

Epidemiologiebericht Sucht 2022

Illegale Drogen, Alkohol und Tabak

Wissenschaftlicher Bericht

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

Epidemiologiebericht Sucht 2022

Illegale Drogen, Alkohol und Tabak

Wissenschaftlicher Bericht

Autorinnen/Autoren:

Judith Anzenberger
Martin Busch
Charlotte Klein
Birgit Priebe
Irene Schmutterer
Julian Strizek

Unter Mitarbeit von:

Kinga Bartecka-Mino
Sylvia Gaiswinkler
Klaus Kellner

Fachliche Begleitung:

Raphael Bayer
Franz Pietsch

Projektassistenz:

Yvonne Schatz / Monika Löbau

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

Wien, im November 2022

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

Zitiervorschlag: Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Klein, Charlotte; Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Strizek, Julian (2022): Epidemiologiebericht Sucht 2022. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/11/4390

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

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030, insbesondere zu Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ sowie zu den Unterzielen SDG 3.4 „Bis 2030 die Frühsterblichkeit aufgrund von nichtübertragbaren Krankheiten durch Prävention und Behandlung um ein Drittel senken und die psychische Gesundheit und das Wohlergehen fördern“, SDG 3.5 „Die Prävention und Behandlung des Substanzmissbrauchs, namentlich des Suchtstoffmissbrauchs und des schädlichen Gebrauchs von Alkohol, verstärken“ sowie SDG 3.a „Die Durchführung des Rahmenübereinkommens der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in allen Ländern nach Bedarf stärken“ bei.

Der Umwelt zuliebe:

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

Kurzfassung

Hintergrund, Fragestellung und Methoden

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

Ergebnisse

Im Bereich **illegale Drogen** liegt der risikoreiche Drogenkonsum hauptsächlich bei Opiaten/Opioiden. Diese werden vorrangig mit anderen legalen oder illegalen Suchtmitteln kombiniert. Die Situation wird in den letzten Jahren als stabil eingeschätzt. 2021 ist die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle angestiegen. Dies könnte möglicherweise als erster Hinweis auf eine Verschärfung der Drogenproblematik gesehen werden oder als temporäre Folge der Belastungen durch die COVID-19-Pandemie.

Rauchen ist die am weitesten verbreitete Sucht in Österreich. Etwa jede fünfte Person gibt an, täglich zu rauchen, ein gutes Drittel davon hat vor Kurzem erfolglos versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Tabakrauchen ist in Österreich gemäß aktuellen Schätzungen für 16 Prozent aller Todesfälle verantwortlich. Frauen rauchen nach wie vor etwas seltener und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Männer, ihr Rauchverhalten hat sich jedoch jenem von Männern über die Jahrzehnte angeglichen. In den letzten Jahren gibt es einen Konsumrückgang bei Kindern und Jugendlichen: Hier hat sich der Anteil der Raucher:innen seit 2002 mehr als halbiert.

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

Schlussfolgerungen und Diskussion

Die umfassende Analyse der epidemiologischen Situation und Interpretation aktueller Trends zeigt insgesamt eine stabile Lage der Suchtproblematik. Eine Analyse der Auswirkungen von COVID-19 auf die Drogenbehandlungen zeigt, dass bestehende Klientenkontakte gut aufrechterhalten werden konnten, dass es jedoch einen Rückgang beim Einstieg ins Behandlungssystem gibt.

Schlüsselwörter

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

Summary

Background, research question and methods

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

Findings

High-risk drug use in Austria focuses mainly on opiates/opioids. These are primarily combined with other legal or illegal substances. The situation is estimated to have been stable in recent years. In 2021, the number of drug-related deaths increased. This can possibly be seen as the first indication of a worsening of the drug problem, or as a temporary consequence of the strains caused by the COVID-19 pandemic.

Smoking is the most widespread addiction in Austria. One in five people report smoking every day, a third of whom recently tried to quit without success. According to current estimates, tobacco smoking is responsible for 16 percent of all deaths in Austria. Women continue to smoke slightly less frequently and on average fewer cigarettes per day than men, but their smoking behavior has converged with that of men over the decades. In recent years, there has been a decline in consumption among children and adolescents: Here, the proportion of smokers has more than halved since 2002.

Alcohol is the most common psychoactive substance in Austria. About one in seven people in Austria drink to an extent that endangers their health, and such behavior is twice as common among men as among women. In general, positive developments can be observed: Problematic alcohol consumption, alcohol-associated diseases and deaths have been declining for years. There has also been an overall decline in alcohol consumption among young people.

Conclusion and discussion

The comprehensive analysis of the epidemiological situation and interpretation of current trends shows an overall stable situation of addiction problems.

Keywords

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

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	IV
Inhalt	V
Abbildungen.....	VII
Tabellen	XI
Abkürzungen.....	XII
Schlussfolgerungen und Diskussion	XIV
Hintergrund und Fragestellungen.....	XVIII
Methoden.....	XIX
1 Kennzahlen der Drogensituation	1
2 Risikoreicher Drogenkonsum	3
2.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster-Situation 2021	3
2.2 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich 2021	7
2.3 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf.....	9
2.4 Alter und Geschlecht der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum	17
3 Drogenbezogene Behandlungen.....	20
3.1 Anzahl der behandelten Personen	20
3.2 Drogenkonsummuster der behandelten Personen.....	21
3.3 Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik	22
3.4 Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen	23
3.5 Versorgungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlungen	28
4 Detailergebnisse aus den Behandlungseinrichtungen (DOKLI)	31
4.1 Soziodemografie und Lebenssituation von Menschen in Drogenbehandlung	33
4.1.1 Soziodemografie	33
4.1.2 Lebenssituation.....	35
4.2 Konsummuster und Konsumproblematik.....	36
4.2.1 Konsummuster.....	36
4.2.2 Konsumformen	40
4.3 Betreuungssituation	42
5 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle.....	46
5.1 Definition und Datengrundlage	46
5.2 Übersicht: Situation im Jahr 2021	47
5.3 Trends: Gesamt, regional und nach Altersgruppen	48
5.4 Fokus: Altersstruktur	51
5.5 Nachgewiesene Substanzen.....	54

	5.5.1	Detailergebnisse 2021	54
	5.5.2	Nachgewiesene Substanzen im Zeitverlauf	56
	5.6	Substitutionsbehandlung	57
	5.7	Auffindungssituation	58
6		Alkoholkonsum	60
	6.1	Charakteristik und Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich	60
	6.2	Problematischer Alkoholkonsum in der erwachsenen Bevölkerung	62
	6.3	Alkoholkonsum bei Jugendlichen	64
	6.4	Morbidität und Mortalität durch exzessiven Alkoholkonsum	65
7		Tabak- und verwandte Erzeugnisse	73
	7.1	Das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen sowie ihr Konsum von Wasserpfeifen/Shishas, E-Zigaretten und Kautabak/„Snus“	74
	7.2	Rauchverhalten in der Bevölkerung ab 15 Jahren	76
	7.3	Konsum von Wasserpfeifen/Shishas, E-Zigaretten und rauchfreien Tabakerzeugnissen sowie Nikotinsäckchen und Tabaken zum Erhitzen in der Bevölkerung 15+	81
	7.4	Passivrauchen	84
	7.5	Morbidität und Mortalität infolge Tabakkonsums	85
	7.6	Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören	86
8		Im Fokus: COVID-19	88
	8.1	Auswirkungen auf das Konsumverhalten	88
	8.2	Suchtbehandlungen	91
	8.3	Drogenbezogene Todesfälle	96
		Bibliografie	97

Abbildungen

Abbildung 2.1: Anteil der (Leit-)Drogen nach Setting und bei direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2021	4
Abbildung 2.2: Bei Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter Drogenkonsum (hierarchische Leitdroge) im Jahr 2021 (n = 3.244) nach Bundesland und in Österreich ohne Wien*	5
Abbildung 2.3: Personen, die im Jahr 2020 mit einer ambulanten oder stationären drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU.....	6
Abbildung 2.4: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland, 2021	7
Abbildung 2.5: Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden im Jahr 2021 nach Bundesland (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige)	8
Abbildung 2.6: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien, 1999–2021	10
Abbildung 2.7: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen, 1999–2021	11
Abbildung 2.8: Anteil von Personen unter 25 Jahren in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2000–2021	12
Abbildung 2.9: Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen, 2003–2021	14
Abbildung 2.10: Drogenproblematik* im Zeitverlauf bei längerfristig Erstbehandelten in DOKLI, 2012–2021	15
Abbildung 2.11: Altersverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2021	17
Abbildung 2.12: Geschlechterverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2021	18
Abbildung 2.13: Frauenanteil nach Altersgruppen in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2021	19
Abbildung 3.1: Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung), 2021	22
Abbildung 3.2: Opioidabhängige Personen (in Behandlung), 1999–2021	23
Abbildung 3.3: Betreute Substitutionspatientinnen und -patienten pro Ärztin/Arzt** in Prozent, 2018–2021	25

Abbildung 3.4: Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung, jeweils zum Stichtag 31. 12. in Österreich im Trend, 2011–2021	26
Abbildung 3.5: Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Patientin bzw. des Patienten, 2021	27
Abbildung 3.6: Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Prozentsatz der von Fachärztinnen bzw. Fachärzten versus Allgemeinmedizinerinnen bzw. -mediziner betreuten Patientinnen und Patienten am Stichtag 31. 12. 2021 nach Bundesland.....	27
Abbildung 3.7: Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland, 2021	28
Abbildung 3.8: Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel, 2011–2021	29
Abbildung 3.9: Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter, 2021	30
Abbildung 4.1: Settings, in denen Personen betreut wurden, die 2021 eine Betreuung begannen	33
Abbildung 4.2: Personen, die 2021 eine längerfristige Betreuung begannen, nach Geschlecht und Alter.....	34
Abbildung 4.3: Anteil unter 25-jähriger Männer und Frauen, die mit einer längerfristigen Betreuung begannen, 2012–2021	35
Abbildung 4.4: Konsum ausgewählter Leitdrogen (Mehrfachnennungen) bei längerfristig Betreuten, 2012–2021	37
Abbildung 4.5: Drogenproblematik* bei Personen, die 2021 eine längerfristige Betreuung begannen, nach Geschlecht.....	38
Abbildung 4.6: Drogenproblematik* bei Personen, die 2021 eine längerfristige Betreuung begannen, nach Alter.....	39
Abbildung 4.7: Drogenproblematik* bei längerfristig Betreuten, 2012–2021	40
Abbildung 4.8: Anteil der Personen, die 2021 mit einer längerfristigen Behandlung begannen und Opioide* vorwiegend i. v. konsumieren, nach Alter und Geschlecht.....	41
Abbildung 4.9: Anteil der längerfristig betreuten Personen mit Opioidproblematik*, die vorwiegend i. v. konsumieren, nach Geschlecht, 2012–2021	42
Abbildung 4.10: Motivation für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2021 mit einer längerfristigen Betreuung begannen, nach Alter und Geschlecht	43
Abbildung 4.11: Betreuungsabbruch bei Personen, die 2021 eine Betreuung beendeten, nach Alter, Geschlecht und Setting	44

Abbildung 4.12: Anteil der Personen, die eine längerfristige Betreuung abgebrochen haben, 2012–2021	45
Abbildung 5.1: Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2003–2021 (absolut)	48
Abbildung 5.2: 95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 Einwohner:innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2021, gemittelter Drei-Jahres-Wert	49
Abbildung 5.3: Drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Österreicher:innen im Alter von 15 bis 64 Jahren nach Region, 1993–2021, gemittelter Drei-Jahres-Wert	50
Abbildung 5.4: Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen nach Geschlecht, 1993–2021, gemittelter Drei-Jahres-Wert	51
Abbildung 5.5: Mittleres Alter bei den drogenbezogenen Todesfällen, 1993–2021, gemittelter Drei-Jahres-Wert	52
Abbildung 5.6: Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen in Wien, Österreich ohne Wien, Österreich gesamt, 1993–2021, gemittelter Drei-Jahres-Wert	53
Abbildung 5.7: Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2021	57
Abbildung 5.8: Anteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle, bei denen die:der Betroffene in Substitutionsbehandlung war, an allen direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2011–2021, gemittelter Drei-Jahres-Wert	58
Abbildung 6.1: Konsumprävalenz Alkohol nach Altersgruppen, 2020	60
Abbildung 6.2: Verlauf des durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsums in Gramm Alkohol, 1955–2021	62
Abbildung 6.3: Problematischer Konsum (mehr als 40 bzw. 60 Gramm Alkohol pro Tag) nach Geschlecht und Alter, 2020	63
Abbildung 6.4: Durchschnittskonsum Jugendlicher pro Tag nach Geschlecht (in Gramm Alkohol), 2003–2019	65
Abbildung 6.5: Verteilung von Patientinnen und Patienten mit alkoholassozierten Diagnosen auf unterschiedliche Diagnosecluster, Leistungsjahr 2020	66
Abbildung 6.6: Rate der Patientinnen und Patienten mit Alkoholabhängigkeitsdiagnosen und chronischen Lebererkrankungen pro 100.000 Einwohner:innen, 2002–2020	67
Abbildung 6.7: Anteil der Verstorbenen nach Alter zum Todeszeitpunkt bei alkoholassozierten Todesursachen und bei allen Todesursachen, 2020	70
Abbildung 6.8: Alkoholassozierte Todesfälle in Prozent aller Verstorbenen nach Geschlecht, 1955–2020	71
Abbildung 6.9: Anteil der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses an allen Unfällen, Verletzten und Toten im Straßenverkehr, 1961–2021	72
Abbildung 7.1: Anteil der täglich rauchenden 15-Jährigen, 2002–2020	75

Abbildung 7.2: Anteil der täglich Rauchenden an der Bevölkerung 15+, 1972–2020.....	77
Abbildung 7.3: Rauchstatus der Bevölkerung 15+ im Bundesländervergleich, 2019	78
Abbildung 7.4: Tägliche Raucher:innen 15+ im EU-27-Vergleich, 2019	79
Abbildung 7.5: Durchschnittlicher täglicher Konsum von Zigaretten in der Bevölkerung 15+, 1980–2021	80
Abbildung 7.6: Entwicklung der Todesfälle pro 100.000 Einwohner:innen infolge von Bronchialkarzinomen (C33 und C34, ICD-10), 1980–2020.....	85
Abbildung 7.7: Täglich Rauchende, die im letzten Jahr erfolglos versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören, nach Alter und Geschlecht, 2019.....	87
Abbildung 8.1: Prozentuelle Veränderung der Behandlungszahlen in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 im Vergleich zum Jahr 2019 (Substitution) bzw. 3-Jahresdurchschnitt 2017–2019 (DOKLI)	93
Abbildung 8.2: Stationäre Behandlungen wegen Alkoholabhängigkeitsdiagnosen, 2019 und 2020 im Vergleich.....	95

Tabellen

Tabelle 1.1: Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2021 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren), in Absolutzahlen.....	1
Tabelle 1.2: Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2021 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren) pro 100.000 15- bis 64-Jährige	2
Tabelle 2.1: Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulanzien“ und „andere Drogen“ aller 11.889 längerfristig ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen, 2021	15
Tabelle 3.1: Schätzung der insgesamt wegen des Konsums illegaler Drogen behandelten Personen nach Setting im Jahr 2021	21
Tabelle 6.1: Explizit in Zusammenhang mit Alkohol stehende Todesursachen und Todesursachen mit einer begünstigenden Wirkung exzessiven Alkoholkonsums nach Geschlecht, 2020.....	69
Tabelle 8.1: Personen in Substitutionsbehandlung, 2019, 2020 und 2021 im Vergleich	92
Tabelle 8.2: Längerfristig behandelte Personen in DOKLI-Einrichtungen nach Behandlungssetting, 2017–2019, 2020 und 2021 im Vergleich	92

Abkürzungen

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

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

Schlussfolgerungen und Diskussion

Abzugrenzen von Probierkonsum und gelegentlichem Konsum sind der risikoreiche Drogenkonsum, problematischer Alkoholkonsum und der tägliche Tabakkonsum. Im vorliegenden Epidemiologiebericht stehen risikoreicher Konsum, Sucht und Abhängigkeitserkrankungen im Fokus, ergänzende Informationen zur Drogensituation insgesamt werden im jährlichen Bericht zur Drogensituation, zum Thema Alkohol im Handbuch Alkohol und zum Thema Tabak im Bericht Tabak- und verwandte Erzeugnisse: Zahlen und Fakten dargestellt.

Illegale Drogen

Risikoreicher Drogenkonsum wird in Österreich vom Opioidkonsum – meist als Mischkonsum mit anderen (legalen und illegalen) Substanzen – dominiert. So sind z. B. über 80 Prozent der Klientinnen und Klienten aufgrund von Opioidkonsum in drogenspezifischer Betreuung. Von Opioidabhängigkeit betroffen sind vorrangig Männer (drei Viertel) und Personen ab 25 Jahren (92 %). Etwas weniger als die Hälfte davon lebt in Wien (Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten).

Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass in Österreich 35.000 bis 40.000 Menschen einen risikoreichen Opioidkonsum – großteils in Form von Mischkonsum – haben (Prävalenzschätzung). Die geschätzte Zahl ist zwar in den letzten beiden Jahren etwas angestiegen, was aber vermutlich eher als Schwankung zu interpretieren ist (seit 2015 schwanken die Werte in einer Wellenbewegung um 35.000). Ob es eine steigende Tendenz gibt, werden die nächsten Jahre zeigen. Zwischen 10.500 und 16.000 Personen konsumieren vorwiegend intravenös. Fast alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring zeigen bei den unter 25-Jährigen eine Stagnation beim risikoreichen Opioidkonsum (gleich viele Einsteiger:innen). Aktuell ist daher von einer relativ stabilen Lage auszugehen, da auch Anzeichen für eine signifikante Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums hin zu anderen Substanzen fehlen.

Der Anteil der Personen unter 25 Jahren war im letzten Jahrzehnt bei den drogenbezogenen Todesfällen niedrig und stieg rezent wieder leicht an. In Zusammenschau mit der insgesamt angestiegenen Zahl der drogenbezogenen Todesfälle könnte das jedoch ein erstes Anzeichen für eine Verschärfung der Drogensituation sein. Es könnte sich bei dieser Entwicklung aber auch um eine temporäre Folge der COVID-19-Pandemie handeln, da sich die Situation der vulnerablen Gruppe der Suchtkranken insgesamt in dieser Zeit verschlechtert hat (z. B. zusätzliche psychosoziale Belastungen, Einsamkeit, höhere Barrieren für Behandlungseintritt).

Die Altersstruktur verändert sich kontinuierlich und es zeigt sich (analog der Gesamtentwicklung in Europa) eine deutliche „Alterung“ der Personengruppe mit risikoreichem Opioidkonsum. Dies kann einerseits auf den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und andererseits auf die gute therapeutische Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) zurückgeführt werden. Insgesamt betrachtet ist die Situation hinsichtlich der Opioidproblematik daher relativ stabil geblieben.

Etwas über die Hälfte der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum befindet sich den aktuellsten Schätzungen zufolge in Substitutionsbehandlung. Es ist gelungen, über die Jahre die Behandlungsrate von opioidabhängigen Personen massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg gewertet werden. 2021 befanden sich 20.138 Personen in Substitutionsbehandlung. Österreichweit werden rund drei Viertel aller Substitutionsbehandlungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern durchgeführt.

Im Jahr 2021 waren insgesamt 235 drogenbezogene Todesfälle (tödliche Überdosierungen) zu verzeichnen, das bedeutet einen Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren (2020: 191; 2019: 196; 2018: 184). Wie bereits oben ausgeführt könnte dieser Anstieg ein erstes Anzeichen für eine Verschärfung der Drogensituation sein oder auch in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie stehen.

Tabak- und verwandte Erzeugnisse

Rauchen ist die am weitesten verbreitete Sucht in Österreich. Etwa jede fünfte Person gibt an, täglich zu rauchen. Zwar deuten verschiedene Datenquellen auf einen Rückgang des Zigarettenkonsums in Österreich hin, dennoch liegt Österreich hier über dem europäischen Durchschnitt.

Ein gutes Drittel der täglich Rauchenden hat vor Kurzem erfolglos versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Tabakrauchen (inklusive Passivrauchen) ist in Österreich gemäß aktuellen Schätzungen für 16 Prozent aller Todesfälle verantwortlich. Frauen rauchen nach wie vor etwas seltener und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Männer, ihr Rauchverhalten hat sich jedoch jenem von Männern über die Jahrzehnte angeglichen.

In den letzten Jahren ist ein Konsumrückgang bei Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen: Hier hat sich der Anteil der Raucher:innen seit 2002 mehr als halbiert. Bei Produkten wie Shisha, E-Zigaretten und Kautabak zeigen sich bei Jugendlichen wenige täglich Konsumierende. Wird jedoch danach gefragt, ob diese Produkte irgendwann im letzten Monat konsumiert wurden, ist der Konsumanteil insbesondere bei Burschen – je nach Produkt – teilweise sogar fast gleich hoch wie bei herkömmlichen Zigaretten.

Alkohol

Alkohol ist jene psychoaktive Substanz, mit der in Österreich die meisten Menschen Erfahrungen machen. Etwa 15 Prozent der Bevölkerung in Österreich trinken in einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß, wobei ein solches Verhalten bei Männern doppelt so häufig feststellbar ist wie bei Frauen. Im Jahr 2020 wurden 1,4 Prozent aller Todesfälle explizit mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht. Die tatsächliche Zahl der Todesfälle, bei denen exzessiver Alkoholkonsum eine wesentliche Rolle gespielt hat, wird jedoch höher liegen. Todesfälle bei Männern werden deutlich häufiger mit Alkohol in Verbindung gebracht als Todesfälle bei Frauen. Etwa drei bis sechs Prozent der Schüler:innen zwischen 14 und 17 Jahren berichten ein Alkoholkonsumverhalten, das aufgrund von Konsumfrequenz oder -menge längerfristig ein Gesundheitsrisiko darstellen würde.

Generell lassen sich positive Entwicklungen beobachten: Der problematische Alkoholkonsum, alkoholassoziierte Erkrankungen und Todesfälle sind seit Jahren rückläufig. Auch bei den Jugendlichen zeigt sich insgesamt im Einklang mit der Entwicklung in vielen anderen EU-Ländern ein Rückgang des Alkoholkonsums. Zu Behandlungspfaden und Behandlungsraten gibt es in Österreich noch wenige Daten.

COVID-19

Die mittel- bis langfristigen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den risikoreichen Drogenkonsum bzw. auf Personen mit Drogenproblematik lassen sich derzeit noch nicht abschätzen. Die durch die Pandemie zusätzlich entstandenen Belastungen (Ängste, Vereinsamung) dürften zu einer Erhöhung der psychiatrischen Komorbidität bei Suchtkranken führen, die in manchen Einrichtungen bereits beobachtet wird. Versäumte Chancen, eine Suchtbehandlung zu beginnen, und der Ausfall vieler suchtpreventiver Maßnahmen sind weitere Faktoren, die eine Verschärfung der Situation im Bereich Drogensucht und eine gesteigerte Behandlungsnachfrage nach der Pandemie plausibel machen. Wie bereits oben erwähnt könnte auch der 2021 zu beobachtende Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle in Zusammenhang mit einer Verschlechterung der Situation der vulnerablen Gruppe der Suchtkranken stehen.

Insgesamt zeigt sich, dass die bereits bestehenden Behandlungen sowohl im Bereich der Opioid-Substitutionsbehandlung als auch in den DOKLI-Einrichtungen in den meisten Fällen weitergeführt werden konnten. Personen wurden vermutlich aufgrund von COVID-19 sogar länger in Behandlung gehalten. Der Rückgang der begonnenen Behandlungen, insbesondere der Erstbehandlungen im ambulanten Bereich, und bei der Opioid-Substitutionsbehandlung gibt jedoch Grund zur Sorge. Es ist anzunehmen, dass einige Suchtkranke, die sonst in Behandlung gekommen wären, aufgrund von COVID-19 keinen Anschluss ans System der Suchthilfe gefunden haben. Da davon auszugehen ist, dass sich deren Lebenssituation bzw. Schwere der Suchterkrankung aufgrund der Belastungen eher verschlechtert hat, wird sich der Behandlungsbedarf in der Zeit nach COVID-19 aller Vermutung nach erhöhen.

Im Bereich legale Süchte stehen keine Daten aus dem ambulanten Behandlungsbereich zur Verfügung, eine rezente Studie in der Gesamtbevölkerung gibt jedoch Einblicke in die Auswirkungen der Coronakrise auf den Tabak- und den Alkoholkonsum. Pandemiebedingt dürfte es im Jahr 2020 zu keinen Änderungen beim Anteil der täglich Rauchenden gekommen sein. Bei Raucherinnen hat sich der Zigarettenkonsum während des ersten Lockdowns stressbedingt erhöht. Beim Alkoholkonsum muss zwischen Effekten auf die Gesamtbevölkerung und jenen auf Personen mit einem problematischen Konsum differenziert werden. Bei vielen Personen ist es zu einem kurzfristigen Konsumanstieg gekommen, ein solcher Anstieg war bei bestimmten Bevölkerungsgruppen (Personen mit niedrigem Bildungsabschluss, Personen mit einer hohen Konsummenge, Frauen) überproportional häufig. Wirtschaftsdaten weisen für Alkohol auf einen Rückgang des Pro-Kopf-Konsums von drei bis sechs Prozent hin. Insgesamt kam es somit zu einem Konsumrückgang, jedoch gibt es Indizien, dass sich der Alkoholkonsum bei bestimmten vulnerablen bzw. von der Krise besonders belasteten Gruppen verstärkt hat. Zudem kam es pandemiebedingt im Jahr 2020 zu einem deutlichen Rückgang der Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit einer alkoholassoziierten Erkrankung im Krankenhaus. Daher ist davon auszugehen, dass in den nächsten

Jahren die Versorgung von Menschen mit alkoholassoziierten Problemen vor deutlichen Herausforderungen und einem erhöhten Betreuungsbedarf stehen wird.

Situation insgesamt

Insgesamt zeigt sich hinsichtlich der rezenten Entwicklung der Suchtsituation bezüglich illegaler Drogen, Tabak und Alkohol mit Ausnahme der drogenbezogenen Todesfälle ein relativ stabiles Bild. Es gibt jedoch weiterhin Verbesserungspotenzial und auch (neue) Herausforderungen (z. B. Hepatitis C bei Opiatabhängigen, alternde Generation suchtkranker Menschen, neue Produkte im Bereich Tabak- und verwandte Erzeugnisse, steigende Bedeutung von Kokain, Maßnahmen zur Verhinderung tödlicher Überdosierungen). Es ist auch davon auszugehen, dass die Folgen der Coronakrise zusätzliche Herausforderungen mit sich bringen werden.

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

Hintergrund und Fragestellungen

In den letzten 20 Jahren wurde das Monitoringsystem im Drogenbereich gemäß den Standards der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht kontinuierlich ausgebaut und verbessert. Die Standards der europäischen Beobachtungsstelle sehen eine jährliche Bewertung der Drogensituation anhand von fünf sogenannten Schlüsselindikatoren vor¹. Die Implementierung des Behandlungsdokumentationssystems DOKLI im Jahr 2006 und der Start des Routinebetriebs von eSuchtmittel im Jahr 2011 stellen hier wichtige Meilensteine dar. Um die Daten und Ergebnisse des Drogenmonitorings der Öffentlichkeit in adäquater Form zur Verfügung zu stellen, wurde im Jahr 2012 der erste *Epidemiologiebericht Drogen* inklusive Tabellenanhang publiziert. In diesem gingen die vorher eigenständig publizierten Berichte zu DOKLI und zu den drogenbezogenen Todesfällen auf. Mit Gründung des an der GÖG angesiedelten Kompetenzzentrums Sucht im Jahr 2015 wurde der auf illegale Drogen beschränkte Bericht kontinuierlich um Berichtsteile über weitere Substanzen (z. B. Psychopharmaka) erweitert und in *Epidemiologiebericht Sucht* umbenannt. Aus Ressourcengründen werden nicht jedes Jahr alle Substanzen behandelt. 2022 umfasst der Bericht illegale Drogen, Alkohol und Tabak².

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. Um die Ergebnisse möglichst kompakt abzubilden, werden Detailergebnisse in einem umfangreichen Tabellenband dargestellt.

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

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

1

https://www.emcdda.europa.eu/topics/key-indicators_en [Zugriff am 02.06.2022]

2

Aus Gründen der Vereinfachung wird der Teil des Berichts mit dem Begriff „Tabak“ überschrieben, er umfasst jedoch nicht nur Ausführungen zu Tabak, sondern auch zu verwandten Erzeugnissen sowie Wasserpfeifen.

Methoden

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

Zur Schätzung des risikoreichen Drogenkonsums wird seit 1993 die Capture-Recapture-Methode verwendet. Beim Capture-Recapture-Verfahren handelt es sich um eine statistische Methode zur Dunkelzifferschätzung, die auf der Zusammenschau zweier (2-Sample-CRC-Schätzung) oder mehrerer Datenquellen (z. B. 3-Sample-CRC-Schätzung) beruht (detaillierte Analyse: Uhl/Seidler 2001). Als Datenbasis werden pseudonymisierte Daten der Anzeigen im Zusammenhang mit Opiaten, das Substitutionsregister und drogenbezogene Todesfälle herangezogen. Die Ergebnisse der CRC-Methode stellen aufgrund methodischer Einschränkungen immer nur eine Annäherung dar. Die methodischen Limitationen wurden in anderen Arbeiten detailliert dargestellt (z. B. GÖG/ÖBIG 2006; GÖG/ÖBIG 2010; ÖBIG 2003; Uhl/Seidler 2001).

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

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

Substitutionsbehandlungen (*Statistikregister eSuchtmittel*): Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen wird vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) wahrgenommen und basierte von 1987 bis 2009 auf den Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, seither auf den Meldungen der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden. Bis zur Implementierung von *eSuchtmittel* waren diese Meldungen nicht immer lückenlos und häufig nicht zeitgerecht. Diese Einschränkung konnte mit der Inbetriebnahme von *eSuchtmittel* im Frühjahr 2011 beseitigt werden. Durch die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen von *eSuchtmittel* konnte die Aussagekraft der Daten wesentlich verbessert werden. Das Substitutionsregister enthält u. a. Daten in Bezug auf Beginn und Ende der Behandlung, Alter, Geschlecht und Wohnort der Behandelten, Art und Dosis des Substitutionsmedikaments und die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt. Die Daten stehen in pseudonymisierter Form im Statistikregister von *eSuchtmittel* für epidemiologische Auswertungen zur Verfügung.

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

Anzeigen/Anfangsverdachtsfälle SMG (*Statistikregister eSuchtmittel*): Das Suchtmittelgesetz (SMG, BGBl I 1997/112) differenziert nach Menge und Klassifizierung (Suchtmittel, Suchtgifte³ und psychotrope Stoffe⁴, Drogenausgangsstoffe⁵). Die Substanzen, die dem jeweiligen Begriff zugeordnet werden, sind in Verordnungen aufgelistet. Unterschieden wird im SMG zwischen Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG), die den unerlaubten Umgang mit Suchtgift betreffen, und Verbrechenstatbeständen, welche die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28 SMG) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a SMG) betreffen. Der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe, nach Rechtsprechung wird er jedoch regelmäßig durch andere Tathandlungen (insb. Besitz) kriminalisiert. Unter Strafe stehen z. B. Erwerb, Besitz und Erzeugen von Suchtmitteln (Busch et al. 2021). Bei Verstößen gegen das SMG erfolgt eine Strafanzeige (im Weiteren „Anzeige“), außer eine Person begeht eine Straftat nach § 27 Abs. 1 und 2 ausschließlich für den eigenen persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch einer:ines anderen, ohne dass diese Person daraus einen Vorteil gezogen hat; in diesen Fällen wird anstelle einer Anzeige dieser Umstand als Anfangsverdacht der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde mitgeteilt, welche sich im Rahmen einer Begutachtung nach § 12 SMG weiter darum kümmert (BGBl I 1997/112). Auch die Anzeigen und Anfangsverdachtsfälle stehen im pseudonymisierten Statistikregister *eSuchtmittel* für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung.

3

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

4

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

5

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

Behandlungsdokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe (DOKLI): Daten zur Beschreibung der Klientel der Drogenhilfe liefert seit 2006 die einheitliche *Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen* (DOKLI), an der sich die meisten relevanten Drogeneinrichtungen Österreichs beteiligen. Die Datenerfassung inkludiert alle seitens der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) definierten Fragen. Zusätzlich erfasst werden auf freiwilliger Basis Daten bezüglich Infektionskrankheiten (ebenfalls gemäß den Richtlinien der EBDD) und ICD-10-Codes. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bzw. Fachärztinnen und Fachärzte sind, obgleich sie rund 70 Prozent der Substitutionsbehandlungen durchführen, nicht an DOKLI beteiligt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten zwar auf Einrichtungsebene ausgeschlossen werden können, solche von Klientinnen und Klienten, die im Referenzjahr in mehreren Einrichtungen betreut wurden, hingegen aufgrund des aggregierten Charakters der Daten (mit Ausnahme jener Wiens) nicht zu verhindern sind. Wie hoch der Anteil solcher Mehrfachbetreuungen ist, kann nur vermutet werden. Ein grober Richtwert ist dem Wiener BADO-Bericht 2011 (IFES 2011) zu entnehmen, in dem Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Referenzzeitraum in mehreren Drogeneinrichtungen betreut wurden, über einen Identifier eruiert werden konnten. Im Jahr 2010 wurden demnach rund 22 Prozent der in der BADO erfassten Klientinnen und Klienten in mehr als einer Einrichtung betreut (13,5 % in zwei Einrichtungen, 7,6 % in mehr als zwei). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Drogeneinrichtungen in Wien aufgrund der räumlichen Konzentration höher ist als in ländlichen Gebieten und dass daher der Anteil der Mehrfachbetreuungen für Gesamtösterreich etwas geringer ausfällt. Aufgrund erwartbarer Verschiebungen von Face-to-Face-Kontakten im Zusammenhang mit Suchtbehandlung und -beratung in Zeiten pandemiebedingter Lockdowns wurden die dokumentierenden DOKLI-Einrichtungen auf Wunsch der EBDD Ende März 2020 gebeten, bis auf Weiteres Behandlungen über das Internet sowie Kontakte per Telefon in der Dokumentation wie Face-to-Face-Kontakte zu behandeln und somit auch zu dokumentieren.

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 Patient:in 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 Patientenzahl wurde aus den Aufenthalten geschätzt. Daher kommt es ab 2015 zu einem Zeitreihenbruch. 2020 ist das aktuellste Jahr, zu dem bei Redaktionsschluss Daten zur Verfügung standen.

Drogenbezogene Todesfälle: Seit 1989 werden in Österreich vom Gesundheitsressort Daten in Hinblick auf drogenbezogene Todesfälle gesammelt. Die entsprechenden Meldeverpflichtungen sind in § 24c des SMG geregelt, demzufolge polizeiliche Meldungen über mutmaßlich

drogenbezogene Todesfälle, Obduktionsergebnisse und Totenbeschauscheine dem BMSGPK übermittelt werden. Zur Klassifizierung der sogenannten „verifizierten Fälle“ werden die (gerichtsmedizinischen) Obduktionen herangezogen. In Fällen, bei denen keine Leichenöffnung vorgenommen wurde, dient der Totenbeschauschein zur Klassifizierung (nicht verifizierte Fälle). Zusätzlich zu den polizeilichen Meldungen wird auch eine eigens angeforderte Liste der Statistik Austria über die in der allgemeinen Todesursachenstatistik als Drogentodesfälle vermerkten Fälle für die Statistik herangezogen. **Direkt drogenbezogene Todesfälle** sind Todesfälle infolge **akuter** Intoxikationen („Überdosierung“), d. h., es gibt bei diesen Fällen einen zeitlichen und medizinischen Zusammenhang zwischen Intoxikation und Tod, der durch eine Ärztin oder einen Arzt festgestellt wurde. Es gilt dabei zu bedenken, dass es keine allgemeingültigen definierten Grenzen für toxische Mengen an Suchtgiften gibt, die unmittelbar zum Tod führen. Häufig führt das Zusammenspiel mehrerer Substanzen im Rahmen eines Mischkonsums zum Tod, wobei die einzelnen Substanzmengen für sich allein nicht unbedingt in letaler Konzentration nachgewiesen sein müssen. Einbezogen werden dabei sowohl Intoxikationen mit **Suchtgift** (§ 2 SMG, BGBl. I Nr. 112/1997 in der geltenden Fassung) als auch Intoxikationen mit **Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS)** im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetzes (NPSG, BGBl. I Nr. 146/2011). Durch das Erfassen von Daten aus verschiedenen Quellen (BMI, gerichtsmedizinische Institute, privat tätige gerichtsmedizinische Gutachter:innen, Landessanitätsdirektionen aller Bundesländer, Statistik Austria) kann davon ausgegangen werden, dass die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle vollständig ist. Die gesammelten Daten werden in ein Onlineregister eingespeist und jährlich ausgewertet.

Österreichische Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch (2004, 2008, 2015 und 2020): Repräsentative Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch bzw. zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial wurden in Österreich jeweils in den Jahren 2004, 2008, 2015 und 2020 durchgeführt (Strizek/Uhl 2016a; Strizek et al. 2021; Uhl et al. 2005c; Uhl et al. 2009). Die Vergleichbarkeit der Erhebungswellen ist durch die identische Zielgruppe (österreichische Wohnbevölkerung ab 15 Jahren), 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 Jahr 2020 musste aufgrund des Ausbruchs der Coronapandemie in Österreich erstmalig die gesamte Erhebung mittels eines repräsentativen Online-Samples durchgeführt werden. 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. Erstmals wurden zudem zwei Erhebungswellen durchgeführt (Welle 1: April bis Mai 2020, Welle 2: Oktober 2020), um unter anderem Veränderungen im Jahresverlauf abbilden zu können. Vergleiche im Rahmen der Erhebung aus dem Jahr 2015 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. In der Erhebung 2020 konnte für die erste Erhebungswelle eine Stichprobengröße von $n = 5.963$ sowie eine

Beteiligungquote von 39 Prozent erreicht werden. 55 Prozent der Teilnehmer:innen aus der ersten Welle haben sich auch an der zweiten Erhebungswelle beteiligt (n = 3.289).

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

Health Behaviour in School-aged Children Study HBSC (2002, 2006, 2010, 2014, 2018): Bei der HBSC-Studie handelt es sich um die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie. In der HBSC-Studie werden die selbstberichtete Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern im Alter von 11, 13 und 15 Jahren und seit 2010 auch der 17-Jährigen systematisch und wiederholt erhoben. Die Wiederholung der Erhebungen ermöglicht es, Trends im Zeitverlauf zu erfassen. Die HBSC-Studie wurde 1982 entwickelt und im Schuljahr 1983/84 erstmals umgesetzt. Österreich ist von Beginn an Teil dieses Forschungsprojekts. Seit 1986 findet die Erhebung im Vierjahresrhythmus statt. Die Gesamtstichprobe umfasste im Jahr 2002 4.472, im Jahr 2006 4.096, im Jahr 2010 6.493, im Jahr 2014 5.617 und im Jahr 2018 7.585 Mädchen und Burschen. Die Teilnehmerquote betrug 2002 71 Prozent, 2006 80 Prozent, 2010 72 Prozent, 2014 65 Prozent und 2018 76 Prozent (Currie et al. 2012; Dür/Mravlag 2002; Dür/Griebler 2007; Felder-Puig et al. 2019; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015; Teutsch et al. 2018).

Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS (2006/2007, 2014 und 2019) und Sonderprogramme „Rauchgewohnheiten“ im Rahmen des Mikrozensus (1972, 1979, 1986 und 1997): Die Gesundheitsbefragung 2019 wurde von der Statistik Austria im Zeitraum Oktober 2018 bis

September 2019 bei 15.461 in Österreich wohnhaften Personen durchgeführt (2006 bzw. 2007 sowie 2014: 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 für die österreichische Bevölkerung in Privathaushalten ab einem Alter von 15 Jahren. Zu beachten ist, dass es sich hier um Selbstauskünfte der Befragten handelt und die Befragung keiner Teilnahmepflicht unterlag. Bei den im Zuge der Sonderprogramme „Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung“ im Rahmen des Mikrozensus von der Statistik Austria in den betreffenden Jahren erhobenen Daten wurden jeweils rund 60.000 Personen im Alter ab 16 Jahren befragt. Die Formulierungen der Fragen zum täglichen Rauchen weichen zwar etwas von jenen der beiden Österreichischen Gesundheitsbefragungen ATHIS ab (vgl. Tabelle 2 im Annex), eine Darstellung der zeitlichen Entwicklung und der Trends bei den täglich Rauchenden ist jedoch möglich.

Eurobarometer zu Tabak (1995, 2002, 2005, 2006, 2009, 2012, 2014, 2017 und 2020): Im Rahmen der Eurobarometer zu Tabak wurden in Österreich jeweils 1.000 Personen ab einem Alter von 15 Jahren von Meinungsforschungsinstituten (Spectra 1995 und 2002, Gallup 2005, 2006, 2009, 2012 und 2020, Institute for Panel Research (IPR) 2014 und 2017) befragt. Die Befragungen liefern keine Daten zum Anteil der täglich Rauchenden. Es wurde jeweils nur der Anteil der Rauchenden gesamt (täglich und gelegentlich) erhoben. Dafür liefern die jüngeren Eurobarometer zu Tabak bereits Ergebnisse zum Konsum von Wasserpfeifen bzw. Shishas, elektronischen Erzeugnissen und rauchfreien Tabakerzeugnissen.

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

1 Kennzahlen der Drogensituation

Tabelle 1.1:

Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2021 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren), in Absolutzahlen

Indikator/Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz Opioiden Untergrenze (UG)	508	1.802	4.661	3.926	923	2.225	1.642	964	12.349	37.578
Prävalenz Opioiden	845	2.228	5.173	4.792	1.140	3.419	2.830	1.402	18.634	39.029
Prävalenz Opioiden Obergrenze (OG)	1.130	2.399	6.336	5.190	1.817	4.054	3.790	1.762	19.851	40.481
Personen in Substitutionsbehandlung	399	1.357	3.163	2.523	603	1.574	1.195	728	8.596	20.138
DOKLI Opioiden	151	1.179	376	428	370	594	137	522	1.957	5.801
DOKLI Cannabis	105	514	406	277	71	179	160	486	565	2.777
DOKLI gesamt	279	1.852	1.064	978	526	903	492	1.262	3.231	10.726
§ 12 SMG Opioiden	10	82	36	64	10	13	3	8	-	-
§ 12 SMG Cannabis	36	294	78	179	31	81	25	87	-	-
§ 12 SMG kein Bedarf	139	183	316	576	60	249	128	177	247	2.075
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	27	123	224	347	101	174	142	110	303	1.551
drogenbezogene Todesfälle	2	13	34	19	10	24	25	7	101	235

Indikator Alter und Geschlecht	< 25 Jahre	25-34 Jahre	35 Jahre und älter	Männer	Frauen
Prävalenz Opioiden Untergrenze (UG)	2.452	10.469	20.847	28.992	7.644
Prävalenz Opioiden	2.716	11.094	22.020	30.261	8.283
Prävalenz Opioiden Obergrenze (OG)	2.979	11.719	23.193	31.531	8.922
Personen in Substitutionsbehandlung	1.055	5.742	13.341	15.057	5.081
DOKLI Opioiden	637	2.234	2.930	4.273	1.528
DOKLI Cannabis	1.286	921	570	2.227	550
DOKLI gesamt	2.490	3.962	4.274	8.195	2.531
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	157	516	879	1.072	471
Opioidanzeigen SMG	523	1.024	895	2.054	388
drogenbezogene Todesfälle	55	64	116	200	35

Prävalenz Opioiden UG bzw. OG = Die aktuellste Schätzung erfolgte für das Jahr 2021, Ergebnisse der Prävalenzschätzungen des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden. Die bundeslandspezifischen Schätzungen sind mit äußerster Vorsicht zu interpretieren, da die Schätzungen insbesondere bei kleineren Bundesländern aufgrund der kleinen Populationsgrößen sehr unsicher sind und stark schwanken. Bei der Interpretation sollte immer das oben dargestellte Intervall zwischen Untergrenze und Obergrenze des Konfidenzintervalls über 3 Jahre herangezogen werden (d. h., als Untergrenze wird der kleinste Wert des 95-Prozent-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze dessen höchster Wert herangezogen). **DOKLI – Opioiden/Cannabis** = alle Personen, die 2021 in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opioiden bzw. mit Cannabis als alleiniger Leitdroge. **§ 12 SMG – Opioiden / Cannabis / kein Bedarf** = Personen, für die die Begutachtung nach § 12 SMG im Jahr 2021 einen behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden, einen behandlungsrelevanten Konsum von Cannabis ohne andere Leitdrogen oder keinen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergab. Bei Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird. **ICD-10 (Opioidabhängigkeit)** = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioiden) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2020 (aktuellste verfügbare Daten). **Opioidanzeigen SMG** = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Suchtgift mit der Leitdroge Opioiden im Jahr 2021. **Drogenbezogene Todesfälle** = direkt drogenbezogene Todesfälle aufgrund von Überdosierungen 2021

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

Tabelle 1.2:

Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2021 (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 Opioider Untergrenze (UG)	267	495	425	399	249	270	323	367	944	634
Prävalenz Opioider	444	616	470	486	307	416	555	530	1.406	658
Prävalenz Opioider Obergrenze (OG)	594	663	576	526	491	494	744	666	1.498	683
Personen in Substitutionsbehandlung	210	375	287	256	162	192	235	275	649	340
DOKLI Opioider	79	326	34	43	100	72	27	197	148	98
DOKLI Cannabis	55	142	37	28	19	22	31	184	43	47
DOKLI gesamt	147	512	97	99	142	110	97	477	244	181
§ 12 SMG Opioider	5	23	3	6	3	2	1	3	-	-
§ 12 SMG Cannabis	19	81	7	18	8	10	5	33	-	-
§ 12 SMG kein Bedarf	73	51	29	58	16	30	25	67	19	35
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	14	34	20	35	27	21	28	42	23	26
drogenbezogene Todesfälle	1	4	3	2	3	3	5	3	8	4

Indikator Alter und Geschlecht	< 25 Jahre	25-34 Jahre	35 Jahre und älter	Männer	Frauen
Prävalenz Opioider Untergrenze (UG)	260	866	552	985	256
Prävalenz Opioider	288	918	583	1.028	277
Prävalenz Opioider Obergrenze (OG)	316	969	614	1.072	299
Personen in Substitutionsbehandlung	112	475	353	512	170
DOKLI Opioider	68	185	78	145	51
DOKLI Cannabis	137	76	15	76	18
DOKLI gesamt	264	328	113	278	85
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	16	43	23	36	16
Opioidanzeigen SMG	0,6	0,8	0,2	0,7	0,1
drogenbezogene Todesfälle	6	5	3	7	1

Prävalenz Opioider UG bzw. OG = Die aktuellste Schätzung erfolgte für das Jahr 2021, 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 – Opioider/Cannabis** = alle Personen, die 2021 in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opioider bzw. mit Cannabis als alleiniger Leitdroge. **§ 12 SMG – Opioider / Cannabis / kein Bedarf** = Personen, für die die Begutachtung nach § 12 SMG im Jahr 2021 einen behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden, einen behandlungsrelevanten Konsum von Cannabis ohne andere Leitdrogen oder keinen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergab. 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 Opioider) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2020 (aktuellste verfügbare Daten). **Opioidanzeigen SMG** = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Suchtgift mit der Leitdroge Opioider im Jahr 2021. **drogenbezogene Todesfälle** = direkt drogenbezogene Todesfälle aufgrund von Überdosierungen 2021

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

2 Risikoreicher Drogenkonsum

2.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster-Situation 2021

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)⁶.

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 ziehen⁷, stellen eine weitere Datenquelle dar. Informationen zu den problematischsten Konsummustern liefern die bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellten Substanzen.

6

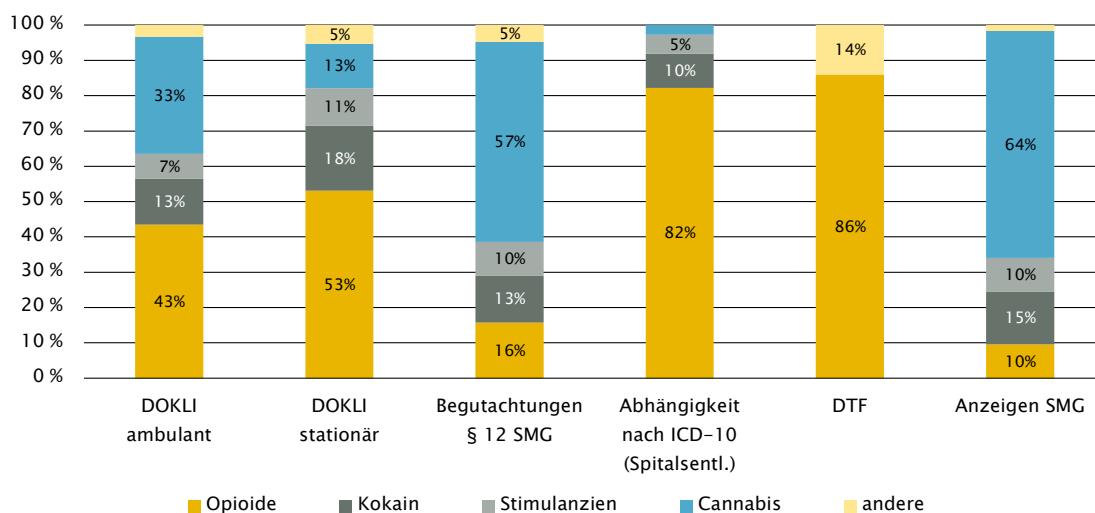
Diese Definition deckt sich mit jener des problematischen Drogenkonsums in Österreich, die betont, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen als solche problematisch oder unproblematisch seien. Als risikoreich wird Drogenkonsum dann bezeichnet, wenn dieser mit körperlichen, psychischen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

7

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

Abbildung 2.1:

Anteil der (Leit-)Drogen nach Setting und bei direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2021



Legende:

DOKLI ambulant = Personen, die 2021 mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n = 3.465)

DOKLI stationär = Personen, die 2021 mit einer stationären Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n = 827)

Begutachtungen § 12 SMG = amtsärztliche Begutachtungen, bei denen 2021 ein behandlungsrelevanter Konsum von Drogen festgestellt wurde (n = 1.432). Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Daten aus Wien fehlen. Bei den Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird.

Abhängigkeit nach ICD-10 (Spitalsentl.): Hauptdiagnosen von Abhängigkeit von Opioiden, Kokain, Stimulanzien und Cannabis (F11.2, F12.2, F14.2 und F15.2) nach ICD-10 bei Spitalsentlassungen (n = 791) 2020 (aktuellste verfügbare Daten); bei den ICD-10-Spitalsentlassungsdiagnosen gibt es weder die Kategorie „andere“ noch eine hierarchische Leitdrogendefinition.

DTF = direkt drogenbezogene Todesfälle mit toxikologischen Analyseergebnissen 2021 (n = 178 von insgesamt 235)

Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opiode > Kokain > Stimulanzien > andere [Halluzinogene, Tranquilizer] > Cannabis) - bei den drogenbezogenen Todesfällen fallen alle Überdosierungen ohne Beteiligung von Opioiden in die Kategorie „andere“.

Anzeigen SMG = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Suchtgift nach gültiger Leitdroge im Jahr 2021 (n = 25.390).

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

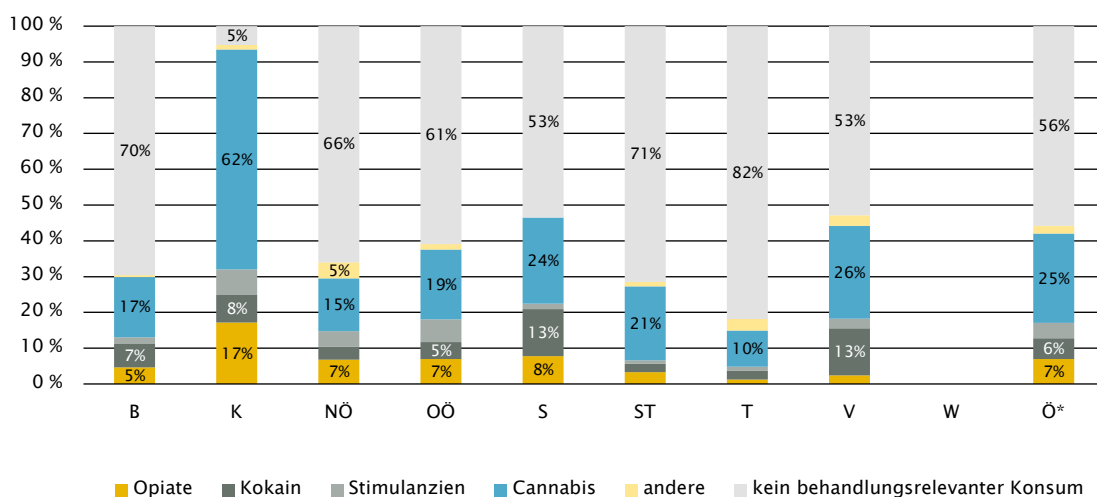
Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich wird von Opioiden – meist in Kombination mit anderen Substanzen – dominiert. So zeigt Abbildung 2.1, dass in DOKLI-Einrichtungen, wo Personen mit risikoreichem Drogenkonsum andocken, diese zu einem großen Teil wegen der Leitdroge Opiode betreut werden. Behandlungen aufgrund einer Abhängigkeitsdiagnose im Spital sind zum überwiegenden Teil auf eine Abhängigkeit von Opioiden zurückzuführen. Auch die toxikologischen Analysen bei den direkt drogenbezogenen Todesfällen zeigen eine deutliche Dominanz von (Misch-)Intoxikationen mit Opioiden. Eine nähere Analyse der DOKLI-Daten veranschaulichte, dass der Großteil der im ambulanten und stationären Bereich wegen Opioiden betreuten Personen auch noch andere Drogen in problematischer Weise konsumiert (Busch et al. 2014). Bei den Begutachtungen nach § 12 SMG, die vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen durchgeführt werden, überwiegt der Cannabiskonsum.

Anhand der DOKLI-Daten zeigt sich, dass die zahlenmäßig zweite relevante Gruppe Personen mit ausschließlich (risikoreichem) Cannabiskonsum sind (vgl. dazu auch Abschnitt 3.2). Auch bei Personen, bei denen durch die Amtsärztin bzw. den Amtsarzt nach § 12 SMG Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt wird, spielt der Cannabiskonsum eine zentrale Rolle (vgl. Abbildung 2.1), wobei es zwischen den Bundesländern große Unterschiede gibt (vgl. Abbildung 2.2).

Die vertiefende Analyse der DOKLI-Daten im Rahmen des Schwerpunktkapitels „Analyse der Routinedaten zum Cannabiskonsum“ im *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013* sowie jene im Jahr 2017⁸ ergaben, dass lediglich ein Drittel der Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis vor Beginn der Behandlung hochfrequent Cannabis konsumierte und dass der Anteil von Personen, die aufgrund einer gesetzlichen Auflage in Behandlung sind, etwa zwei Drittel beträgt.

Abbildung 2.2:

Bei Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter Drogenkonsum (hierarchische Leitdroge) im Jahr 2021 (n = 3.244) nach Bundesland und in Österreich ohne Wien*



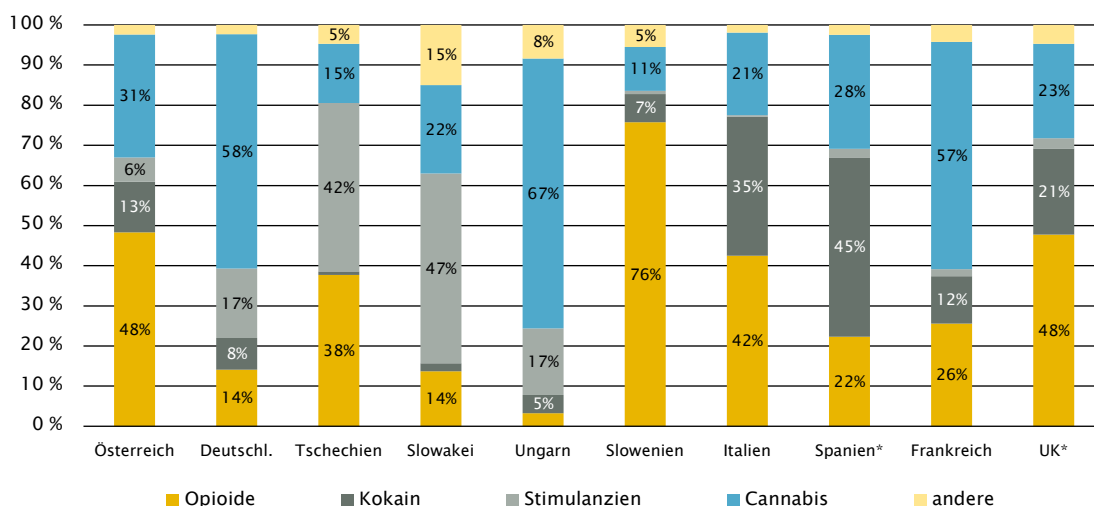
*= Österreich ohne Wien; Daten aus Wien fehlen. In den Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen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

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

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 2.3:

Personen, die im Jahr 2020 mit einer ambulanten oder stationären drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU



*aktuellste Daten 2019

Die Daten stammen aus dem Onlinetool der EBDD <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022/tdi> [Zugriff am 17.06.2021], das das Statistical Bulletin ersetzt. Die neuesten verfügbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 2020.

Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2022; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Polytoxikomaner Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden und (risikoreicher) Konsum von Cannabis sind die in Österreich mit Abstand am häufigsten vertretenen Konsummuster im Behandlungsbereich. Dies ist nicht in allen EU-Ländern in gleichem Ausmaß der Fall, wie der Vergleich in Abbildung 2.3 zeigt. So spielt in den beiden Nachbarländern Tschechien und Slowakei, historisch gewachsen, Methamphetamin eine wichtige Rolle, in Italien und Spanien Kokain⁹ (vgl. die *Country Drug Reports* der jeweiligen Länder von 2020¹⁰). Der Konsum von Methamphetamin war in Österreich bisher auf lokale Szenen begrenzt, er findet vorwiegend in Oberösterreich statt. Dies zeigte sich in Analysen der Konsummuster im *Epidemiologiebericht Drogen* des Jahres 2015 (Busch et al. 2015). Auch in den aktuellen Datenquellen finden sich Hinweise darauf, dass dies noch immer so sein dürfte (z. B. bei Begutachtungen nach § 12 SMG und in DOKLI).

9

Ungarn sticht mit einem sehr großen Anteil an Personen mit der Leitdroge Cannabis hervor, was jedoch in erster Linie den Umgang mit dieser Droge in Ungarn widerspiegelt. Aufgrund der restriktiven Gesetzeslage befindet sich ein Großteil der behandelten Personen als Alternative zu rechtlichen Konsequenzen in Betreuung (vgl. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11332/hungary-cdr-2019_0.pdf [Zugriff am 17.06.2022]).

10

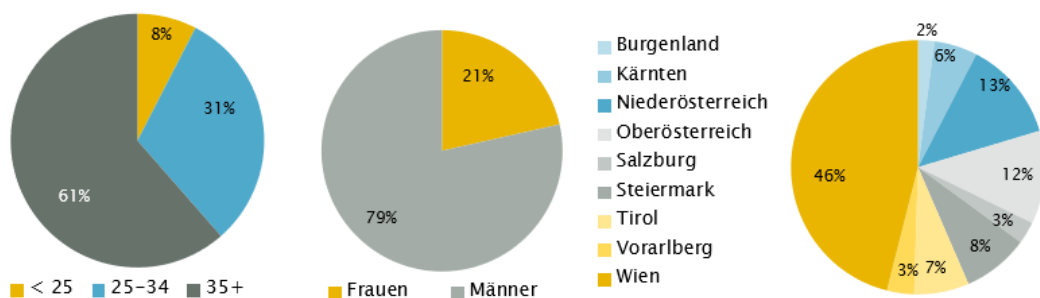
https://www.emcdda.europa.eu/publications-seriestype/country-drug-report_en [Zugriff am 17.06.2022]

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

2.2 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich 2021

Definition: Bei der Schätzung der Anzahl der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum handelt es sich um eine Dunkelzifferschätzung, die lediglich Annäherungswerte liefern kann. Für Österreich liegen ausschließlich Schätzungen des risikoreichen polytoxikomanen Konsums unter Beteiligung von Opioiden vor. Die referierten Werte wurden mittels der Capture-Recapture-Methode (CRC) basierend auf pseudonymisierten Daten aus dem Register der Substitutionsbehandlungen und auf den Anzeigen wegen Opioiden berechnet und anhand der 3-Sample-CRC-Schätzung unter Einbezug der drogenbezogenen Todesfälle mit Opioidbeteiligung für das Jahr 2019 validiert. Bei der CRC-Schätzung handelt es sich um ein von der EBDD empfohlenes komplexes statistisches Verfahren zur Dunkelzifferschätzung. Dieses wird in Österreich alle zwei Jahre durchgeführt.

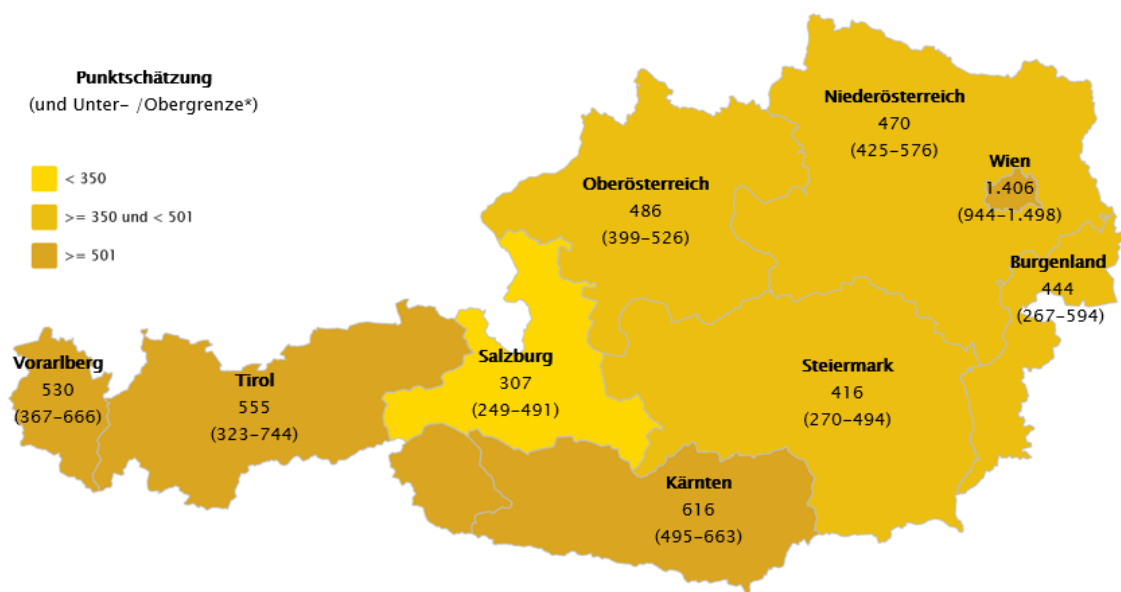
Abbildung 2.4:
Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland, 2021



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

Die aktuellsten Schätzungen kommen in Österreich für die Jahre 2020 und 2021 auf eine Anzahl von 35.000 bis 40.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden. Abbildung 2.4 gibt einen Überblick über die Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nach Alter und Geschlecht sowie nach Bundesland. Etwas über drei Viertel der Betroffenen sind Männer. Der Großteil ist 25 Jahre alt oder älter (92 %) und 46 Prozent leben in Wien.

Abbildung 2.5:
Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden im Jahr 2021 nach Bundesland (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige)



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

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

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 2.5). Wien als einzige Großstadt Österreichs ist vom risikoreichen Drogenkonsum am stärksten betroffen, gefolgt von Kärnten, Tirol und Vorarlberg. Die bundeslandspezifischen Schätzungen sind jedoch mit äußerster Vorsicht zu interpretieren, da die Schätzungen insbesondere bei kleineren Bundesländern aufgrund der kleinen Populationsgrößen sehr unsicher sind und stark schwanken. Bei der Interpretation ist daher immer das Intervall zwischen Untergrenze und Obergrenze des Konfidenzintervalls über drei Jahre heranzuziehen.

Das Ausmaß des intravenösen Opioidkonsums kann hergeleitet werden, indem der Anteil der Opioidkonsumierenden, der die injizierende Applikation als vorwiegende Einnahmeform in DOKLI angibt (30 bis 40 %), auf alle Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden (Prävalenzschätzung) übertragen wird. Demnach ist davon auszugehen, dass in Österreich zwischen 10.500 und 16.000 Personen Opiode vorwiegend injizierend konsumieren.

Zusammenfassung: Laut rezenten Schätzungen gibt es in Österreich zwischen 35.000 und 40.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum, meist in Form von Mischkonsum mit anderen Substanzen. 46 Prozent dieser Personen leben in Wien. Wien als einzige Großstadt Österreichs¹¹ ist vom risikoreichen Drogenkonsum am stärksten betroffen, gefolgt von Kärnten, Tirol und Vorarlberg. Etwas drei Viertel sind Männer und acht Prozent sind unter 25 Jahre alt. Etwa 10.500 bis 16.000 Personen konsumieren vorwiegend intravenös.

2.3 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf

Der Verlauf der geschätzten Prävalenz¹² des risikoreichen Drogenkonsums zeigt einen steilen Anstieg Anfang der 2000er-Jahre auf fast 30.000 Personen in den Jahren 2004/2005. Bis 2014 schwanken die Werte relativ konstant um 30.000. Bis 2017 lässt sich wiederum ein Anstieg auf etwa 36.500 Personen beobachten, gefolgt von einem Rückgang auf 32.000 Personen im Jahr 2019. Die aktuellsten Schätzungen belaufen sich auf 35.000 bis 40.000 Personen. Die geschätzte Zahl ist zwar in den letzten beiden Jahren etwas angestiegen, was aber vermutlich eher als Schwankung zu interpretieren ist (seit 2015 schwanken die Werte in einer Wellenbewegung um 35.000). Ob es eine steigende Tendenz gibt, werden die nächsten Jahre zeigen.

11

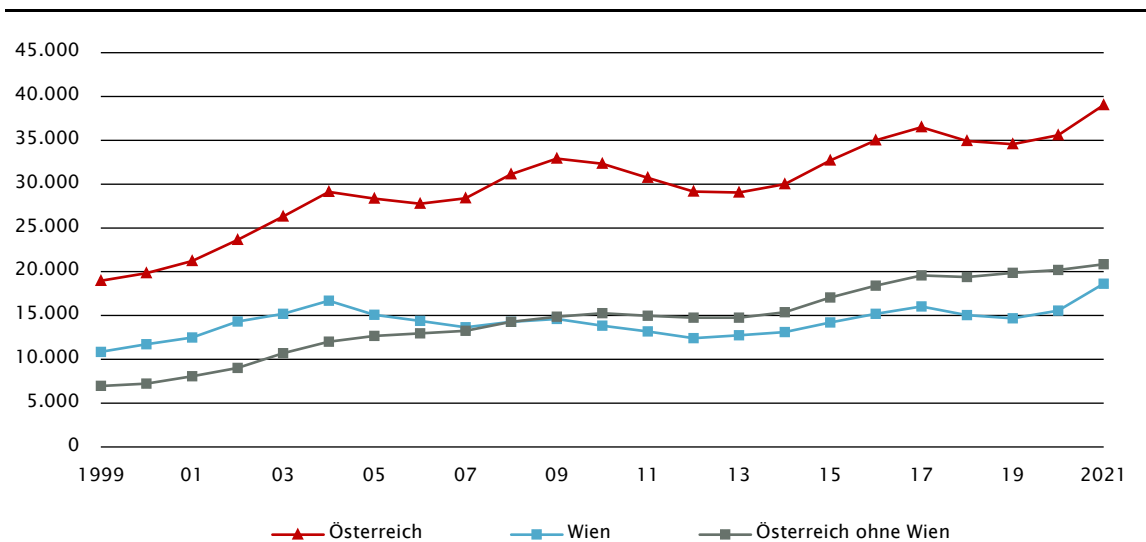
Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

12

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

Abbildung 2.6:

Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien, 1999–2021



Anmerkung: Für den Zeitraum von 1999 bis 2020 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000) herangezogen, für 2021 der Schätzwert für 2021 (aktuellste Schätzung).

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

Betrachtet man die Entwicklung für Wien¹³ und für Österreich ohne Wien getrennt, so zeigt sich ein differenziertes Bild. Während in Wien die Werte bis 2004 anstiegen und zwischen 2004 und 2014 stagnierten, stiegen in Österreich ohne Wien die Prävalenzen weiter an und stagnierten erst zwischen 2010 und 2014. Bis 2017 stiegen die Werte sowohl in Wien als auch in den anderen Bundesländern an, um dann bis 2020 zu stagnieren. Bis 2006 wurden für Wien etwas mehr Personen mit risikoreichem Drogenkonsum geschätzt als für die restlichen Bundesländer, ab dem Jahr 2009 wurde für Österreich ohne Wien die Prävalenz höher geschätzt. Es dürfte sich dabei um das Phänomen eines kontinuierlichen Angleichens des Drogenkonsumausmaßes zwischen der Großstadt Wien und ländlichen/kleinstädtischen Regionen handeln. Seit 2020 steigen die Zahlen in Wien stärker als in den anderen Bundesländern (vgl. Abbildung 2.6).

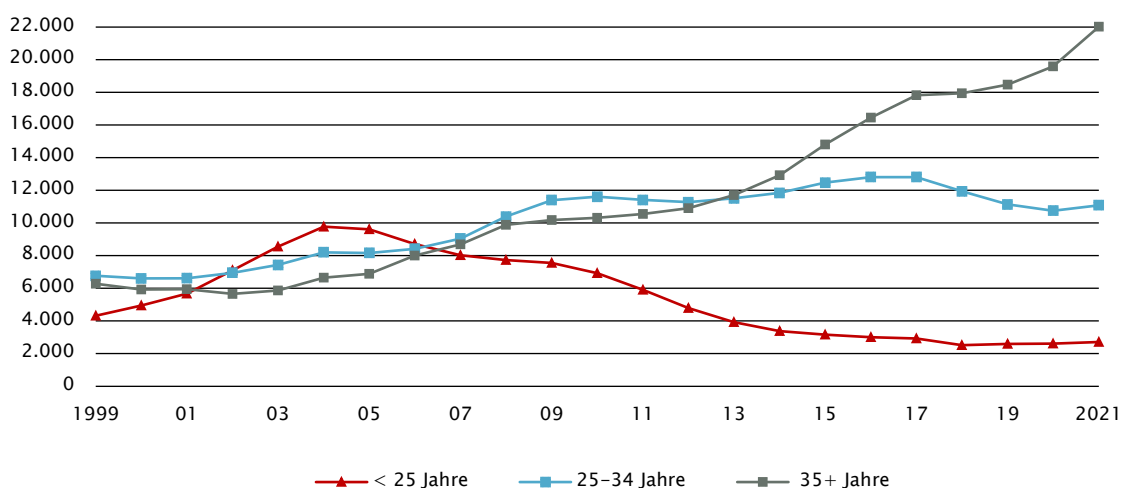
Einen vertieften Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen (vgl. Abbildung 2.7). Hier verdoppelte sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (15- bis 24-Jährige) zwischen 2000 und 2004. Dies bedeutet, dass in dieser Zeitspanne vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene in den risikoreichen Drogenkonsum eingestiegen sind. Bis 2018 zeigt sich ein deutlicher Rückgang (= weniger Einsteiger:innen). Seither stagnieren die Werte bei etwas unter 3.000, was als Hinweis auf eine gleichbleibende Anzahl der Einsteiger:innen interpretiert werden kann.

13

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

Mit der Alterung der „Generation Einstieg 2000 bis 2004“ wächst die Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (zunächst in der Altersgruppe 25 bis 34 Jahre und dann auch in der Altersgruppe über 34 Jahre) weiter an.

Abbildung 2.7:
Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden
in Absolutzahlen nach Altersgruppen, 1999–2021



Anmerkung: Für den Zeitraum von 1999 bis 2020 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000) herangezogen, für 2021 der Schätzwert für 2021 (aktuellste Schätzung).

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

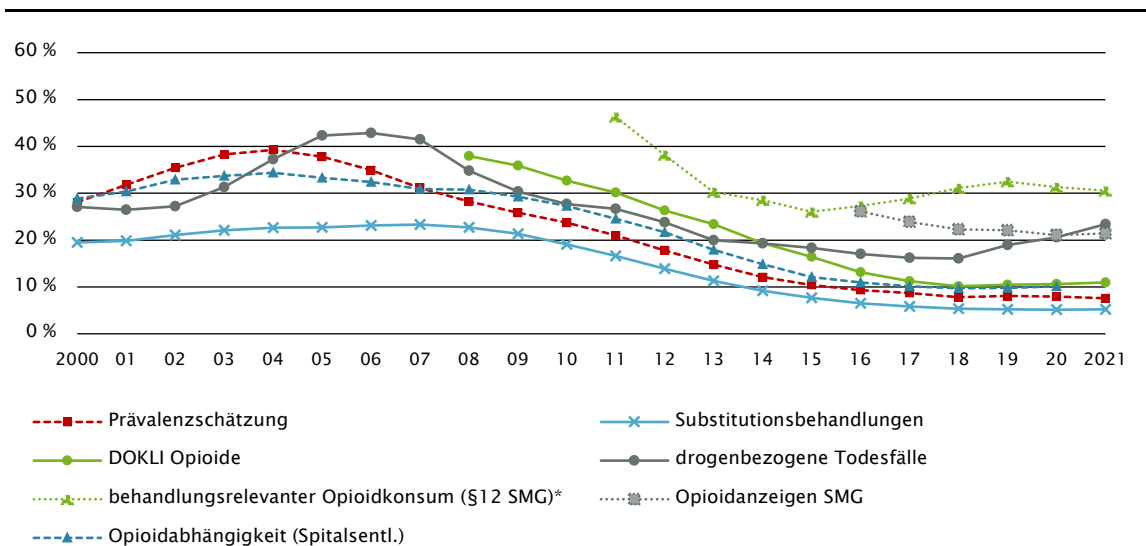
Der seit 2019 zu beobachtende Anstieg der Prävalenz ist daher nicht auf eine Verschärfung der Situation hinsichtlich Opioidproblematik zurückzuführen – dafür müssten die Zahlen in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre ansteigen. Er dürfte in erster Linie durch den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben davon Betroffener aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) bedingt sein¹⁴. Anzumerken ist jedoch, dass die Zahlen bei den unter 25-Jährigen nicht weiter zurückgehen. Diese Entwicklung muss sorgfältig beobachtet werden.

14

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

Abbildung 2.8:

Anteil von Personen unter 25 Jahren in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2000–2021



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).

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

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

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

DTF = drogenbezogene Todesfälle aufgrund drogenbezogener Überdosierungen 2021

Opioidanzeigen SMG = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Suchtgift mit der Leitdroge Opiode

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

Betrachtet man die Veränderung der Altersstruktur in allen in Österreich zur Verfügung stehenden Datenquellen anhand des Prozentanteils der Personen unter 25 Jahren (vgl. Abbildung 2.8), zeigt sich, dass dieser Prozentsatz Mitte der 2000er-Jahre zunächst in den Prävalenzschätzungen und dann bei den drogenbezogenen Todesfällen anstieg. Von 2007 bis 2018 sank der Anteil der Personen unter 25 Jahren in fast allen Datenquellen. Dies spricht für eine „Alterung“ der Population mit risikoreichem Drogenkonsum unter Opioidbeteiligung im letzten Jahrzehnt.

Der Rückgang des Anteils junger Personen (unter 25 Jahren) mit Opioidproblematik lässt sich in fast allen Datenquellen des Drogenmonitorings bis 2018 beobachten (vgl. Abbildung 2.8) und deckt sich auch mit Berichten aus der Praxis. Seither stagniert der Anteil der Personen unter 25 Jahren in fast allen Datenquellen, was die obige Interpretation (stabile Zahl Einsteiger:innen) stützt. Bei den drogenbezogenen Todesfällen lag der Anteil der unter 25-Jährigen zwischen 2014 und 2019 bei unter 20 Prozent, in den letzten beiden Jahren war wieder ein leichter Anstieg zu

verzeichnen. Ob die leichte Zunahme des Anteils der unter 25-Jährigen bei den drogenbezogenen Todesfällen in Zusammenschau mit der insgesamt gestiegenen Zahl an drogenbezogenen Todesfällen eine temporäre Folge der COVID-19-Pandemie oder ein erstes Anzeichen einer Verschärfung der Drogensituation ist, ist aus heutiger Sicht noch offen.

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. Bis 2018 war der Anteil junger Personen mit risikoreichem Drogenkonsum in fast allen Datenquellen rückläufig. Seither stagnieren die Werte, was für eine stabile Inzidenz des risikoreichen Drogenkonsums spricht. Bei den drogenbezogenen Todesfällen ist bei den Jungen jedoch rezent wieder ein leichter Anstieg zu beobachten. Der in den letzten Jahren zu beobachtende Anstieg der geschätzten Prävalenz des risikoreichen Drogenkonsums wurde vorwiegend durch einen Anstieg in der Altersgruppe 35+ verursacht. Dieser dürfte in erster Linie durch den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben von Personen mit dieser Erkrankung aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) bedingt sein. Ob die leichte Zunahme des Anteils der unter 25-Jährigen bei den drogenbezogenen Todesfällen in Zusammenschau mit der insgesamt gestiegenen Zahl an drogenbezogenen Todesfällen eine temporäre Folge der COVID-19-Pandemie oder ein erstes Anzeichen einer Verschärfung der Drogensituation ist, ist aus heutiger Sicht noch offen.

Da im Vergleich zur Mitte der 2000er-Jahre weniger Jugendliche und junge Erwachsene in den Opioidkonsum einsteigen, stellt sich die Frage, ob dies einen langfristigen Rückgang des risikoreichen Drogenkonsums insgesamt¹⁵ 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 2.9 und Abbildung 2.10).

Die Substanzeanalysen bei direkt drogenbezogenen Todesfällen (vgl. Abbildung 2.9) machen Folgendes deutlich: An der Dominanz von Opioiden hat sich in den letzten Jahren trotz einer seit 2011 leicht abnehmenden Tendenz nichts geändert. Kokain und sonstige Stimulanzien¹⁶ werden weiterhin bei den Todesfällen deutlich seltener festgestellt als Opioide. Die Beteiligung von Kokain war 2003 mit 30 Prozent am höchsten und ging bis 2009 auf 13 Prozent zurück, 2021 lag sie bei 20 Prozent. Der Anteil an sonstigen Stimulanzien bewegt sich seit Anfang der 2000er-Jahre auf niedrigem Niveau, in den letzten zehn Jahren zeigt sich tendenziell ein leichter Anstieg, 2021 betrug der Anteil 23 Prozent. Nach wie vor wird ein Konsum von Kokain und Stimulanzien vor allem in Kombination mit Opioiden festgestellt.

15

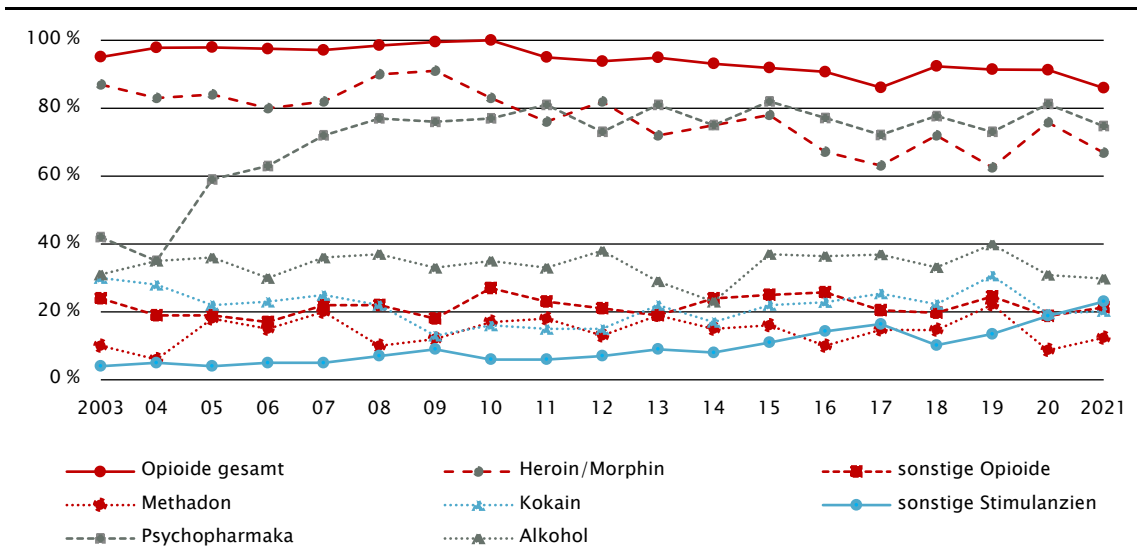
Der rezente Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle könnte jedoch ein erster Hinweis auf eine Verschärfung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden sein.

16

Stimulanzien wie z. B. (Meth-)Amphetamin, Ecstasy, Cathinone etc. exklusive Kokain

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

Abbildung 2.9:
Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen, 2003–2021



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

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

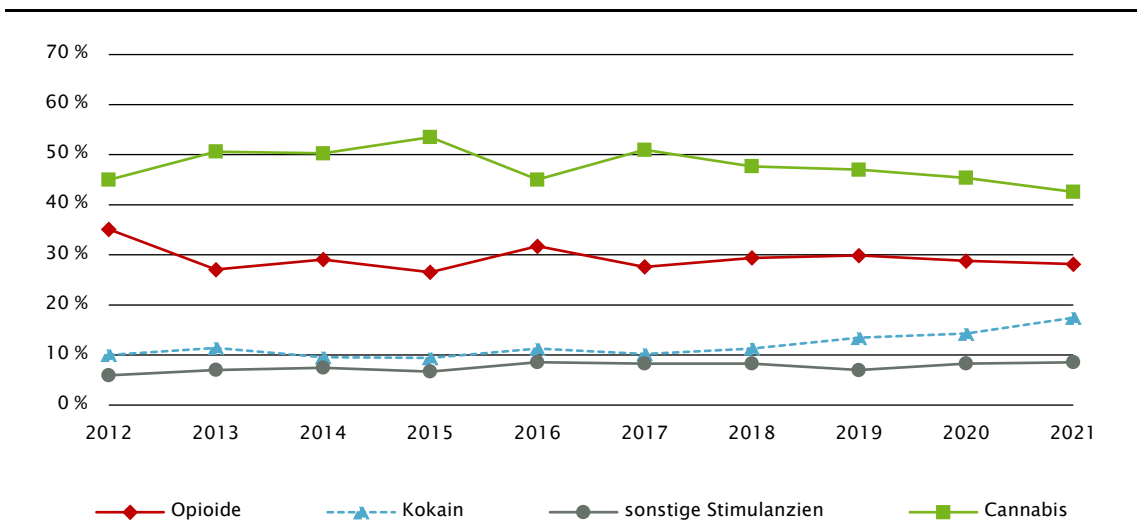
Zusammenfassung: An der Dominanz von Opioiden bei drogenbezogenen Todesfällen hat sich in den letzten Jahren nichts geändert. Die Beteiligung sonstiger Stimulanzien ist zwar – auf sehr niedrigem Niveau – im Vergleich mit den frühen 2000er-Jahren tendenziell angestiegen, daraus lässt sich jedoch keine eindeutige Änderung der Konsummuster weg von Opioiden hin zu anderen Substanzen ableiten.

Die DOKLI-Daten in Abbildung 2.10 zeigen die Drogenproblematik¹⁷ der Klientinnen und Klienten, die sich **erstmalig** in ihrem Leben einer drogenspezifischen Behandlung unterziehen. Betrachtet man die letzten fünf Jahre, zeigt sich beim Prozentanteil von Cannabis ein leichter Rückgang, bei jenem von Kokain ein leichter Anstieg und bei Opioiden eine stabile Situation. Bei der Interpretation der Zahlen ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Großteil der Personen in Substitutionsbehandlung nicht in DOKLI aufscheint.

17

Dargestellt wird die hierarchische Leitdroge, Erläuterungen hierzu finden sich in Abschnitt 4.2.1.

Abbildung 2.10:
Drogenproblematik* im Zeitverlauf bei längerfristig Erstbehandelten in DOKLI, 2012–2021



Anmerkung: *Darstellung nach hierarchischer Leitdroge [Opiode > Kokain > Stimulanzien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis]; Erstbehandelte: Klientinnen und Klienten, die sich erstmals in ihrem Leben einer drogenspezifischen Behandlung unterziehen

Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2012 bis 2021; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusätzlich zu den eben dargestellten österreichweiten Entwicklungen deutet die vertiefte Analyse (vgl. Kapitel 4 des *Epidemiologieberichts Drogen 2015*) lediglich auf lokal begrenzte Szenen mit Konsum von Stimulanzien (z. B. Methamphetamin in Oberösterreich) hin. Auch andere Substanzen wie Mephedron und Neue Psychoaktive Substanzen spielen im Rahmen des risikoreichen bzw. behandlungsrelevanten Drogenkonsums nur eine sehr untergeordnete Rolle, wie Tabelle 2.1 belegt.

Tabelle 2.1:
Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulanzien“ und „andere Drogen“ aller 11.889 längerfristig ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen, 2021

Substanz	Leitdroge	Begleitdroge	Summe
andere Drogen/unbekannt	122	269	391
Methamphetamin	164	209	373
Pilze	15	202	217
Ketamin	36	136	172
Mephedron	16	65	81
GHB	10	18	28
andere synthetische Cathinone	5	17	22
Räuchermischungen	5	9	14
Fentanyl (illegal)	6	6	12

Anmerkung: Es handelt sich um Mehrfachnennungen.

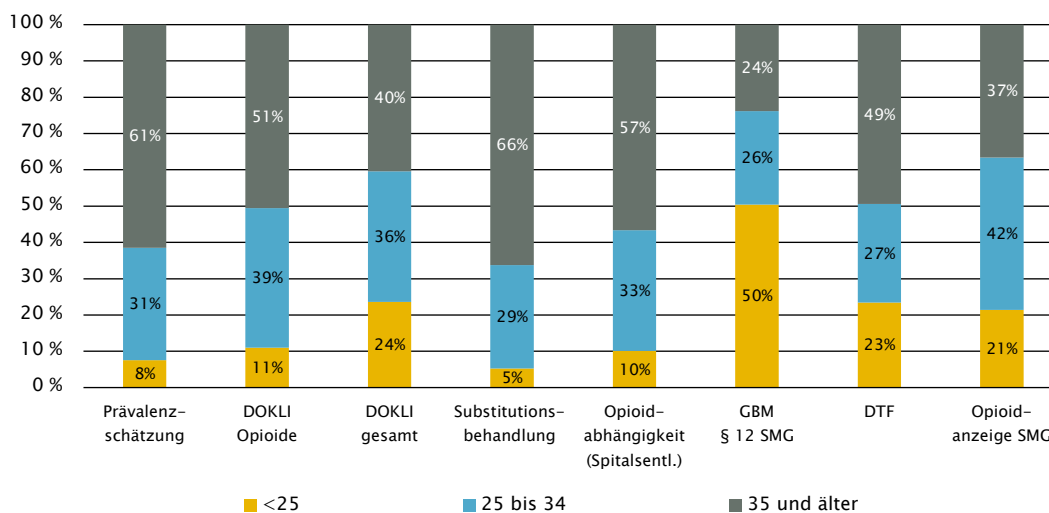
Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2021; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Da die Opioidproblematik stagniert und es keine Anzeichen für eine signifikante Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums hin zu anderen Substanzen gibt, ist prinzipiell von einer stabilen Drogensituation auszugehen. Ob der Anstieg der Zahl der drogenbezogenen Todesfälle ein erstes Anzeichen für eine Verschärfung der Drogensituation ist oder eine temporäre Folge von COVID-19 darstellt, kann derzeit noch nicht gesagt werden.

Zusammenfassung: Es ist von einer stabilen Drogensituation auszugehen: Fast alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring zeigen bis 2018 einen Rückgang des risikoreichen Opioidkonsums bei den unter 25-Jährigen (weniger Einsteiger:innen) und stagnieren seither. Es gibt auch keine Anzeichen für eine signifikante Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums hin zu anderen Substanzen. Ob der Anstieg der Zahl der drogenbezogenen Todesfälle ein erstes Anzeichen für eine Verschärfung der Drogensituation ist oder eine temporäre Folge von COVID-19 darstellt, ist aus heutiger Sicht noch offen.

2.4 Alter und Geschlecht der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum

Abbildung 2.11:
Altersverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2021



Prävalenzschätzung = geschätzte Anzahl an Personen mit risikoreichem Opioidkonsum 2021 (aktuellste Schätzung)

DOKLI Opioide = Alter (zum Stichtag 30. 6. 2021) aller im Jahr 2021 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen mit der Leitdroge Opioide

DOKLI gesamt = Alter (zum Stichtag 30. 6. 2021) aller im Jahr 2021 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen

Substitutionsbehandlung = Substitutionsbehandlungen 2021

Opioidabhängigkeit (Spitalsentl.) = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioide) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2020 (jüngste verfügbare Daten; genauere Spezifikationen der Auswertung finden sich im Tabellenannex)

GBM § 12 SMG = Personen, für die 2021 eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat

DTF = drogenbezogene Todesfälle aufgrund drogenbezogener Überdosierungen 2021

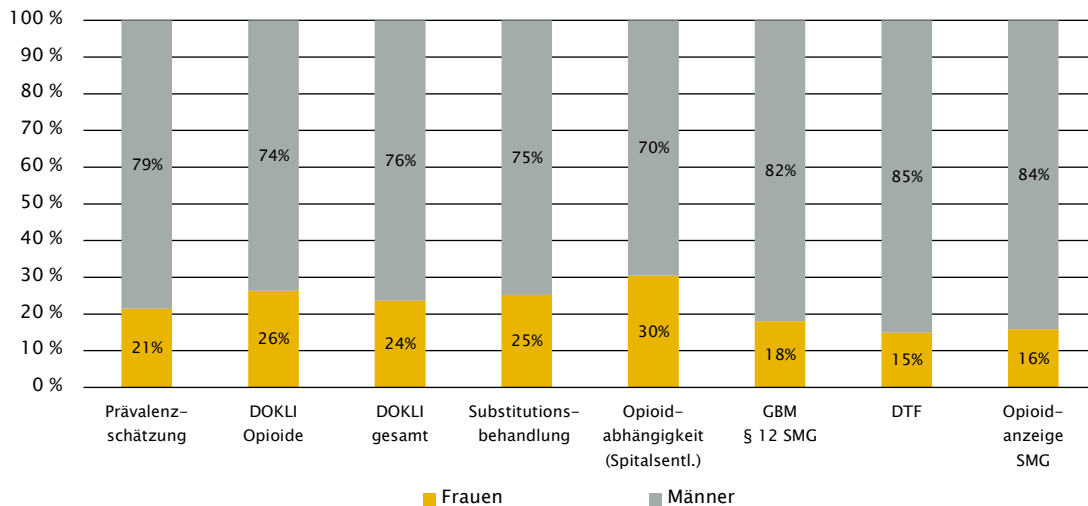
Opioidanzeige SMG = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Suchtgift mit der Leitdroge Opioide im Jahr 2021

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

Die Datenquellen (vgl. Abbildung 2.11), die sich auf Personen mit **risikoreichem Opioidkonsum** (Substitutionsbehandlung, DOKLI Opioide, Spitalsentlassungen, drogenbezogene Todesfälle) beziehen, zeigen alle sehr deutlich, dass junge Personen den geringsten Anteil ausmachen (zwischen 5 % und 23 %). Bei all diesen Datenquellen ist der Anteil der älteren Personen im Gegenzug sehr hoch (zwischen 49 % und 66 %). Bei **Personen**, für die eine Begutachtung nach § 12 SMG den **Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme** ergeben hat, ist der Anteil der jüngeren Personen deutlich höher. Bei den gesundheitsbezogenen Maßnahmen ist die Klientel insgesamt sehr jung.

Zusammenfassung: Die Zusammenschau verschiedener Datenquellen bezüglich des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich ergibt, dass dieser – sofern es sich um Opioidkonsum handelt – eher ältere Personen betrifft und der Anteil der jungen Betroffenen relativ niedrig ist.

Abbildung 2.12:
Geschlechterverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2021



Prävalenzschätzung = aktuellste Schätzung 2021

DOKLI Opiode = 2021 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreute Personen mit der Leitdroge Opiode

DOKLI gesamt = 2021 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreute Personen

Substitutionsbehandlung = Substitutionsbehandlungen 2021

Opioidabhängigkeit (Spitalsentl.) = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2020 (aktuellste verfügbare Daten)

GBM § 12 SMG = Personen, für die im Jahr 2021 eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat

DTF = drogenbezogene Todesfälle aufgrund drogenbezogener Überdosierungen 2021

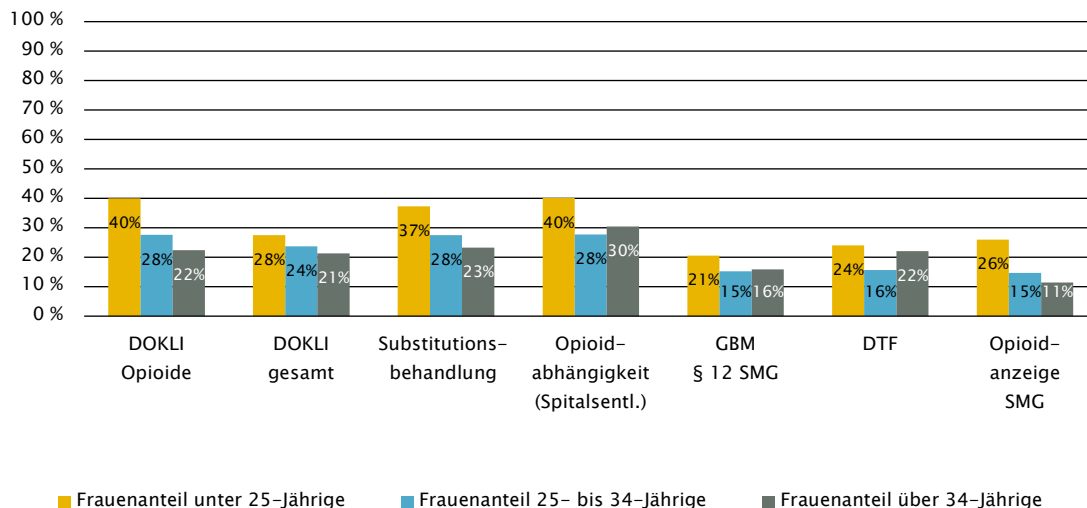
Opioidanzeige SMG = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Suchtgift mit der Leitdroge Opiode im Jahr 2021

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

Vom risikoreichen Drogen- bzw. Opioidkonsum sind vor allem Männer betroffen. Das zeigt sich über alle Datenquellen hinweg (vgl. Abbildung 2.12). Rund drei Viertel der Betroffenen in Österreich sind Männer, rund ein Viertel Frauen. Am höchsten ist der Frauenanteil mit 30 Prozent bei Personen, die aufgrund einer Opioidabhängigkeit im Krankenhaus behandelt wurden, am niedrigsten bei drogenbezogenen Todesfällen (15 %). Betrachtet man die Geschlechterverteilung in verschiedenen Altersgruppen (vgl. Abbildung 2.13), zeigt sich in den meisten Datenquellen das Phänomen, dass der Frauenanteil mit zunehmendem Alter kleiner wird: Der risikoreiche Opioidkonsum trifft jüngere Frauen stärker als ältere Frauen.

Abbildung 2.13:

Frauenanteil nach Altersgruppen in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2021



DOKLI Opioide = 2021 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreute Personen mit der Leitdroge Opioid

DOKLI gesamt = 2021 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreute Personen

Substitutionsbehandlung = Substitutionsbehandlungen 2021

Opioidabhängigkeit (Spitalsentl.) = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioid) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2020 (aktuellste verfügbare Daten)

GBM § 12 SMG = Personen, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG im Jahr 2021 den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat

DTF = drogenbezogene Todesfälle; Mittelwert der Jahre 2019 bis 2021 zum Ausgleich von Zufallsschwankungen

Opioidanzeige SMG = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Suchtgift mit der Leitdroge Opioid im Jahr 2021

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

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

3 Drogenbezogene Behandlungen

In Österreich haben suchtkranke Personen grundsätzlich den gleichen Zugang zum gesamten Gesundheitssystem wie Personen ohne Suchterkrankung. Für drogenbezogene Behandlungen gibt es jedoch auch auf Sucht spezialisierte ambulante und/oder stationäre Einrichtungen. Behandlungsstrategien sind in den Sucht-/Drogenstrategien der neun Bundesländer, in der Österreichischen Suchtpräventionsstrategie sowie in den relevanten Gesetzen und Verordnungen festgelegt. Der Rahmen für Substitutionsbehandlungen sowie Voraussetzungen für substituierende Ärztinnen und Ärzte sind in der Suchtgiftverordnung (BGBl. II 1997/347) definiert (vgl. auch Kapitel 1, 2 und 5 in Busch et al. 2022). Die Betreuung und Behandlung von Personen mit risikoreichem Drogenkonsum wird österreichweit durch das pseudonymisierte Statistikregister (eSuchtmittel) und durch das Behandlungsdokumentationssystem DOKLI erfasst (vgl. auch Kapitel Hintergrund und Fragestellungen und Kapitel 4). Im vorliegenden Kapitel wird die epidemiologische drogenbezogene Behandlungssituation anhand folgender Schwerpunkte skizziert: Anzahl der drogenbezogenen Behandelten (vgl. Abschnitt 3.1), Drogenkonsummuster (Konsum von Opioiden, Cannabis, Kokain, Stimulanzien, weitere Konsummuster) von Personen in Betreuung (vgl. Abschnitt 3.2), Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik (vgl. Abschnitt 3.3) sowie Versorgungslage und Versorgungspraxis im Bereich der Substitutionsbehandlungen (vgl. Abschnitte 3.4 und 3.5). COVID-19 in Zusammenhang mit den Substitutionsbehandlungen wird im Exkurs zu COVID-19 (vgl. Kapitel 8) thematisiert.

3.1 Anzahl der behandelten Personen

Insgesamt befanden sich im Jahr 2021 in Österreich geschätzt 26.587 Personen in drogenbezogener Behandlung.

Von diesen waren 11.402 Personen in ambulanter und 1.350 in stationärer Suchtbehandlung^{18,19}. Zusätzlich erhielten 12.914 Personen eine Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und 921 Personen während der Haft (vgl. Tabelle 3.1).²⁰ Personen mit behandlungsrelevantem Drogenkonsum, die eine Behandlung außerhalb der Suchthilfe in Anspruch nehmen, sind nicht dokumentiert und daher nicht inkludiert.

18

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

19

stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung; Schätzung aus DOKLI

20

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

Tabelle 3.1:

Schätzung der insgesamt wegen des Konsums illegaler Drogen behandelten Personen nach Setting im Jahr 2021

Setting	Anzahl der Personen
ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen) (Schätzung aus DOKLI und eSuchtmittel)	11.402
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (keine Schätzung, eSuchtmittel)	12.914
stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung (Schätzung aus DOKLI)	1.350
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft (keine Schätzung, eSuchtmittel)	921
Suchtbehandlungen insgesamt	26.587

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

Methodik der Schätzung

Basis der Schätzung bilden die dokumentierten Daten von Suchtbehandlungen in Österreich in den Dokumentationssystemen DOKLI und eSuchtmittel (vgl. Kapitel Hintergrund und Fragestellungen). Die Personengruppen in DOKLI und jene von eSuchtmittel überschneiden sich teilweise. Zudem können in DOKLI Doppelzählungen nur innerhalb einer Einrichtung und innerhalb Wiens (eindeutiger Identifier) ausgeschlossen werden. Außerhalb Wiens wird in DOKLI von einem Mehrfachzählungsanteil von 22 Prozent und einer Abdeckung (Coverage) von 93 Prozent im ambulanten und 79 Prozent im stationären Sektor ausgegangen.

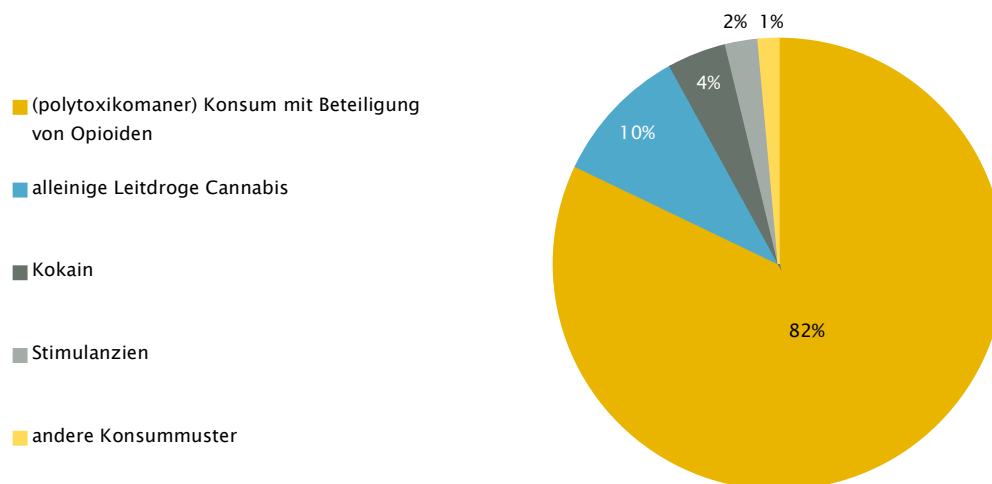
Zusammengefasst werden für die Schätzungen folgende Faktoren herangezogen:

- » Überschneidungsgrad der beiden Dokumentationssysteme DOKLI und eSuchtmittel bei Personen mit Opioidproblematik: 70 Prozent
- » Mehrfachzählungen im Dokumentationssystem DOKLI (Double Counting): 22 Prozent
- » Abdeckungsgrad erfasster behandelter Personen (Coverage) in DOKLI: ambulanter Bereich 93 Prozent, stationärer Bereich 71 Prozent

3.2 Drogenkonsummuster der behandelten Personen

Die Analyse der Konsummuster der 26.587 Personen in drogenspezifischer Behandlung zeigt, dass der Großteil – nämlich 21.833 Personen (82 %) – Opiode, meist als Mischkonsum mit anderen (legalen und illegalen) Substanzen, konsumiert. Eine weitere zahlenmäßig relevante Gruppe stellen 2.628 (10 %) Behandelte dar, die Cannabis als alleinige Leitdroge angeben. Kokain (1.122 Personen), Stimulanzien (619 Personen) und andere Drogen (384 Personen) stellen jeweils nur für einen kleinen Teil die Leitdroge dar (vgl. Abbildung 3.1).

Abbildung 3.1:
Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung), 2021



Es wurde die hierarchische Leitdrogendefinition herangezogen:
Stechlogik: Opioid > Kokain > Stimulanzien > andere (z. B. Halluzinogene, Tranquilizer) > Cannabis

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

3.3 Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik

In den Jahren 2020/2021 lag die Anzahl von Personen mit risikoreichem Opioidkonsum geschätzt bei 35.000 bis 40.000 (vgl. Abbildung 3.2)²¹. In Substitutionsbehandlung befanden sich 2020/2021 zwischen 50 und 58 Prozent der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum (*In-Treatment-Rate Substitution*²²). Der Anteil jener Personen, die sich in einer drogenspezifischen Behandlung befanden, lag zwischen 55 und 62 Prozent (*In-Treatment-Rate Insgesamt*²³).

Im Langzeittrend ist die Anzahl von Personen mit risikoreichem Opioidkonsum in Substitutionsbehandlung erheblich gestiegen: Über den Zeitraum von 20 Jahren hat sich diese nahezu verfünffacht. Die Anzahl von Personen mit risikoreichem Opioidkonsum hat sich hingegen nicht einmal

21

Grundlage der geschätzten Daten im vorliegenden Abschnitt ist die für Österreich alle zwei Jahre durchgeführte Prävalenzschätzung (vgl. Kapitel 2).

22

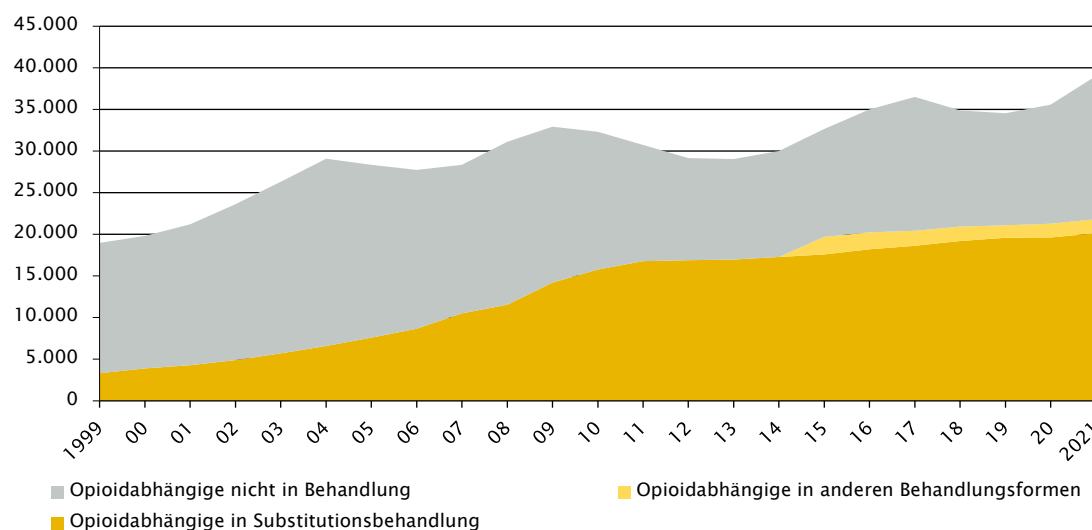
In-Treatment-Rate Substitution ist der Prozentsatz von Personen mit Opioidproblematik, der sich in Substitutionsbehandlung befindet (Personen in Substitutionsbehandlung / Prävalenzschätzung*100).

23

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

verdoppelt. Dass mittlerweile über die Hälfte der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum Substitutionsbehandlung in Anspruch nimmt, kann als großer Erfolg gewertet werden. Im Jahr 2021 waren 20.138 opioidabhängige Personen in Substitutionsbehandlung.

Abbildung 3.2:
Opioidabhängige Personen (in Behandlung), 1999–2021



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

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

Zusammenfassung: Mehr als die Hälfte der geschätzt 35.000 bis 40.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum befindet sich in einer suchtspezifischen Behandlung. In Opioid-Substitutionsbehandlung waren im Jahr 2021 20.138 Personen. Der Prozentsatz der Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung ist regional unterschiedlich und liegt für Gesamtösterreich zwischen 50 und 58 Prozent. Es ist gelungen, über die Jahre die *In-Treatment-Rate Substitution* von Personen mit Opioidabhängigkeit massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg gewertet werden.

3.4 Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen

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

1. Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte²⁴
2. Anzahl der tatsächlich in der Substitutionsbehandlung tätigen, d. h. versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte²⁵
3. Anzahl der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen²⁶

Die Anzahl der für die Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte beträgt in Österreich zum Stichtag 31. 12. 2021 insgesamt 679 Mediziner:innen. Von diesen haben 603 (89 %) am Stichtag 31. 12. 2021 mindestens eine Substitutionsbehandlung durchgeführt. Österreichweit befanden sich zum Stichtag 18.446²⁷ Personen in Substitutionsbehandlung, somit kommen durchschnittlich 31 Behandelte auf eine Ärztin bzw. einen Arzt.

Die Betreuungszahlen pro Ärztin bzw. Arzt sind innerhalb von Österreich sehr unterschiedlich. Während im Jahr 2021 141 Ärztinnen und Ärzte (23 %) jeweils eine(n) bis drei Patientinnen und Patienten betreuten, waren bei 132 Ärztinnen und Ärzten (22 %) jeweils vier bis zehn Personen in Substitutionsbehandlung und bei 220 Ärztinnen und Ärzten (36 %) elf bis 50 Personen. 110 Ärztinnen und Ärzte (18 %) behandelten jeweils 51 und mehr Patientinnen und Patienten (vgl. Abbildung 3.3). Die unterschiedlichen Betreuungszahlen können dahingehend interpretiert werden, dass ein Teil der Substitutionsbehandlungen wohnortnah bei Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der Regelversorgung durchgeführt wird, ein anderer Teil wiederum in Suchthilfeeinrichtungen oder bei Ärztinnen und Ärzten, die sich auf Substitutionsbehandlung spezialisiert haben. Bei beiden Varianten kann es sich sowohl um Allgemeinmediziner:innen als auch um Fachärztinnen bzw. Fachärzte handeln.

24

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

25

Quelle: eSuchtmittel

26

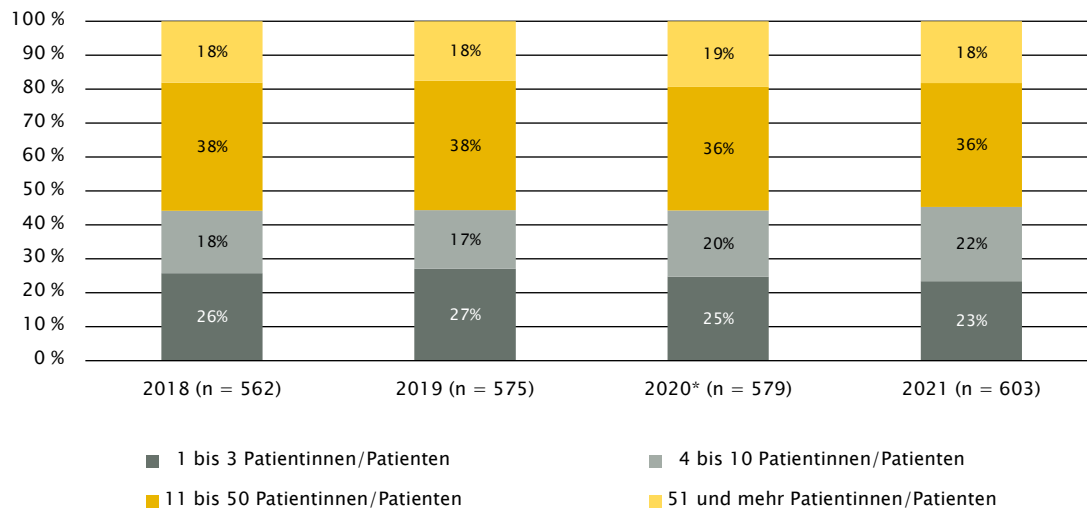
Quelle: ebd.

27

vgl. Annex, Tabelle 1

Abbildung 3.3:

Betreute Substitutionspatientinnen und -patienten pro Ärztin/Arzt** in Prozent, 2018–2021



* Aufgrund von (coronabedingt) nachgemeldeten Behandlungen wurden die Substitutionszahlen des Jahres 2020 neu berechnet.

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

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

Die Substitutionsbehandlung in den Bundesländern ist unterschiedlich organisiert (zentrale Stellen für Substitutionsbehandlung versus dezentrale Versorgung). Während in Kärnten, Tirol und Vorarlberg ein relativ großer Teil der Betroffenen in Einrichtungen (§ 15-Einrichtungen oder Krankenanstalten) betreut wird, wird in den anderen Bundesländern weit über die Hälfte der Personen in Substitutionsbehandlung in Arztpraxen versorgt. Besonders in Wien sind Ärztinnen und Ärzte zudem über die Bundeslandgrenze hinaus versorgungswirksam, wenn beispielsweise eine Wiener Ärztin oder ein Wiener Arzt auch Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern betreut²⁸ (vgl. Abbildung 3.5).

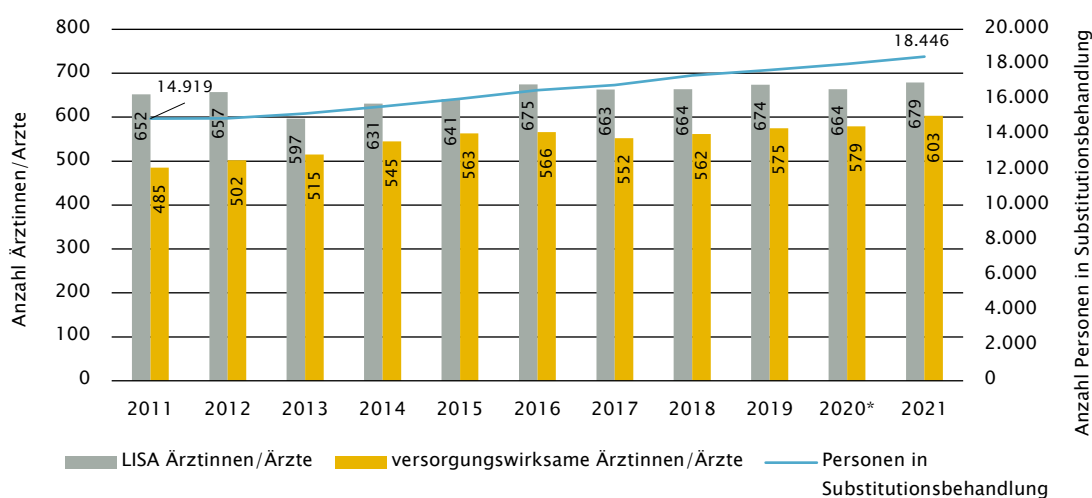
Im zeitlichen Trend hat sich die Zahl der zur Substitution qualifizierten Ärztinnen und Ärzte seit 2011 kaum erhöht: Im Jahr 2011 waren 652 Ärztinnen und Ärzte zugelassen, 2021 sind es 679. Von diesen theoretisch zugelassenen Ärztinnen und Ärzten führte nur ein Teil tatsächlich auch Substitutionsbehandlungen durch, war also tatsächlich versorgungswirksam: Im Jahr 2011 hatten 485 von 652 Ärztinnen und Ärzten mindestens eine Patientin bzw. einen Patienten, im Jahr 2021 waren dies 603 von 679 (vgl. Abbildung 3.4). Österreichweit mag dies auf den ersten Blick wie eine sichtbare Zunahme an versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzten erscheinen. Diese bundesweiten Durchschnittswerte berücksichtigen jedoch regionale Gegebenheiten nicht und können beispielsweise auf einer höheren Versorgungsdichte in städtischen Gebieten beruhen. So kann es

28

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

auf regionaler Ebene (z. B. auf Bezirksebene) durchaus zu Versorgungsengpässen kommen. Insbesondere in Anbetracht der zu erwartenden Pensionierungswelle unter der Ärzteschaft ist daher mit (regionalen) Versorgungsengpässen zu rechnen (siehe auch Busch et al. 2022, Kapitel 5).

Abbildung 3.4:
Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung, jeweils zum Stichtag 31. 12. in Österreich im Trend, 2011–2021



* Aufgrund von (coronabedingt) nachgemeldeten Behandlungen wurden die Substitutionszahlen des Jahres 2020 neu berechnet.

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

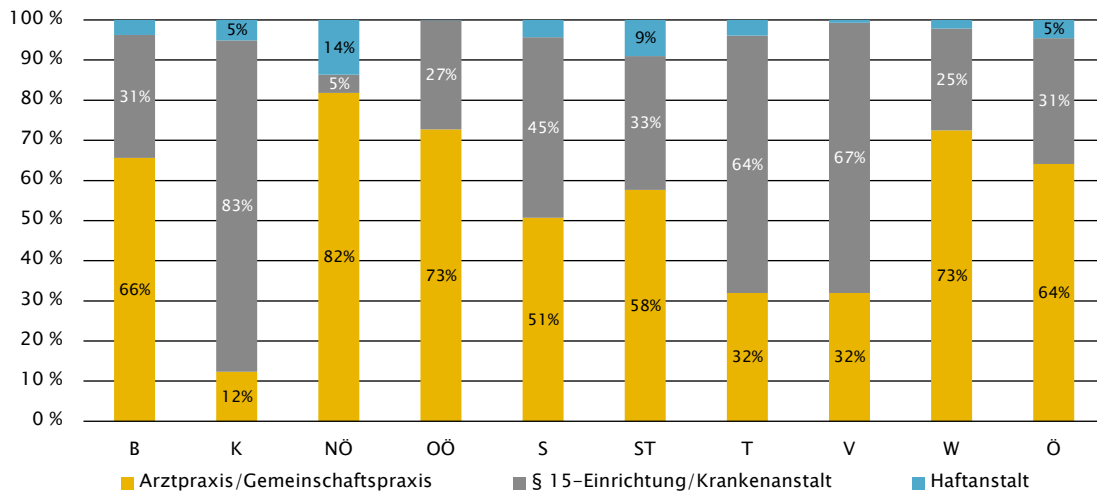
Einige Bundesländer setzen in der Versorgung stark auf den niedergelassenen Bereich, andere bieten Substitutionsbehandlung vorwiegend über § 15-Einrichtungen an (vgl. Abbildung 3.5)²⁹. Während im Burgenland, in Niederösterreich, Oberösterreich und in Wien (über) zwei Drittel der Betroffenen in Arzt- und Gemeinschaftspraxen behandelt werden, sind es beispielsweise in Kärnten nur 12 Prozent. Die Versorgungslage nach Art der Behandlungsstelle ist ebenfalls im Kontext unterschiedlicher Versorgungsstrukturen in den Bundesländern zu interpretieren.

Hinsichtlich der ärztlichen Betreuung von Personen in Substitutionsbehandlung spielen Allgemeinmediziner:innen eine zentrale Rolle. Der überwiegende Anteil der Substitutionspatientinnen und -patienten wird von diesen betreut (vgl. Abbildung 3.6).

29

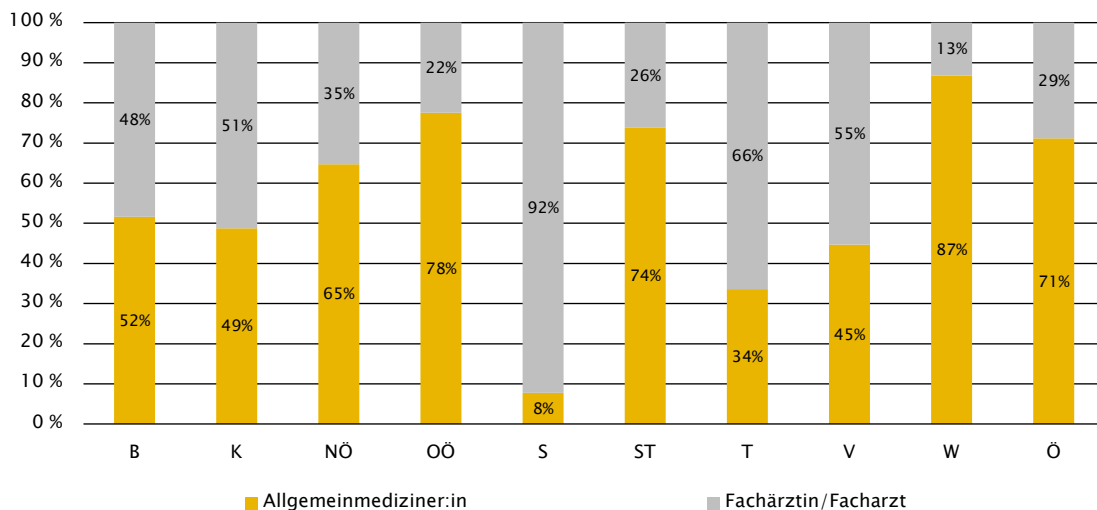
In Oberösterreich und Vorarlberg finden Substitutionsbehandlungen in Haft statt. Diese werden allerdings fast ausschließlich durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte durchgeführt und finden sich daher in den anderen Kategorien wieder.

Abbildung 3.5:
Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Patientin bzw. des Patienten, 2021



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

Abbildung 3.6:
Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Prozentsatz der von Fachärztinnen bzw. Fachärzten versus Allgemeinmedizinerinnen bzw. -medizinern betreuten Patientinnen und Patienten am Stichtag 31. 12. 2021 nach Bundesland



Anmerkung: Bundesland entspricht dem Meldeort der Patientin bzw. des Patienten.

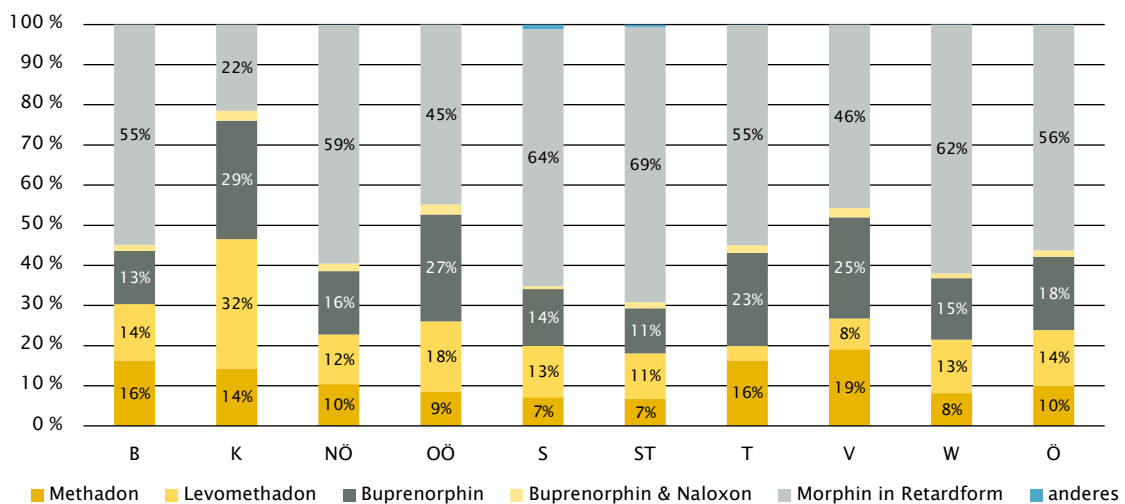
Quelle: BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die pro substituierender Ärztin bzw. substituierendem Arzt betreut werden, ist in Österreich nach wie vor stark unterschiedlich. Manche Ärztinnen und Ärzte betreuen sehr viele Patientinnen und Patienten. Österreichweit wird der überwiegende Anteil aller Substitutionsbehandlungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern durchgeführt. Österreichweit lässt sich im Zeitverlauf keine bundesweite Verschlechterung der Versorgungslage feststellen, regionale Unterversorgungen können jedoch nicht ausgeschlossen werden.

3.5 Versorgungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlungen

Österreichweit stellt Morphin in Retardform (56 %) das am häufigsten verschriebene Substitutionsmittel dar, gefolgt von Methadon (Methadon und Levomethadon erreichen gemeinsam 24 %). Auffällig ist dabei, dass die Verschreibungspraxis bundeslandabhängig sehr unterschiedlich ist. Während beispielsweise in Kärnten nur bei 22 Prozent der Behandelten Morphin in Retardform zum Einsatz kommt, ist dies in Wien, Salzburg und der Steiermark bei mehr als 60 Prozent der Behandelten der Fall (vgl. Abbildung 3.7). In den letzten acht Jahren hat sich österreichweit an der Verschreibungspraxis wenig geändert. Lediglich der Anteil des neu zugelassenen Levomethadon hat sich auf Kosten von Methadon erhöht (vgl. Abbildung 3.8).

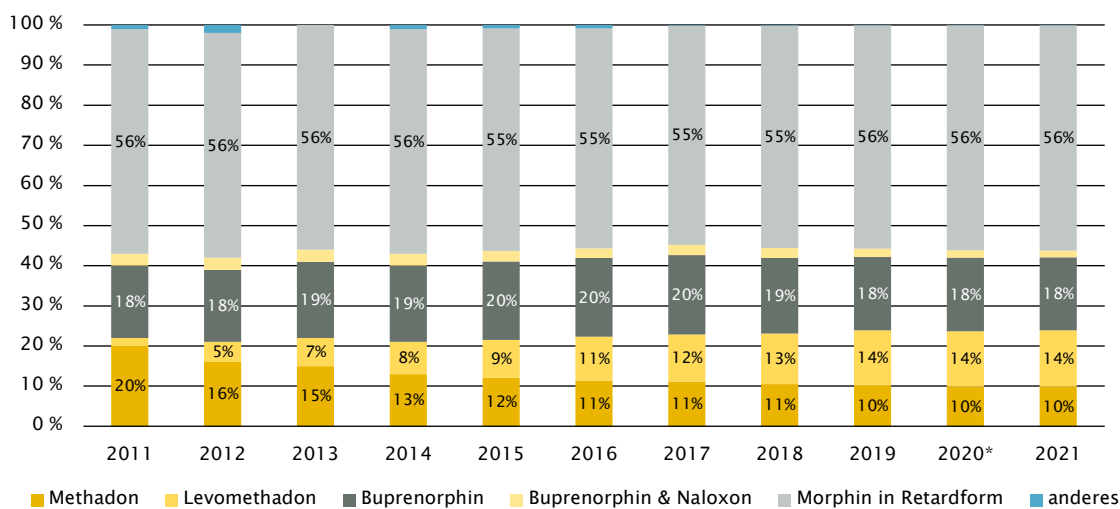
Abbildung 3.7:
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland, 2021



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 20.042 der insgesamt 20.138 Personen, da bei 96 Personen keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

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

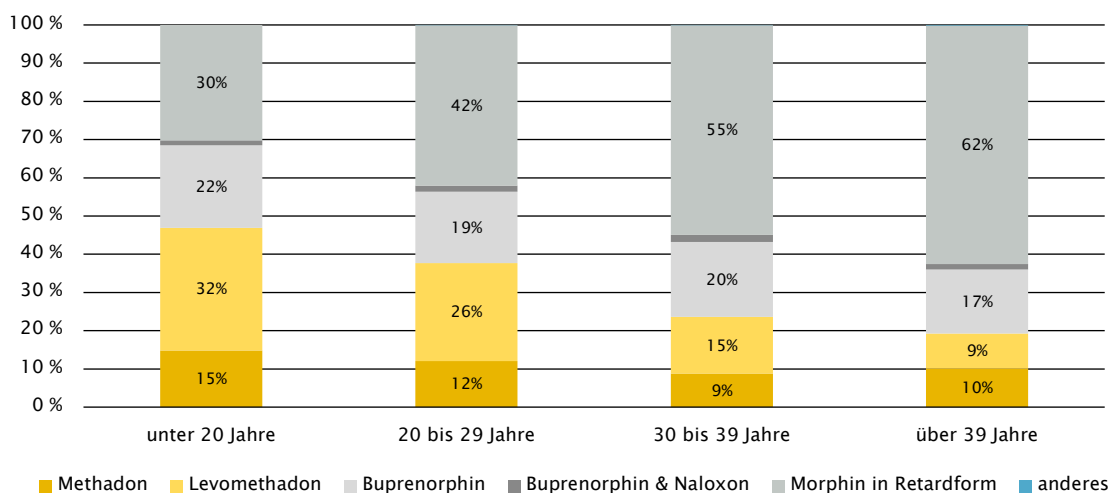
Abbildung 3.8:
 Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel,
 2011–2021



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

Auch bezüglich des Alters der Behandelten lassen sich beim verordneten Substitutionsmittel Unterschiede feststellen. Die Tendenz geht dahin, älteren Patientinnen und Patienten eher Morphin in Retardform zu verschreiben. Bei jüngeren wird Methadon und Levomethadon häufiger eingesetzt (vgl. Abbildung 3.9).

Abbildung 3.9:
 Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel
 und Alter, 2021



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 20.042 der insgesamt 20.138 Personen, da bei 96 Personen keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

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

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

4 Detailergebnisse aus den Behandlungseinrichtungen (DOKLI)

In Österreich gibt es ein einheitliches Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe (DOKLI). Dieses umfasst einen Großteil der relevanten Drogeneinrichtungen Österreichs. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die rund zwei Drittel der Opioid-Substitutionsbehandlungen durchführen, dokumentieren jedoch nicht in DOKLI. Die österreichweit und teilweise international vergleichbaren Daten von Klientinnen und Klienten umfassen insbesondere Informationen zur Lebenssituation sowie zu Konsummustern und tragen damit zum Gesamtbild der epidemiologischen Situation bei. Mithilfe dieser Daten kann folgenden Forschungsfragen detailliert nachgegangen werden:

- » Wer befindet sich in Behandlung/Betreuung?
- » Wie ist die Lebenssituation von Menschen in Behandlung/Betreuung?
- » Welche Drogen konsumieren Menschen, die an das System der Drogenhilfe andocken?
- » Wegen welcher Drogen sind Menschen in Suchtbehandlung?
- » Wie entwickelt sich der Konsum unterschiedlicher Substanzgruppen über die Zeit?
- » Mit welcher Motivation wird eine Behandlung/Betreuung begonnen?

Das einheitliche Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe (DOKLI) liefert Daten für einen von fünf Schlüsselindikatoren, die die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht entwickelte, um die Situation im Bereich des risikoreichen Drogenkonsums einschätzen zu können (vgl. Kapitel „Hintergrund und Fragestellungen“). Nähere Informationen zu Methodik und Datenqualität finden sich im Annex des vorliegenden Berichts.

Die Daten werden in unterschiedlichen Behandlungssettings erfasst:

Kurzfristige Kontakte: Für Klientinnen und Klienten, bei denen es bei den ersten Kontakten nicht klar ist, ob sich ein längerfristiges Betreuungsverhältnis entwickeln wird, gelten die ersten fünf Kontakte als unverbindliche, kurzfristige Beratung = kurzfristiger Kontakt. Bei diesen Klientinnen und Klienten werden nur einige wenige Basisdaten erhoben.

Niederschwellige Begleitung: Von niederschwelliger Begleitung wird gesprochen, wenn Klientinnen und Klienten von niederschweligen Einrichtungen deren Angebote (Beratung, Angebote der Schadensminimierung etc.) mit einer gewissen Regelmäßigkeit in Anspruch nehmen und ihren Betreuerinnen und Betreuern namentlich oder mit Spitznamen bekannt sind (Stammklientel). Bei diesen Klientinnen und Klienten werden nur einige ausgewählte Variablen erhoben, die für das niederschwellige Setting relevant sind.

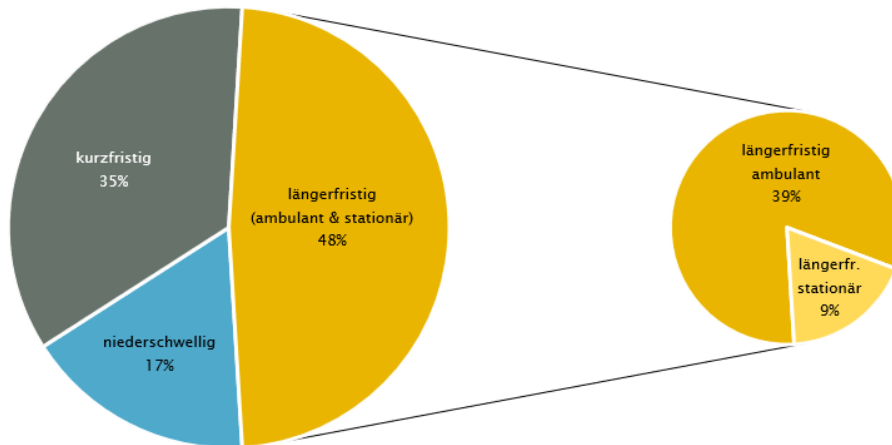
Längerfristig ambulante oder stationäre Behandlung und Betreuung: Von längerfristiger Behandlung/Betreuung ist zu sprechen, wenn entweder mit der Klientin bzw. dem Klienten eine entsprechende Vereinbarung (z. B. stationäre Behandlung, Substitutionsbehandlung, längerfristige psychosoziale Betreuung) getroffen wurde (dies kann auch in einer niederschweligen Einrichtung der Fall sein) oder es mit einer Klientin bzw. einem Klienten in einem Zeitraum von zwölf Monaten mehr als fünf Face-to-Face-Kontakte gibt. Bei diesen Klientinnen und Klienten wird die Vollversion des DOKLI-Fragebogens erhoben.

Alle nachfolgenden Auswertungen beziehen sich auf **Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2021 eine entsprechende drogenspezifische Betreuung begonnen** haben; begann eine Person in der gleichen Einrichtung mehrmals eine Betreuung im gleichen Jahr, wurde die erste ausgewählt. Wenn nicht explizit anders angemerkt, werden in diesem Kapitel Klientinnen und Klienten **in längerfristiger** (ambulanter und stationärer) **Betreuung** beschrieben.

Von allen Behandlungsbeginn in Österreich entfällt der größte Teil auf längerfristige Betreuungen (ambulant und stationär zusammen: 48 %), gefolgt von kurzfristigen Kontakten mit 35 Prozent. Aber auch die niederschwellige Betreuung macht mit nahezu 17 Prozent einen nennenswerten Anteil aus. Abbildung 4.1 zeigt sehr gut, wie breitgefächert das in Anspruch genommene Angebot der Drogenhilfe ist. Den kleinsten Anteil macht die längerfristig stationäre Behandlung aus. **In diesem Kapitel liegt der Fokus auf längerfristigen Behandlungen/Betreuungen (ambulant und**

stationär). Auf Ergebnisse in anderen Settings wird in Folge nur eingegangen, wenn besondere, relevante Unterschiede festgestellt wurden. Detaillierte Auswertungen nach Setting befinden sich im Annex.

Abbildung 4.1:
Settings, in denen Personen betreut wurden, die 2021 eine Betreuung begannen



Grundgesamtheit: alle Betreuten, die 2021 eine Behandlung/Betreuung begannen (n = 9.885)

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2021

4.1 Soziodemografie und Lebenssituation von Menschen in Drogenbehandlung

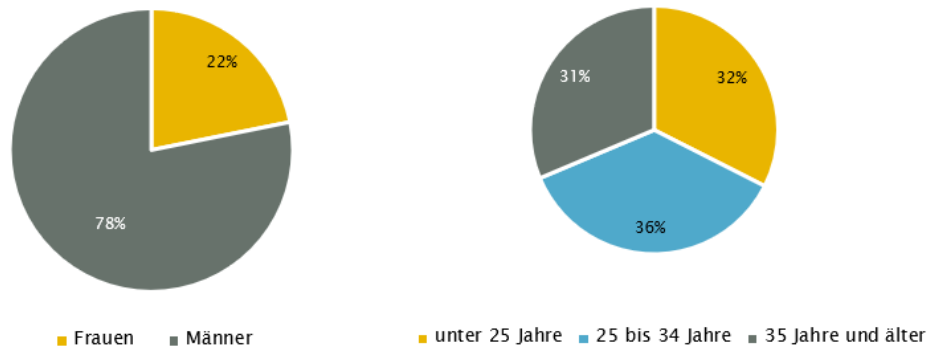
Die Daten aus den Behandlungseinrichtungen liefern wichtige Informationen über die Lebenssituation von Menschen mit Suchtproblemen. Somit kann den Fragen nachgegangen werden, welche Personen vorrangig in Suchtbehandlung sind und in welcher Lebenssituation sie sich dort befinden. Durch die Analyse der Ergebnisse im Zeitverlauf können Entwicklungen nachvollzogen werden. Im Folgenden wird im Detail auf **Klientinnen und Klienten, die eine längerfristige Betreuung** begannen, eingegangen.

4.1.1 Soziodemografie

Einen Überblick über die Menschen, die im Jahr 2021 eine längerfristige Betreuung in einer Drogeneinrichtung begannen, bietet Abbildung 4.2. Man sieht, dass vor allem Männer eine Betreuung in Anspruch genommen haben; Frauen machen lediglich rund ein Fünftel des Klientels aus. Die Altersgruppen sind jeweils in etwa gleich stark vertreten.

Abbildung 4.2:

Personen, die 2021 eine längerfristige Betreuung begannen, nach Geschlecht und Alter



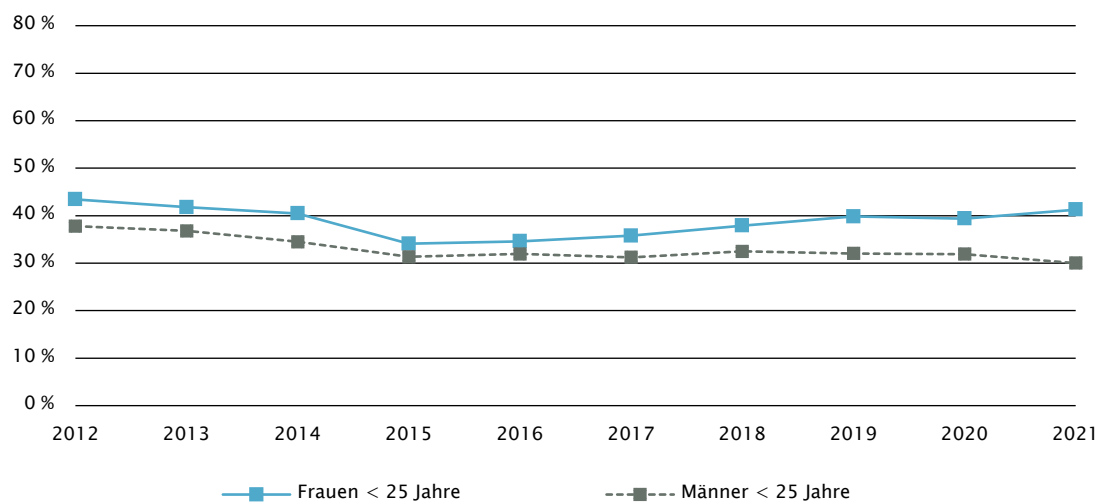
Grundgesamtheit: alle Betreuten, die 2021 eine längerfristige Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär) begannen (n = 4.750); Alter zum Stichtag

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2021

Im Zeitverlauf zeigt sich, dass seit 2012 der Anteil der jüngeren Männer leicht abgenommen hat. Der Anteil jüngerer Frauen ist bis 2015 leicht gesunken, danach aber wieder kontinuierlich angestiegen und hat im Jahr 2021 fast wieder das Niveau von 2012 erreicht (vgl. Abbildung 4.3). Es ist wichtig, die Situation weiter zu beobachten, da der Anteil jüngerer Menschen einen guten Indikator für Neueinsteiger:innen in die Drogenproblematik darstellt. Bei Frauen ist der Anteil der Jüngeren (unter 25 Jahre) durchgehend höher als bei Männern (vertiefende Analysen nach Geschlecht finden sich im Schwerpunktkapitel des Epidemiologieberichts Sucht 2017 (Anzenberger et al. 2017)).

Abbildung 4.3:

Anteil unter 25-jähriger Männer und Frauen, die mit einer längerfristigen Betreuung begannen, 2012–2021



Grundgesamtheit: Personen in längerfristiger Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär); Alter zum Stichtag; Behandlungsbeginn im jeweils dargestellten Jahr

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2012 bis 2021

4.1.2 Lebenssituation

Bei Interpretation der Angaben zur **Wohnsituation** ist zu berücksichtigen, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B. wenn ein:e Klient:in aufgrund der Suchterkrankung mangels anderer Alternativen bei den Eltern oder bei Bekannten wohnt) (DOKLI 22 im Annex). Personen in längerfristiger Betreuung geben zu über 85 Prozent an, in einer gesicherten Wohnsituation zu leben, im Bereich der niederschweligen Betreuung sind es jedoch weniger als 60 Prozent. Etwas weniger als die Hälfte der Personen, die über 20 Jahre alt sind, hat einen Pflichtschulabschluss als höchsten **Bildungsabschluss** und weitere 40 Prozent haben zusätzlich einen Lehrabschluss (DOKLI 78 im Annex). Im Schnitt ist ca. ein Drittel **erwerbstätig**, wobei es hier eine große Bandbreite gibt. Lediglich zehn Prozent der Personen in stationärer Behandlung gehen einer Form der Erwerbstätigkeit nach, während dies in längerfristig ambulanter Betreuung 37 Prozent angeben (DOKLI 18 im Annex). Eine Erklärung dafür könnte sein, dass Personen, die keine Arbeit haben, sich eher für eine längerfristig stationäre Behandlung entscheiden bzw. umgekehrt Personen mit aufrechter Arbeitsverhältnis eine damit eher zu vereinbarende ambulante Betreuungsform bevorzugen. Ungefähr jeder:jede zehnte Klient:in gibt an, mit mindestens einem **Kind** im gemeinsamen Haushalt zu leben (DOKLI 23 im Annex).

Zusammenfassung: Es gibt ein breitgefächertes Angebot der Drogenhilfe in Österreich. Die Betreuung findet vorrangig im längerfristigen Setting statt. Aber auch kurzfristige Kontakte und niederschwellige Angebote werden in Anspruch genommen. Männer machen einen Großteil der Personen in Drogenbehandlung aus. Wenn sich Frauen in Betreuung begeben, sind sie meist jünger als Männer. Die Wohnsituation kann in den meisten Fällen als zumindest kurzfristig gesichert angesehen werden. Ungefähr jeder:jede zehnte Klient:in gibt an, mit mindestens einem Kind im Haushalt zu leben.

4.2 Konsummuster und Konsumproblematik

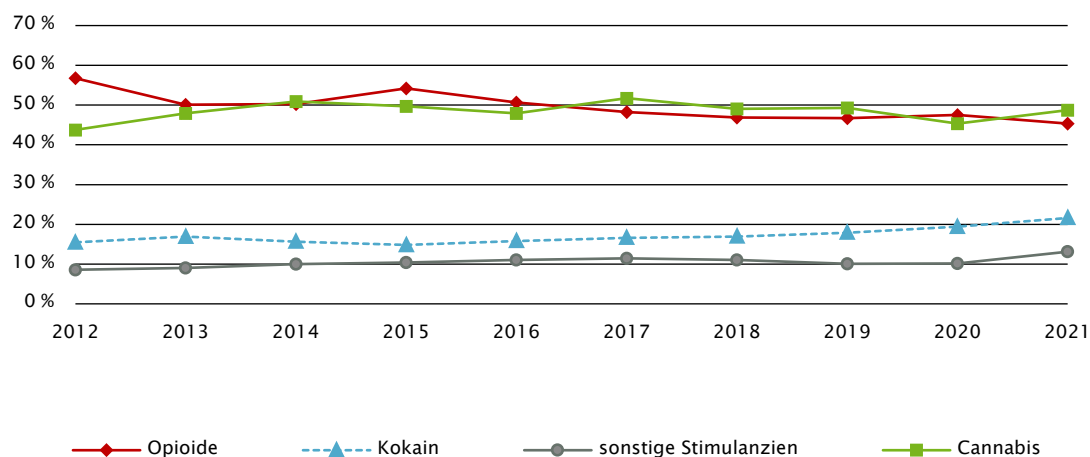
Anhand der DOKLI-Daten können aktuelle Konsummuster von Personen, die eine längerfristige Betreuung beginnen, abgeleitet und diesbezügliche Trends analysiert werden. Zentrale Fragestellungen sind, welche Substanzen am häufigsten konsumiert werden und wie sich dies im Laufe der Zeit verändert. Darüber hinaus kann untersucht werden, ob es hier Unterschiede nach Alter und Geschlecht gibt. Besonderes Augenmerk liegt auf den Leitdrogen, also auf jenen Substanzen, weswegen die Klientinnen und Klienten vorrangig in Behandlung sind.

4.2.1 Konsummuster

Untersucht man die Fragestellung, welche Drogen von Menschen in längerfristiger Betreuung konsumiert werden, zeigt sich im Zeitverlauf ein sehr konstantes Bild (vgl. Abbildung 4.4). Die häufigsten Substanzen sind Opioide und Cannabis. Stimulierende Substanzen, wie Kokain und andere Stimulanzien, spielen eine geringere Rolle. Bei den meisten Substanzen zeigt sich im Zeitverlauf eine stabile Lage. Bei Interpretation der Grafik ist zu beachten, dass pro Person mehrere unterschiedliche Drogen angegeben werden können; d. h., es zeigt sich, dass Mischkonsum vorherrscht und Klientinnen und Klienten vorrangig mehrere Substanzen konsumieren.

Abbildung 4.4:

Konsum ausgewählter Leitdrogen (Mehrfachnennungen) bei längerfristig Betreuten, 2012–2021



Grundgesamtheit: Personen in längerfristiger Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär); Behandlungsbeginn; Leitdroge: mehrere Nennungen möglich

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2012 bis 2021

In Anbetracht der Tatsache, dass Mischkonsum üblich ist, stellt sich die Frage, welche Drogenproblematik bei Klientinnen und Klienten in Behandlung vorherrscht. 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 jeder/jede Klient:in nur jeweils eine sogenannte Leitdroge³⁰ 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

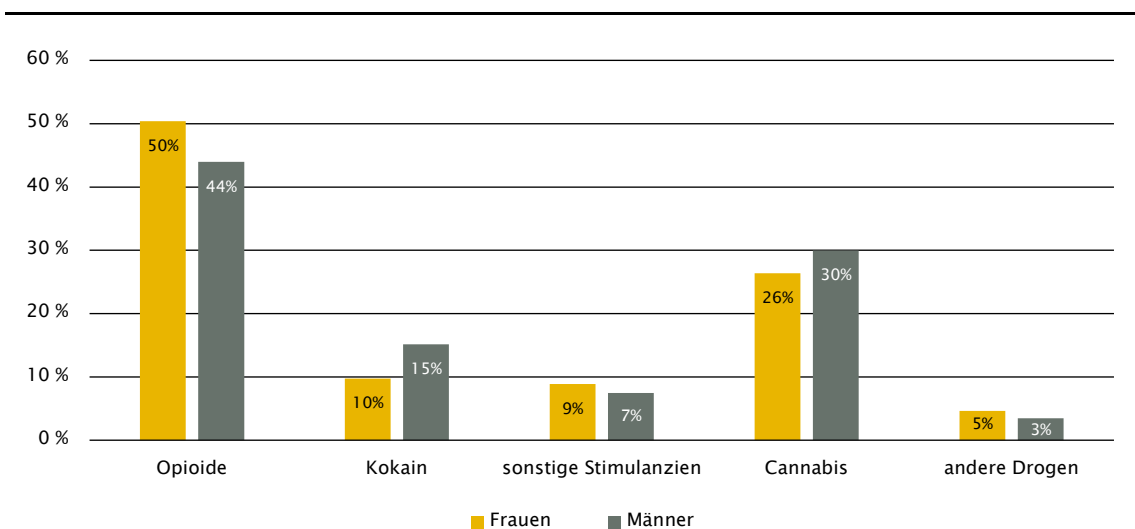
30

Unter „Leitdroge“ ist jene Droge zu verstehen, die der Klientin bzw. dem Klienten aus deren bzw. 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.

einer „Leitdrogenhierarchie“ vorgegangen, bei der eine Leitdroge – die sogenannte **hierarchische Leitdroge** – pro Person ausgewählt wird³¹.

Betrachtet man die Drogenproblematik anhand der hierarchischen Leitdroge nach Geschlecht, so zeigt sich, dass bei Frauen und Männern vorwiegend der Opioidkonsum vorherrscht (vgl. Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5:
Drogenproblematik* bei Personen, die 2021 eine längerfristige Betreuung begannen, nach Geschlecht



Grundgesamtheit: Personen in längerfristiger Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär); *hierarchische Leitdroge

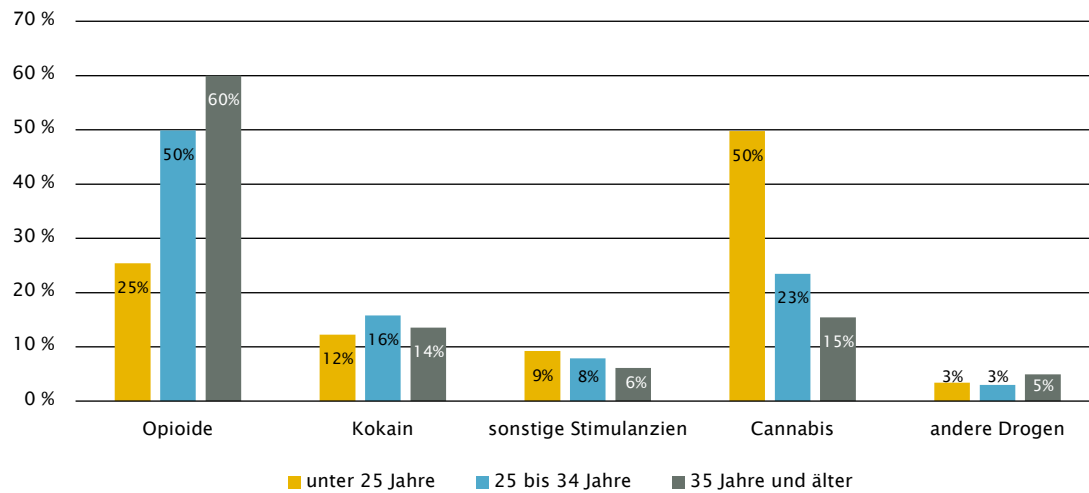
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2021

In Abbildung 4.6 zeigt sich deutlich, dass ältere Menschen in Suchtbehandlung vorrangig Opiode konsumieren. Jüngere Menschen hingegen sind häufig auch wegen ausschließlichem Cannabiskonsum in Behandlung. 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 Therapieaufgabe zu empfehlen, wenn die Drogenproblematik noch nicht massiv ausgeprägt ist (zum hohen Prozentsatz von Cannabis als Leitdroge vgl. Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013 (Busch et al. 2013)).

31

Hat beispielsweise eine Person Opiode und Cannabis als Leitdroge angegeben, werden ihr als hierarchische Leitdroge Opiode zugeordnet. Folgende Hierarchie wurde dabei herangezogen: Opiode > Kokain > Stimulanzien > Tranquillizer > Halluzinogene > Cannabis (Details siehe Schwerpunktkapitel des DOKLI-Berichts Klientenjahrgang 2006: Busch et al. 2007). Diese Definition entspricht noch am ehesten der Vorgangsweise, nur eine Leitdroge zuzulassen (so wird mit der Möglichkeit, nur eine Leitdroge anzugeben, beispielsweise bei Problemkonsum sowohl von Opioiden als auch von Cannabis in der Regel die Wahl auf die Opiode fallen).

Abbildung 4.6:
Drogenproblematik* bei Personen, die 2021 eine längerfristige Betreuung begannen, nach Alter

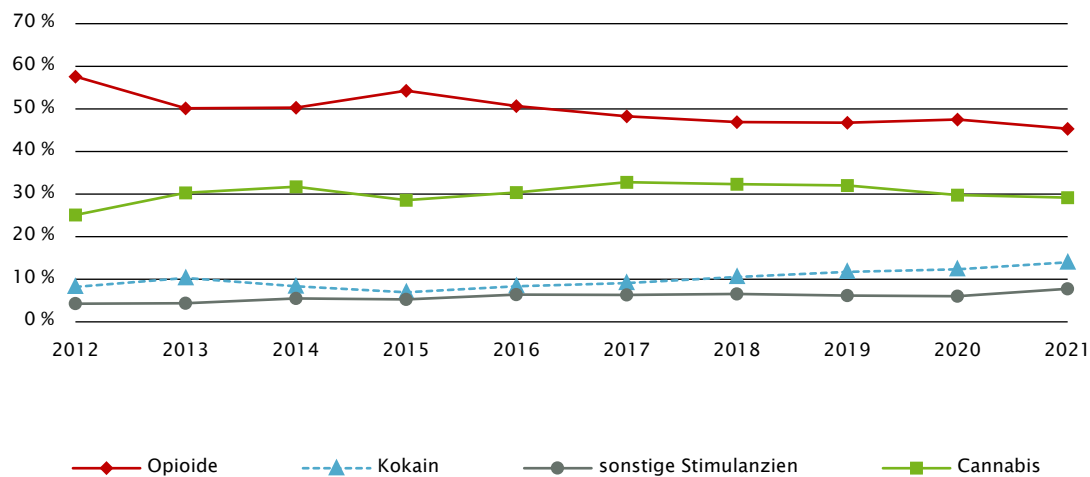


Grundgesamtheit: Personen in längerfristiger Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär); *hierarchische Leitdroge; Alter zum Stichtag

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2021

Eine wichtige Frage ist, ob sich beim problematischen Konsum über die Jahre neue Entwicklungen bei den Substanzen zeigen. Abbildung 4.7 ist zu entnehmen, dass der Anteil von Opioiden seit 2012 sinkt und mittlerweile etwas weniger als die Hälfte der Menschen in längerfristiger Betreuung betrifft. Kokain spielt in den Einrichtungen der Drogenhilfe weiterhin eine sehr geringe Rolle, der Anteil stieg 2019 aber erstmals auf knapp über zehn Prozent an; die Entwicklung in puncto Kokain sollte daher weiter beobachtet werden.

Abbildung 4.7:
Drogenproblematik* bei längerfristig Betreuten, 2012–2021



Grundgesamtheit: Personen in längerfristiger Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär); *hierarchische Leitdroge; Behandlungsbeginne im jeweiligen Jahr

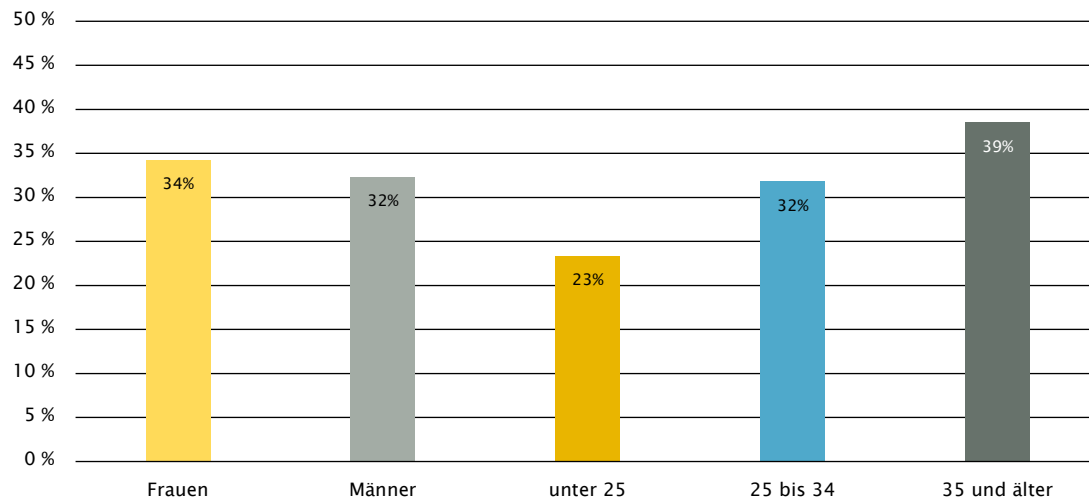
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2012 bis 2021

4.2.2 Konsumformen

Zehn Prozent der Menschen in längerfristiger Betreuung geben an, im letzten Monat intravenös Drogen konsumiert zu haben (nach Setting, vgl. DOKLI 26 im Annex). Da intravenöser Konsum vorrangig bei Opioidkonsumierenden vorkommt, wird in Abbildung 4.8 der Anteil der vorwiegend intravenös Konsumierenden bei allen Personen mit einer Opioidproblematik dargestellt: Ungefähr ein Drittel der Opioidkonsumierenden gibt intravenösen Konsum als vorwiegende Konsumform an. Es zeigt sich eine **Zunahme des intravenösen Konsums mit steigendem Alter**: In der Altersgruppe der über 34-Jährigen konsumiert mehr als jede:r Dritte vor Betreuungsbeginn vorwiegend intravenös (vgl. auch DOKLI 76 im Annex). Nach Geschlecht ist der intravenöse Konsum relativ gleich verteilt.

Abbildung 4.8:

Anteil der Personen, die 2021 mit einer längerfristigen Behandlung begannen und Opioid* vorwiegend i. v. konsumieren, nach Alter und Geschlecht



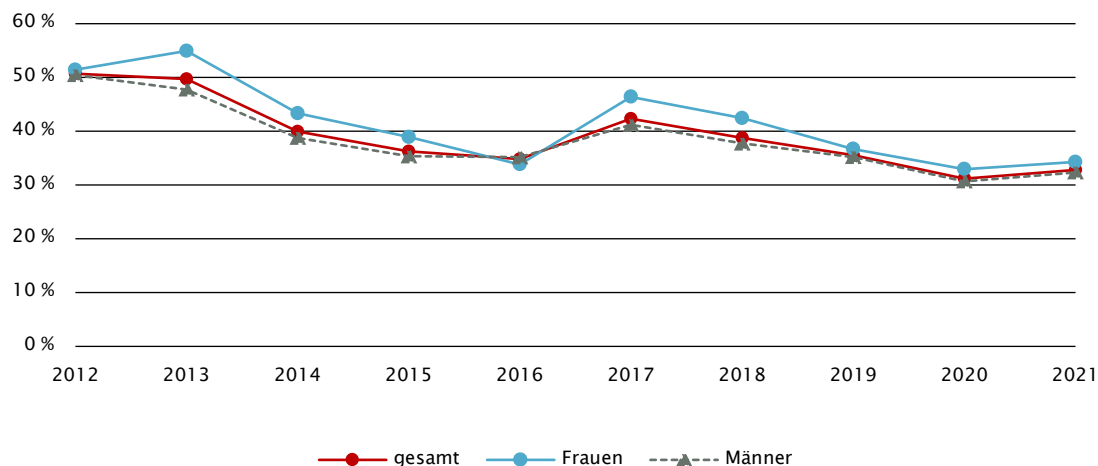
Anmerkung: längerfristige Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär); *Personen mit mindestens einem Opioid als Leitdroge; i. v. Konsum auf „ja“, wenn mindestens eine Leitdroge aus der Gruppe der Opioid vorwiegend intravenös konsumiert wird

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2021

Im Zeitverlauf (vgl. Abbildung 4.9) zeigt sich, dass der Anteil der vorwiegend intravenös Konsumierenden mit Opioidproblematik in den letzten Jahren gesunken ist (vgl. DOKLI 76 im Annex).

Abbildung 4.9:

Anteil der längerfristig betreuten Personen mit Opioidproblematik*, die vorwiegend i. v. konsumieren, nach Geschlecht, 2012–2021



Anmerkung: längerfristige Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär); Personen mit Behandlungsbeginn im jeweiligen Jahr; *Personen mit mindestens einem Opioid als Leitdroge; i. v. Konsum auf „ja“, wenn mindestens ein Opioid vorwiegend intravenös konsumiert wird

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2012 bis 2021

Betrachtet man im Detail Personen, die angeben, Heroin oder Kokain zu konsumieren, ergibt sich folgendes Bild: Die häufigste **Einnahmeform von Heroin** ist das Sniffen, d. h. die nasale Applikation (rund 45 % der Klientinnen und Klienten praktizieren dies), gefolgt von Rauchen (ca. 30 %) und intravenösem Konsum mit einem Viertel der Klientinnen und Klienten (detaillierte Analyse: Busch/Eggerth 2010). Bei **Kokain** ist die Haupteinnahmeform das **Sniffen** mit ca. 80 Prozent. Der intravenöse Konsum ist hier mit 16 Prozent aber ebenfalls von einem nennenswerten Ausmaß (vgl. DOKLI 77 im Annex).

Zusammenfassung: Opioide und Cannabis sind weiterhin die am häufigsten konsumierten Substanzen bei Personen in Drogenbehandlung und es dominiert Mischkonsum mehrerer Substanzen. Problematischer Kokainkonsum wird nach wie vor sehr selten beobachtet, der Anteil mit Kokainkonsum steigt jedoch in den letzten Jahren leicht an. Insgesamt sind zwar weniger Frauen als Männer in Behandlung, sie sind jedoch jünger und konsumieren häufiger Opioide.

4.3 Betreuungssituation

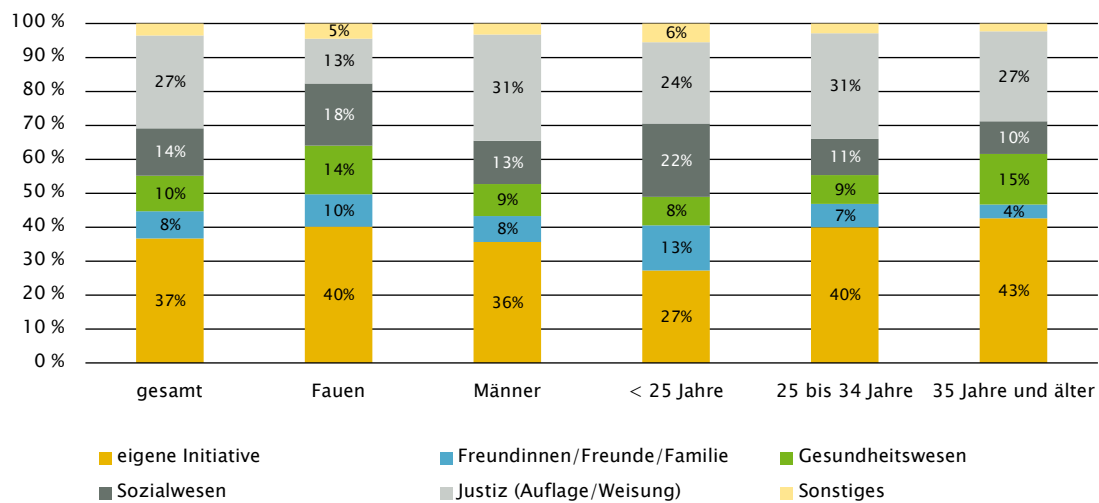
Im Folgenden wird den Fragen nachgegangen, was die Hauptmotivationen für einen Behandlungsbeginn sind, welche Personengruppen welche Einrichtungen aufsuchen und welche Personengruppen ihre Betreuung häufiger abbrechen.

Da es sich bei Abhängigkeit um eine chronische Erkrankung handelt und eine Alterung der Personen mit problematischem Drogenkonsum beobachtet wird, ist es wenig überraschend, dass ein Großteil der Klientinnen und Klienten bereits Vorerfahrungen mit der Drogenhilfe hat. Es zeigt sich, dass kurzfristige Kontakte eher von jenen genutzt werden, die bisher noch keinen Kontakt zur Drogenhilfe hatten: Die Hälfte der Behandlungen stellt einen Erstkontakt mit der Drogenhilfe (vgl. DOKLI 3 im Annex) dar. Niederschwellige und längerfristige Angebote erreichen hingegen vorrangig Menschen, die bereits früher Angebote der Drogenhilfe in Anspruch genommen haben. Bei der Analyse der Altersstruktur nach Setting zeigt sich, dass niederschwellige Angebote besonders stark ältere Konsumierende erreichen, kurzfristige Angebote vor allem Junge.

Die meisten Menschen (37 %) **beginnen eine Suchtbehandlung auf eigene Initiative** hin, gefolgt von Weisungen durch die Justiz (27 %). Frauen gehen häufiger auf eigene Initiative in Behandlung und wesentlich seltener aufgrund einer gerichtlichen Weisung als Männer (vgl. DOKLI 7 im Annex). Bei Älteren steht die eigene Motivation/Initiative stark im Vordergrund, bei Jüngeren wird der Behandlungsbeginn häufiger durch Justiz, Sozialamt, Behörden oder Schule initiiert (vgl. Abbildung 4.10).

Abbildung 4.10:

Motivation für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2021 mit einer längerfristigen Betreuung begannen, nach Alter und Geschlecht



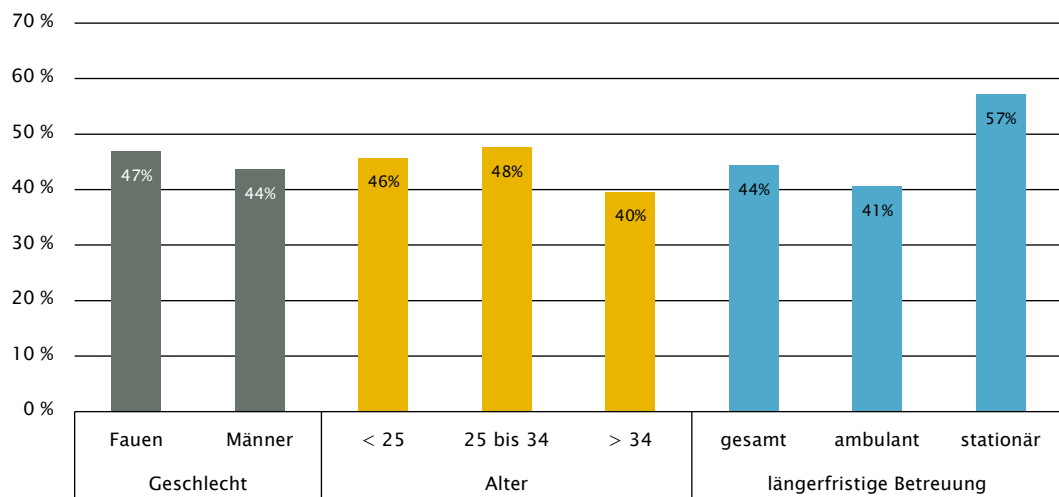
Anmerkung: längerfristige Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär); Motivation entspricht der Variable „Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme“. Die Überkategorien setzen sich folgendermaßen zusammen: Gesundheitswesen = „andere drogenspezifische Einrichtungen“, „Überweisung durch Ärztin bzw. Arzt“, „Überweisung durch Krankenhaus“; Sozialwesen= „Sozialamt, Kinder- und Jugendhilfe, Behörde“, „AMS“; Sonstiges= Sonstiges und „Schule“

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2021

Da es sich bei einer Suchterkrankung um eine chronische Erkrankung handelt, sind sowohl mehrere Behandlungen als auch Betreuungsabbrüche zu erwarten. Dennoch ist es wichtig, der Frage nachzugehen, ob einzelne Personengruppen häufiger eine Behandlung/Betreuung abbrechen, um gegebenenfalls Behandlungsangebote adaptieren zu können. Hierbei zeigt sich kein relevanter Unterschied bei den Geschlechtern und Altersgruppen. Der höhere Anteil an Betreuungsabbrüchen

bei stationären Angeboten kann unter anderem dadurch erklärt werden, dass diese Angebote gezielt Menschen mit langer Suchthistorie und hoher Komorbidität ansprechen (vgl. Abbildung 4.11 bzw. DOKLI 63 im Annex).

Abbildung 4.11:
Betreuungsabbruch bei Personen, die 2021 eine Betreuung beendeten, nach Alter, Geschlecht und Setting



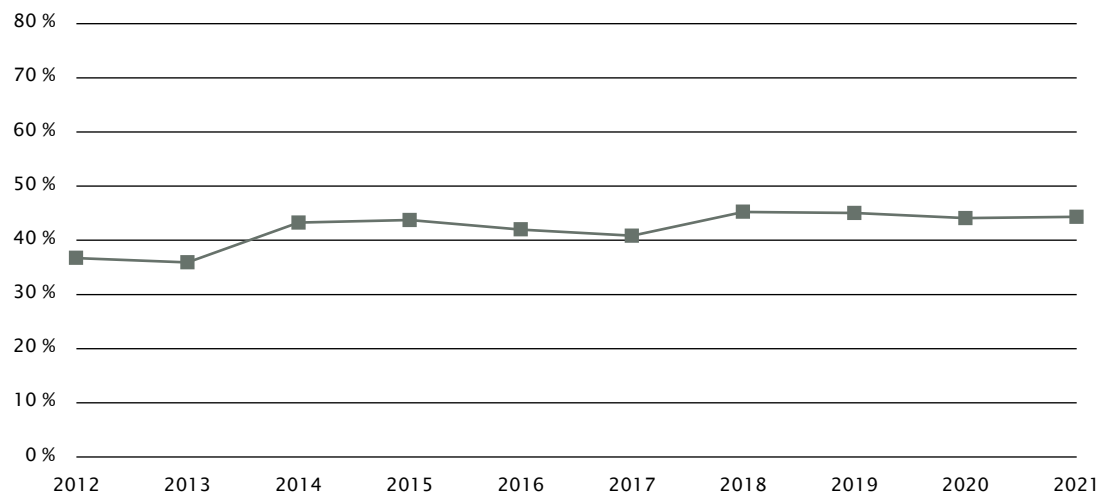
Anmerkung: Der Betreuungsausgang wird bei kurzfristigen Kontakten und niederschweligen Betreuungen nicht erhoben; nur Personen, die im Betreuungsjahr eine Behandlung beendet haben.

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2021

Im Zeitverlauf zeigen sich keine großen Veränderungen bei den Behandlungsabbrüchen (vgl. Abbildung 4.12).

Abbildung 4.12:

Anteil der Personen, die eine längerfristige Betreuung abgebrochen haben, 2012–2021



Anmerkung: längerfristige Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär); nur Personen, die im jeweiligen Jahr eine Betreuung beendet haben

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2012 bis 2021

Zusammenfassung: Bei der Analyse von Behandlungsbeginnen zeigt sich eine „Behandlungskaskade“: Menschen mit Erstkontakt zum Behandlungssystem nutzen häufig kurzfristige Kontakte, während Klientinnen und Klienten mit längerer Suchthistorie häufiger längerfristige stationäre und niederschwellige Angebote in Anspruch nehmen. Die meisten Menschen beginnen eine Behandlung aus eigener Motivation, wobei bei jungen Menschen der Behandlungsbeginn häufiger durch Justiz, Sozialamt, Behörden oder Schule initiiert wird. Die Behandlungsabbrüche sind im Zeitverlauf konstant geblieben.

5 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle

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

5.1 Definition und Datengrundlage

Direkt drogenbezogene Todesfälle sind Todesfälle infolge **akuter** Intoxikationen („Überdosierung“), d. h., es gibt bei diesen Fällen einen zeitlichen und medizinischen Zusammenhang zwischen Intoxikation und Tod, der durch eine Ärztin bzw. einen Arzt festgestellt wurde. Es gilt dabei zu bedenken, dass es keine allgemeingültig definierten Grenzen für toxische Mengen an Suchtgiften gibt, die unmittelbar zum Tod führen. Häufig führt das Zusammenspiel mehrerer Substanzen im Rahmen eines Mischkonsums zum Tod, wobei die einzelnen Substanzmengen für sich allein nicht unbedingt in letaler Konzentration nachgewiesen sein müssen. Einbezogen werden dabei sowohl Intoxikationen mit **Suchtgift** (§ 2 Suchtmittelgesetz – SMG, BGBl. I Nr. 112/1997 in der geltenden Fassung) als auch Intoxikationen mit **Neuen Psychoaktiven Substanzen** (NPS) im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetzes (NPSG, BGBl. I Nr. 146/2011).

Die Daten der Statistik und Analyse basieren auf den dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) übermittelten polizeilichen Meldungen (über mutmaßliche drogenbezogene Todesfälle), auf Verdachtsmeldungen der Landessanitätsdirektionen der Bundesländer sowie auf Fällen, die von gerichtsmedizinischen Instituten und gerichtsmedizinischen Privatgutachterinnen bzw. -gutachtern als „Suchtgiftfälle“ übermittelt werden. Zusätzlich werden von der Statistik Austria jährlich nach Abschluss der allgemeinen Todesursachenstatistik Todesfälle mit ausgewählten suchtbefugten ICD-10-Codes übermittelt³². In die Statistik und Analyse der direkt drogenbezogenen Todesfälle fließen nur jene Fälle ein, in denen aufgrund einer durchgeführten Obduktion oder Totenbeschau (falls keine Obduktion durchgeführt wurde) von einem Kausalzusammenhang zwischen Substanzkonsum und Tod infolge einer Intoxikation auszugehen ist. Die gesetzliche Basis hierfür wird im Kapitel „Methoden“ näher erläutert. Für das Jahr 2021 wurden insgesamt Unterlagen von 461 Verdachtsfällen gesichtet. Nicht in die Statistik aufgenommen wurden drei Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft, die nicht in Österreich gemeldet waren und bei denen es auch keinerlei Hinweise gab, dass sie in Österreich ihren Lebensmittelpunkt hatten (z. B. Urlauber:in). Diese Fälle gehen daher – wie in den Vorjahren – nicht

32

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

in die Statistik ein, da sie keine Rückschlüsse auf die aktuelle Drogensituation in Österreich erlauben. Bei zwei weiteren Verdachtsfällen handelte es sich um Faulleichen, bei der die Gerichtsmedizin die Todesursache nicht mehr eruieren konnte. Bei drei weiteren Todesfällen konnte der:die Gutachter:in nicht eindeutig feststellen, ob der Tod auf die vorliegende Intoxikation oder eine andere Todesursache zurückzuführen ist. Diese Fälle wurden als „nicht entscheidbar“ aus der Statistik ausgeschlossen. 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 bzw. Schmerzpatienten zählen nicht zu diesem Kontext. Fälle, bei denen (anhand einer Zusammenschau diesbezüglicher Hinweise) starke Zweifel bezüglich der Zugehörigkeit zur „Suchtgiftszene“ bestehen, werden seit dem Berichtsjahr 2017 aus der Statistik ausgeschlossen. Aus Gründen der Transparenz und zur Beobachtung der Entwicklung dieser Situation werden diese Fälle jedoch separat beschrieben (siehe auch Anzenberger et al. 2017). Im Sterbejahr 2021 wurden acht Personen, die an einer Überdosierung durch opioidhaltige verschreibungspflichtige Schmerzmittel (z. B. Fentanyl, Tramal) ohne weitere Suchtgifte verstarben, aus der Statistik ausgeschlossen.

5.2 Übersicht: Situation im Jahr 2021

Insgesamt wurden für das Jahr 2021 auf Basis von Obduktionsbefunden 188 tödliche Überdosierungen verifiziert. Weitere 47 – allerdings nicht obduzierte³³ – Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (auf dem Totenbeschauschein gibt es eine eindeutige Todesursache wie z. B. den Texteintrag „Suchtgiftintoxikation“). In Summe wird daher für das Jahr 2021 von **235 direkt drogenbezogenen Todesfällen** ausgegangen.

Tödliche Überdosierungen betreffen vorrangig **Männer** (rund 85 %), die Verstorbenen waren im Schnitt (gruppiertes Median³⁴) 34,4 Jahre alt.

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 (vgl. Tabelle DRD 2 und DRD 3 im Annex). Nach

33

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

34

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

Empfehlungen der EBDD wurde als relevante Altersgruppe jene der 15- bis 64-Jährigen ausgewählt. Für das Jahr 2021 ergibt sich für Österreich eine Rate von 4,0 Todesfällen pro 100.000 Einwohner:innen zwischen 15 und 64 Jahren (2020: 3,2). Die meisten drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner:innen finden sich in Wien³⁵ (7,6), gefolgt von Tirol (4,9).

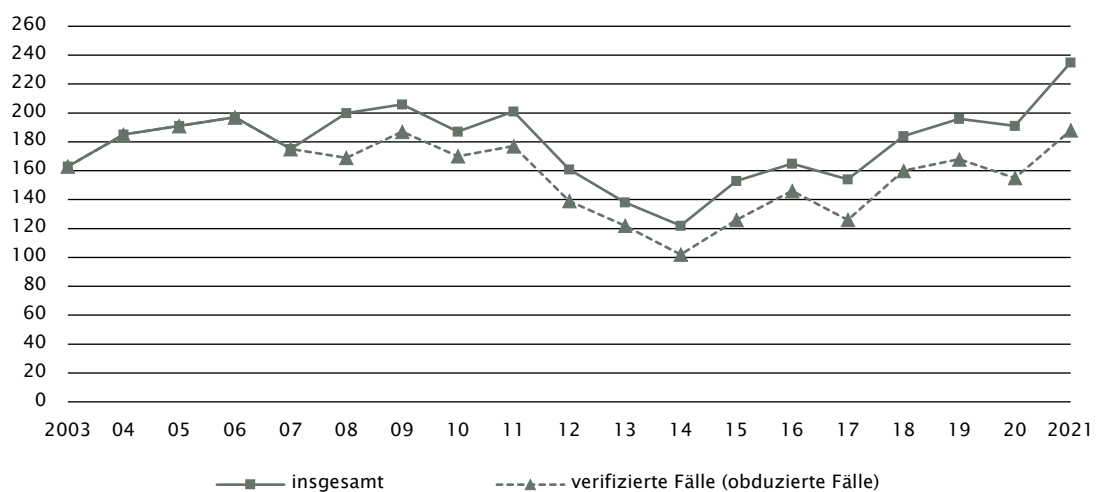
Zusammenfassung: Im Jahr 2021 starben insgesamt 235 Personen an einer Überdosierung. Das entspricht einer Rate von vier Todesfällen pro 100.000 Einwohner:innen zwischen 15 und 64 Jahren. Rund 85 Prozent der Verstorbenen waren Männer.

5.3 Trends: Gesamt, regional und nach Altersgruppen

Von 2011 bis 2014 zeigte sich ein Rückgang der direkt drogenbezogenen Todesfälle. Im Jahr 2014 erreichten sie den niedrigsten Wert seit über zehn Jahren (vgl. Abbildung 5.1). Seither zeigt sich ein Anstieg, der im Jahr 2017 nur kurz unterbrochen wurde.

Abbildung 5.1:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2003–2021 (absolut)



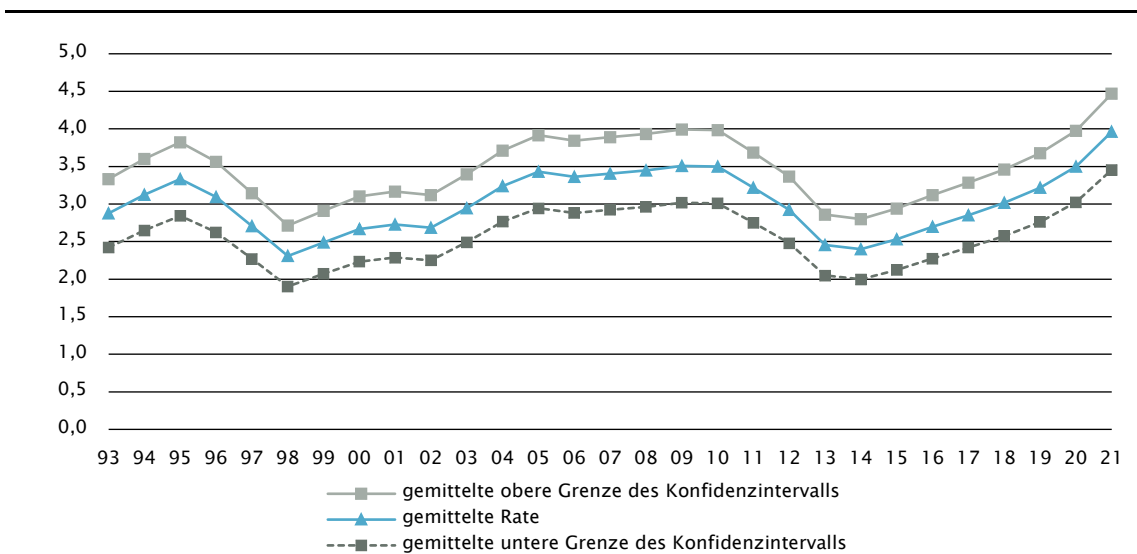
Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG

35

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

Die für drei Jahreswerte gemittelten Raten pro 100.000 Einwohner:innen in den Jahren 1993 bis 2021 sowie die obere und untere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls³⁶ veranschaulicht Abbildung 5.2. Es zeigt sich dabei eine seit den 1990er-Jahren wellenförmige Bewegung der Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle. Der letzte starke Rückgang war im Jahr 2014 zu verzeichnen (2,4 Fälle pro 100.000 Einwohner:innen). Seither ist ein Anstieg zu beobachten (4,0 Fälle pro 100.000 Einwohner:innen im Jahr 2021).

Abbildung 5.2:
95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 Einwohner:innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2021, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

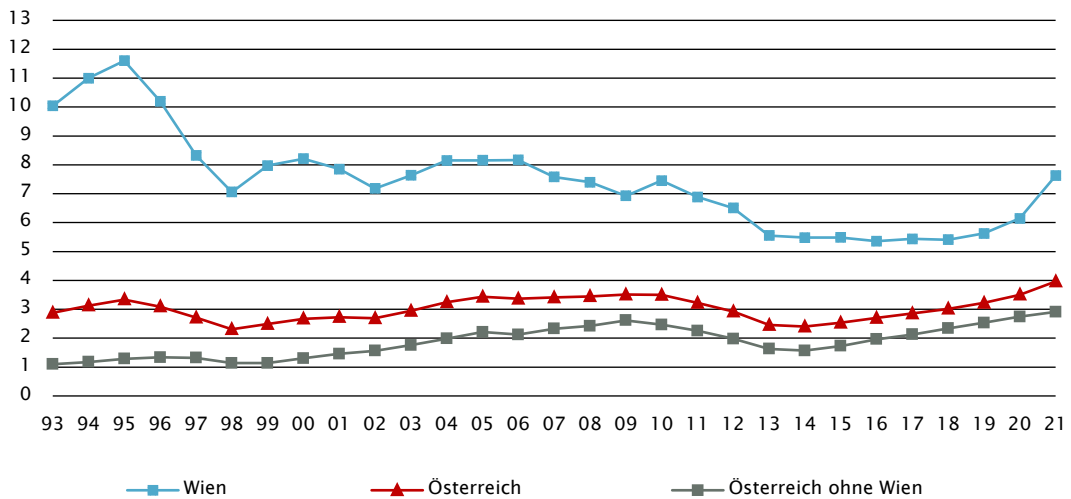
Betrachtet man die Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner:innen für die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien (vgl. Abbildung 5.3), zeigen sich in der Bundeshauptstadt ähnliche Trendverläufe wie in Gesamtösterreich.

36

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 2021 wird der nicht geglättete Wert dargestellt.

Abbildung 5.3:

Drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Österreicher:innen im Alter von 15 bis 64 Jahren nach Region, 1993–2021, gemittelter Drei-Jahres-Wert



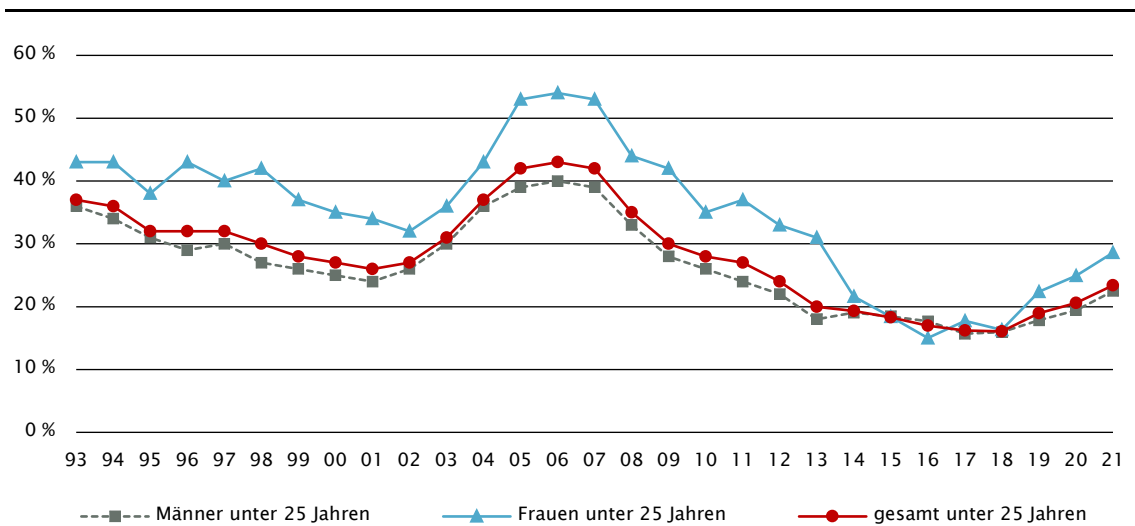
Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

Der Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle Mitte der 2000er-Jahre (vgl. Abbildung 5.2) wurde von einem steigenden Anteil drogenbezogener Todesfälle, die Personen unter 25 Jahren betreffen (vgl. Abbildung 5.4), begleitet. Seit einem Höchstwert Mitte der 2000er-Jahre ist der Anteil drogenbezogener Todesfälle, die junge Menschen betreffen, bis 2013 wieder stark gesunken. Danach sank der Anteil lediglich minimal, aber kontinuierlich. Seit dem Jahr 2019 bewegt sich die Kurve jedoch wieder leicht nach oben (vgl. Abbildung 5.4).

Abbildung 5.4:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen nach Geschlecht, 1993–2021, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

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

5.4 Fokus: Altersstruktur

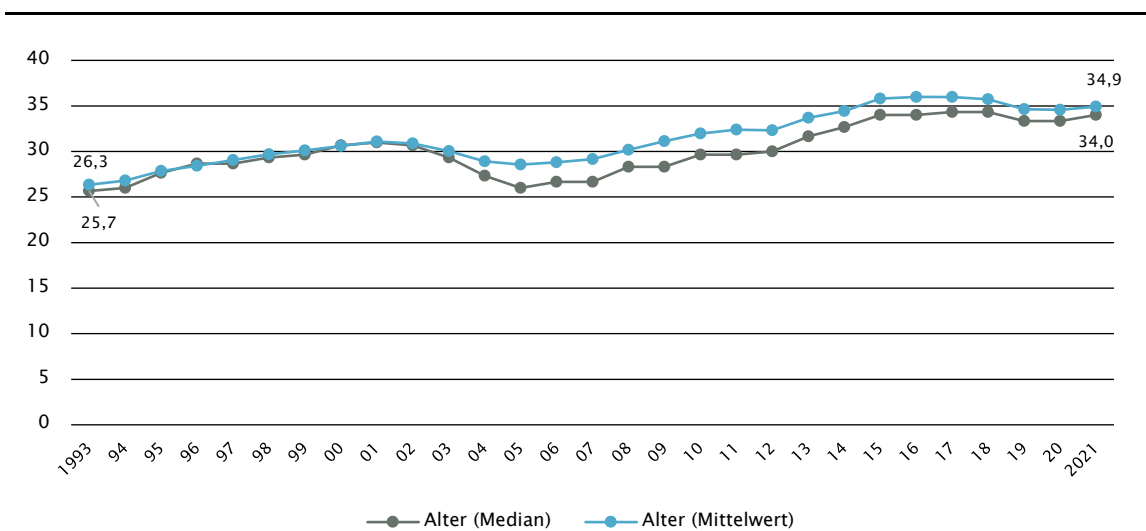
Das Durchschnittsalter (gruppiertes Median) der in der Statistik im Jahr 2021 erfassten Todesfälle beträgt 34,4 Jahre (2020: 32,4; 2019: 33,7; 2018: 34,2; 2017: 34,9; 2016: 34,1).

In Abschnitt 5.3 wurden die über drei Jahre gemittelten Werte der unter 25-Jährigen im Zeitverlauf dargestellt, dies ermöglicht eine gute grafische Aufbereitung und erleichtert die Trendinterpretation. Betrachtet man die Rohwerte der jeweiligen Jahre, ergibt sich für 2021 und 2020 im Vergleich folgendes Bild: Insgesamt liegt der Anteil der unter 25-Jährigen im Jahr 2021 bei 23 Prozent und ähnelt damit dem Wert des Vorjahrs (24 %) sehr. Allerdings lagen diese Anteile zwischen 2016 und

2019 bei unter 20 Prozent. Im Jahr 2021 beträgt der Anteil der unter 25-Jährigen bei den Frauen 29 Prozent (2020: 32 %), bei den Männern 23 Prozent (2020: 21 %). Da die Fallzahlen bei einer Splittung in Subgruppen sehr klein werden, sind Schwankungen bei den Prozentwerten nicht sehr aussagekräftig.

Im Zeitverlauf sieht man, dass das Durchschnittsalter seit Anfang der 1990er-Jahre langsam, aber stetig anstieg, seit 2015 bewegt sich das Durchschnittsalter um rund 35 Jahre. Der Mittelwert liegt im Jahr 2021 bei einem Alter von knapp 35 Jahren (Rohwert), der Median bei 34 Jahren (Rohwert).

Abbildung 5.5:
Mittleres Alter bei den drogenbezogenen Todesfällen, 1993–2021, gemittelter Drei-Jahres-Wert



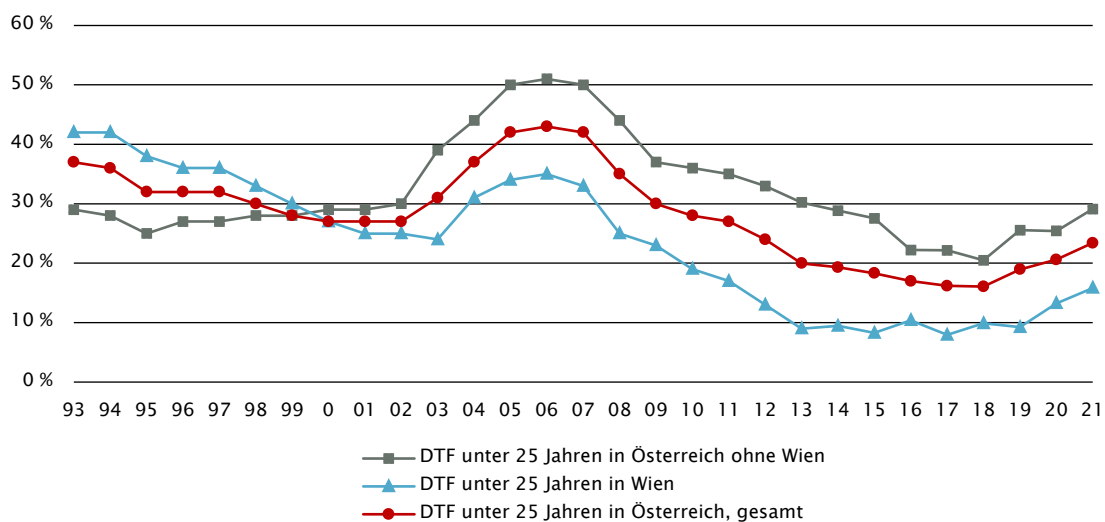
Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

Zusammenfassung: Das Durchschnittsalter der Personen, die an einer Überdosierung verstorben sind, ist deutlich höher als Mitte der 2000er-Jahre. Nach einem kontinuierlichen Anstieg bis zum Jahr 2015 stagniert es seither bei circa 35 Jahren. Der Anteil an Todesfällen von Personen, die jünger als 25 Jahre alt waren (insgesamt 23 %), ist im Vergleich zu 2020 (24 %) in etwa gleichgeblieben. Da dieser Anteil in den Jahren 2016 bis 2019 unter 20 Prozent lag, zeigt sich somit eine leichte Tendenz zu einem Anstieg. Ob es sich dabei jedoch tatsächlich um eine Trendwende handelt, wird erst der weitere Zeitverlauf zeigen.

Abbildung 5.6:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen in Wien, Österreich ohne Wien, Österreich gesamt, 1993–2021, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

In Abbildung 5.6 zeigt sich die Entwicklung des gemittelten 3-Jahres-Anteils der unter 25-Jährigen an den direkt drogenbezogenen Todesfällen für Wien, Österreich ohne Wien und Gesamtösterreich. Während zu Beginn der 1990er-Jahre Wien einen überdurchschnittlich hohen Anteil junger Personen an den drogenbezogenen Todesfällen aufwies, ist dieser Anteil seit der Jahrtausendwende in den restlichen Bundesländern höher und lag Mitte der 2000er-Jahre bei 50 Prozent (im Vergleich zu unter 30 Prozent zu Beginn der 2000er-Jahre). Bis 2018 zeigte sich seither ein insgesamt rückläufiger Trend. Rezent ist wieder ein Anstieg zu beobachten.

Zusammenfassung: Seit einem Anstieg Mitte der 2000er-Jahre sank der Anteil der unter 25-jährigen Personen, die an einer Überdosierung sterben, über einen relativ langen Zeitraum. Aktuell zeigt sich wieder eine Zunahme in dieser Altersgruppe. Aufgrund der – statistisch gesehen – relativ kleinen Fallzahlen, wird sich jedoch erst über einen längeren Zeitraum zeigen, ob es sich dabei um eine Trendwende handelt.

5.5 Nachgewiesene Substanzen

5.5.1 Detailergebnisse 2021

In die nun folgende Analyse in Bezug auf die beteiligten Substanzen werden nur jene 178 Fälle aufgenommen, bei denen auf Basis einer aussagekräftigen toxikologischen Analyse eine genau spezifizierte Substanzzuweisung möglich war.

In 16 Prozent der 178 drogenbezogenen Todesfälle mit aussagekräftiger Toxikologie im Jahre 2021 wurden **ausschließlich illegale Drogen** (inklusive Neue Psychoaktive Substanzen (NPS)) festgestellt (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination). Bei der **zusätzlichen Einnahme** von **Psychopharmaka und/oder Alkohol** zeigt sich folgendes Bild: In 20 Prozent der Fälle wurde neben den illegalen Drogen beides nachgewiesen, in 54 Prozent der Fälle zusätzlich nur Psychopharmaka und in zehn Prozent der Fälle zusätzlich nur Alkohol.

Reine Opioidintoxikationen (d. h. ohne weitere legale oder illegale Substanzen) waren in zehn Fällen zu verzeichnen, davon fünf ausschließlich mit Morphin und ein Fall mit ausschließlich Heroin. Der Anteil der reinen Opioidintoxikationen beträgt somit sechs Prozent (2020: 5 %; 2019: 7 %; 2018: 6 %; 2017: 7 %; 2016: 5 %). Die reinen Opioidintoxikationen stellen einen sehr kleinen Teil der drogenbezogenen Todesfälle dar. 143 der 178 spezifizierten toxikologischen Analysen zeigten **Mischintoxikationen mit Opioiden** (80 %), d. h., es wurde(n) ein Opiat / mehrere Opiate in Verbindung mit Alkohol und/oder Psychopharmaka und/oder Suchtgift(en) / NPS festgestellt. **Opioide** spielten somit in **insgesamt 86 Prozent der Fälle** eine Rolle (2020: 91 %; 2019: 91 %; 2018: 92 %; 2017: 86 %; 2016: 91 %).

Heroin und Morphin sind auch im Jahr 2021 die am häufigsten festgestellten illegalen Substanzen (bei 119 Fällen wurde zumindest eine der beiden Substanzen nachgewiesen, das sind 67 %). Hinsichtlich einer Differenzierung zwischen Heroin, Morphin und 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 19 Verstorbenen handelt es sich daher um eine Mindestzahl Verstorbener mit Beteiligung von Heroin. Alle anderen Fälle werden der Kategorie Morphin zugeordnet, wobei von den 100 Fällen mit Beteiligung von Morphin lediglich fünf auf den alleinigen Konsum von Morphin (ohne weitere Suchtgifte, Alkohol oder Psychopharmaka) zurückzuführen sind.

Methadon wurde in 12 Prozent der Fälle nachgewiesen (2020: 9 %; 2019: 22 %; 2018: 15 %; 2017: 15 %; 2016: 10 %). **Fentanyl** wurde in neun Fällen (5 %), **opioidhaltige NPS** (d. h. NPS, die zur Gruppe der synthetischen Opiode gehören) bei **keinem Fall** nachgewiesen (2020: 0 Fälle, 2019: 0 Fälle; 2018: 0 Fälle; 2017: 4 Fälle). Sowohl Fentanyl als auch opioidhaltige NPS fallen in die Kategorie Sonstige Opiode. Insgesamt wurden **sonstige Opiode**³⁷ in 21 Prozent der Fälle nachgewiesen (2020: 19 %; 2019: 25 %; 2018: 20 %; 2017: 20 %; 2016: 26 %).

Kokain wurde in 20 Prozent (n = 36) der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt (vgl. Abbildung 5.7), in zwei Fällen handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere (illegale) Substanzen.

Insgesamt wurden bei 41 Personen **sonstige Stimulanzien** (sämtliche Stimulanzien wie z. B. (Meth-)Amphetamin, Ecstasy, Cathinone etc. exklusive Kokain) nachgewiesen (23 %). Im Vergleich zum Vorjahr (19 %) stieg der Anteil daher wieder minimal. Nur bei drei Fällen handelte es sich dabei um eine Monointoxikation, bei der keine anderen Substanzen festgestellt wurden. Ausgewählte Substanzen aus der Gruppe der sonstigen Stimulanzien werden im Folgenden beschrieben.

- » **Amphetamin** wurde bei 19 Fällen nachgewiesen, und zwar bis auf einen Fall nur in Kombination mit anderen (illegalen) Substanzen.
- » **Methamphetamin** wurde insgesamt bei 13 Fällen festgestellt (2020: 9 Fälle; 2019: 4 Fälle; 2018: 3 Fälle; 2017: 11 Fälle; 2016: 5 Fälle). Bei allen Fällen handelte es sich um Mischintoxikationen mit anderen Substanzen.
- » **Ecstasy** (d. h. MDMA bzw. dessen Metaboliten MDA oder MDE) wurde in insgesamt sechs Fällen nachgewiesen (2020: 9 Fälle; 2019: 13 Fälle; 2018: 7 Fälle; 2017: 9 Fälle; 2016: 10 Fälle). In einem Fall handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere Substanzen.

Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) wurden im Jahr 2021 bei vier Personen³⁸, die an einer Überdosierung starben, nachgewiesen (2020: 0 Fälle; 2019: 1 Fall; 2018: 5 Fälle; 2017: 9 Fälle; 2016: 2 Fälle). Obwohl es sich beim Auftreten von NPS in Österreich nach wie vor um Einzelfälle handelt, muss die Situation diesbezüglich weiterhin im Rahmen des „Early Warning System“ (EWS) genau beobachtet werden.

Der Anteil der Fälle, bei denen auch **Psychopharmaka** gefunden wurden, lag im Jahr 2021 bei 75 Prozent (vgl. Abbildung 5.7). Bei diesen 133 Fällen wurden bei 89 Prozent Benzodiazepine, bei 33 Prozent Antidepressiva, bei 23 Prozent Neuroleptika und bei 30 Prozent Antiepileptika nachgewiesen. Bei jeweils weniger als zehn Prozent wurden Z-Medikamente oder andere psychoaktive Medikamente (z. B. Barbiturate) nachgewiesen. Es ist hier aber zu bedenken, dass nicht

37

zum Beispiel Fentanyl, Buprenorphin, Tramadol, aber auch opioidhaltige NPS

38

Dabei handelte es sich um fünf verschiedene Substanzen, von denen drei mittlerweile im Suchtmittelgesetz aufgenommen wurden.

differenziert werden kann, ob die betroffene Person Psychopharmaka aufgrund einer psychiatrischen Komorbidität verschreibungskonform eingenommen hat oder ob ein Medikamentenmissbrauch vorlag.

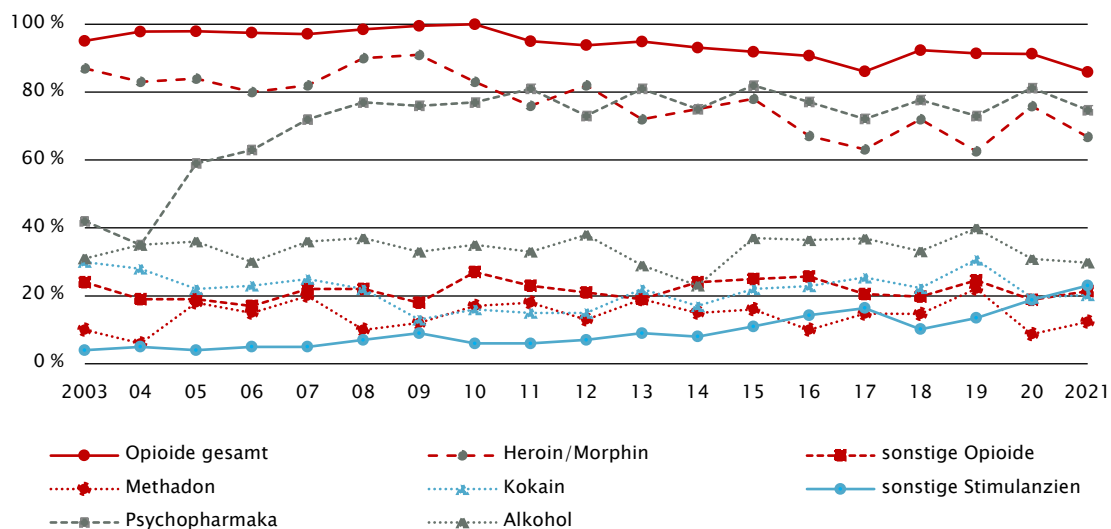
Alkohol wurde bei insgesamt 30 Prozent (2020: 31 %; 2019: 40 %; 2018: 33 %; 2017: 37 %; 2016: 36 %) der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt. Bei vier Prozent wurde ein hoher Promillewert (mind. 1,5 Promille) im Blut gefunden (2020: 3 %; 2019: 5 %; 2018: 3 %; 2017: 7 %; 2016: 4 %).

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

5.5.2 Nachgewiesene Substanzen im Zeitverlauf

Über den Zeitverlauf sind Opiode die Nummer eins bei den nachgewiesenen Substanzen. Daran ändert auch eine tendenzielle Abnahme seit 2011 nichts (diese wurde in den Jahren 2018 bis 2020 mit etwas höheren Werten durchbrochen). Im Jahr 2021 liegt der Anteilswert mit 86 Prozent wieder leicht unter 90 Prozent (vgl. Abbildung 5.7). Die beiden Opiode Heroin und Morphin werden bei den drogenbezogenen Todesfällen am häufigsten nachgewiesen. In den letzten Jahren schwankten diese Werte etwas. Methadon und sonstige Opiate liegen deutlich unter Heroin/Morphin. Die Beteiligung von Kokain war im Jahr 2003 mit 30 Prozent am höchsten und ging bis 2009 auf 13 Prozent zurück. Seither schwanken seine Werte bei ungefähr 20 Prozent mit einem Ausreißer nach oben im Jahr 2018. Sonstige Stimulanzien bewegen sich seit Anfang der 2000er-Jahre auf niedrigem Niveau, in den letzten zehn Jahren zeigt sich tendenziell ein leichter Anstieg. Nach wie vor werden Kokain und sonstige Stimulanzien vor allem in Kombination mit Opioiden festgestellt. Die Anteile der Fälle, bei denen auch Psychopharmaka nachgewiesen wurden, stiegen zwischen 2004 und 2011 und pendeln sich seither zwischen 70 und 80 Prozent ein. Alkohol wurde seit 2003 in rund 30 bis 40 Prozent der Fälle nachgewiesen, nur im Jahr 2014 sank der Wert kurzfristig unter 30 Prozent.

Abbildung 5.7:
Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2021



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

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

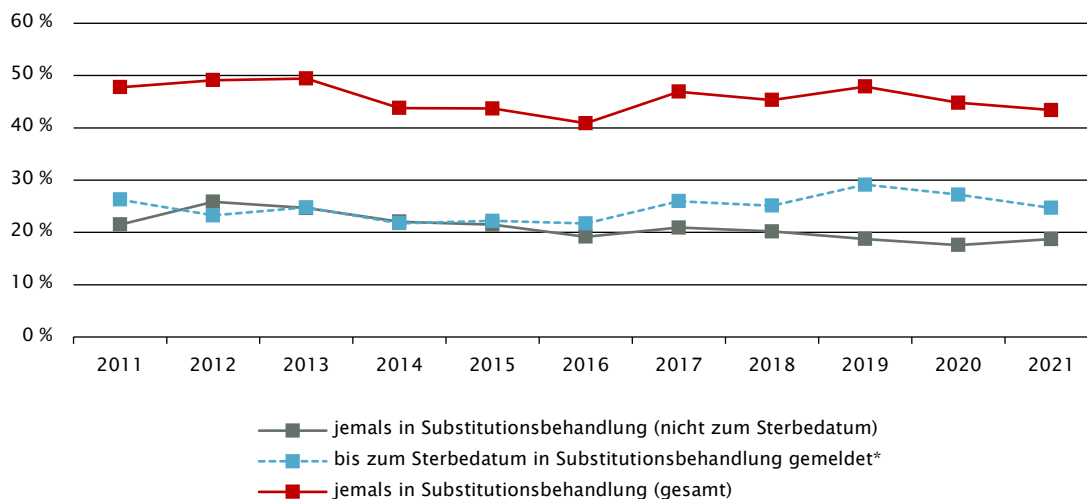
Zusammenfassung: An der Dominanz von Opioiden hat sich in den letzten Jahren trotz einer seit 2011 leicht abnehmenden Tendenz nichts geändert. Kokain und sonstige Stimulanzien werden weiterhin bei den Todesfällen deutlich seltener festgestellt als Opiode. Tendenziell zeigt sich bei Stimulanzien (exklusive Kokain) in den letzten zehn Jahren ein Anstieg auf niedrigem Niveau.

5.6 Substitutionsbehandlung

Von den 235 direkt drogenbezogenen Todesfällen befanden sich 58 Personen bis zu ihrem Todestag in Substitutionsbehandlung. Weitere 44 Personen waren bereits einmal in ihrem Leben in Substitutionsbehandlung. Weniger als die Hälfte der im Jahr 2021 an Überdosierung Verstorbenen hatte einmal in ihrem Leben Kontakt zum Substitutionssystem.

Abbildung 5.8:

Anteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle, bei denen die:der Betroffene in Substitutionsbehandlung war, an allen direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2011–2021, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

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

5.7 Auffindungssituation

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

Die Mehrheit der Betroffenen wurde in einer Wohnung aufgefunden (84 %). In Hotels, Heimen, Notunterkünften u. Ä. kam es bei drei Prozent zur Überdosierung. In sechs Prozent der Fälle waren die Auffindungsorte im öffentlichen Bereich, wie z. B. U-Bahn oder Toiletten, und bei drei Prozent in Haftanstalten. In drei Prozent der Fälle konnte der Auffindungsort nicht eruiert werden.

Seit dem Todesjahr 2019 wird zusätzlich erfasst, ob die Verstorbenen bei der Intoxikation bzw. deren Auswirkungen allein waren. Bei 14 Prozent der Verstorbenen geht aus den Unterlagen hervor, dass zum Zeitpunkt der Überdosierung entweder jemand anderer in unmittelbarer Nähe war oder die:der Betroffene noch lebend aufgefunden und ins Krankenhaus transportiert wurde, wo sich dann letztendlich zeigte, dass die Hilfe zu spät kam. Bei der Mehrheit der Fälle ist unklar, ob die verstorbene Person allein war (z. B. wenn zwar Personen in der gleichen Wohnung zugegen waren, jedoch in einem anderen Zimmer geschlafen haben oder wenn die Sperrverhältnisse der

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

Zusammenfassung: Da der weitaus größte Teil tödlicher Überdosierungen in privaten Räumlichkeiten geschieht, ist anzunehmen, dass ein Großteil des risikoreichen Drogenkonsums im (scheinbar) geschützten privaten Rahmen stattfindet. Dieser Umstand kann aber das Ausbleiben rascher Hilfe bei Intoxikationen bedeuten und so das Risiko einer tödlich verlaufenden Überdosierung erhöhen³⁹.

39

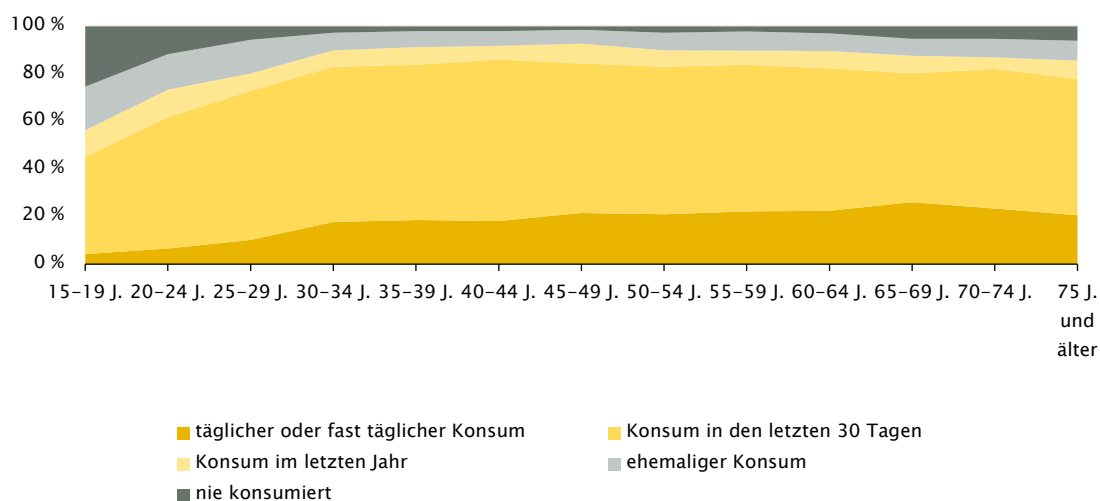
Ein Faktor, der dies mit bedingt, ist sicher die gute Wohnversorgung von Personen mit risikoreichem Drogenkonsum in Österreich. Dieses Setting ist jedenfalls für präventive Maßnahmen zur Verhinderung drogenbezogener Todesfälle (z. B. rechtzeitiges Rufen der Rettung bei intoxikationsbedingten Notfällen)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

6 Alkoholkonsum

6.1 Charakteristik und Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich

Alkohol⁴⁰ ist jene gesundheitsgefährdende psychoaktive Substanz, mit der in Österreich die meisten Personen Erfahrungen machen. Im Gegensatz zu illegalen psychoaktiven Substanzen, aber auch im Vergleich mit Tabak handelt es sich dabei bei vielen Menschen um ein relativ konstantes Verhalten im Lebensverlauf: Alkoholkonsum findet bei vielen Personen bereits sehr früh, aber auch noch bis ins hohe Alter statt und es gibt nur sehr wenige Personen, die im Laufe ihres Lebens komplett aufhören, Alkohol zu konsumieren. Ein weiteres Spezifikum ergibt sich daraus, dass zwar in allen Altersgruppen eine deutliche Mehrheit der Personen aktuell Alkohol konsumiert (d. h. innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol getrunken hat), aber nur ein relativ geringer Prozentsatz dies täglich oder fast täglich⁴¹ tut, wobei dieser Anteil tendenziell mit zunehmendem Alter ansteigt (vgl. Abbildung 6.1).

Abbildung 6.1:
Konsumprävalenz Alkohol nach Altersgruppen, 2020



Quelle: Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2020 (Strizek et al. 2021); Darstellung: GÖG/ÖBIG

40

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

41

definiert als Alkoholkonsum an 5 bis 6 Tagen pro Woche

Laut der Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2020 (Strizek et al. 2021) haben über alle Altersgruppen hinweg etwa 18 Prozent der Befragten in den letzten zwölf Monaten **täglich oder fast täglich** Alkohol getrunken, wobei dies Männer (ca. 25 %) deutlich häufiger tun als Frauen (12 %). Die Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2019 (Klimont 2020) kommt auf deutlich niedrigere Werte (8,9 % für Männer bzw. 2,5 % für Frauen), die allerdings zum Teil dadurch zustande kommen, dass hier im Gegensatz zur Repräsentativerhebung Rohwerte und nicht „korrigierte“ Werte⁴² verwendet werden.

Etwa jeder achte Mann (13 %) und jede siebte Frau (16 %) lebte laut Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch in den letzten zwölf Monaten **alkoholabstinent oder zumindest fast abstinent**⁴³, wobei hier die Österreichische Gesundheitsbefragung auf etwas höhere ähnliche Werte (16 % der Männer und 24 % der Frauen) kommt. Vollkommen abstinent lebten laut Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch vier Prozent der männlichen und sechs 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 6.2). Über die letzten 15 Jahre weist der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum der erwachsenen Bevölkerung nur minimale Schwankungen auf. Im Jahr 2021 wurden in der Bevölkerung ab 15 Jahren pro Kopf 25 Gramm Alkohol pro Tag konsumiert. Diese Menge entspricht etwas mehr als einem großen Bier oder einem Viertelliter Wein.

42

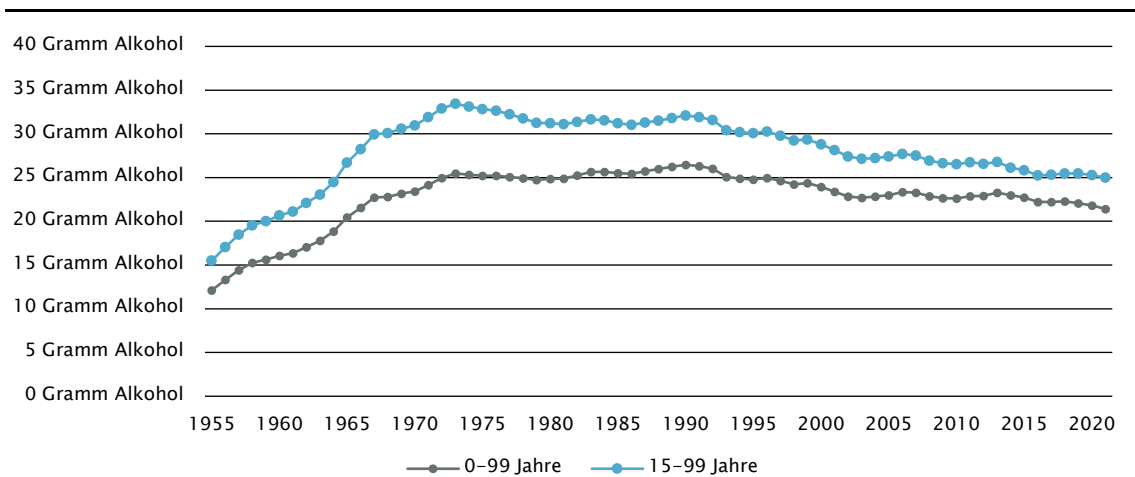
Die Sinnhaftigkeit eines solchen Korrekturverfahrens ergibt sich dadurch, dass wiederholt und in unterschiedlichen Ländern festgestellt wurde, dass die auf Basis von Selbstangaben errechneten durchschnittlichen Alkoholkonsummengen aus unterschiedlichen Gründen nur rund 30 bis 40 Prozent des Pro-Kopf-Konsums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

43

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

Abbildung 6.2:

Verlauf des durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsums in Gramm Alkohol, 1955–2021



Quelle: Handbuch Alkohol Österreich, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen (Bachmayer et al. 2022); Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

6.2 Problematischer Alkoholkonsum in der erwachsenen Bevölkerung

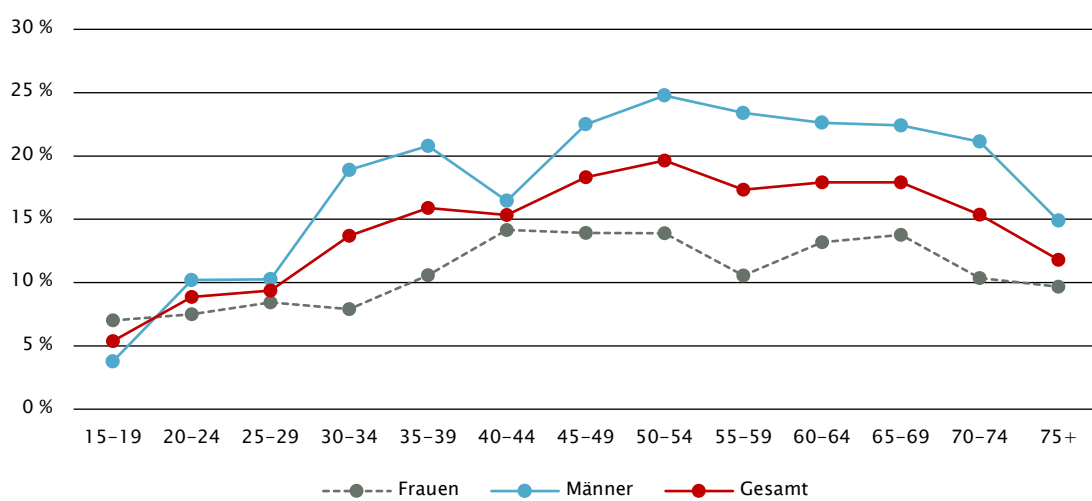
Probleme durch Alkoholkonsum ergeben sich in erster Linie durch die toxische Wirkung des chronischen Missbrauchs, d. h. eines Konsums großer Mengen Alkohol über einen längeren Zeitraum hinweg, oder durch die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. In beiden Fällen trifft dieses Problem durch die Latenzzeit dieser Erkrankungen in erster Linie erwachsene Personen. Als Grenzwerte für eine Konsummenge, die mit einem deutlich erhöhten Risiko einer Gesundheitsgefährdung für gesunde erwachsene Personen verbunden ist, werden in Österreich seit vielen Jahren ein täglicher Konsum von 40 Gramm Reinalkohol für Frauen bzw. 60 Gramm Reinalkohol⁴⁴ für Männer definiert (Uhl et al. 2020). Werden diese Grenzwerte auf die korrigierten Angaben (siehe Fußnote 42) der Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2020 angewandt, zeigen 15 Prozent der Befragten (18,5 % der Männer bzw. 10,5 % der Frauen) einen **gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum**.

44

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

In Abbildung 6.3 wird veranschaulicht, dass deutliche Geschlechtsunterschiede ab einem Alter von 30 Jahren in fast allen Altersgruppen auftreten und dass problematischer Alkoholkonsum bis ins höhere Erwachsenenalter (50 bis 60 Jahre) ansteigt und erst danach – unter anderem aufgrund der erhöhten Mortalität von Alkoholikerinnen und Alkoholikern – wieder deutlich abnimmt.

Abbildung 6.3:
Problematischer Konsum (mehr als 40 bzw. 60 Gramm Alkohol pro Tag) nach Geschlecht und Alter, 2020



Quelle: Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2020 (Strizek et al. 2021); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im längerfristigen Zeitverlauf zeigt sich auf Basis von fünf Erhebungswellen (1994, 2004, 2008, 2015, 2020) mit identen Berechnungsweisen eine leichte Abnahme des Anteils an problematischen Konsumentinnen und Konsumenten von 18 Prozent (1994) auf 15 Prozent (2020).

Zusammenfassung: Etwa 15 Prozent der Österreicher:innen trinken in einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß, wobei der Anteil unter Männern knapp doppelt so hoch ist wie unter Frauen. Im Zeitraum zwischen 1994 und 2020 war der problematische Alkoholkonsum leicht rückläufig.

6.3 Alkoholkonsum bei Jugendlichen

Nur ein sehr geringer Anteil der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen in Österreich (15 %) hat laut ESPAD-Erhebung⁴⁵ von 2019 (Hojni et al. 2019) noch nie im Leben Alkohol getrunken. Sechs von zehn der befragten Schüler:innen (60 %) haben in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert. Referenzwerte aus der HBSC-Studie von 2018 (Felder-Puig et al. 2019) kommen auf eine geringfügig niedrigere Prävalenz⁴⁶.

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

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

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

45

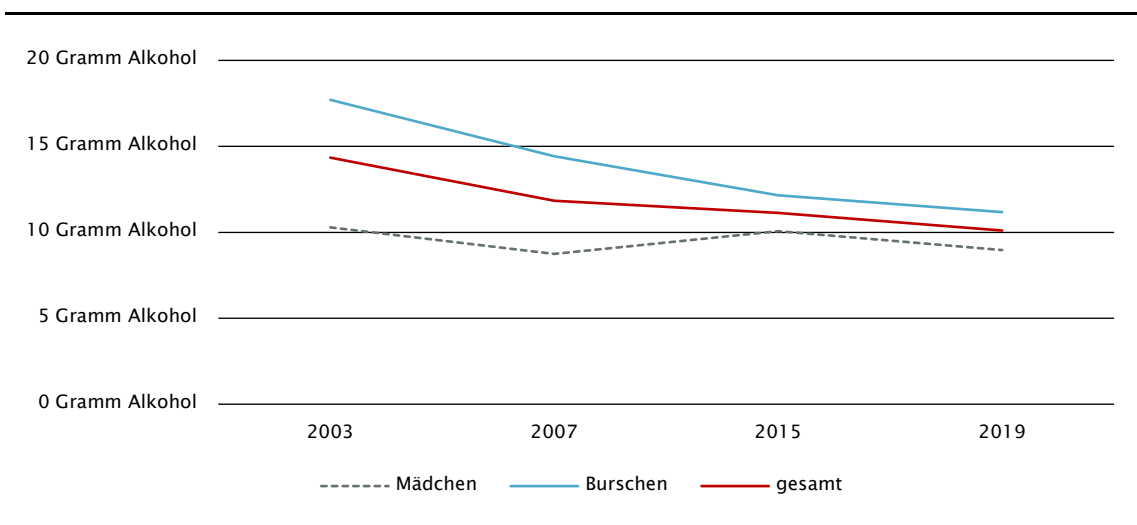
Daten in Bezug auf Alkoholkonsum unter Jugendlichen entstammen im Wesentlichen zwei im Vier-Jahres-Rhythmus durchgeführten Schulerhebungen, die allerdings nicht exakt dieselbe Zielgruppe erfassen. Die Erhebung European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) zielt auf Jugendliche in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

46

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

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

Abbildung 6.4:
Durchschnittskonsum Jugendlicher pro Tag nach Geschlecht (in Gramm Alkohol), 2003–2019



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

Zusammenfassung: Die Mehrheit der Jugendlichen in Österreich trinkt aktuell (also innerhalb der letzten 30 Tage) Alkohol, bei etwa einem Fünftel hat dies im gleichen Zeitraum auch zumindest einmal zu einer stärkeren Berausung geführt. Zwischen drei und sechs Prozent der Schüler:innen zwischen 14 und 17 Jahren berichten ein Konsumverhalten, das längerfristig ein Gesundheitsrisiko darstellen würde. Schüler:innen aus polytechnischen Schulen und Berufsschulen trinken tendenziell genauso oft wie Schüler:innen aus weiterführenden Schulen, aber im Durchschnitt größere Mengen an Alkohol. Tendenziell ist im Zeitraum zwischen 2003 und 2019 ein Rückgang des Alkoholkonsums Jugendlicher zu verzeichnen.

6.4 Morbidität und Mortalität durch exzessiven Alkoholkonsum

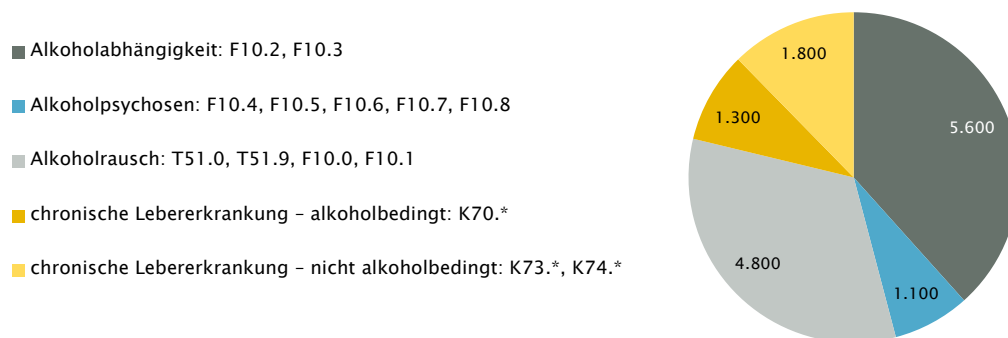
Daten bezüglich medizinischer Behandlungen akuter und chronischer Folgen des übermäßigen Alkoholkonsums stehen ausschließlich aus dem **stationären Versorgungsbereich** zur Verfügung.

In Summe erhielten im Jahr 2020 geschätzte 14.600 Personen in österreichischen Krankenanstalten eine alkoholassoziierte Hauptdiagnose. Das entspricht, bezogen auf die österreichische Wohnbevölkerung im Alter von 15 Jahren oder älter, ungefähr einer Rate von 0,2 Prozent oder 191 Personen unter 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern.

Aufgrund des überdurchschnittlichen Schweregrads kommt chronischen Lebererkrankungen und Abhängigkeitsdiagnosen eine besondere Bedeutung zu. Von den 14.600 wegen Alkohol stationär Behandelten wurden ca. 5.600 Personen wegen einer Alkoholabhängigkeitserkrankung behandelt, was einer Rate von weniger als 0,07 Prozent oder 73 Personen unter 100.000 erwachsenen Einwohnerinnen und Einwohnern entspricht. Gerundete 3.100 Personen (0,04 % oder 41 von 100.000 erwachsenen Einwohnerinnen und Einwohnern) wurden in erster Linie wegen einer chronischen Lebererkrankung stationär behandelt, wobei explizit alkoholspezifische Lebererkrankungen bei gerundeten 1.300 Patientinnen und Patienten etwas seltener vorkamen als Patientinnen und Patienten mit einer alkoholunspezifischen Lebererkrankung (1.800 Personen)⁴⁷.

Abbildung 6.5:

Verteilung von Patientinnen und Patienten mit alkoholassoziierten Diagnosen auf unterschiedliche Diagnosecluster, Leistungsjahr 2020



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

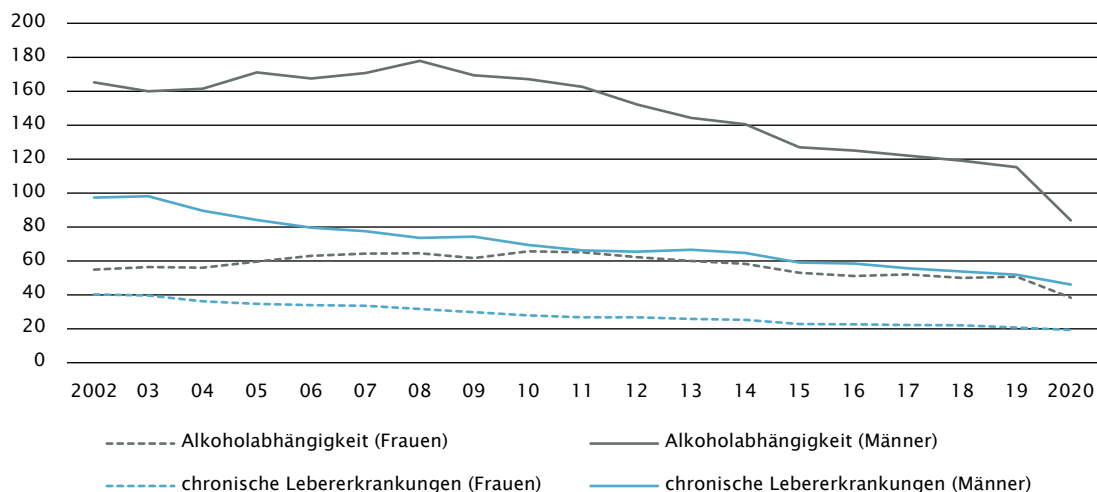
Quellen: Diagnosen- und Leistungsdocumentation der österreichischen Krankenanstalten, Diagnosecluster nach Bachmayer et al. (2020); Darstellung: GÖG/ÖBIG

47

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

Abbildung 6.6:

Rate der Patientinnen und Patienten mit Alkoholabhängigkeitsdiagnosen und chronischen Lebererkrankungen pro 100.000 Einwohner:innen, 2002–2020



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

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

Bereits vor der Coronapandemie haben die beiden schwerwiegendsten alkoholassoziierten Erkrankungen in den letzten 17 Jahren deutlich abgenommen (vgl. Abbildung 6.6)⁴⁸: Im Zeitverlauf von 2002 bis 2019 ist sowohl bei den Abhängigkeitsdiagnosen (Rückgang von ca. 30 %) als auch bei den chronischen Lebererkrankungen ein deutlicher Rückgang unter Patienten zu verzeichnen (Rückgang um ca. 47 %). Die Rate von Patientinnen mit Abhängigkeitsdiagnosen zeigt jedoch nur eine relativ geringe Veränderung (Rückgang um 7 %), wohingegen die Rate der Patientinnen mit Lebererkrankungen wiederum sehr deutlich abgenommen hat (Rückgang um 48 %). Werden auch Patientinnen und Patienten mit anderen alkoholassoziierten Hauptdiagnosen berücksichtigt, zeigt sich ebenso ein Rückgang bei den Betroffenen, der bei Männern deutlicher ausfällt als bei Frauen (minus 30 % bzw. minus 12 %). Rauschdiagnosen⁴⁹ bei Patientinnen sind der einzige Diagnosecluster, für den im Zeitraum von 2002 bis 2019 ein Zuwachs von sechs Prozent zu verzeichnen ist.

48

Aufgrund von Praxisberichten, die deutliche Auswirkungen der Coronapandemie auf die Behandlung wegen alkoholassoziierten Erkrankungen nahelegten, wurden für diesen Abschnitt auch Behandlungsdaten für das Jahr 2020 berücksichtigt. Für eine Beschreibung der längerfristigen Trends (in diesem Absatz) ist es hingegen sinnvoll, die Ausnahmesituation von 2020 nicht einzubeziehen. Die Auswirkungen der Coronapandemie im Jahr 2020 werden im folgenden Absatz beschrieben.

49

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

Infolge von Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie kam es zu einer temporären Schließung von stationären Einrichtungen der Suchtbehandlung. Dies schlägt sich in einem zusätzlichen deutlichen Rückgang der behandelten Patientinnen und Patienten nieder: Insgesamt wurden im Jahr 2020 im Vergleich zu 2019 um 23 Prozent weniger Alkoholpatienten und um 21 Prozent weniger Alkoholpatientinnen behandelt. Besonders stark fällt dieser Rückgang bei Patientinnen und Patienten mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose (minus 25 % bei Frauen und minus 27 % bei Männern) sowie bei Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Alkoholrausch (minus 27 % bei beiden Geschlechtern) aus.

Zusammenfassung: Etwa zwei pro 1.000 Personen (0,2 %) im Alter von 15 Jahren oder älter wurden im Jahr 2019 wegen einer alkoholassozierten Hauptdiagnose stationär behandelt. Diese Rate ist im Zeitverlauf rückläufig. 2020 kam es durch eine eingeschränkte Versorgung zu einem zusätzlichen deutlichen Rückgang der Behandlungen.

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 2020 wurde bei 664 Verstorbenen die Diagnose K70 gestellt und bei 515 Verstorbenen die Diagnose F10.2 bzw. F10.3 (bei gerundet 91.600 Verstorbenen insgesamt). Ebenso eindeutig auf Alkoholkonsum zurückgeführt werden die – allerdings zahlenmäßig deutlich seltener kodierten – Diagnosen „Alkoholpsychose“ (F10.4, F10.5, F10.7) und „Alkoholmissbrauch“ (F10.0, F10.1).

Schwieriger gestaltet sich der Fall bei Erkrankungen, bei denen **eine begünstigende Rolle des Alkohols** angenommen wird, was aber nicht an der Todesursachenstatistik ablesbar ist, weil keine eindeutigen Indizien für eine Alkoholverursachung vorlagen oder diese nicht kodiert wurden. Dies betrifft in erster Linie Personen, die an einer sonstigen „Fibrose und Zirrhose der Leber“ (K74) verstorben sind (im Jahr 2020 706 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 166 Verstorbene im Jahr 2020). Auch bei Suiziden (X60–X84) wird, vermittelt über psychiatrische Erkrankungen wie z. B. Depression, eine begünstigende Rolle von Alkohol vermutet (1.068 Verstorbene im Jahr 2020).

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 1,4⁵⁰ Prozent aller gerundet 91.600 Todesfälle in Österreich im Jahr 2020 explizit auf alkoholassoziierte Krankheiten zurückgeführt (vgl. Tabelle 6.1). Da ein unbekannter Anteil an alkoholassoziierten Lebererkrankungen fälschlicherweise als nicht alkoholassoziiert erfasst wird und übermäßiger Alkoholkonsum auch andere psychische und physische Erkrankungen⁵¹ 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.

Tabelle 6.1:

Explizit in Zusammenhang mit Alkohol stehende Todesursachen und Todesursachen mit einer begünstigenden Wirkung exzessiven Alkoholkonsums nach Geschlecht, 2020

	Gesamt (absolut)	Gesamt (pro 10.000 Verstorbenen)	Frauen (absolut)	Frauen (pro 10.000 Verstorbenen)	Männer (absolut)	Männer (pro 10.000 Verstorbenen)
Toxische Wirkung / Alkoholmissbrauch (F10.1, T51.0, T51.9)	32	3	7	2	25	6
Alkoholische Lebererkrankung (K70.x)	664	72	167	36	497	110
Alkoholabhängigkeit (F10.2, F10.3)	515	56	98	21	417	92
Alkoholpsychose (F10.4, F10.6, F10.7, F10.9)	43	5	9	2	34	7
Fibrose und Zirrhose der Leber (K74x)	706	77	228	49	478	105
Pankreatitis und sonstige Krankheiten des Pankreas (K85.x, K86.x)	118	13	50	11	68	15
Gastritis und Duodenitis (K29.x)	33	4	22	5	11	2
Ösophagusvarizen (I85)	15	2	4	1	11	2
Suizid (X60-84)	1.068	117	233	50	835	184
Verstorbene (alle Todesursachen)	91.599	-	46.227	-	45.372	-

Quellen: Todesursachenstatistik, Statistik Austria, Auswahl der Diagnosecluster nach Bachmayer et al. (2021); Darstellung: GÖG/OBIG

50

1,4 Prozent ergeben sich durch die Addition der ersten vier Zeilen aus Tabelle 6.1 dividiert durch die Gesamtzahl der Verstorbenen im Jahr 2020: $(32 + 664 + 515 + 43) / 91.599 = 1,4\%$. Würde man analog zur Darstellung in Abbildung 6.8 auch nicht alkoholassoziierte Lebererkrankungen (K74x) mitzählen, würde sich dieser Anteil auf 2,1 Prozent erhöhen. Eine ausführliche Beschreibung der Schwierigkeit in der Interpretation von alkoholassoziierten und nicht alkoholassoziierten Lebererkrankungen befindet sich im Handbuch Alkohol Österreich (Bachmayer et al. 2022).

51

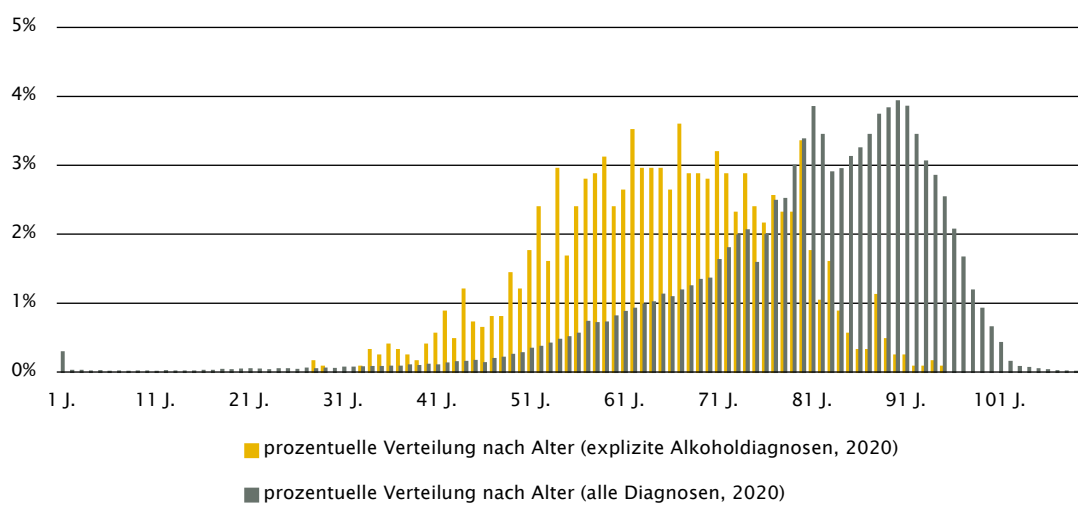
Die in Tabelle 6.1 dargestellten Erkrankungen der Leber und des Verdauungstrakts stellen eine Auswahl dar.

Eindeutig zeigt sich hingegen ein klarer Geschlechtsunterschied: Männer versterben etwa drei- bis viermal so häufig an mit Alkohol in Verbindung stehenden Todesursachen wie Frauen (vgl. Tabelle 6.1).

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 6.7).

Abbildung 6.7:

Anteil der Verstorbenen nach Alter zum Todeszeitpunkt bei alkoholassoziierten Todesursachen und bei allen Todesursachen, 2020



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

Im Zeitverlauf in Abbildung 6.8 zeigt sich, dass alkoholassoziierte Todesursachen⁵² 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 6.2). Als eine mögliche Erklärung für diese Verschiebung könnte die Latenzzeit schwerwiegender Alkoholerkrankungen, wie von Lebererkrankungen oder einer Alkoholabhängigkeit, dienen⁵³.

52

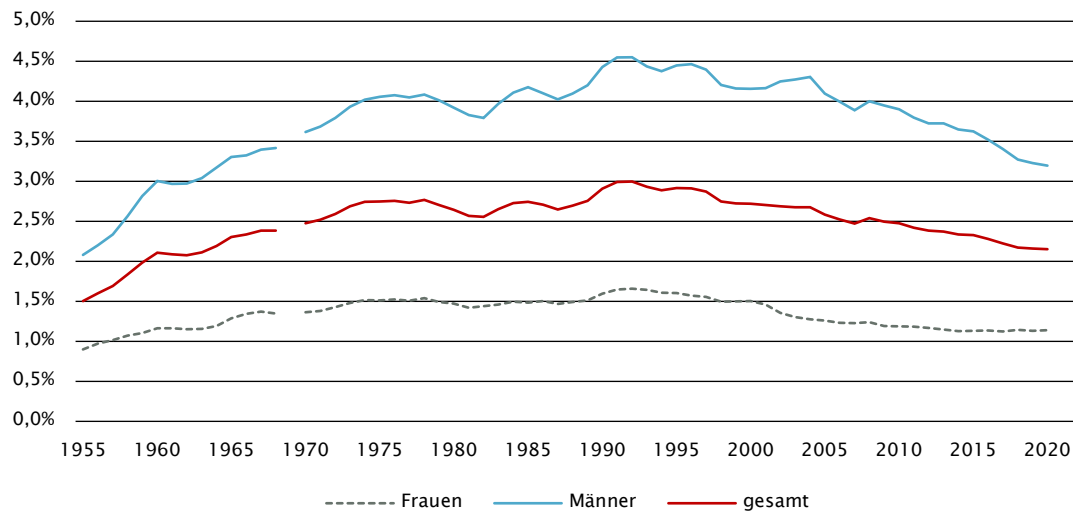
Aus den in Fußnote 47 genannten Gründen werden in der grafischen Darstellung des Zeitverlaufs sowohl alkoholspezifische als auch alkoholunspezifische Lebererkrankungen inkludiert.

53

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 Extremkonsumentinnen bzw. -konsumenten noch mehr trinken und die vielen moderaten Konsumentinnen und Konsumenten gar nichts mehr trinken). Sollte die den Zusammenhang zwischen Pro-Kopf-Konsum und Alkoholfolgeerkrankungen

Abbildung 6.8:

Alkoholassoziierte Todesfälle in Prozent aller Verstorbenen nach Geschlecht, 1955–2020



Anmerkung: Darstellung in geglätteten Mittelwerten über 3 Jahre; berücksichtigt wurden die Diagnosecodes für „Alkoholabhängigkeit“: ICD-10: F10.2, F10.3; „Alkoholpsychose“: ICD-10: F10.4, F10.5–F10.7; „Alkoholmissbrauch“: ICD-10: F10.0, F10.1; „Chronische Lebererkrankungen“ = chronische Lebererkrankung: ICD-10: K70.*, K73.*, K74.*; „Alkoholvergiftung“: ICD-10: T51.0, T51.9.; * = Platzhalter für alle Ziffern an der vierten Stelle; Aufgrund der Umstellung von ADS auf ICD-8 liegen für das Jahr 1969 keine elektronisch erfassten Zahlen vor. Im Gegensatz zur Darstellung in Tabelle 6.1 werden hier sämtliche Lebererkrankungen mitgezählt, was aufgrund des unklaren und variablen Ausmaßes an Fehlcodierungen insbesondere bei längeren Zeitreihen sowie bei internationalen Vergleichen anzuraten ist (Bachmayer et al. 2022).

Quellen: Todesursachenstatistik, Statistik Austria, Kategorien und Daten übernommen aus Bachmayer et al. (2021); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Positiv zu beurteilen ist die Entwicklung der negativen Folgen durch Alkoholkonsum im Straßenverkehr. Der Anteil der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses ist seit den 1960er-Jahren deutlich rückläufig (vgl. Abbildung 6.9). Im Jahr 2021 gab es 2.348 Alkoholunfälle, 2.950 Alkoholverletzte und 29 Alkoholtote im Straßenverkehr. Damit lag der Anteil der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses im Straßenverkehr zwischen sieben und acht Prozent der jeweiligen Gesamtzahlen⁵⁴.

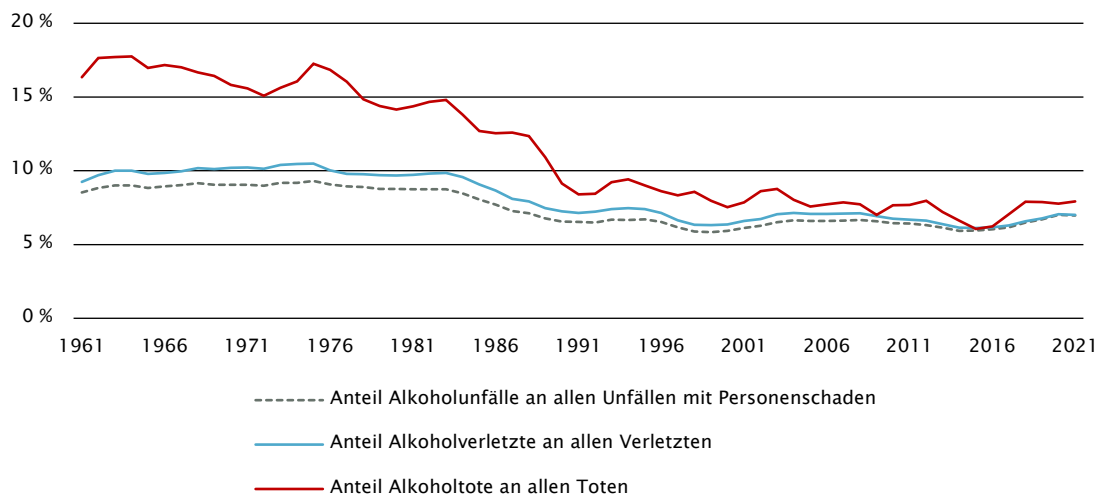
betreffende Hypothese stimmen, wäre für die nächsten Jahre eine weitere Abnahme von Alkoholfolgeerkrankungen zu erwarten.

54

Anteil „Alkoholunfälle“ an allen Unfällen mit Personenschaden = 7,1 %, Anteil „Alkoholverletzte“ an allen Verletzten = 7,2 %, Anteil „Alkoholtote“ an allen Toten = 8,0 %. Durch die Mobilitätseinschränkungen im Rahmen der Pandemiebekämpfung kam es insgesamt zu einem markanten Rückgang von Verkehrsunfällen in Österreich. So sank im Jahr 2020 die Zahl der im Straßenverkehr insgesamt Verunglückten (gestorben oder verletzt) um 16 Prozent im Vergleich zu 2019. Analog dazu sank im Jahr 2020 auch die Anzahl der Unfälle mit alkoholisierten Beteiligten um 18 Prozent im Vergleich zum Vorjahr (Statistik Austria 2021). Das Verhältnis aus Unfällen oder Verunglückten mit vs. ohne Alkoholeinfluss hat sich im Vergleich zum Vorjahr jedoch nicht verändert.

Abbildung 6.9:

Anteil der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses an allen Unfällen, Verletzten und Toten im Straßenverkehr, 1961–2021



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 darin überein, die Werte der Jahre 1966 bis 1991 durch eine Multiplikation mit 1,12 approximativ auf die 30-Tage-Basis hochzurechnen. Die Grafik basiert auf entsprechend hochgerechneten Zahlen für diesen Zeitraum.

Quellen: Statistik der Verkehrsunfälle, Statistik Austria; Datenbasis übernommen aus Bachmayer et al. (2021); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Alkoholassoziierte Todesfälle sind seit den 1990er-Jahren rückläufig. Im Jahr 2020 wurden 1,4 Prozent aller Todesfälle explizit mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht. Die tatsächliche Anzahl der Todesfälle, bei denen exzessiver Alkoholkonsum eine wesentliche Rolle gespielt hat, wird jedoch höher liegen. Männer sterben etwa drei- bis viermal so häufig an alkoholassoziierten Todesursachen wie Frauen. Unabhängig vom Geschlecht erfolgt der Tod von Personen mit alkoholassoziierten Todesursachen deutlich früher als bei anderen Personen. Die Bedeutung von Alkohol bei Straßenverkehrsunfällen ist seit den 1960er-Jahren rückläufig.

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 2019 wird geschätzt, dass etwa 13.100 Todesfälle bzw. rund 16 Prozent aller Todesfälle auf das Rauchen von Tabak (inklusive Passivrauchen) zurückzuführen sind (Global Burden of Disease Results Tool, jüngste verfügbare Daten). Eine detaillierte Darstellung der tabakasoziierten Mortalität findet sich in Abschnitt 7.5.

Als eine wichtige Maßnahme zur Reduktion tabakassoziierter 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: 98,2 Prozent der täglich Rauchenden konsumieren Zigaretten (Klimont 2020). Die nachfolgenden Abschnitte (7.1 und 7.2) fokussieren auf den Tabakkonsum⁵⁵. Rauchfreie Tabakerzeugnisse⁵⁶, Wasserpfeifen/Shishas sowie E-Zigaretten werden in den Abschnitten 7.1 und 7.3 dargestellt. Auf den Konsum von Nikotinsäckchen sowie auf den Konsum von Tabak mittels Tabakerhitzern wird in Abschnitt 7.3 eingegangen.

Als Datengrundlagen in Bezug auf das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen werden die österreichweite HBSC-Studie⁵⁷ und die ESPAD-Erhebung⁵⁸ herangezogen. Für die Bevölkerung ab

55

Die in den folgenden Kapiteln dargestellten Daten bezüglich Tabakkonsums beziehen sich bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS), der österreichischen Befragung zum Substanzgebrauch sowie der HBSC-Studie auf „Rauchen von Tabak“ (mit Ausnahme der österreichischen Befragung zum Substanzgebrauch 2020 sowie der HBSC-Erhebung 2018, bei denen sich die dargestellten Daten auf das „Rauchen von Zigaretten“ beziehen) und bei der ESPAD-Studie auf „Rauchen von Zigaretten“.

56

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

57

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

58

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

15 Jahren wird die österreichweite Gesundheitsbefragung (ATHIS⁵⁹) bzw. die Erhebungsreihe „Befragung zum Substanzgebrauch“ herangezogen.

7.1 Das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen sowie ihr Konsum von Wasserpfeifen/Shishas, E-Zigaretten und Kautabak/„Snus“

Laut den beiden aktuellsten Schülerbefragungen, HBSC⁶⁰ 2018 und ESPAD⁶¹ 2019, rauchen aktuell sieben (HBSC 2018) bzw. zwölf Prozent (ESPAD 2019) der 15-Jährigen⁶² täglich Zigaretten. Ein Drittel (HBSC 2018) bis knapp die Hälfte (ESPAD 2015) der 15-jährigen Schüler:innen gibt an, bereits erste Erfahrungen mit dem Rauchen von Zigaretten gemacht zu haben (Felder-Puig et al. 2019; Strizek/Hojni 2019).

In beiden Erhebungsreihen zeigt sich ein eindeutiger Rückgang in der Rauchprävalenz von Kindern und Jugendlichen in Österreich (vgl. Abbildung 7.1). Im europäischen Vergleich liegt Österreich

59

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

60

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, 15 und (seit 2010) 17 Jahren erfragt wird. Die Gesamtstichprobe in Österreich umfasste im Jahr 2018 rund 7.500, im Jahr 2014 rund 6.000, im Jahr 2010 rund 6.500, im Jahr 2006 rund 4.000 und im Jahr 2002 rund 4.500 Schüler:innen.

61

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 Schüler:innen der 9. und 10. Schulstufe befragt. Im Jahr 2019 wurden rund 10.000, 2015 rund 8.000, 2007 rund 6.000 und im Jahr 2003 rund 5.000 Schüler:innen in Österreich befragt.

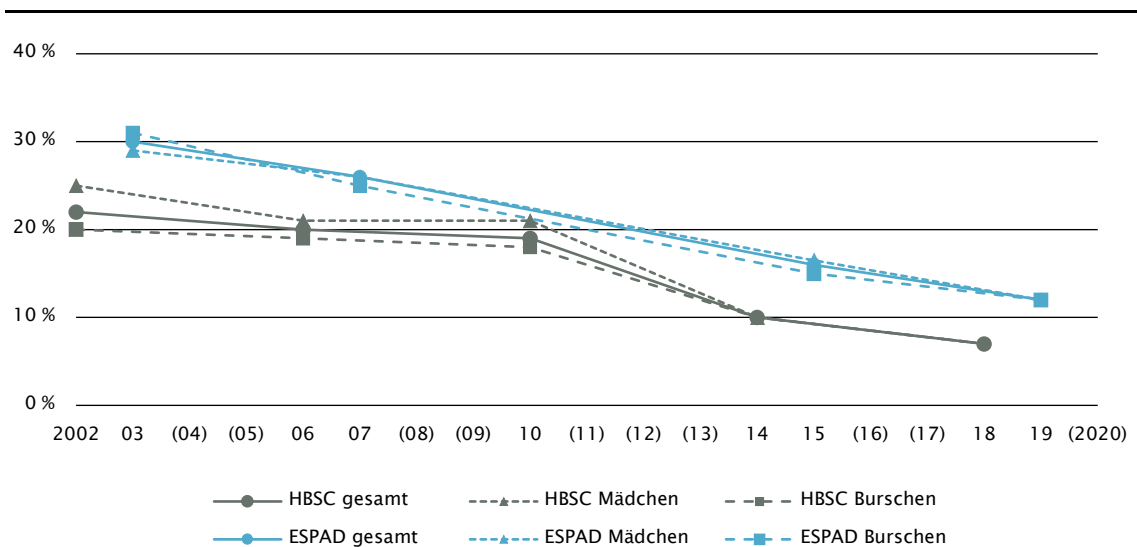
62

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

nach diesem Rückgang gemäß HBSC 2018⁶³ und ESPAD 2019⁶⁴ allerdings nach wie vor über dem Durchschnitt (ESPAD Group 2020; Inchley et al. 2020).

Schüler:innen aus Berufsschulen und polytechnischen Schulen berichten häufiger von Tabakkonsum als solche anderer Schulformen. Keine Unterschiede zeigen sich hingegen beim Anteil der täglich Rauchenden zwischen 15-jährigen Mädchen und Burschen (vgl. Abbildung 7.1) (Felder-Puig et al. 2019; Strizek/Hojni 2019).

Abbildung 7.1:
Anteil der täglich rauchenden 15-Jährigen, 2002–2020



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

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

Bezüglich E-Zigaretten (HBSC 2018: 1,4 %, ESPAD 2019: 1,6 %) und Wasserpfeifen/Shishas (HBSC 2018: 1,2 %) zeigt sich, dass es einen täglichen Konsum bei 15-Jährigen gibt. Dieser liegt im Vergleich zum Konsum klassischer Zigaretten jedoch in sehr niedrigen Prozentbereichen. Der Anteil

63

Der HBSC-Europavergleich 2018 bezieht sich auf die 30-Tages-Prävalenz sowie auf die Lebenszeitprävalenz 15-jähriger Schüler:innen. Ein Europavergleich der Tagesprävalenz von 15-Jährigen wurde im Rahmen von HBSC 2018 nicht veröffentlicht.

64

Der ESPAD-Europavergleich 2019 bezieht sich auf die 30-Tages-Prävalenz sowie auf die Lebenszeitprävalenz unter im Jahr der Befragung (2019) 16 Jahre alt gewordenen Schülerinnen und Schülern. Ein Europavergleich der Tagesprävalenz bei 15-Jährigen wird im Rahmen von ESPAD 2019 nicht veröffentlicht.

derer, die täglich ein nikotinhaltiges Produkt konsumieren, ist annähernd gleich hoch wie der Anteil derer, die täglich herkömmliche Zigaretten rauchen.

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

Sowohl E-Zigaretten als auch Wasserpfeifen/Shishas und Kautabake/„Snus“ werden häufiger von Burschen als von Mädchen konsumiert.⁶⁵ (Felder–Puig et al. 2019; Schmutterer 2019a; Strizek/Hojni 2019)

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

7.2 Rauchverhalten in der Bevölkerung ab 15 Jahren

Laut den beiden aktuellsten Befragungen in Hinblick auf das Rauchverhalten in der Bevölkerung rauchen 17 Prozent (Befragung zum Substanzgebrauch 2020) bzw. 21 Prozent (ATHIS⁶⁶ 2019) der Altersgruppe 15+ täglich (Klimont 2020; Strizek et al. 2021).

Betrachtet man die Ergebnisse der Erhebungsreihe „Befragung zum Substanzgebrauch“ (2004, 2008, 2015 und 2020)⁶⁷, so zeigt das aktuelle Ergebnis einen eindeutigen Rückgang im Tabakkonsum. Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragungen der Statistik Austria (ATHIS 2006/2007,

65

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

66

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

67

Bei der österreichischen Befragung zu Substanzgebrauch (Jahre 2004, 2008, 2015 und 2020) handelt es sich um eine repräsentative Bevölkerungserhebung unter Personen in Privathaushalten ab 15 Jahren; es wurden dabei in den Jahren 2004, 2008 und 2014 jeweils rund 4.000 und im Jahr 2020 rund 6.000 Personen befragt.

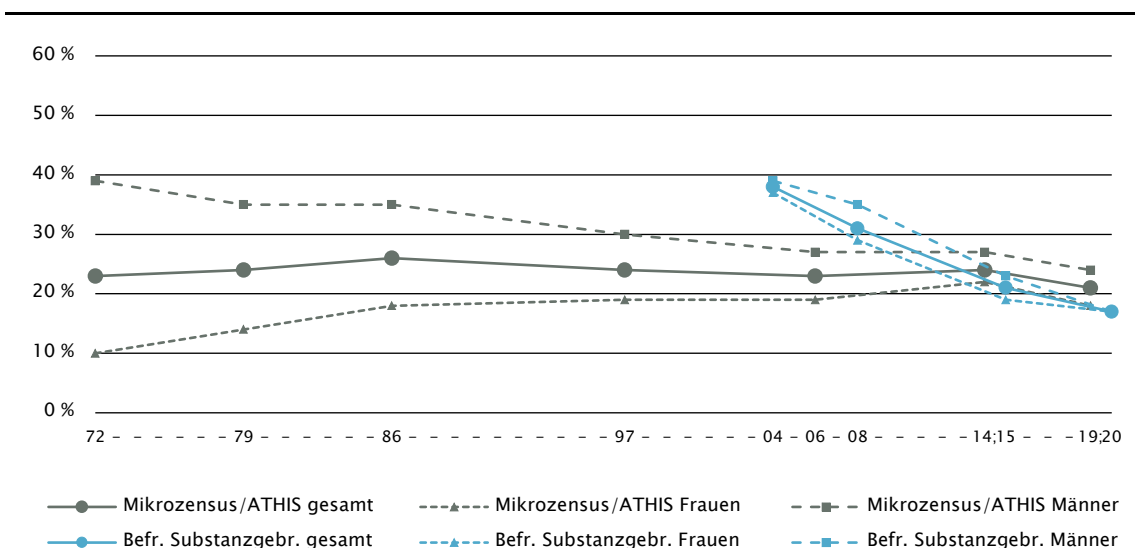
2014 und 2019) dokumentieren gleichbleibende Werte bis 2014 mit einem anschließenden Rückgang bis 2019 (vgl. Abbildung 7.2).

Eine Übersicht über Ergebnisse verschiedener österreichweiter Erhebungen der Rauchprävalenz (täglich Rauchende: 1972–2020 und Rauchende gesamt: 1972–2020) ist im Annex unter TABAK 1 und TABAK 2 zu finden.

Männer und Frauen gleichen sich in ihrem Rauchverhalten im Verlauf der Jahrzehnte an. Frauen rauchen allerdings nach wie vor etwas seltener und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Männer (vgl. Abbildung 7.2). Bei den auf das Geschlecht bezogenen sich einander angleichenden Rauchquoten in der Gesamtbevölkerung sind Kohorteneffekte zu beobachten, d. h., dass auf Generationen mit großen Unterschieden im Rauchverhalten nach Geschlecht, zumindest seit Beginn des 20. Jahrhunderts, Generationen mit immer geringeren Unterschieden folgen (Mikrozensus 1979, 1986, 1997, ATTHIS 2006/2007, 2014 und 2019).⁶⁸

Abbildung 7.2:

Anteil der täglich Rauchenden an der Bevölkerung 15+, 1972–2020



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.

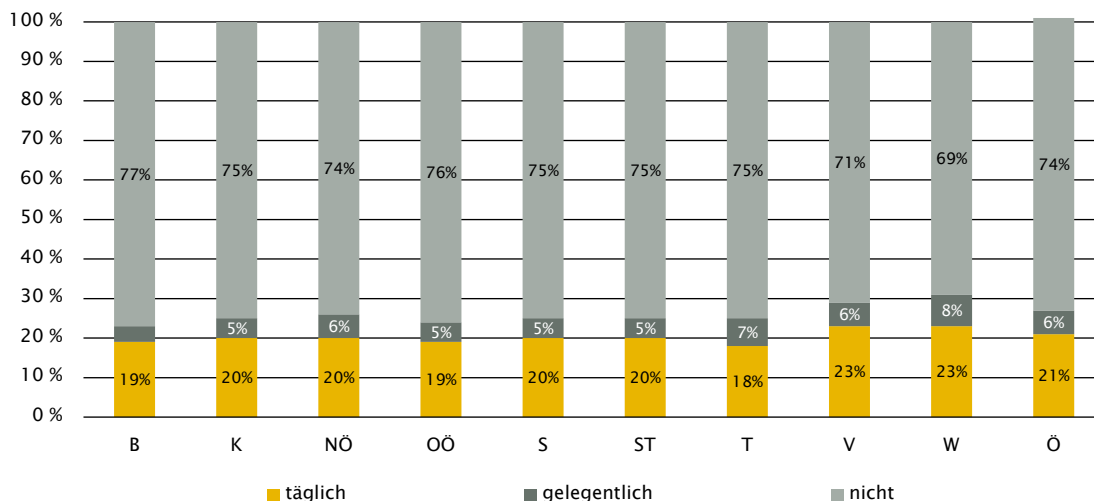
Quellen: Klimont/Baldaszi (2015); Klimont (2020); Strizek et al. (2009); Strizek/Uhl (2016a); Strizek et al. (2021); Uhl et al. (2005d); Urbas/Klimont (2002); Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Bundesländervergleich zeigt sich, dass der Anteil der täglich Rauchenden in Wien und Vorarlberg höher ist als in den übrigen Bundesländern (vgl. Abbildung 7.3).

68

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

Abbildung 7.3:
Rauchstatus der Bevölkerung 15+ im Bundesländervergleich, 2019



Quelle: ATHIS 2019; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

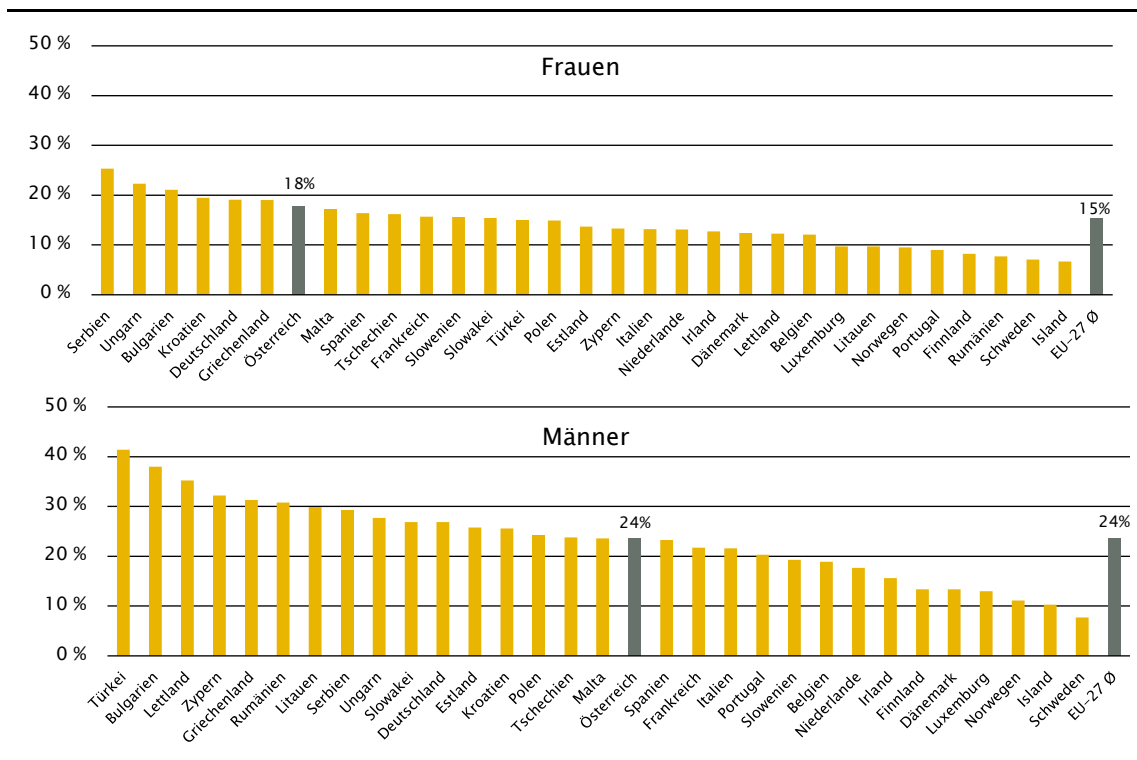
Im europäischen Vergleich (EHIS 2019)⁶⁹ liegt Österreich bei den täglich Rauchenden mit einem Wert von 21 Prozent leicht über dem EU-27-Durchschnitt von 19 Prozent. Der EU-27-Durchschnitt bei Rauchenden gesamt (täglich und gelegentlich) liegt bei 24 Prozent (in Österreich bei 26 %). Zum Vergleich: Beim EHIS 2014 lag Österreich sowohl bei den täglich Rauchenden als auch bei den Rauchenden gesamt noch weiter über dem damaligen EU-28-Durchschnitt (24 % vs. 19 % bei täglich Rauchenden sowie 30 % vs. 24 % bei Rauchenden gesamt).

Betrachtet man die täglich Rauchenden im europäischen Vergleich getrennt nach Geschlecht, so zeigt sich, dass Österreich bei den täglich rauchenden Frauen mit 18 Prozent über dem Durchschnitt liegt (EU-27-Durchschnitt bei Frauen: 15 %). Zum Vergleich: Beim EHIS 2014 lagen Österreichs Frauen mit 22 Prozent noch an erster Stelle (damaliger EU-28-Durchschnitt bei Frauen: 16 %). Bei den täglich rauchenden Männern liegt Österreich mit 24 Prozent genau im EU-27-Durchschnitt (vgl. Abbildung 7.4). Zum Vergleich: Beim EHIS 2014 lagen Österreichs Männer mit 27 Prozent noch über dem damaligen EU-28-Durchschnitt von 23 Prozent.

69

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.

Abbildung 7.4:
Tägliche Raucher:innen 15+ im EU-27-Vergleich, 2019⁷⁰

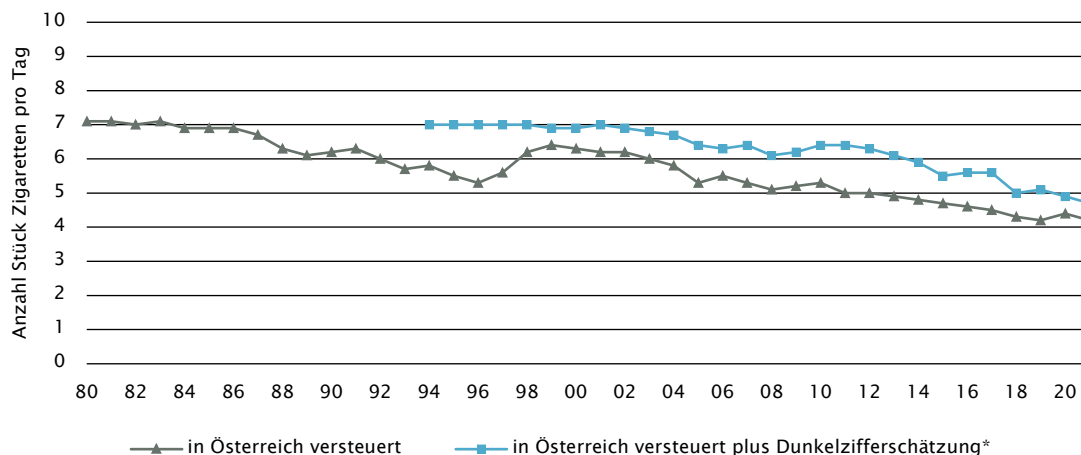


Quelle: Eurostat – European Health Interview Survey 2019 (abgefragt am 15. 11. 2021); Darstellung: GÖG/ÖBIG

70

Zusätzlich zum EU-27-Vergleich 2019 werden hier Referenzwerte aus Norwegen, Island, Serbien und der Türkei gezeigt. Die vier Länder sind nicht in der Berechnung des EU-27-Vergleichs enthalten, da sie nicht Teil der EU sind.

Abbildung 7.5:
Durchschnittlicher täglicher Konsum von Zigaretten in der Bevölkerung 15+, 1980–2021



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

*nicht bzw. nicht in Österreich versteuerten Zigaretten

Quellen: Austria Tabak (2004); (BMF 2022); JTI (2008); JTI (2013); JTI (2016); JTI (2017); JTI (2018); JTI (2019); JTI (2020); JTI (2021); JTI 2022); TÜV Austria CERT (2012);
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Aktuelle Verkaufszahlen und Dunkelzifferschätzungen ergeben für das Jahr 2021 einen Zigarettenkonsum von 4,2 bis 4,7 Stück pro Kopf und Tag⁷¹. Bei den Verkaufszahlen zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr ein Rückgang auf das Niveau von 2019 – also vor der Coronapandemie. Bei der geschätzten Dunkelziffer zeigt sich wie auch im letzten Jahr ein leichter Rückgang. Diese Dynamik lässt sich gut mit den pandemiebedingten Reisebeschränkungen im Jahr 2020 und auch noch im Jahr 2021 erklären. Im längerfristigen Trend zeigt sich sowohl bei den Verkaufszahlen als auch bei den Dunkelzifferschätzungen ein leichter Rückgang, etwas deutlicher seit 2010 (vgl. Abbildung 7.5)⁷².

Die Umsatzstatistik von Großhändlern zeigt zwischen 2009 und 2020 einen Anstieg bei Pfeifentabaken. Erst 2021 zeigt sich hier ein leichter Rückgang, allerdings nach einem besonders großen Anstieg im Jahr 2020. Die Umsatzzahlen für 2021 sind nach wie vor um einiges höher als die von 2019. Ein Rückgang zeigt sich mit Ausnahme des Jahres 2020 bei Zigaretten. 2021 zeigt sich hier

71

Umgerechnet entspricht das 1.543 Zigaretten pro Person (15+) pro Jahr (in Österreich versteuerte Zigaretten) bzw. 1.714 Zigaretten pro Person (15+) pro Jahr (in Österreich versteuerte Zigaretten plus Dunkelzifferschätzung nicht bzw. nicht in Österreich versteuerten Zigaretten).

72

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.

wieder ein Rückgang, allerdings nicht unter das Niveau von 2019. Auffällig ist, dass von 2019 auf 2020 die Umsätze von Großhändlern bei sämtlichen erfassten Tabakerzeugnissen angestiegen sind: bei Zigaretten, bei Zigaretten tabaken, bei Zigarren, bei Pfeifen- sowie bei Schnupftabaken. Grund dafür waren vermutlich die pandemiebedingten Reisebeschränkungen, wobei auch andere pandemiebedingte Veränderungen im Leben der einzelnen potenziellen Konsumentinnen und Konsumenten denkbar sind. Nach diesen Anstiegen bei sämtlichen erfassten Tabakerzeugnissen von 2019 auf 2020 zeigt sich ebenfalls bei allen erfassten Tabakerzeugnissen (mit Ausnahme der Tabake zum Erhitzen) ein Rückgang von 2020 auf 2021. Der Rückgang war allerdings nie so stark, dass das Niveau von 2019 unterschritten wurde. Erstmals erfasst wurden im Jahr 2020 in der Umsatzstatistik von Großhändlern auch Tabake zum Erhitzen. Bis zum Jahr 2021 zeigt sich hier ein sehr großer Anstieg (vgl. TABAK 3 im Annex).

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

7.3 Konsum von Wasserpfeifen/Shishas, E-Zigaretten und rauchfreien Tabakerzeugnissen sowie Nikotinsäckchen und Tabaken zum Erhitzen in der Bevölkerung 15+

Ein Prozent der Bevölkerung 15+ raucht täglich oder fast täglich Wasserpfeife oder Shisha. Zwei weitere Prozent rauchen diese gelegentlich (30-Tage-Prävalenz) (Strizek et al. 2021). Ein Prozent der ab 15-Jährigen konsumiert rauchfreie Tabakerzeugnisse (Kautabak, Schnupftabak oder „Snus“) täglich oder fast täglich. Zwei weitere Prozent greifen gelegentlich (30-Tage-Prävalenz) zu rauchfreien Tabakerzeugnissen (Quelle: Befragung zum Substanzgebrauch 2020; Berechnungen: GÖG). E-Zigaretten, E-Shishas oder E-Pfeifen werden von einem Prozent der ab 15-Jährigen täglich konsumiert, von weiteren zwei Prozent gelegentlich (Klimont 2020).

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

Wasserpfeifen/Shishas

Ein Prozent der Bevölkerung 15+ gab 2020 an, täglich oder fast täglich Wasserpfeife oder Shisha zu rauchen (Befragung zum Substanzgebrauch 2020). Weitere zwei Prozent gaben an, diese in den letzten 30 Tagen gelegentlich/sporadisch geraucht zu haben. Die Werte sind bei Männern jeweils höher als bei Frauen. (Strizek et al. 2021)

Ergebnisse hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz zeigen, dass immer mehr Österreicher:innen das Rauchen von Wasserpfeifen bzw. Shishas zumindest einmal ausprobieren (Befragung zum Substanzkonsum 2008: 20 %, 2020: 33 %; Eurobarometer 2009: 17 %, 2020: 24 %) (European Commission 2010; European Commission 2021; Strizek et al. 2009; Strizek et al. 2021).

E-Zigaretten, E-Shishas, E-Pfeifen

Ein Prozent der Bevölkerung 15+ konsumiert täglich E-Zigaretten, E-Shishas oder E-Pfeifen (ATHIS 2019). Weitere zwei Prozent gaben an, diese in den letzten 30 Tagen gelegentlich gedampft zu haben. Bei Männern sind die Werte jeweils etwas höher als bei Frauen. (Klimont 2020)

Der tägliche Konsum von E-Zigaretten, E-Shishas oder E-Pfeifen ist mit zwei Prozent in der Gruppe der 35- bis 39-Jährigen am höchsten (Quelle: ATHIS 2019; Berechnung GÖG).

Bezüglich Dual Use von E-Zigaretten bzw. anderen elektronischen Rauchwaren und Tabakzigaretten bzw. anderen rauchbaren Tabakprodukten lässt sich laut ATHIS 2019 feststellen, dass in der Bevölkerung 15+ 68 Prozent derer, die E-Zigaretten bzw. andere elektronische Rauchwaren täglich oder gelegentlich konsumieren, auch Tabakprodukte täglich oder gelegentlich konsumieren. Das sind rund zwei Prozent der Bevölkerung 15+ (Quelle: ATHIS 2019; Berechnung GÖG).

Ergebnisse der Eurobarometerbefragungen bezüglich der Lebenszeitprävalenz zeigen, dass immer mehr Österreicher:innen (15+) das Dampfen elektronischer Erzeugnisse ausprobieren (2009: 5 %, 2012: 6 %, 2015: 9 %, 2017: 21 %). Der Gebrauch diesbezüglicher Produkte lag laut Eurobarometer 2015 bei einem Prozent und 2017 bei drei Prozent. Im Jahr 2020 wurde die Frage geändert – es wurde nach dem Konsum von E-Zigaretten gefragt. Dabei gaben 18 Prozent an, E-Zigaretten bereits ausprobiert zu haben, und vier Prozent sagten, dass sie aktuell E-Zigaretten dampfen (European Commission 2010; European Commission 2012; European Commission 2015; European Commission 2017; European Commission 2021).

Konsum von rauchfreien Tabakerzeugnissen

Ein Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren gab im Jahr 2020 an, täglich oder fast täglich rauchfreie Tabakerzeugnisse (z. B. Kautabak, Schnupftabak oder „Snus“) zu konsumieren. Zwei weitere Prozent gaben an, diese in den letzten 30 Tagen gelegentlich/sporadisch konsumiert zu haben. 23 Prozent haben diese Produkte schon einmal probiert. Bei Männern sind die Werte jeweils höher als bei Frauen (Quelle: Befragung zum Substanzgebrauch 2020; Berechnungen: GÖG) (Strizek et al. 2021).

Ergebnisse der Eurobarometerbefragungen bezüglich der Lebenszeitprävalenz rauchfreier Tabakerzeugnisse (Kautabak, Schnupftabak oder „Snus“) zeigen für Österreicher:innen (15+) zwischen 2009 und 2020 keinen klaren Trend. Die Ergebnisse liegen zwischen 10 und 17 Prozent (2009: 11 %, 2012: 17 %, 2015: 10 %, 2017: 12 %, 2020: 16 %) (European Commission 2010; European Commission 2012; European Commission 2015; European Commission 2017; European Commission 2021).

Konsum von Nikotinsäckchen⁷³

Etwa ein halbes Prozent (0,7 %) der Bevölkerung ab 15 Jahren gab im Jahr 2020 an, täglich oder fast täglich Nikotinsäckchen zu konsumieren. Ein weiteres Prozent gab an, diese Produkte in den letzten 30 Tagen gelegentlich konsumiert zu haben. Fünf Prozent haben diese Produkte schon einmal probiert. Die Werte sind hier bei Männern jeweils höher als bei Frauen. In der Gruppe der 15- bis 34-Jährigen konsumieren zwei Prozent täglich Nikotinsäckchen. Weitere drei Prozent konsumieren sie gelegentlich. Insgesamt zwölf Prozent geben in dieser Altersgruppe an, Nikotinsäckchen bereits einmal konsumiert zu haben (Quelle: Befragung zum Substanzgebrauch 2020; Berechnungen: GÖG) (Strizek et al. 2021).

Konsum von Tabak mittels Tabakerhitzern (Heated-Tobacco-Produkte)

Rund ein halbes Prozent (0,4 %) der Bevölkerung ab 15 Jahren gab im Jahr 2020 an, täglich oder fast täglich Tabak mittels Tabakerhitzern (Heated-Tobacco-Produkte) konsumiert zu haben. Ein weiteres halbes Prozent (0,6 %) gab an, Tabak in dieser Form in den letzten 30 Tagen gelegentlich konsumiert zu haben. Insgesamt rund vier Prozent haben diese Produkte schon einmal probiert. Die Werte sind bei Männern jeweils höher als bei Frauen. In der Gruppe der 15- bis 34-Jährigen ist es ein Prozent, das Tabak mittels Tabakerhitzern täglich konsumiert, zwei Prozent konsumieren ihn gelegentlich in dieser Form. Insgesamt zwölf Prozent haben in dieser Gruppe Tabak zum Erhitzen schon einmal probiert (Quelle: Befragung zum Substanzgebrauch 2020; Berechnungen: GÖG) (Strizek et al. 2021).

Zusammenfassung: Zwar probieren immer mehr Personen Wasserpfeifen/Shishas bzw. E-Zigaretten und dergleichen aus, der tägliche und auch der regelmäßige Konsum in der Bevölkerung ab 15 Jahren sind jedoch vergleichsweise gering. Ebenfalls gering sind der tägliche und auch der gelegentliche Konsum rauchfreier Tabakprodukte sowie jener von Nikotinsäckchen und von Heated-Tobacco-Produkten. Sowohl Wasserpfeifen bzw. Shishas als auch E-Zigaretten, rauchfreie Tabakerzeugnisse, Nikotinsäckchen und Tabake zum Erhitzen werden von Männern häufiger konsumiert als von Frauen.

73

Nicotinsäckchen enthalten keinen Tabak, sondern vorrangig den Wirkstoff Nikotin.

7.4 Passivrauchen

Laut ATHIS-Befragung 2019 sind neun Prozent der Personen im Alter ab 15 Jahren täglich mindestens eine Stunde lang Passivrauch ausgesetzt, weitere vier Prozent auch täglich, aber kürzer als eine Stunde pro Tag.⁷⁴

Männer sind häufiger als Frauen Passivrauch ausgesetzt. Elf Prozent der Männer und acht Prozent der Frauen sind mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt, weitere fünf Prozent der Männer und drei Prozent der Frauen auch täglich, aber kürzer als eine Stunde pro Tag. Bei jüngeren Personen ist die Passivrauchexposition häufiger als bei älteren Personen. Elf Prozent der 15- bis 29-Jährigen, zehn Prozent der 30- bis 59-Jährigen und sechs Prozent der Personen 60+ sind mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt.

Im Vergleich zu den Ergebnissen der ATHIS-Befragung 2014 hat der Anteil der Personen, die täglich mindestens eine Stunde lang Passivrauch ausgesetzt sind, stark abgenommen (15 % 2014 vs. 9 % 2019).

Ebenfalls häufiger Passivrauch ausgesetzt sind Personen mit Migrationshintergrund (beide Eltern im Ausland geboren), Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss und Personen mit niedrigerem Haushaltseinkommen. 14 Prozent der Personen mit Migrationshintergrund und acht Prozent der Personen ohne Migrationshintergrund (jeweils 15 Jahre und älter) geben an, mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt zu sein. Zwölf Prozent der Personen mit maximal Pflichtschulabschluss, zehn Prozent der Personen mit Lehr- oder BMS-Abschluss und fünf 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. 14 Prozent der Personen mit einem Haushaltseinkommen unter dem 1. Quintil und vier Prozent der Personen mit einem Haushaltseinkommen zwischen dem 4. und dem 5. Quintil (jeweils 30 Jahre und älter) erklären, mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt zu sein.

Im Europäischen Vergleich (EU-27) liegt Österreich – laut EHIS 2019⁷⁵ – bei der Passivrauchexposition (mindestens eine Stunde täglich) mit neun Prozent etwas unter dem europäischen Durchschnitt von 10 Prozent. Im Jahr 2014 lag Österreich mit 15 Prozent noch über dem europäischen Durchschnitt (die damalige EU-28 exkl. Irland) von elf Prozent (Eurostat – European Health Interview Survey 2014 bzw. 2019 [Zugriff am 30.06.2022]).

74

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.

75

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

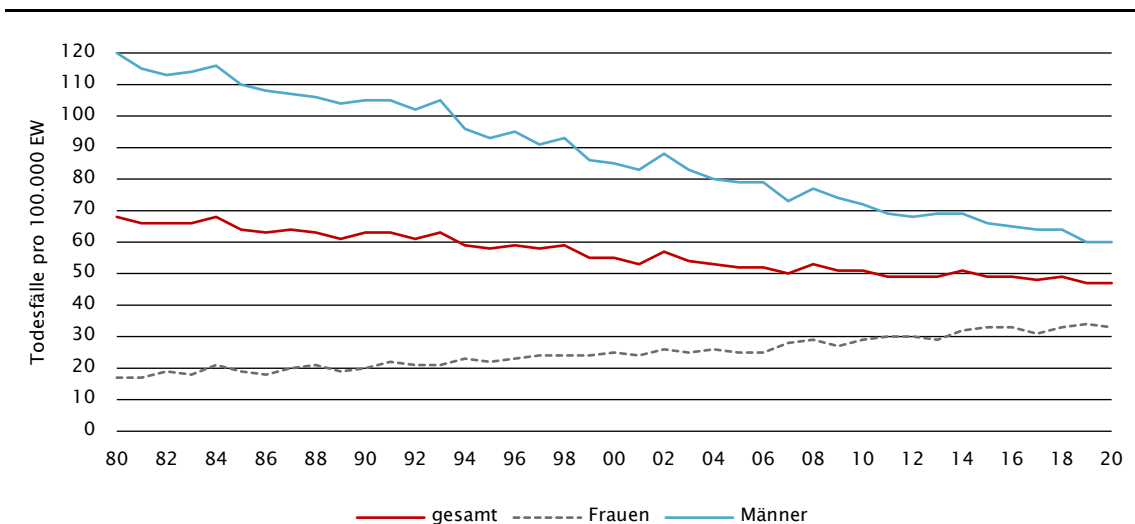
Der Konsum von Tabak verursacht zahlreiche tödliche Krankheiten und gilt deshalb als eines der bedeutendsten Gesundheitsrisiken (RKI 2008; WHO 2015). Zu den Spätfolgen des Tabakkonsums zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, Atemwegserkrankungen wie z. B. COPD, chronische 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 7.6) und korrespondiert zeitversetzt mit dem Verlauf des Rauchverhaltens von Männern und Frauen (vgl. Abbildung 7.2). Im Jahr 2020 sind 2.412 Männer und 1.635 Frauen infolge eines Bronchialkarzinoms gestorben (2019: 2.343 Männer, 1.648 Frauen). 27 Prozent waren unter 65 Jahre alt. 33 Prozent waren zwischen 65 und 74 Jahre alt (Statistik Austria – Todesursachenstatistik).

Abbildung 7.6:

Entwicklung der Todesfälle pro 100.000 Einwohner:innen infolge von Bronchialkarzinomen (C33 und C34, ICD-10), 1980–2020



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1980–2020 sowie Statistik des Bevölkerungsstandes 1980–2020; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Rahmen des „Global Burden of Disease“-Monitorings wurde für Österreich für das Jahr 2019 geschätzt, dass ca. 13.100 Todesfälle bzw. rund 16 Prozent aller Todesfälle auf das Rauchen von

Tabak (inklusive Passivrauchen) zurückzuführen sind (Global Burden of Disease Viz Hub, [Zugriff am 30.6.2022]).

Zusammenfassung: Im Jahr 2020 verstarben 2.412 Männer und 1.635 Frauen infolge eines Bronchialkarzinoms, das größtenteils durch Tabakrauchen verursacht wird. 27 Prozent der Verstorbenen waren unter 65 Jahre alt. Die Werte hinsichtlich Rauchverhalten und Sterblichkeit infolge von Lungenerkrankungen der Männer und der Frauen gleichen sich in den letzten Jahrzehnten einander immer mehr an.

7.6 Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören

In der ATHIS-Befragung 2019 gaben 36 Prozent der täglich Rauchenden (37 % der 15- bis 59-Jährigen und 33 % im Alter 60+) an, im letzten Jahr erfolglos versucht zu haben, das Rauchen aufzugeben.⁷⁶ Das entspricht hochgerechnet ca. 570.000 Personen (rund 8 % der Bevölkerung 15+). Rund 40 Prozent davon sind Frauen; der Großteil ist zwischen 30 und 59 Jahre alt (vgl. Abbildung 7.7).

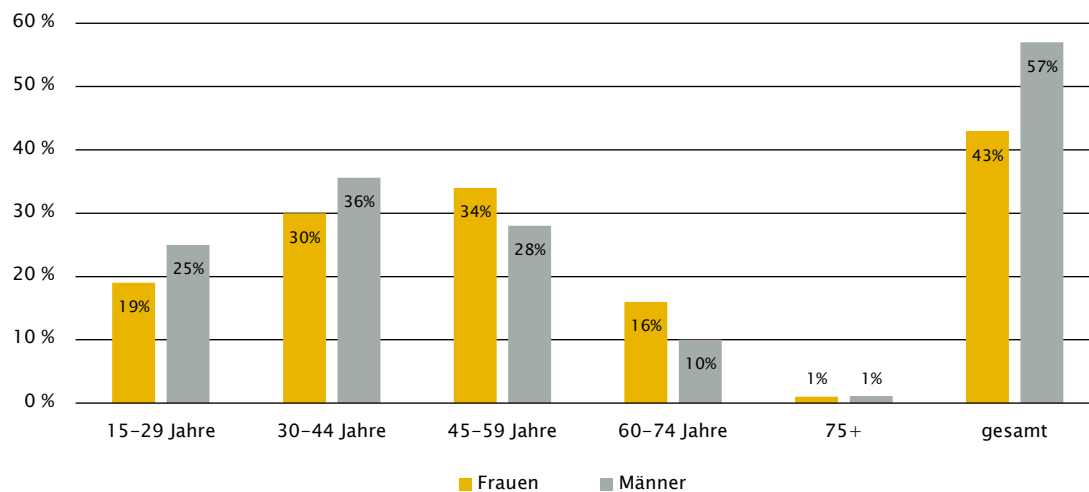
25 Prozent der Personen im Alter 15+ haben einst täglich geraucht und rauchen jetzt nicht mehr. Der Anteil derer, die jemals täglich geraucht haben und jetzt nicht mehr rauchen, nimmt mit dem Alter zu. Er ist bei Männern höher als bei Frauen (29 % vs. 21 %), allerdings ist bei Männern auch der Anteil derer höher, die jemals täglich geraucht haben (ATHIS 2019).

76

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

Abbildung 7.7:

Täglich Rauchende, die im letzten Jahr erfolglos versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören, nach Alter und Geschlecht, 2019



Quelle: ATHIS 2019; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Ein gutes Drittel der im Jahr 2019 täglich Rauchenden (etwa 570.000 Personen) versuchte im Jahr davor (2018) erfolglos, mit dem Rauchen aufzuhören. Etwa 40 Prozent davon waren Frauen. Der Großteil war zwischen 30 und 59 Jahre alt.

8 Im Fokus: COVID-19

Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie werden im vorliegenden Kapitel dargestellt. Hierzu wird anhand der verfügbaren Datenquellen analysiert, welche Auswirkungen es auf den Konsum von illegalen Drogen, Tabak und Alkohol gab und welche Auswirkungen sich im Behandlungsbereich zeigen.

8.1 Auswirkungen auf das Konsumverhalten

Neben der aktuellen Bestandsaufnahme der Situation sind aus einer Suchtperspektive **primär längerfristige Auswirkungen** relevant, da sich Konsummuster häufig erst über einen längeren Zeitraum in einem suchtrelevanten Ausmaß manifestieren. Spezielles Augenmerk ist hier auf jene Gruppen zu legen, bei denen sich aufgrund **multipler Belastungen** (z. B. erhöhte Belastung durch verstärkten Kinderbetreuungsaufwand, Isolation von alleinstehenden Personen, Jobunsicherheit oder psychische Vorerkrankungen wie Angststörungen und Depression) und einer damit verbundenen erhöhten Stressbelastung mittel- und langfristig die Wahrscheinlichkeit für eine Suchtentwicklung erhöht.

Illegale Drogen

Im Bereich illegale Drogen steht die Frage im Zentrum, welche Auswirkungen sich in Hinblick auf **risikoreichen Drogenkonsum** zeigen. Die Frage nach den langfristigen Auswirkungen auf das Konsumverhalten lässt sich derzeit noch nicht anhand konkreter Zahlen beantworten. Lediglich zu kurzfristigen Auswirkungen auf den Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung lassen sich erste Rückschlüsse ziehen, die sich auf Befragungsdaten und auf abwasserepidemiologische Studien stützen (siehe dazu Busch et al. 2022). Darüber hinaus kann jedoch auch auf qualitative Daten aus zwei bei Drogen- und Suchtkoordinationen bzw. Einrichtungen der Suchthilfe durchgeführten Erhebungen des Kompetenzzentrums Sucht zurückgegriffen werden. Aus manchen Regionen wird für Klientinnen und Klienten der Suchthilfe anekdotisch ein verstärkter Umstieg von illegalen Substanzen auf Medikamente/Alkohol im ersten Lockdown berichtet. Diese Momentaufnahmen sind nicht frei von Widersprüchen, plausibel erscheint allerdings das Bild einer verstärkten Bedeutung von Substanzen, die sich zur Beruhigung einsetzen lassen und leichter verfügbar sind, sowie ein Rückgang von (aufputschenden) Partysubstanzen (Strizek et al. 2021). Die Einschätzungen der befragten Institutionen hinsichtlich des Konsumverhaltens im Zeitraum Juni bis Dezember 2020 sind sehr heterogen. Das Gros der Befragten geht aber von keiner großen Veränderung der Konsummuster aus. Bei Alkohol- und Tabakkonsum wird von fast allen Befragten ein Anstieg diagnostiziert. Etwas schwächer ausgeprägt ist dies auch bei aufputschenden Substanzen (Kokain und vor allem Amphetamin), aber auch bei Cannabis der Fall. Vereinzelt werden auch ein Anstieg des Mischkonsums, der unreflektierte Konsum neuer Substanzen und risikoreiche Konsumsituationen wie etwa im Rahmen illegaler privater Zusammenkünfte berichtet (Priebe/Busch 2021).

In puncto Langzeitfolgen werden Belastungen wie etwa soziale Ausgrenzung, Einkommens- oder Arbeitsplatzverlust und langfristig gestiegene psychische Morbidität (Depressionen, Angstzustände) als besonders besorgniserregend gesehen. Aber auch eine gestiegene Abhängigkeit von Alkohol oder Benzodiazepinen bei manchen Klientinnen und Klienten und indirekt drogenbedingte Schäden aufgrund geschlechtsspezifischer und häuslicher Gewalt werden als beunruhigende Aspekte genannt.

Versäumte Gelegenheiten, eine drogenbezogene Behandlung zu beginnen (vgl. Abschnitt 8.2), und der Entfall vieler suchtpreventiver Maßnahmen könnten in Zukunft ebenfalls zu einer Verschlechterung der Situation hinsichtlich des risikoreichen Drogenkonsums führen.

Zusammenfassung: Die mittel- bis langfristigen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den risikoreichen Drogenkonsum bzw. auf Personen mit Drogenproblematik lassen sich derzeit noch nicht abschätzen. Die durch die Pandemie zusätzlich entstandenen Belastungen (Ängste, Vereinsamung) dürften zu einer Erhöhung der psychiatrischen Komorbidität bei Suchtkranken führen, die in manchen Einrichtungen bereits beobachtet wird. Versäumte Chancen, eine Suchtbehandlung zu beginnen, und der Ausfall vieler suchtpreventiver Maßnahmen sind weitere Faktoren, die eine Verschärfung der Situation im Bereich Drogensucht und eine gesteigerte Behandlungsnachfrage nach der Pandemie plausibel machen.

Alkohol

Auswertungen der Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (Strizek et al. 2021) zufolge hat ein Großteil der Befragten (71 %) während des ersten Lockdowns den Alkoholkonsum nicht in einem relevanten Ausmaß geändert. Der Anteil an Personen, die ihren Konsum reduziert haben (16 %), ist etwas größer als der Anteil jener, die ihren Konsum gesteigert haben (13 %). Für letztere waren Stress sowie der Wegfall der Tagesstruktur wichtige Gründe für diesen Konsumanstieg. Viele Personen, die während des ersten Lockdowns ihre Konsumfrequenz auf täglichen Konsum erhöht hatten, sind im Oktober 2020 wieder zu ihrer ursprünglichen (niedrigeren) Konsumfrequenz zurückgekehrt. Vergleicht man die durchschnittliche Konsummenge im Oktober 2020 mit jener vor dem ersten coronabedingten Lockdown, zeigt sich ein Anstieg des Alkoholkonsums insbesondere bei Frauen, bei Personen mit niedrigem Bildungsabschluss sowie bei jenen Personen, die ohnehin schon in erhöhtem Maße Alkohol getrunken haben.

Einen wichtigen Indikator für die Entwicklung des Alkoholkonsums liefern die Wirtschaftsdaten zum Alkoholverkauf. Hier zeigt sich ein Rückgang von drei bis sechs Prozent⁷⁷. Bei der Detailanalyse der Absatzstruktur im Bierhandel (Verband der Brauereien Österreichs 2021) zeigt sich, dass im Jahr 2020 der Absatz im Lebensmittelhandel auf Kosten der Gastronomie lockdownbedingt an Bedeutung gewonnen hat; somit ist anzunehmen, dass sich der Konsum (während der COVID-19-Maßnahmen) stärker in den privaten Bereich verlagert hat.

Zusätzlich liegen Befragungsdaten aus einer im Frühjahr 2021 durchgeführten Wiener Erhebung vor (Zandonella 2021). Von jenen Personen, die vor der Pandemie nicht täglich Alkohol konsumiert haben, geben 15 Prozent an, mehr Alkohol und 10 Prozent, weniger Alkohol zu trinken. Bei jenen Personen, die bereits vor der Pandemie täglich Alkohol konsumiert haben, geben jedoch mit 29 Prozent wesentlich mehr Menschen an, ihren Alkoholkonsum gesteigert zu haben. In dieser Gruppe geben aber auch 21 Prozent an, weniger zu trinken. Die Zunahme des Alkoholkonsums während der Pandemie steht dabei vor allem in Zusammenhang mit Depressionen, fehlenden Sozialkontakten, existenzieller Unsicherheit und der zunehmenden Dauer der Pandemie.

Zusammenfassung: Die pandemiebedingten Einschränkungen haben insgesamt zu einem relevanten Rückgang des durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsums von Alkohol in Österreich geführt. Es bestehen aber Indizien für einen Anstieg bei Frauen, bei Personen mit niedrigem Bildungsabschluss sowie bei jenen Personen, die ohnehin schon in erhöhtem Maße Alkohol getrunken haben. Um herauszufinden, ob es sich hierbei um eine kurzfristige Entwicklung oder einen längerfristigen Trend handelt, bedarf es weiterer Untersuchungen.

Tabak

Im Folgenden wird thematisiert, wie sich COVID-19 auf das Rauchverhalten insbesondere von täglich Rauchenden auswirkt. Im Rahmen der Befragung zum Substanzkonsum 2020 (Strizek et al. 2021), die zwischen April und Anfang Juni 2020 durchgeführt wurde, wurden pandemiebedingt auch Fragen zu Veränderungen des Tabakkonsums in der Zeit des ersten Lockdowns gestellt. Laut der Befragung hat in den letzten 30 Tagen vor der Coronakrise knapp jede(r) fünfte Befragte (17 %) täglich Zigaretten geraucht.

Von diesen täglichen Raucherinnen und Rauchern haben etwa gleich viele Personen in der ersten Phase der Pandemie (inklusive des ersten Lockdowns) ihren Konsum gesteigert bzw. reduziert (17 % vs. 15 %).

77

Diese Spannweite der Schätzung kommt dadurch zustande, dass die Versorgungsbilanzen Wein und Bier der Statistik Austria nicht nach Kalenderjahren, sondern jeweils mit Jahresmitte datiert sind (also die Entwicklung von 2018/19 auf 2019/20 bzw. von 2019/20 auf 2020/21 etc. abbilden) und damit die Auswirkungen der Coronakrise nicht in vollem Umfang abbilden. Werden diese Zahlen herangezogen, ergibt sich für den Pro-Kopf-Konsum im Jahr 2020 ein Minus (gesamt) von gerundet drei Prozent im Vergleich zum Pro-Kopf-Konsum im Jahr 2019. Daten des Verbands der Brauereien Österreichs legen einen deutlicheren Rückgang für das gesamte Jahr 2020 nahe, als sich dies bislang in der Versorgungsbilanz Bier zeigt.

Personen, welche die erste Phase der Coronakrise überproportional als Belastung wahrgenommen haben, berichteten auch häufiger als weniger belastete Personen, ihre Konsumgewohnheiten geändert zu haben. Ein Fünftel der rauchenden Frauen hat in dieser ersten Phase der Pandemie den Zigarettenkonsum gesteigert (21 %). Bei Männern beträgt dieser Anteil nur 14 Prozent. Bei jüngeren Menschen zeigten sich stärkere Auswirkungen auf das Konsumverhalten als bei Älteren: Circa 40 Prozent der rauchenden 15- bis 34-Jährigen haben ihr Konsumverhalten geändert, während es bei den rauchenden über 65-Jährigen nur 20 Prozent waren.

Als wichtigsten Faktor für eine Reduktion des Zigarettenkonsums nannte etwa ein Drittel mangelnde Gelegenheiten, weil z. B. zu Hause nicht geraucht wird oder weil die Versuchung, außer Haus zu rauchen, geringer war. Ein Viertel nannte gesundheitliche Überlegungen im Zusammenhang mit einer möglichen SARS-CoV-2-Infektion als Grund dafür, den Zigarettenkonsum zu reduzieren. Die am häufigsten genannten Gründe für einen gesteigerten Zigarettenkonsum waren einerseits erhöhter Stress bzw. mehr Belastungen, andererseits mehr Freizeit.

Eine Nachbefragung im Herbst 2020 im Rahmen der Befragung zum Substanzkonsum 2020 (GÖG 2020; Strizek et al. 2021) zeigt, dass auch im Sommer 2020 zur Zeit der Lockerungen sowie im Herbst 2020, als es wieder zu Verschärfungen der Lockdown-Bestimmungen kam, der Anteil der täglich Rauchenden konstant geblieben ist.

Für ein Gleichbleiben der im Jahr 2020 insgesamt konsumierten Menge an Zigaretten sprechen auch die Verkaufs- und Dunkelzifferschätzungen für das Jahr 2020 (vgl. Abschnitt 7.2).

Zusammenfassung: Pandemiebedingt dürfte es im Jahr 2020 zu keinen Änderungen beim Anteil der täglich Rauchenden gekommen sein. Personen, die ihren Konsum krisenbedingt reduziert, und solche, die ihn krisenbedingt gesteigert haben, dürften sich die Waage gehalten haben. Auch die Zigarettenverkaufszahlen inklusive Dunkelzifferschätzungen sprechen für ein Gleichbleiben der im Jahr 2020 insgesamt konsumierten Menge. Bei Raucherinnen hat sich der Zigarettenkonsum während des ersten Lockdowns stressbedingt erhöht.

8.2 Suchtbehandlungen

In puncto Suchtbehandlungen liegen vorrangig Daten aus dem Drogenbereich vor, da hier auf das bundesweite Behandlungsdokumentationssystem (DOKLI) zurückgegriffen werden kann und zusätzlich österreichweite Substitutionsdaten zur Verfügung stehen. Im Bereich Alkohol stehen bundesweit ausschließlich Daten zur stationären Behandlung zur Verfügung und im Bereich Tabak gibt es keine bundesweiten Daten.

Illegale Drogen

Bezüglich der **Opioid-Substitutionsbehandlung** reagierte der Gesetzgeber mit der Änderung von Gesetzen beziehungsweise Verordnungen: Im Rahmen der COVID-19-Gesetzgebung wurde durch

das SMG die Möglichkeit geschaffen, bei Patientinnen und Patienten, bei denen keine Hinweise auf eine Mehrfachbehandlung vorliegen, eine Substitutionsdauerverschreibung mit dem Vermerk „Vidierung nicht erforderlich“ auszustellen. Des Weiteren wurde durch eine Änderung des Gesundheitstelematikgesetzes die gesetzliche Möglichkeit geschaffen, Verschreibungen suchtmittelhaltiger Arzneimittel per E-Mail oder Fax an die Apotheken zu übermitteln. Dies zielte darauf ab, die Arzneimittelversorgung der Substitutionspatientinnen und -patienten möglichst ohne Personenkontakt sicherzustellen (Busch et al. 2021).

Insgesamt zeigt sich, dass die bereits bestehenden **Substitutionsbehandlungen** auch während der COVID-19-Krise gut aufrechterhalten werden konnten. Ein leichter Rückgang zeigt sich hingegen bei den lebensbezogenen Erstbehandlungen und bei den begonnenen Behandlungen (vgl. Tabelle 8.1).

Tabelle 8.1:
Personen in Substitutionsbehandlung, 2019, 2020 und 2021 im Vergleich

	2019	2020*	2021	Veränderung von 2019 auf 2020 in Prozent	Veränderung von 2019 auf 2021 in Prozent
lebensbezogene Erstbehandlungen	1.197	1.130	1.089	-6 %	-9 %
Personen, die eine Behandlung begonnen haben	2.228	2.060	2.058	-8 %	-8 %
insgesamt behandelte Personen	19.587	19.618	20.138	0 %	+3 %

*Aufgrund von (coronabedingt) nachgemeldeten Behandlungen wurden die Substitutionszahlen des Jahres 2020 neu berechnet.

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

Tabelle 8.2:
Längerfristig behandelte Personen in DOKLI-Einrichtungen nach Behandlungssetting, 2017–2019, 2020 und 2021 im Vergleich

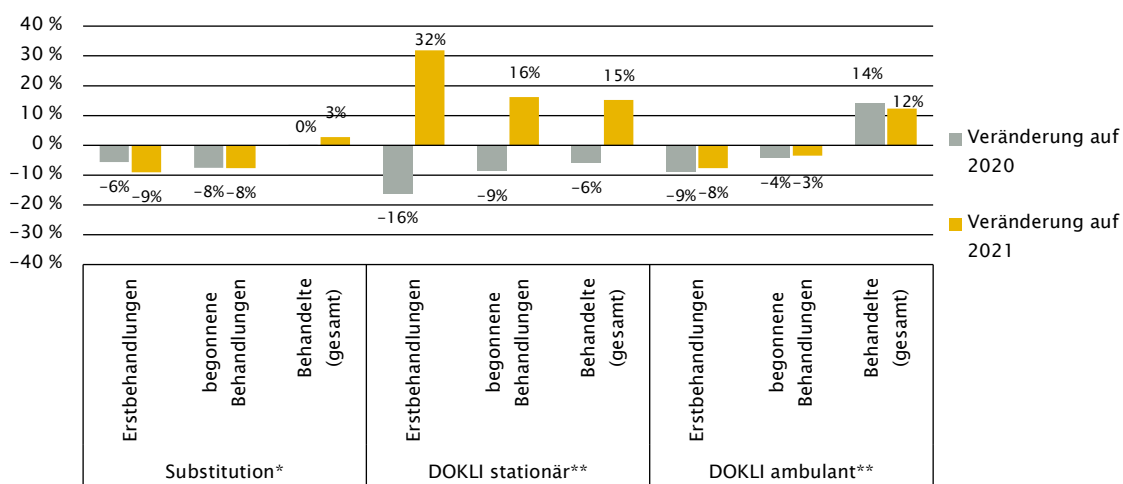
Behandlungssetting und Art der Behandlung	Mittelwert 2017–2019*	2020	2021	Veränderung von 2017–2019 auf 2020 in Prozent	Veränderung von 2017–2019 auf 2021 in Prozent
stationär: lebensbezogene Erstbehandlungen	166	139	219	-16 %	+32 %
stationär: Personen, die eine Behandlung begonnen haben	746	682	867	-9 %	+16 %
stationär: insgesamt behandelte Personen	1.117	1.050	1.287	-6 %	+15 %
ambulant: lebensbezogene Erstbehandlungen	1.883	1.717	1.739	-9 %	-8 %
ambulant: Personen, die eine Behandlung begonnen haben	4.021	3.847	3.881	-4 %	-3 %
ambulant: insgesamt behandelte Personen	9.429	10.760	10.594	+14 %	+12 %

*Aufgrund von Schwankungen bezüglich der Anzahl datenmeldender DOKLI-Einrichtungen wurde für den Vergleich der Veränderung ein Mittelwert von drei Jahren herangezogen.

Quelle: DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ein Vergleich der im Pandemiejahr 2020 in **DOKLI-Einrichtungen wegen einer illegalen Drogenproblematik** behandelten Personen mit dem Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 zeigt folgendes Bild: Die Zahl der insgesamt behandelten Personen ist im Jahr 2020 im stationären Bereich zurückgegangen, im ambulanten Bereich dafür aber gestiegen⁷⁸. Bei begonnenen Behandlungen und insbesondere bei Erstbehandlungen zeigen sich sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich nennenswerte Rückgänge (vgl. Tabelle 8.2). Im Jahr 2021 wurden die Rückgänge im stationären Bereich mehr als überkompensiert. Im ambulanten Bereich gab es bei begonnenen Behandlungen und Erstbehandlungen weiterhin etwas niedrigere Werte als 2017–2019.

Abbildung 8.1:
Prozentuelle Veränderung der Behandlungszahlen in den Pandemiejahren 2020 und 2021 im Vergleich zum Jahr 2019 (Substitution) bzw. 3-Jahresdurchschnitt 2017–2019 (DOKLI)



Legende:

Anmerkung: Aufgrund von (coronabedingt) nachgemeldeten Behandlungen wurden die Substitutionszahlen des Jahres 2020 neu berechnet.

* Veränderung zwischen 2019 und 2020 bzw. 2019 und 2021

** Veränderung zwischen 2017–2019 und 2020 bzw. 2017–2019 und 2021 (aufgrund von Schwankungen bezüglich der Anzahl datenmeldender DOKLI-Einrichtungen wurde für den Vergleich der Veränderung ein Mittelwert von drei Jahren herangezogen)

Erstbehandlungen: Personen, die im jeweiligen Jahr erstmals behandelt wurden

begonnene Behandlungen: Personen, die im jeweiligen Jahr mit einer Behandlung begonnen haben (und vormals schon einmal behandelt wurden)

Behandelte (gesamt): alle Personen, die im jeweiligen Jahr behandelt wurden

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

78

Auch bei diesem Anstieg ist davon auszugehen, dass Behandlungen pandemiebedingt seltener (als) beendet (dokumentiert) wurden und es daher trotz weniger begonnener Behandlungen zu einer gestiegenen Gesamtzahl behandelter Personen kam. Aufgrund der Erhebungsart der Variable „Behandlungsende“ in DOKLI ist eine Auswertung dieser in diesem Zusammenhang nicht aussagekräftig (pro Person wird eine beendete Behandlung gemeldet, unabhängig davon, in welchem Setting sie stattfand oder um welche Behandlungsart es sich dabei handelte).

In Abbildung 8.1 werden nochmals die Veränderungen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Behandlungen im gesamten illegalen Drogenbereich in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 veranschaulicht.

Die eben referierten Beobachtungen decken sich auch mit Berichten aus Einrichtungen und von Sucht- und Drogenkoordinatorinnen bzw. -koordinatoren der Bundesländer, wie beispielsweise Befragungen im Rahmen des Projekts „Suchtbehandlung in der Krise“ (Strizek et al. 2020) gezeigt haben. Personen, die bereits in Behandlung waren, konnten größtenteils weiterbehandelt werden. Es ist auch anzunehmen, dass laufende Behandlungen während der Pandemie (aufgrund der zusätzlichen Belastung der Patientinnen und Patienten) eher weniger oft beendet wurden. Der Rückgang der begonnenen Behandlungen, insbesondere der Erstbehandlungen im ambulanten Bereich und bei der Opioid-Substitutionsbehandlung, gibt jedoch Grund zur Sorge. Es ist anzunehmen, dass einige Suchtkranke, die sonst in Behandlung gekommen wären, aufgrund von COVID-19 keinen Anschluss an das System der Suchthilfe gefunden haben. Es ist weiters davon auszugehen, dass sich deren Lebenssituation bzw. Schwere der Suchterkrankung aufgrund der Belastungen durch COVID-19 kaum verbessert, sondern im Gegenteil eher verschlechtert haben wird. Daher liegt der Schluss nahe, dass sich der Behandlungsbedarf in der Zeit nach COVID-19 erhöhen wird.

Zusammenfassung: Insgesamt zeigt sich, dass die bereits bestehenden Behandlungen sowohl im Bereich der Opioid-Substitutionsbehandlung als auch in den DOKLI-Einrichtungen in den meisten Fällen weitergeführt werden konnten. Personen wurden vermutlich aufgrund von COVID-19 sogar länger in Behandlung gehalten. Der Rückgang der begonnenen Behandlungen, insbesondere der Erstbehandlungen im ambulanten Bereich und bei der Opioid-Substitutionsbehandlung, gibt jedoch Grund zur Sorge. Es ist anzunehmen, dass einige Suchtkranke, die sonst in Behandlung gekommen wären, aufgrund von COVID-19 keinen Anschluss an das System der Suchthilfe gefunden haben. Da weiters davon auszugehen ist, dass sich deren Lebenssituation bzw. Schwere der Suchterkrankung aufgrund der Belastungen eher verschlechtert hat, wird sich der Behandlungsbedarf in der Zeit nach COVID-19 vermutlich erhöhen.

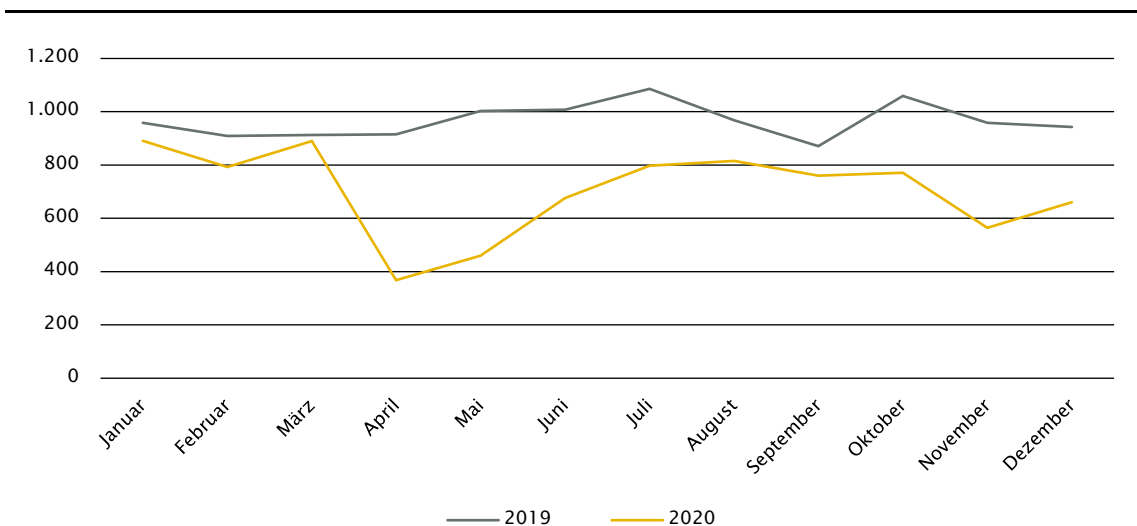
Alkohol

Im Rahmen des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 kam es in mehreren Bundesländern vorübergehend zu einer zumindest teilweisen Schließung stationärer Behandlungsangebote in suchtspezifischen Einrichtungen bzw. psychiatrischen Abteilungen mit entsprechenden Schwerpunkten. Somit waren mancherorts vorübergehend längerfristige Entwöhnungsbehandlungen nicht möglich. Während in manchen Regionen aufgrund dieser Schließungen überhaupt keine Entzugsbehandlungen möglich waren bzw. Patientinnen und Patienten dafür auf andere Bundesländer ausweichen mussten, wurden in anderen Regionen Entzüge vorübergehend auf internen Stationen durchgeführt (Strizek et al. 2020). Diese Maßnahme verdeutlicht sich auch in einer Auswertung auf Basis von Daten der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (vgl. Abbildung 8.2).

Schließungen im stationären Suchthilfebereich während des ersten Lockdowns erfolgten teilweise explizit, um Betten für COVID-19-Patientinnen und -Patienten freizuhalten bzw. um Patientinnen und Patienten aus anderen Spitälern übernehmen zu können. Mehrfach wurde berichtet, dass diese Betten letztlich aber nie für diese Zwecke genutzt wurden. Im Rahmen der weiteren Lockdowns im Pandemieverlauf konnte eine Schließung von stationären Einrichtungen bzw. von Stationen für Alkoholentzugsbehandlungen abgewendet werden.

Im Bereich der ambulanten Versorgung konnte mittels Telefon- und Onlineangeboten der Kontakt zu den meisten Klientinnen und Klienten aufrechterhalten werden, gruppentherapeutische Angebote mussten hingegen eingestellt werden. Letzteres betraf auch Angebote der Selbsthilfe. Auch im Bereich der niederschweligen Betreuung sowie bei tagesstrukturierenden Angeboten der Suchthilfe kam es zu deutlichen Einschränkungen in Ausmaß und Qualität der Angebote. Weitgehend einhellig wird berichtet, dass Personen, die schon gut in das Suchthilfesystem integriert waren, mit diesen Adaptionen besser zurechtkamen als Personen, die eine Erstbehandlung benötigten (Strizek et al. 2020).

Abbildung 8.2:
Stationäre Behandlungen wegen Alkoholabhängigkeitsdiagnosen, 2019 und 2020 im Vergleich



Anmerkung: Aufenthalte mit Hauptdiagnose F10.2 und F10.3

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

Viele Indizien sprechen dafür, dass in den nächsten Jahren die Versorgung von Menschen mit alkoholassoziierten Problemen vor deutlichen Herausforderungen und einem erhöhten Betreuungsbedarf stehen wird. Gründe dafür sind

- » ein wahrscheinlicher „Aufholbedarf“ für die Jahre nach der Pandemie aufgrund der reduzierten Behandlungsanspruchnahme während der Coronakrise,
- » eine erhöhte Nachfrage nach Unterstützungsmöglichkeiten in Zusammenhang mit Alkohol bei Personen, bei denen es durch oder infolge der Krise zu einem deutlichen Anstieg des

Alkoholkonsums bzw. bei einer bereits bestehenden Alkoholproblematik zu einem Rückfall gekommen ist,

- » eine erhöhte Betreuungsnachfrage als Folge einer Verlagerung des Alkoholkonsums in den privaten Raum, da hier problematische Konsummuster für Angehörige sichtbar sind,
- » eine Erhöhung der Betreuungsintensität aufgrund eines coronabedingt verspäteten Behandlungsbegins sowie einer Zunahme von psychosozialen Problemen infolge der Krise,
- » der Ausfall vieler suchtpreventiver Maßnahmen während der Krise.

Zusammenfassung: Im Bereich Alkohol kam es im Jahr 2020 aufgrund der Einschränkungen durch die Coronapandemie zu einem Rückgang der Behandlungen im Krankenhaus. Viele Indizien sprechen dafür, dass in den nächsten Jahren die Versorgung von Menschen mit alkoholassoziierten Problemen vor deutlichen Herausforderungen und einem erhöhten Betreuungsbedarf stehen wird.

8.3 Drogenbezogene Todesfälle

Die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle ist im Jahr 2021 mit 235 Fällen im Vergleich zum Vorjahr angestiegen (2020: 191 Fälle). Dies könnte in Zusammenhang mit der zusätzlichen Belastung der vulnerablen Gruppe der Suchtkranken durch COVID-19 stehen. Die zusätzlichen psychosozialen Belastungen und die Zunahme der psychiatrischen Komorbidität könnten insgesamt zu einem riskanteren Konsumverhalten geführt haben. Zudem ist bei tödlich verlaufenden Überdosierungen die Grenze zu suizidalem Verhalten oft nicht klar definierbar. Unter Fachleuten⁷⁹ besteht einheitlich die Meinung, dass die Pandemie keine Auswirkungen auf die Qualität der Statistik hatte (d. h. Prozedere und Obduktionsraten sind auf dem gleichen Niveau wie vor der Pandemie). Es ist daher von einer gleichbleibend guten Qualität der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle auszugehen.

79

In der jährlich stattfindenden „Arbeitsgruppe drogenbezogene Todesfälle“ diskutieren Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen (Suchthilfe, das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium, BMJ, BMI, gerichtsmedizinische Institute, Statistik Austria) drogenbezogene Todesfälle betreffende aktuelle Themen.

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
- Bachmayer, Sonja; Hojni, Markus; Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2020): Handbuch Alkohol – Österreich: Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2019. 9. Aufl. Gesundheit Österreich, Wien
- Bachmayer, Sonja; Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2022): Handbuch Alkohol – Österreich: Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen. 12. Aufl. (in Vorbereitung). Gesundheit Österreich, Wien
- BGBl I 1997/112: Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG)
- BMF (2022): Sonderauswertung: versteuerte Zigaretten. Schriftliche Mitteilung von Elisabeth Schitzhofer und Christian Adelwöhrer am 12.07.2022
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Brotherhood, Angelina; Klein, Charlotte; Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2022): Bericht zur Drogensituation 2022. Gesundheit Österreich, Wien
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Brotherhood, Angelina; Klein, Charlotte; Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2021): Bericht zur Drogensituation 2021. Gesundheit Österreich, Wien
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer–Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Türscherl, Elisabeth (2015): Epidemiologiebericht Drogen 2015. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Busch, Martin; Eggerth, Alexander (2010): Nasaler Heroinkonsum in Österreich. In: Sucht 56/6:414–422
- Busch, Martin; Grabenhofer–Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Wirl, Charlotte (2013): Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Busch, Martin; Grabenhofer–Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Klein, Charlotte; Kerschbaum, Hans; Türscherl, Elisabeth (2014): Epidemiologiebericht Drogen 2014, Gesundheit Österreich, Wien

- Busch, Martin; Haas, Sabine; Horvath, Ilonka; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Türscherl, Elisabeth (2007): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI). Klientenjahrgang 2006. Gesundheit Österreich, Wien
- 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. Bd. 6. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013): Tabak-Abhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. Westerwall
- Dür, Wolfgang; Griebler, Robert (2007): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien
- Dür, Wolfgang; Mravlag, Katharina (2002): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 6. WHO-HBSC-Surveys 2001 und Trends seit 1990. LBIMGS, Wien
- EG 111/2005: Verordnung des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 22. Dezember 2004 zur Festlegung von Vorschriften für die Überwachung des Handels mit Drogenaustauschstoffen zwischen der Gemeinschaft und Drittländern
- EG 273/2004: Verordnung des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 11. Februar 2004 betreffend Drogenausgangsstoffe
- EMCDDA (2013): PDU (Problem drug use) revision summary
- ESPAD Group (2020): ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Luxembourg
- European Commission (2010): Special Eurobarometer 332. Tobacco. Report. Fieldwork Oct. 2009. European Commission, Brussels
- European Commission (2012): Special Eurobarometer 385. Attitudes of Europeans towards Tobacco. Report. Fieldwork Feb. – Mar. 2012. European Commission, Brussels
- European Commission (2015): Special Eurobarometer 429. Attitudes of Europeans towards Tobacco. Report. Fieldwork Nov. – Dec. 2014. European Commission, Brussels
- European Commission (2017): Special Eurobarometer 458. Report. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Fieldwork Mar. 2017. European Commission, Brussels
- European Commission (2021): Special Eurobarometer 506. Report. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Fieldwork Aug. – Sept. 2020. European Commission, Brussels

- Felder–Puig, Rosemarie; Teutsch, Friedrich; Ramelow, Daniela; Maier, Gunter (2019): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO–HBSC–Survey 2018. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- Global Burden of Disease Viz Hub [online]. Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- GÖG, Kompetenzzentrum Sucht (2020): Berauscht durch die Krise? Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- GÖG/ÖBIG (2006): Bericht zur Drogensituation 2006. Gesundheit Österreich, Wien
- GÖG/ÖBIG (2010): Drogen–Monitoring Auswertungsergebnisse 2004–2009. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- Hojni, Markus; Delcour, Jennifer; Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2019): ESPAD Österreich. Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- IFES (2011): BADO–Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2010. Institut für empirische Sozialforschung, Wien
- Inchley, J.; Currie, D.; Budisavlijevic, S.; Torsheim, T.; Jasad, A.; Cosma, A. et al. (editors) (2020): Spotlight on adolescent health and well–being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School–aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- JTI (2008): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie der Wirtschaftskammer Österreich. Schriftliche Mitteilung von Susanne Schreiner, Wien
- JTI (2013): Studiendesign zur Zigarettenpackungsstudie der Firma CPM und Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie vom Herbst 2012. Schriftliche Mitteilung von Iris Perz, Wien
- JTI (2016): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für die Jahre 2013–2015. Schriftliche Mitteilung von Iris Perz, Wien
- JTI (2017): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für das Jahr 2016. Schriftliche Mitteilung von Iris Perz am 06.06.2017, Wien
- JTI (2018): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für das Jahr 2017. Schriftliche Mitteilung von Silvia Polan am 04.06.2018, Wien
- JTI (2019): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für die Jahre 2017 und 2018. Schriftliche Mitteilung von Silvia Polan am 05.04.2019
- JTI (2020): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für das Jahr 2019. Schriftliche Mitteilung von Silvia Polan am 21.04.2020

- JTI (2021): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für das Jahr 2020. Schriftliche Mitteilung von Silvia Polan am 08.04.2021
- JTI (2022): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für das Jahr 2022. Schriftliche Mitteilung von Silvia Polan am 12.07.2022
- Klimont, Jeannette (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Annex. Statistik Austria, Wien
- Klimont, Jeannette; Baldaszi, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Statistik Austria, Wien
- 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. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- Pape, Hilde; Rossow, Ingeborg; Brunborg, Geir Scott (2018): Adolescents drink less: How, who and why? A review of the recent research literature. In: Drug and alcohol review 37/1:98–114
- Priebe, Birgit; Busch, Martin (2021): Sucht und COVID-19 – Trendspotter März 2021. Österreichergergebnisse der EBDD-Trendspotting-Studie über Auswirkungen von COVID-19 auf Menschen mit illegalem Substanzkonsum und auf Einrichtungen der Drogenhilfe in der Europäischen Union (erweitert um Alkohol und Glücksspiel). Gesundheit Österreich, 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. 959–S. 1108
- RKI (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
- Schmutterer, Irene (2019a): Rauchverhalten bei Jugendlichen – aktuelle Ergebnisse der Befragungsreihen HBSC 2018 und ESPAD 2019. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien

- Schmutterer, Irene (2019b): Unterschiede im Rauchverhalten zwischen Männern und Frauen. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- Schmutterer, Irene; Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Bachmayer, Sonja; Puhm, Alexandra; Kobrna, Ulrike; Grimm, Gerhard; Springer, Alfred (2008): ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 2: Validierungsstudie. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG), Wien
- Singer, Manfred V.; Batra, Anil; Mann, Karl (2011): Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme Verlag, Stuttgart
- Statistik Austria (2021): Unfälle mit Personenschaden 2020. Wien
- 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; Busch, Martin; Priebe, Birgit; Puhm, Alexandra; Uhl, Alfred (2020): Sucht(behandlung) in der Krise. Kurzbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Busch, Martin; Puhm, Alexandra; Schwarz, Tanja; Uhl, Alfred (2021): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Hojni, Markus (2019): ESPAD 2019. Tabellenanhang. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016a): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016b): ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 3: Kreuztabellen. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Schmutterer, Irene; Grimm, Gerhard; Bohrn, Karl; Fenk, Regina; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2008a): ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 4: Kreuztabellen. Hg. v. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG). Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Schmutterer, Irene; Grimm, Gerhard; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2008b): ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG), Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Springer, Alfred (2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

- Teutsch, Friedrich; Maier, Gunter; Ramelow, Daniela; Felder-Puig, Rosemarie (2018): Dokumentation zur 10. Österreichischen HBSC-Erhebung im Schuljahr 2017/18. IfGP, Wien
- The ESPAD Group (2016): ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
- TÜV Austria CERT (2012): Bericht zur Zigarettenpackungsstudie der Firma CPM für die Wirtschaftskammer Österreich, Wien
- Uhl, Alfred; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Grimm, Gerhard; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred; Lantschik, Elke (2005a): ESPAD AUSTRIA 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Grimm, Gerhard; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred; Lantschik, Elke (2005b): ESPAD AUSTRIA 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Seidler, Dan (2001): Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. Ludwig Boltzmann Institute for Addiction Research, Wien
- Uhl, Alfred; Springer, Alfred; Kobrna, Ulrike; Gnambs, Timo; Pfarrhofer, David (2005c): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Springer, Alfred; Kobrna, Ulrike; Gnambs, Timo; Pfarrhofer, David (2005d): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Hojni, Markus (2020): Handbuch Alkohol Österreich. Band 3: Ausgewählte Themen. Gesundheit Österreich, Wien
- Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Puhm, Alexandra; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Urbas, Elfriede; Klimont, Jeannette (2002): Rauchgewohnheiten. Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997. Statistik Austria, Wien
- Verband der Brauereien Österreichs (2021): Statistische Daten über die österreichische Brauwirtschaft 2020. Wien
- WHO (2015): WHO Report on the global tobacco epidemic, 2015. Raising taxes on tobacco. World Health Organization, Geneva
- Zandonella, Martina (2021): Follow-up zur psychosozialen Situation der WienerInnen während der Pandemie. Hg. v. SORA, Wien