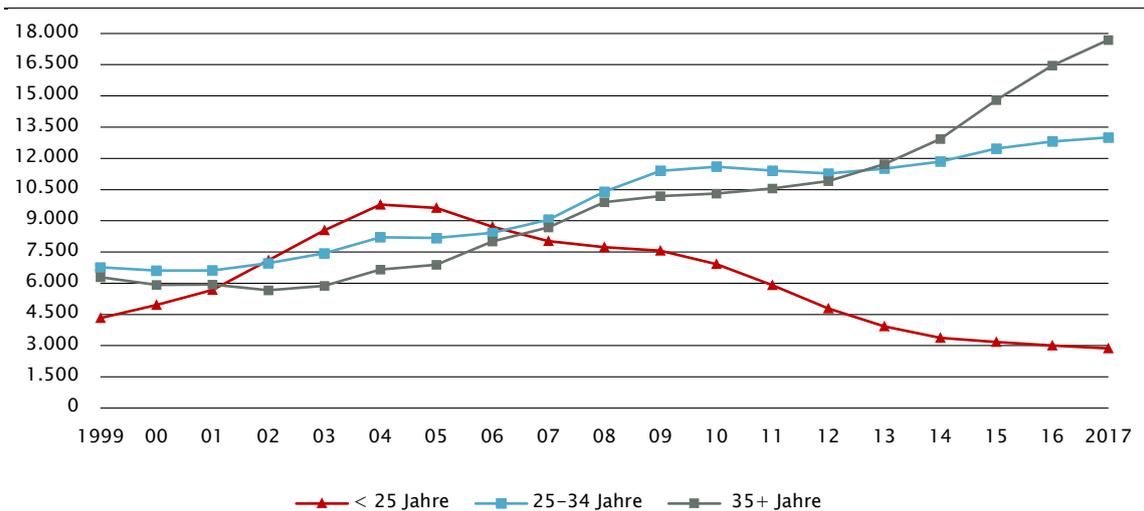
Einen vertieften Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen (vgl. Abbildung 1.7). Hier verdoppelt sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (15- bis 24-Jährige) zwischen 2000 und 2004. Dies bedeutet, dass in dieser Zeitspanne vermehrt 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 pendelt sich die geschätzte Prävalenz in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen bei 3.000 Personen ein. Mit der Alterung der „Generation Einstieg 2000 bis 2004“,

10

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

wächst die Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (zunächst in der Altersgruppe 25 bis 34 und aktuell in der Altersgruppe über 34) kontinuierlich weiter an.

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



Anmerkung: Für den Zeitraum von 1999 bis 2016 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000) herangezogen, für 2017 der Schätzwert für 2017 (aktuellste Schätzung).

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

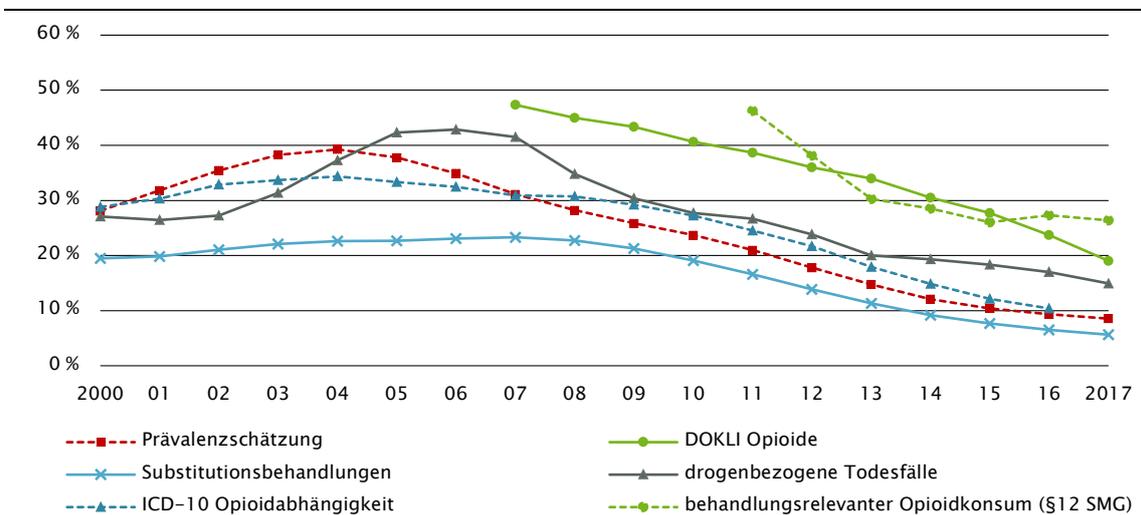
Der in den letzten Jahren zu beobachtende Anstieg der Prävalenz ist daher nicht auf eine Verschärfung der Situation hinsichtlich Opioidproblematik zurückzuführen (dafür müssten die Zahlen in der Altersgruppe 15-24 ansteigen). Er dürfte in erster Linie durch den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben davon Betroffener aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) bedingt sein. Auch ist es möglich, dass es durch die zunehmende Stabilität von Personen, die sich sehr lange in Substitutionsbehandlung befinden, aus methodischen Gründen zu einer Überschätzung der Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum kommt¹¹. Es bestehen Überlegungen, in Zukunft dieses Problem in der Prävalenzschätzungsformel zu berücksichtigen.

11

Seitens der EBDD gibt es Überlegungen, einen Teil der Personen, die sich sehr lange stabil in Substitutionsbehandlung befinden („stable OST clients“), aus der Gruppe der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum herauszurechnen. Diese Gruppe verursacht auch ein methodisches Problem beim Capture-Recapture-Ansatz, da für diese Personen die Wahrscheinlichkeit, von der Polizei wegen Opioiden angezeigt zu werden, sehr gering ist (Verletzung der Homogenitätsannahme), und führt zu einer Überschätzung der Prävalenz in der Altersgruppe 35+.

Abbildung 1.8:

Anteil der Personen unter 25 Jahren bei Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen, behandlungsrelevantem Opioidkonsum (§ 12 SMG) und bei drogenbezogenen Todesfällen – Zeitreihe



DOKLI-Opiode: alle Personen, die in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode
ICD-10 (Opiode): Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode), bei Entlassungen aus stationärer Behandlung (jüngste verfügbare Daten; genauere Spezifikationen der Auswertung finden sich im Annex)
behandlungsrelevanter Opioidkonsum nach § 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: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel, (Busch et al. 2014), 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 ansteigt. Seit etwa 2007 sinkt der Anteil der Personen unter 25 Jahren in fast allen Datenquellen. Dies spricht für eine seit den letzten Jahren vorstattengehende „Alterung“ der Population mit risikoreichem Drogenkonsum unter Opioidbeteiligung.

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 aber wieder rückläufig. Der in den letzten Jahren zu beobachtende Anstieg der geschätzten Prävalenz des risikoreichen Drogenkonsums wird vorwiegend durch einen Anstieg in der Altersgruppe 35+ verursacht. Er dürfte in erster Linie durch den

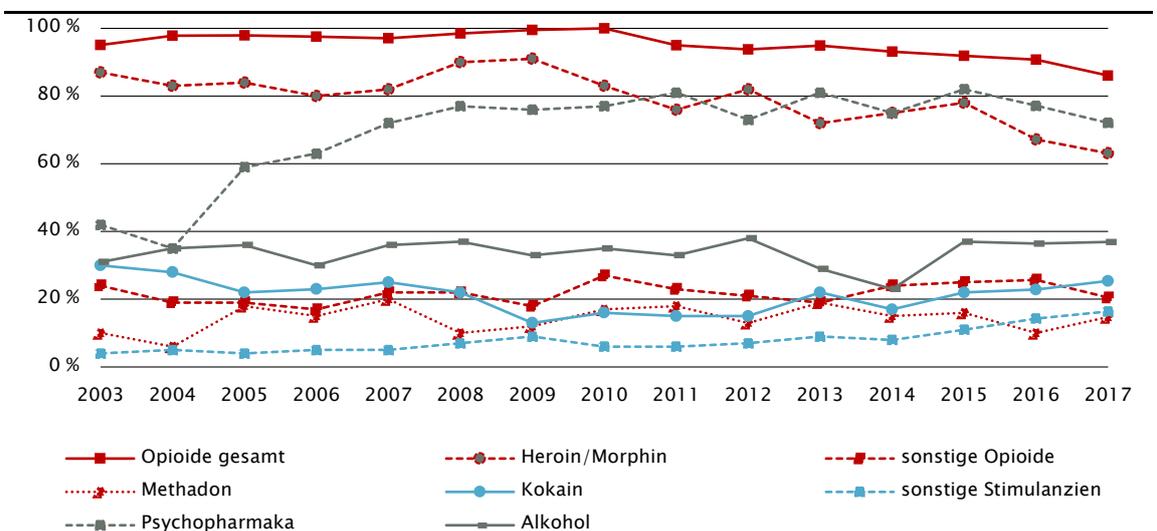
chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben von Personen mit Opioidabhängigkeit aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) bedingt sein. Auch ist es möglich, dass es durch die zunehmende Stabilität von Personen, die sich sehr lange in Substitutionsbehandlung befinden, aus methodischen Gründen zu einer Überschätzung der Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum kommt.

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 Substanzenanalysen bei direkt drogenbezogenen Todesfällen (vgl. Abbildung 1.9) zeigen neben der stabil bleibenden eindeutigen Dominanz von Opioiden eine starke Zunahme von Psychopharmaka bis 2008. Seit 2009 verharren diese auf relativ hohem Niveau. Tendenziell zeigt sich bei den drogenbezogenen Todesfällen in den letzten Jahren ein leichter Anstieg sonstiger Stimulanzien (2006: 5 %, 2017: 16 %) und ein leichter Rückgang der Opioidbeteiligung (2006: 98 %, 2017: 86 %).

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 im Zeitverlauf



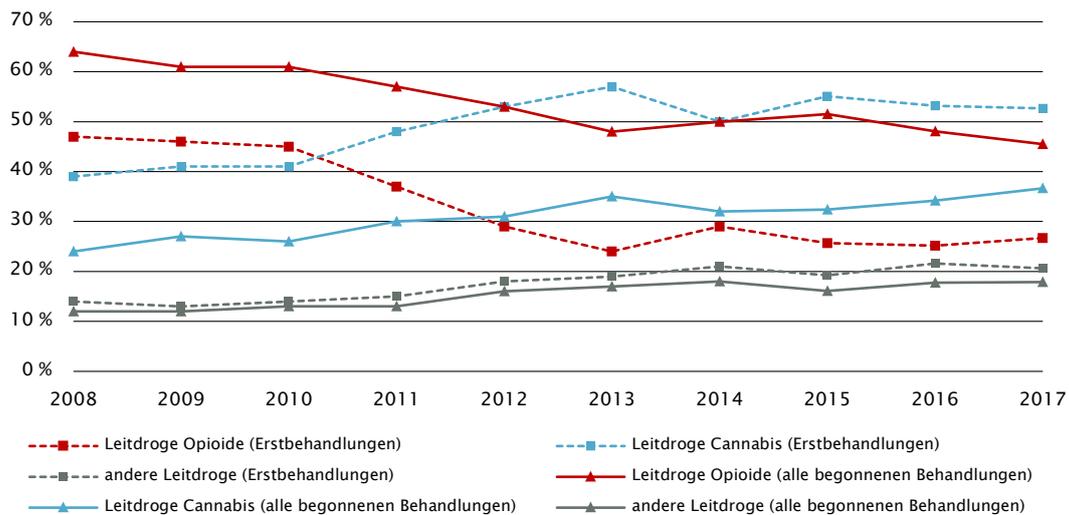
Anmerkung: Die Kategorie sonstige Stimulanzien umfasst sämtliche Stimulanzien (z. B. Ecstasy, Mephedron/3MMC, Cathinone, neue psychoaktive Substanzen (NPS) des Typs Stimulanzien) exklusive Kokain. Die Kategorie „sonstige Opiate“ auch NPS-Opiate (z. B. U-47700)

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. Tendenziell zeigt sich jedoch ein leichter Anstieg sonstiger Stimulanzien.

Die DOKLI-Daten zeigen bis zum Jahr 2013 eine deutliche Abnahme des Anteils der Opioiden bei den Klientinnen und Klienten der Suchthilfeeinrichtungen (vgl. Abbildung 1.10). Seither schwanken die Zahlen bei jenen Personen mit der Leitdroge Opioiden, die im jeweiligen Jahr eine Behandlung begonnen haben, um die 50-Prozent-Marke. Bei Cannabis ist der Höchststand von 2013 hinsichtlich der Erstbehandlungen wieder etwas zurückgegangen. Bei der Gesamtbetrachtung aller 2017 begonnenen Behandlungen ist Cannabis als Leitdroge jedoch nach einem kontinuierlichen Anstieg seit 2014 nun auf einem Hoch von rund 37 Prozent. Hinsichtlich anderer Leitdrogen (in erster Linie Kokain und andere Stimulanzien) bewegen sich die Zahlen weiterhin um die 20 Prozent. Bei der Interpretation der Zahlen ist jedoch zu berücksichtigen, dass der Großteil der Personen in Substitutionsbehandlung nicht in DOKLI aufscheint.

Abbildung 1.10:
Leitdrogen im Zeitverlauf in DOKLI (ambulanter Bereich)



Anmerkung: Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opioiden > Kokain > Stimulanzien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis)

Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2008 bis 2017; 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 Stimulanzien (z. B. Methamphetamin in Oberösterreich) hin. Die Datenlage lässt somit mehrere Hypothesen zu:

- » **Hypothese 1:** Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich verlagert sich in Richtung Cannabis. Allerdings weist nur etwa ein Drittel der in DOKLI aufscheinenden Klientinnen und Klienten mit der Leitdroge Cannabis vor Therapiebeginn einen hochfrequenten Cannabiskonsum auf (Busch et al. 2013; Weigl et al. 2017).

- » **Hypothese 2:** Der Rückgang des risikoreichen Konsums mit Beteiligung von Opioiden ist dadurch zu erklären, dass eine Verlagerung in Richtung Stimulanzien oder anderer Substanzen stattfindet.
- » **Hypothese 3:** Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich geht insgesamt zurück.

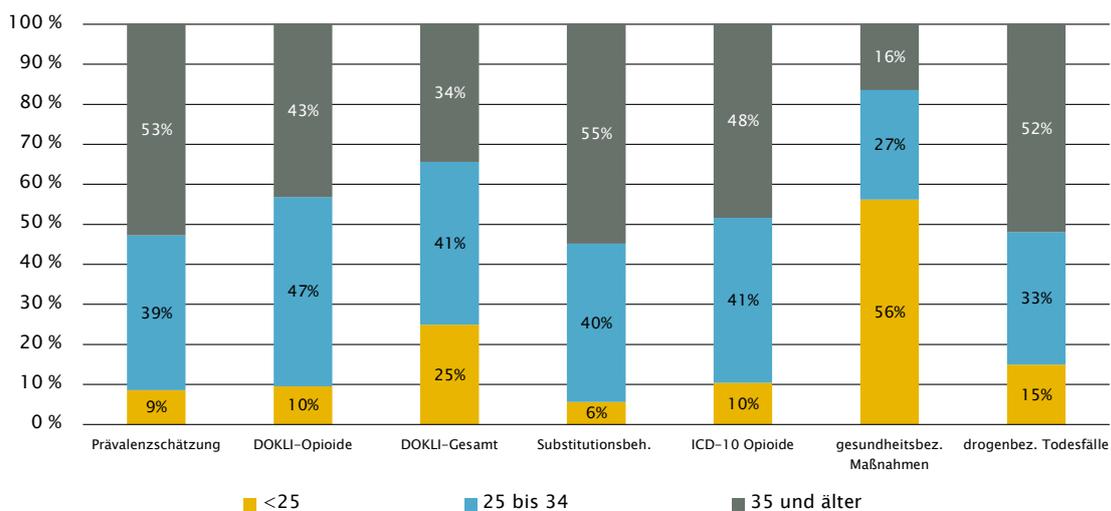
Welche der drei Hypothesen in welchem Ausmaß tatsächlich zutrifft, werden erst die Entwicklungen der nächsten Jahre zeigen. Derzeit stützt die aktuelle Datenlage eher Hypothese 3.

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). Dies bedeutet einen Rückgang hinsichtlich der Opioidproblematik. Derzeit gibt es in den verfügbaren Daten keine eindeutigen Hinweise auf eine nachhaltige Verlagerung auf andere Substanzen (z. B. Cannabis, Stimulanzien).

1.4 Alter und Geschlecht der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum

Abbildung 1.11:

Altersverteilung bei Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei drogenbezogenen Todesfällen, bei Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG und beim ICD-10-Spitalsentlassungscode Opiode



DOKLI-Opiode: Alter aller Personen, die im Jahr 2017 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode zum Stichtag 30. 6. 2017

DOKLI-Gesamt: Alter aller im Jahr 2017 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen zum Stichtag 30. 6. 2017

Substitutionsbeh.: Substitutionsbehandlungen 2017

drogenbez. Todesfälle: Todesfälle aufgrund drogenbezogener Überdosierungen 2017

gesundheitsbez. Maßnahmen: Personen, für die 2017 eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat

ICD-10 Opiode: Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2016 (jüngste verfügbare Daten; genauere Spezifikationen der Auswertung finden sich im Tabellenannex)

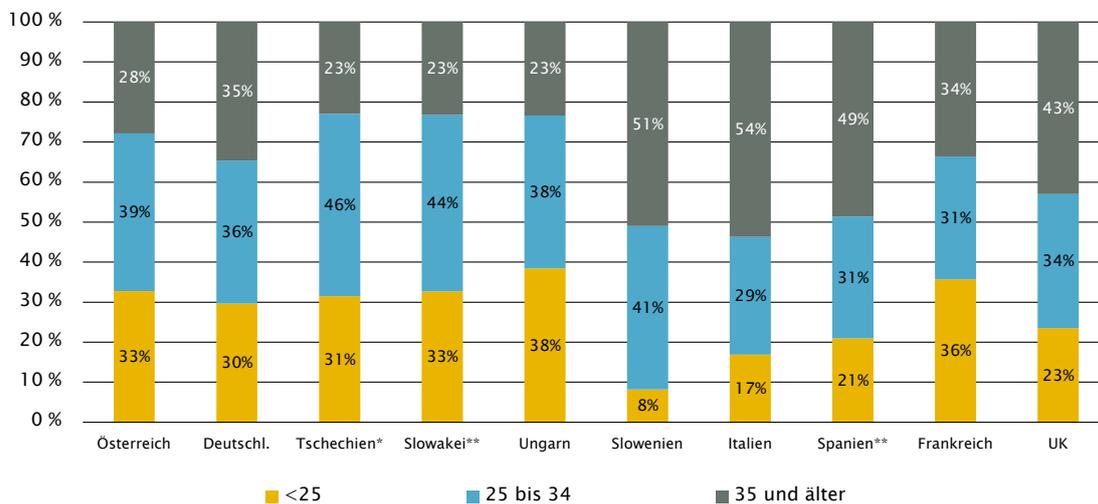
Quellen: DOKLI, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Altersverteilung in den für Österreich zur Verfügung stehenden Datenquellen ist recht unterschiedlich (vgl. Abbildung 1.11). Besonders jung sind Personen, für die eine Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat, gefolgt von der DOKLI-Klientel. Am ältesten sind Personen in Substitutionsbehandlung, bei der Prävalenzschätzung sowie bei Entlassungen aus stationärer Behandlung im Krankenhaus.

Ein Vergleich mit anderen EU-Ländern hinsichtlich der Altersstruktur ist lediglich für DOKLI-Daten möglich (vgl. Abbildung 1.12). Österreich weist bei den unter 25-Jährigen ähnliche Anteile auf wie Deutschland und Frankreich sowie Tschechien und die Slowakei, wobei für diese beiden Länder nur Daten aus den Jahren 2014 bzw. 2015 vorliegen.

Abbildung 1.12:

Altersverteilung von Personen, die im Jahr 2016 mit einer ambulanten oder stationären drogenbezogenen Betreuung begannen, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU



Anmerkung: nur Daten aus dem Jahr *2014 bzw. **2015 verfügbar

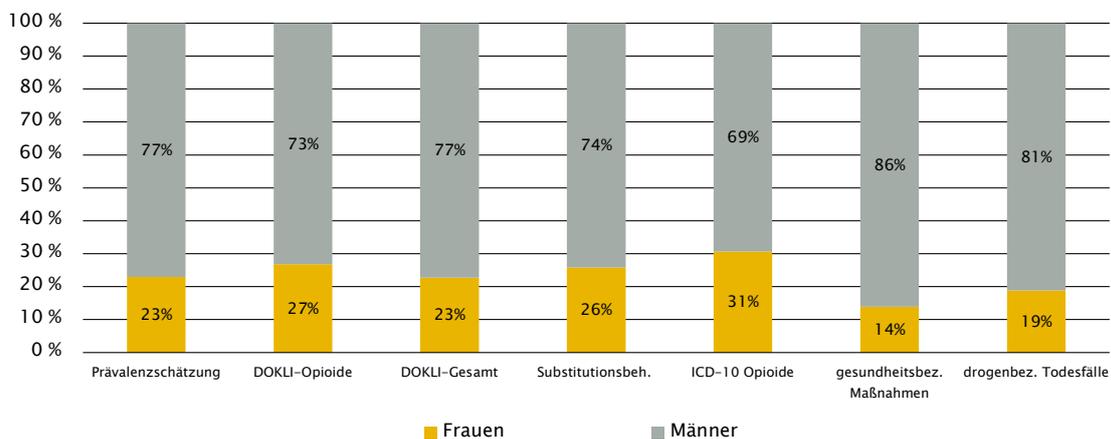
Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2018; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Gemäß Prävalenzschätzung sind lediglich neun Prozent der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum unter 25 Jahre alt (2004 waren es 40 %). Die Altersstruktur hat sich seit Mitte der 2000er-Jahre somit stark verändert, und es lässt sich eine „Alterung“ der Personengruppe mit risikoreichem Opioidkonsum deutlich beobachten. In den übrigen Datenquellen schwankt der Anteil der unter 25-Jährigen zwischen sechs und 25 Prozent. Lediglich jener Personenanteil, für den eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat, ist deutlich größer (56 %).

Der Frauenanteil schwankt je nach Datenquelle zwischen 19 und 31 Prozent (vgl. Abbildung 1.13). Einzige Ausnahme sind hier jene Personen, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat. Bei ihnen beträgt der Frauenanteil lediglich 15 Prozent. Im Behandlungsbereich entspricht der Frauenanteil jenem in Deutschland und Großbritannien (vgl. Abbildung 1.14).

Abbildung 1.13:

Geschlechtsverteilung bei Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei drogenbezogenen Todesfällen und Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG sowie bei ICD-10-Spitalsentlassungscode Opiode



DOKLI-Opiode: alle Personen, die 2017 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode

DOKLI-Gesamt: Alle im Jahr 2017 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen

drogenbezogene Todesfälle: Todesfälle aufgrund drogenbezogener Überdosierungen – zum Ausgleich von Zufallsschwankungen wurde der Mittelwert aus den Jahren 2015 bis 2017 herangezogen.

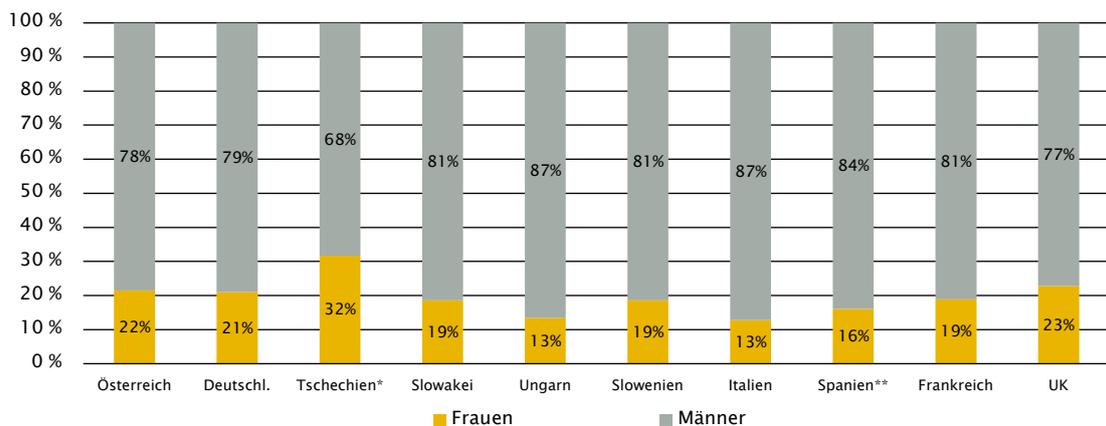
gesundheitsbez. Maßnahmen: Personen, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG im Jahr 2017 den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat

ICD-10 (Opiode): Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2016 (aktuellste verfügbare Daten); **Prävalenzschätzung:** aktuellste Schätzung 2017

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

Abbildung 1.14:

Geschlechtsverteilung von Personen, die 2016 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begannen, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU



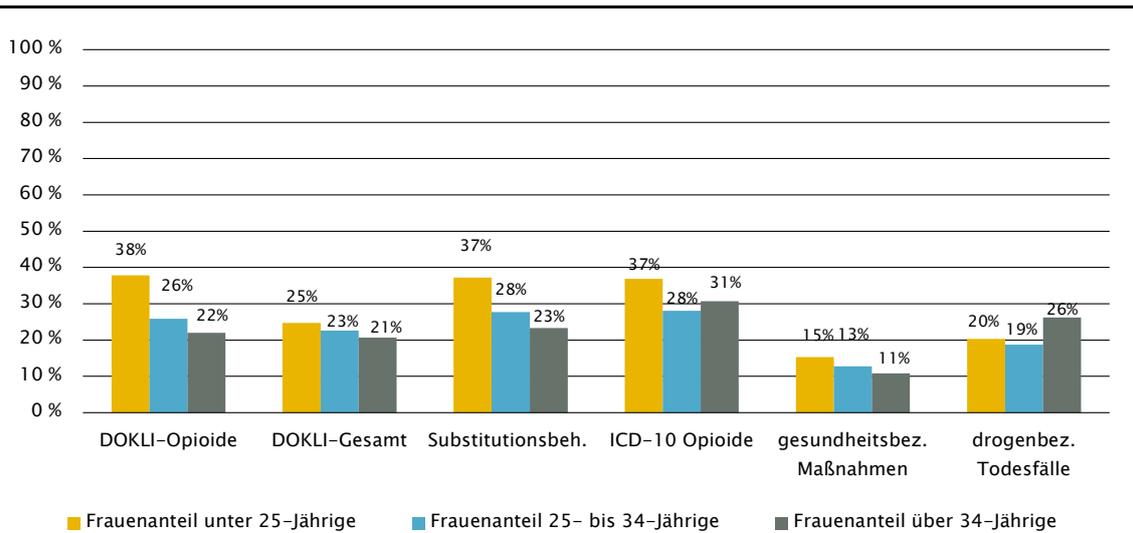
Anmerkung: nur Daten von *2014 bzw. **2015 verfügbar

Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2018; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Setzt man das Geschlecht in Bezug zum Alter, zeigt sich das Phänomen, dass – in den meisten Datenquellen – der Frauenanteil mit dem Alter kleiner wird (vgl. Abbildung 1.15).

Abbildung 1.15:

Frauenanteil in den Altersgruppen in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei drogenbezogenen Todesfällen, bei Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG sowie bei ICD-10-Spitalsentlassungscode Opiode



DOKLI-Opiode: alle Personen, die 2017 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode

DOKLI-Gesamt: alle im Jahr 2017 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen

drogenbezogene Todesfälle: Todesfälle aufgrund drogenbezogener Überdosierungen – zum Ausgleich von Zufallsschwankungen wurde der Mittelwert aus den Jahren 2015 bis 2017 herangezogen.

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

ICD-10 (Opiode): Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2016

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

Zusammenfassung: Der Frauenanteil schwankt je nach Datenquelle zwischen 14 und 31 Prozent. Hier zeigt sich das Phänomen, dass – bei der Mehrheit der Datenquellen – der Frauenanteil mit dem Alter kleiner wird.

2 Drogenbezogene Behandlungen

Daten in Bezug auf Betreuung und Behandlung aufgrund risikoreichen Drogenkonsums stellen einen wichtigen Indikator zur epidemiologischen Einschätzung der Drogensituation dar. Ein Großteil der betreuten und behandelten Personen wird durch das pseudonymisierte Statistikregister Substitution (eSuchtmittel) und durch DOKLI (vgl. auch Kap. 5) abgedeckt, die sich aber teilweise überschneiden.

2.1 Anzahl der behandelten Personen

Im Jahr 2017 waren in den DOKLI-Einrichtungen insgesamt 8.447 Personen in längerfristiger ambulanter und 1.134 Personen in stationärer Behandlung. 18.632 Personen unterzogen sich laut eSuchtmittel einer Opioidsubstitutionsbehandlung. Von diesen 18.632 Personen wurden 854 in Haft behandelt und werden daher dem stationären Sektor zugezählt. Weitere 435 waren stationär aufgenommen und sind bereits in der Gruppe der obengenannten 1.134 Personen enthalten, da die stationäre Substitutionsbehandlung in DOKLI-Einrichtungen erfolgt. Eine Schätzung der insgesamt in Österreich in der Suchthilfe behandelten Personen kann unter folgenden Prämissen erfolgen:

- » In DOKLI ist von einem Mehrfachzählungsanteil von 22 Prozent außerhalb Wiens¹² und einer Abdeckung (Coverage) von 93 Prozent im ambulanten und 79 Prozent im stationären Sektor außerhalb Wiens (in Wien beträgt die Coverage 100 %) auszugehen
- » 70 % der in DOKLI erfassten Personen mit Leitdroge Opioide geben an, sich in Substitutionsbehandlung zu befinden. Daher wird ein durchschnittliches Überschneiden von 70 Prozent des Substitutionsregisters mit DOKLI-Daten angenommen.

Unter diesen Annahmen kommt man zu einer Schätzung von insgesamt etwa 24.245 Personen in drogenspezifischer Betreuung (vgl. Tabelle 2.1). (Sozial gut integrierte) Personen mit behandlungsrelevantem Drogenkonsum, die eine Behandlung außerhalb der Suchthilfe in Anspruch nehmen, sind in dieser Schätzung nicht inkludiert.

12

In Wien können Doppelzählungen mithilfe eines eindeutigen Identifiers ausgeschlossen werden.

Tabelle 2.1:

Schätzung der insgesamt wegen des Konsums illegaler Drogen behandelten Personen nach Setting im Jahr 2017

Setting	Anzahl der Personen
ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioidsubstitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen)	9.439
Opioidsubstitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	12.780
Stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung	1.172
Opioidsubstitutionsbehandlung während der Haft	854
Suchtbehandlungen insgesamt	24.245

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

2.2 Drogenkonsummuster der behandelten Personen

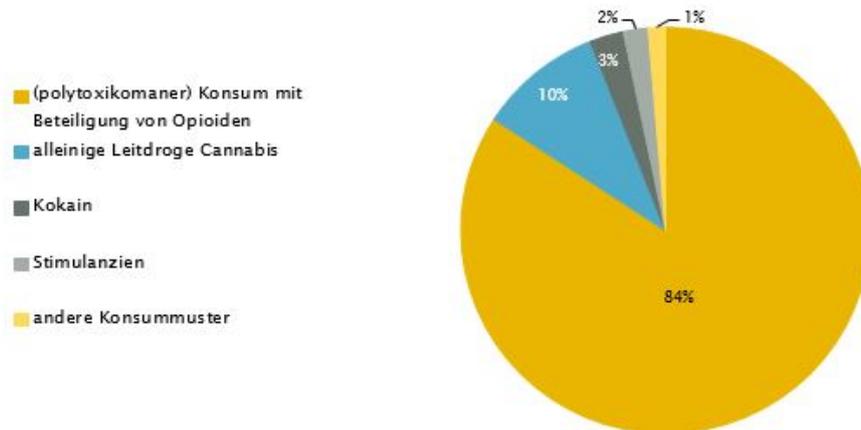
Betrachtet man die behandelten Personen nach Drogenkonsummustern, so zeigt sich, dass der weitaus größte Teil der Patientinnen und Patienten – etwa 20.400 Personen – wegen Opioidkonsums (meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster) in Behandlung ist. Die zweite große Personengruppe im Behandlungssystem sind Personen mit Cannabis als alleiniger Leitdroge: etwa 2.400¹³. Kokain, Stimulanzien und andere Drogen stellen nur für einen kleinen Teil der behandelten Klientel die Leitdroge dar (vgl. Abbildung 2.1).

13

Der Berechnung dieser Zahl liegt die Anzahl der im Jahr 2017 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen mit Cannabis als alleiniger Leitdroge zugrunde, ebenso die Annahme, dass DOKLI 93 Prozent des ambulanten und 79 Prozent des stationären Sektors drogenspezifischer Behandlungen abdeckt und zwischen den Drogeneinrichtungen außerhalb Wiens die Rate des Mehrfachauftretens ein und derselben Person 22 Prozent beträgt.

Abbildung 2.1:

Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung), 2017



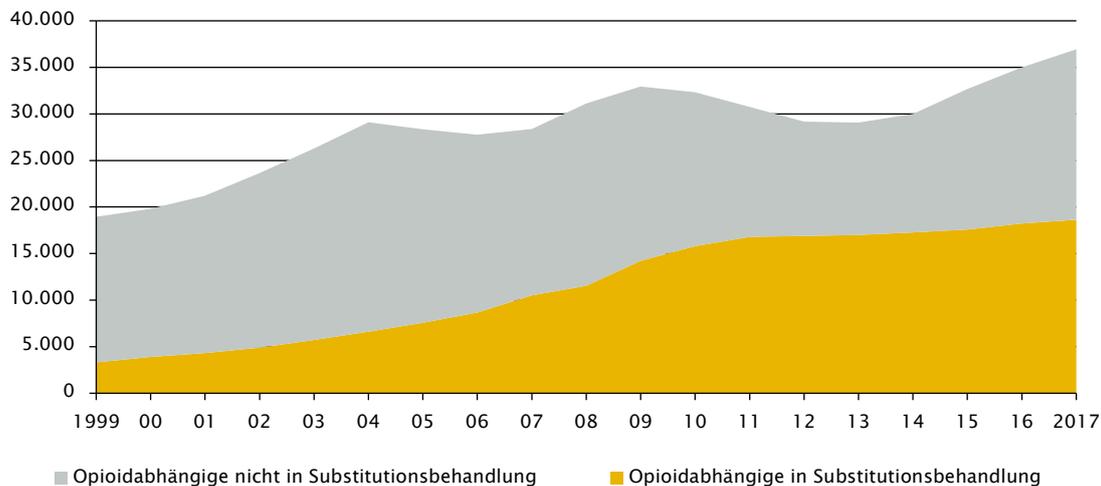
Quellen: DOKLI, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.3 Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik

Setzt man die Behandlungszahlen in Relation zu den Prävalenzschätzungen, wird deutlich, dass es in den letzten 18 Jahren gelungen ist, den Anteil jener Personen mit Opioidproblematik, die sich in Substitutionsbehandlung begeben, massiv zu erhöhen (Erhöhung der In-Treatment-Rate). Während sich die Zahl der in Substitutionsbehandlung Befindlichen seit 2000 nahezu verfünffacht hat (2017 18.632 Personen), hat sich die geschätzte Anzahl von Personen mit risikoreichem Konsum von Opioiden nicht ganz verdoppelt. Insgesamt werden von den aktuell geschätzten 35.000 bis 38.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum zwischen 49 und 53 Prozent durch Substitutionsbehandlung (Abbildung 2.2) bzw. zwischen 54 und 58 Prozent durch drogenspezifische Behandlung insgesamt erreicht. Dies kann als großer Erfolg gewertet werden.

Dass die In-Treatment-Rate in den letzten Jahren wieder leicht gesunken ist, hat damit zu tun, dass die geschätzte Prävalenz des risikoreichen Opioidkonsums stärker gestiegen ist als die Zahl der Behandelten. Allerdings zeigt die Prävalenzschätzung auch, dass der Anstieg in erster Linie bei den Personen ab 35 Jahren zu verzeichnen ist. Er dürfte in erster Linie auf den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben von Personen mit Opioidabhängigkeit aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) zurückzuführen sein.

Abbildung 2.2:
Opioidabhängige Personen (in Substitutionsbehandlung) – Zeitreihe



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

Auch ist es möglich, dass es durch die zunehmende Stabilität von Personen, die sich sehr lange in Substitutionsbehandlung befinden, aus methodischen Gründen zu einer Überschätzung der Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum kommt¹⁴. Es bestehen Überlegungen, in Zukunft dieses Problem in der Prävalenzschätzungsformel zu berücksichtigen.

Zusammenfassung: Mehr als die Hälfte der geschätzt 35.000 bis 38.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum befindet sich in Behandlung. Der Prozentsatz der Personen in Opioidsubstitutionsbehandlung ist regional unterschiedlich und liegt für Gesamtösterreich zwischen 49 und 53 Prozent. Es ist gelungen, über die Jahre die In-Treatment-Rate von Personen mit Opioidabhängigkeit massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg gewertet werden. 2017 befanden sich 18.632 Personen in Substitutionsbehandlung.

14

Seitens der EBBD gibt es Überlegungen, einen Teil der Personen, die sich sehr lange stabil in Substitutionsbehandlung befinden „stable OST clients“, aus der Gruppe der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum herauszurechnen. Diese Gruppe verursacht auch ein methodisches Problem beim Capture-Recapture-Ansatz, da für diese Personen die Wahrscheinlichkeit, von der Polizei wegen Opioiden angezeigt zu werden, sehr gering ist (Verletzung der Homogenitätsannahme), und führt zu einer Überschätzung der Prävalenz in der Altersgruppe 35+.

2.4 Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen

Zur Beschreibung der Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen können mehrere Indikatoren herangezogen und miteinander kombiniert werden:

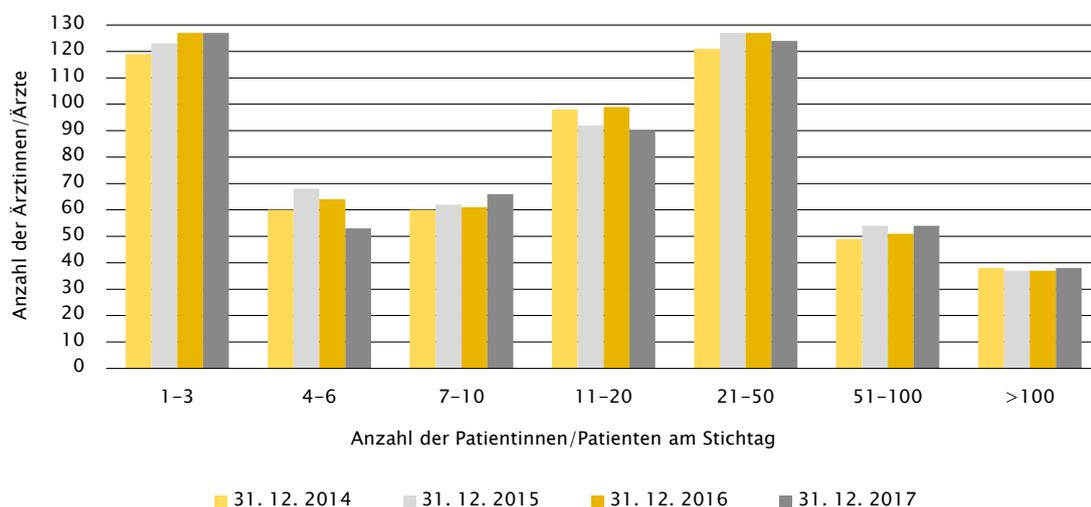
1. Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte
2. Anzahl der tatsächlich in der Substitutionsbehandlung tätigen (= versorgungswirksamen) Ärztinnen und Ärzte
3. Anzahl der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen

Die Anzahl der für die Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte ergibt sich aus der – basierend auf der *Weiterbildungsverordnung zur Substitutionsbehandlung* im BMSGK geführten – *Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzte und Ärztinnen* (LISA). Alle anderen Indikatoren stammen aus dem pseudonymisierten Register der Substitutionsbehandlungen (eSuchtmittel).

In der *Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte* waren zum Stichtag 31. 12. 2017 insgesamt 663 Mediziner/-innen eingetragen. Von diesen haben 552 (83 %) am Stichtag 31. 12. 2017 auch mindestens eine Substitutionsbehandlung durchgeführt. Da sich 16.838 Personen am 31. 12. 2017 in Substitutionsbehandlung befanden, kommen somit im Schnitt 31 Behandelte auf eine Ärztin / einen Arzt. Die Betreuungszahlen pro Arzt/Ärztin streuen sehr stark. Während im Jahr 2017 180 Ärztinnen/Ärzte (33 %) jeweils bis zu 6 Patientinnen und Patienten betreuten, waren bei 92 (17 %) Ärztinnen und Ärzten jeweils über 50 Personen in Substitutionsbehandlung (vgl. Abbildung 2.3). Das kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Teil der Substitutionsbehandlungen bei Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der (allgemeinmedizinischen) Regelversorgung durchgeführt wird, ein anderer Teil wiederum von Ärztinnen und Ärzten, die sich auf Substitutionsbehandlung spezialisiert haben.

Abbildung 2.3:

Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt in den Jahren 2014 bis 2017



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

Tabelle 2.2:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung, nach Bundesland, Stichtag 31. 12. 2017

Bundesland	Personen in Substitutionsbehandlung	Ärztinnen/Ärzte – LISA*	versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte
Burgenland	270	19	66
Kärnten	843	26	19
Niederösterreich	2.514	81	228
Oberösterreich	1.909	71	63
Salzburg	488	14	36
Steiermark	1.302	45	59
Tirol	1.100	33	44
Vorarlberg	573	14	11
Wien	7.839	378	289
Österreich	16.838	663**	552***

* LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte

** Die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte entspricht nicht der Summe der Ärztinnen und Ärzte der Bundesländer, weil in der LISA insgesamt 18 Ärztinnen und Ärzte in zwei Bundesländern Praxisadressen haben.

*** Die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte entspricht nicht der Summe der Ärztinnen und Ärzte der Bundesländer, weil einige Ärztinnen und Ärzte Klientel aus mehreren Bundesländern betreuen.

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

Bei bundeslandspezifischen Vergleichen hinsichtlich der Behandlungsstruktur ist zu berücksichtigen, dass z. B. besonders in Wien Ärztinnen und Ärzte über die Bundeslandgrenzen hinaus versorgungswirksam werden (wenn beispielsweise eine Wiener Ärztin oder ein Wiener Arzt auch Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern betreut¹⁵). In Tabelle 2.2 werden die pro Bundesland am 31. 12. 2017 in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen der Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten bzw. in der Substitutionsbehandlung versorgungsrelevanten Ärztinnen/Ärzte gegenübergestellt. Dabei ergeben sich große regionale Unterschiede. Bei der Interpretation der Zahlen ist jedoch zu bedenken, dass Substitutionsbehandlung in den Bundesländern unterschiedlich organisiert ist (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 (vgl. Abbildung 2.4).

Insgesamt hat die Anzahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte von 2011 (485) auf 2017 (522) zugenommen. Tabelle 2.3 bietet einen Überblick über die Veränderungen hinsichtlich der Anzahl der versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte nach Bundesländern. Es ist aber auch anzumerken, dass 2017 die Anzahl der versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zum Vorjahr erstmals gesunken ist (2016: 566). Dies kann bei steigenden Patientenzahlen als Hinweis auf eine Verschlechterung der Versorgungslage gedeutet werden.

Tabelle 2.3:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte nach Bundesland, Stichtag 30. 6. 2011 und 31. 12. 2017

Bundesland	versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte 2011	versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte 2017
Burgenland	59	66
Kärnten	9	19
Niederösterreich	191	228
Oberösterreich	68	63
Salzburg	17	36
Steiermark	50	59
Tirol	35	44
Vorarlberg	10	11
Wien	274	289
Österreich	485*	552*

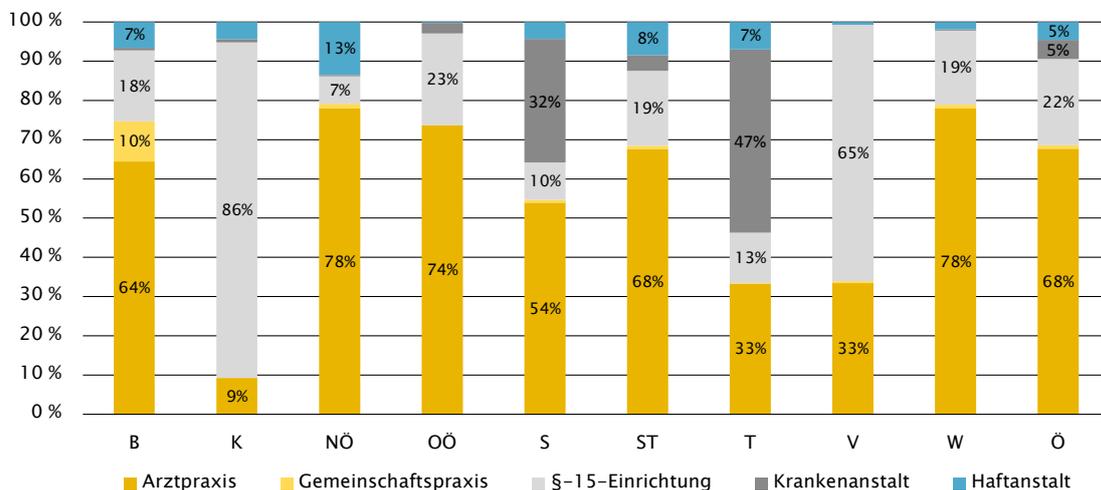
*Die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte entspricht nicht der Summe der Ärztinnen und Ärzte der Bundesländer, weil einige Ärztinnen und Ärzte Klientel aus mehreren Bundesländern betreuen.

Quellen: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung:GÖG/ÖBIG

15

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

Abbildung 2.4:
Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Art der Behandlungsstelle nach Meldeort
der Klientin / des Klienten, 2017

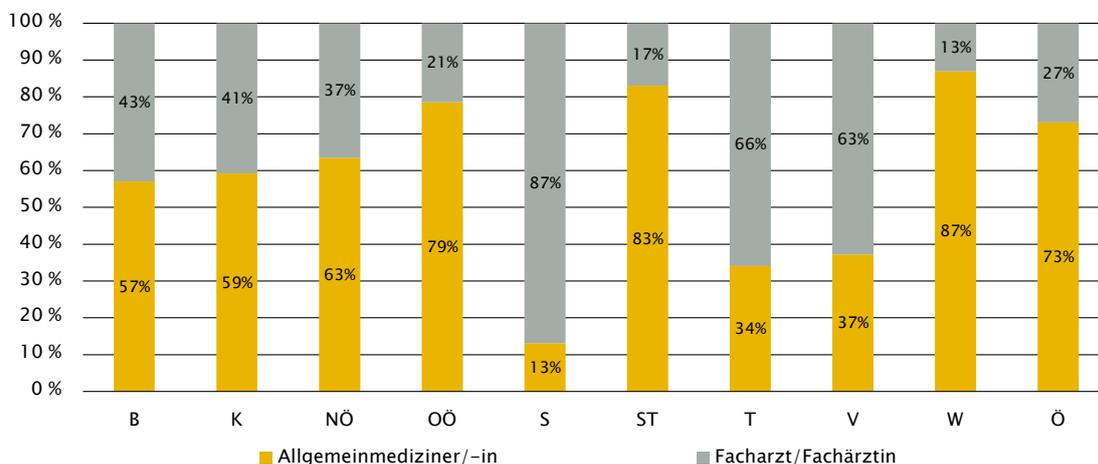


Quelle: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Verteilung der insgesamt 16.838 am Stichtag 31. 12. 2017 in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Abbildung 2.5 auf Fachärztinnen/-ärzte bzw. Allgemeinmediziner/-innen ist ebenfalls im Kontext der Versorgungsstruktur zu interpretieren. Insgesamt ist festzustellen, dass in Österreich Allgemeinmediziner/-innen eine dominierende Rolle im Bereich Substitutionsbehandlung spielen.

Abbildung 2.5:

Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Prozentsatz der von Fachärzten/-ärztinnen versus Allgemeinmediziner/-medizinerinnen betreuten Klientel am 31. 12. 2017 nach Bundesländern

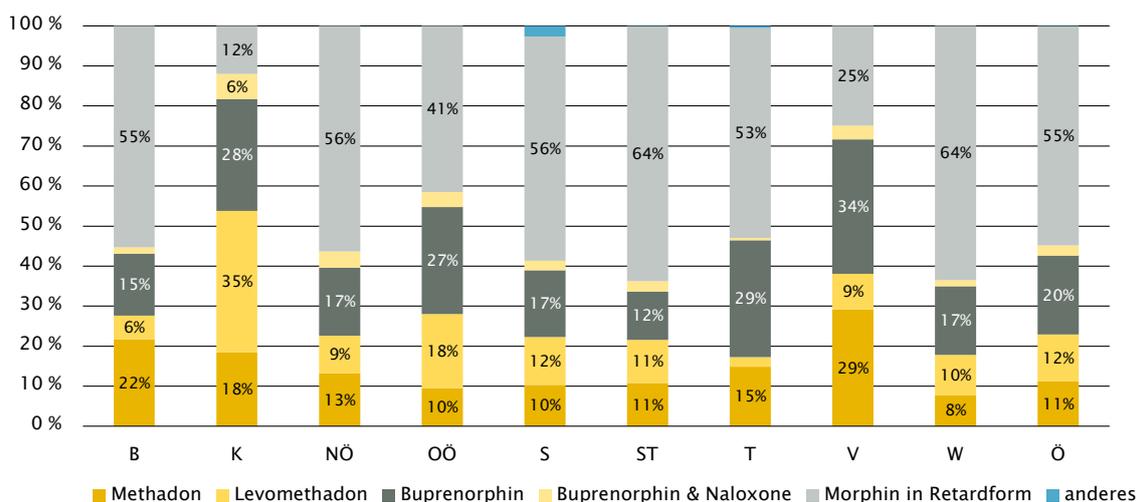


Quelle: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die pro substituierender Ärztin / substituierendem Arzt betreut werden, ist nach wie vor stark unterschiedlich. Manche Ärztinnen und Ärzte betreuen sehr viele Klientinnen und Klienten. Für Ostösterreich spielt Wien in der Versorgung eine wichtige Rolle. Österreichweit werden über 70 Prozent aller Substitutionsbehandlungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern durchgeführt. Die Anzahl der in der Substitutionsbehandlung versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte ist 2017 im Vergleich zum Vorjahr erstmals gesunken (2016: 566, 2017: 552). Das kann bei steigenden Patientenzahlen als Verschlechterung der Versorgungslage interpretiert werden.

2.5 Versorgungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlungen

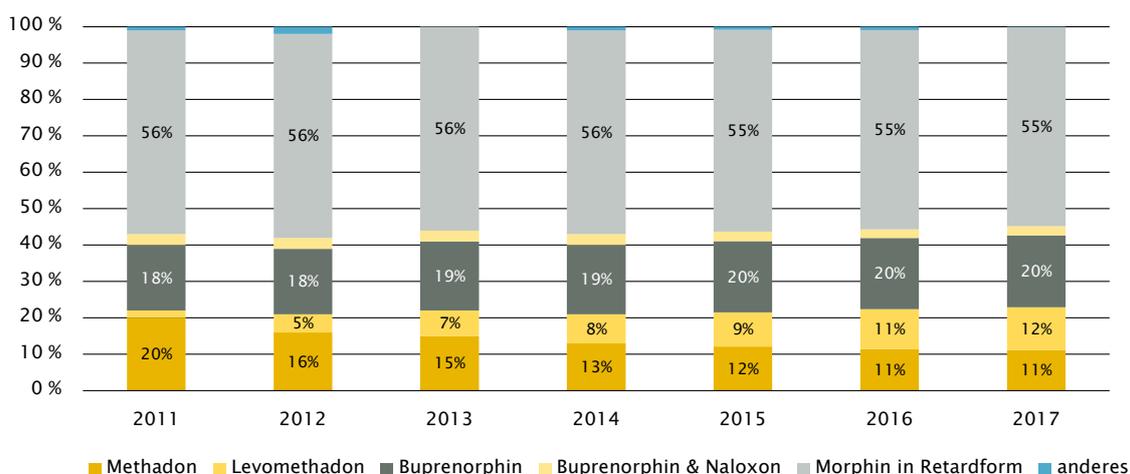
Abbildung 2.6:
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland, 2017



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 18.507 der insgesamt 18.632 Personen, da bei 125 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: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

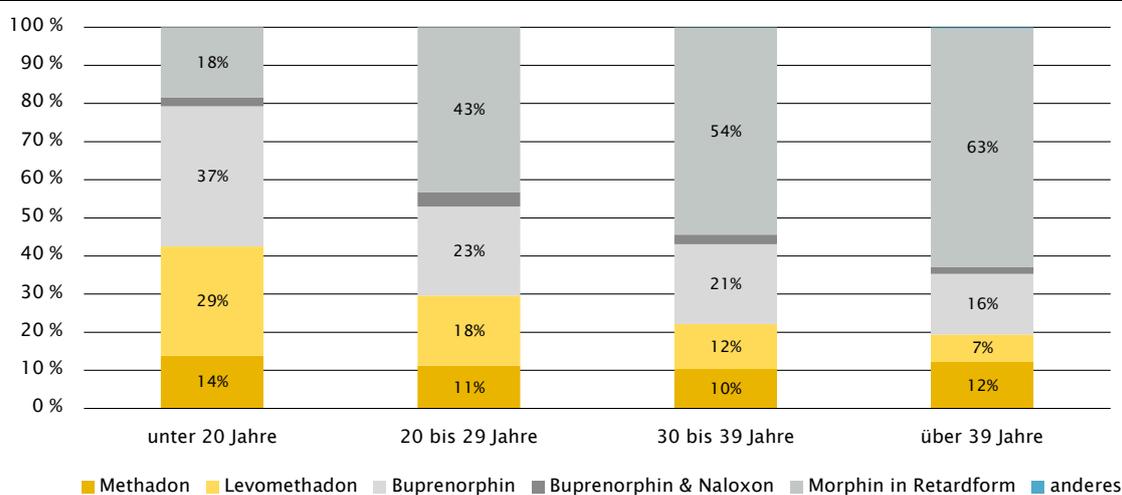
Abbildung 2.7:
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel, 2011 bis 2017



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

Österreichweit stellt Morphin in Retardform (55 %) das am häufigsten verschriebene Substitutionsmittel dar, gefolgt von Methadon (Methadon und Levomethadon erreichen gemeinsam 23 %). Auffällig ist dabei, dass die Verschreibungspraxis bundeslandabhängig sehr unterschiedlich ist. Während beispielsweise in Kärnten nur bei 12 Prozent der Behandelten Morphin in Retardform zum Einsatz kommt, ist dies in Wien bei 64 Prozent der Behandelten der Fall (vgl. Abbildung 2.6). 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 2.7).

Abbildung 2.8:
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter, 2017



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 18.507 der insgesamt 18.632 Personen, da bei 125 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: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Auch bezüglich des Alters lassen sich beim verordneten Substitutionsmittel Unterschiede feststellen. Die Tendenz geht dahin, dass älteren Patientinnen und Patienten zu einem etwas höheren Prozentsatz Morphin in Retardform verschrieben wird, während bei jüngeren Methadon und Levomethadon häufiger eingesetzt werden (vgl. Abbildung 2.8).

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.

3 Kennzahlen der Drogensituation

Tabelle 3.1:

Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2017 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren), in Absolutzahlen

Indikator/Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz Opioide Untergrenze (UG)	290	1.414	3.895	3.203	648	1.864	1.598	910	12.832	35.764
Prävalenz Opioide	515	2.236	4.895	4.110	1.261	2.765	2.139	1.273	16.300	36.943
Prävalenz Opioide Obergrenze (OG)	645	2.542	6.343	4.674	1.572	3.630	3.040	1.571	17.140	38.122
Personen in Substitutionsbehandlung	304	965	2.906	2.172	536	1.460	1.209	670	8.410	18.632
DOKLI Opioide	120	121	391	423	288	574	137	566	1.770	4.409
DOKLI Cannabis	95	68	405	216	71	347	180	491	589	2.468
DOKLI gesamt	253	221	1.001	817	415	1.062	440	1.196	2.851	8.291
§ 12 SMG Opioide	9	60	155	42	19	10	18	12	-	-
§ 12 SMG Cannabis	26	505	232	154	69	117	92	79	-	-
§ 12 SMG kein Bedarf	98	309	690	516	237	364	160	149	538	3.061
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	21	109	235	363	108	128	163	102	498	1.727
drogenbezogene Todesfälle	3	13	15	19	8	15	11	6	64	154

Indikator Alter und Geschlecht	< 25 Jahre	25-34 Jahre	35 Jahre und älter	Männer	Frauen
Prävalenz Opioide Untergrenze (UG)	2.611	12.453	16.676	26.092	7.474
Prävalenz Opioide	2.869	13.006	17.694	27.095	8.056
Prävalenz Opioide Obergrenze (OG)	3.126	13.560	18.711	28.099	8.638
Personen in Substitutionsbehandlung	1.050	7.373	10.209	13.819	4.813
DOKLI Opioide	839	2.051	1.519	3.227	1.182
DOKLI Cannabis	1.420	700	348	2.045	423
DOKLI gesamt	2.707	3.295	2.289	6.394	1.897
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	179	710	833	1.191	526
drogenbezogene Todesfälle	23	51	80	125	29

Prävalenz Opioide UG bzw. OG: 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 2017 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 2017 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 2016 (aktuellste verfügbare Daten)

Drogenbezogene Todesfälle: direkt drogenbezogene Todesfälle aufgrund von Überdosierungen 2017

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 2017 (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 Opioide Untergrenze (UG)	151,6	384,5	360,5	331,8	178,4	227,3	321,7	353,0	1038,1	607,9
Prävalenz Opioide	269,1	608,7	447,0	419,6	342,1	334,8	422,4	489,0	1264,8	627,9
Prävalenz Opioide Obergrenze (OG)	336,9	692,0	582,0	479,1	426,5	439,9	604,3	616,6	1330,0	647,9
Personen in Substitutionsbehandlung	158,7	262,7	265,4	221,7	145,4	176,8	238,7	257,4	652,6	316,7
DOKLI Opioide	62,7	32,9	35,7	43,2	78,1	69,5	27,1	217,4	137,3	74,9
DOKLI Cannabis	49,6	18,5	37,0	22,1	19,3	42,0	35,5	188,6	45,7	41,9
DOKLI gesamt	132,1	60,2	91,4	83,4	112,6	128,6	86,9	459,5	221,2	140,9
§ 12 SMG Opioide	4,7	16,3	14,2	4,3	5,2	1,2	3,6	4,6	-	-
§ 12 SMG Cannabis	13,6	137,5	21,2	15,7	18,7	14,2	18,2	30,3	-	-
§ 12 SMG kein Bedarf	51,2	84,1	63,0	52,7	64,3	44,1	31,6	57,2	41,7	52,0
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	10,9	29,6	21,6	37,2	29,4	15,5	32,4	39,6	39,2	29,5
drogenbezogene Todesfälle	1,6	3,5	1,4	1,9	2,2	1,8	2,2	2,3	5,0	2,6

Indikator Alter und Geschlecht	< 25 Jahre	25-34 Jahre	35 Jahre und älter	Männer	Frauen
Prävalenz Opioide Untergrenze (UG)	259,3	1040,2	453,2	893,6	252,2
Prävalenz Opioide	284,9	1086,4	480,9	927,9	271,8
Prävalenz Opioide Obergrenze (OG)	310,4	1132,6	508,5	962,3	291,5
Personen in Substitutionsbehandlung	104,3	615,9	277,5	473,3	162,4
DOKLI Opioide	83,3	171,3	41,3	110,5	39,9
DOKLI Cannabis	141,0	58,5	9,5	70,0	14,3
DOKLI gesamt	268,8	275,2	62,2	219,0	64,0
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	17,6	60,0	22,9	41,0	17,9
drogenbezogene Todesfälle	2,3	4,3	2,2	4,3	1,0

Prävalenz Opioide UG bzw. OG: 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 – Opioide/Cannabis: alle Personen, die 2017 in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opioide bzw. mit Cannabis als alleiniger Leitdroge

§ 12 SMG – Opioide/Cannabis / kein Bedarf: Personen, für die die Begutachtung nach § 12 SMG im Jahr 2017 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 Opioide) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2016 (aktuellste verfügbare Daten)

drogenbezogene Todesfälle: direkt drogenbezogene Todesfälle aufgrund von Überdosierungen 2017

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

4 Schwerpunktkapitel

Mortalitätskohortenanalyse

Substitutionsbehandlung

4.1 Hintergrund und Fragestellungen

Mortalitätskohortenstudien liefern Informationen für einen Teilbereich des von der EBDD definierten Schlüsselindikators *drug-related deaths and mortality key epidemiological indicator*. Während im Rahmen von *drug-related deaths* in erster Linie Todesfälle mit direktem kausalem Bezug zum Drogenkonsum (tödlich verlaufende Überdosierung) gesammelt werden (vgl. Kap. 6), liefern Mortalitätskohortenanalysen ein Bild der Gesamtmortalität von Personen mit risikoreichem Drogenkonsum. Dabei kann man grundsätzlich unterscheiden zwischen direkter Mortalität (Überdosierungen), indirekter Mortalität (z. B. Todesfall aufgrund von AIDS nach HIV-Infektion durch i. v. Drogenkonsum) und Todesfällen, bei denen kaum ein oder gar kein kausaler Bezug zum Drogenkonsum belegbar ist. Zur Dokumentation des *drug-related death* werden entweder spezielle Register geführt (*special mortality register*), oder es wird eine bestimmte Selektion von Todesursachen aus der allgemeinen Todesursachenstatistik als *drug-related* definiert. Bei Mortalitätskohortenanalysen wird im Gegensatz dazu eine Gruppe (Kohorte) über einen bestimmten Zeitraum beobachtet, wobei alle Todesfälle in dieser Zeitspanne erfasst werden.

Neben Aussagen bezüglich der Mortalität der in der Kohorte beobachteten Personen können auch Vergleiche mit der Gesamtpopulation (alle Österreicherinnen und Österreicher) oder mit Kohortenstudien anderer Länder gemacht werden. Dabei müssen allerdings unter Zuhilfenahme diverser statistischer Verfahren unterschiedliche Zusammensetzungen hinsichtlich Alter und Geschlecht berücksichtigt werden, da die Sterbewahrscheinlichkeit mit dem Alter zunimmt und auch vom Geschlecht abhängt. Ist zudem die Art der Todesursache bekannt, können zusätzlich wichtige Aussagen über Begleiterkrankungen und andere Risikofaktoren in der beobachteten Kohorte gemacht werden.

Im Rahmen der nachfolgenden Analysen werden folgende Fragestellungen behandelt:

- » Wie lässt sich die beobachtete Kohorte von Personen, die zwischen 1. 1. 2002 und 31. 12. 2016 eine Opioidsubstitutionsbehandlung begonnen haben, soziodemografisch beschreiben?
- » Wie lässt sich die beobachtete Kohorte hinsichtlich Behandlungsparametern beschreiben?
- » Wie hoch ist die Mortalität in der beobachteten Kohorte?
- » Wie hoch ist die Mortalität in der beobachteten Kohorte im Vergleich zur Gesamtpopulation gleichen Alters und gleicher Zusammensetzung nach Geschlecht?
- » Wie hoch ist die Mortalität in der beobachteten Kohorte im Vergleich mit anderen publizierten Kohortenstudien über Personen mit Opioidabhängigkeit?

4.2 Methode

Die österreichische „Mortalitätskohorte Substitutionsbehandlung“ fußt auf jahrelangen technischen, konzeptionellen und gesetzgeberischen Vorarbeiten. Ihre wichtigste Voraussetzung stellt die Tatsache dar, dass Einträge ins bundesweite Substitutionsregister im Rahmen von eSuchtmittel nur nach vorheriger Identifikation im zentralen Melderegister erfolgen und zusammen mit der bereichsspezifischen Personenkennzahl Gesundheit (bPK-Gesundheit) abgespeichert werden. Alle Einträge werden in der Folge ein weiteres Mal verschlüsselt und in pseudonymisierter Form im Statistikregister Substitution (*eSuchtmittel*) gespeichert.

Nach Schaffung der gesetzlichen Grundlage war es 2018 erstmals möglich, über mehrere Zwischenschritte unter strikter Wahrung des Datenschutzes eine Verknüpfung des Statistikregisters Substitution mit dem allgemeinen Todesursachenregister durchzuführen, aus der ersichtlich ist, wer wann woran verstorben ist. Diese Verknüpfung konnte für den Zeitraum 1. 1. 2002 bis 31. 12. 2016 durchgeführt werden.

Zur Beschreibung der Mortalität in der Kohorte wird zunächst die *rohe Sterblichkeitsrate (crude mortality rate)* in Form der „Anzahl von Todesfällen pro 1.000 Personenjahre“ herangezogen.¹⁶ Um die *rohe Sterblichkeitsrate* mit der Sterblichkeitsrate in der Allgemeinbevölkerung zu vergleichen, muss im Rahmen einer indirekten Standardisierung die Sterblichkeit der Allgemeinbevölkerung mit der gleichen Altersstruktur und der gleichen Zusammensetzung nach Geschlecht berechnet werden. Dies wurde anhand der Sterbetafel 2010 bis 2012¹⁷ durchgeführt. Der Quotient *rohe Sterblichkeitsrate Kohorte / Sterblichkeitsrate der Allgemeinbevölkerung gleichen Alters und Geschlechts* wird als *Standardmortalitätsverhältnis (standard mortality ratio)* bezeichnet und gibt das Verhältnis an, in dem die Sterblichkeit der beobachteten Kohorte zu jener in der Allgemeinbevölkerung steht (die Sterblichkeit in der beobachteten Gruppe ist z. B. doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung). Über das *Standardmortalitätsverhältnis* können auch Kohortenstudien aus unterschiedlichen Ländern miteinander verglichen werden. Zur Analyse des Verlaufs der Sterblichkeit in der beobachteten Kohorte wurde eine Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier durchgeführt.

Eine systematische Literatursuche, um Vergleiche mit anderen Mortalitätskohortenstudien anzustellen, war im Rahmen der vorhandenen Ressourcen nicht möglich. Der Vergleich erfolgt daher mit einer Übersichtsarbeit der EBDD über rezente Kohortenstudien (EMCDDA 2015), mit einem systematischen Review (Mathers et al. 2013) und einer großen Kohortenstudie aus Schottland (Merrall et al. 2012) mit ähnlichem Untersuchungsdesign.

16

Was diese Kennzahl bedeutet, sei an einem kurzen Beispiel veranschaulicht: Wird eine Kohorte von 1.000 Personen von 1. 1. 2010 bis 1. 1. 2020 (also über 10 Jahre) beobachtet und versterben 40 Personen in diesem Zeitraum, so ergibt das 40 Todesfälle auf 10.000 Personenjahre, was 4 Todesfällen auf 1.000 Personenjahre entspricht.

17

http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=022541 - 7. 8. 2018

4.3 Datenqualität und Datenbereinigung

Vor Beginn der Mortalitätsanalysen wurden die Daten unterschiedlichen Plausibilitätschecks unterzogen. Bei den insgesamt 1.904 registrierten Todesfällen lag in 459 Fällen das Todesdatum vor dem Enddatum der letzten Betreuungssequenz. Diese auf den ersten Blick gravierende Unplausibilität lässt sich folgendermaßen erklären: 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 dem/der das Suchtgiftrezept vidierenden Amtsarzt/Amtsärztin auf. Diese(r) beendet dann die Behandlung, allerdings mit einer gewissen Verspätung. Deswegen kann das im Substitutionsregister eingetragene Behandlungsende auch geringfügig nach dem Todesdatum liegen. Eine nähere Analyse zeigt, dass in 80 Prozent der Fälle das Behandlungsende im Zeitraum bis maximal einen Monat nach dem Sterbedatum eingetragen wurde. In weiteren 15 Prozent dauerte es bis zum Eintrag länger als einen Monat aber kürzer als ein Jahr. Die verbleibenden 26 Fälle mit einer Differenz zwischen Tod und Behandlungsende von über einem Jahr sind größtenteils auf Datenkorrekturmaßnahmen im Jahr 2011 (Start des Routinebetriebs von eSuchtmittel) zurückzuführen, im Zuge deren offene Behandlungen, deren Ende nicht mehr rekonstruiert werden konnte, mit einem bestimmten Datum im Jahr 2011 beendet wurden. Lediglich bei 4 der insgesamt 27.858 beobachteten Fälle handelt es sich um „echte“ Ghost-Cases, d. h. sie waren am 31. 12. 2016 als in Behandlung befindlich gemeldet, obwohl sie bereits über ein Jahr zuvor verstorben waren. Es kann daher insgesamt von einer sehr guten Datenqualität im Substitutionsregister ausgegangen werden.

Bei allen 459 Fällen, bei denen das Todesdatum vor dem Datum des Behandlungsendes lag, wurde dieses durch das Todesdatum ersetzt.

4.4 Soziodemografische Beschreibung der Kohorte

Prinzipiell lassen sich aus dem vorliegenden Datensatz 2 Kohorten definieren:

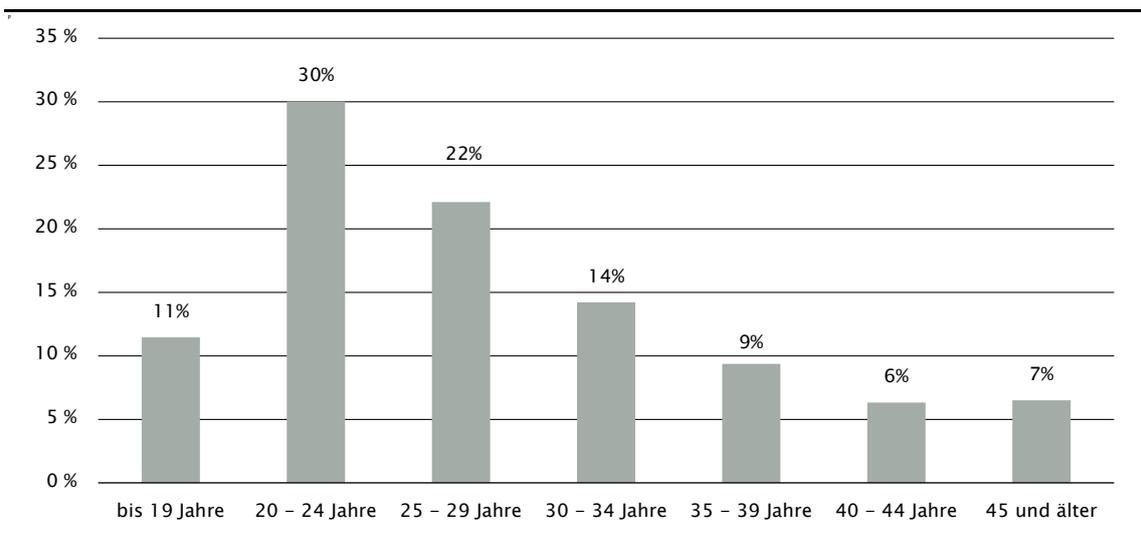
Kohorte 1: alle Personen, die am 1. 1. 2002 bereits in Substitutionsbehandlung waren, zuzüglich aller Personen, die zwischen dem 1. 1. 2002 und dem 31. 12. 2016 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben (N = 27.858). Insgesamt wurden in dieser Kohorte 1.904 Todesfälle beobachtet.

Kohorte 2: Die Teilgruppe der Kohorte 1, die zwischen dem 1. 1. 2002 und dem 31. 12. 2016 eine Substitutionsbehandlung begonnen hat (N = 24.892). Insgesamt wurden in dieser Kohorte 1.526 Todesfälle beobachtet.

Da Kohorte 2 eher dem Untersuchungsdesign der publizierten Kohortenstudien, die weiter unten zum Vergleich herangezogen werden, entspricht, bezieht sich die nachfolgende Darstellung auf Kohorte 2, also auf jene 24.892 Personen, die im Zeitraum 1. 1. 2002 bis 31. 12. 2016 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben.

Da nur das Geburtsjahr der Patientinnen und Patienten im Datensatz enthalten ist, wurde für die Altersberechnung der 30. 6. des jeweiligen Geburtsjahrs als Geburtsdatum festgelegt. Das Durchschnittsalter der 24.892 Personen, die im Zeitraum 1.1.2002 bis 31.12.2016 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, betrug bei der Aufnahme in die Kohortenstudie 28,9 Jahre bei einer Standardabweichung von 8,7 Jahren. Die Altersverteilung in Fünf-Jahres-Schritten zeigt Abbildung 4.1.

Abbildung 4.1:
Alter der 24.892 Personen beim ersten Beginn einer Substitutionsbehandlung ab dem 1. 1. 2002 (Aufnahme in die Kohortenstudie) in Prozent

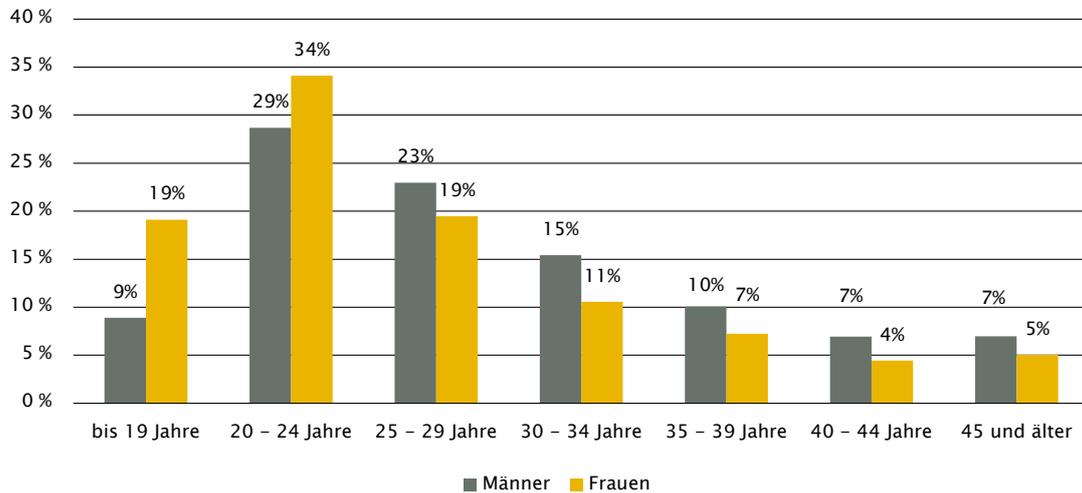


Quelle: GÖG – Datensatz Mortalitätskohortenstudie; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

18.622 der beobachteten Personen waren Männer, 6.244 waren Frauen. Bei 26 Personen liegt keine Angabe zum Geschlecht vor. Der Frauenanteil liegt somit bei 25 Prozent. Das Durchschnittsalter bei der Aufnahme in die Kohorte ist bei Frauen mit 26,9 Jahren niedriger als bei Männern (29,5 Jahre). Näheres über Geschlechtsunterschiede betreffend Abhängigkeit findet sich im *Epidemiologiebericht Sucht* des Vorjahres (Anzenberger et al. 2017). Der Altersunterschied zwischen Männern und Frauen zeigt sich auch deutlich in Abbildung 4.2.

Abbildung 4.2:

Alter beim ersten Beginn einer Substitutionsbehandlung ab dem 1. 1. 2002 (Aufnahme in die Kohortenstudie) nach Geschlecht in Prozent

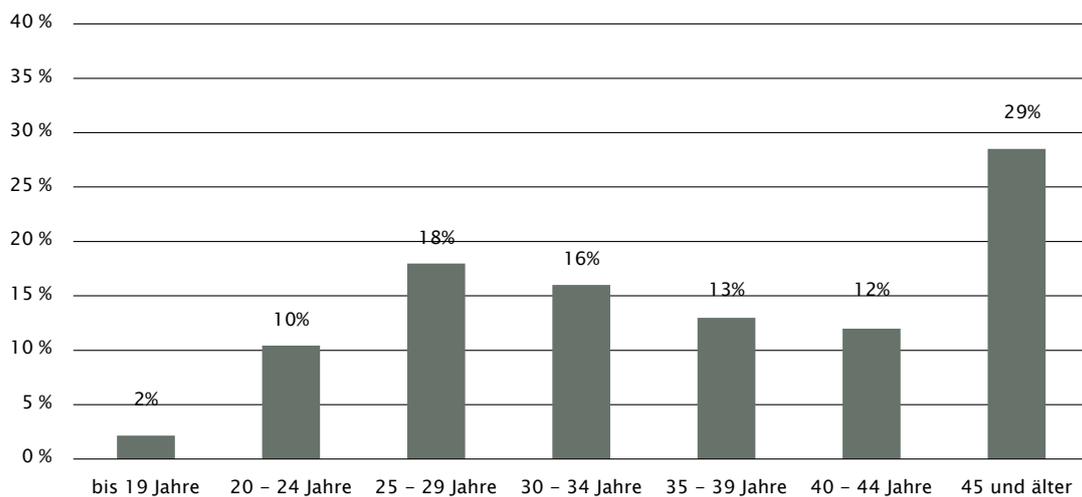


Quelle: GÖG - Datensatz Mortalitätskohortenstudie; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt des Todes der insgesamt 1.526 verstorbenen Personen beträgt 37,8 Jahre. Abbildung 4.3 zeigt das Alter zum Todeszeitpunkt in Fünf-Jahres-Schritten.

Abbildung 4.3:

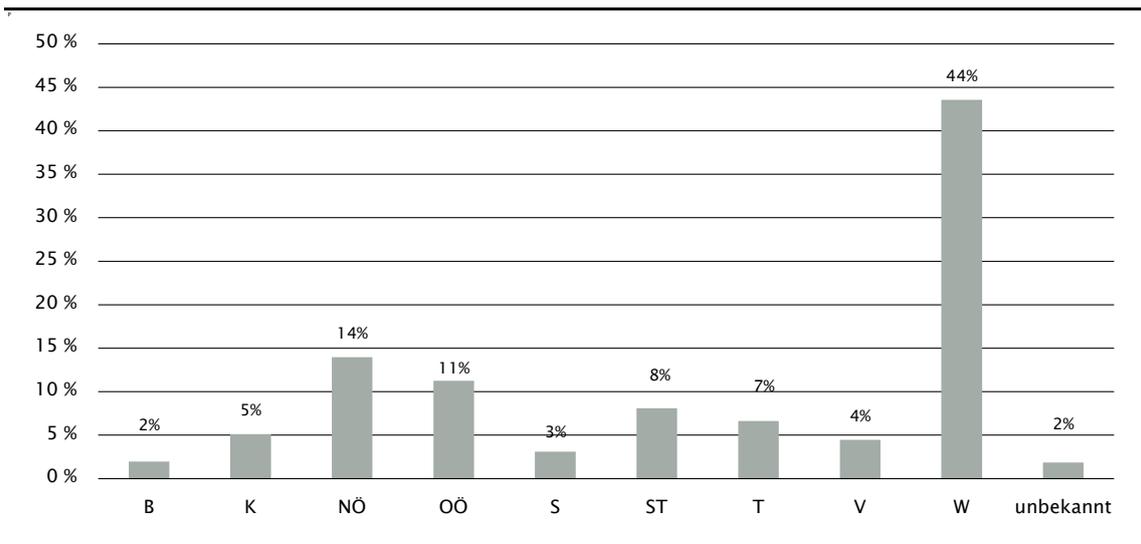
Alter zum Zeitpunkt des Todes der 1.526 verstorbenen Personen in Prozent



Quelle: GÖG - Datensatz Mortalitätskohortenstudie; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Zuordnung zum Bundesland erfolgte über die letzte bis zum 31. 12. 2016 verfügbare Information im pseudonymisierten Statistikregister. Das bedeutet, dass bei Umzügen in andere Bundesländer im Beobachtungszeitraum jede Person dem letzten Bundesland zugeordnet wurde. Die Verteilung der Kohorte über die Bundesländer ist in Abbildung 4.4 dargestellt.

Abbildung 4.4:
Letztes Bundesland der 24.892 in der Kohorte erfassten Personen in Prozent



Quelle: GÖG – Datensatz Mortalitätskohortenstudie; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.5 Beschreibung der Kohorte nach Behandlungsparametern

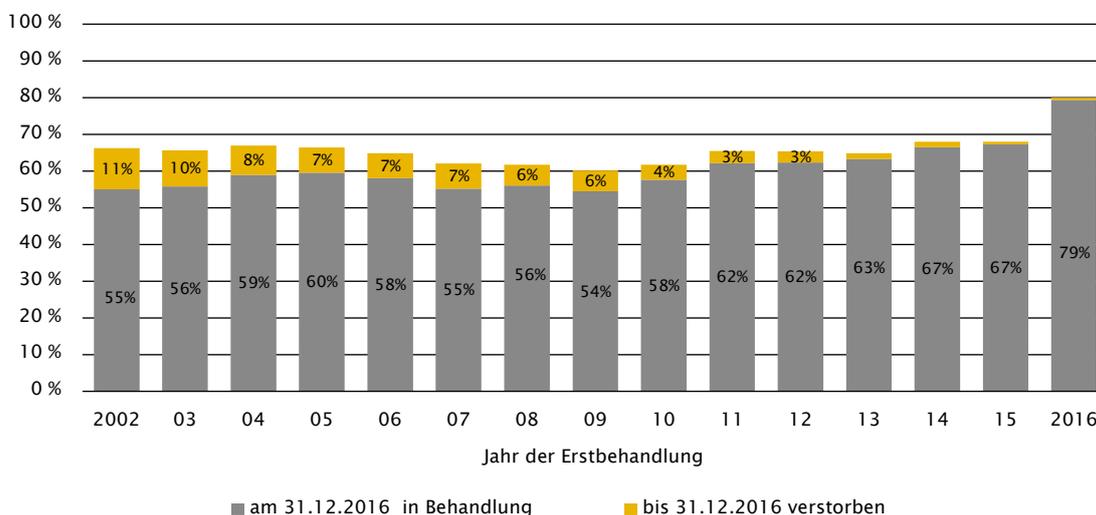
Die 24.892 Personen liefern im Beobachtungszeitraum 1. 1. 2002 bis 31. 12. 2016 insgesamt 197.739 Personenjahre. 126.469 dieser Jahre (64 %) befanden sie sich in Substitutionsbehandlung. Dies spricht für eine hohe Haltequote in Substitutionsbehandlung in Österreich. Diese lässt sich auch anhand Abbildung 4.5 verdeutlichen. Sie stellt Behandlungs- bzw. Vitalstatus aller 22.826¹⁸ Personen am 31. 12. 2016 dar, die im Zeitraum 1. 1. 2002 bis 31. 12. 2016 erstmals in ihrem Leben eine Substitutionsbehandlung begonnen haben. Es zeigt sich, dass über die Hälfte der Patientinnen und Patienten nach 10 Jahren und fast zwei Drittel nach fünf Jahren noch oder wieder in Behandlung sind. Ob jene, die am 31. 12. 2016 weder in Substitutionsbehandlung waren noch verstorben sind, in anderen Behandlungsformen betreut werden, weiter illegal Drogen konsumieren oder opioidfrei leben, ist aus den zur Verfügung stehenden Daten nicht ableitbar.

18

Bei 2.066 der insgesamt 24.892 Personen mit Behandlungsbeginn im Beobachtungszeitraum handelt es sich um einen Wiederbeginn einer Substitutionsbehandlung nach einer vor dem 1. 1. 2002 beendeten Substitutionsbehandlung.

Abbildung 4.5:

Personen nach Erstbehandlung und Jahren, die sich am 31. 12. 2016 noch oder wieder in Substitutionsbehandlung befanden bzw. bis 31. 12. 2016 verstorben sind, in Prozent



Hinweis zum Lesen der Grafik: grauer Balken: Es wird der Prozentsatz der Personen dargestellt, die im jeweiligen Jahr zum ersten Mal eine Substitutionsbehandlung begannen und sich am 31. 12. 2016 noch immer oder wieder in Behandlung befanden. Gelber Balken: Es wird der Prozentsatz der Personen dargestellt, die im jeweiligen Jahr zum ersten Mal eine Substitutionsbehandlung begannen und bis zum 31. 12. 2016 verstorben sind. Beispiel: 55 Prozent der Personen, die 2002 erstmals in Substitutionsbehandlung waren, befanden sich am 31. 12. 2016 noch immer oder wieder in Substitutionsbehandlung. 11 Prozent dieser Personen sind bis 31. 12. 2016 verstorben.

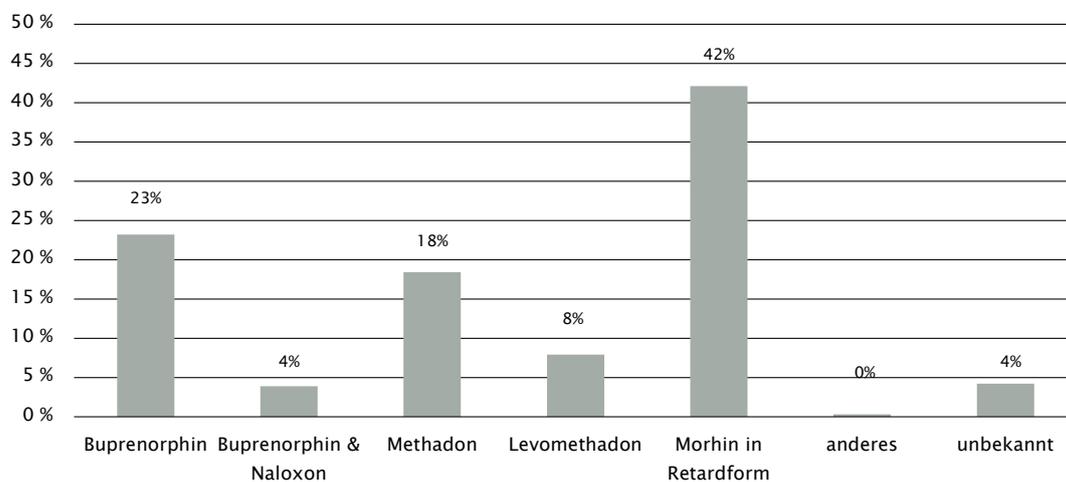
Die Auswertung bezieht sich auf 22.826 Personen mit lebensbezogen erstmaligem Beginn einer Substitutionsbehandlung im Beobachtungszeitraum. Bei 2.066 der insgesamt 24.892 Personen mit Behandlungsbeginn im Beobachtungszeitraum handelt es sich um den Wiederbeginn einer Substitutionsbehandlung nach einer vor dem 1. 1. 2002 beendeten Substitutionsbehandlung.

Quelle: GÖG – Datensatz Mortalitätskohortenstudie; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Beim Substitutionsmittel wurde, wie beim Bundesland, die letzte bis zum 31. 12. 2016 verfügbare Information im pseudonymisierten Statistikregister herangezogen. Das bedeutet, dass bei etwaigem Wechsel des Substitutionsmittels jeweils das letzte im Beobachtungszeitraum verordnete in der Auswertung aufscheint. Morphin in Retardform liegt – wie auch bei den aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen (vgl. Kap. 2) klar vor Methadon/Levomethadon und Buprenorphin (vgl. Abbildung 4.6).

Abbildung 4.6:

Letztes Substitutionsmittel der 24.892 in der Kohorte erfassten Personen in Prozent



Quelle: GÖG – Datensatz Mortalitätskohortenstudie; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.6 Verlauf der Mortalität

Da es sich bei Mortalitätskohorten in der Regel um rechtszensierte Daten¹⁹ handelt, wird zur Beschreibung des Verlaufs der Mortalität das Verfahren der „Überlebensanalyse“ nach Kaplan-Meier herangezogen. Es zeigt sich, dass nach 15 Jahren Beobachtungszeit noch 88 Prozent der Personen, die eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, am Leben sind.

Der Verlauf der Überlebensfunktion ist annähernd linear, d. h. es lassen sich anhand dieser Analyse keine kritischen Phasen (z. B. am Beginn einer Substitutionsbehandlung) identifizieren.²⁰

¹⁹

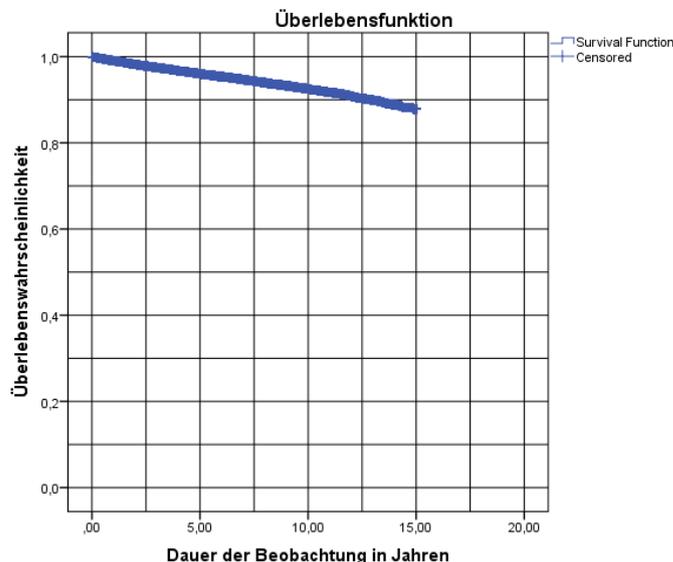
Bei rechtszensierten Daten wurden nicht alle Personen bis zur Beendigung der interessierenden Bedingung (in diesem Fall Tod) beobachtet, da der Todeszeitpunkt bei vielen Personen in der Zukunft liegt.

²⁰

Grundsätzlich muss man bei Überlebenskurven bedenken, dass bei konstanter Sterblichkeit die Kurve nicht linear verläuft, sondern exponentiell, weswegen man bei konstanter Mortalität grundsätzlich nur dann eine Gerade beobachten könnte, wenn man die Werte der Y-Achse logarithmiert. Da die Mortalität über den Beobachtungszeitraum relativ gering ist, ändert sich durch Logarithmieren im gegenständlichen Fall allerdings nur wenig.

Abbildung 4.7:

Verlauf der Mortalität (Überlebensfunktion nach Kaplan-Meier; n = 24.892)



Anmerkung: Hinweis zum Lesen der Grafik: Nach 5 Jahren sind 95 Prozent der beobachteten Personen noch am Leben, nach 10 Jahren 92 Prozent und nach 15 Jahren 88 Prozent.

Quelle: GÖG – Datensatz Mortalitätskohortenstudie; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.7 Vergleich der Mortalität in der beobachteten Kohorte mit jener in der österreichischen Allgemeinbevölkerung

Die 24.892 Personen liefern insgesamt 197.739 Personenjahre, bei denen insgesamt 1.526 Todesfälle beobachtet wurden. Das bedeutet, dass auf 1.000 Personenjahre 7,7 Todesfälle kommen (95 % Konfidenzintervall 7,3–8,0). Diese Kennzahl wird als *rohe Sterblichkeitsrate (crude mortality rate)* bezeichnet. Um diese Sterblichkeitsrate mit jener der Allgemeinbevölkerung zu vergleichen, muss im Rahmen einer indirekten Standardisierung die Sterblichkeit der Allgemeinbevölkerung mit der gleichen Altersstruktur und der gleichen Zusammensetzung nach Geschlecht berechnet werden. Dies wurde anhand der Sterbetafel 2010 bis 2012²¹ durchgeführt und ergibt eine *rohe Sterblichkeitsrate* von 1,7 Todesfällen pro 1.000 Personenjahre für den Teil der Gesamtbevölkerung, der in Alters- und Geschlechtszusammensetzung der beobachteten Kohorte entspricht. Aus diesen beiden Sterblichkeitsraten wurde das *Standardmortalitätsverhältnis (standard mortality ratio)*

21

http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=022541-7.8.2018

berechnet ($7,7/1,7 = 4,5$). Das bedeutet, dass die Personen in der beobachteten Kohorte im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung ein 4,5-fach erhöhtes Sterberisiko aufweisen. In Tabelle 4.1 sind diese Berechnungen insgesamt und für Männer und Frauen getrennt dargestellt. Interessant ist, dass Frauen in der beobachteten Kohorte eine niedrigere *rohe Sterblichkeitsrate* aufweisen als Männer (es versterben 6,3 Frauen in 1.000 Beobachtungsjahren und 8,4 Männer). Das *Standardmortalitätsverhältnis* hingegen ist bei weiblichen Kohortenmitgliedern höher als bei männlichen (Frauen weisen das 7,9-fache Sterblichkeitsrisiko auf, Männer nur das 4,2-fache). Dies liegt daran, dass in der Allgemeinbevölkerung die Sterblichkeitsrate bei Männern in den relevanten Altersgruppen mit 2 pro 1.000 Personenjahren wesentlich höher ist als bei Frauen mit 0,8 Todesfällen bei 1.000 Personenjahren.

Tabelle 4.1:

Rohe Sterblichkeitsrate in der Kohorte und Sterblichkeit in der Bevölkerung gleicher Altersstruktur wie die Kohorte pro 1.000 Personenjahre und Standardmortalitätsverhältnis

Geschlecht	rohe Sterblichkeitsrate Kohorte	Sterblichkeitsrate in Österreich (gleiche Altersstruktur wie Kohorte)	Standardmortalitätsverhältnis
Männer	8,4 (7,9–8,8)	2,0	4,2 (3,9–4,4)
Frauen	6,3 (5,7–7,0)	0,8	7,9 (7,1–8,8)
insgesamt	7,7 (7,3–8,0)	1,7	4,5 (4,3–4,7)

Quelle: GÖG – Datensatz Mortalitätskohortenstudie; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.8 Vergleich der Mortalität in der beobachteten Kohorte mit anderen Kohortenstudien

In Tabelle 4.2 wird die vorliegende Kohorte verglichen mit anderen rezenten Kohorten in der EU, die in einer 2015 erstellten Aufstellung rezenter Mortalitätskohortenstudien (EMCDDA 2015) aufscheinen. Darin stellt die österreichische Kohorte mit insgesamt 197.739 Personenjahren die mit Abstand größte Kohorte dar. Ein direkter Vergleich der *rohen Sterblichkeitsrate* (Todesfälle pro 1.000 Personenjahre) ist nicht zulässig, da dieser Indikator sehr stark von der Zusammensetzung der Kohorte nach Alter und Geschlecht abhängt. Insbesondere das Alter spielt bezüglich der Sterblichkeit eine wesentliche Rolle. Über das junge Durchschnittsalter ist z. B. die relativ niedrige *rohe Sterblichkeitsrate* in den Kohorten in Bukarest und Malta zu erklären. Das *Standardmortalitätsverhältnis* ist hingegen vergleichbar. Hier zeigt sich, dass die österreichische Kohorte nach jener aus Malta das niedrigste Standardmortalitätsverhältnis aufweist. In der Übersichtsarbeit der EBDD wird zusammenfassend davon ausgegangen, dass das *Standardmortalitätsverhältnis* opioidabhängiger Personen in der Regel 10 oder höher ist: „Risk of death among problem drug users was typically 10 or more times that among their peers in the general population.“ (EMCDDA 2015, S. 1). In der österreichischen Kohorte beträgt das *Standardmortalitätsverhältnis* hingegen 4,5.

Ein Vergleich mit einer großen schottischen Kohortenstudie mit opioidabhängigen Personen (Merrall et al. 2012), die für den Zeitraum 1996 bis 2006 mit ähnlichem Design durchgeführt wurde (231.551 Personenjahre, 1.690 Todesfälle), ist nur eingeschränkt möglich, da nur die *rohe*

Sterblichkeitsrate publiziert wurde (7,3 Todesfälle pro 1.000 Personenjahre). Da die Personen in dieser Kohorte jedoch wesentlich jünger sind als in der österreichischen (44 % sind unter 25 Jahren und nur 14 % 35 Jahre und älter), ist davon auszugehen, dass das *Standardmortalitätsverhältnis* für die österreichische Kohorte ebenfalls unter jenem der schottischen liegt.

Auch ein Vergleich mit den in einer Übersichtsarbeit publizierten *Standardmortalitätsverhältnissen* von 31 Studien (Mathers et al. 2013) zeigt, dass die dort referierte Sterblichkeit in den meisten Kohorten wesentlich höher ist als in der österreichischen.

Bei der Interpretation aller Vergleiche ist jedoch zu berücksichtigen, dass neben Alter und Geschlecht möglicherweise auch noch andere Faktoren Einfluss auf die Mortalitätsraten der beobachteten Kohorten von Personen mit Opioidabhängigkeit haben können. Ein wichtiger Kontextfaktor ergibt sich aus dem Setting, in dem die Kohorte rekrutiert wurde (z. B. Behandlungsprogramm für multimorbide Personen mit Opioidabhängigkeit mit langer Suchtgeschichte versus niederschwelliges Opioidsubstitutionsprogramm mit wenigen Aufnahmevoraussetzungen). Ein wichtiger Faktor ist auch der Umstand, wie die Tatsache „Todesfall“ in der Kohorte festgestellt wurde (z. B. Meldung der Behandlerin / des Behandlers versus Verlinkung mit dem Todesursachenregister über einen Identifier, wobei hier die Qualität des Identifiers auch noch eine wichtige Rolle spielt).

Die durchgeführten Analysen legen nahe, dass die relative Mortalität von Personen, die in Österreich eine Opioidsubstitutionsbehandlung beginnen, deutlich niedriger ist als in anderen Ländern.

Tabelle 4.2:

Vergleich der österreichischen Kohorte mit anderen verfügbaren rezenten Kohorten in der EU

Land/Stadt	Aufnahme in die Kohorte	Ende Beobachtungszeitraum	Anzahl Personen	Durchschnittsalter bei Aufnahme in die Kohorte	beobachtete Personenjahre	Anzahl Todesfälle	Todesfälle pro 1.000 Personenjahre	Standardmortalitätsverhältnis
Zagreb	01.2000–12.2006	12.2010	3.056	27,04	24.508	230	9,4 (8,3–10,7)	8,5 (7,4–9,6)
Lettland	01.2000–12.2011	12.2011	3.599	24,36	25.774	417	16,2 (14,7–17,8)	18,0 (16,4–19,8)
Malta	01.1994–06.2008	12.2008	1.659	23,35	13.548	47	3,5 (2,6–4,6)	3,5 (2,6–4,6)
Amsterdam	01.1996–12.2002	03.2009	2.566	38,14	21.694	348	16,0 (14,4–17,8)	5,1 (4,6–5,7)
Norwegen	01.1997–12.2003	12.2003	3.787	36,11	10.922	210	19,2 (16,8–22,0)	10,8 (9,4–12,4)
Bukarest	01.2001–11.2008	09.2010	2.584	23,34	19.428	110	5,7 (4,7–6,8)	6,9 (5,7–8,3)
Slowenien	01.2004–07.2007	12.2010	3.189	27,13	19.476	132	6,8 (5,7–8,0)	6,5 (5,5–7,7)
Polen	01.2000–12.2004	12.2006	4.728	26,01	21.782	495	22,7 (20,8–24,8)	21,5 (19,7–23,5)
Barcelona	01.1997–12.2007	12.2008	6.050	32,43	45.814	897	19,6 (18,3–20,9)	11,6 (10,9–12,4)
Österreich	01.2002–12.2016	12.2016	24.892	28,87	197.739	1.526	7,7 (7,3–8,0)	4,5 (4,3–4,7)

Quellen: EMCDDA 2015, GÖG – Datensatz Mortalitätskohortenstudie; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.9 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Das Durchschnittsalter der 24.892 Personen, die im Zeitraum 1. 1. 2002 bis 31. 12. 2016 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, betrug bei der Aufnahme in die Kohortenstudie 28,9 Jahre bei einer Standardabweichung von 8,7 Jahren. Ein Viertel der beobachteten Personen sind Frauen. Diese sind bei der Aufnahme in die Kohorte (erster Behandlungsbeginn nach dem 1. 1. 2002) um etwa 2,5 Jahre jünger als Männer. Die 24.892 Personen liefern im Beobachtungszeitraum 1. 1. 2002 bis 31. 12. 2016 insgesamt 197.739 Personenjahre. 126.469 dieser Jahre (64 %) befanden sie sich in Substitutionsbehandlung. Dies spricht für eine hohe Haltequote in Substitutionsbehandlung in Österreich.

Es wurden zwischen 1. 1. 2002 und 31. 12. 2016 insgesamt 1.526 Todesfälle beobachtet. Die *rohe Sterblichkeitsrate (crude mortality rate)* beträgt somit 7,7 Todesfälle pro 1.000 Personenjahre (95 % Konfidenzintervall 7,3–8,0). Um diese Sterblichkeitsrate mit jener der Allgemeinbevölkerung

zu vergleichen, wurde im Rahmen einer indirekten Standardisierung anhand der Sterbetafel 2010 bis 2012 die Sterblichkeit der Allgemeinbevölkerung mit der gleichen Altersstruktur und der gleichen Zusammensetzung nach Geschlecht berechnet. Das errechnete *Standardmortalitätsverhältnis* (*standard mortality ratio*) beträgt 4,5 (95 % Konfidenzintervall 4,3 – 4,7). Das bedeutet, dass die Personen in der beobachteten Kohorte im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung ein 4,5-fach erhöhtes Sterberisiko aufweisen.

Ein Vergleich mit dem Standardmortalitätsverhältnis in anderen publizierten Kohortenstudien über opioidabhängige Personen zeigt bei den meisten Studien deutlich höhere Standardmortalitätsverhältnisse. Beispielsweise wird in einer Übersichtsarbeit der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht zusammenfassend davon ausgegangen, dass das Standard-mortalitätsverhältnis von Personen mit Opioidabhängigkeit in der Regel 10 oder höher ist: „Risk of death among problem drug users was typically 10 or more times that among their peers in the general population.“ (EMCDDA 2015, S. 1). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Mortalität von Personen, die eine Opioidsubstitutionsbehandlung beginnen, in Österreich niedriger ist als in den herangezogenen Vergleichsländern.

4.10 Limitationen und Ausblick

Die Aussagekraft einer Mortalitätskohortenstudie hängt primär von der Qualität der zugrunde liegenden Daten ab. Im Rahmen von *eSuchtmittel* (und in weiterer Folge im pseudonymisierten Statistikregister Substitution) können nur Daten erfasst werden, nachdem die entsprechende Person über das Zentrale Melderegister eindeutig identifiziert wurde. Das gleiche Prinzip wurde für das Allgemeine Todesursachenregister angewandt. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass durch die Verknüpfung beider Register die Todesfälle von Personen im Substitutionsregister eindeutig und vollständig zugeordnet werden können. Die einzige Ausnahme bilden Personen, die ins Ausland verzogen und dort verstorben sind.

Ein Schwachpunkt der Daten ist, dass bei 459 der 1.904 registrierten Todesfälle das Todesdatum vor dem Enddatum der letzten Betreuungssequenz lag. Diese auf den ersten Blick gravierende Unplausibilität lässt sich folgendermaßen erklären: Da beim Tod einer Person in vielen Fällen keine diesbezügliche Meldung an die Bezirksverwaltungsbehörde erfolgt, fällt das Ableben lediglich durch ein Nicht-mehr-Erscheinen bei dem/der das Suchtgiftrezept vidierenden Amtsarzt/Amtsärztin auf. Diese(r) beendet dann die Behandlung, allerdings mit einer gewissen Verspätung. Deswegen kann das im Substitutionsregister eingetragene Behandlungsende auch geringfügig nach dem Todesdatum liegen. Lediglich bei vier von insgesamt 27.858 beobachteten Fällen handelt es sich um „echte“ Ghost-Cases, d. h. sie waren am 31. 12. 2016 als in Behandlung befindlich gemeldet, obwohl sie bereits über ein Jahr zuvor verstorben waren. Es kann daher insgesamt von einer sehr guten Datenqualität hinsichtlich Ghost-Cases im Substitutionsregister ausgegangen werden. Allerdings führen die Unschärfen bezüglich Behandlungsenddatum dazu, dass in einigen Fällen nicht eindeutig klar ist, ob der Todesfall während oder (knapp) nach dem Ende der Opioidsubstitutionsbehandlung eintrat.

Ein zentrales Ergebnis der durchgeführten Analyse ist, dass das *Standardmortalitätsverhältnis* in der österreichischen Kohorte niedriger ist als in den meisten anderen Kohorten aus anderen Ländern, die zum Vergleich herangezogen wurden. Wichtig wäre es, die Gründe dafür herauszufinden. Da die Mortalität aber durch viele Kontextfaktoren mit beeinflusst wird, wären hier Detailanalysen der Behandlungssysteme in den Vergleichsländern und gemeinsame Analysen der Daten mit der gleichen Methodik nötig. Ein diesbezüglicher Vorschlag einer gemeinsamen Analyse wird der EBDD unterbreitet werden. Ein vollständiger Vergleich mit allen verfügbaren Mortalitätskohorten, basierend auf einer systematischen Literaturanalyse, war im Rahmen des Projekts aus Ressourcengründen nicht möglich.

Es handelt sich bei der vorliegenden Mortalitätskohortenanalyse um eine Registerstudie, das heißt einerseits kann von einer sehr hohen Datenqualität (siehe oben) ausgegangen werden, andererseits fehlen viele Kontextfaktoren in Hinblick auf die Betroffenen wie z. B. Beikonsum, Abstinenzversuche, Begleiterkrankungen.

Die Möglichkeiten der durch die Verknüpfung des Statistikregisters Substitution mit der Allgemeinen Todesursachenstatistik geschaffenen Datengrundlage sind mit den 2018 durchgeführten Analysen bei weitem nicht ausgeschöpft. Die Analyse der Art der Todesursachen, weiterführende Vergleichsanalysen in Bezug auf andere Kohorten, regionale Vergleiche innerhalb Österreichs und ein Vergleich der Mortalitätsraten während und nach Beendigung der Opioidsubstitutionsbehandlung sind nur Beispiele für zukünftig mögliche Auswertungen.

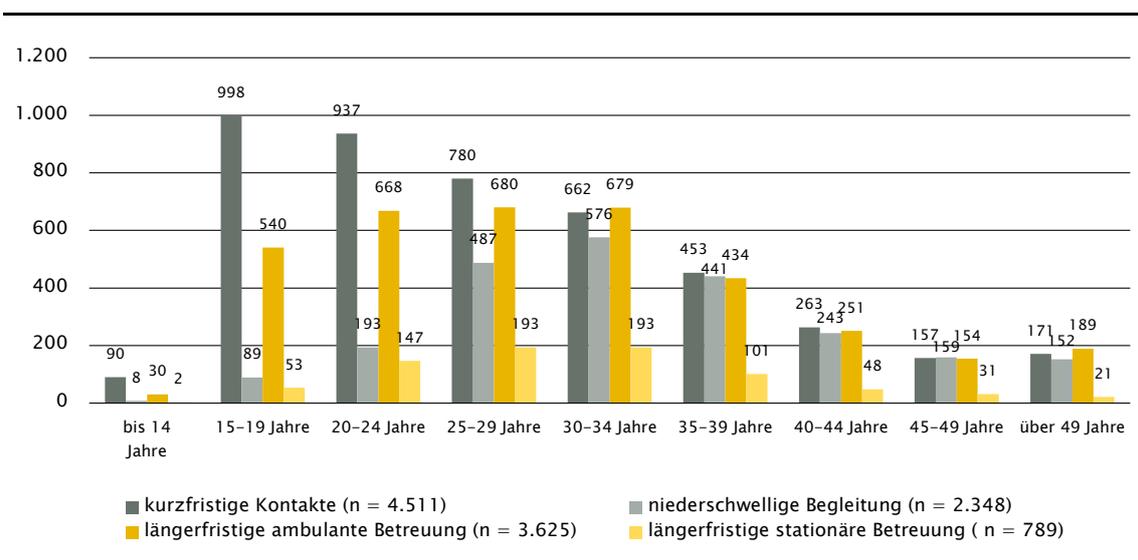
5 Detailergebnisse DOKLI

Das einheitliche Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe 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. Praktische Ärztinnen und Ärzte und niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte, die über 70 Prozent der Opioidsubstitutionsbehandlungen durchführen, werden jedoch nicht damit erfasst. Die österreichweit und 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.

5.1 Soziodemografie

Je nach Setting sind zwischen 4 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 24 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen 29 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 43 Prozent (in längerfristig stationärer Betreuung) der Klientel sind in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre zu finden (vgl. Abbildung 5.1).

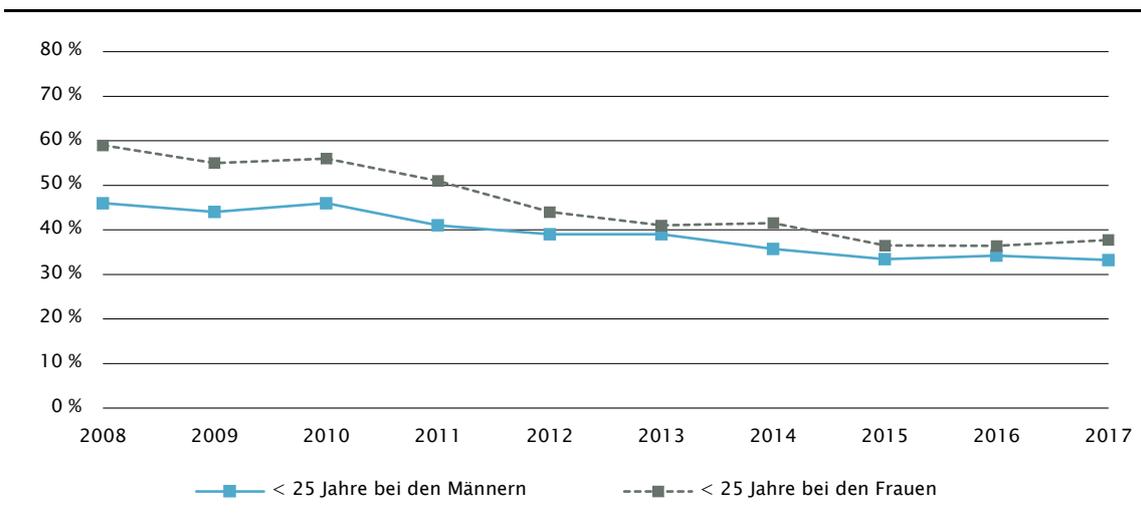
Abbildung 5.1:
Anzahl der Personen, die 2017 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Alter und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2017

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 2006 waren 62 Prozent der Frauen, die mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, unter 25 Jahre alt, 2017 waren es hingegen nur mehr 38 Prozent (2016: 36 %). Bei den Männern machten die entsprechenden Anteile im Jahr 2006 51 Prozent bzw. 33 Prozent im Jahr 2017 aus (2016: 34 %; vgl. Abbildung 5.2), was als Hinweis auf eine „Alterung“ der Klientel der (ambulanten) Drogenhilfe interpretiert werden kann.

Abbildung 5.2:
Anteil unter 25-Jähriger bei Männern und Frauen, die mit einer längerfristigen ambulanten drogenspezifischen Betreuung begannen, 2008 bis 2017



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2017

Der Frauenanteil beträgt je nach Setting zwischen 19 Prozent (kurzfristige Kontakte) und 25 Prozent (in niederschwelliger Begleitung).

Als Lebensmittelpunkt geben jeweils rund 40 Prozent der längerfristig ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten Wien²² 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).

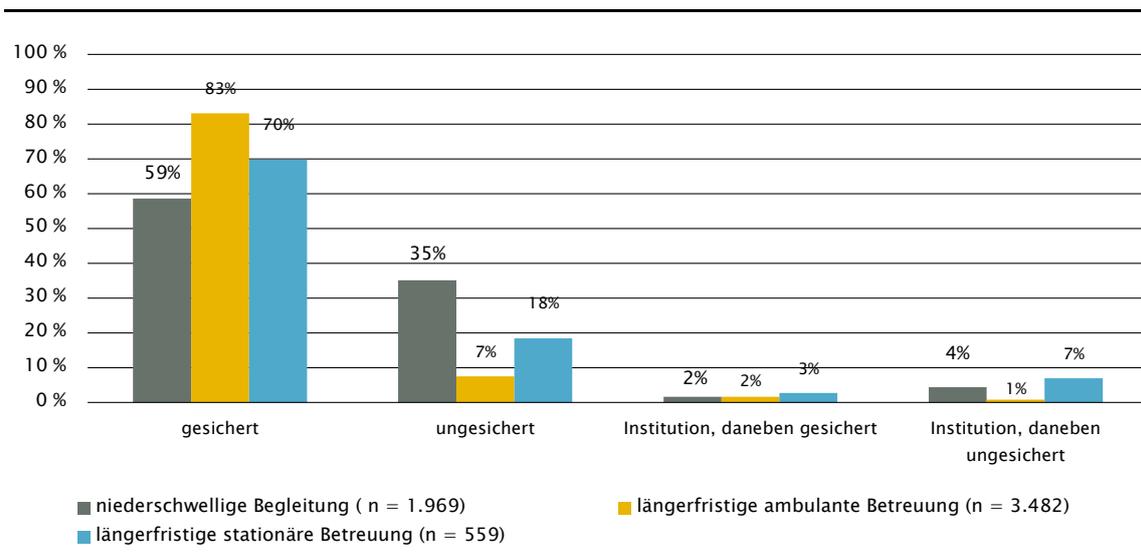
Im längerfristig ambulanten Bereich haben 22 der Männer versorgepflichtige Kinder, im stationären Setting sind es 28 Prozent. Rund ein Drittel der Frauen im längerfristig ambulanten und 38 Prozent der Frauen im stationären Setting geben an, versorgepflichtige Kinder zu haben (vgl. DOKLI 15 im Annex). Etwa 86 Prozent der Klientel im längerfristig stationären Setting sind österreichische Staatsbürger (81 % im ambulanten Bereich), 9 Prozent besitzen eine Staatsbürgerschaft eines Landes außerhalb der EU. Während 83 Prozent der Klientinnen und Klienten der längerfris-

22

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

tigen ambulanten Betreuung eine gesicherte Wohnsituation angeben, ist dieser Anteil im längerfristigen stationären Setting mit 70 Prozent bzw. in der niederschweligen Begleitung mit 59 Prozent wesentlich geringer (vgl. Abbildung 5.3 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 der Klient aufgrund ihrer bzw. seiner Suchterkrankung mangels anderer Alternativen bei den Eltern wohnt).

Abbildung 5.3:
Personen, die 2017 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Wohnsituation und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2017

42 Prozent (in längerfristiger ambulanter Betreuung) und 39 Prozent (in längerfristiger stationärer Betreuung) der Klientel im Alter von über 20 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 (43 % vs. 28 % im ambulanten bzw. 46 % vs. 34 % 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 (12 % bzw. 10 %). Während 47 Prozent der Personen in niederschwelliger Begleitung und 33 Prozent in längerfristiger ambulanter Betreuung arbeitslos sind, macht dieser Anteil im längerfristigen stationären Setting 57 Prozent aus. (vgl. DOKLI 18 im Annex). Mit eine Erklärung dafür könnte sein, dass Personen, die keine Arbeit haben, sich eher für eine längerfristige stationäre Betreuung entscheiden bzw. umgekehrt Personen mit aufrehtem Arbeitsverhältnis damit eher zu vereinbarende ambulante Betreuungen bevorzugen.

Bedarfsorientierte Mindestsicherung wurde bei den Klientinnen und Klienten des niederschweligen Betreuungssettings und in der längerfristig ambulanten Betreuung im Jahr 2017 vorwiegend von der Gruppe der über 29-Jährigen (20 % bzw. 13 %) bezogen (vgl. DOKLI 19 im Annex). Im längerfristig stationären Setting dominieren in dieser Hinsicht hingegen Personen im Alter von 20 bis 29 Jahren (11 %).

Zusammenfassung: Der Anteil der Personen unter 25 Jahren hat im ambulanten Bereich in den letzten Jahren tendenziell abgenommen. 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. 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 stationären Bereich ist der Anteil der Erwerbstätigen am niedrigsten, im längerfristig ambulanten Bereich am höchsten.

5.2 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 Betreuung²³. Am deutlichsten wird dies bei den längerfristigen stationären Betreuungen (87 %); bei den längerfristigen ambulanten Betreuungen, im Bereich der kurzfristigen Kontakte und der niederschweligen Begleitung liegt der Wert bei 63 bzw. 64 Prozent. Neben Drogen haben „Alkohol“ bzw. „Alkohol und Sonstiges“ als zusätzliche Betreuungsschwerpunkte eine gewisse Relevanz (vgl. DOKLI 2 im Annex).

Viele der betreuten Personen haben bereits Erfahrung mit der Drogenhilfe: 85 Prozent der Klientinnen und Klienten in längerfristiger stationärer Behandlung, 69 Prozent der niederschwellig begleiteten Personen, 57 Prozent der längerfristig ambulant Betreuten und 43 Prozent der Personen mit kurzfristigen Kontakten haben bereits früher Angebote der Drogenhilfe in Anspruch genommen (vgl. DOKLI 3 im Annex).

23

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.

Im niederschweligen Setting sind 69 Prozent der Klientinnen und Klienten zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung, im längerfristigen stationären Setting sind es 41 Prozent und im längerfristigen ambulanten Setting 31 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 Bereich 90 Prozent der Personen, im stationären Setting 84 Prozent und im längerfristigen ambulanten Bereich 47 Prozent (vgl. DOKLI 5 im Annex). Im ambulanten Bereich ist der Anteil der Frauen, die bereits in Substitutionsbehandlung waren, etwas höher als der entsprechende Anteil bei den Männern. Es gibt hier große Unterschiede nach Bundesland: Während beispielsweise in den Vorarlberger²⁴ Einrichtungen nur 11 Prozent der ambulant längerfristig betreuten Klientel zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung sind, trifft dies in Salzburger Einrichtungen auf 50 Prozent zu (vgl. DOKLI 74a im Annex) – diese Verteilungen unterliegen über die Jahre aber recht großen Schwankungen.

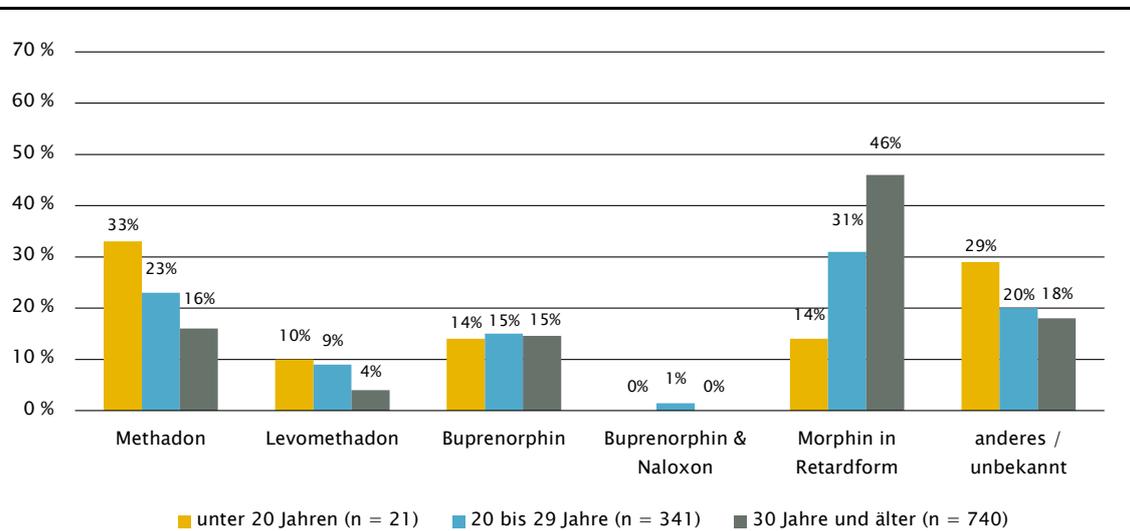
Als häufigstes Substitutionsmittel findet sich in allen Betreuungsformen Morphin in Retardform (Anteil zwischen 41 % und 67 %, im Vergleich dazu: Methadon-Anteil zwischen 15 % und 23 % – vgl. DOKLI 6 im Annex). Levomethadon spielt eher in den jüngeren Altersgruppen eine gewisse Rolle (vgl. Abbildung 5.4), einschränkend ist hier anzumerken, dass die Zahl der unter 20-Jährigen in Substitutionsbehandlung sehr gering ist (n = 21). Morphin in Retardform ist in der Gruppe der über 29-Jährigen wesentlich häufiger zu finden als in den jüngeren Gruppen.

24

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.

Abbildung 5.4:

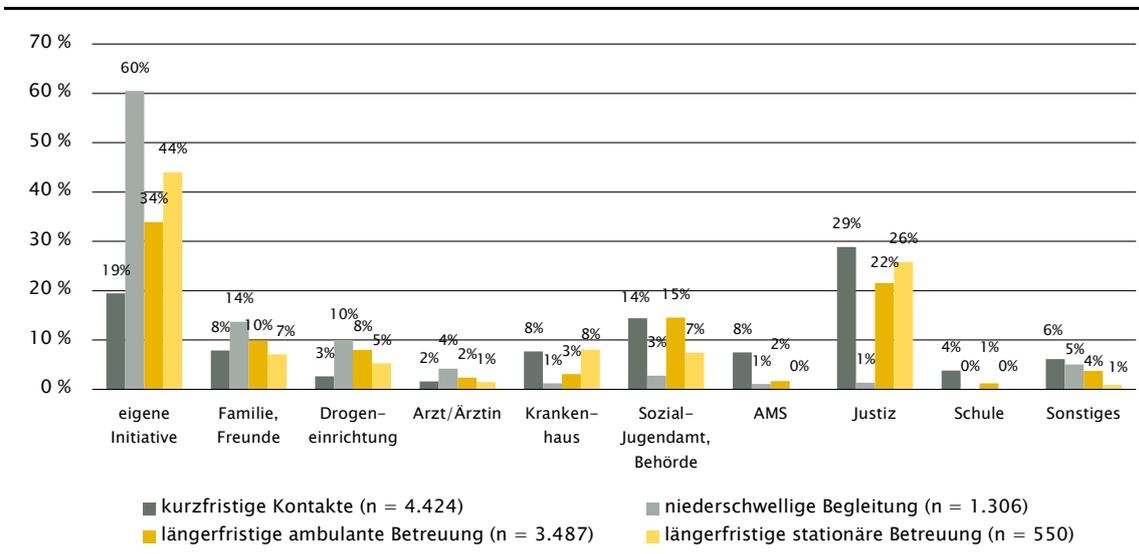
Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die im Jahr 2017 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begannen und zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach Alter



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2017

Der Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme mit der Drogenhilfeeinrichtung ist je nach Betreuungsform unterschiedlich: Zur stationären Behandlung und in eine niederschwellige Begleitung führte 44 bzw. 60 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 19 und 34 Prozent. Häufig stellt auch ein Justizzusammenhang den Hauptanstoß dar, außer zur Inanspruchnahme einer niederschweligen Begleitung. Hier spielen Familie und Freunde/Freundinnen sowie die Vermittlung seitens anderer Einrichtungen eine gewisse Rolle (vgl. Abbildung 5.5).

Abbildung 5.5:
Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2017 mit einer Betreuung begannen,
nach Betreuungsart



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2017

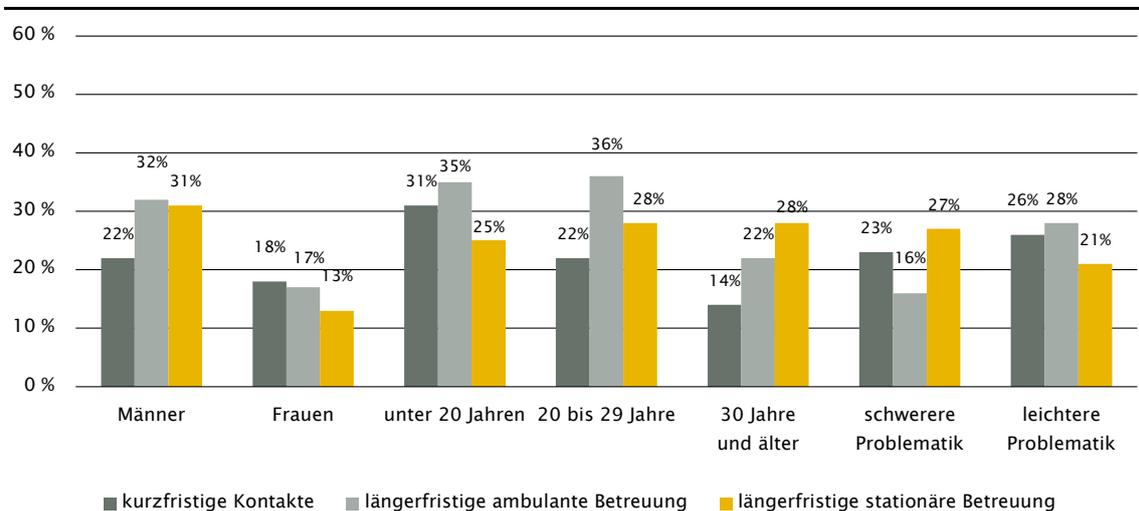
Eine Auflage oder Weisung hinsichtlich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme besteht für 21 Prozent (bei Kurzkontakten), 29 Prozent (längerfristig ambulant) bzw. 28 Prozent (längerfristig stationär) der Klientinnen und Klienten (vgl. DOKLI 9 im Annex). Frauen nehmen deutlich seltener aufgrund einer Auflage/Weisung 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 SMG²⁵ (vgl. DOKLI 12 im Annex) schlagend wird. Personen mit leichterer Drogenproblematik haben – vor allem in längerfristigen ambulanten Betreuungen – deutlich öfter eine Auflage oder Weisung hinsichtlich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme als jene mit schwererer Problematik (vgl. Abbildung 5.6). 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.

25

§ 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 Strafvollzuges bei bestimmten Straftaten in Zusammenhang mit Suchtgift(en).

Abbildung 5.6:

Auflage/Weisung bei Personen, die 2017 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2017

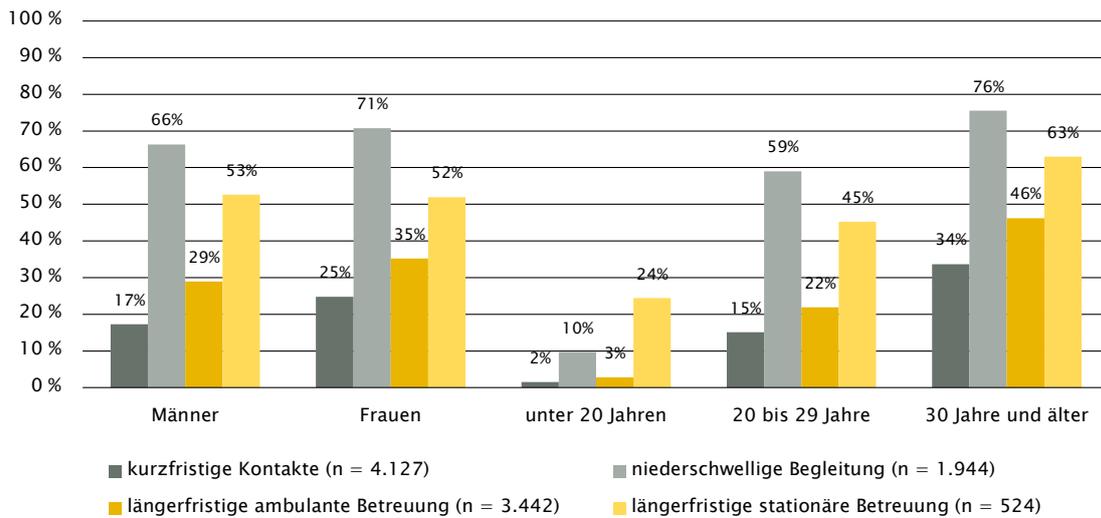
Zusammenfassung: Der Großteil der in österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen erfassten Klientinnen und Klienten ist ausschließlich wegen Drogenproblematik in Betreuung, eine gewisse Relevanz hat zusätzlich der Betreuungsschwerpunkt Alkohol. Viele der betreuten Personen hatten bereits vor der aktuellen Betreuung Erfahrung mit der Drogenhilfe. Der Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme mit der Drogenhilfeeinrichtung unterscheidet sich stark zwischen den Betreuungssettings. Personen mit leichterer Drogenproblematik haben – vor allem in längerfristigen ambulanten Betreuungen – 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 31 und 69 Prozent der Klientinnen und Klienten zu Beginn der Betreuung in Substitutionsbehandlung.

5.3 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 19 %, in niederschwelliger Begleitung 67 %, in ambulanter längerfristiger Betreuung 30 %, in stationärer Betreuung 52 % – 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). Insgesamt – mit Ausnahme des längerfristig stationären Settings – ist der Anteil der Personen, die bereits intravenös Drogen konsumiert

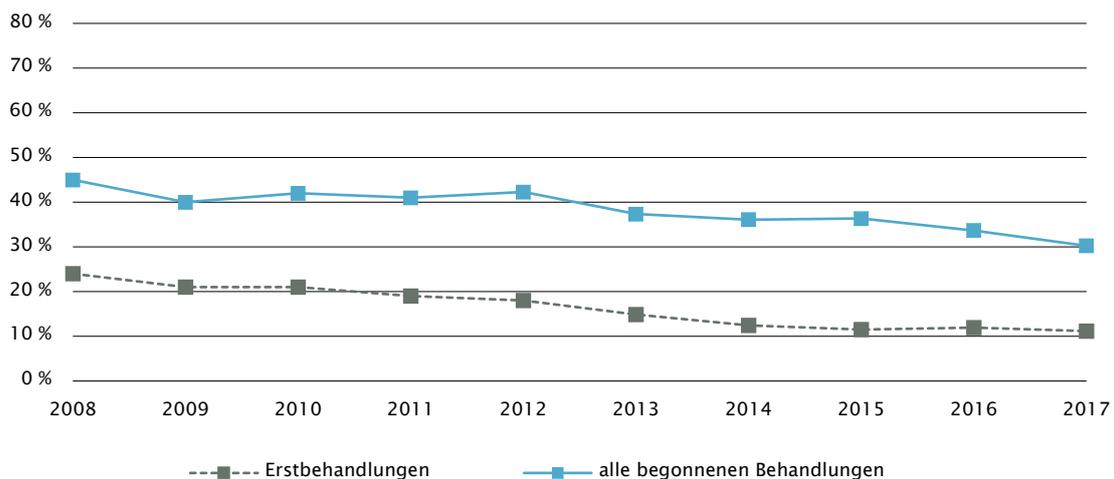
haben, bei den Frauen höher als bei den Männern (vgl. DOKLI 24 im Annex und Abbildung 5.7). Detailanalysen des intravenösen Drogenkonsums finden sich im Schwerpunktkapitel des DOKLI-Berichts zum Betreuungsjahrgang 2007 (vgl. Busch et al. 2008).

Abbildung 5.7:
Personen, die 2017 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen und jemals intravenös Drogen konsumierten, nach Geschlecht, Alter und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2017

Abbildung 5.8:
Anteil der Personen, die jemals intravenös Drogen konsumierten, an den Klientinnen und Klienten, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begannen, nach Jahren



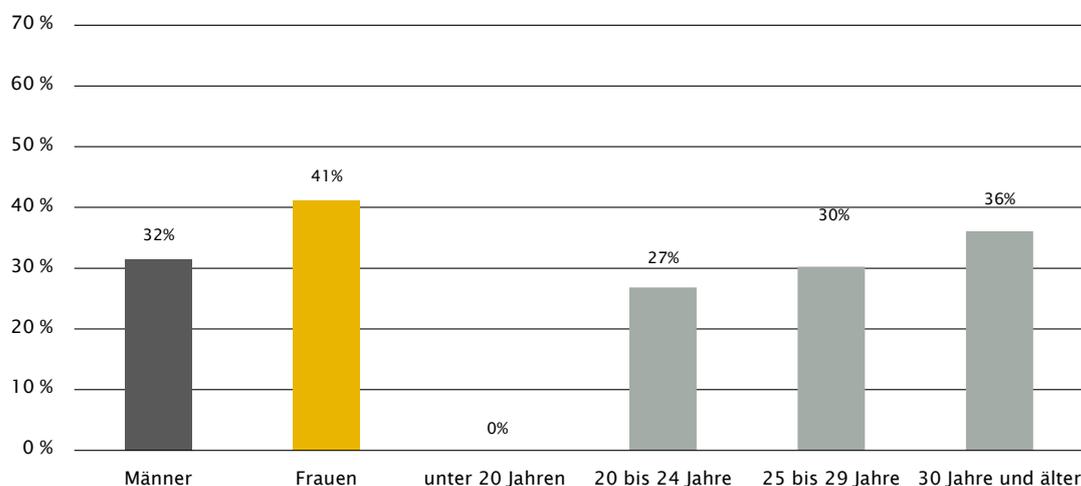
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2008 bis 2017

Der Anteil der Personen, die bereits einmal intravenös Drogen konsumiert haben, an den Klientinnen und Klienten, die mit einer ambulanten Betreuung beginnen, hat sich über die Jahre verringert (vgl. Abbildung 5.9).

Seit dem Jahr 2014 werden in DOKLI auch Daten betreffend Needle-Sharing (gemeinsames Benutzen von Spritzen) erhoben. Die Daten beziehen sich auf Österreich ohne Wien²⁶. Im ambulanten Bereich geben im Jahr 2017 rund 34 Prozent der Personen mit intravenösem Drogenkonsum an, bereits einmal eine gebrauchte Spritze verwendet zu haben. Allerdings liegt das Needle-Sharing bei den meisten Personen mindestens ein Jahr zurück (66 %).

Abbildung 5.9:

Jemals „Needle-Sharing“ bei Personen, die Drogen bereits mindestens einmal intravenös konsumierten, nach Geschlecht und Alter (ambulante Betreuungen 2017)



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2017

Frauen geben Needle-Sharing häufiger an als Männer. Bezüglich des Alters zeigt sich der erwartete Trend, dass die Häufigkeit von Needle-Sharing mit dem Alter zunimmt.

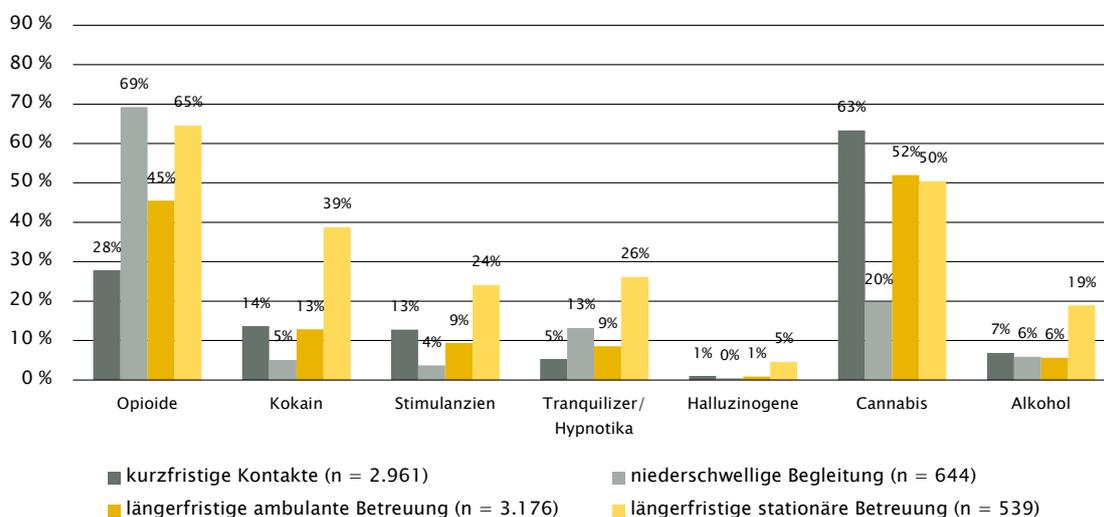
Der nun folgenden **substanzspezifischen Darstellung von Drogenkonsum und Drogenproblematik** müssen einige **relevante Definitionen** vorangestellt werden. Unter Leitdroge ist jene Droge zu verstehen, die der Klientin / dem Klienten aus deren/dessen subjektiver Sicht die meisten Probleme verursacht. 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.

26

In der Wiener DOKU neu wird diese Variable nicht erhoben.

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 5.10:
Personen, die im Jahr 2017 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2017

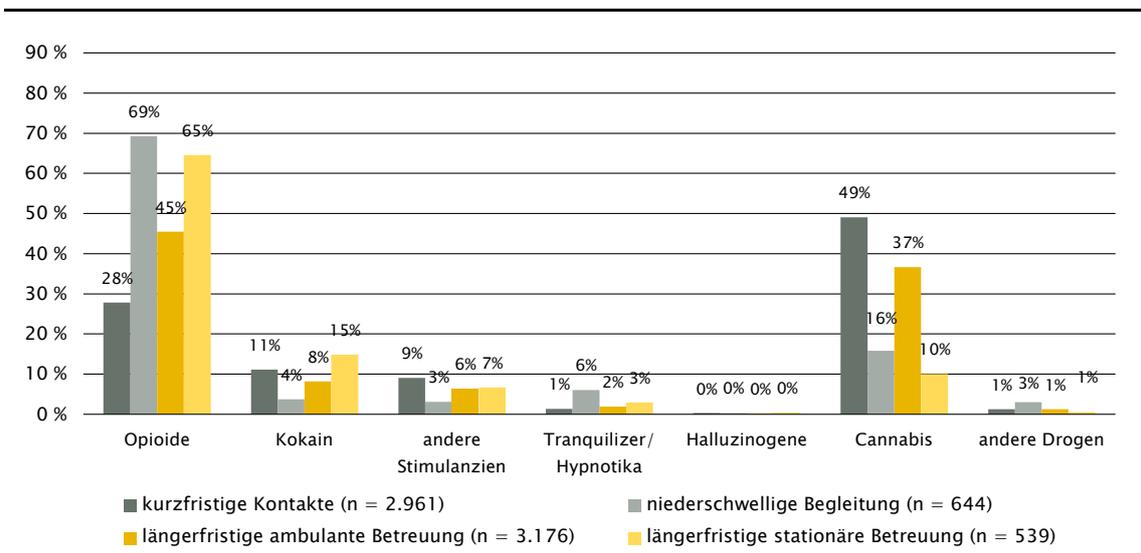
Opioide und Cannabis spielen in allen Betreuungssettings – mit Ausnahme des niederschweligen Bereichs, in dem es fast ausschließlich Opioide sind – eine dominierende Rolle als Leitdroge (vgl. Abbildung 5.10 und DOKLI 28 im Annex). Betreffend den hohen Prozentsatz von Cannabis als Leitdroge siehe *Epidemiologiebericht 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 Opioide und Cannabis als Leitdroge angegeben, werden ihr als Leitdroge Opioide zugeordnet. Folgende Hierarchie

wurde dabei herangezogen: Opioide > Kokain > Stimulanzen > 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 Opioide fallen).

Das Ergebnis der hierarchischen Leitdrogenzuordnung zeigt Abbildung 5.11. Diese Darstellung verdeutlicht, dass fast alle anderen Leitdrogen außer Cannabis sehr oft in Kombination mit Opioiden angegeben werden. Cannabis wird in 34 Prozent der ambulanten Betreuungen und in 9 Prozent der stationären Betreuungen als alleinige Leitdroge genannt (in puncto Cannabis siehe auch *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013* (ebd.)).

Abbildung 5.11:
Personen, die 2017 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdrogen- und Art der Betreuung

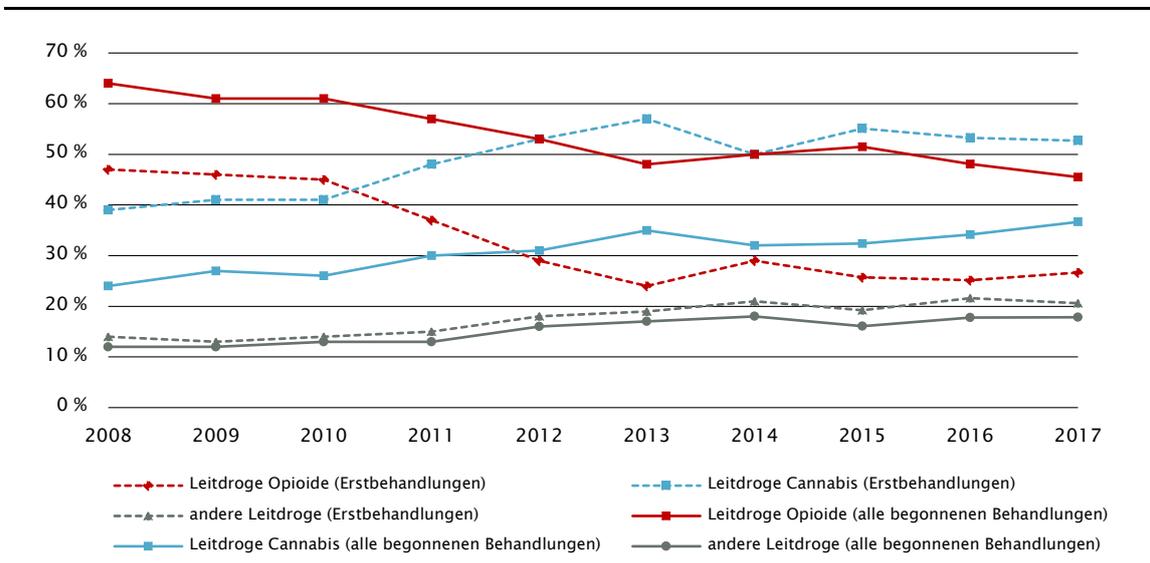


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2017

Betrachtet man die Zeitreihe in Bezug auf Cannabis und Opioide als Leitdroge anhand der hierarchischen Leitdrogen- und Art der Betreuung, 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 5.12). Seit 2013 setzt sich dieser Trend nicht eindeutig fort. Drogen wie Kokain und andere Stimulanzen weisen seit 2012 – im Vergleich zu den Vorjahren – etwas höhere Prozentanteile auf. Ob dies eine längerfristige Veränderung des risikoreichen Drogenkonsums bedeutet oder nun auch – unabhängig von den konsumierten Drogen – weniger problematische Fälle in drogenspezifische Behandlung aufgenommen werden, ist an den Zahlen nicht eindeutig ablesbar.

Abbildung 5.12:

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

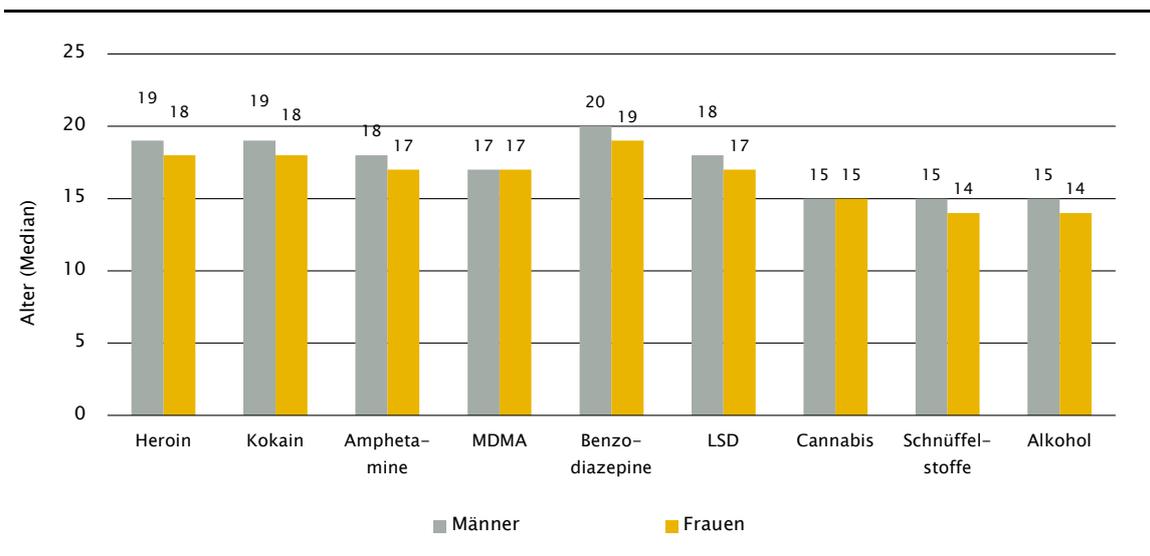


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertungen 2008 bis 2017

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

Abbildung 5.13:

Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2017 in Österreich mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begannen, nach Substanzen und Geschlecht



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2017

Der Altersmedian liegt beim Erstkonsum der meisten Drogen zwischen 17 und 20 Jahren. Nur Cannabis, Schnüffelstoffe und Alkohol werden beim Erstkonsum von noch jüngeren probiert (vgl. Abbildung 5.13). Mit Ausnahme von MDMA und Cannabis liegt der Erstkonsum von Frauen im Median ein Jahr vor jenem der Männer.

Personen in längerfristiger ambulanter Betreuung nannten am häufigsten Sniffen (44 %) als vorwiegende Einnahmeform von Heroin, gefolgt von intravenösem Konsum (34 %). Im stationären Setting erreichen die entsprechenden Werte 49 und 34 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 Mephedron am häufigsten als Leitdrogen genannt werden, insgesamt aber von der numerischen Größe her kaum ins Gewicht fallen.

Tabelle 5.1:

Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulanzien“ und „andere Drogen“ aller 9.581 ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen, 2017

Substanz	Leitdroge	Begleitdroge	Summe
Methamphetamin	126	144	270
andere Naturdrogen	47	210	257
Pilze	11	117	128
Ketamin	14	82	96
Mephedron	13	18	31
GHB	9	18	27
Räuchermischungen	5	5	10
andere synthetische Cathinone	2	5	7
Fentanyl (illegal)	2	1	3

Anmerkung: Es handelt sich um Mehrfachnennungen.

Quelle: DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2017; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Der Anteil der Personen mit intravenösem Konsum (bezogen auf die Lebenszeit) differiert stark nach Setting und liegt daher zwischen 19 und 67 Prozent. Intravenöser Drogenkonsum nimmt mit dem Alter aufgrund der Lebenszeitprävalenz zu, und in fast allen Betreuungssettings ist der Anteil i. v. Konsumierender bei den Frauen höher. Die häufigste Einnahmeform von Heroin ist Sniffen, gefolgt von Injizieren, die Zahlen variieren je nach Betreuungssetting. Opioide und Cannabis spielen in allen Betreuungssettings – mit Ausnahme des niederschweligen Bereichs, in dem es fast ausschließlich die Opioide sind – 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. Ob dies eine längerfristige Veränderung des risikoreichen Drogenkonsums bedeutet oder 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 17 und 20 Jahren. Eine Ausnahme bilden hier Alkohol, Schnüffelstoffe und Cannabis, bei denen der Median bei 14 bzw. 15 Jahren liegt.

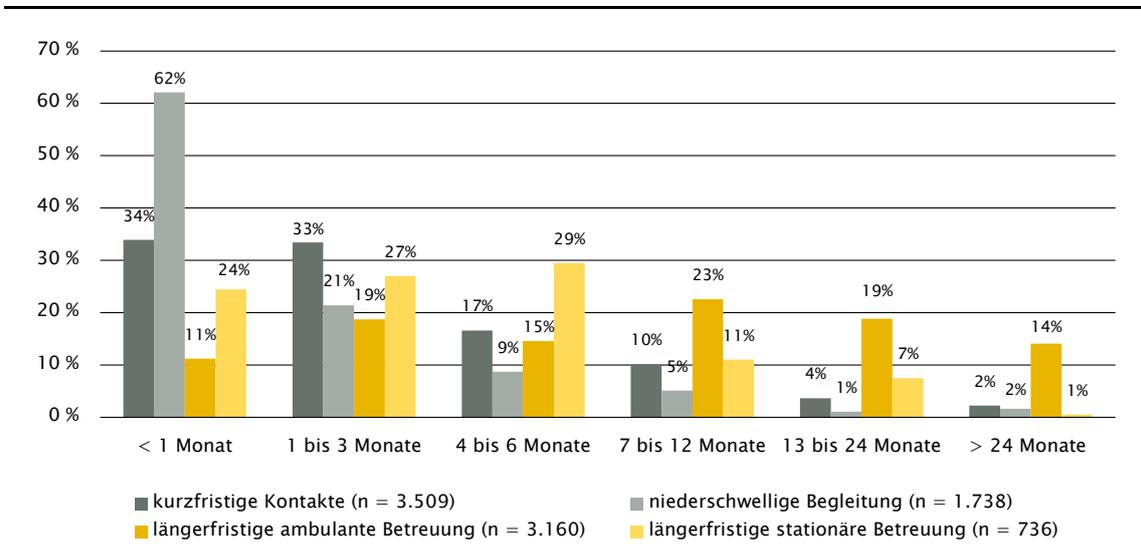
5.4 Situation zu Betreuungsende

Im Jahr 2017 beendeten 3.567 (61 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine kurzfristige Betreuung, 1.731 (58 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine niederschwellige, 3.209 (38 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine längerfristige ambulante und 739 (65 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine stationäre Betreuung.

Der Großteil (67 %) der beendeten kurzfristigen Betreuungen erstreckte sich lediglich über drei Monate, was aber in der Definition dieses Settings begründet ist. Auch der Großteil der erfassten Betreuungen im stationären Setting dauerte maximal drei Monate (51 %). Dies dürfte auch die Realität in der stationären Drogenhilfe mit einer großen Anzahl an Betreuungsabbrüchen (56 %) widerspiegeln. Im längerfristigen ambulanten Bereich lief für 37 Prozent der Klientel die Betreuung über vier bis zwölf Monate und für weitere 33 Prozent länger als ein Jahr. Im niederschweligen Bereich dauerten 83 Prozent der Betreuungen bis zu drei Monate (vgl. DOKLI 60 im Annex und Abbildung 5.14). 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 5.14:

Dauer der Betreuung von Personen, die im Jahr 2017 ihre Betreuung beendeten, nach Setting

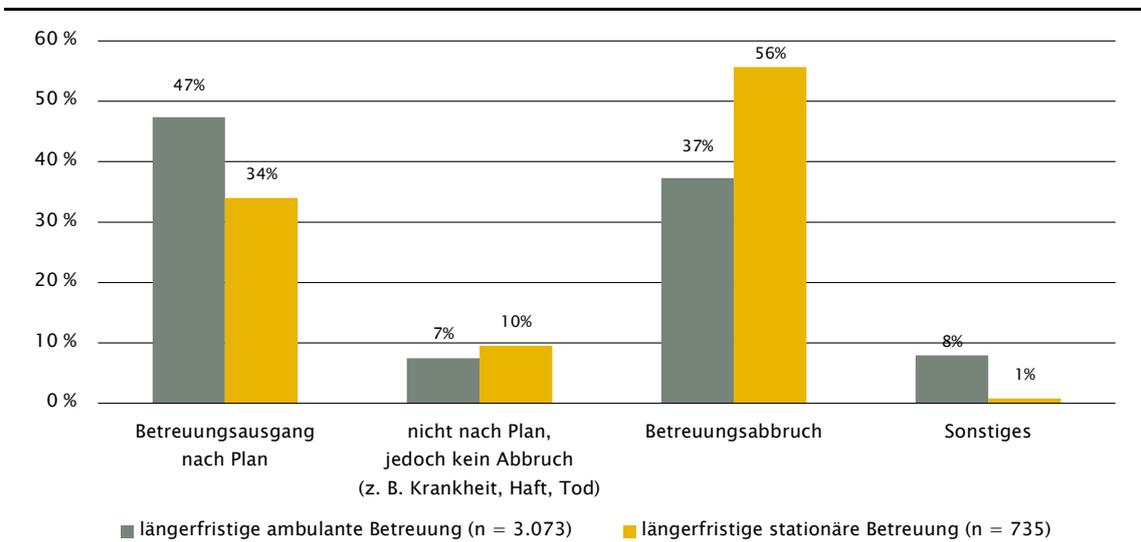


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2017

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

Abbildung 5.15:

Betreuungsausgang bei Personen, die im Jahr 2017 eine Betreuung beendeten, nach Betreuungsart



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2017

47 Prozent der ambulanten und 34 Prozent der stationären Betreuungen enden nach Plan (vgl. DOKLI 63 im Annex und Abbildung 5.15). Im stationären Bereich werden 56 Prozent der Behandlungen abgebrochen, im ambulanten Bereich beläuft sich der Abbruchanteil auf 37 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 51 Prozent der Betreuungen das Land die Kosten, 26 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 (57 % bzw. 35 % und 15 % 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 (56 %) 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 47 Prozent der längerfristigen ambulanten und 34 Prozent der stationären Betreuungen. Auch die Kostenträger unterscheiden sich nach dem Setting.

6 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.

6.1 Definition und Datengrundlage

Direkt drogenbezogene Todesfälle sind Todesfälle infolge **akuter Intoxikationen** („Überdosierung“) nach Konsum von Suchtgift (§ 2 Suchtmittelgesetz – SMG, BGBl. I Nr. 112/1997 in der geltenden Fassung). Mit einbezogen werden auch Überdosierungen nach Konsum neuer psychoaktiver 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 Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) übermittelten polizeilichen Meldungen (über mutmaßliche drogenbezogene Todesfälle), auf Obduktionsergebnissen und Totenbeschauscheinen. Die gesetzliche Basis hierfür wird im Kapitel „Methoden“ näher erläutert. Für das Jahr 2017 wurden insgesamt Daten von 326 Personen (polizeiliche Meldungen, Obduktionsergebnisse oder Totenbeschauscheine) gesichtet. In die Statistik und Analyse der direkt drogenbezogenen Todesfälle fließen nur jene Fälle ein, in denen aufgrund einer durchgeführten Obduktion oder Totenbeschau von einem Kausalzusammenhang zwischen Substanzkonsum und Tod infolge von Überdosierung auszugehen ist.

In der Arbeitsgruppe²⁷ „drogenbezogene Todesfälle“ wurden im November 2016 Überdosierungen mit verschreibungspflichtigen opioidhaltigen Schmerzmitteln (ohne andere Suchtgifte) diskutiert. 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 be-

27

In dieser diskutieren jährlich Expertinnen/Experten aus verschiedenen Bereichen (Suchthilfe, BMASGK [vormals BMGF], BMVRDJ [vormals BMJ], BMI, gerichtsmedizinische Institute) drogenbezogene Todesfälle betreffende aktuelle Themen.

züglich 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 2017 wurden daher sieben Personen, die an einer Überdosierung durch opioidhaltige verschreibungspflichtige Schmerzmittel (z. B. Fentanyl, Tramal) ohne weitere Suchtgifte verstarben, aus der Statistik ausgeschlossen. Zwei Personen hatten eine ausländische Staatsbürgerschaft und waren nicht in Österreich gemeldet. 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 fünf weiteren Verdachtsfällen handelte es sich um Faulleichen, bei denen die Gerichtsmedizin die Todesursache nicht mehr eruieren konnte.

6.2 Übersicht: Situation im Jahr 2017

Insgesamt wurden für das Jahr 2017 auf Basis von Obduktionsbefunden 126 tödliche Überdosierungen verifiziert. Weitere 28 – allerdings nicht obduzierte – Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (Todesursache „Suchtgiftintoxikation“ auf dem Totenbeschauschein nach bloß äußerer Befundung der Leiche)²⁸. In Summe wird daher für das Jahr 2017 von 154 auf eine Überdosierung zurückzuführenden Todesfällen (= direkt drogenbezogene Todesfälle) ausgegangen.

Tödliche Überdosierungen betreffen vorrangig **Männer** (81 % der Verstorbenen), die Verstorbenen waren im Schnitt (gruppiertes Median) 34,9 Jahre alt. Die meisten drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen finden sich in **Wien**²⁹.

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 2017 ergibt sich für Gesamtösterreich eine Rate von 2,6 Todesfällen pro 100.000 Einwohner/-innen zwischen 15 und 64 Jahren (2016: 2,8).

Bei 91 der insgesamt 122 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

28

In diesen Fällen wurde keine Obduktion zur Klärung der Todesursache angeordnet, sondern aufgrund von Indizien und Umständen am Auffindungsort der Leiche von einer tödlichen Überdosierung ohne Fremdverschulden ausgegangen. Diese Fälle sind im medizinischen Sinne nicht als drogenbezogene Todesfälle verifiziert (z. B. keine Analyse auf Suchtgift im Blut). 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).

29

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

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 (Hirnödem, Lungenödem etc. im Obduktionsbefund und entsprechende toxikologische Analyse). In 31 der 122 Fälle trat der Tod durch eine im Zuge des Suchtmittelkonsums hervorgerufene weitere tödliche Ursache (Sekundär- folge) wie z. B. vom zentralen Nervensystem ausgelöstes Erbrechen mit Ersticken am Erbrochenen (die Hauptbronchien wurden verschlossen) ein, oder es kam infolge des Einatmens von Magen- inhalt zu einer tödlichen Lungenentzündung (Aspirationspneumonie). Bei 29 dieser 122 Personen lag ein schwer reduzierter gesundheitlicher Zustand (z. B. Kachexie) vor. In drei Fällen aller direkt drogenbezogenen Todesfälle (154) handelt es sich nachweislich um Suizide, d. h. es wurde z. B. ein Abschiedsbrief hinterlassen.

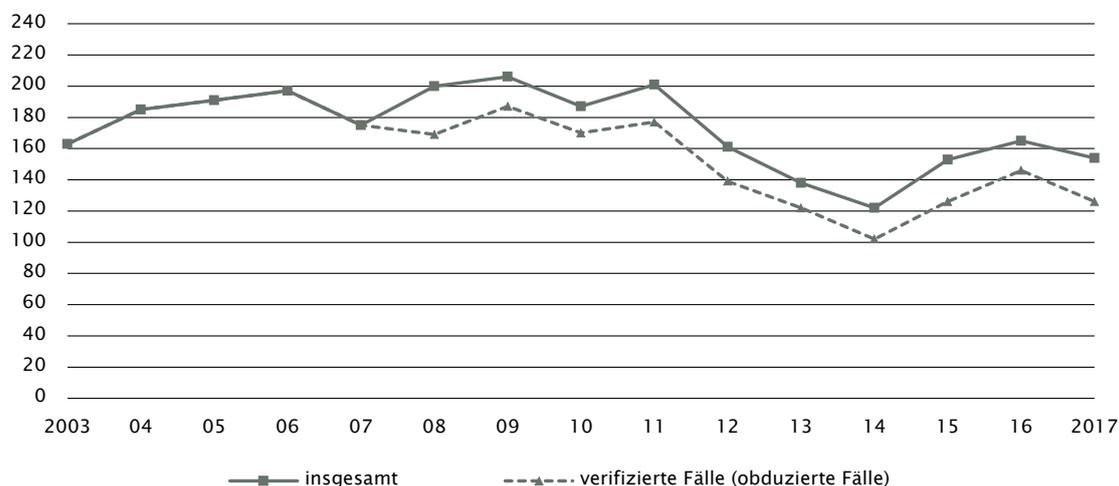
Zusammenfassung: Im Jahr 2017 starben insgesamt 154 Personen an einer Überdosierung. Das entspricht einer Rate von 2,6 Todesfällen pro 100.000 Einwohner/-innen zwischen 15 und 64 Jahren, die meisten davon traten in Wien ein. Etwa 80 Prozent der Verstorbenen waren Männer. Ungefähr drei Viertel der Betroffenen verstarben unmittelbar an den Folgen der hohen Toxizität, in etwa ein Viertel an Sekundärfolgen der Überdosierung.

6.3 Trends: Gesamt, regional und nach Altersgruppen

Von 2011 bis 2014 zeigt sich ein Rückgang der direkt drogenbezogenen Todesfälle. Im Jahr 2014 erreichten sie den niedrigsten Wert seit über zehn Jahren (vgl. Abbildung 6.1). Dem Anstieg in den Jahren 2015 und 2016 folgt ein sinkender Wert im Jahr 2017.

Abbildung 6.1:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2003–2017 (absolut)



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

Die für drei Jahreswerte geglätteten Raten von 1993 bis 2017 sowie die obere und untere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls³⁰ veranschaulicht Abbildung 6.2.

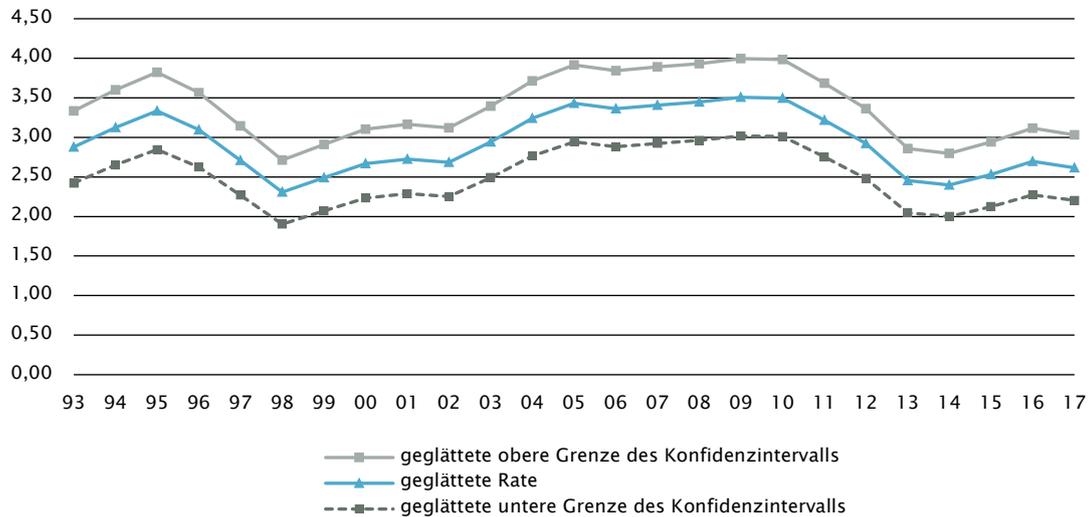
Es zeigt sich ein klarer und signifikanter Anstieg zu Beginn der 1990er-Jahre, gefolgt von sinkenden Raten ab Mitte der 1990er-Jahre. Von Beginn der 2000er-Jahre bis zu deren Mitte gibt es einen Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle, die danach auf gleichbleibend hohem Niveau verharren. Zwischen 2010 und 2014 gibt es einen stärkeren Rückgang auf 2,1 direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen im Jahr 2014. Nach dem Anstieg in den Jahren 2015 (2,6) und 2016 (2,8) sinkt die Rate im Jahr 2017 wieder auf 2,6 Fälle pro 100.000 Einwohner/-innen.

30

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 2017 wird der nichtgeglättete Wert dargestellt.

Abbildung 6.2:

95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 Österreicher/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2017, geglätteter Drei-Jahres-Wert



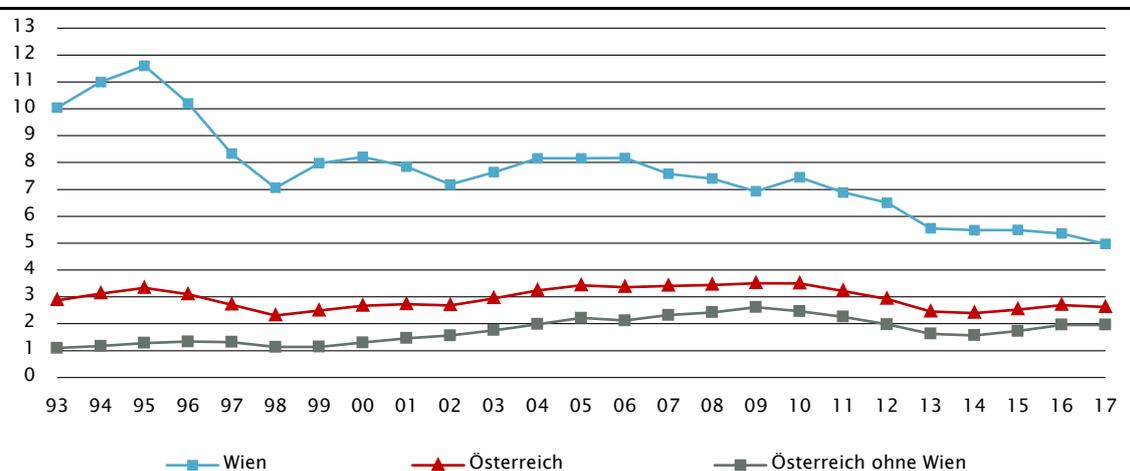
Der 2017-Wert ist nicht geglättet.

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 6.3), zeigen sich in der Bundeshauptstadt ähnliche Trendverläufe wie in Gesamtösterreich. Man sieht jedoch eindeutig, dass der Anstieg am Anfang der 1990er-Jahre in Wien wesentlich stärker ausgeprägt war als in den übrigen Bundesländern. Tendenziell sinken die Werte in Wien jedoch leicht, und in den anderen Bundesländern steigen sie leicht an.

Abbildung 6.3:

Drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Österreicher/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2017, geglätteter Drei-Jahres-Wert nach Region³¹



Die 2017-Werte sind nicht geglättet.

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

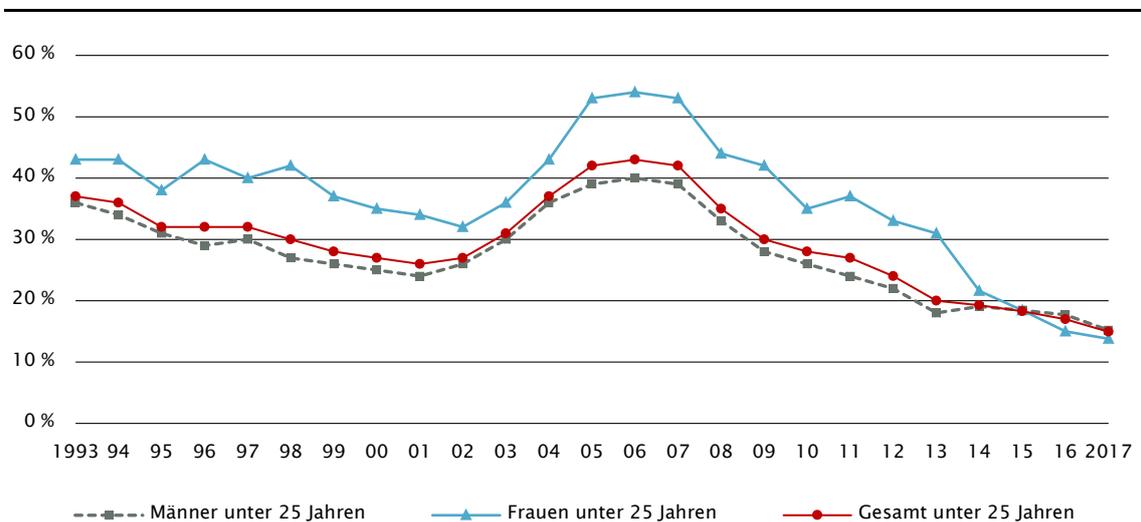
Der Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle in den 1990er-Jahren (Abbildung 6.2) wurde von einem steigenden Anteil drogenbezogener Todesfälle, die Personen unter 25 Jahren betreffen (Abbildung 6.4), begleitet. Dies wiederholte sich auch zu Beginn der 2000er-Jahre. Seit einem Höchstwert Mitte der 2000er-Jahre ist der Anteil drogenbezogener Todesfälle, die junge Menschen betreffen, bis 2013 wieder stark gesunken. Seit 2014 stagnieren die gemittelten Werte, bzw. sind diese leicht rückläufig. (vgl. Abbildung 6.4).

31

Seit 2008 gehen auch Suchtgiftintoxikationen laut Totenbeschau ohne Verifizierung durch eine Obduktion in die Statistik ein.

Abbildung 6.4:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen, geglätteter Drei-Jahres-Wert nach Geschlecht in den Jahren 1993–2017



Die 2017-Werte sind nicht geglättet.

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

Zusammenfassung: Seit Anfang der Neunzigerjahre zeichnet sich eine wellenförmige Bewegung der drogenbezogenen Todesfälle ab: Die Spitzen waren Mitte der 90er- und 2000er-Jahre zu verzeichnen, wobei die Werte bis 2010 auf relativ hohem Niveau verharren. Die hohen Raten waren jeweils mit einem Anstieg des Anteils von Personen unter 25 Jahren verbunden. Zwischen 2010 und 2014 sanken die Raten auf einen Tiefstwert, gefolgt von einem Anstieg bis 2016. Im Jahr 2017 sind wieder weniger drogenbezogene Todesfälle zu verzeichnen als im Vorjahr. Regional zeigen sich für Wien ähnliche Verteilungen wie für Gesamtösterreich, wobei sich Wien und die anderen Bundesländer einander tendenziell annähern. Der Anteil der Personen unter 25 Jahren stagnierte in den letzten Jahren bzw. sank tendenziell.

6.4 Fokus: Altersstruktur

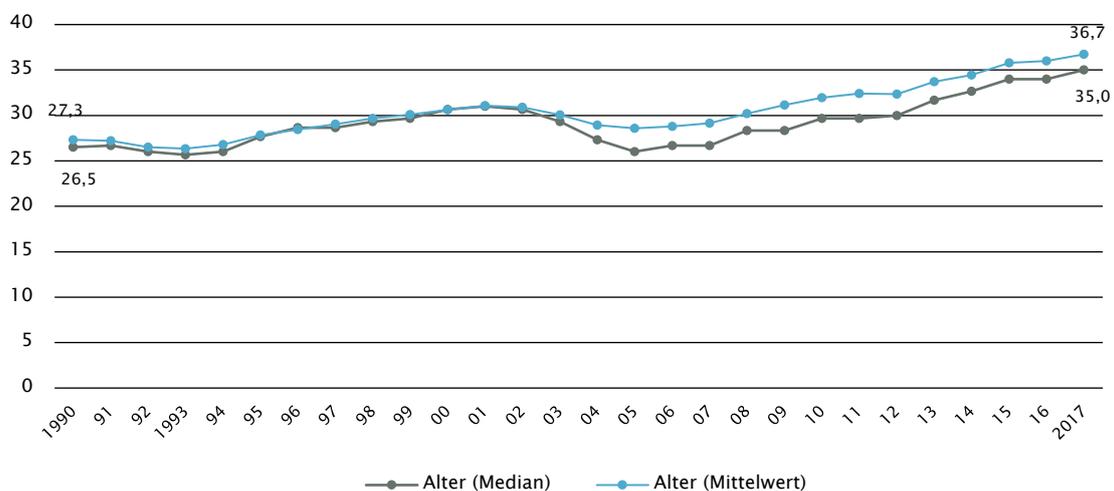
Das Durchschnittsalter (gruppiertes Median) der in der Statistik im Jahr 2017 erfassten Todesopfer beträgt 34,9 Jahre (2016: 34,1; 2015: 32,9; 2014: 34,8; 2013: 32,0).

In Abschnitt 6.3 wurden die über 3 Jahre gemittelten Werte der unter 25-Jährigen im Zeitverlauf dargestellt. Ungemittelt ergibt sich für 2017 folgendes Bild: Bei den Frauen ist der Anteil der unter 25-Jährigen (19 %) im Vergleich zum letzten Jahr (23 %) gesunken. Bei den Männern ist dieser Anteil (15 %) im Vergleich zum Vorjahr (14 %) in etwa gleich geblieben. Da die Fallzahlen bei einer Splitting in Subgruppen sehr klein werden, schwanken die ungemittelten Werte relativ stark. Insgesamt liegt der Anteil der unter 25-Jährigen bei 15 % und ist im Vergleich zum Vorjahr gleich geblieben.

Im Zeitverlauf sieht man, dass das Durchschnittsalter seit Anfang der 90er-Jahre langsam, aber stetig zunimmt. Bis Anfang der 2000er-Jahre liegen Median und arithmetisches Mittel (Mittelwert) eng zusammen. Der Median ist robuster, d. h. Ausreißer nach unten oder oben beeinflussen ihn nicht so sehr, wie sie das arithmetische Mittel beeinflussen. Der im Vergleich zum Median³² 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 2017 bei einem Alter von knapp 37 Jahren, der Median bei 35 Jahren. Der gruppierte Median ist mit 34,9 Jahren minimal niedriger als der Median und ist etwas höher als im Vorjahr (34,1).

Abbildung 6.5:

Mittleres Alter bei den drogenbezogenen Todesfällen, geglätteter Drei-Jahres-Wert in den Jahren 1993–2017



Die 2017-Werte sind nicht geglättet.

Quellen: 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 10 Jahre gestiegen. Im Jahr 2017 betrug der gruppierte Median 34,9 Jahre. Der Anteil der unter 25-Jährigen liegt bei 15 % und ist im Vergleich zum Vorjahr gleich geblieben.

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) wieder. Am

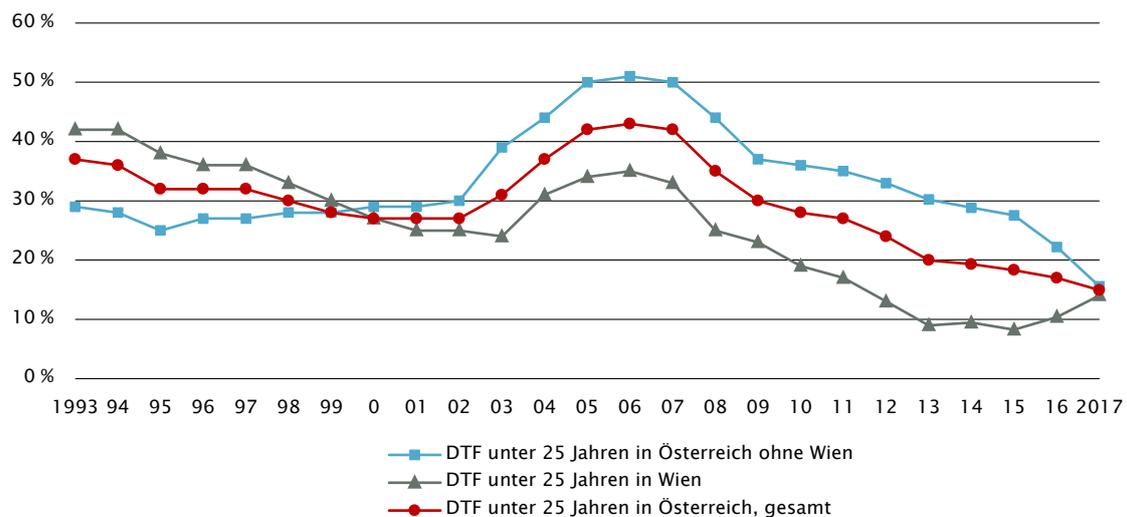
32

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

häufigsten verstarben Personen der relevanten Altersgruppe in Wien (5,0 pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohnern zwischen 15 und 64 Jahren; vgl. Abbildung 6.3). Der hohe Anteil in Wien ist in Relation zur Anzahl der Problemkonsumenten/-konsumentinnen in Wien als mit Abstand größter Stadt Österreichs zu sehen³³. In Österreich gesamt liegt die Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährigen bei 2,6.

Abbildung 6.6:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen, geglätteter Drei-Jahres-Wert für Wien, Österreich ohne Wien, Österreich, 1993-2017



Die 2017-Werte sind nicht geglättet.

Quelle: Drogenbezogene Todesfälle; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 6.6 zeigt die Entwicklung des Anteils der unter 25-Jährigen an den direkt drogenbezogenen Todesfällen für Wien, Österreich ohne Bundeshauptstadt 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 wesentlich höher und lag Mitte der 2000er-Jahre bei 50 Prozent (im Vergleich zu unter 30 Prozent zu Beginn der 2000er-Jahre). Seitdem zeigt sich insgesamt ein rückläufiger Trend. In Wien gehen die Anteile der unter 25-Jährigen seit 2015 etwas nach oben, in den restlichen Bundesländern nehmen sie tendenziell ab.

Zusammenfassung: Der Anteil der unter 25-Jährigen Personen, die an einer Überdosierung sterben, ist in Österreich weiterhin leicht rückläufig. Tendenzuell steigen die Anteile in Wien seit 2015 leicht, in den restlichen Bundesländern gehen sie im gleichen Zeitraum zurück.

33

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

6.5 Nachgewiesene Substanzen

6.5.1 Detailergebnisse 2017

In die nun folgende Analyse in Bezug auf die beteiligten Substanzen werden nur jene 122 Fälle aufgenommen, bei denen auf Basis einer aussagekräftigen toxikologischen Analyse eine genau spezifizierte Substanzzuweisung möglich war.

In 18 Prozent der 122 drogenbezogenen Todesfälle mit aussagekräftiger Toxikologie im Jahre 2017 wurden **ausschließlich illegale Drogen** (inklusive NPS) festgestellt (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination). In 45 Prozent der Fälle wurden neben illegalen Drogen bzw. NPS Psychopharmaka nachgewiesen, in 10 Prozent der Fälle Alkohol und in 27 Prozent beides – Alkohol und Psychopharmaka.

Reine Opioidintoxikationen (d. h. keine weiteren legalen oder illegalen Substanzen) waren in acht Fällen zu verzeichnen, davon drei ausschließlich mit Morphin und einer mit Heroin. Drei Fälle sind auf die alleinige Intoxikation mit einer opiathältigen NPS (NPS, die zur Gruppe der synthetischen Opioide gehören) zurückzuführen (ein Fall mit Carfentanyl, zwei Fälle mit U-47700). Der Anteil der reinen Opioidintoxikationen beträgt somit sieben Prozent (2016: 5 %; 2015: 5 %; 2014: 10 %; 2013: 8 %). Die reinen Opioidintoxikationen stellen einen sehr kleinen Teil der drogenbezogenen Todesfälle dar.

Im Jahr 2017 spielten in insgesamt 86 Prozent der Fälle Opioide eine Rolle (2016: 91 %; 2015: 92 %; 2014: 93 %; 2013: 95 %). 97 der 122 spezifizierten toxikologischen Analysen (80 %) zeigten **Mischintoxikationen mit Opioiden**, d. h. es wurde(n) ein Opiat / mehrere Opiate in Verbindung mit Alkohol und/oder Psychopharmaka und/oder Suchtgift(en) festgestellt (2016: 86 %; 2015: 87 %; 2014: 83 %; 2013: 87 %).

Heroin und Morphin sind auch im Jahr 2017 die am häufigsten festgestellten illegalen Substanzen (bei 77 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 15 Verstorbenen

handelt es sich daher um eine Mindestzahl Verstorbener mit Beteiligung von Heroin (reine Heroin-intoxikation: 1 Fall). Alle anderen Fälle werden der Kategorie Morphin zugeordnet, wobei von den 62 Fällen mit Beteiligung von Morphin lediglich drei auf den alleinigen Konsum von Morphin (ohne weitere Suchtgifte, Alkohol oder Psychopharmaka) zurückzuführen sind.

Methadon wurde in 15 Prozent der Fälle nachgewiesen (2016: 10 %; 2015: 16 %; 2014: 15 %), **sonstige Opioid**e (wie z. B. Fentanyl, Buprenorphin, opioidhaltige NPS) in 20 Prozent (2016: 26 %; 2015: 25 %; 2014: 24 %). **Fentanyl** wurde in sieben Fällen nachgewiesen, wobei es sich bei zwei Fällen um fentanylhältige NPS gehandelt hat.

Kokain wurde in 25 Prozent (N = 31) der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt (2016: 23 %; 2015: 22 %; 2014: 17 %; 2013: 22 %; Abbildung 6.7), in vier Fällen handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere (illegale) Substanzen.

Bei 20 Personen wurden **sonstige Stimulanzien** (sämtliche Stimulanzien exklusive Kokain) nachgewiesen (16 %). Prozentuell gesehen, entspricht dies im Vergleich zum Vorjahr (14 %) einem leichten Anstieg. Bei acht dieser Fälle wurden mehrere Suchtgifte (inklusive Opiate) nachgewiesen, bei sieben Fällen mehrere Suchtgifte (ohne Opiate) – größtenteils auch Alkohol und/oder Psychopharmaka. Bei vier dieser Fälle handelte es sich um eine Monointoxikation (dreimal mit Ecstasy, einmal mit Methamphetamin). Ein Fall davon war eine Intoxikation mit Ecstasy und Alkohol in Kombination.

- » **Amphetamin** wurde bei fünf Fällen nachgewiesen, und zwar nur in Kombination mit anderen (illegalen) Substanzen.
- » **Ecstasy** (d. h. MDMA bzw. dessen Metaboliten MDA oder MDE) wurde in insgesamt neun Fällen nachgewiesen. In drei Fällen handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere Substanzen, in einem Fall um eine Intoxikation in Kombination mit Alkohol, und in fünf Fällen waren andere (illegale) Substanzen beteiligt (2016: 10 Fälle 2015: 7 Fälle; 2014: 3 Fälle; 2013: 4 Fälle, 2012: 5 Fälle; 2011: 4 Fälle). In sieben dieser neun Fälle war die nachgewiesene Menge im toxischen Bereich. Diese Fälle dürften in Zusammenhang mit verstärkt im Umlauf befindlichen Ecstasy-Tabletten mit sehr hoher Dosierung stehen.
- » **Methamphetamin** wurde insgesamt bei elf Fällen festgestellt (2016: 5 Fälle; 2015: 3 Fälle; 2014: 4 Fälle; 2013: 1 Fall; 2012: 2 Fälle). Bei einem Todesfall war es die einzig nachgewiesene Substanz. Bei den anderen Fällen wurde eine Kombination mit anderen illegalen Suchtmitteln und teilweise Alkohol und/oder Psychopharmaka festgestellt. Opiate spielten bei sieben der elf Fälle auch eine Rolle.
- » **NPS** der Kategorie **Stimulanzien** wurden in drei Fällen nachgewiesen, jedoch nur in Kombination mit anderen (illegalen) Substanzen.
- » In zwei Fällen wurde neben anderen (illegalen) Substanzen **Mephedron**, in einem Fall **Methylphenidat** (Wirkstoff von z. B. Ritalin) nachgewiesen.

Neue psychoaktive Substanzen (NPS) wurden im Jahr 2017 insgesamt bei neun Personen, die an einer Überdosierung starben, nachgewiesen (2016: 2 Fälle). NPS der Gruppe der synthetischen Opioiden wurden bei vier, NPS der Gruppe Stimulanzien bei drei und sonstige NPS bei zwei dieser Fälle nachgewiesen. In drei Fällen handelt es sich dabei um Monointoxikationen, d. h. es wurden keine weiteren legalen oder illegalen Substanzen nachgewiesen, wobei diese NPS der Gruppe der

synthetischen Opiode zuzurechnen sind (die Fälle wurden bei den reinen Opiatintoxikationen beschrieben). In einem Fall wurden neben einer NPS (dem synthetischen Opioid Despropionyl-Fentanyl) lediglich Alkohol und Psychopharmaka nachgewiesen. In zwei Fällen³⁴ wurde mehr als eine NPS nachgewiesen. Insgesamt wurden bei diesen neun Fällen zehn verschiedene NPS³⁵ festgestellt. Im Vergleich zu den Vorjahren gibt es mehr NPS-Fälle, insbesondere die vier Fälle mit opioidhaltigen NPS, bei denen keine anderen Suchtgifte nachgewiesen wurden, fallen auf. Obwohl es sich beim Auftreten von NPS, insbesondere jener, die der Gruppe der synthetischen Opiode angehören, 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 72 Prozent im Jahr 2017 erhöht (vgl. Abbildung 6.7). Insgesamt wurden bei den Fällen, bei denen Psychopharmaka nachgewiesen wurden (88), bei 85 Prozent Benzodiazepine, bei 38 Prozent Antidepressiva und bei 27 Prozent Neuroleptika nachgewiesen. Bei jeweils weniger als 20 Prozent wurden Antiepileptika, Z-Medikamente oder andere psychoaktive Medikamente (z. B. Barbiturate) nachgewiesen.

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

Zusammenfassung: Ausschließlich illegale Drogen (ohne Alkohol und/oder Psychopharmaka) wurden in den seltensten Fällen festgestellt, ebenso reine Opiatintoxikationen (ohne weitere legale oder illegale Substanzen). Am Großteil der Intoxikationen waren Opiode beteiligt. Insgesamt sind die Konsummuster ähnlich wie in den Vorjahren. Bei den NPS zeigt sich im Vergleich zu den Vorjahren eine Zunahme, bei insgesamt vier Fällen wurden außer einer opioidhaltigen NPS keine weiteren Suchtgifte festgestellt. Obwohl es sich beim Auftreten synthetischer Opiode der Kategorie NPS in Österreich nach wie vor um Einzelfälle handelt, muss die Situation diesbezüglich weiterhin im Rahmen des „Early Warning System“ genau beobachtet werden.

6.5.2 Nachgewiesene Substanzen im Zeitverlauf

Insgesamt dominieren über den Zeitverlauf Opiode, tendenziell zeichnet sich in ihrem Fall jedoch eine leichte Abnahme ab (vgl. Abbildung 6.7). Die Substanzen Heroin und Morphin werden bei den

34

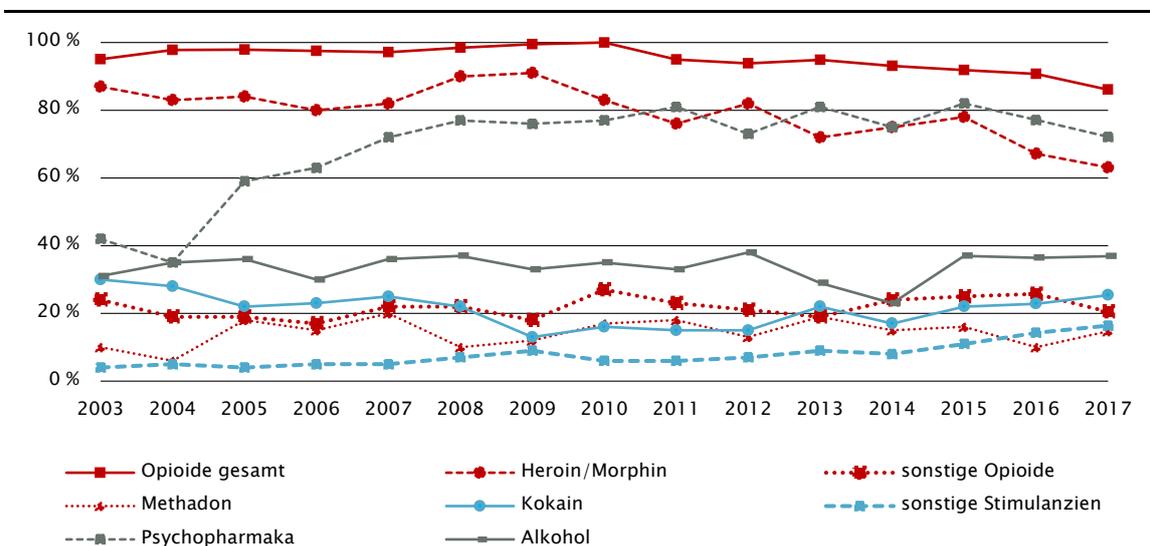
Fall 1: 3,4-Methylenedioxy-2-pyrrolidinobutyrophenon (MDPBP), N-Ethylpentylon, Ethylphenidat sowie 3-Fluorphenmetrazin;
Fall 2: Alfa-Pyrrolinopentiphenon (Alpha-PVP) sowie Ethylphenidat

35

Alpha-PVP (1×), Carfentanyl (1×), Despropionyl-Fentanyl (1×), Etizolam (1×), Ethylphenidat (2×), Ketamin (1×), MDPBP (1×), N-Ethylpentylon (2×), U-47700 (2×), 3-Fluorphenmetrazin (1×)

drogenbezogenen Todesfällen am häufigsten nachgewiesen, seit 2015 sinken die Anteile dieser Substanzen jedoch merkbar. Mit 63 Prozent haben die Anteile 2017 den niedrigsten Wert seit 2003 erreicht. 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. Seither schwankt sein Wert um die 20 Prozent. Sonstige Stimulanzien bewegen sich seit Anfang der 2000er-Jahre auf niedrigem Niveau, es zeichnet sich hier in den letzten Jahren jedoch ein leichter Anstieg ab. Die Anteile der Psychopharmaka stiegen zwischen 2004 und 2011 und pendeln sich seither bei ca. 80 Prozent ein, im Jahr 2017 wurden sie bei 72 Prozent der Fälle nachgewiesen. 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 6.7:
Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2017



Anmerkung: Die Kategorie sonstige Stimulanzien umfasst sämtliche Stimulanzien (z. B. Ecstasy, Mephedron/3MMC, Cathinone, NPS des Typs Stimulanzien) exklusive Kokain. Die Kategorie „sonstige Opiate“ auch NPS-Opiate (z. B. U-47700)

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

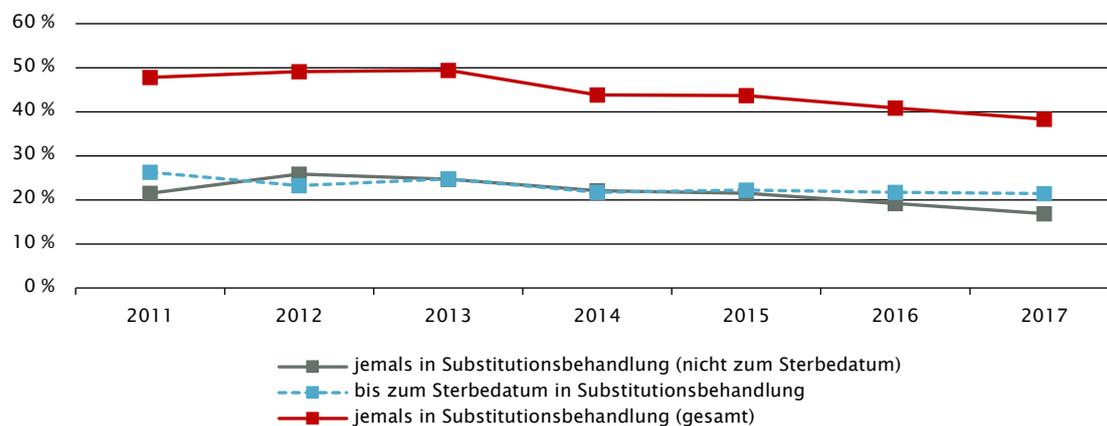
Zusammenfassung: An der Dominanz von Opioiden hat sich in den letzten Jahren nichts geändert, tendenziell zeichnet sich jedoch deren Abnahme ab. Stimulanzien (exklusive Kokain) steigen auf niedrigem Niveau etwas an.

6.6 Substitutionsbehandlung

Bei den 154 direkt drogenbezogenen Todesfällen befanden sich 33 Personen bis zu ihrem Todestag in Substitutionsbehandlung. Weitere 26 waren bereits einmal in ihrem Leben in Substitutionsbehandlung. Rund 40 Prozent der im Jahr 2017 an Überdosierung Verstorbenen hatten einmal in ihrem Leben Kontakt zum Betreuungssystem.

Abbildung 6.8:

Anteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle, bei denen die/der Betroffene in Substitutionsbehandlung war, an allen direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2011–2017, geglätteter Drei-Jahres-Wert in Prozent



Anmerkung: Die Werte 2017-Werte sind nicht geglättet.

Quelle: eSuchtmittel, Drogenbezogene Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.7 Auffindungsort

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

Die Mehrheit der betroffenen Personen wurde in einer Wohnung aufgefunden (80 %). In Hotels, Jugendherbergen, Heimen oder Notunterkünften kam es bei fünf Prozent zur Überdosierung. In drei Prozent der Fälle waren die Auffindungsorte im öffentlichen Bereich wie z. B. U-Bahn oder Toiletten und in einem Prozent in Haftanstalten. Drei Prozent verstarben in Krankenhäusern. In neun Prozent der Fälle konnte der Auffindungsort nicht eruiert werden.

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 erhöhen³⁶.

36

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.

7 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 2016 wird geschätzt, dass 10.200 Todesfälle bzw. 13 Prozent aller Todesfälle auf das Rauchen von Tabak (inklusive Passivrauchen) zurückzuführen sind (Global Burden of Disease Results Tool). Eine genaue Darstellung der tabakassoziierten Morbidität und Mortalität findet sich in Abschnitt 7.5.

Als wichtigste Maßnahme zur Reduktion tabakassoziiierter Erkrankungen gilt die Prävention, insbesondere Jugendliche sollen davon abgehalten werden, mit dem Rauchen zu beginnen. Daher wird in Abschnitt 7.1 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 7.6 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 (7.1 und 7.2) fokussieren auf den Tabakkonsum³⁷. Rauchfreie Tabakerzeugnisse³⁸, Wasserpfeifen/Shishas sowie E-Zigaretten werden in Abschnitt 7.3 dargestellt, sie werden in Österreich jedoch vergleichsweise selten konsumiert, und es gibt auch wenige Datenquellen dazu (Strizek/Uhl 2016b).

Als Datengrundlagen in Bezug auf das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen werden die österreichweite HBSC-Studie³⁹ und die ESPAD-Erhebung⁴⁰ herangezogen. Für die Bevölkerung ab

37

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

38

Das Inverkehrbringen von Kautabak ist in Österreich seit Mai 2016 verboten, wobei der Verkauf von Restbeständen im Sinne eines Übergangs noch bis Mai 2017 möglich war.

39

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

40

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

15 Jahren wird die österreichweite Gesundheitsbefragung (ATHIS⁴¹) bzw. die Erhebungsreihe „Befragung zum Substanzgebrauch“ herangezogen.

7.1 Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen

Laut den beiden aktuellsten Schülerbefragungen, HBSC⁴² 2014 und ESPAD⁴³ 2015, rauchen aktuell 10 (HBSC 2014) bzw. 16 Prozent (ESPAD 2015) der 15-Jährigen⁴⁴ täglich. Etwas weniger als die Hälfte der 15-jährigen Schüler/-innen gibt an, bereits erste Erfahrungen mit dem Rauchen von Tabak gemacht zu haben (HBSC 2014: 43 %, ESPAD 2015: 49 %) (Ramelow et al. (2015); Strizek/Uhl (2016c)).

In beiden Erhebungsreihen zeigt sich ein eindeutiger Rückgang in der Rauchprävalenz von Kindern und Jugendlichen in Österreich (vgl. Abbildung 7.1). Im Europäischen Vergleich liegt Österreich nach diesem Rückgang allerdings nach wie vor leicht (HBSC) bzw. deutlich (ESPAD)⁴⁵ über dem Durchschnitt (vgl. Abbildung 7.2; The ESPAD Group (2016); WHO (2016)).

Schüler/-innen aus Berufsschulen und polytechnischen Schulen berichten häufiger von Tabakkonsum als solche anderer Schulformen. Ebenfalls häufiger rauchen Schüler/-innen aus kleinen Gemeinden (< 5.000 EW). Keine Unterschiede zeigen sich hingegen beim Anteil der täglich Rauchenden zwischen 15-jährigen Burschen und Mädchen (vgl. Abbildung 7.1) (Ramelow et al. 2015; Strizek/Uhl 2016c).

41

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

42

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 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.

43

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 2015 wurden rund 8.000, 2007 rund 6.000 und im Jahr 2003 rund 5.000 Schüler/-innen in Österreich befragt.

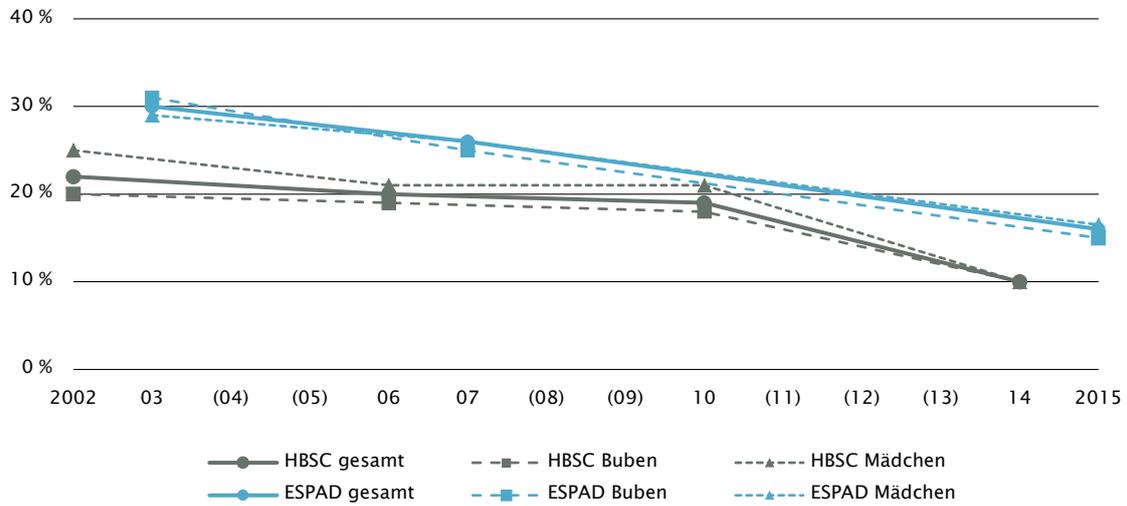
44

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

45

Der ESPAD-Europavergleich bezieht sich auf die 30-Tages-Prävalenz von im Jahr der Befragung (2015) 16 Jahre alt gewordenen Schülerinnen und Schülern. Ein Europavergleich der Tagesprävalenz von 15-Jährigen wird im Rahmen von ESPAD 2015 nicht veröffentlicht.

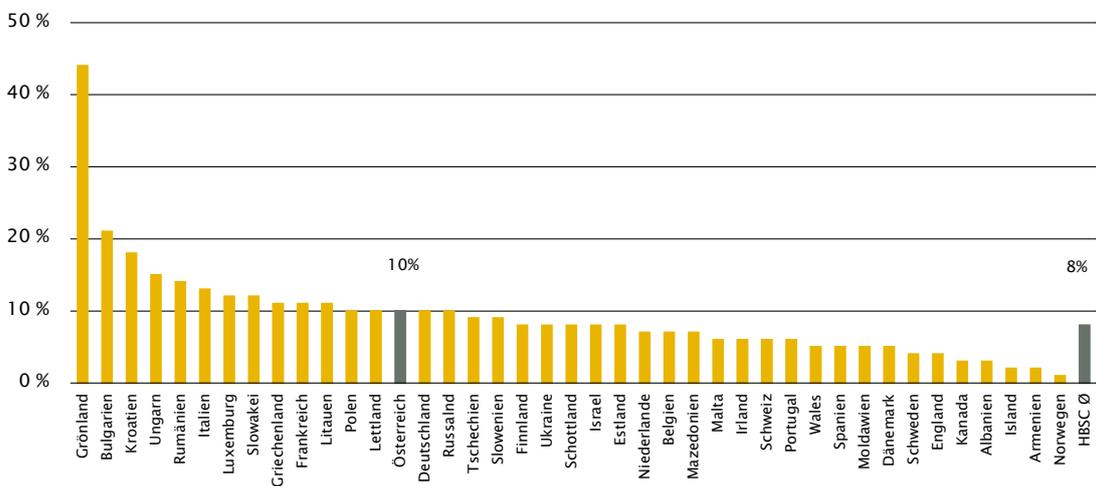
Abbildung 7.1:
Anteil der täglich rauchenden 15-Jährigen, 2002–2015



Anmerkung: Mit einem Symbol versehene Jahre stellen tatsächliche Erhebungszeitpunkte dar, bei Jahren in Klammern gab es keine Erhebung.

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

Abbildung 7.2:
Anteil der täglich rauchenden 15-Jährigen im Europäischen Vergleich 2014, HBSC



Quellen: WHO (2016); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Die Rauchprävalenz bei Kindern und Jugendlichen halbierte sich seit dem Jahr 2002. Im Europäischen Vergleich liegt Österreich nach diesem Rückgang allerdings nach wie vor je nach Erhebungsreihe leicht bzw. deutlich über dem Durchschnitt.

7.2 Tabakkonsum 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 (ATHIS⁴⁶ 2014) der Altersgruppe 15+ täglich (Klimont/Baldaszi 2015; Strizek/Uhl 2016b).

Betrachtet man die Ergebnisse der Erhebungsreihe „Befragung zum Substanzgebrauch“ (2004, 2008 und 2015)⁴⁷, 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 7.3).

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.

Männern 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 7.3). 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 Beginn des 20. Jahrhunderts, Generationen mit immer geringeren Unterschieden folgen (Mikrozensus 1979, 1986, 1997, ATHIS 2006/2007).

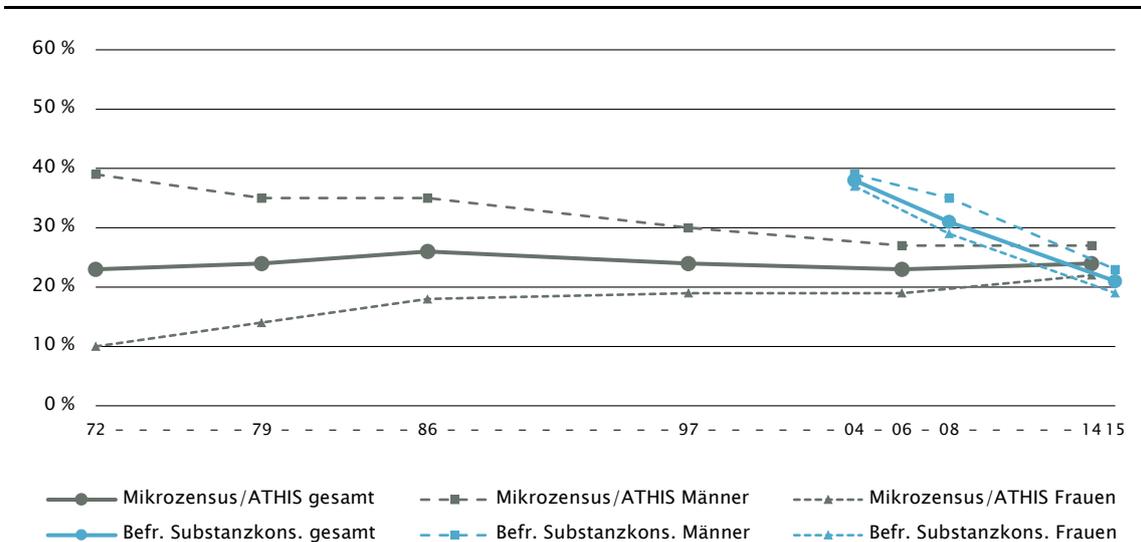
46

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

47

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.

Abbildung 7.3:
Anteil der täglich Rauchenden an der Bevölkerung 15+, 1972-2015

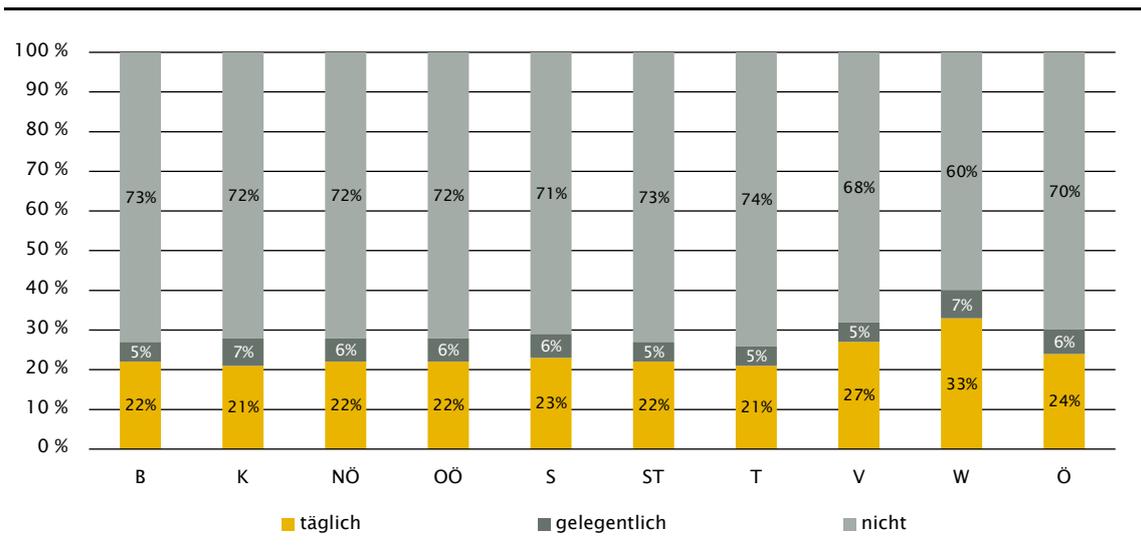


Anmerkung: Mit einem Symbol versehene Jahre stellen tatsächliche Erhebungszeitpunkte dar. Die Ergebnisse der Erhebungen im Rahmen des Mikrozensus 1972, 1979 und 1986 beziehen sich auf die Bevölkerung 16+. In den Befragungen über den Substanzgebrauch wurden bei der Frage nach dem aktuellen Rauchstatus 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 7.4).

Abbildung 7.4:
Rauchstatus der Bevölkerung 15+ im Bundesländervergleich 2014

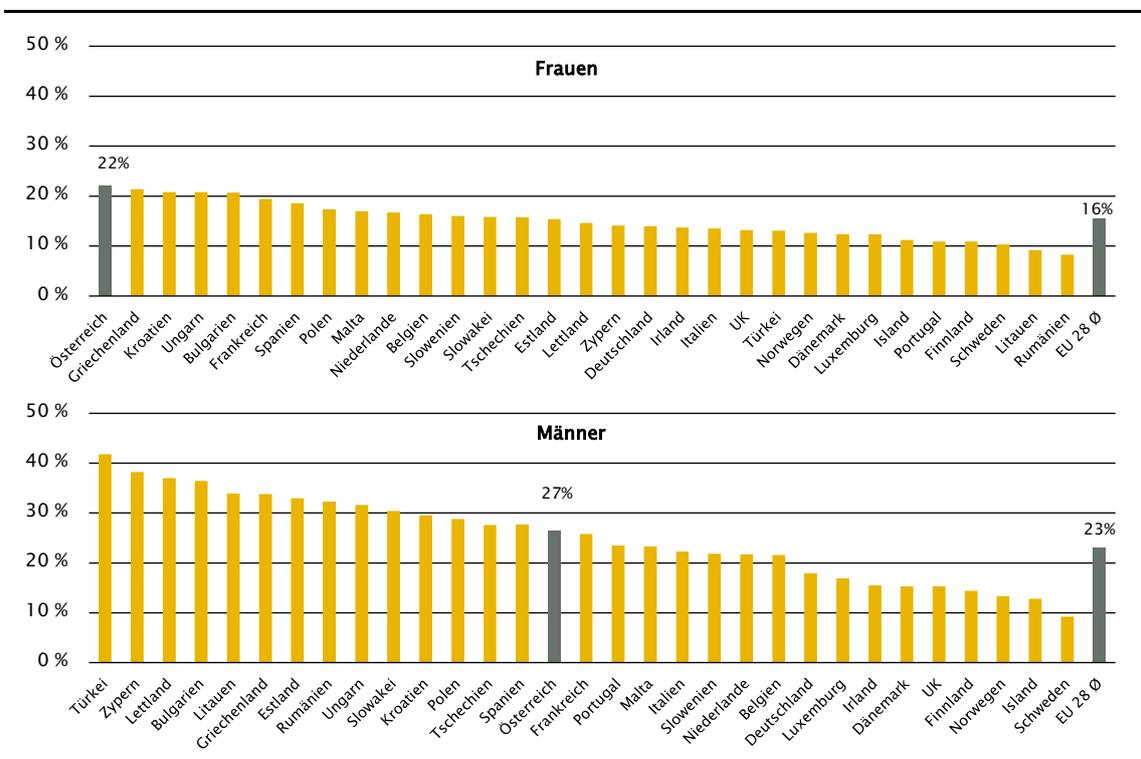


Quelle: ATHIS 2014; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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 7.5).

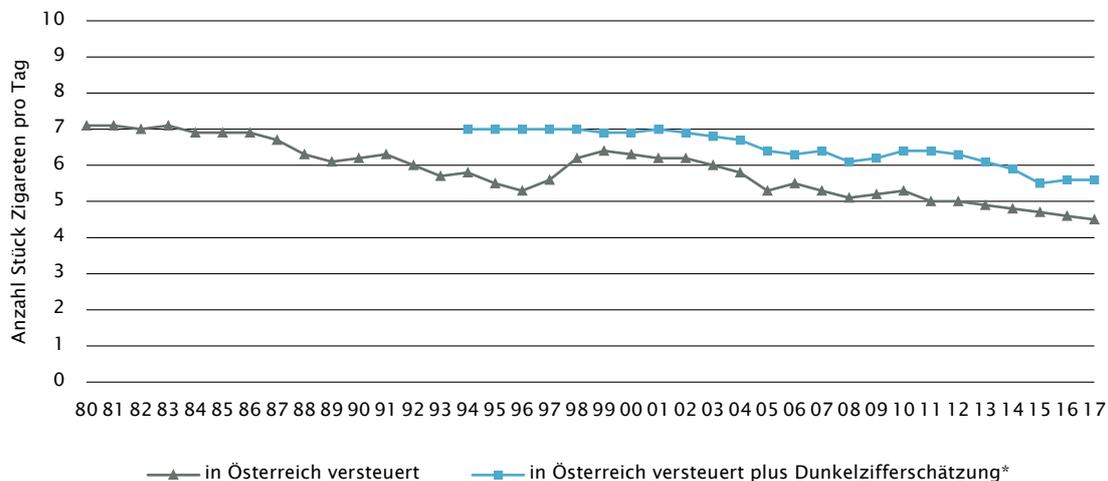
Abbildung 7.5:
Tägliche Raucher/-innen 15+ im EU-28-Vergleich 2014



Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2014 (abgefragt am 27. 6. 2017); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 7.6:

Durchschnittlicher täglicher Konsum von Zigaretten in der Bevölkerung 15+, 1980–2017



Anmerkung: Zur Berechnung wurde die jährliche Wohnbevölkerung im Jahresdurchschnitt herangezogen.
*nicht bzw. nicht in Österreich versteuerten Zigaretten

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

Aktuelle Verkaufszahlen und Dunkelzifferschätzungen ergeben für das Jahr 2017 einen Zigarettenkonsum von 4,5 bis 5,6 Stück pro Kopf und Tag. Bei den Verkaufszahlen zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr ein leichter Rückgang, bei der geschätzten Dunkelziffer ein gleichbleibender Wert. Im längerfristigen Trend zeigt sich sowohl bei den Verkaufszahlen als auch bei den Dunkelzifferschätzungen ein leichter Rückgang; etwas deutlicher im Zeitraum von 2010 bis 2015 (vgl. Abbildung 7.6)⁴⁸.

Die Umsatzstatistik von Großhändlern zeigt zwischen 2009 und 2017 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 2017⁴⁹ (vgl. TABAK 3 im Annex).

48

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

49

Das Inverkehrbringen von Kautabak ist in Österreich seit Mai 2016 verboten, wobei der Verkauf von Restbeständen im Sinne eines Übergangs noch bis Mai 2017 möglich war.

Zusammenfassung: Die Verkaufszahlen deuten auf einen leichten Rückgang des Zigarettenkonsums in Österreich hin. Männern 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.

7.3 Konsum von Wasserpfeifen/Shishas, E-Zigaretten und rauchfreien Tabakerzeugnissen

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).

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). Bei Kindern und Jugendlichen wurde der tägliche Konsum von Wasserpfeife bzw. Shisha im Rahmen von ESPAD und HBSC bisher noch nicht abgefragt. Bei der diesbezüglichen Monatsprävalenz zeigt sich jedoch bei ESPAD, dass sie bei Jugendlichen schon nahe an die Monatsprävalenz von Zigaretten heranreicht (15-Jährige: 19 % Wasserpfeife/Shisha, 24 % Zigaretten) (Strizek/Uhl 2016c).

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). Vor allem in den nachfolgenden Generationen ist die Lebenszeitprävalenz sehr hoch (ESPAD 2015 15-Jährige: 50 %, 16-Jährige: 62 %) (Strizek/Uhl 2016c). Am höchsten ist die Lebenszeitprävalenz mit 71 Prozent zurzeit bei den 20- bis 24-Jährigen (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 aktuelle 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).

Bei der letzten ESPAD-Erhebung (2015) gaben 30 Prozent der 15-jährigen Schülerinnen und Schüler an, bereits einmal eine E-Zigarette probiert zu haben. Sechs Prozent gaben an, in den letzten 30 Tagen E-Zigarette gedampft zu haben. Der tägliche Konsum wurde nicht abgefragt (Strizek/Uhl 2016c).

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).

Bei Kindern und Jugendlichen wurde der Konsum rauchfreier Tabakerzeugnisse im Rahmen von ESPAD und HBSC bisher noch nicht abgefragt.

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. Bei den Schülerinnen und Schülern (ESPAD, HBSC) wurde der tägliche Konsum von Wasserpfeifen/Shishas und E-Zigaretten bisher noch nicht abgefragt. Ergebnisse in Betreff der Monatsprävalenz zeigen, dass ein Fünftel der 15-Jährigen in den letzten 30 Tagen Wasserpfeife/Shisha geraucht hat. Sechs Prozent haben in diesem Zeitraum E-Zigarette gedampft. Der Konsum rauchfreier Tabakerzeugnisse wurde bei Schülerinnen und Schülern (ESPAD, HBSC) noch gar nicht abgefragt.

7.4 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.⁵⁰

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 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 sind Personen mit Migrationshintergrund (beide Eltern im Ausland geboren), Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss und Personen mit niedrigerem Haushaltseinkommen ausgesetzt. 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 2014⁵¹ – 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, abgefragt am 9. 2. 2017).

50

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.

51

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.

7.5 Morbidität und Mortalität infolge Tabakkonsums

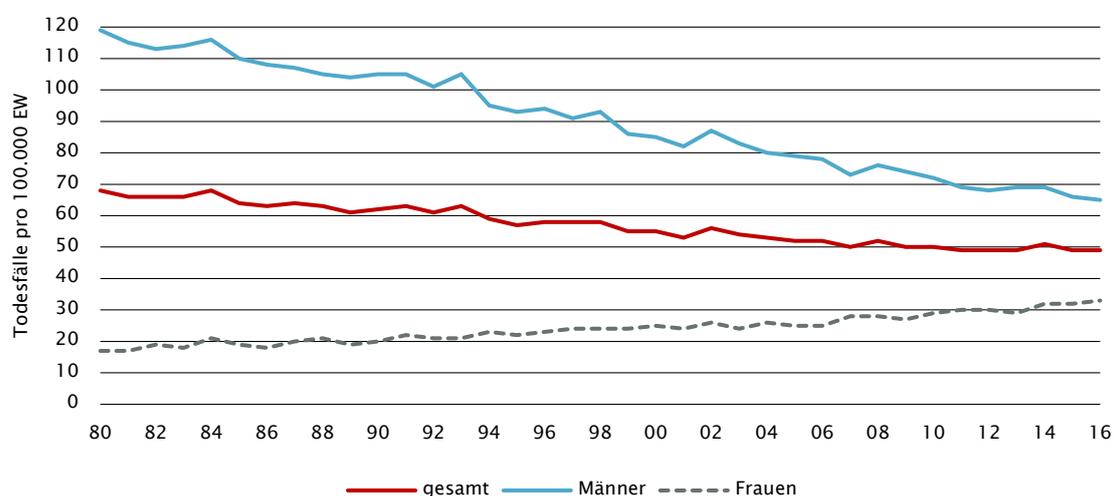
Der Konsum von Tabak verursacht zahlreiche tödliche Krankheiten und gilt deshalb als eines der bedeutendsten Gesundheitsrisiken (RKI 2008; WHO 2015). Zu den Spätfolgen des Tabakkonsums zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, Atemwegserkrankungen wie z. B. COPD, chronische 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/Carbone 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 7.7) und korrespondiert mit dem Verlauf des Rauchverhaltens von Männern und Frauen (vgl. Abbildung 7.3). 2016 sind 2.414 Männer und 1.534 Frauen infolge eines Bronchialkarzinoms gestorben (2015 bei Männern: 2.393, bei Frauen: 1.490). 30 Prozent waren unter 65 Jahre alt (Statistik Austria – Todesursachenstatistik).

Abbildung 7.7:

Entwicklung der Todesfälle pro 100.000 Einwohnern/Einwohnerinnen infolge von Bronchialkarzinomen (C34, ICD 10), 1980–2016



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1980–2016 sowie Statistik des Bevölkerungsstandes 1980–2016; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Rahmen des „Global Burden of Disease“-Monitorings wird für Österreich für das Jahr 2016 geschätzt, dass ca. 10.200 Todesfälle bzw. 13 Prozent aller Todesfälle auf das Rauchen von Tabak (inklusive Passivrauchen) zurückzuführen sind (Global Burden of Disease Results Tool) abgerufen am 25. 7. 2018).

Zusammenfassung: Im Jahr 2016 verstarben 2.414 Männer und 1.534 Frauen infolge eines Bronchialkarzinoms, das großteils durch Tabakrauchen verursacht wird. 30 Prozent der Verstorbenen waren unter 65 Jahre alt. Die Werte hinsichtlich Rauchverhalten und Sterblichkeit infolge von Lungenerkrankungen der Männer und jene der Frauen gleichen sich in den letzten Jahrzehnten einander immer mehr an.

7.6 Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören

Der Anteil der Rauchenden, die im letzten Jahr erfolglos versuchten, das Rauchen aufzugeben, ist hoch. 32 Prozent der täglich Rauchenden (31 % der 15- bis 59-Jährigen und 41 % im Alter 60+) gaben dies in der ATHIS-Befragung 2014 an.⁵² 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. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

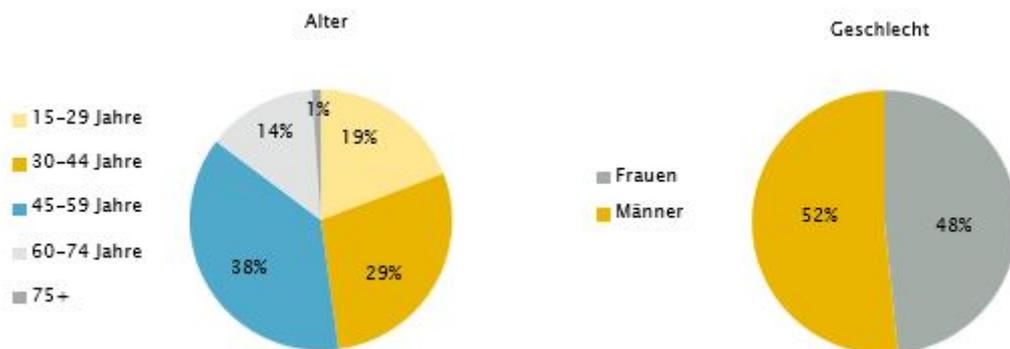
24 Prozent der Personen im Alter 15+ haben einst täglich geraucht und rauchen jetzt nicht mehr. Der Anteil derer, die jemals täglich geraucht haben und jetzt nicht mehr rauchen, nimmt mit dem Alter zu. Er ist bei Männern etwas höher als bei Frauen, allerdings ist bei Männern auch der Anteil derer höher,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

52

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

Abbildung 7.8:

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.

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

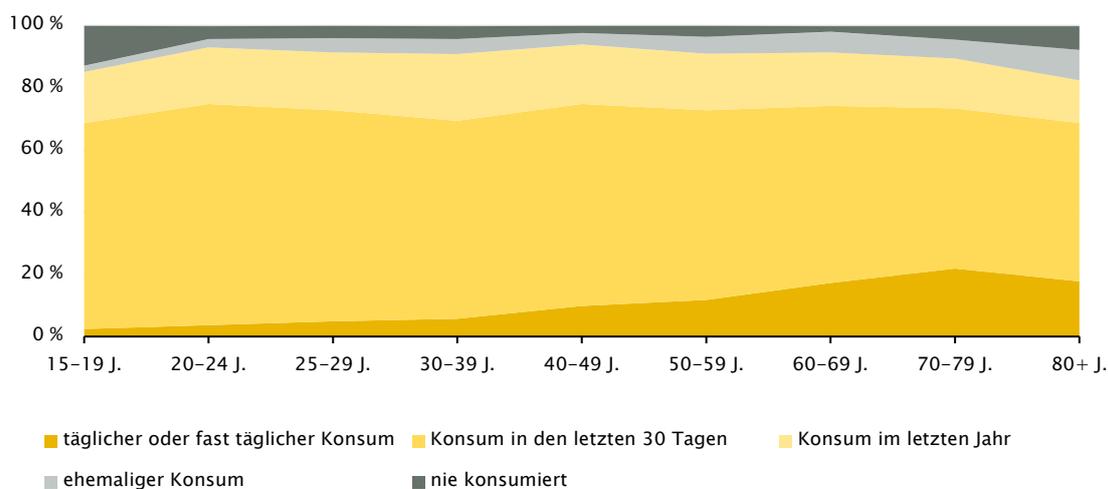
Zusammenfassung: Ein Drittel der 2014 täglich Rauchenden (etwa 560.000 Personen) versuchte im Jahr davor (2013) erfolglos, mit dem Rauchen aufzuhören. Etwa die Hälfte davon waren Frauen. Der Grosteil war zwischen 30 und 59 Jahre alt.

8 Alkoholkonsum

8.1 Charakteristik und Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich

Alkohol⁵³ ist jene 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 täglich⁵⁴ tut, wobei dieser Anteil tendenziell mit zunehmendem Alter ansteigt (vgl. Abbildung 8.1).

Abbildung 8.1:
Konsumprävalenz Alkohol nach Altersgruppen



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

53

Für weiterführende Ausführungen zum Thema Alkohol wird auf die vier Bände des *Handbuchs Alkohol Österreich* verwiesen (Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen, Band 2: Einrichtungen, Band 3: Gesetzliche Rahmenbedingungen, Band 4: Ausgewählte Themen).

54

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 Gesundheitsbefragung ATHIS (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“ Werte⁵⁵ 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**⁵⁶, 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 8.2). Im Jahr 2016 wurden in der erwachsenen Bevölkerung ab 15 Jahren pro Kopf etwa 25 Gramm Alkohol pro Tag konsumiert. Diese Menge entspricht etwas mehr als einem großen Bier oder einem Viertelliter Wein.

55

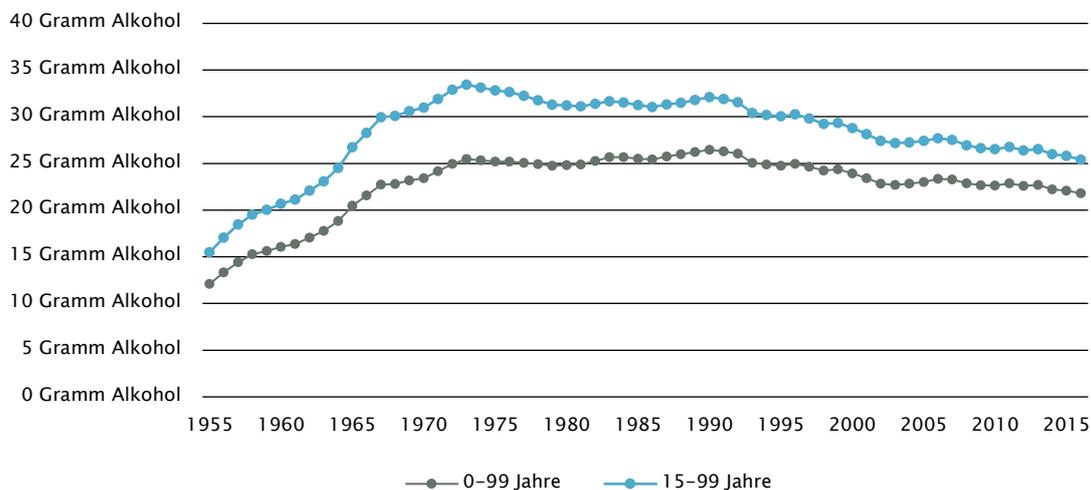
Die Sinnhaftigkeit eines solchen Korrekturverfahrens ergibt sich dadurch, dass wiederholt und in unterschiedlichen Ländern festgestellt wurde, dass die auf Basis von Selbstangaben errechneten durchschnittlichen Alkoholkonsummengen aus unterschiedlichen Gründen bloß rund 30 bis 40 Prozent des Pro-Kopf-Konsums 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.

56

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

Abbildung 8.2:

Verlauf des durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsums in Gramm Alkohol (1955–2016)



Quelle: Handbuch Alkohol Österreich, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen (Uhl et al. 2017); Darstellung: CÖG/ÖBIG

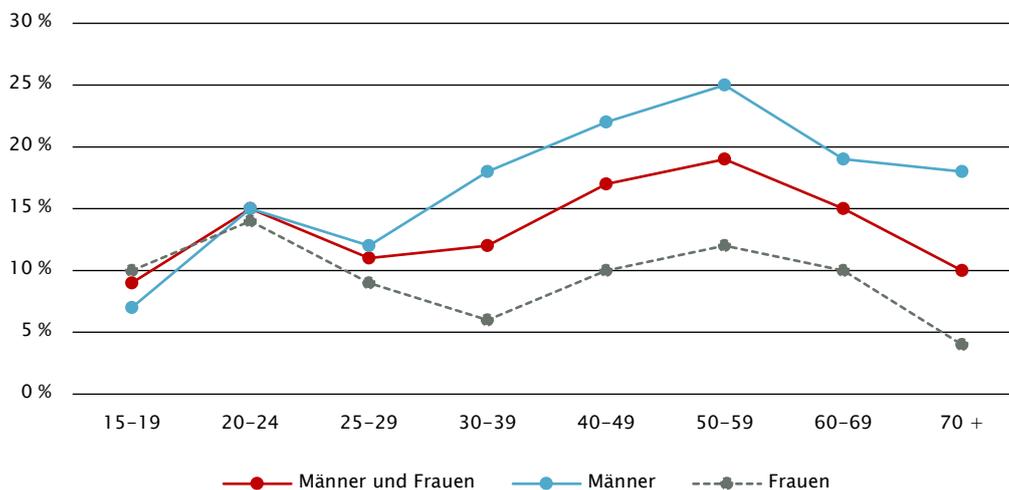
Zusammenfassung: Alkoholkonsum ist weiter verbreitet und findet sozial integrierter statt als der Konsum anderer psychoaktiver Substanzen und findet bei vielen Menschen bis ins hohe Alter statt. Männer trinken häufiger täglich Alkohol als Frauen. Seit den 1970er-Jahren ist die durchschnittliche Konsummenge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

8.2 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 40 Gramm Reinalkohol für Frauen bzw. 60 Gramm Reinalkohol für Männer definiert (Uhl et al. 2009a). Werden diese Grenzwerte auf die korrigierten Angaben (siehe Fußnote ⁵⁵) der Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2015 angewandt, zeigt jede(r) siebte Österreicher/-in (19 % der Männer bzw. 9 % der Frauen) einen **gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum**. Abbildung 8.3 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 8.3:

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 eine 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 jede(r) 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.

8.3 Alkoholkonsum bei Jugendlichen

Auch unter 14- bis 17-jährigen Jugendlichen hat laut ESPAD-Erhebung⁵⁷ von 2015 (Strizek et al. 2016) die große Mehrheit (88 %) zumindest schon einmal im Leben Alkohol getrunken. Etwa zwei

57

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 auch auf Jugendliche in der 9. und 10. Schulstufe ab, die zwischen 14 und 17 Jahre alt sind, aber größtenteils auf 15- und 16-jährige Schüler/-innen. Inhalt der Erhebung sind ausschließlich der Konsum von und Einstellungen zu psychoaktiven Substanzen. Die Erhebung Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) zielt unabhängig von der Schulstufe auf 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler/-innen ab und hat allgemeine Aspekte des Gesundheitsverhaltens zum Inhalt.

Drittel der befragten Schüler/-innen (67 %) haben in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert. Referenzwerte aus der HBSC-Studie von 2014 (Ramelow et al. 2015) kommen auf etwas niedrigere Werte⁵⁸.

20 Prozent der bei ESPAD befragten Jugendlichen berichten davon, in den letzten 30 Tagen mindestens einmal stärker berauscht gewesen zu sein, ein ähnlicher Wert (gerundet 19 %) ergibt sich auch bei den 15-jährigen Schülern/Schülerinnen der HBSC-Erhebung. **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 Konsumerfahrenheit 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 weisen darauf hin, dass etwa vier bis sechs Prozent der befragten Schüler/-innen ein Konsumverhalten zeigen, dass aufgrund von Konsumfrequenz (Konsum an 20 von 30 Tagen) und Konsummenge (mehr als 40 bzw. 60 Gramm Alkohol pro Tag) längerfristig mit einem relevanten Gesundheitsrisiko verbunden ist.

In Summe fallen Geschlechtsunterschiede im Alkoholkonsumverhalten sowohl laut ESPAD als auch laut HSBC bei Jugendlichen entschieden weniger eindeutig aus, als dies bei erwachsenen Personen der Fall ist. Deutlicher fallen hingegen laut ESPAD 2015 **Unterschiede zwischen Schultypen** sowie Unterschiede zwischen ländlichen und urbanen Regionen⁵⁹ aus. Schüler/-innen aus polytechnischen Schulen und Berufsschulen trinken deutlich häufiger und risikoreicher als jene aus weiterführenden Schulen, ebenso wie Schüler/-innen aus ländlichen Regionen häufiger und risikoreicher Alkohol konsumieren als solche in urbanen Regionen (Strizek et al. 2016).

Im **Zeitverlauf** zeigt sich zwischen den ESPAD-Erhebungen von 2003, 2007 und 2015 insgesamt ein Rückgang des Alkoholkonsums unter Jugendlichen: So stieg etwa der Anteil lebenszeitabstinenter Jugendlicher (von 4 % auf 12 %) und sank der Anteil aktueller Konsumenten/Konsumentinnen (von 79 % auf 67 %). Auch der tägliche Durchschnittskonsum sank im selben Zeitraum von 14 Gramm auf 11 Gramm und verdeutlicht darüber hinaus, dass sich Mädchen und Burschen in ihrem Konsumverhalten einander zunehmend angleichen (Strizek et al. 2016). Ein rückläufiger Trend bei Alkoholkonsumindikatoren wird auch bei Zeitreihen auf Basis der HBSC-Erhebung festgestellt (Ramelow et al. 2015).

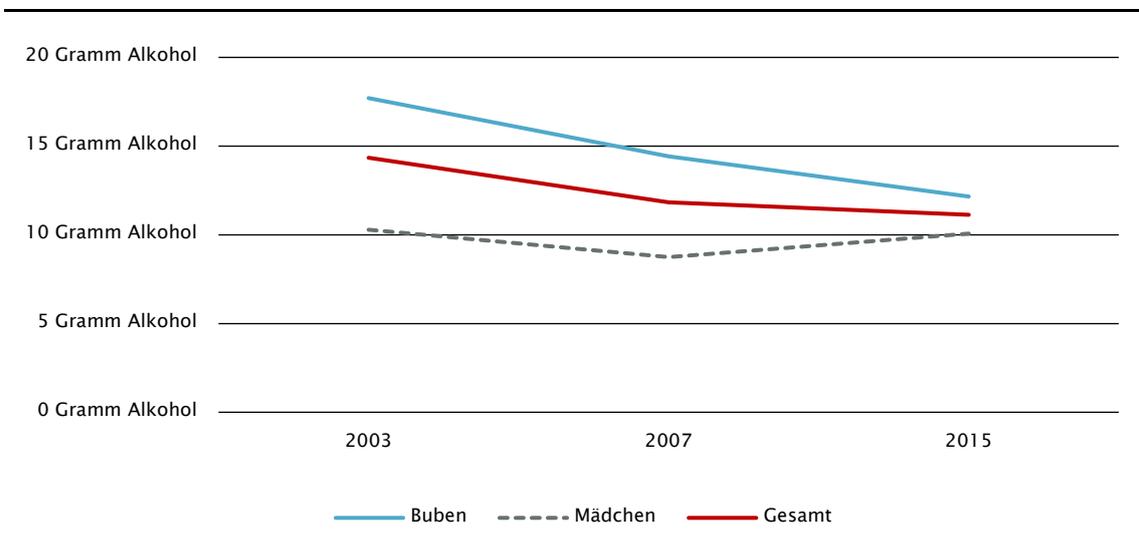
58

Wird nur die gemeinsame Schnittmenge der 15-jährigen Schüler/-innen verglichen, ergeben sich laut ESPAD 62 Prozent und laut HSBC 52 Prozent Letztmonatsprävalenz.

59

Da bestimmte Schultypen eher im ländlichen Raum und andere eher im urbanen Raum vertreten sind, überschneiden sich diese beiden Einflussfaktoren teilweise.

Abbildung 8.4:
Durchschnittskonsum pro Tag nach Geschlecht (in Gramm Alkohol)



Quelle: ESPAD 2015 (Strizek/Uhl 2016b); 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. Etwa fünf Prozent der Schüler/-innen zwischen 14 und 17 Jahren berichten ein Konsumverhalten, das längerfristig ein Gesundheitsrisiko darstellen würde. Zwischen einzelnen Schultypen zeigen sich große Unterschiede, im Zeitraum zwischen 2003 und 2015 ist tendenziell ein Rückgang des Alkoholkonsums Jugendlicher zu verzeichnen.

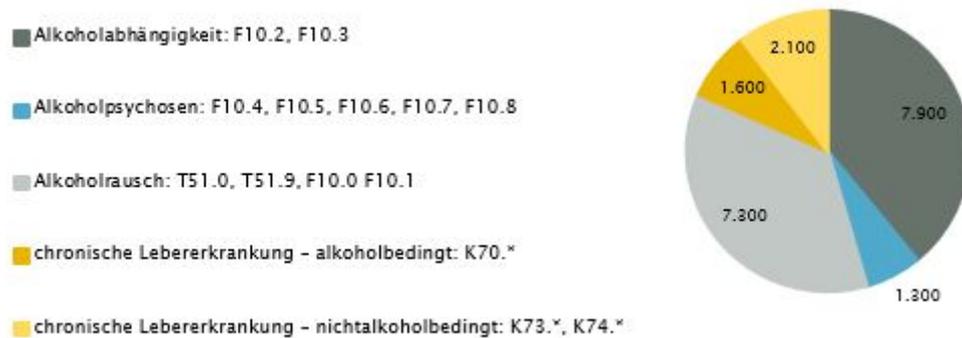
8.4 Morbidität und Mortalität durch exzessiven Alkoholkonsum

Daten bezüglich medizinischer Behandlungen akuter und chronischer Folgen des übermäßigen Alkoholkonsums stehen ausschließlich aus dem **stationären Versorgungsbereich** zur Verfügung. In Summe erhielten im Jahr 2016 geschätzte 18.500 Personen in österreichischen Krankenhäusern eine alkoholassoziierte Hauptdiagnose. Das entspricht, bezogen auf die österreichische Wohnbevölkerung im Alter von 15 Jahren oder älter, ungefähr einer Rate von 0,25 Prozent oder 250 Personen unter 100.000 Einwohnern/Einwohnerinnen.

Aufgrund des überdurchschnittlichen Schweregrads kommt chronischen Lebererkrankungen und Abhängigkeitsdiagnosen eine besondere Bedeutung zu. Von den 18.500 wegen Alkohol stationär Behandelten wurden ca. 7.900 Personen wegen einer Alkoholabhängigkeitserkrankung behandelt, was einer Rate von etwa 0,1 Prozent oder 100 Personen unter 100.000 erwachsenen Einwohnern entspricht.

nern/Einwohnerinnen entspricht. Geschätzte 3.700 Personen (0,05 % oder 50 von 100.000 erwachsenen Einwohnern/Einwohnerinnen) wurden in erster Linie wegen einer chronischen Lebererkrankung stationär behandelt, wobei etwas weniger als deren Hälfte wegen einer explizit alkoholspezifischen Lebererkrankung und etwas mehr als die Hälfte wegen einer alkoholunspezifischen Lebererkrankung behandelt wurde⁶⁰.

Abbildung 8.5:
Verteilung von Patienten/Patientinnen mit alkoholassozierten Diagnosen auf unterschiedliche Diagnosecluster (2016)



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

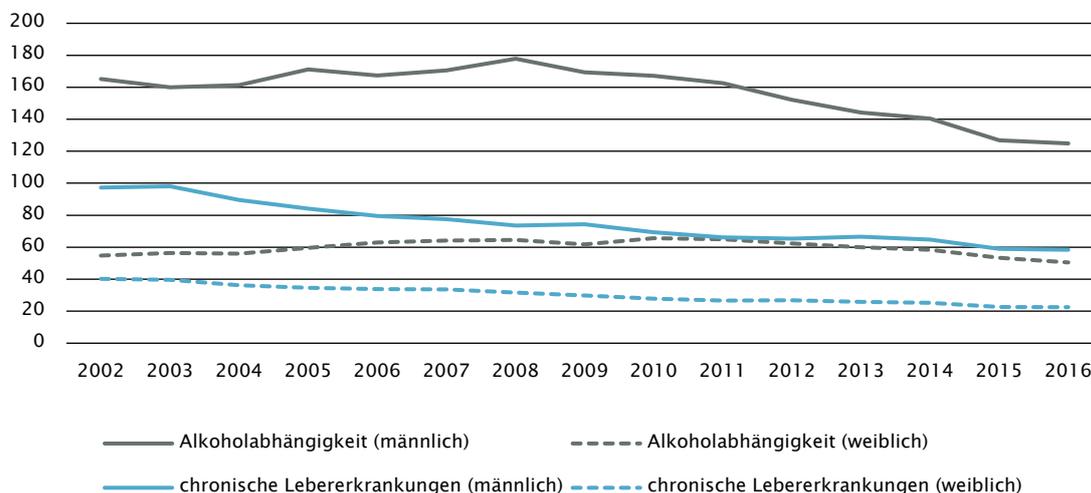
Quelle: Diagnosen und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (Statistik Austria, 2017),
Diagnosecluster nach Uhl et al. (2018); Darstellung: GÖG/ÖBIG

60

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.

Abbildung 8.6:

Rate der Patienten/Patientinnen mit Alkoholabhängigkeitsdiagnosen und chronischen Lebererkrankungen pro 100.000 Einwohner/-innen



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 Patientenanzahl.

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 8.6): Im Zeitverlauf von 2002 bis 2016 ist sowohl bei den Abhängigkeitsdiagnosen (Rückgang von ca. 25 %) als auch bei den chronischen Lebererkrankungen ein deutlicher Rückgang unter männlichen Patienten zu verzeichnen (Rückgang um ca. 40 %). Die Rate von Patientinnen mit Abhängigkeitsdiagnosen zeigt jedoch nur eine relativ geringe Veränderung (Rückgang um 8 %), wohingegen die Rate der Patientinnen mit Lebererkrankungen wiederum sehr deutlich abgenommen hat (Rückgang um 44 %). 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 22 % bzw. minus 9 %). Rauschdiagnosen⁶¹ bei Patientinnen sind der einzige Diagnosecluster, für den im Zeitraum von 2002 bis 2016 ein Zuwachs von zwölf Prozent zu verzeichnen ist.

Zusammenfassung: Zwei bis drei pro 1.000 Personen (0,25 %) im Alter von 15 Jahren oder älter wurden im Jahr 2016 wegen einer alkoholassoziierten Hauptdiagnose stationär behandelt. Diese Rate ist im Zeitverlauf rückläufig.

61
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 2016 wurde bei 630 Verstorbenen die Diagnose K70 gestellt und bei 451 Verstorbenen die Diagnose F10.2 bzw. F10.3 (bei insgesamt knapp über 80.000 Verstorbenen insgesamt). Ebenso eindeutig auf Alkoholkonsum zurückgeführt werden die – allerdings zahlenmäßig deutlich seltener codierten – 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 nicht kodiert wurden. Dies betrifft in erster Linie Personen, die an einer sonstigen „Fibrose und Zirrhose der Leber“ (K74) verstorben sind (im Jahr 2016 743 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 153 Verstorbene im Jahr 2016). Auch bei Suiziden (X60–X84) wird, vermittelt über psychiatrische Erkrankungen wie z. B. Depression, eine begünstigende Rolle von Alkohol vermutet (1.198 Verstorbene im Jahr 2016). 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 über 80.000 Todesfällen in Österreich im Jahr 2016 1,4⁶² Prozent aller Todesfälle explizit auf alkoholassoziierte Krankheiten zurückgeführt (vgl. Tabelle 8.1). Da übermäßiger Alkoholkonsum auch andere psychische und physische Erkrankungen⁶³ 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.

62

1,4 % ergeben sich durch die Addition der ersten vier Zeilen aus Tabelle 8.1, dividiert durch die Gesamtzahl der Verstorbenen im Jahr 2016. $(8 + 630 + 451 + 38) / 80.699 = 1,4 \%$

63

Die in Tabelle 8.1 dargestellten Erkrankungen der Leber und des Verdauungstrakts stellen eine Auswahl dar.

Tabelle 8.1:

Explizit in Zusammenhang mit Alkohol stehende Todesursachen und Todesursachen mit einer begünstigenden Wirkung exzessiven Alkoholkonsums (2016, getrennt nach Geschlecht)

	Gesamt (absolut)	Gesamt (pro 10.000 Gestorbenen)	Männer (absolut)	Männer (pro 10.000 Verstorbenen)	Frauen (absolut)	Frauen (pro 10.000 Verstorbenen)
Toxische Wirkung / Alkoholmissbrauch (F10.1, T51.0, T51.9)	8	1	6	2	2	0
Alkoholische Lebererkrankung (K70.x)	630	78	473	121	157	38
Alkoholabhängigkeit (F10.2, F10.3)	451	56	370	95	81	19
Alkoholpsychose (F10.4, F10.6, F10.7, F10.9)	38	5	33	8	5	1
sonstige Lebererkrankungen (K74x)	743	92	520	133	223	54
Pankreatitis und sonstige Krankheiten des Pankreas (K85.x, K86.x),	120	15	59	15	61	15
Gastritis und Duodenitis (K29.x)	23	3	12	3	11	3
Ösophagusvarizen (I85)	10	1	8	2	2	0
Suizid (X60-84)	1.198	149	904	232	294	71
Verstorbene (alle Todesursachen)	80.669		39.022		41.647	

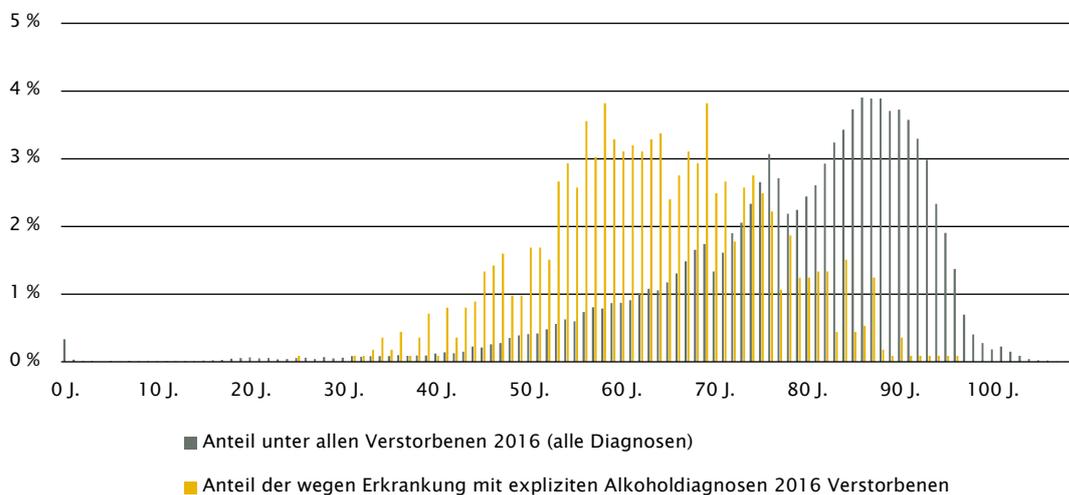
Quelle: Todesursachenstatistik, Statistik Austria. Auswahl der Diagnosecluster nach Uhl et al. (2018); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Eindeutig zeigt sich hingegen ein klarer Geschlechtsunterschied: Männer versterben etwa viermal so häufig an mit Alkohol in Verbindung stehenden Todesursachen als Frauen (vgl. Tabelle 8.1).

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 8.7).

Abbildung 8.7:

Anteil der Verstorbenen nach Alter zum Todeszeitpunkt bei alkoholassozierten Todesursachen und bei allen Todesursachen (2016)



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

Im **Zeitverlauf** in Abbildung 8.8 zeigt sich, dass alkoholassozierte Todesursachen⁶⁴ 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 8.2). Als eine mögliche Erklärung für diese Verschiebung könnte die Latenzzeit schwerwiegender Alkoholkrankungen wie Lebererkrankungen oder einer Alkoholabhängigkeit dienen⁶⁵.

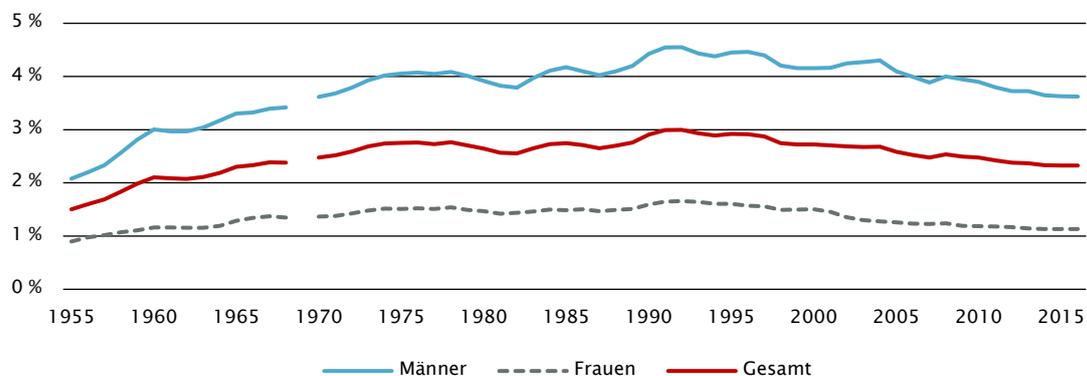
64

Aus den in Fußnote 60 genannten Gründen werden in der grafischen Darstellung des Zeitverlaufes sowohl alkoholspezifische als auch alkoholunspezifische Lebererkrankungen inkludiert.

65

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 8.8:
Alkoholassoziierte Todesfälle in Prozent aller Verstorbenen nach Geschlecht im Zeitverlauf
(1955 bis 2015)



Anmerkung: Berücksichtigt wurden die Diagnosecodes für „Alkoholabhängigkeit“: ICD-10: F10.2, F10.3; „Alkoholpsychose“: CD-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.

Quelle: Todesursachenstatistik, Statistik Austria. Kategorien und Daten übernommen aus Uhl et al. (2018);
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 8.9). Im Jahr 2016 gab es 2.361 Alkoholunfälle, 3.055 Alkoholverletzte und 22 Alkoholtote im Straßenverkehr. Damit lag der Anteil der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses im Straßenverkehr zwischen fünf und sechs Prozent der jeweiligen Gesamtzahlen⁶⁶.

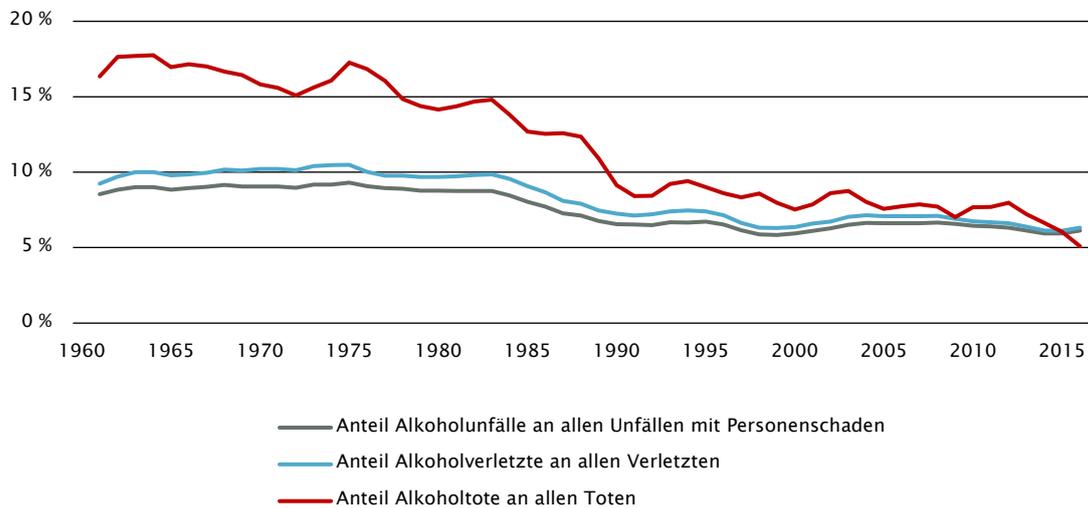
Zusammenfassung: Alkoholassoziierte Todesfälle sind seit den 1990er-Jahren rückläufig. Im Jahr 2016 wurden 1,4 Prozent aller Todesfälle explizit mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht. Die tatsächliche Anzahl der Todesfälle, bei denen exzessiver Alkoholkonsum eine wesentliche Rolle gespielt hat, wird jedoch höher liegen. Männer sterben etwa viermal so häufig an alkoholassoziierten Todesursachen als 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.

66

Anteil „Alkoholunfälle“ an allen Unfällen mit Personenschaden = 6,1 %, Anteil „Alkoholverletzte“ an allen Verletzten = 6,3 %, Anteil „Alkoholtote“ an allen Toten = 5,1 %

Abbildung 8.9:

Veränderung des Anteils der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses an allen Unfällen, Verletzten und Toten im Straßenverkehr (1961 bis 2016)



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.

Quelle: Statistik der Verkehrsunfälle, Statistik Austria; Datenbasis übernommen aus Uhl et al. (2018); Darstellung GÖG/ÖBIG

Bibliografie

- Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Grabenhofer–Eggerth, Alexander; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Tanios, Aida (2017): Epidemiologiebericht Sucht 2017 Illegale Drogen und Tabak. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- 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.
- BMF (2018): Sonderauswertung: versteuerte Zigaretten. Schriftliche Mitteilung von Anton Panholzer am 04.06.2018, Wien
- 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 GmbH, 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 GmbH
- Busch, Martin; Grabenhofer–Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Klein, Charlotte; Kerschbaum, Hans; Türscherl, Elisabeth (2014): Epidemiologiebericht Drogen 2014, 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 GmbH, 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 GmbH, 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. Hg. v. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- 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
- EMCDDA (2013): PDU (Problem drug use) revision summary
- EMCDDA (2015): Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health. European Monitoring Centre for
Drugs and Drug Addiction, Luxembourg
- 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
- Global Burden of Disease Results Tool [Online]. Institute for Health Metrics and Evaluation. University of Washington. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> [Zugriff am 25.07.2018]
- GÖG/ÖBIG (2006): Bericht zur Drogensituation 2006. Hg. v. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- GÖG/ÖBIG (2010): Drogen–Monitoring Auswertungsergebnisse 2004–2009. Hg. v. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- IFES (2012): BADO–Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2011. Hg. v. GmbH, Institut für empirische Sozialforschung, Wien
- 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
- Klimont, Jeannette; Baldaszi, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. STATISTIK AUSTRIA, Wien
- Mathers, B. M.; Degenhardt, L.; Bucello, C.; Lemon, J.; Wiessing, L.; Hickman, M. (2013): Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. In: Bull World Health Organ 91/2:102–123
- Merrall, E. L.; Bird, S. M.; Hutchinson, S. J. (2012): Mortality of those who attended drug services in Scotland 1996–2006: record-linkage study. In: International Journal of Drug Policy 23/1:24–32
- Newcomb, P. A.; Carbone, 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
- 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. 1108–959
- RKI (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin
- 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; 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. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Schmutterer, Irene; Grimm, Gerhard; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2008a): 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; Schmutterer, Irene; Grimm, Gerhard; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2008b): 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; Springer, Alfred (2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit, 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; Bachmayer, S. ; Strizek, J. (2018): Handbuch Alkohol – Österreich, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2017. Aufl. 6 Auflage. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Uhl, Alfred; Bachmayer, S.; Kobrna, U.; Puhm, A.; Springer, A.; Kopf, N.; Beiglböck, W.; Eisenbach-Stangl, I.; Preinsperger, W.; Musalek, M. (2009a): Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends. 3. überarbeitete und ergänzte Aufl., Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Uhl, Alfred; Bachmayer, S.; Strizek, J. (2017): Handbuch Alkohol – Österreich, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen. Aufl. 7. Gesundheit Österreich GmbH, 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.; Gnams, 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.; Gnams, T.; Pfarrhofer, D. (2005d): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Puhm, Alexandra; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2009b): 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
- Weigl, Marion; Busch, Martin; Strizek, Julian (2017): Cannabis in Österreich und der EU – Politik und Daten. Substitutionsforum. Mondsee, 6. – 7. Mai 2017
- WHO (2015): WHO Report on the global tobacco epidemic, 2015. Raising taxes on tobacco. WHO, Genf
- WHO (2016): Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young peoples's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report