

Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

Martin Busch
Alexander Grabenhofer-Eggerth
Klaus Kellner
Hans Kerschbaum
Charlotte Wirl

Unter Mitarbeit von:

Elisabeth Türscherl
Marion Weigl

Fachliche Begleitung BMG:

Johanna Schopper

Projektassistenz:

Monika Löbau

Wien, im September 2013

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6,
1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Fax 513 84 72, Homepage: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt

Epidemiologiebericht Drogen 2013

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Inhalt

Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen.....	1
Einleitung.....	3
1 Problematischer Drogenkonsum in Österreich.....	4
1.1 Art des problematischen Drogenkonsums – Konsummuster–Situation 2012	4
1.2 Art des problematischen Drogenkonsums – Konsummuster im Zeitverlauf.....	8
1.3 Ausmaß des problematischen Drogenkonsums in Österreich 2012	10
1.4 Der problematische Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf.....	10
1.5 Alter und Geschlecht.....	11
2 Drogenbezogene Behandlungen.....	15
2.1 Anzahl der behandelten Personen	15
3 Kennzahlen der Drogensituation	16
4 Vertiefende Analysen zur Substitutions–behandlung	18
4.1 Behandlungsdauer und Behandlungsverlauf.....	19
4.2 Haltequote als Erfolgskriterium	21
4.3 Versorgungslage.....	30
4.4 Eingesetzte Substitutionsmittel	34
5 Detailergebnisse DOKLI.....	36
5.1 Soziodemografie.....	36
5.2 Betreuungssituation	39
5.3 Drogenkonsum und Drogenproblematik.....	42
5.4 Situation zu Betreuungsende.....	50
6 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle.....	52
6.1 Definition und Datengrundlage	52
6.2 Drogenbezogene Todesfälle 2012	53
6.3 Trend	54
6.4 Altersstruktur	56
6.5 Substanzen.....	57
6.6 Trend der nachgewiesenen Substanzen	58
6.7 Region.....	59
6.8 Substitutionsbehandlung	60
6.9 Auffindungsort	60
Bibliografie.....	63

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach beteiligten Substanzen in Österreich 2012 in Prozent	5
Abbildung 1.2:	Behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition bei Begutachtungen nach § 12 SMG im Jahr 2012 (n = 3.118) nach Bundesland, in Prozent	6
Abbildung 1.3:	Personen, die 2011 eine ambulante drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU, in Prozent	7
Abbildung 1.4:	Leitdrogen im Zeitverlauf in DOKLI (ambulanter Bereich), in Prozent	8
Abbildung 1.5:	Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen im Zeitverlauf, in Prozent	9
Abbildung 1.6:	Altersverteilung bei der Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei den Substitutionsbehandlungen, bei den drogenbezogenen Todesfällen und Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG und bei den ICD-10-Spitalsentlassungssodes Opiode, in Prozent	11
Abbildung 1.7:	Altersverteilung von Personen, die im Jahr 2011 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begonnen haben, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU, in Prozent	12
Abbildung 1.8:	Anteil der Personen unter 25 Jahren bei der Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei den Substitutionsbehandlungen und bei den drogenbezogenen Todesfällen – Zeitreihe (gleitender Mittelwert), in Prozent	13
Abbildung 1.9:	Geschlechtsverteilung bei der Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei den Substitutions-behandlungen, bei den drogenbezogenen Todesfällen und bei Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maß-nahme nach § 12 SMG und ICD-10-Spitalsent-lassungshaupt- oder Nebendiagnose F11.2, in Prozent	14
Abbildung 1.10:	Geschlechtsverteilung von Personen, die 2011 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begonnen haben, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU, in Prozent	14
Abbildung 4.1:	Entwicklung der Anzahl an Personen in Substitutionsbehandlung und der geschätzten Anzahl an Personen mit problematischem Drogenkonsum (Index – 1999 = 100 %)	18
Abbildung 4.2:	Personen nach Erstbehandlung und Jahren, die sich am 30. 4. 2013 noch oder wieder in Substitutionsbehandlung befanden, in Prozent	19

Abbildung 4.3:	Anteil an Personen mit Behandlungsunterbrechungen, die sich am 30. 4. 2013 noch oder wieder in Substitutionsbehandlung befanden, nach Jahr der Erstbehandlung, in Prozent	20
Abbildung 4.4:	Haltedauer der Personen, die vom 1. 1. 2011 bis 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben (Überlebensfunktion nach Kaplan-Meier; n = 5.165).....	21
Abbildung 4.5:	Haltedauer der Personen, die vom 1. 1. 2011 bis 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben und weniger als 60 Tage in Behandlung waren (Überlebensfunktion nach Kaplan-Meier; n = 765)	22
Abbildung 4.6:	Haltedauer der Personen, die vom 1. 1. 2011 bis 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, nach Geschlecht (Überlebensfunktion nach Kaplan-Meier; n=5.165).....	23
Abbildung 4.7:	Haltedauer der Personen, die vom 1. 1. 2011 bis 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, nach Alter (Überlebensfunktion nach Kaplan-Meier; n = 5.165).....	24
Abbildung 4.8:	Haltedauer der Personen, die vom 1. 1. 2011 bis 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, nach Substitutionsmittel (Überlebensfunktion nach Kaplan-Meier; n = 5.165).....	25
Abbildung 4.9:	Haltedauer der Personen, die vom 1. 1. 2011 bis 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, nach Morphin in Retardform und anderen Substitutionsmitteln (Überlebensfunktion nach Kaplan-Meier; n = 5.165)	26
Abbildung 4.10:	Haltedauer der Personen ohne Wechsel des Substitutionsmittels, die vom 1. 1. 2011 bis 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, nach Morphin in Retardform und anderen Substitutionsmitteln (Überlebensfunktion nach Kaplan-Meier; n = 4.345)	27
Abbildung 4.11:	Haltedauer der Personen, die vom 1. 1. 2011 bis 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, nach Wien und anderen Bundesländern (Überlebensfunktion nach Kaplan-Meier; n = 5.165)	28
Abbildung 4.12:	Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt im Jahr 2012	31
Abbildung 4.13:	Im Rahmen der Substitutionsbehandlung versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte (Stichtag 30. 6. 2012) bezogen auf die Gesamtbevölkerung (15 bis 64 Jahre)	33
Abbildung 4.14:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten 2012	33
Abbildung 4.15:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland 2012 in Prozent.....	34

Abbildung 4.16:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter in Prozent	34
Abbildung 5.1:	Anzahl der Personen, die 2012 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung.....	36
Abbildung 5.2:	Anteil unter 25-Jähriger, die eine längerfristige ambulante drogenspezifische Betreuung begonnen haben, bei Männern und Frauen 2006 bis 2012	37
Abbildung 5.3:	Personen, die 2012 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung, in Prozent.....	38
Abbildung 5.4:	Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die im Jahr 2012 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben und zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach dem Alter (n = 935), in Prozent	40
Abbildung 5.5:	Häufigste Hauptanlässe für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2012 mit einer Betreuung begonnen haben, nach Betreuungsart, in Prozent.....	41
Abbildung 5.6:	Auflage/Weisung bei Personen, die 2012 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik und Art der Betreuung, in Prozent.....	42
Abbildung 5.7:	Personen, die 2012 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach „jemals intravenös Drogen konsumiert“, Geschlecht, Alter und Art der Betreuung in Prozent	43
Abbildung 5.8:	Personen, die (erstmalig) eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach „jemals intravenös Drogen konsumiert“ und Jahren in Prozent	43
Abbildung 5.9:	Personen, die im Jahr 2012 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung, in Prozent.....	44
Abbildung 5.10:	Personen, die 2012 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, nach Problemstoffen und Leitstoffen, in Prozent.....	45
Abbildung 5.11:	Personen, die 2012 mit einer längerfristigen ambulanten bzw. stationären Betreuung begonnen haben, nach hierarchischer Leitstoffdefinition (EMCDDA), in Prozent.....	46
Abbildung 5.12:	Personen, die (erstmalig) eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach hierarchischer Leitstoffdefinition Opioiden und Cannabis und Jahren	47
Abbildung 5.13:	Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2012 in Österreich eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht	48

Abbildung 5.14:	Vorwiegende Einnahmeform von Heroin (n = 1.177) und Kokain (n = 1.055) bei Personen, die 2012 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, nach dem Alter, in Prozent	49
Abbildung 5.15:	Dauer der Betreuung von Personen, die im Jahr 2012 ihre Betreuung beendeten, nach Setting, in Prozent	50
Abbildung 5.16:	Betreuungsausgang bei Personen, die im Jahr 2012 eine Betreuung beendet haben, nach Betreuungsart, in Prozent	51
Abbildung 6.1:	95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 EW zw. 15 und 64 Jahre 1991–2012, geglätteter 3-Jahres-Wert.....	54
Abbildung 6.2:	Drogenbezogene Todesfälle (DTF) pro 100.000 EW zw. 15 und 64 Jahren 1992–2012, geglätteter 3-Jahres-Wert nach Region	55
Abbildung 6.3:	Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DFT), geglätteter 3-Jahres-Wert nach Geschlecht in den Jahren 1991–2012	56
Abbildung 6.4:	Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen 2002–2012, in Prozent	58
Abbildung 6.5:	Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DFT), geglätteter 3-Jahres-Wert für Wien, Österreich ohne Wien, Österreich, 1991–2012, in Prozent.....	59

Tabellen

Tabelle 3.1:	Die wichtigsten Indikatoren zur Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2012, in Absolutzahlen.....	16
Tabelle 3.2:	Die wichtigsten Indikatoren zur Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2012 pro 100.000 15- bis 64-Jährige.....	17
Tabelle 4.1:	Haltequoten aus Übersichtsarbeiten zur Substitutionsbehandlung, die nach 2000 publiziert wurden.....	29
Tabelle 4.2:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt), nach Bundesland, Stichtag 30. 6. 2012	32
Tabelle 4.3:	Vergleich der Substitutionsmittel zu Behandlungsbeginn und am 30. 4. 2013 für jene Personen, die zwischen 1. 1. 2011 und 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben.....	35
Tabelle 5.1:	Biogenen Drogen und andere Drogen als Leitdrogen bzw. Leit- oder Begleitdrogen von Personen, die im Jahr 2012 eine ambulante oder stationäre Betreuung begannen in Absolutzahlen der Personen	49

Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Opioidkonsum – meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster – macht aktuell das Gros des problematischen Drogenkonsums in Österreich aus. An der Dominanz von Opioiden beim problematischen Drogenkonsum hat sich in den letzten Jahren nichts geändert. In den hochproblematischen Konsummustern ist die steigende Bedeutung von Psychopharmaka (z. B. Benzodiazepin) und eine rückläufige Beteiligung von Kokain (beides aber immer in Kombination mit Opioiden) feststellbar.

Aktuell gibt es zwischen 30.000 und 34.000 Personen mit problematischem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden in Österreich. Etwa die Hälfte davon lebt in Wien. Ein Viertel der Betroffenen ist weiblich und etwa ein Fünftel ist unter 25 Jahre alt. Wien ist aufgrund der Tatsache, dass es die einzige Großstadt Österreichs ist, vom Drogenproblem am stärksten betroffen¹, gefolgt von Vorarlberg und Tirol.

Zwischen Beginn der 2000er Jahre und 2004/2005 gab es eine steigende Prävalenz des problematischen Drogenkonsums aufgrund einer erhöhten Anzahl an Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die mit einem problematischen Drogenkonsum begonnen haben. Mittlerweile ist die Anzahl junger Personen mit problematischem Drogenkonsum aber wieder rückläufig. Während in Wien die Prävalenzzahlen in den letzten Jahren stagnieren, steigen die Zahlen in den anderen Bundesländern (kontinuierlichen Angleichung des Ausmaßes des Drogenproblems zwischen ländlichen/kleinstädtischen Regionen und der Großstadt Wien).

Die sich in Österreich in drogenspezifischer ambulanter oder stationärer Behandlung befindlichen Personen sind im europäischen Vergleich jung. Dies ist (zum Teil) darauf zurückzuführen, dass von Beginn der 2000er Jahre bis 2004/2005 vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene mit einem problematischen Drogenkonsum begonnen haben. Seither altert die Gruppe der Personen mit problematischem Drogenkonsum, was sich auch in der Altersstruktur der behandelten Personen widerspiegelt.

Die Zahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle für das Jahr 2012 beträgt 161 und ist somit im Vergleich zum Vorjahr (201) stark zurückgegangen. Trendaussagen sind aber erst mit Vorliegen der Daten weiterer Jahre möglich.

Im letzten Jahrzehnt ist es gelungen, den Anteil an Personen mit problematischem Opioidkonsum, die sich in Substitutionsbehandlung befinden, stark zu erhöhen. Im Jahr 2012 befanden sich 16.892 Personen in Substitutionsbehandlung. Die Anzahl an Klientinnen und Klienten, die ein substituierender Arzt / eine substituierende Ärztin betreut, ist stark unterschiedlich. Manche Ärztinnen und Ärzte betreuen sehr viele Klientinnen und Klienten (62 Ärztinnen/Ärzte jeweils über 50 und 32 jeweils über 100 Personen). Während in Kärnten, Salzburg, Tirol und Vorarlberg

1

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

ein relativ großer Teil der Personen in Einrichtungen (§ 15 Einrichtung oder Krankenanstalt) betreut wird, wird in den anderen Bundesländern weit über die Hälfte der Personen in Substitutionsbehandlung in Arztpraxen versorgt. Insgesamt sollten Überlegungen zur Optimierung des Betreuungsschlüssels im Bereich Substitutionsbehandlung angestellt werden.

Die Daten aus dem Substitutionsregister bestätigen, dass Opioidabhängigkeit in vielen Fällen eine chronische Erkrankung mit rezidivierendem Verlauf ist. Immerhin ein Drittel der Personen, die vor 23 Jahren eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, befand sich am 30. 4. 2013 noch oder wieder in Behandlung. Etwa ein Drittel der Personen, die vor 10 Jahren ihre Substitutionsbehandlung begonnen haben, weist mindestens eine Behandlungsunterbrechung von mehr als 32 Tagen auf. Dies belegt, dass viele Opioidabhängige nach einer Behandlungsunterbrechung wieder in die Substitutionsbehandlung zurückkehren.

Mit den Analysen der Behandlungskohorte 2011/2012 liegen in Österreich erstmals valide Informationen zum wichtigen Erfolgskriterium Haltequote für die Substitutionsbehandlung vor. Insgesamt befinden sich nach einem Jahr noch 70 Prozent und nach zwei Jahren noch 60 Prozent der Personen in Behandlung. Es gibt Hinweise, dass nach einer Behandlungsdauer von einem Monat eine kritische Phase bezüglich Behandlungsabbruch besteht. Frauen weisen eine höhere Haltequote auf als Männer und Personen über 30 Jahre als solche unter 30 Jahre. Morphin in Retardform ist allen anderen Substitutionsmitteln hinsichtlich Haltequote eindeutig überlegen. Die Haltequote ist in Wien höher als in den anderen Bundesländern.

Die Verschreibung der unterschiedlichen Substitutionsmittel variiert von Bundesland zu Bundesland. Dies zeigt sich insbesondere im regional uneinheitlichen Einsatz von Morphin in Retardform. Indikationsstellungen, welche Substanz für welche Klientel am besten geeignet ist, sollten erarbeitet werden. Wechsel des Substitutionsmittels sind selten.

Einleitung

Ziel des Epidemiologieberichts Drogen ist es, ein möglichst klares und verständliches Bild der Epidemiologie des problematischen Drogengebrauchs in Österreich – basierend auf den verfügbaren Datenquellen – zu zeichnen. Die nachstehenden Ergebnisse und Schlussfolgerungen beruhen zum Teil auf komplexen statistischen Analysen und Überlegungen, deren detaillierte Ausführung dem oben genannten Zweck entgegenstehen würde. Aus diesem Grund werden die Detailergebnisse und deren Herleitung in einem Annex, der auch einen umfangreichen Tabellenband enthält, gesondert ausgewiesen.

Es steht eine Reihe von Datenquellen sehr guter Qualität für die Analyse der Drogensituation zur Verfügung. Seit dem Jahr 2006 existiert das Klientendokumentationssystem **DOKLI**, an dem fast alle relevanten Behandlungseinrichtungen im Drogenbereich beteiligt sind. Das **Register der Substitutionsbehandlungen**, das bereits seit 1987 besteht, konnte im Rahmen von eSuchtmittel bezüglich Datenqualität stark verbessert werden und erlaubt erstmals genaue Aussagen über die Anzahl der diese Behandlungsform in Anspruch nehmenden Personen und deren Charakteristika. Auch lassen sich erste Anhaltspunkte zur Versorgungsstruktur im Bereich Substitutionsbehandlung ableiten. Ebenfalls im Rahmen von eSuchtmittel konnte die Dokumentationsqualität der **Ergebnisse von Begutachtungen nach §12 SMG** stark verbessert und für die Beschreibung der epidemiologischen Situation nutzbar gemacht werden. Allen an der Datensammlung für eSuchtmittel beteiligten Institutionen und insbesondere den Bezirksverwaltungsbehörden sei an dieser Stelle für ihre Arbeit gedankt, die es möglich macht eine hohe Datenqualität zu gewährleisten. Die **Statistik der drogenbezogenen Todesfälle** stellt eine wichtige Datenquelle zu den problematischsten Formen des Drogenkonsums dar. Weitere Informationen liefern die **Spitalsentlassungsdiagnosen nach ICD-10**. Diese Datenquelle wurde für den Epidemiologiebericht 2013 erstmals herangezogen. Eine Zusammenschau all dieser Datenquellen zur Beschreibung der epidemiologischen Situation im Drogenbereich liefert – ähnlich wie das Zusammensetzen eines Puzzles – einen erheblichen Mehrwert und wird im Rahmen des vorliegenden Berichts in systematischer Form umfassend durchgeführt.

Der vorliegende Bericht stellt eine Ergänzung zum jährlich im Auftrag des BMG und der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) erstellten Bericht zur Drogensituation dar. Er ersetzt die früher in eigenen Berichten referierten Ergebnisse aus dem Behandlungsdokumentationssystem DOKLI und der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle.

In den ersten drei Kapiteln wird eine Zusammenschau der zur Verfügung stehenden Datenquellen zur Epidemiologie der Drogensituation geboten, in Kapitel 4 wird das Schwerpunktthema „Vertiefende Analysen zur Substitutionsbehandlung“ abgehandelt, Kapitel 5 liefert die Detailergebnisse zu DOKLI und Kapitel 6 jene zu den drogenbezogenen Todesfällen. Die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen finden sich am Beginn des Berichts (Seite 1).

1 Problematischer Drogenkonsum in Österreich¹

1.1 Art des problematischen Drogenkonsums – Konsummuster–Situation 2012

Definition: Die bislang gültige Definition von problematischem Drogenkonsum der EBDD lautet „injizierender Konsum oder länger dauernder bzw. regelmäßiger Konsum von Opioiden, Kokain und/oder Amphetaminen“. Derzeit wird jedoch auf europäischer Ebene eine Erweiterung dieser Definition diskutiert (z. B. um den problematischen Cannabiskonsum). Die Definition des problematischen Drogenkonsums in Österreich deckt sich weitgehend mit jener der EBDD. Betont wird jedoch, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen als solche problematisch oder unproblematisch sind. Als problematisch wird Drogenkonsum dann bezeichnet, wenn dieser mit körperlichen, psychischen und/oder sozialen Problemen einhergeht. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als problematisch zu bezeichnen.

Schlüsse hinsichtlich problematischer Konsummuster können indirekt aus Behandlungsdaten gezogen werden. Personen, die sich in eine drogenspezifische Behandlung begeben, haben in der Regel ein Problem mit ihrem Drogenkonsum². Auch die Spitalsentlassungscodes nach ICD-10 bieten einen Einblick in die drogenspezifischen Haupt- und Nebendiagnosen im stationären Bereich. Eine weitere Datenquelle stellen die Konsummuster von Personen dar, bei denen eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG ergibt, dass Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme besteht. Informationen zu den problematischsten Konsummustern liefern die bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellten Substanzen.

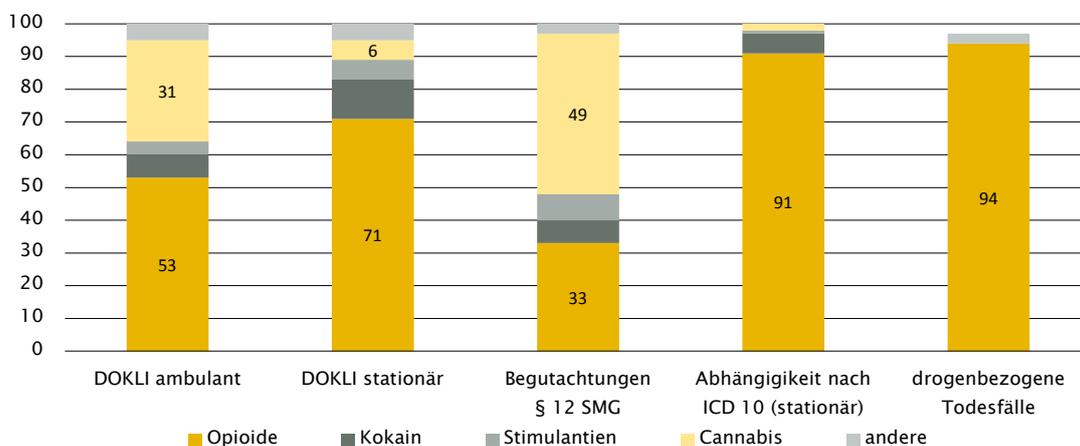
1

Beim problematischen Drogenkonsum handelt es sich um eine Definition der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) unter der umgangssprachlich Drogenabhängigkeit oder Drogenkonsum „am Rande der Drogenabhängigkeit“ verstanden wird.

2

Einschränkend muss dazu aber angemerkt werden, dass gesetzliche Regelungen (wie z. B. die Hinwirkung auf gesundheitsbezogene Maßnahmen) dazu führen können, dass Personen ohne problematischem Drogenkonsum eine drogenspezifische Betreuung beginnen, um rechtliche Konsequenzen eines an sich nicht problematischen 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 1.1:
 Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach beteiligten Substanzen in Österreich 2012 in Prozent



Legende:

DOKLI ambulant = Personen, die 2012 eine ambulante Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n=2.768)

DOKLI stationär = Personen, die 2012 eine stationäre Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n=895),

Begutachtungen § 12 SMG = amtsärztliche Begutachtungen, bei denen 2012 der Bedarf einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt wurde (n=1.171). Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Kärnten aus technischen Gründen 2012 noch keine Daten übermittelt hat. 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 wird und nicht nach Substanzen spezifiziert.

Abhängigkeit nach ICD-10 (stationär): Prozentverteilung der Hauptdiagnosen von Abhängigkeit von Opioiden, Kokain, Stimulantien und Cannabis (F11.2, F12.2, F14.2 und F15.2) nach ICD-10 bei Spitalsentlassungen (n = 935) aus 2011

Drogenbezogene Todesfälle = direkt drogenbezogene Todesfälle mit Toxikologie 2012 (n =122 von insgesamt 130)

Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opioide > Kokain > Stimulantien > andere > Cannabis) - bei den drogenbezogenen Todesfällen fallen alle Überdosierungen ohne Beteiligung von Opioiden in die Kategorie „andere“. Bei den ICD-10-Spitalsentlassungsdiagnosen gibt es die Kategorie „andere“ nicht.

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

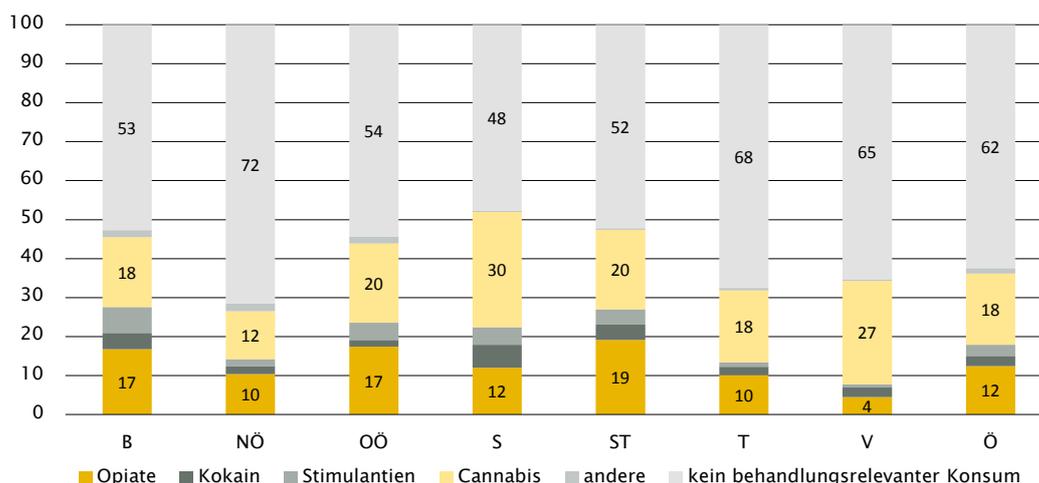
Abbildung 1.1 zeigt deutlich, dass Opioide als Leitdroge in Österreich dominieren. Eine nähere Analyse der Konsummuster zeigt, dass der Großteil der wegen Opioiden betreuten Personen im ambulanten und stationären Bereich auch noch einen Problemkonsum anderer Drogen aufweist. Auch die toxikologischen Analysen der direkt drogenbezogenen Todesfälle zeigen, dass nur eine Minderheit (8 %) der tödlichen Überdosierungen ausschließlich auf Opioide zurückzuführen sind. In 85 Prozent der Fälle wurden neben Opioiden auch noch andere illegale Substanzen, Alkohol oder Psychopharmaka festgestellt. Überdosierungen ohne Opioide sind sehr selten (6 %).

Schlussfolgerung: Opioidkonsum – meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster – macht aktuell das Gros des problematischen Drogenkonsums in Österreich aus.

Die zweite zahlenmäßig relevante Gruppe im Behandlungsbereich sind Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis ohne problematischen Konsum anderer Drogen. Dieser Anteil ist auch bei

Personen, bei denen durch den Amtsarzt nach § 12 SMG der Bedarf einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt wird, relativ groß (siehe Abbildung 1.2).

Abbildung 1.2:
Behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition bei Begutachtungen nach § 12 SMG im Jahr 2012 (n = 3.118) nach Bundesland, in Prozent



Anmerkung: Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opioide > Kokain > Stimulantien > andere > Cannabis); Kärnten konnte aus technischen Gründen für 2012 noch keine Daten liefern. 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 wird und nicht nach Substanzen spezifiziert.

Quelle: eSuchtmittel; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

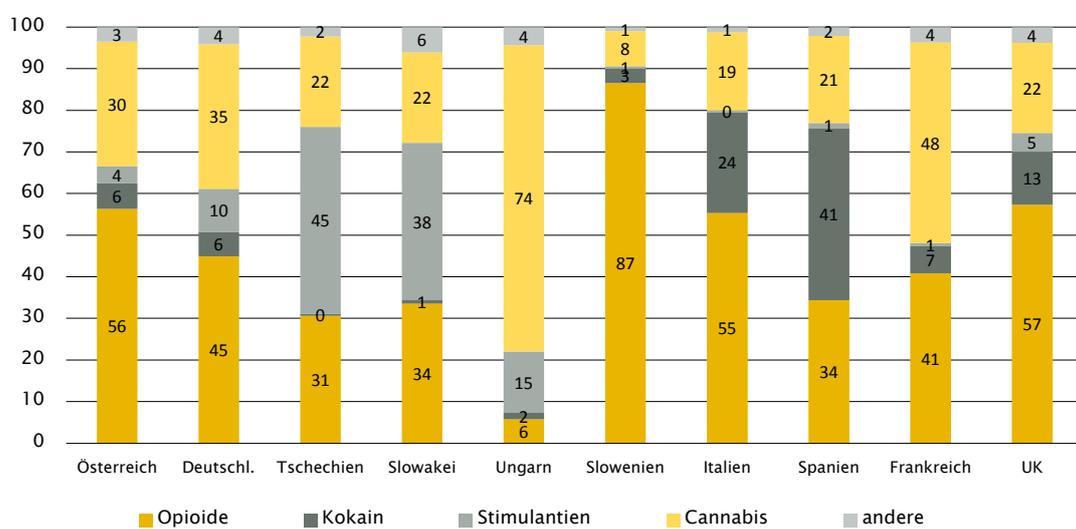
Der Bundesländervergleich der Begutachtungsergebnisse in Abbildung 1.2 zeigt, dass zwischen den Bundesländern große Unterschiede in den Begutachtungsergebnissen vorliegen. Dies ist ein Indiz für Unterschiede in der Begutachtungspraxis. Je seltener kein Behandlungsbedarf festgestellt wird, desto größer ist der Anteil von Cannabis als Leitdroge (z. B. Salzburg). Dies legt die Vermutung nahe, dass die Beurteilung, ob ein Konsum von Cannabis als problematisch eingeschätzt wird, nicht unabhängig vom Bundesland bzw. vom Begutachtenden ist. Im Vergleich zum Vorjahr ist jedoch ein Rückgang der Differenzen zwischen den Bundesländern zu beobachten (vgl. Epidemiologiebericht Drogen 2012).

Die vertiefende Analyse im Rahmen des Schwerpunktkapitels „Analyse der Routinedaten zum Cannabiskonsum“ im Epidemiologiebericht Drogen 2012 legt nachstehende Schlussfolgerung nahe (Details siehe Epidemiologiebericht Drogen 2012).

Schlussfolgerung: Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis sind die zweite zahlenmäßig relevante Klientengruppe in den österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen. Ein beträchtlicher Teil befindet sich jedoch aufgrund von gesetzlichen Auflagen in Betreuung. Lediglich bei etwa einem Drittel kann von einem hochfrequenten Cannabiskonsum ausgegangen werden.

Polytoxikomaner Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden und (problematischer) Konsum von Cannabis sind die in Österreich mit Abstand am häufigsten vertretenen Konsummuster im Behandlungsbereich. Der internationale Vergleich zeigt, dass dies nicht in allen EU-Ländern in gleichem Ausmaß der Fall ist. So spielt in den beiden Nachbarländern Tschechien und der Slowakei traditionell das Metamphetamin „Pervitin“ eine wichtige Rolle und in Italien und Spanien Kokain. Ungarn sticht mit einem sehr großen Anteil von Personen mit Leitdroge Cannabis hervor, was jedoch in erster Linie den restriktiven Umgang mit dieser Droge in Ungarn widerspiegelt¹ (vgl. Abbildung 1.3).

Abbildung 1.3:
Personen, die 2011 eine ambulante drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU, in Prozent



Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2013

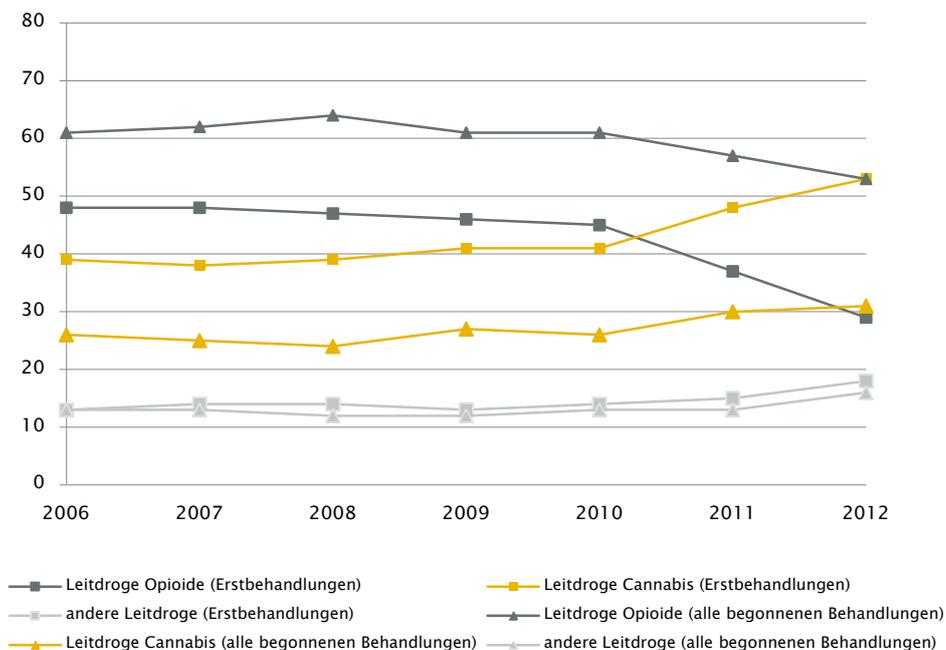
Schlussfolgerung: Problematische Drogenkonsummuster sind regional unterschiedlich. Im Gegensatz zu Österreich sind in manchen (Nachbar)-Ländern der EU auch andere Leitdrogen als Opioiden und Cannabis im Betreuungssystem von Relevanz.

¹ Aufgrund der restriktiven Gesetzeslage in Ungarn befinden sich etwa zwei Drittel der behandelten Personen im Rahmen eines „quasi compulsory treatments“ als Alternative zu rechtlichen Konsequenzen in Betreuung. Über 80 Prozent der Personen in „quasi compulsory treatment“ haben Cannabis als Leitdroge (siehe <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/hu> 10. 1. 2013)

1.2 Art des problematischen Drogenkonsums – Konsummuster im Zeitverlauf

Daten zu Veränderungen der Konsummuster im Zeitverlauf liefern seit 2006 das Behandlungsdokumentationssystem DOKLI und hinsichtlich der problematischsten Konsummuster die bei tödlichen Überdosierungen festgestellten Substanzen. Die DOKLI-Daten zeigen ein relativ stabiles Bild, wobei sich insbesondere in den letzten Jahren das Verhältnis von Opioiden und Cannabis verändert hat (vgl. Abbildung 1.4). Ob dies als Trend zu sehen ist, kann aber erst in den nächsten Jahren verifiziert werden. Die Daten für 2012 sind aufgrund des DOKLI-Upgrades mit einer gewissen Unschärfe behaftet. Zudem ist zu beachten, dass der weitaus größte Teil von Personen in Substitutionsbehandlung nicht in DOKLI aufscheint (vgl. Epidemiologiebericht Drogen 2012).

Abbildung 1.4:
Leitdrogen im Zeitverlauf in DOKLI (ambulanter Bereich), in Prozent

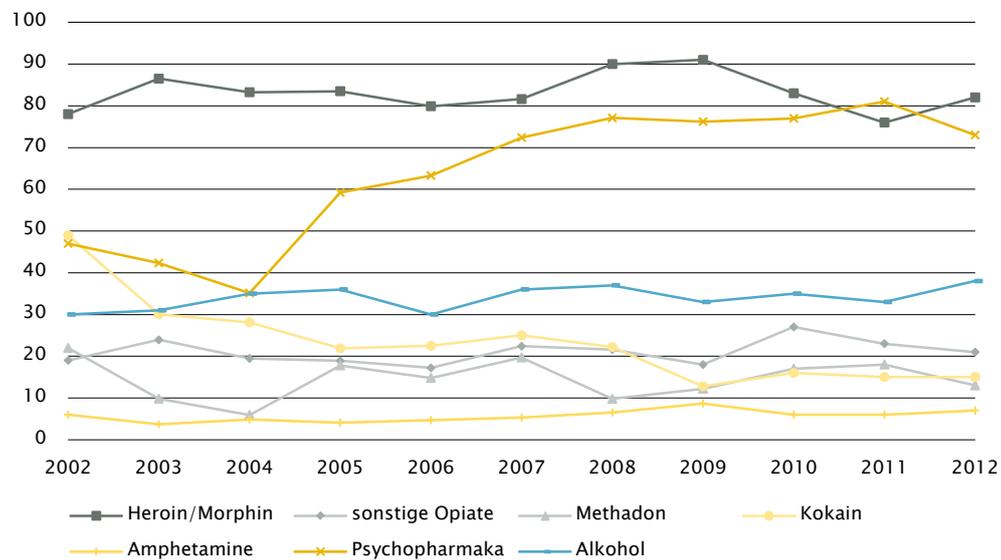


Anmerkung: Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opiode > Kokain > Stimulantien > andere > Cannabis)

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung

Die bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellten Substanzen zeigen neben der stabil bleibenden eindeutigen Dominanz von Opioiden eine starke Zunahme von Psychopharmaka (z. B. Benzodiazepin – wobei hier die Werte seit 2004 erstmals gesunken sind –) und eine Abnahme von Kokain (vgl. Abbildung 1.5).

Abbildung 1.5:
Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen im Zeitverlauf,
in Prozent



Quellen: GÖG/ÖBIG, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle

Schlussfolgerung: An der Dominanz von Opioiden beim problematischen Drogenkonsum hat sich in den letzten Jahren nichts geändert. In den hochproblematischen Konsummustern ist die steigende Bedeutung von Psychopharmaka (z. B. Benzodiazepin) – wobei hier die Werte seit 2004 erstmals gesunken sind – und eine rückläufige Beteiligung von Kokain (beides aber immer in Kombination mit Opioiden) feststellbar.

1.3 Ausmaß des problematischen Drogenkonsums in Österreich 2012

Definition: Bei der Schätzung der Anzahl an Personen mit problematischem Drogenkonsum handelt es sich um eine Dunkelzifferschätzung, die lediglich Annäherungswerte liefern kann. Für Österreich liegen ausschließlich Schätzungen des polytoxikomanen Problemkonsums unter Beteiligung von Opioiden vor. Die referierten Werte wurden mittels der Capture-Recapture-Methode (CRC) basierend auf dem *Register* der Substitutionsbehandlungen und den Anzeigen wegen Opioiden berechnet und anhand der 3-Sample-CRC-Schätzung unter Einbezug der drogenbezogenen Todesfälle mit Opioidbeteiligung für das Jahr 2010 validiert. Bei der CRC-Schätzung handelt es sich um ein von der EBDD empfohlenes, komplexes statistisches Verfahren zur Dunkelzifferschätzung.

Aktuelle Schätzungen kommen auf eine Anzahl von 30.000 bis 34.000 Personen mit problematischem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden in Österreich für die Jahre 2010 und 2011. Für 2012 liegen noch keine Schätzungen vor (geplant für 2014). Etwa die Hälfte davon lebt in Wien. Ein Viertel der Betroffenen ist weiblich und etwa ein Fünftel ist unter 25 Jahre alt. Wien als einzige Großstadt Österreichs¹ ist vom Drogenproblem am stärksten betroffen, gefolgt von Vorarlberg und Tirol. Detailliertere Ergebnisse zu den Prävalenzschätzungen finden sich im Epidemiologiebericht Drogen 2012.

1.4 Der problematische Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf

Zwischen Beginn der 2000er Jahre und 2004/2005 gab es eine steigende Prävalenz des problematischen Drogenkonsums aufgrund einer erhöhten Anzahl an Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die mit einem problematischen Drogenkonsum begonnen haben. Mittlerweile ist die Anzahl junger Personen mit problematischem Drogenkonsum aber wieder rückläufig. Während in Wien die Prävalenzzahlen in den letzten Jahren stagnieren, steigen die Zahlen in den anderen Bundesländern (kontinuierlichen Angleichung des Ausmaßes des Drogenproblems zwischen ländlichen/kleinstädtischen Regionen und der Großstadt Wien). Eine detaillierte Darstellung und Diskussion der Zeitreihe findet sich im Epidemiologiebericht Drogen 2012.

1

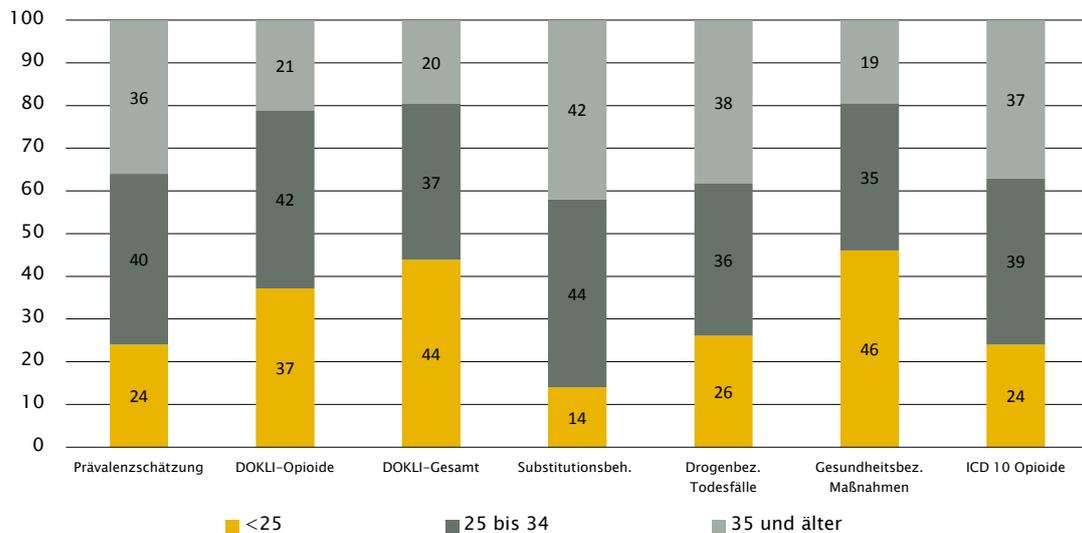
Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

1.5 Alter und Geschlecht

Die Altersverteilung in den für Österreich zur Verfügung stehenden Datenquellen ist recht unterschiedlich (vgl. Abbildung 1.6).

Abbildung 1.6:

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



Anmerkung: * **Prävalenzschätzung**: zum Ausgleich von Zufallsschwankungen wurde der Mittelwert aus den Jahren 2009 bis 2011 herangezogen; **DOKLI-Opiode**: Alle Personen, die im Jahr 2012 in DOKLI-Einrichtungen betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode; **DOKLI-Gesamt**: Alle im Jahr 2012 in DOKLI-Einrichtungen betreuten Personen; **Substitutionsbeh.:** Substitutionsbehandlungen 2012; **Drogenbez. Todesfälle**: Todesfälle aufgrund von drogenbezogenen Überdosierungen – zum Ausgleich von Zufallsschwankungen wurde der Mittelwert aus den Jahren 2010 bis 2012 herangezogen; **Gesundheitsbez. Maßnahmen**: Personen, bei denen eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Kärnten aus technischen Gründen 2012 noch keine Daten übermittelt hat. **ICD-10 (Opiode)**: Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung aus 2011.

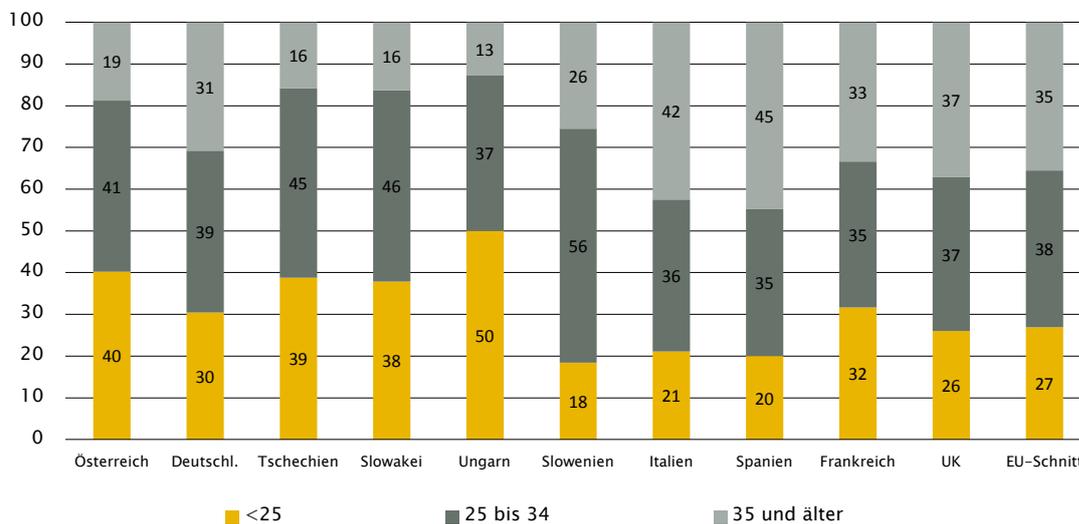
Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMG Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

Während die drogenbezogenen Todesfälle etwa der Altersstruktur in den Prävalenzschätzungen entsprechen, ist die DOKLI-Klientel jünger und die Personen in Substitutionsbehandlung sind älter. Besonders jung sind die Personen, bei denen eine Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt hat. Personen, die mit der ICD-10-Haupt- oder Nebendiagnose Opiatabhängigkeit (F11.2) aus einer stationären Spitalsbehandlung entlassen wurden, entsprechen in ihrer Altersstruktur jener der Prävalenzschätzung.

Ein Vergleich hinsichtlich Alterstruktur mit anderen Ländern der EU ist lediglich für die DOKLI-Daten möglich. Hier zeigt sich, dass die in den DOKLI-Einrichtungen behandelte Population im internationalen Vergleich relativ jung ist (vgl. Abbildung 1.7).

Abbildung 1.7:

Altersverteilung von Personen, die im Jahr 2011 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begonnen haben, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU, in Prozent

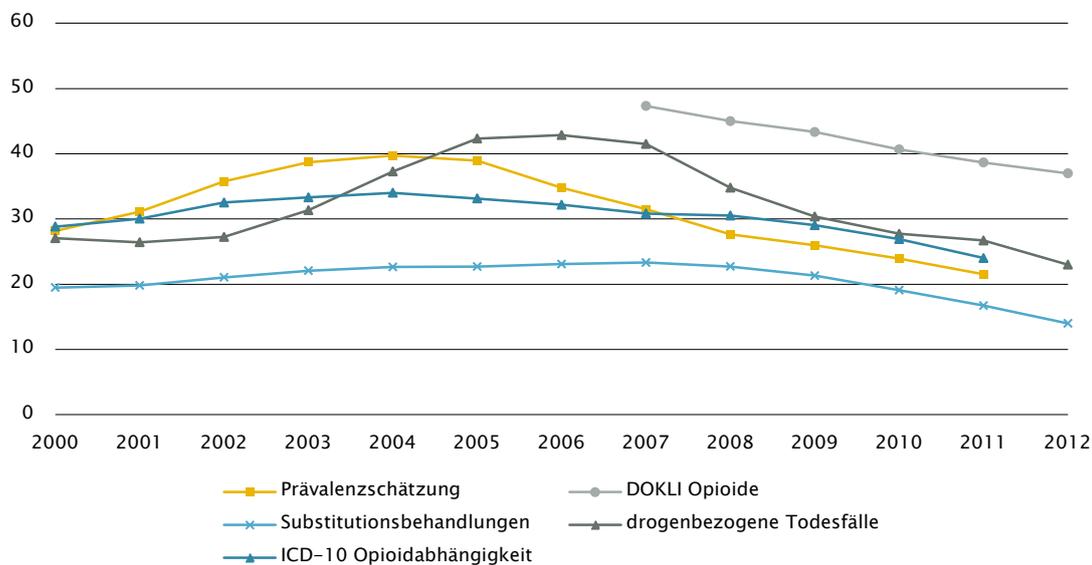


Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2013

Betrachtet man die Veränderung der Altersstruktur in allen in Österreich zur Verfügung stehenden Datenquellen anhand des Prozentanteils der Personen unter 25 Jahren (vgl. Abbildung 1.8), so zeigt sich, dass dieser zunächst in den Prävalenzschätzungen und dann bei den drogenbezogenen Todesfällen ansteigt. Seit etwa 2007 sinkt der Anteil der Personen unter 25 Jahren in allen Datenquellen. Dies spricht für eine „Alterung“ der Population mit problematischem Drogenkonsum in den letzten Jahren. Davor gab es allerdings aufgrund eines vermehrten Einstiegs jugendlicher und junger Erwachsener einen Anstieg der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums insgesamt (siehe dazu auch Abschnitt 1.4) eine Senkung des Altersschnitts. Diese Senkung des Altersschnitts ist (mit-) verantwortlich dafür, dass der Anteil der Personen unter 25 Jahren im österreichischen Behandlungssystem im EU-Vergleich hoch ist.

Abbildung 1.8:

Anteil der Personen unter 25 Jahren bei der Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei den Substitutionsbehandlungen und bei den drogenbezogenen Todesfällen – Zeitreihe (gleitender Mittelwert), in Prozent



Anmerkung: **DOKLI-Opiode:** Alle Personen, die in DOKLI-Einrichtungen betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode; **ICD-10 (Opiode):** Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung; bei allen Datenquellen wurde für 2000 bis zum jeweils vorletzten dargestellten Jahr zum Ausgleich von Zufallschwankungen jeweils der Mittelwert aus drei Jahren herangezogen (gleitendes Mittel). Für das letzte dargestellte Jahr wurde der Rohwert herangezogen.

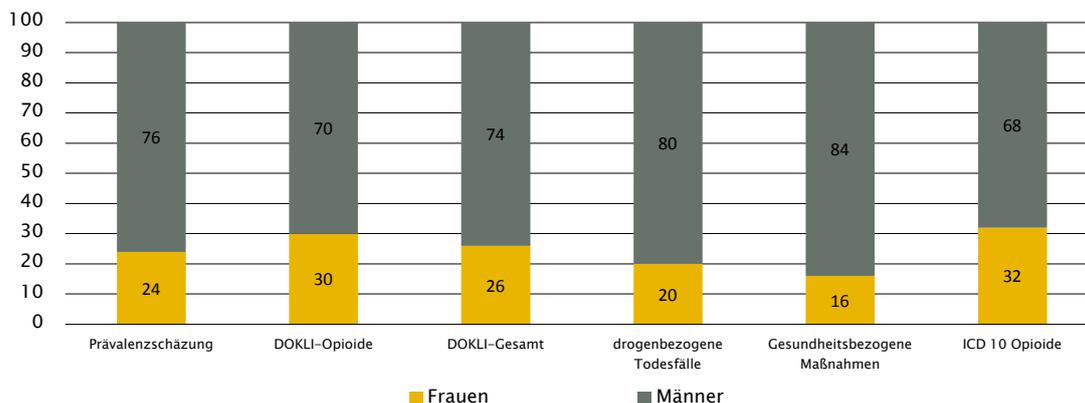
Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMG Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

Schlussfolgerung: Die sich in Österreich in drogenspezifischer ambulanter oder stationärer Behandlung befindlichen Personen sind im europäischen Vergleich jung. Dies ist (zum Teil) darauf zurückzuführen, dass von Beginn der 2000er Jahre bis 2004/2005 vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene mit einem problematischen Drogenkonsum begonnen haben. Seither altert die Gruppe der Personen mit problematischem Drogenkonsum, was sich auch in der Altersstruktur der behandelten Personen und der drogenbezogenen Todesfälle widerspiegelt.

Hinsichtlich des Geschlechts zeigt sich, dass der Frauenanteil je nach Datenquelle zwischen einem Fünftel und einem Viertel schwankt (vgl. Abbildung 1.9). Österreich liegt damit etwas höher als die meisten EU-Länder (vgl. Abbildung 1.10).

Abbildung 1.9:

Geschlechtsverteilung bei der Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei den Substitutionsbehandlungen, bei den drogenbezogenen Todesfällen und bei Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG und ICD-10-Spitalsentlassungshaupt- oder Nebendiagnose F11.2, in Prozent

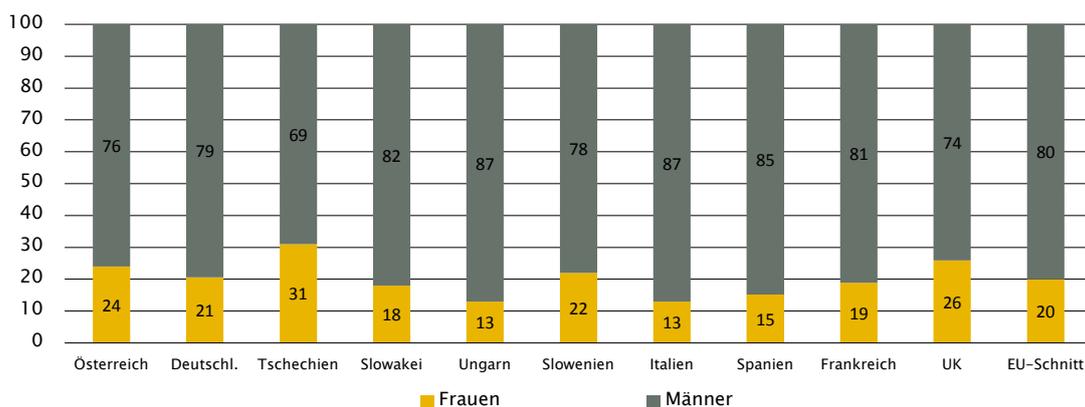


Anmerkung: * **Prävalenzschätzung**: zum Ausgleich von Zufallsschwankungen wurde der Mittelwert aus 2009 bis 2011 herangezogen; **DOKLI-Opioide**: Alle Personen, die 2012 in DOKLI-Einrichtungen betreut wurden, mit der Leitdroge Opioide; **DOKLI-Gesamt**: Alle im Jahr 2012 in DOKLI-Einrichtungen betreuten Personen. **Drogenbezogene Todesfälle**: Todesfälle aufgrund von drogenbezogenen Überdosierungen – zum Ausgleich von Zufallsschwankungen wurde der Mittelwert aus 2010 bis 2012 herangezogen. **Gesundheitsbez. Maßnahmen**: Personen, bei denen eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Kärnten aus technischen Gründen 2012 noch keine Daten übermittelt hat; **ICD-10 (Opioide)**: Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioide) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung aus 2011

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

Abbildung 1.10:

Geschlechtsverteilung von Personen, die 2011 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begonnen haben, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU, in Prozent



Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2013

2 Drogenbezogene Behandlungen

2.1 Anzahl der behandelten Personen

Detaillierte Analysen zur Anzahl der sich in Behandlung befindlichen Personen werden im Epidemiologiebericht Drogen 2012 referiert und führen zu nachstehenden Schlussfolgerungen:

Schlussfolgerung: Etwas mehr als die Hälfte der geschätzt 30.000 bis 34.000 Personen mit problematischem Opioidkonsum befindet sich in Behandlung. Der Prozentsatz der Personen mit Opioidproblemen in Substitutionsbehandlung ist regional unterschiedlich und liegt für Gesamtösterreich leicht über dem EU-Schnitt von 50 Prozent.

Die zweite große Gruppe von Personen im Behandlungssystem sind Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis, diese betraf im Jahr 2011 etwa 1.500¹ Personen. Dazu kommen noch Personen, die nicht den beiden großen Gruppen (polytoxikomaner Konsum unter Beteiligung von Opioiden bzw. alleinige Leitdroge Cannabis) zuzuordnen sind. Diese Gruppe umfasst etwa 800² Personen (Details siehe Epidemiologiebericht Drogen 2012).

Vertiefende Analysen zur Substitutionsbehandlung finden sich in Kapitel 4.

1

Der Berechnung dieser Zahl liegt die Anzahl der im Jahr 2011 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis zugrunde und die Annahme, dass DOKLI 93 Prozent des ambulanten und 79 Prozent des stationären Sektors drogenspezifischer Behandlungen abdeckt und zwischen den Drogeneinrichtungen die Rate des Mehrfachaufscheinens ein und derselben Person 22 Prozent beträgt.

2

Der Berechnung dieser Zahl liegt die Anzahl der im Jahr 2011 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen mit Leitdroge Kokain (ohne Opioide), Stimulantien (ohne Kokain und Opioide) und anderen Drogen (ohne Opioide, Kokain und Stimulantien) zugrunde und die Annahme, dass DOKLI 93 Prozent des ambulanten und 79 Prozent des stationären Sektors drogenspezifischer Behandlungen abdeckt und zwischen den Drogeneinrichtungen die Rate des Mehrfachaufscheinens ein und derselben Person 22 Prozent beträgt.

3 Kennzahlen der Drogensituation

Tabelle 3.1:

Die wichtigsten Indikatoren zur Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2012, in Absolutzahlen

Indikator	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz UG	400	908	3.511	2.747	627	2.074	1.472	853	11.863	29.500
Prävalenz	499	1.443	4.094	2.927	752	2.562	2.039	1.142	12.307	30.306
Prävalenz OG	670	1.749	4.520	3.874	1.014	2.911	2.336	1.313	15.316	34.448
Personen Substituti- onsbehandlung	232	623	2.353	1.732	473	1.249	1.120	636	8.474	16.892
DOKLI Opioide	94	713	537	527	134	371	230	559	1.493	4.691
DOKLI Cannabis	56	424	238	181	70	322	155	338	347	2.134
DOKLI gesamt	181	1.260	897	832	263	853	489	1.008	2.239	8.063
§ 12 SMG Opioide	27	nd	60	93	35	30	31	9	nd	285
§ 12 SMG Cannabis	28	nd	113	111	86	42	58	61	nd	499
§ 12 SMG kein Bed.	83	nd	808	207	132	115	167	107	1.339	2.958
ICD-10 (Opioidabh.)	31	71	124	348	98	129	148	116	543	1.608
Drogenbezogene Todesfälle	2	7	23	19	10	7	14	7	72	161

Indikator	Alter			Geschlecht	
	< 25	25-34	35+	Männer	Frauen
Prävalenz UG	5.608	10.872	9.700	20.961	6.624
Prävalenz	5.919	11.286	10.289	21.641	7.031
Prävalenz OG	7.966	12.356	11.199	24.515	7.825
Personen Substituti- onsbehandlung	2.313	7.517	7.062	12.273	4.619
DOKLI Opioide	1.742	1.958	991	3.304	1.387
DOKLI Cannabis	1.324	555	255	1.750	384
DOKLI gesamt	3.551	2.973	1.539	5.995	2.068
ICD-10 (Opioidabh.)	398	634	593	1.106	511
Drogenbezogene Todesfälle	37	64	60	131	30

Anmerkung: Prävalenz UG bzw. OG: Um Zufallsschwankungen über die Jahre bei den Bundeslandsschätzungen auszugleichen, werden als Untergrenze der kleinste Wert des 95%-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze der höchste Wert herangezogen. Die Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2011 (eine Aktualisierung der Prävalenzschätzung ist für 2014 geplant). **DOKLI Opioide/Canabis:** Alle Personen, die 2012 in DOKLI-Einrichtungen betreut wurden, mit der Leitdroge Opioide bzw. alleiniger Leitdroge Cannabis; **§12 SMG Opioide/Cannabis:** Personen mit Leitdroge Opioide bzw. alleiniger Leitdroge Cannabis, bei denen eine amtsärztliche Begutachtung festgestellt hat, dass Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme besteht. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Kärnten aus technischen Gründen 2012 noch keine Daten übermittelt hat. Bei den Wiener Begutachtungen wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert wird und nicht nach Substanzen spezifiziert. **ICD-10 (Opioidabh.):** Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioide) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung aus 2011. **Drogenbezogene Todesfälle:** direkt drogenbezogene Todesfälle

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

Tabelle 3.2:

Die wichtigsten Indikatoren zur Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2012 pro 100.000 15- bis 64-Jährige

Indikator	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz UG	209,1	243,5	327,6	288,0	173,0	253,6	302,4	339,5	1.004,5	518,5
Prävalenz	260,8	387,0	381,9	306,9	207,5	313,2	418,8	454,6	1.042,1	532,7
Prävalenz OG	350,2	469,0	421,7	406,1	279,7	355,9	479,8	522,7	1.296,9	605,5
Personen Substituti- onsbehandlung	120,5	167,5	218,2	181,0	130,0	152,3	228,7	252,2	709,7	295,3
DOKLI Opioide	48,8	191,7	49,8	55,1	36,8	45,2	47,0	221,6	125,0	82,0
DOKLI Cannabis	29,1	114,0	22,1	18,9	19,2	39,3	31,6	134,0	29,1	37,3
DOKLI gesamt	94,0	338,7	83,2	86,9	72,3	104,0	99,8	399,7	187,5	141,0
§ 12 SMG Opioide	14,0	nd	5,6	9,7	9,6	3,7	6,3	3,6	nd	6,6
§ 12 SMG Cannabis	14,5	nd	10,5	11,6	23,6	5,1	11,8	24,2	nd	11,5
§ 12 SMG kein Bed.	43,1	nd	74,9	21,6	36,3	14,0	34,1	42,4	112,1	55,3
ICD-10 (Opioidabh.)	16,1	19,1	11,5	36,4	26,9	15,7	30,2	46,0	45,5	28,1
Drogenbezogene Todesfälle	1,0	1,9	2,1	2,0	2,7	0,9	2,9	2,8	6,0	2,8

Indikator	Alter			Geschlecht	
	< 25	25-34	35+	Männer	Frauen
Prävalenz UG	549,9	997,8	271,0	736,4	233,0
Prävalenz	580,3	1.035,7	287,4	760,3	247,3
Prävalenz OG	781,0	1.133,9	312,8	861,3	275,2
Personen Substituti- onsbehandlung	226,4	682,5	196,3	428,8	161,6
DOKLI Opioide	170,5	177,8	27,6	115,4	48,5
DOKLI Cannabis	129,6	50,4	7,1	61,1	13,4
DOKLI gesamt	347,6	269,9	42,8	209,4	72,4
ICD-10 (Opioidabh.)	39,0	57,6	16,5	38,6	17,9
Drogenbezogene Todesfälle	3,6	5,8	1,7	4,6	1,0

Anmerkung: Prävalenz UG bzw. OG: Um Zufallsschwankungen über die Jahre bei den Bundeslandschätzungen auszugleichen, werden als Untergrenze der kleinste Wert des 95%-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze der höchste Wert herangezogen. Die Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2011 (eine Aktualisierung der Prävalenzschätzung ist für 2014 geplant). **DOKLI-Opioide/Cannabis:** Alle Personen, die 2012 in DOKLI-Einrichtungen betreut wurden, mit der Leitdroge Opioide bzw. alleiniger Leitdroge Cannabis; **§12 SMG Opioide/Cannabis:** Personen mit Leitdroge Opioide bzw. alleiniger Leitdroge Cannabis, bei denen eine amtsärztliche Begutachtung festgestellt hat, dass Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme besteht. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Kärnten aus technischen Gründen 2012 noch keine Daten übermittelt hat. Bei den Wiener Begutachtungen wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert wird und nicht nach Substanzen spezifiziert. **ICD-10 (Opioidabh):** Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioide) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung aus 2011

Drogenbezogene Todesfälle: direkt drogenbezogene Todesfälle

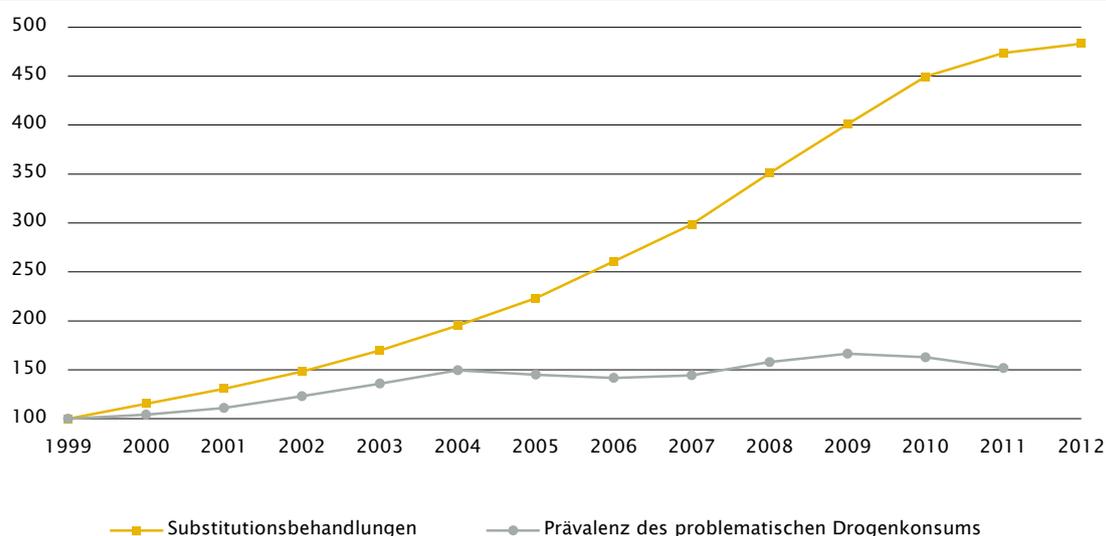
Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMG Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

4 Vertiefende Analysen zur Substitutionsbehandlung

Substitutionsbehandlung stellt die in Österreich mit Abstand häufigste Behandlungsform der Opioidabhängigkeit dar. Abbildung 4.1 zeigt deutlich, dass es im letzten Jahrzehnt gelungen ist, den Anteil an Personen mit problematischem Drogenkonsum, die sich in Substitutionsbehandlung befinden, massiv zu erhöhen. Während sich die geschätzte Anzahl an Personen mit Drogenproblemen (Opioide) lediglich um 50 Prozent erhöhte, hat sich die Zahl der sich in Substitutionsbehandlung Befindlichen nahezu verfünffacht und betrug 2012 16.892 Personen.

Abbildung 4.1:

Entwicklung der Anzahl an Personen in Substitutionsbehandlung und der geschätzten Anzahl an Personen mit problematischem Drogenkonsum (Index - 1999 = 100 %)



Quellen: DOKLI, eSuchtmittel; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

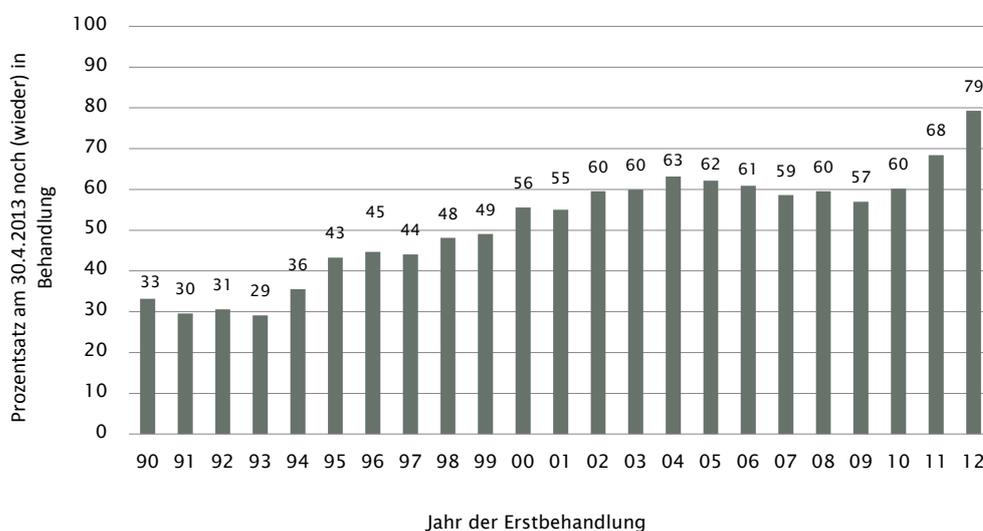
Schlussfolgerung: Es ist gelungen, über die Jahre die In-Treatment-Rate von Personen mit Opioidabhängigkeit massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg bewertet werden. Derzeit befinden sich 16.892 Personen in Substitutionsbehandlung.

Mit der Inbetriebnahme von eSuchtmittel im Jahr 2011 und der damit einhergehenden erheblichen Verbesserung der Datenqualität liegt nun ein aussagekräftiger Datensatz vor, der auch retrospektive Zeitreihenanalysen erlaubt. In den nachfolgenden Kapiteln werden nun einige Kern-daten erstmals vertiefend analysiert. Der Fokus liegt dabei auf dem Zeitraum 1. 1. 2011 bis 30. 4. 2013.

4.1 Behandlungsdauer und Behandlungsverlauf

Abbildung 4.2 veranschaulicht deutlich, dass es sich bei Opioidabhängigkeit in den meisten Fällen um eine chronische Erkrankung mit rezidivierendem Verlauf handelt. So befindet sich beispielsweise ein Drittel der Personen, die im Jahr 1990 erstmalig in Substitutionsbehandlung waren, 2013 – also 23 Jahre später – noch immer oder wieder in Substitutionsbehandlung bzw. 60 Prozent der Personen mit Erstbehandlung im Jahr 2003.

Abbildung 4.2:
Personen nach Erstbehandlung und Jahren, die sich am 30. 4. 2013 noch oder wieder in Substitutionsbehandlung befanden, in Prozent



Hinweis zum Lesen der Grafik: Es wird der Prozentsatz der Personen dargestellt, der im jeweiligen Jahr zum ersten Mal in Substitutionsbehandlung war und sich am 30. 4. 2013 noch oder wieder in Behandlung befand. Beispiel: 33 Prozent der Personen, die 1990 erstmals in Substitutionsbehandlung waren, befanden sich am 30. 4. 2013 noch oder wieder in Substitutionsbehandlung.

Quellen: DOKLI, eSuchtmittel; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

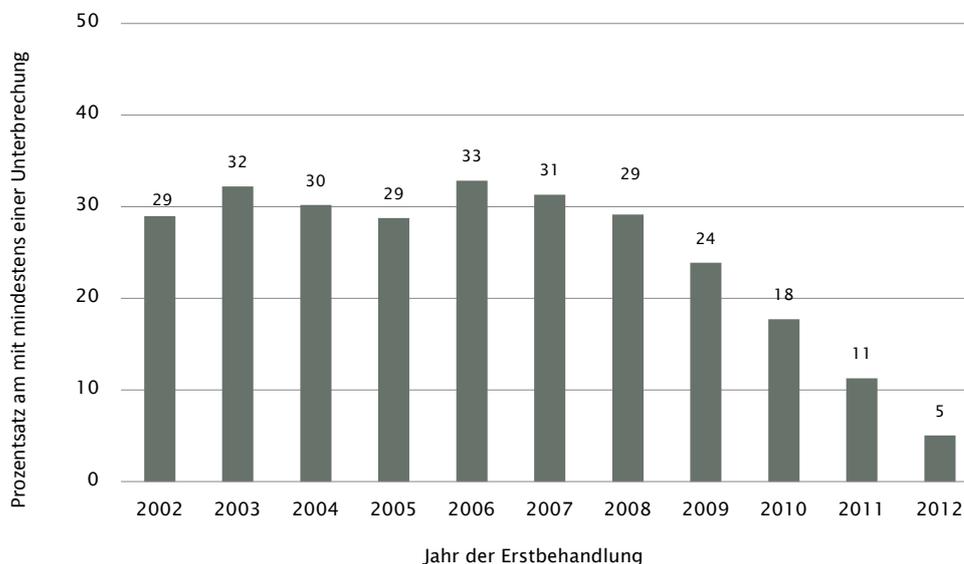
Wie Abbildung 4.3 zeigt, weist etwa ein Drittel der Personen mit einer Behandlungsdauer von über fünf Jahren mindestens eine Behandlungsunterbrechung¹ auf. Zieht man jene Personen heran, die 2002 erstmals in Substitutionsbehandlung waren und am 30. 4. 2013 noch oder wieder, so zeigt sich, dass 29 Prozent mindestens eine Behandlungsunterbrechung hatten. Im Schnitt weisen diese Personen 1,7 solche Unterbrechungen auf.

1

Eine Betreuung gilt dann als beendet, wenn innerhalb von 32 Tagen nach der Meldung des Endes einer Betreuung kein Betreuungsbeginn gemeldet wird.

Abbildung 4.3:

Anteil an Personen mit Behandlungsunterbrechungen, die sich am 30. 4. 2013 noch oder wieder in Substitutionsbehandlung befanden, nach Jahr der Erstbehandlung, in Prozent



Hinweis zum Lesen der Grafik: Beispiel: 29 Prozent jener Personen, die im Jahr 2002 ihre Erstbehandlung hatten und sich am 30.4.2013 noch oder wieder in Behandlung befanden weisen zumindest eine Behandlungsunterbrechung auf.

Quellen: DOKLI, eSuchtmittel; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

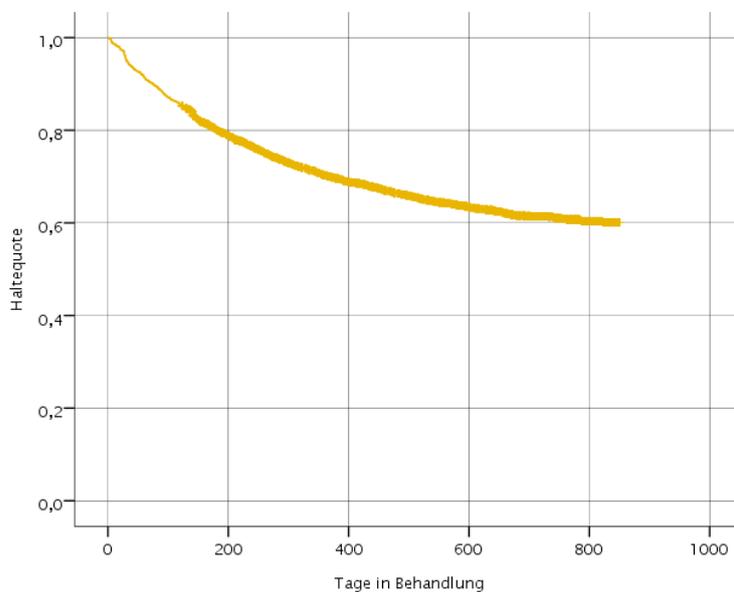
Schlussfolgerung: Die Daten aus dem Substitutionsregister bestätigen, dass Opioidabhängigkeit in vielen Fällen eine chronische Erkrankung mit rezidivierendem Verlauf ist. Immerhin ein Drittel der Personen, die vor 23 Jahren eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, befand sich am 30. 4. 2013 noch oder wieder in Behandlung. Etwa ein Drittel der Personen, die vor 10 Jahren ihre Substitutionsbehandlung begonnen haben, weist mindestens eine Behandlungsunterbrechung von mehr als 32 Tagen auf. Dies belegt, dass viele Opioidabhängige nach einer Behandlungsunterbrechung wieder in Substitutionsbehandlung zurückkehren.

4.2 Haltequote als Erfolgskriterium

Aufgrund des meist chronischen Charakters der Opioidabhängigkeit wird die Haltequote in Behandlung¹ in der wissenschaftlichen Literatur als wichtiges Erfolgskriterium angesehen (z. B. Bammer et al. 2000, Mattick et al. 2004, Busch et al. 2007). Da es sich bei Behandlungen um rechtszensierte Daten² handelt, wird zur Berechnung der Haltequote das Verfahren der „Überlebensanalyse“ nach Kaplan–Meier herangezogen. Das Verfahren ermöglicht es auch potenzielle Einflussgrößen auf die Haltequote zu überprüfen.

Abbildung 4.4:

Haltequote³ der Personen, die vom 1. 1. 2011 bis 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben (Überlebensfunktion nach Kaplan–Meier; n = 5.165)



Anmerkung: Hinweis zum Lesen der Grafik: nach 180 Tagen befinden sich noch 80 Prozent und nach 730 Tagen noch über 60 Prozent der Personen, die zwischen 1. 1. 2011 und 31. 12. 2012 ihre Substitutionsbehandlung begonnen haben, in Behandlung

Quelle: eSuchtmittel; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

1

Unter Haltequote wird der Prozentsatz von Patientinnen und Patienten verstanden, die nach einem definierten Zeitintervall noch in Behandlung sind.

2

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

3

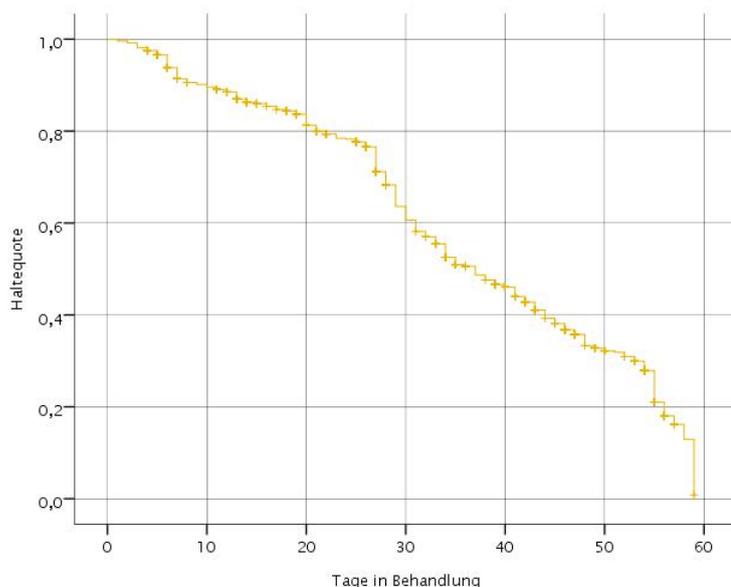
Eine Betreuung gilt dann als beendet, wenn innerhalb von 32 Tagen nach der Meldung des Endes einer Betreuung keine Meldung eines Betreuungsbegins erfolgte. Personen die unter einem Tag gemeldet waren, werden von der Analyse ausgeschlossen.

Es wurde eine Überlebensanalyse für alle Klientinnen und Klienten, die im Zeitraum 1. 1. 2011 bis 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, berechnet. Der Beobachtungszeitraum wurde mit dem 30. 4. 2013 terminiert. Nach einem halben Jahr befinden sich 80 Prozent, nach einem Jahr 70 Prozent und nach 2 Jahren über 60 Prozent noch in Substitutionsbehandlung (vgl. Abbildung 4.4).

Um Hinweise auf kritische Phasen hinsichtlich eines Abbruchs am Beginn der Substitutionsbehandlung zu erhalten, wurde eine Überlebensanalyse gesondert für jene Personen mit maximaler Dauer der Substitutionsbehandlung von unter 60 Tagen berechnet. Es zeigt sich, dass in den ersten 20 Tagen etwa 20 Prozent die Behandlung beenden, in den Tagen 21 bis 40 hingegen 35 Prozent. Dies kann als ein Hinweis auf eine kritische Phase etwa ein Monat nach Behandlungsbeginn interpretiert werden. Es ist aber zu berücksichtigen, dass im Substitutionsregister das vom Arzt gemeldete Behandlungsende aufscheint und nicht immer exakt sein kann (z. B. wenn eine Klientin / ein Klient einige Tage nicht erscheint – vgl. Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5:

Haltequote¹ der Personen, die vom 1. 1. 2011 bis 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben und weniger als 60 Tage in Behandlung waren (Überlebensfunktion nach Kaplan–Meier; n = 765)



Quelle: eSuchtmittel; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

Eine geschlechtsspezifische Analyse der Daten zeigt, dass Frauen eine signifikant höhere Haltequote aufweisen als Männer (Tarone–Ware: $\chi^2 = 13,815$, $df = 1$, $p < .001$). Während sich bei den

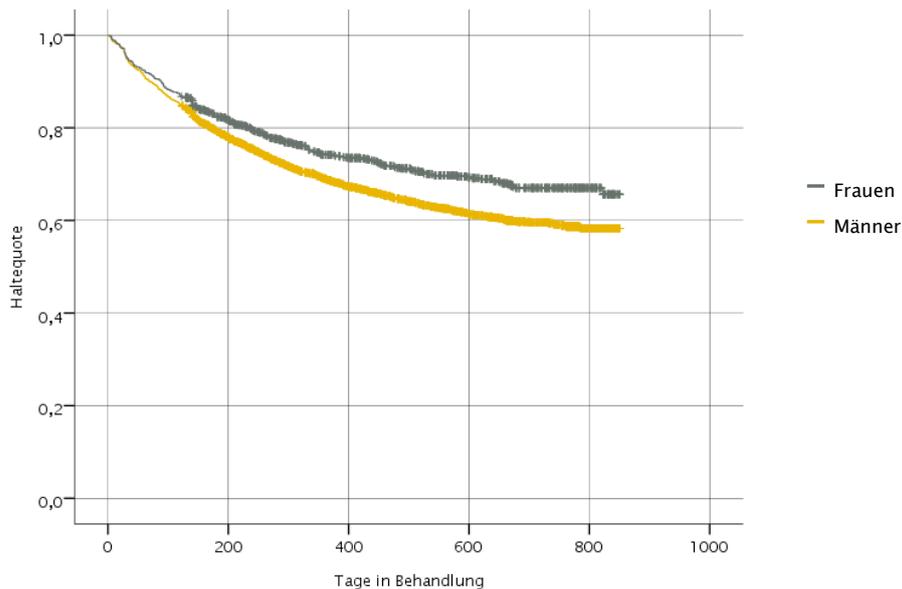
1

Eine Betreuung gilt dann als beendet, wenn innerhalb von 32 Tagen nach der Meldung des Endes kein Betreuungsbeginn gemeldet wurde. Personen, die unter einem Tag gemeldet waren, werden von der Analyse ausgeschlossen.

Frauen nach einem halben Jahr noch 83 Prozent, nach einem Jahr 74 Prozent und nach zwei Jahren 66 Prozent in Substitutionsbehandlung befinden, lauten die entsprechenden Zahlen bei den Männern 79 Prozent, 69 Prozent und 59 Prozent (vgl. Abbildung 4.6).

Abbildung 4.6:

Haltdauer¹ der Personen, die vom 1 .1. 2011 bis 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, nach Geschlecht (Überlebensfunktion nach Kaplan–Meier; n=5.165)



Quelle: eSuchtmittel; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

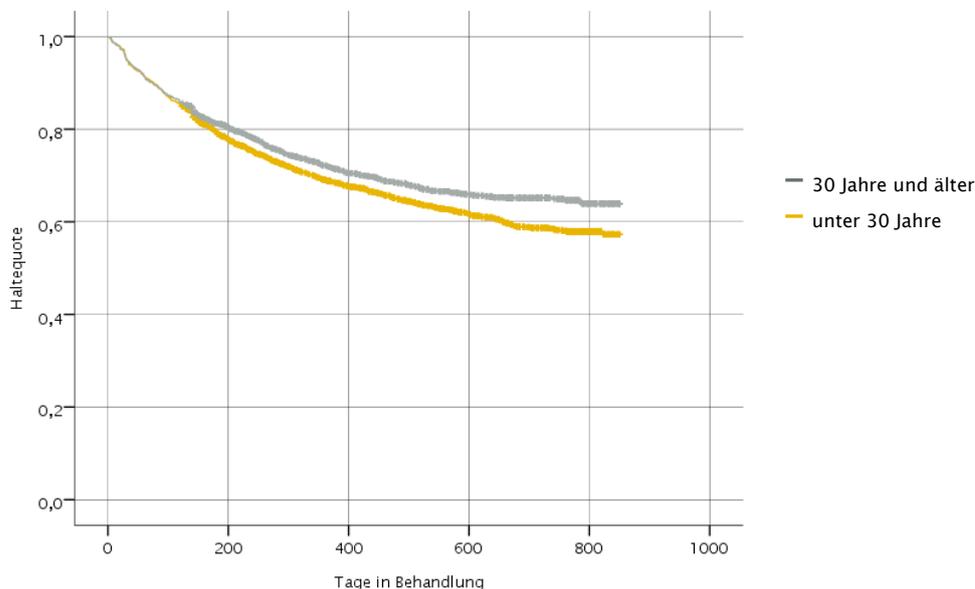
Eine altersspezifische Analyse der Daten zeigt, dass Personen über 30 Jahre eine signifikant höhere Haltequote aufweisen als Personen unter 30 Jahren (Tarone–Ware: $\chi^2 = 6,722$, $df = 1$, $p < .01$). Während es bei den über 30-Jährigen nach zwei Jahren 65 Prozent sind, liegt der Anteil bei den Jüngeren bei 59 Prozent (vgl. Abbildung 4.7).

1

Eine Betreuung gilt dann als beendet, wenn innerhalb von 32 Tagen nach der Meldung des Endes einer Betreuung keine Meldung eines Betreuungsbegins erfolgte. Personen, die unter einem Tag gemeldet waren, werden von der Analyse ausgeschlossen.

Abbildung 4.7:

Haltequote¹ der Personen, die vom 1. 1. 2011 bis 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, nach Alter (Überlebensfunktion nach Kaplan–Meier; n = 5.165)



Quelle: eSuchtmittel; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

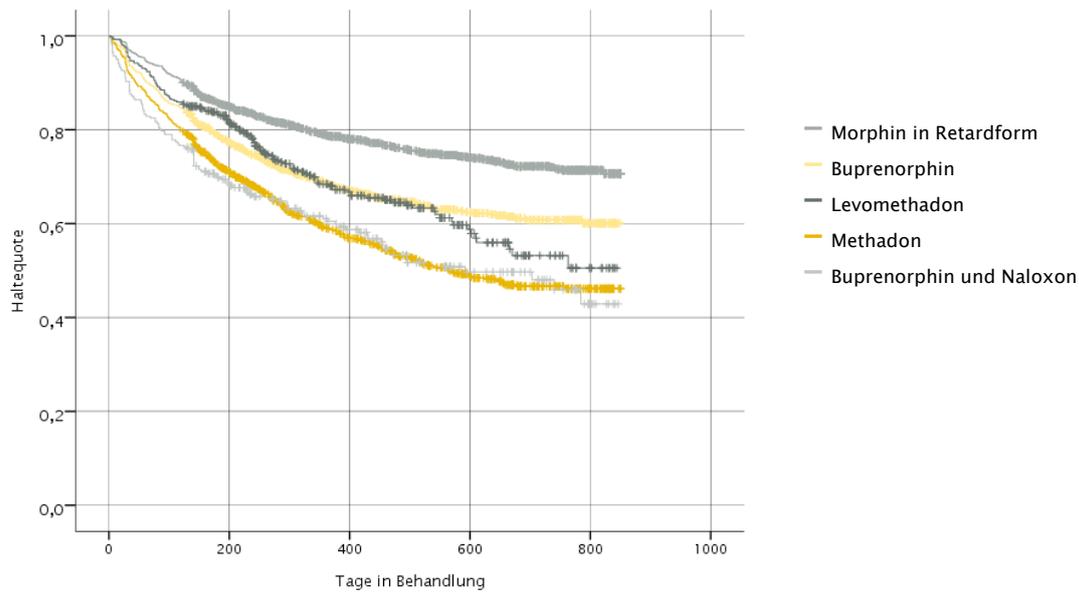
Eine Analyse nach verwendetem Substitutionsmittel zeigt ebenfalls große Unterschiede bei der Haltequote (Tarone–Ware: $\chi^2 = 194,559$, $df = 1$, $p < .001$). Bei der Interpretation dieses Ergebnisses ist aber zu berücksichtigen, dass die Verschreibung der Substitutionsmittel nicht zufällig erfolgt (kein Randomised Controlled Trial), sondern mit unterschiedlichen Charakteristika der Patientinnen und Patienten einhergeht, die möglicherweise auch einen Einfluss auf die Haltequote haben (z. B. stabile versus instabile Patientinnen und Patienten). Bei einem Wechsel des Substitutionsmittels wurde immer das zuletzt verschriebene für die Analyse verwendet. Morphin in Retardform weist mit Abstand die höchste Haltequote auf, gefolgt von Buprenorphin. Beim Methadon bzw. bei der Kombination Buprenorphin mit Naloxon sind die Haltequoten am niedrigsten. Während beispielsweise nach einem Jahr noch 79 Prozent der mit Morphin in Retardform Behandelten im Substitutionsprogramm sind, sind dies bei einer Methadonverschreibung nur 59 Prozent (vgl. Abbildung 4.8).

1

Eine Betreuung gilt dann als beendet, wenn innerhalb von 32 Tagen nach der Meldung des Endes einer Betreuung keine Meldung eines Betreuungsbegins erfolgte. Personen, die unter einem Tag gemeldet waren, werden von der Analyse ausgeschlossen.

Abbildung 4.8:

Haltedauer¹ der Personen, die vom 1. 1. 2011 bis 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, nach Substitutionsmittel (Überlebensfunktion nach Kaplan–Meier; n = 5.165)



Anmerkung: Bei einem Wechsel des Substitutionsmittels wird immer das letzte verschriebene Substitutionsmittel für die Berechnung herangezogen

Quelle: eSuchtmittel; GÖG/ÖBIG Berechnungen: GÖG/ÖBIG

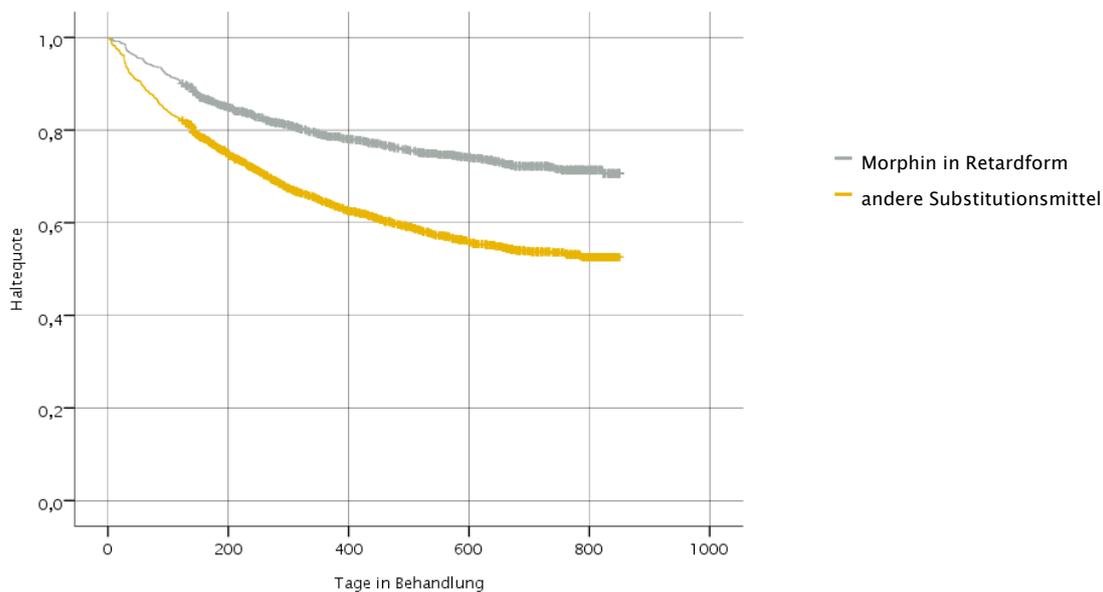
Abbildung 4.9 stellt aus Gründen der Übersichtlichkeit die Entwicklung der Haltequote von Patientinnen und Patienten, die mit Morphin in Retardform substituiert werden, jener von Personen, denen andere Substitutionsmittel verschrieben werden, gegenüber (Tarone–Ware: $\chi^2 = 149,819$, $df = 1$, $p < .001$). Nach 800 Tagen befinden sich noch 71 Prozent der mit Morphin in Retardform Behandelten im Substitutionsprogramm, bei der Gruppe mit anderen Substitutionsmitteln sind es hingegen nur 53 Prozent.

1

Eine Betreuung gilt dann als beendet, wenn innerhalb von 32 Tagen nach der Meldung des Endes einer Betreuung keine Meldung eines Betreuungsbegins erfolgte. Personen, die unter einem Tag gemeldet waren, werden von der Analyse ausgeschlossen.

Abbildung 4.9:

Haltdauer¹ der Personen, die vom 1. 1. 2011 bis 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, nach Morphin in Retardform und anderen Substitutionsmitteln (Überlebensfunktion nach Kaplan–Meier; n = 5.165)



Anmerkung: Bei einem Wechsel des Substitutionsmittels wird immer das letzte verschriebene Substitutionsmittel für die Berechnung herangezogen

Quelle: eSuchtmittel; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

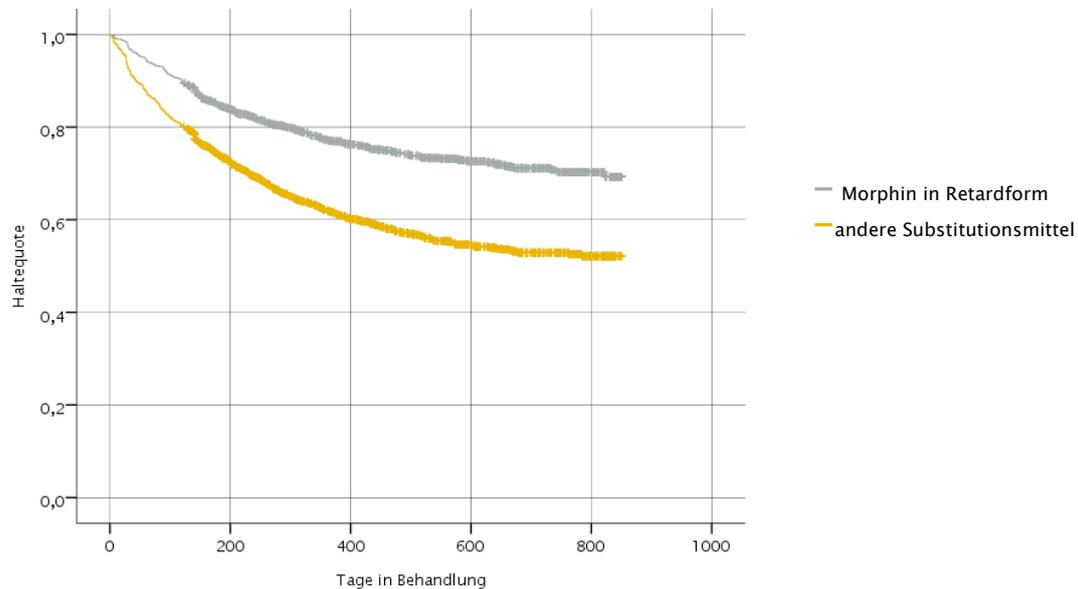
Einen möglichen Störfaktor bei dieser Analyse stellt die Tatsache dar, dass für die Analyse im Falle eines Substitutionsmittel-Wechsels im Lauf der Behandlung immer das zuletzt verschriebene Mittel herangezogen wird. Um diesen Störfaktor auszuschließen, wurde zur Validierung die gesamte Analyse nur mit jenen Personen durchgeführt, die niemals das Substitutionsmittel gewechselt haben. Es zeigt sich jedoch ein nahezu identisches Bild (vgl. Abbildung 4.10).

1

Eine Betreuung gilt dann als beendet, wenn innerhalb von 32 Tagen nach der Meldung des Endes einer Betreuung keine Meldung eines Betreuungsbegins erfolgte. Personen, die unter einem Tag gemeldet waren, werden von der Analyse ausgeschlossen.

Abbildung 4.10:

Haltezeit¹ der Personen ohne Wechsel des Substitutionsmittels, die vom 1. 1. 2011 bis 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, nach Morphin in Retardform und anderen Substitutionsmitteln (Überlebensfunktion nach Kaplan-Meier; n = 4.345)



Quelle: eSuchtmittel; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

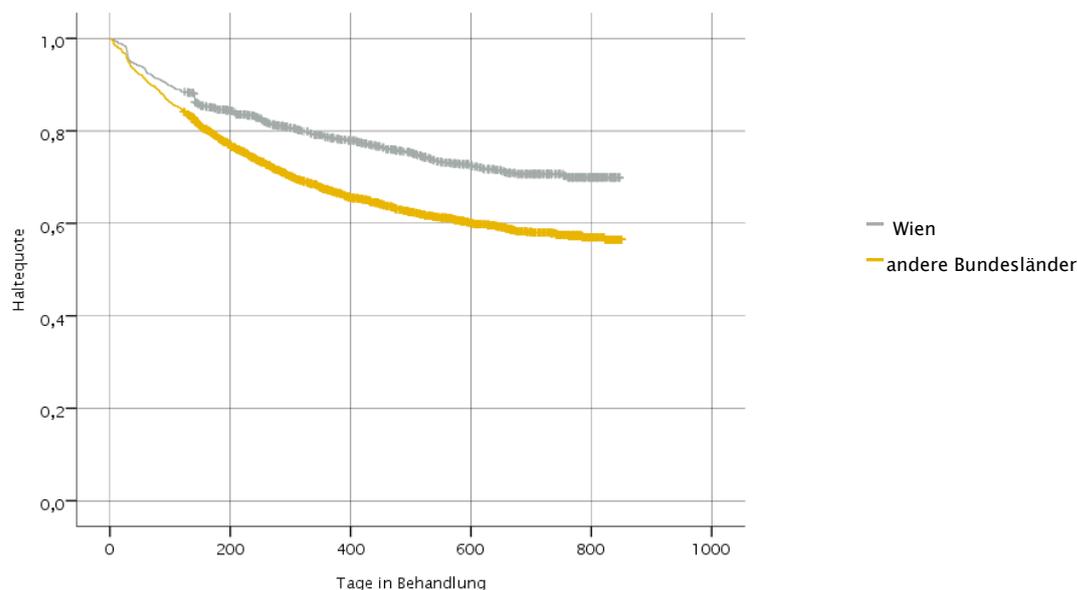
Ein regionaler Vergleich zwischen Wien und den anderen Bundesländern ergibt, dass die Haltequote in Wien höher ist als im restlichen Österreich (Tarone-Ware: $\chi^2 = 46,455$, $df = 1$, $p < .001$). Nach 800 Tagen befinden sich in Wien noch 70 Prozent in Substitutionsbehandlung, in den anderen Bundesländern sind es hingegen nur 57 Prozent (vgl. Abbildung 4.11).

1

Eine Betreuung gilt dann als beendet, wenn innerhalb von 32 Tagen nach der Meldung des Endes einer Betreuung keine Meldung eines Betreuungsbegins erfolgte. Personen, die unter einem Tag gemeldet waren, werden von der Analyse ausgeschlossen.

Abbildung 4.11:

Haltequote¹ der Personen, die vom 1. 1. 2011 bis 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, nach Wien und anderen Bundesländern (Überlebensfunktion nach Kaplan-Meier; n = 5.165)



Quelle: eSuchtmittel; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

Ein Vergleich der Haltequote in Österreich mit jener in wissenschaftlichen Übersichtsarbeiten publizierten gestaltet sich schwierig, da die meisten Studien eine wesentlich kürzere Laufzeit hatten als der Beobachtungszeitraum für Österreich war (vgl. Tabelle 4.1). Über diese Übersichtsarbeiten hinaus konnten lediglich zwei aktuelle Studien mit einer längeren Laufzeit identifiziert werden. In einer 2012 in Irland publizierten Studie betrug die Haltequote von 1.269 Personen mit Methadonsubstitution 61 Prozent (Mullen et al. 2012) und bei der deutschen COBRA-Studie (n = 2.170 mit Methadon oder Buprenorphin Substituierte) nach einem Jahr 77 Prozent (Wittchen et al. 2011a; Wittchen et al. 2011b). Die Haltequote in Österreich liegt nach einem Jahr bei 70 Prozent (bei Substitution mit Morphin in Retardform bei 79 Prozent). Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass die referierten Haltequoten aufgrund unterschiedlicher Untersuchungsdesigns nur sehr eingeschränkt vergleichbar sind. Die herangezogenen Studien zeigen ebenfalls, dass die Haltequote vom Substitutionsmittel und dessen Dosierung abhängig ist.

1

Eine Betreuung gilt dann als beendet, wenn innerhalb von 32 Tagen nach der Meldung des Endes einer Betreuung keine Meldung eines Betreuungsbegins erfolgte. Personen, die unter einem Tag gemeldet waren, werden von der Analyse ausgeschlossen.

Tabelle 4.1:

Haltequoten aus Übersichtsarbeiten zur Substitutionsbehandlung, die nach 2000 publiziert wurden

Autoren/ Autorinnen	Jahr	Follow up	Substitutionsmittel	Anzahl der Teil- nehmenden	Haltequote bei Follow up
Johnson RE	2000	17 Wochen	Levo-Acetymethadol (75–115mg)	55	53 %
			Buprenorphin (16–32mg)	55	58 %
			Methadon (60–100mg)	55	71 %
			Methadon (20mg)	55	20 %
Pani PP	2000	24 Wochen	Methadon (60mg)	34	65 %
			Buprenorphin (8mg)	38	47 %
Preston KL	2000	13 Wochen	Methadon (70mg)	31	87 %
			Methadon (50mg)	28	96 %
Mattick RP	2003	13 Wochen	Methadon (20–150mg)	202	59 %
			Buprenorphin (20–32mg)	192	50 %
Eder	2005	7 Wochen	Morphin in Retardform	32	84%
			Methadon	32	91 %
Kraigher	2005	3 Wochen	Morphin in Retardform	110	94 %
Kastelic	2008	4 Wochen	Morphin in Retardform	67	81 %
Kraigher	2002	3 Wochen	Morphin in Retardform	67	94 %
Rao	2005	4 Wochen	Morphin in Retardform	74	45 %
Vasilev	2006	6 Monate	Morphin in Retardform	20	95 %

Quelle: (Bao et al. 2009; Jegu et al. 2011)

Schlussfolgerung: Mit den Analysen der Behandlungskohorte 2011/2012 liegen in Österreich erstmals valide Informationen zum wichtigen Erfolgskriterium Haltequote für die Substitutionsbehandlung vor. Insgesamt befinden sich nach einem Jahr noch 70 Prozent und nach zwei Jahren noch 60 Prozent der Personen in Behandlung. Es gibt Hinweise, dass nach einer Behandlungsdauer von einem Monat eine kritische Phase bezüglich Behandlungsabbruch besteht. Frauen weisen eine höhere Haltequote auf als Männer und Personen über 30 Jahre als solche unter 30 Jahren. Morphin in Retardform ist allen anderen Substitutionsmitteln hinsichtlich Haltequote eindeutig überlegen. Die Haltequote ist in Wien höher als in den anderen Bundesländern.

4.3 Versorgungslage

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

1. Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte
2. Anzahl der tatsächlich in der Substitutionsbehandlung tätigen Ärztinnen und Ärzte (im Rahmen der Substitutionsbehandlung versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte)
3. Anzahl der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen
4. Prävalenzschätzung des problematischen Drogenkonsums¹

Die Anzahl der für die Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte kann der – basierend auf der „Weiterbildungsverordnung zur Substitutionsbehandlung“ am BMG zu führenden „Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzte und Ärztinnen“ (LISA) entnommen werden. Alle anderen Indikatoren mit Ausnahme der Prävalenzschätzungen (siehe dazu Abschnitt 1.3) stammen aus dem Register der Substitutionsbehandlungen.

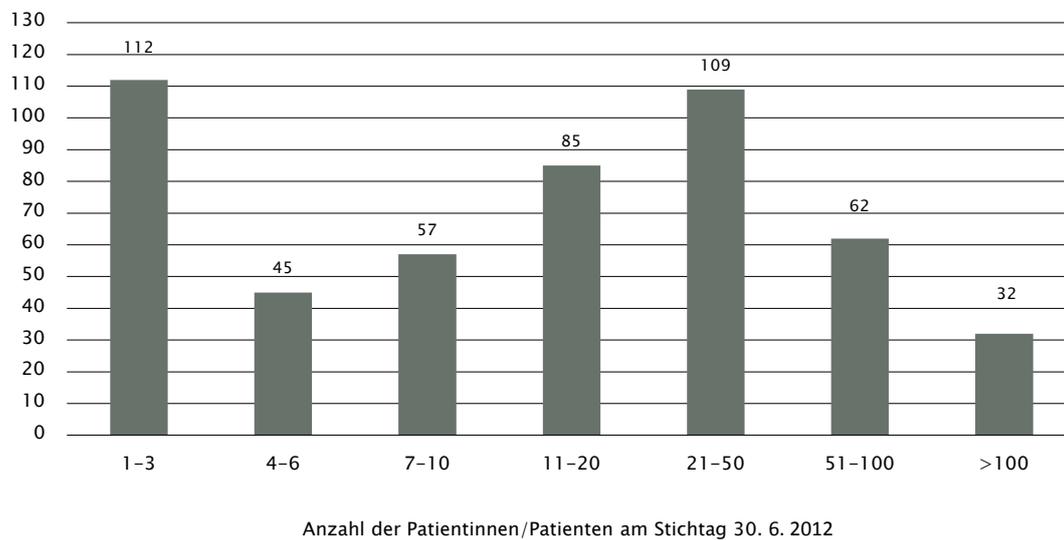
In der Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte waren zum Stichtag 30. 6. 2012 insgesamt 657 Mediziner/innen eingetragen. Von diesen haben 502 (76 %) am Stichtag 30. 6. 2012 auch eine Substitutionsbehandlung durchgeführt. Da sich 14.940 Personen am 30. 6. 2012 in Substitutionsbehandlung befanden, kommen somit im Schnitt 30 Behandelte auf eine Ärztin / einen Arzt. Die Betreuungszahlen pro Arzt/Ärztin streuen sehr stark. Während 157 Ärztinnen/Ärzte (31 Prozent) jeweils bis 6 Patientinnen und Patienten betreuen, sind bei 94 (19 Prozent) Ärztinnen/Ärzten jeweils über 50 Personen in Substitutionsbehandlung (vgl. Abbildung 4.12). Das kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Teil der Substitutionsbehandlungen bei Ärztinnen/Ärzten im Rahmen der (allgemeinmedizinischen) Regelversorgung durchgeführt wird, ein anderer Teil wiederum von Ärztinnen/Ärzten, die sich auf Substitutionsbehandlung spezialisiert haben.

¹

Prävalenzschätzungen liegen bis einschließlich 2011 vor – ein Update für 2012 und 2013 wird im Jahr 2014 erfolgen. Details zur Gegenüberstellung von Prävalenz des problematischen Drogenkonsums und Personen in Substitutionsbehandlung siehe Epidemiologiebericht Drogen 2012.

Abbildung 4.12:

Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt im Jahr 2012



Quellen: eSuchtmittel; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

Bei bundeslandspezifischen Vergleichen hinsichtlich der Behandlungsstruktur ist zu berücksichtigen, dass z. B. besonders in Wien Ärztinnen und Ärzte über die Bundeslandgrenzen hinaus versorgungswirksam werden (wenn beispielsweise eine Wiener Ärztin oder ein Wiener Arzt auch Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern betreut – siehe dazu Tabelle 4.2). In Tabelle 4.2 werden die pro Bundesland am 30. 6. 2012 in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen der Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten bzw. in der Substitutionsbehandlung versorgungsrelevanten Ärztinnen/Ärzte gegenübergestellt. Dabei ergeben sich große regionale Unterschiede. Während im Burgenland 3 Betreute auf einen versorgungswirksamen Arzt / eine versorgungswirksame Ärztin kommen, sind dies in Vorarlberg 46 und in Kärnten 30. Auch zeigt sich, dass in manchen Bundesländern weniger Ärzte versorgungswirksam werden als in der Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzte und Ärztinnen registriert sind und in anderen wiederum mehr.

Tabelle 4.2:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt), nach Bundesland, Stichtag 30. 6. 2012

Bundesland	Personen in Substitutionsbehandlung	Ärztinnen/Ärzte-LISA*	Versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte	Personen in Substitutionsbehandlung pro Ärztin/Arzt
Burgenland	201	25	59	3
Kärnten	451	21	15	30
Niederösterreich	2.051	73	196	10
Oberösterreich	1.455	67	67	22
Salzburg	408	14	20	20
Steiermark	1.067	44	44	24
Tirol	987	34	38	26
Vorarlberg	510	15	11	46
Wien	7.810	364	285	27
Österreich	14.940	657	502	30

*LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte

Quellen: eSuchtmittel und LISA; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

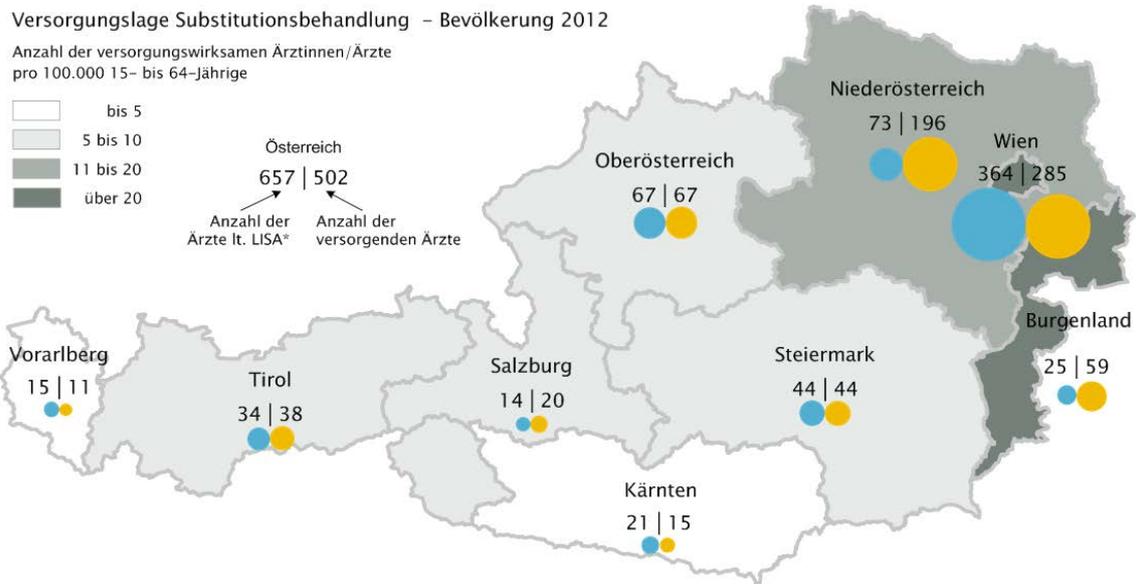
Bezieht man die Anzahl der versorgungswirksamen Ärztinnen/Ärzte auf die Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahre (vgl. Abbildung 4.13) lassen sich grobe Hinweise auf die Passung von Angebot und Nachfrage im Bereich Substitutionsbehandlung herausarbeiten. Dabei zeigt sich, dass Kärnten und Vorarlberg die wenigsten substituierenden Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 15- bis 64-Jährige aufweisen und Burgenland, Wien und Niederösterreich die meisten.

Bei der Interpretation der Zahlen ist jedoch zu bedenken, dass die Substitutionsbehandlung in den Bundesländern unterschiedlich organisiert ist (zentrale Stellen für die Substitutionsbehandlung versus dezentrale Versorgung). Während in Kärnten, Salzburg, Tirol und Vorarlberg ein relativ großer Teil der Personen in Einrichtungen (§ 15 Einrichtung oder Krankenanstalt) betreut wird, wird in den anderen Bundesländern weit über die Hälfte der Personen in Substitutionsbehandlung in Arztpraxen versorgt (vgl. Abbildung 4.14)

Schlussfolgerung: Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die ein substituierender Arzt / eine substituierende Ärztin betreut, ist stark unterschiedlich. Auch das Verhältnis zwischen der Anzahl versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Anzahl 15- bis 64-Jähriger ist in den Bundesländern verschieden. Rückschlüsse auf die Versorgungslage gestalten sich aufgrund der unterschiedlichen Organisation der Substitutionsbehandlung in den Bundesländern schwierig. Vertiefende bundeslandspezifische Analysen sind hier nötig. Insgesamt muss festgestellt werden, dass hinsichtlich der Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlung Optimierungsbedarf besteht.

Abbildung 4.13:

Im Rahmen der Substitutionsbehandlung versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte (Stichtag 30. 6. 2012) bezogen auf die Gesamtbevölkerung (15 bis 64 Jahre)

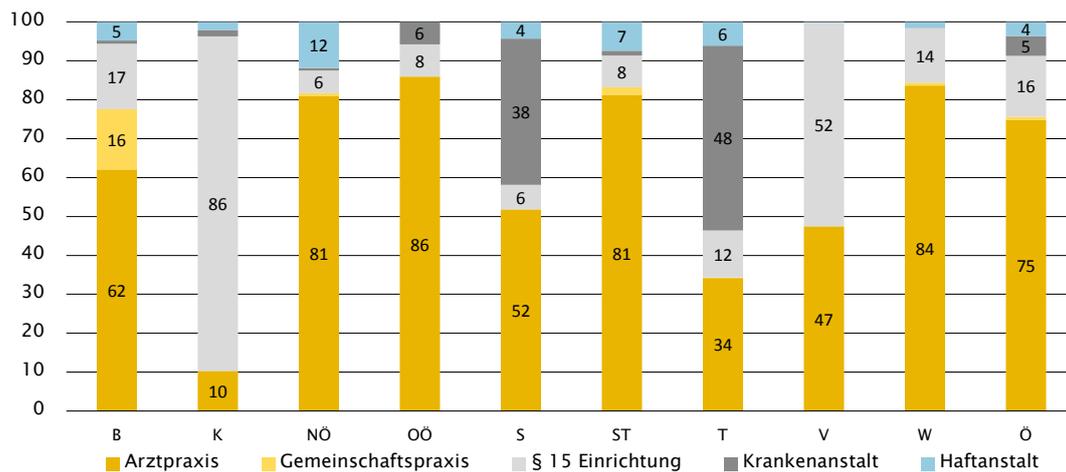


*LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte

Quellen: Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte (LISA) und eSuchtmittel

Abbildung 4.14:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten 2012

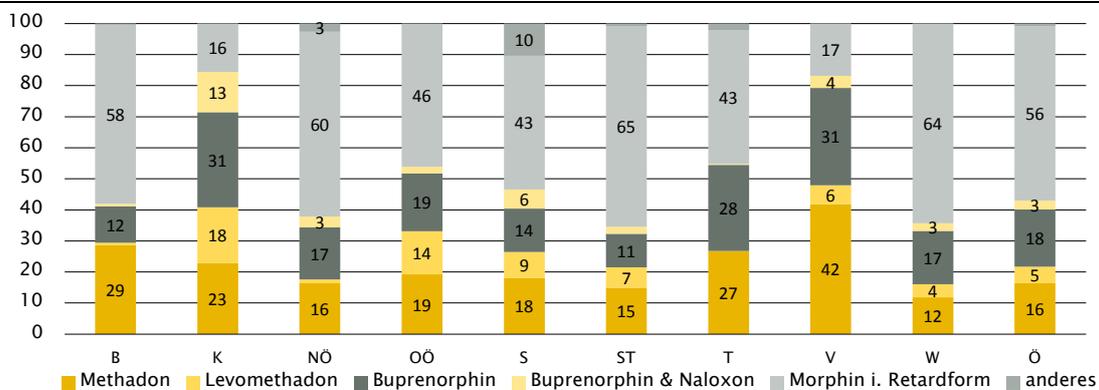


Quellen: eSuchtmittel; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

4.4 Eingesetzte Substitutionsmittel

Österreichweit stellt Morphin in Retardform (56 %) das am häufigsten verschriebene Substitutionsmittel dar, gefolgt von Methadon (16 %) und Buprenorphin (18 %). Auffällig ist, dass die Verschreibungspraxis bundeslandabhängig sehr unterschiedlich ist. Während beispielsweise in Vorarlberg nur bei 17 Prozent der Behandelten Morphin in Retardform zum Einsatz kommt, ist dies in Wien bei 64 Prozent der Behandelten der Fall (vgl. Abbildung 4.15).

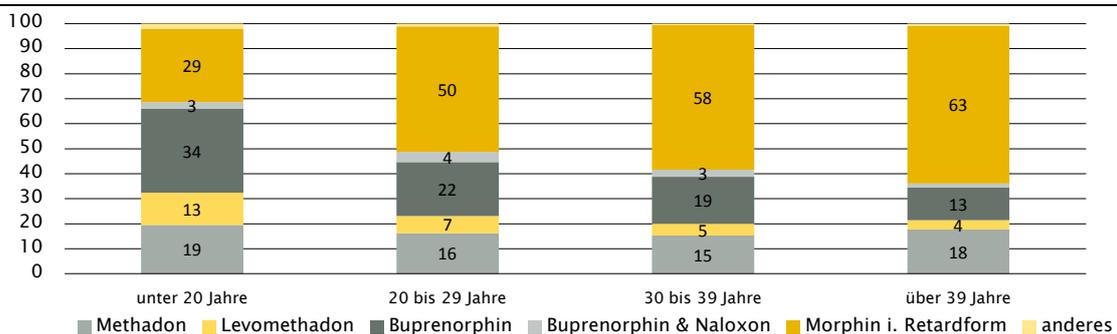
Abbildung 4.15:
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland 2012 in Prozent



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 16.642 der insgesamt 16.892 Personen, da bei 250 Personen (2 %) 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: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 4.16:
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter in Prozent



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 16.642 der insgesamt 16.892 Personen, da bei 250 Personen (2 %) 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: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Auch bezüglich des Alters lassen sich beim verordneten Substitutionsmittel Unterschiede feststellen. Die Tendenz geht dahin, dass älteren Patientinnen und Patienten zu einem etwas höheren Prozentsatz Morphin in Retardform verschrieben wird (vgl. Abbildung 4.16). Tabelle 4.3 gibt einen Überblick über den Wechsel von Substitutionsmitteln bis zum 30. 4. 2013 bei jenen Personen, die zwischen 1. 1. 2011 und 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben. Mit Ausnahme von Methadon und Buprenorphin wurde über 80 Prozent der Behandelten zum 30. 4. 2013 das gleiche Substitutionsmittel verschrieben wie zu Behandlungsbeginn.

Tabelle 4.3:

Vergleich der Substitutionsmittel zu Behandlungsbeginn und am 30. 4. 2013 für jene Personen, die zwischen 1. 1. 2011 und 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben

Substitutionsmittel zu Beginn der Behandlung	kein Wechsel	Wechsel zu				
		Buprenorphin	Methadon	Buprenorphin und Naloxon	Morphin in Retardform	Levomethadon
Buprenorphin	79%	–	5%	7%	5%	4%
Methadon	71%	3%	–	4%	5%	17%
Buprenorphin und Naloxon	93%	3%	1%	–	1%	2%
Morphin in Retardform	86%	4%	3%	1%	–	6%
Levomethadon	97%	0%	1%	0%	2%	–

Hinweis zum Lesen der Tabelle: 79 Prozent der Personen, die ihre Substitutionsbehandlung mit Buprenorphin beginnen, bleiben bei diesem Mittel, 5 Prozent wechseln zu Methadon, 7 Prozent zu Buprenorphin und Naloxon ...

Quelle: eSuchtmittel; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

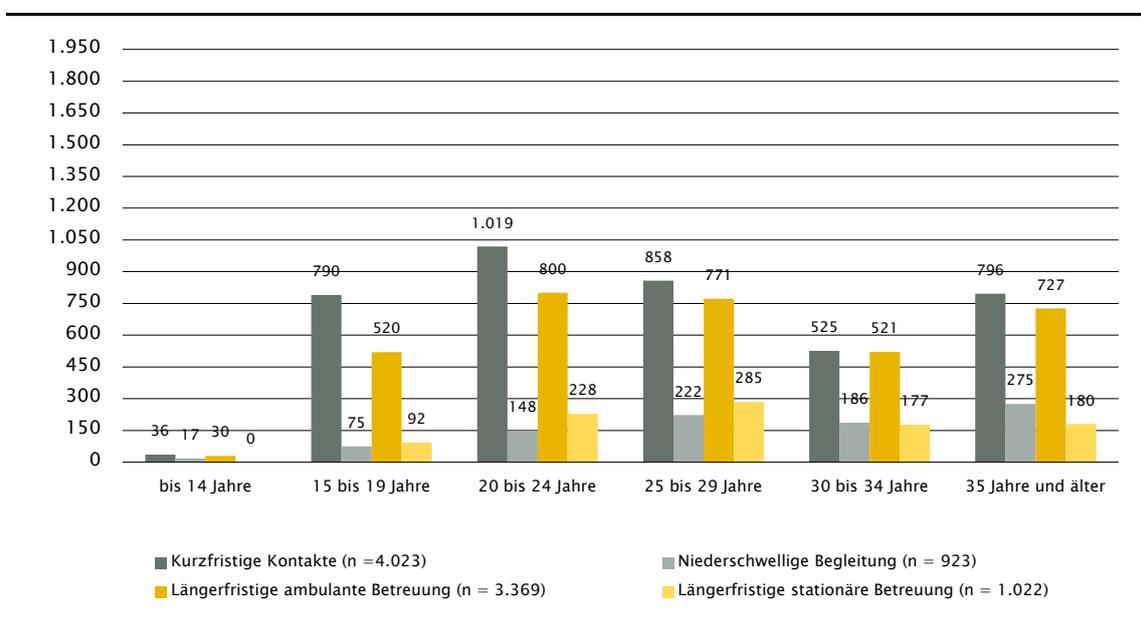
Schlussfolgerung: Die Verschreibung der unterschiedlichen Substitutionsmittel variiert von Bundesland zu Bundesland. Dies zeigt sich insbesondere im regional uneinheitlichen Einsatz von Morphin in Retardform. Indikationsstellungen, welche Substanz für welche Klientel am besten geeignet ist, sollten erarbeitet werden. Wechsel des Substitutionsmittels sind selten.

5 Detailergebnisse DOKLI

5.1 Soziodemografie

Je nach Setting sind zwischen 9 (bei längerfristig stationären Betreuungen) und 21 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen 40 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 56 Prozent (in langfristigen stationären Betreuungen) der Klientel sind in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre zu finden (siehe Abbildung 5.1).

Abbildung 5.1:
Anzahl der Personen, die 2012 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung

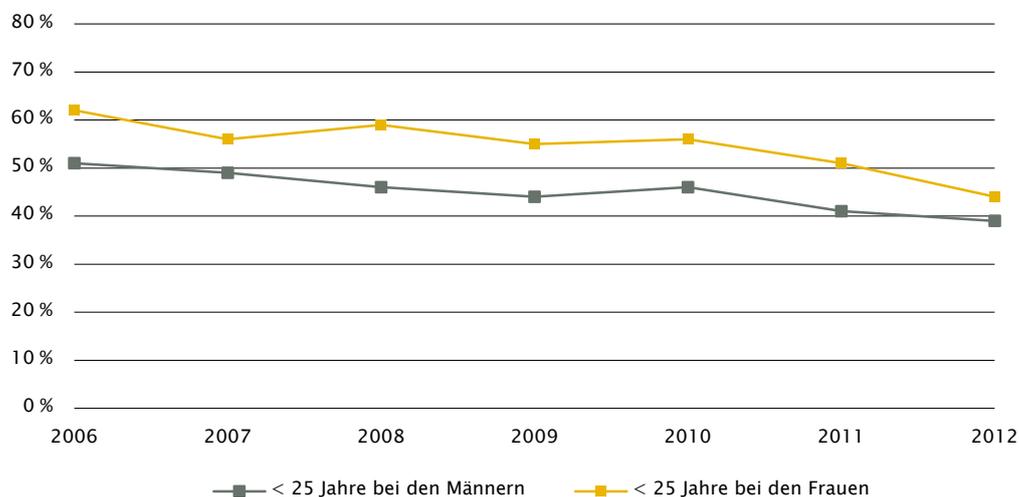


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2012

Betrachtet man die Gruppe der Personen im Alter von unter 25 Jahren, so zeigt sich, dass der Anteil dieser Gruppe im ambulanten Bereich über die Jahre tendenziell abgenommen hat. Im Jahr 2006 betrug der Anteil dieser Altersgruppe bei den Frauen 60 Prozent, 2012 waren hingegen nur mehr 44 Prozent der Frauen, die eine ambulante Betreuung begonnen haben, unter 25 Jahre alt. Bei den Männern machte der entsprechende Anteil 50 Prozent bzw. 39 Prozent aus (vgl. Abbildung 5.2). Dies kann als Hinweis auf eine „Alterung“ der Klientel der ambulanten Drogenhilfe interpretiert werden. Dennoch handelt es sich bei den österreichischen Klientinnen und Klienten um eine im europäischen Vergleich sehr junge Population. In der EU insgesamt sind beispielsweise 27 Prozent der Klientel der ambulanten Drogenhilfe unter 25 Jahre alt und in Deutschland 30 Prozent.

Abbildung 5.2:

Anteil unter 25-Jähriger, die eine längerfristige ambulante drogenspezifische Betreuung begonnen haben, bei Männern und Frauen 2006 bis 2012



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2012

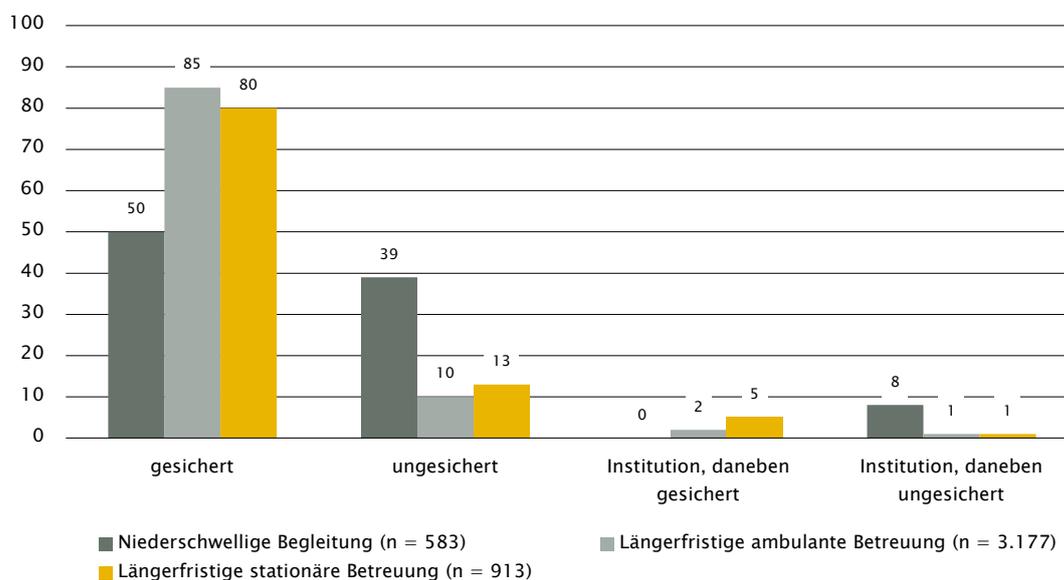
Der Anteil an Frauen beträgt je nach Setting zwischen 23 (in kurzfristigen Kontakten) und 29 (in niederschwelliger Begleitung) Prozent.

Als Lebensmittelpunkt geben die meisten längerfristig ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten Wien an (vgl. GT 22). Auch lässt sich beobachten, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der in Wien (lebenden) Betreuten deutlich steigt (vgl. AT 22).

Versorgepflichtige Kinder hat etwa ein Viertel der betreuten Frauen und Männer (vgl. GT 15). Etwa 90 Prozent der Klientel sind österreichische Staatsbürger (vgl. GT 21).

Im Betreuungsjahr 2012 gaben 50 Prozent (2011: 42 %) der Personen in niederschwelliger Begleitung an, in einer gesicherten Wohnsituation (d. h. gesichert oder in Institution und daneben gesichert) zu leben. Für die Gruppe mit schwererer Drogenproblematik liegt dieser Wert bei 42 Prozent. Dagegen geben 85 Prozent aus der Gruppe der längerfristig betreuten Personen eine gesicherte Wohnsituation an (d. h. gesichert oder in Institution und daneben gesichert; vgl. Abbildung 5.3 und GT 23).

Abbildung 5.3:
 Personen, die 2012 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
 nach Wohnsituation und Art der Betreuung, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2012

Während Obdachlosigkeit für das Gros der längerfristig Betreuten also kein unmittelbares Problem darzustellen scheint, zeigt die Klientel im niederschweligen Betreuungsbereich große Defizite hinsichtlich der Wohnsituation. Bei der Interpretation der Angaben zur Wohnsituation ist aber zu beachten, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B. wenn die Klientin oder der Klient aufgrund ihrer bzw. seiner Suchterkrankung mangels anderer Alternativen bei den Eltern wohnt).

Zwischen 46 Prozent (in längerfristiger ambulanter Betreuung) und 59 Prozent (in längerfristiger stationärer Betreuung) der Klientel haben als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Pflichtschulabschluss. Wie in der Gesamtbevölkerung haben Männer häufiger einen Lehrabschluss als höchste Ausbildungsstufe als Frauen (vgl. GT 17).

Der Anteil an erwerbstätigen Klientinnen und Klienten ist im stationären Bereich am geringsten (6 %), wobei die meisten Personen angeben, arbeitslos gemeldet zu sein (29 %).

Dies könnte zum einen bedeuten, dass vor allem Personen mit massiven und oft langjährigen Drogenproblemen, für die häufig keine berufliche Eingliederung mehr möglich ist, in stationärer Behandlung sind. Mit ein Grund könnte aber auch sein, dass Personen, die keine Arbeit haben, sich eher für eine längerfristige stationäre Betreuung entscheiden bzw. umgekehrt, Personen mit aufrechtem Arbeitsverhältnis damit eher zu vereinbarende ambulante Betreuungen bevorzugen.

Während in den Vorjahren zu beobachten war, dass in jeder Art der Betreuung/Begleitung Arbeitslosigkeit von Frauen wesentlich seltener genannt wird, sind diese Unterschiede seit dem Betreuungsjahr 2011 nicht mehr festzustellen. Weiterhin gilt, dass Frauen in jeder Art der Betreuung eher die bedarfsorientierte Mindestsicherung (früher Sozialhilfe) beziehen als Männer (vgl. GT 20). In allen Betreuungssettings steigt die Zahl derer, die die bedarfsorientierte Mindestsicherung beziehen, mit dem Alter (vgl. AT 20).

5.2 Betreuungssituation

Neben dem Betreuungsschwerpunkt „Drogenproblematik“, der für alle im DOKLI-System erfassten Klientinnen und Klienten angekreuzt werden musste und der sich auf Problematiken im Zusammenhang mit illegalen Drogen bezieht, konnten ergänzend auch noch „Alkoholproblematik“, „Medikamentenproblematik“ oder „sonstiger Betreuungsschwerpunkt“ vermerkt werden, sofern neben den illegalen Drogen auch noch andere Problematiken im Zentrum der Betreuung standen. Der Großteil der erfassten Klientinnen und Klienten der österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen sind ausschließlich wegen Drogenproblematik in Betreuung. Am deutlichsten wird dies bei den längerfristigen stationären Betreuungen (78 %) und den längerfristigen ambulanten Betreuungen (64 %), am geringsten ausgeprägt ist dies im Bereich der niederschweligen Begleitung (55 %). Neben Drogen haben Alkohol bzw. Alkohol und Sonstiges als zusätzliche Betreuungsschwerpunkte eine gewisse Relevanz (vgl. GT 2).

Deutliche Unterschiede nach Betreuungsform finden sich in der bisherigen Inanspruchnahme von Angeboten der Drogenhilfe. Die Mehrzahl der betreuten Personen hat bereits Erfahrung mit der Drogenhilfe: 79 Prozent der niederschwellig begleiteten Personen, rund drei Viertel der stationären Klientinnen und Klienten, 58 Prozent der längerfristig ambulant Betreuten und 53 Prozent der in kurzfristigen Kontakten haben bereits früher Angebote der Drogenhilfe in Anspruch genommen (vgl. GT 3). Nicht überraschend findet sich bisherige Inanspruchnahme – generell wie hinsichtlich der stationären Behandlung – mit steigendem Alter häufiger (vgl. GT 4, AT 3 und AT 4).

Im niederschweligen Setting sind rund drei Viertel der Klientinnen und Klienten zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung, im längerfristig ambulanten und stationären Setting nur rund 30 Prozent (bei kurzfristigen Kontakten wird diese Variable nicht erhoben); Substitutionsbehandlungen, die erst im Zuge der Betreuung begonnen werden, wurden nicht erfasst (vgl. GT 6). Der Anteil der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen steigt kontinuierlich mit dem Alter (vgl. AT 6), im ambulanten und stationären Bereich ist der Anteil bei den Frauen etwas höher als bei den Männern. Weiters gibt es große Unterschiede nach Bundesland: während beispielsweise in den burgenländischen, Kärntner, niederösterreichischen, steirischen und Tiroler Einrichtungen maximal ein Viertel der ambulant längerfristig betreuten Klientel in Substitutionsbehandlung ist, sind es in den Salzburger Einrichtungen über 40 Prozent. Im stationären Bereich (der nach Lebensmittelpunkt der Klientel analysiert wurde) finden sich aktuell bei den oberösterreichischen, Salzburger und Vorarlberger Klientinnen und Klienten vergleichsweise geringe An-

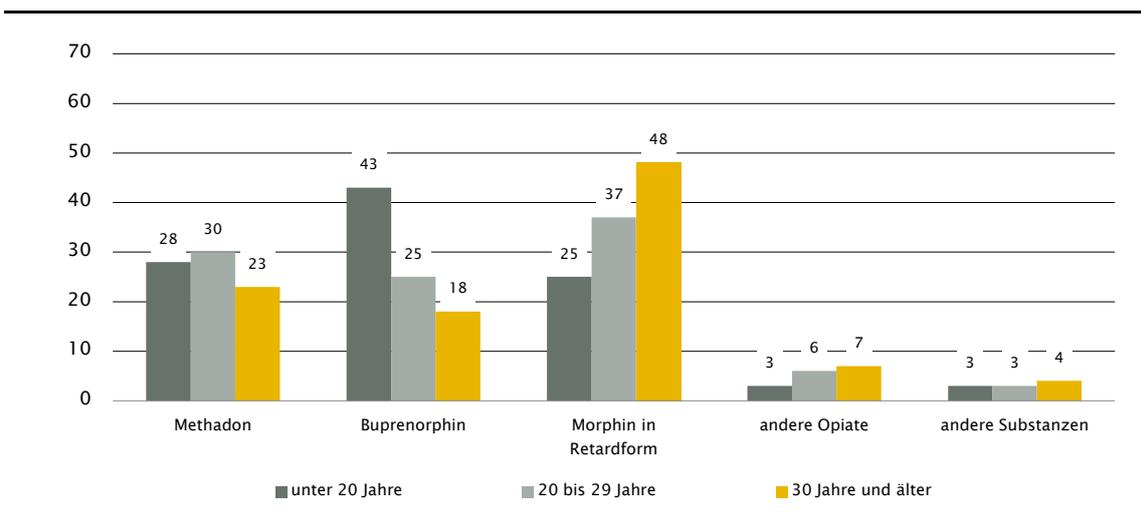
teile an Personen in Substitutionsbehandlung, bei Personen aus Tirol hingegen besonders hohe (vgl. BT 10) – diese Verteilungen unterliegen aber über die Jahre recht großen Schwankungen.

Als Substitutionsmittel findet sich in allen Gruppen am häufigsten Morphin in Retardform (Anteil zwischen 48 % und 71 %, im Vergleich dazu: Methadon-Anteil zwischen 21 % und 30 % – vgl. GT 7). Buprenorphin spielt in erster Linie bei den jüngeren Altersgruppen eine gewisse Rolle (vgl. AT 7 und Abbildung 5.4).

Der überproportional hohe Anteil an Buprenorphin als Substitutionsmittel in der jüngsten Altersgruppe der längerfristig ambulant Betreuten könnte eventuell auf eine steigende Bedeutung dieses Mittels bei Neubehandlungen infolge der rechtlichen Änderungen hinsichtlich Morphin in Retardform hinweisen (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b).

Abbildung 5.4:

Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die im Jahr 2012 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben und zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach dem Alter (n = 935), in Prozent

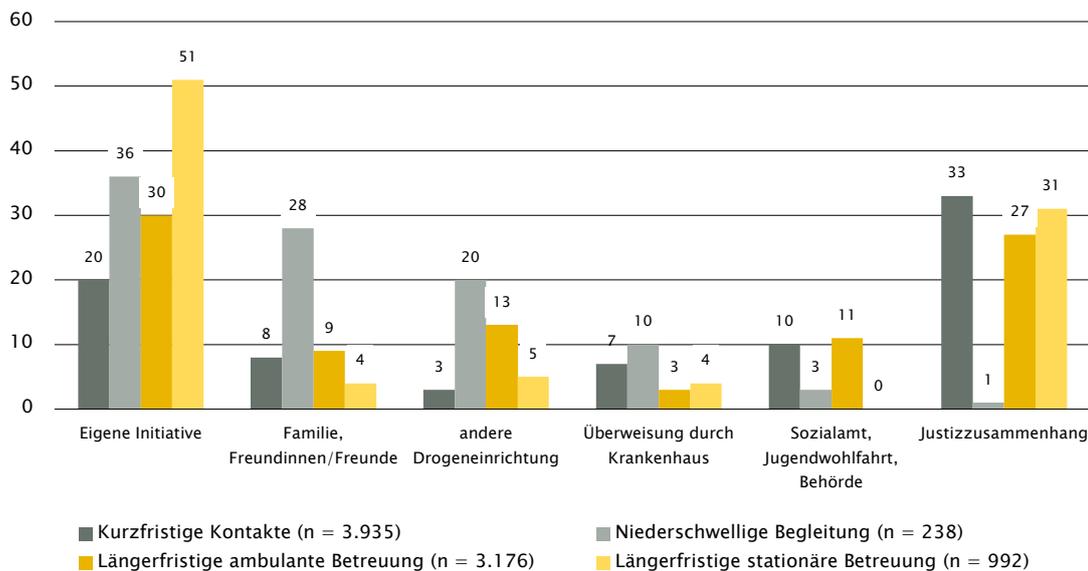


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2012

Der Hauptstoß für die Kontaktaufnahme mit der Drogenhilfeeinrichtung ist je nach Betreuungsform unterschiedlich: Bei stationärer Behandlung ist die eigene Initiative für rund die Hälfte der Klientinnen und Klienten der zentrale Grund (vgl. GT 8), in den anderen Betreuungsformen liegt die Wert zwischen 20 und 36 Prozent. Außer bei der niederschweligen Begleitung stellt ein Justizzusammenhang häufig den Hauptstoß dar. In der niederschweligen Begleitung spielen Familie und Freunde/Freundinnen und die Vermittlung von anderen Einrichtungen eine gewisse Rolle (vgl. Abbildung 5.5). Auffällig ist, dass Personen mit schwererer Drogenproblematik (außer im stationären Bereich) häufiger aus eigener Initiative kommen als jene mit leichter Problematik.

Abbildung 5.5:

Häufigste Hauptanlässe für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2012 mit einer Betreuung begonnen haben, nach Betreuungsart, in Prozent

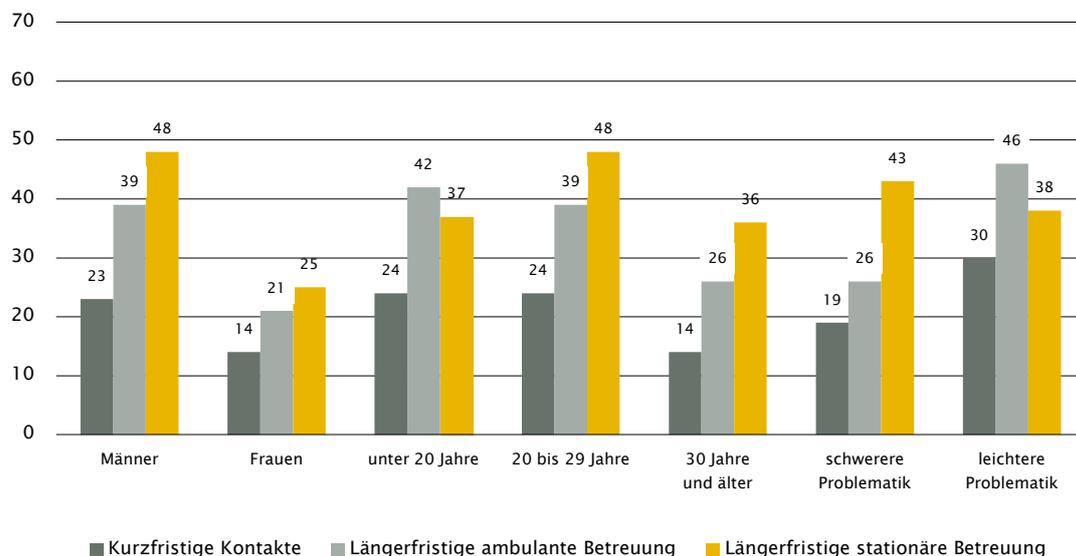


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2012

Für 21 Prozent (mit Kurzkontakten) bzw. 35 Prozent (in ambulanten Betreuungen) bzw. 43 Prozent (stationär) der Klientinnen und Klienten besteht eine Auflage oder Weisung bezüglich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (vgl. GT 9). Frauen nehmen deutlich seltener aufgrund einer Auflage/Weisung Kontakt auf als Männer. Im ambulanten Bereich (längerfristige Betreuungen wie Kurzkontakte) sinkt die Häufigkeit der Kontaktaufnahmen aufgrund einer Auflage/Weisung mit dem Alter (vgl. AT 9). Nicht überraschend sind vor allem § 35 SMG, § 12 SMG und § 13 SMG in der jüngsten Altersgruppe von Relevanz, während in den älteren § 39 SMG (vgl. AT 10) schlagend wird. Personen mit schwererer Drogenproblematik haben – vor allem bei den längerfristig ambulanten Betreuungen – deutlich seltener eine Auflage oder Weisung bezüglich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme als jene mit leichter Problematik (vgl. Abbildung 5.6). Dies erscheint auf den ersten Blick etwas überraschend, könnte aber damit erklärt werden, dass vor allem bei jungen Drogenkonsumierenden die Gesundheitsbehörden aus präventiven Überlegungen dazu tendieren, auch dann eine Auflage zu empfehlen, wenn die Drogenproblematik noch nicht massiv ausgebildet ist. Dies würde auch mit dem höheren Anteil an Auflagen/Weisungen in der jüngsten Altersgruppe im Einklang stehen.

Abbildung 5.6:

Auflage/Weisung bei Personen, die 2012 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik und Art der Betreuung, in Prozent



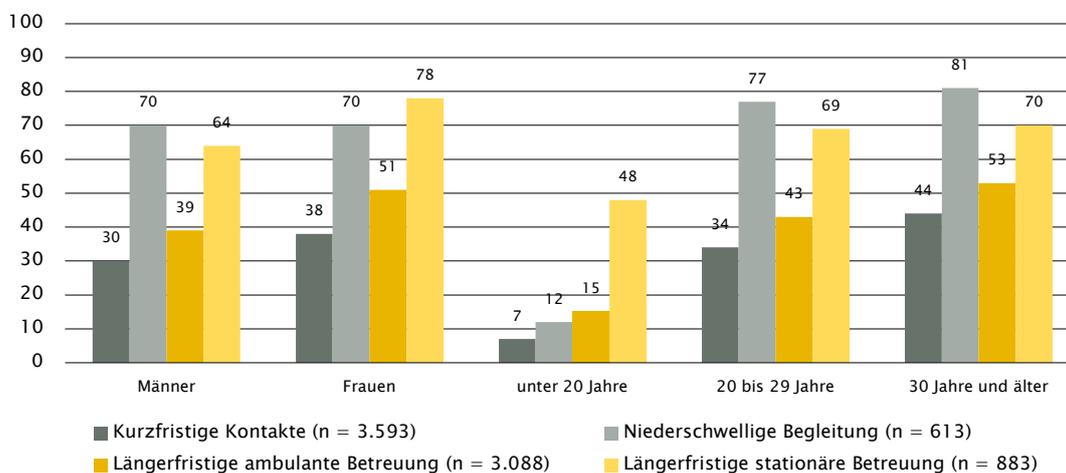
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

5.3 Drogenkonsum und Drogenproblematik

Der Anteil an Personen mit intravenösem Konsum (bezogen auf die Lebenszeit) ist nach Setting sehr unterschiedlich (bei kurzfristigen Kontakten: 32 %, in niederschwelliger Begleitung: 70 %, in ambulanter längerfristiger Betreuung: 42 %, in stationärer Betreuung: 67 %). Generell nimmt der Anteil an Personen mit i.v. Konsum mit dem Alter zu. Mit Ausnahme des niederschweligen Bereichs ist der Anteil an Personen, die bereits intravenös Drogen konsumiert haben, bei den Frauen höher als bei den Männern (vgl. Abbildung 5.7). Detailanalysen zum intravenösen Drogenkonsum finden sich im Schwerpunktkapitel des DOKLI-Berichts zum Klientenjahrgang 2007 (GÖG/ÖBIG 2008).

Abbildung 5.7:

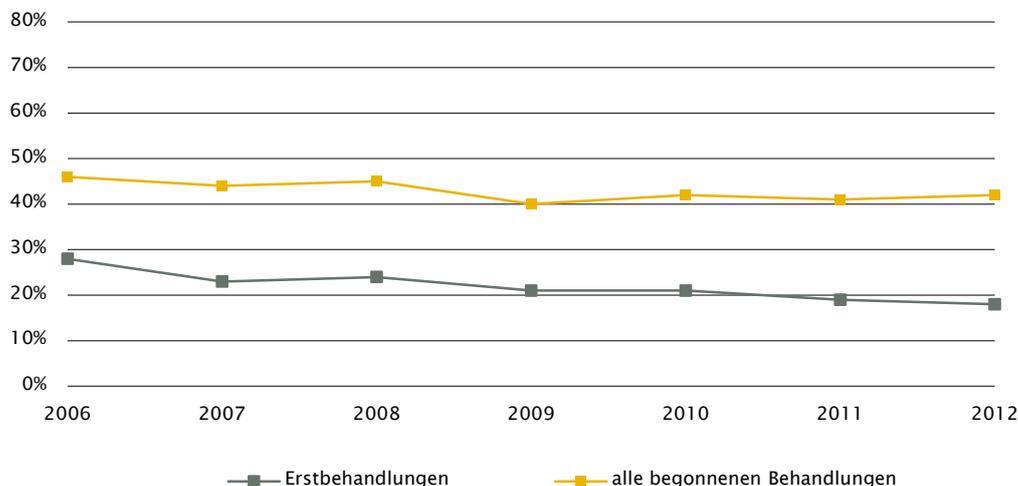
Personen, die 2012 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach „jemals intravenös Drogen konsumiert“, Geschlecht, Alter und Art der Betreuung in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2012

Abbildung 5.8:

Personen, die (erstmal) eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach „jemals intravenös Drogen konsumiert“ und Jahren in Prozent

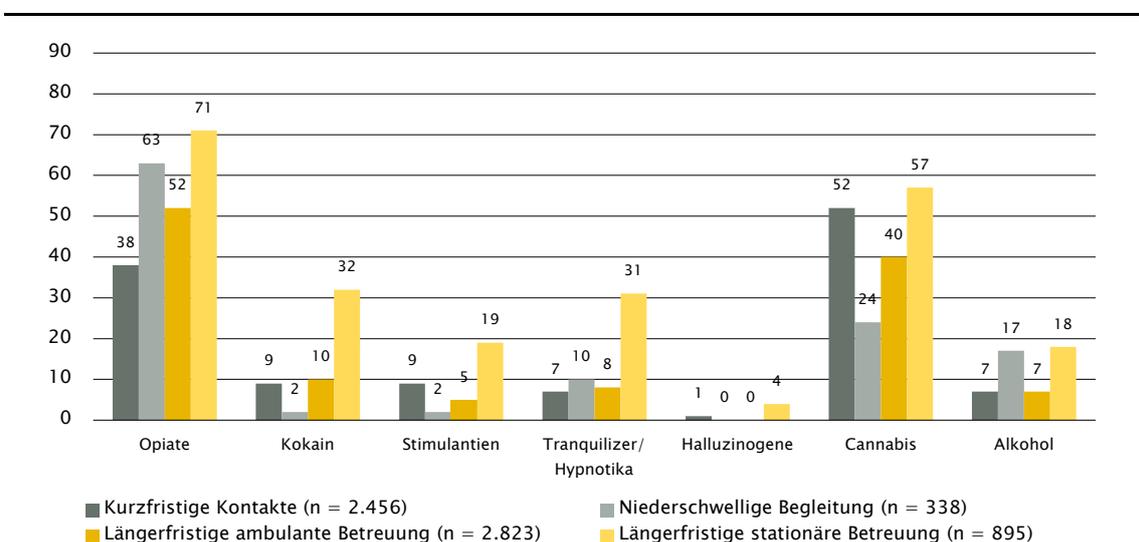


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2012

Der Anteil an Personen, die bereits einmal intravenös Drogen konsumiert haben, bei den Klientinnen und Klienten, die eine ambulante Betreuung beginnen, hat sich über die Jahre minimal verringert. Diese Tendenz ist bei den Erstbehandlungen etwas stärker ausgeprägt als bei allen Personen, die im entsprechenden Jahr eine ambulante Betreuung begonnen haben (vgl. Abbildung 5.8).

Der nun folgenden **substanzspezifischen Darstellung von Drogenkonsum und Drogenproblematik** müssen einige relevante Definitionen vorangestellt werden. Die Datenerfassung bezüglich Drogenproblematik hat sich mit dem Upgrade auf DOKLI 2.0 geringfügig geändert¹. Unter Leitdroge ist jene Droge zu verstehen, die der Klientin / dem Klienten aus deren/dessen subjektiver Sicht die meisten Probleme verursacht. Dabei bezieht sich die Problemdefinition – angelehnt an ICD-10 auf psychosoziale und gesundheitliche und nicht auf rein rechtliche Problemstellungen. In der Regel ist die Leitdroge auch jene Droge, die zur aktuellen Betreuung geführt hat. Kann sich die Klientin / der Klient nicht für eine bestimmte Droge als Leitdroge entscheiden, so können auch mehrere Drogen angekreuzt werden.

Abbildung 5.9:
Personen, die im Jahr 2012 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung, in Prozent



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2012

1

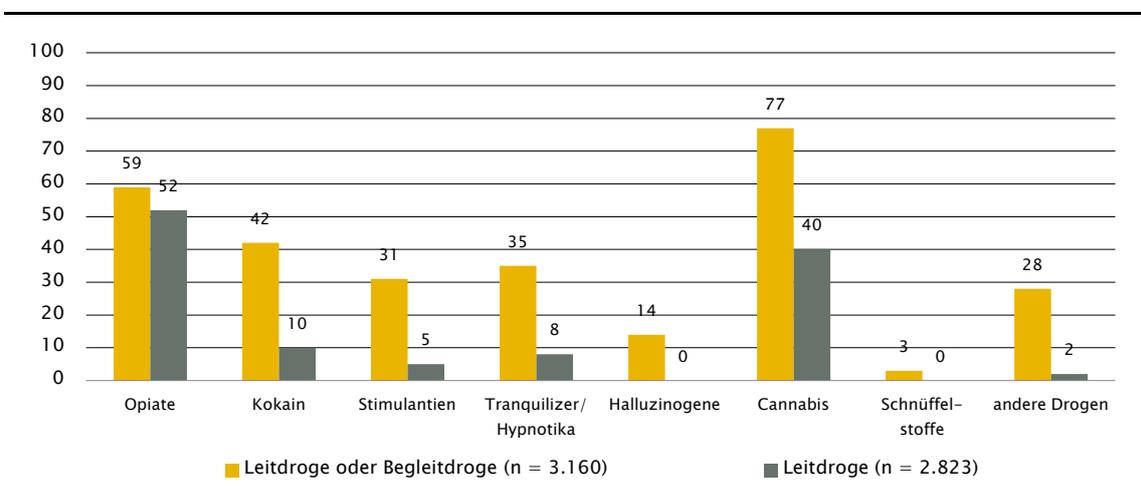
Die bisherige Vorgangsweise war folgende: Im Rahmen der DOKLI-Drogenanamnese wird zunächst danach gefragt, welche Drogen jemals im Leben konsumiert wurden. Danach werden die entsprechenden Drogen hinsichtlich der aktuellen Drogenproblematik als Leitdrogen, Begleitdrogen, Drogen, bei denen lediglich Probierkonsum vorliegt, und nicht behandlungsrelevante Drogen klassifiziert. Unter Leitdroge ist jene Droge zu verstehen, die der Klientin / dem Klienten aus deren/dessen subjektiver Sicht die meisten Probleme verursacht. Dabei bezieht sich die Problemdefinition – angelehnt an ICD10 – auf psychosoziale und gesundheitliche und nicht auf rein rechtliche Problemstellungen. In der Regel ist die Leitdroge auch jene Droge, die zur aktuellen Betreuung geführt hat. Kann sich die Klientin / der Klient nicht für eine bestimmte Droge als Leitdroge entscheiden, so können hier auch mehrere Drogen angekreuzt werden. Unter Begleitdrogen sind jene Drogen zu verstehen, die die Klientin / der Klient zusätzlich zu der/den Leitdroge/n im letzten halben Jahr konsumiert hat und die der Klientin / dem Klienten ebenfalls Probleme bereiten. Probierkonsum ist anzukreuzen, wenn die Droge im letzten halben Jahr fallweise konsumiert wurde und kein schädlicher Gebrauch bzw. keine Abhängigkeitsproblematik vorliegen. Nicht behandlungsrelevanter Konsum ist anzukreuzen, wenn die Droge bereits länger als ein halbes Jahr fallweise konsumiert wird, aber kein schädlicher Gebrauch bzw. keine Abhängigkeitsproblematik vorliegen oder die Droge früher konsumiert wurde und im letzten halben Jahr vor der Betreuung nicht.

Unter Begleitdrogen sind jene Drogen zu verstehen, die die Klientin / der Klient zusätzlich zu der/den Leitdroge/n im letzten halben Jahr konsumiert hat und die der Klientin / dem Klienten ebenfalls Probleme bereiten. Nicht behandlungsrelevanter Konsum ist anzukreuzen, wenn die Droge im letzten halben Jahr fallweise konsumiert wurde und kein schädlicher Gebrauch bzw. keine Abhängigkeitsproblematik vorliegen. Ausschließlich rechtliche Problematik ist anzukreuzen, wenn kein behandlungsrelevanter Konsum vorliegt, aber eine rechtliche Weisung besteht (GÖG/ÖBIG 2013). Für manche Auswertungen werden Leitdrogen und Begleitdrogen zu Problemdrogen zusammengefasst.

Opioide spielen in allen Betreuungssettings außer bei den kurzfristigen Kontakten, wo Cannabis an erster Stelle liegt, eine dominierende Rolle als Leitdroge, gefolgt von Cannabis, Tranquilizern/Hypnotika und Kokain. Stimulantien und Halluzinogene werden sehr selten als Leitdrogen genannt. Biogene Drogen und Schnüffelstoffe kommen fast überhaupt nicht vor (vgl. Abbildung 5.9 und GT 30). Zum hohen Prozentsatz von Cannabis als Leitdroge siehe Epidemiologiebericht Drogen 2012.

In allen Settings mit Ausnahme des niederschweligen Bereichs geben Frauen Opioide öfter und Cannabis weniger oft als Leitdroge an als Männer. Opioide, und Tranquilizer/Hypnotika werden mit zunehmendem Alter der Klientel häufiger als Leitdroge genannt. Die Werte bei Cannabis sinken hingegen in allen Settings mit dem Alter (vgl. GT 30, GT 31, AT 30 und AT 31).

Abbildung 5.10:
Personen, die 2012 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, nach Problemdrogen und Leitdrogen, in Prozent



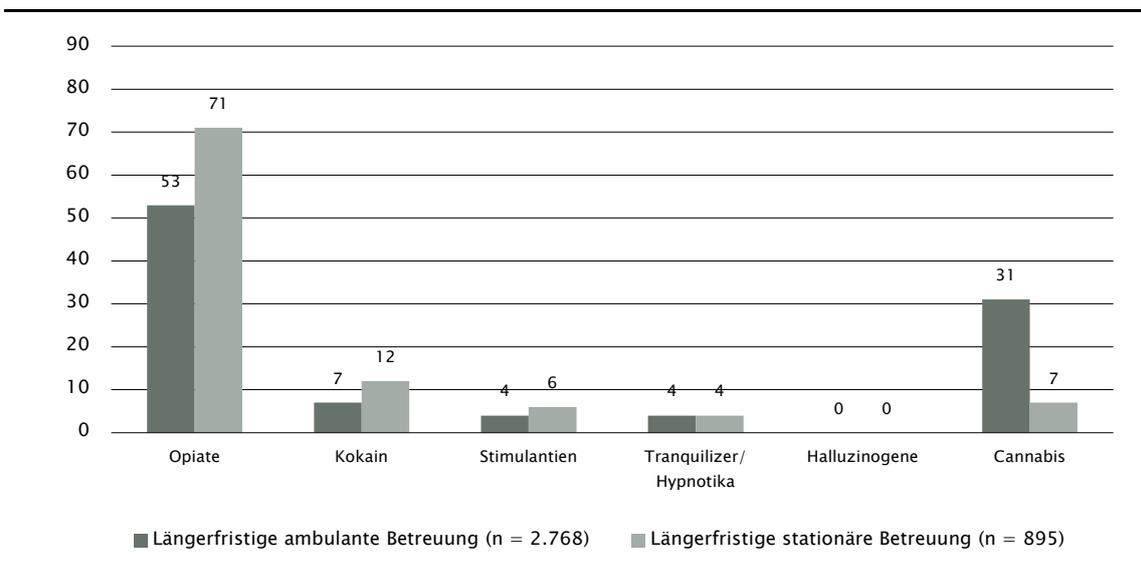
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2012

Im von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) definierten epidemiologischen Schlüsselindikator „treatment demand“ werden die Daten von Klientinnen und Klienten nach der Leitdroge aufgeschlüsselt. Es wird davon ausgegangen, dass jeder Klient und jede Klientin nur eine Leitdroge aufweist. Weitere Drogen, die Probleme verursachen, werden als Begleitdrogen definiert. Dies steht im Widerspruch zum DOKLI-System, bei dem im Rahmen po-

lytoxikomaner Konsummuster mehrere Drogen als Leitdrogen dokumentiert werden können. Aus diesem Grund wird für die Übermittlung der Daten an die EMCDDA bei Personen mit mehr als einer Leitdroge mittels einer „Leitdrogenhierarchie“ vorgegangen. Hat beispielsweise eine Person Opioide und Cannabis als Leitdroge angegeben, wird sie hinsichtlich Leitdroge den Opioiden zugeordnet. Folgende Hierarchie wurde herangezogen: Opioide > Kokain > Stimulantien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis (Details siehe Schwerpunktkapitel des DOKLI-Berichts Klientenjahrgang 2006 –(GÖG/ÖBIG 2007)). Diese Definition entspricht noch am ehesten der Vorgangsweise, nur eine Leitdroge zuzulassen (so wird beispielsweise bei Vorliegen eines Problemkonsums von Opioiden und von Cannabis, gäbe es die Möglichkeit nur eine Leitdroge anzugeben, in der Regel die Wahl auf Opioide fallen). Abbildung 5.11 zeigt das Ergebnis der hierarchischen Leitdrogenzuordnung für die längerfristigen ambulanten und stationären Betreuungen.

Diese Darstellung verdeutlicht, dass fast alle anderen Leitdrogen außer Cannabis sehr oft in Kombination mit Opioiden angegeben werden und Cannabis bei 31 Prozent der ambulanten Betreuungen und bei 7 Prozent der stationären Betreuungen als alleinige Leitdroge angegeben wird (zu Cannabis siehe auch Epidemiologiebericht Drogen 2012).

Abbildung 5.11:
Personen, die 2012 mit einer längerfristigen ambulanten bzw. stationären Betreuung begonnen haben, nach hierarchischer Leitdrogendefinition (EMCDDA), in Prozent

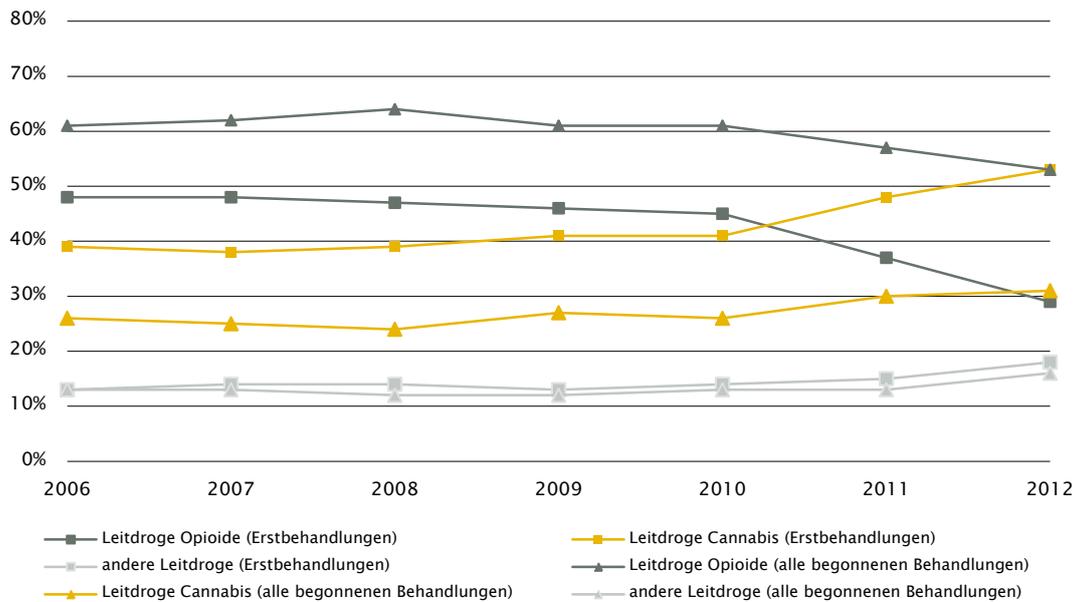


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2012

Betrachtet man die Zeitreihe von Cannabis und Opioiden als Leitdroge anhand der EMCDDA-Definition, so zeigt sich über die Jahre eine Abnahme bei Opioiden und eine Zunahme bei Cannabis. Dieser Sachverhalt ist bei den Erstbehandlungen etwas stärker ausgeprägt als bei allen Personen, die im entsprechenden Jahr eine Betreuung begonnen haben (vgl. Abbildung 5.12). Ob dies als Trend zu sehen ist, kann aber erst in den nächsten Jahren verifiziert werden. Die Daten für 2012 sind aufgrund des DOKLI-Upgrades mit einer gewissen Unschärfe behaftet. Zudem ist

zu beachten, dass der weitaus größte Teil von Personen in Substitutionsbehandlung nicht in DOKLI aufscheint (vgl. Epidemiologiebericht Drogen 2012).

Abbildung 5.12:
Personen, die (erstmalig) eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach hierarchischer Leitdroge Opioiden und Cannabis und Jahren



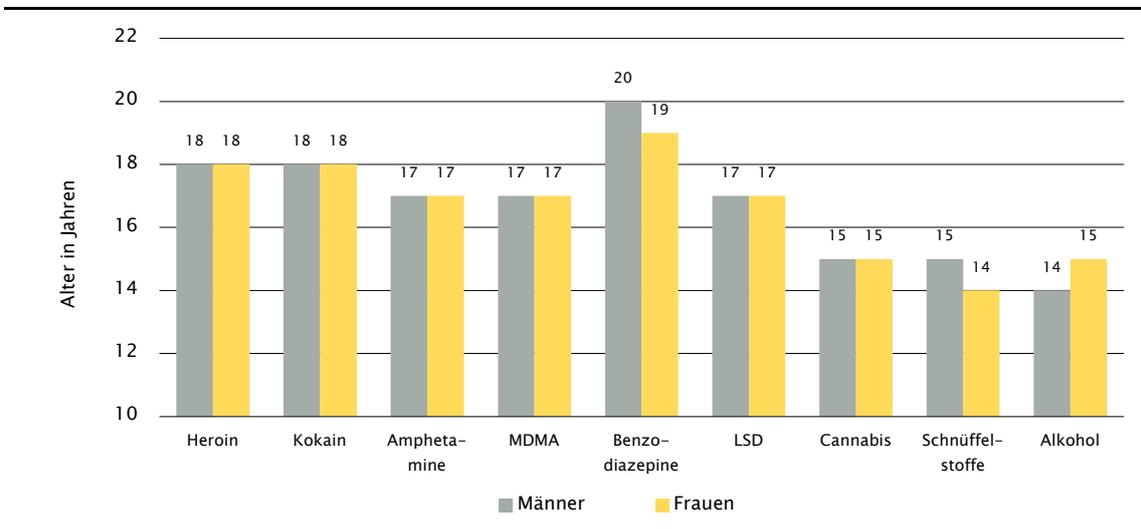
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertungen 2006 bis 2012

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

Hinsichtlich des Altersmedians beim Erstkonsum zeigt sich, dass dieser bei den meisten Drogen zwischen 17 und 20 Jahren liegt. Nur bei Cannabis, Schnüffelstoffen und Alkohol lässt sich ein geringeres Alter beim Erstkonsum feststellen.

Abbildung 5.13:

Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2012 in Österreich eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht

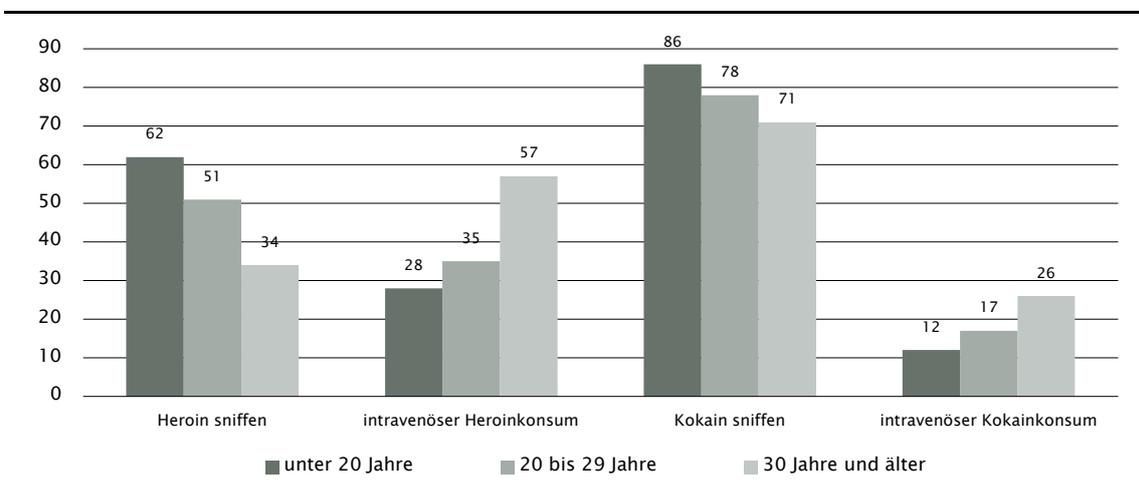


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2012

Bei Personen in längerfristiger ambulanter Betreuung stellt weiterhin Sniffen (45 %) die am häufigsten genannte vorwiegende Einnahmeform von Heroin dar, gefolgt von intravenösem Konsum (43 % vgl. GT 33). Im stationären Bereich erreichen die entsprechenden Werte 27 und 52 Prozent. Dieses interessante Ergebnis wurde im Rahmen des Schwerpunktkapitels des DOKLI-Berichts zum Klientenjahrgang 2007 (GÖG/ÖBIG 2008) vertiefend analysiert und auch von Busch und Eggerth (2010) weiter beschrieben. Es konnten Hinweise gefunden werden, die zeigen, dass ein nicht unerheblicher Teil von Heroinkonsumierenden über die nasale Applikation in den Konsum ein- und erst nach einiger Zeit (wenn überhaupt) auf den intravenösen Drogenkonsum umsteigt (vgl. Abbildung 5.14). Die Möglichkeiten hinsichtlich präventiver Maßnahmen, die sich daraus ergeben, werden ebenfalls im Bericht des Klientenjahrgangs 2007 ausführlich dargestellt.

Abbildung 5.14:

Vorwiegende Einnahmeform von Heroin (n = 1.177) und Kokain (n = 1.055) bei Personen, die 2012 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, nach dem Alter, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2012

Kokain wird von Klientinnen und Klienten in ambulanter Betreuung zu 20 Prozent und von Klientinnen und Klienten in stationärer Betreuung zu 28 Prozent vorwiegend intravenös konsumiert. Auch bei dieser Droge zeigt sich ein Anstieg des intravenösen Konsums mit dem Alter der Klientel (vgl. Abbildung 5.14). Amphetamine werden großteils gesniffen oder oral konsumiert (vgl. GT36).

Eine inhaltliche Detailanalyse der offenen Angaben zu anderen Drogen und biogenen Drogen ergab, dass Mephedron, Nikotin und psychoaktive Pilze die häufigsten Nennungen als Leitdrogen darstellen.

Tabelle 5.1:

Biogenen Drogen und andere Drogen als Leitdrogen bzw. Leit- oder Begleitdrogen von Personen, die im Jahr 2012 eine ambulante oder stationäre Betreuung begonnen in Absolutzahlen der Personen

Droge/Substanz	Leitdroge	Leit- oder Begleitdroge
GHB	1	12
Mephedron	12	47
Nikotin	31	779
Pilze	13	123
andere Naturdrogen	0	28
Research Chemicals	8	27
Kräutermischung	0	10
Metamphetamin	6	20
Ketamin	0	14

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2012

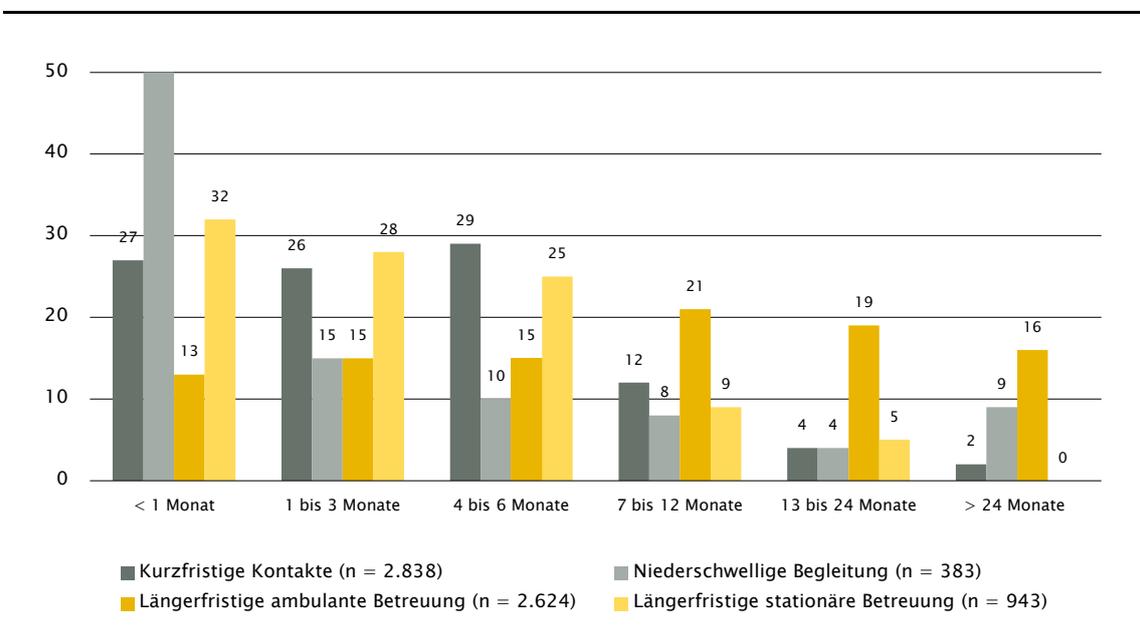
5.4 Situation zu Betreuungsende

Im Jahr 2012 beendeten 2.838 (71 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine kurzfristige Betreuung, 383 (41 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine niederschwellige, 2.624 (78 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine längerfristige ambulante und 943 (92 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine stationäre Betreuung.

Dass der Großteil (53 %) der beendeten kurzfristigen Betreuungen nicht länger als drei Monate dauert, liegt in der Definition dieses Settings. Auch der Großteil der erfassten Betreuungen im stationären Setting dauert maximal drei Monate (61 %). Dies dürfte die Realität in der stationären Drogenhilfe mit einer großen Anzahl an Betreuungsabbrüchen (46 %) widerspiegeln. Im längerfristigen ambulanten Bereich beträgt für 36 Prozent der Klientel die Betreuungsdauer vier bis zwölf Monate und für weitere 35 Prozent länger als ein Jahr. Im niederschweligen Bereich dauern 68 Prozent der Betreuungen nicht länger als drei Monate (vgl. Abbildung 5.15). Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist jedoch zu beachten, dass eine kurze Betreuungsdauer teilweise auch methodisch verursacht wird: Im DOKLI-System müssen Betreuungssequenzen von Klientinnen und Klienten, die ohne entsprechende Abmachung länger als sechs Monate nicht in der Einrichtung erscheinen, abgeschlossen werden. Im Wiener *DOKU neu*-System gilt diesbezüglich eine Frist von drei Monaten. Die Daten zur Betreuungsdauer sollten daher nur mit Vorsicht betrachtet werden.

Abbildung 5.15:

Dauer der Betreuung von Personen, die im Jahr 2012 ihre Betreuung beendeten, nach Setting, in Prozent



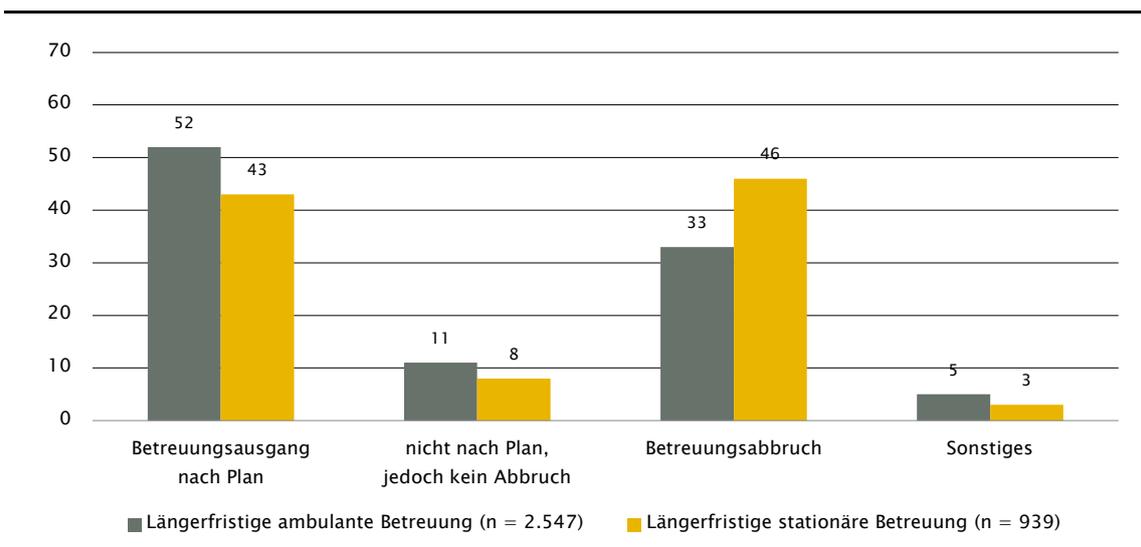
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2012

Genauere Daten zur Situation am Betreuungsende wurden nur im Zusammenhang mit längerfristigen Betreuungen erhoben.

52 Prozent der ambulanten und 43 Prozent der stationären Betreuungen enden nach Plan (vgl. GT 55 und Abbildung 5.16). Im stationären Bereich werden 46 Prozent der Behandlungen abgebrochen, wobei der Anteil in der jüngsten Altersgruppe höher ist (vgl. AT 55). Im ambulanten Bereich gibt es 33 Prozent Abbrüche, der Alterseffekt ist hier jedoch weniger stark.

Eine Weiterführung der Hilfsangebote ist für 48 Prozent der stationären Klientinnen und Klienten und für 16 Prozent der ambulanten Klientel geplant (vgl. GT 56). Berücksichtigt man, dass bei Abbrüchen eine weitere Planung vermutlich nur selten möglich ist, so dürften für die Mehrzahl der Personen mit regulärem Abschluss einer stationären Behandlung weiterführende Maßnahmen geplant sein. Im ambulanten Bereich könnte es sich bei einem Teil der Betreuungen um Nachbetreuungen und damit bereits um eine „Weiterführung“ handeln.

Abbildung 5.16:
Betreuungsausgang bei Personen, die im Jahr 2012 eine Betreuung beendet haben, nach Betreuungsart, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2012

Die Kostenträger unterscheiden sich – im Einklang mit den Finanzierungsregelungen – nach Setting. Im ambulanten Bereich – der fast ausschließlich durch Jahressubventionen und nicht durch Einzelfallverrechnungen finanziert wird – gibt es bei je 43 Prozent der abgeschlossenen Betreuungen keinen fallbezogenen Kostenträger bzw. werden die Kosten vom Land getragen (vgl. GT 53). Dies entspricht weitgehend dem zum Betreuungsbeginn geplanten Kostenträger (vgl. GT 12), wobei die Daten allerdings aufgrund der unterschiedlichen Grundgesamtheiten nicht direkt verglichen werden können. Im stationären Bereich haben das Land, die Justiz und die Sozialversicherung (41 % bzw. 34 % und 27 % bei Mehrfachnennungen) die größte Relevanz als Kostenträger. Geplanter und tatsächlicher Kostenträger entsprechen einander auch im stationären Bereich weitgehend.

6 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle

6.1 Definition und Datengrundlage

Direkt drogenbezogene Todesfälle sind Todesfälle infolge von **akuten Intoxikationen** („Überdosierung“) nach Konsum von Suchtgift (§ 2 Suchtmittelgesetz – SMG, BGBl. I Nr. 112/1997 in der geltenden Fassung). Mit einbezogen werden auch Überdosierungen nach Konsum *Neuer psychoaktiver Substanzen* im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen Neue–Psychoaktive–Substanzen–Gesetzes (NPSG, BGBl. I Nr. 146/2011)¹. Die Klassifizierung der Todesfälle basiert auf gerichtsmedizinischen Unterlagen oder amtlichen Totenbeschauscheinen. Der Indikator »direkt drogenbezogene Todesfälle« ist einer von derzeit insgesamt fünf sogenannten epidemiologischen Schlüsselindikatoren, die die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) entwickelt hat, um die Situation im Bereich des problematischen Drogenkonsums einschätzen zu können.

Seit 1989 werden in Österreich vom Gesundheitsressort Daten zu drogenbezogenen Todesfällen gesammelt. Die Daten der jährlichen Statistik und Analyse basieren auf der Meldepflicht gemäß § 24c des Suchtmittelgesetzes, wonach dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unverzüglich folgende Informationen zu übermitteln sind:

- » vom Bundesministerium für Inneres (BMI) die einschlägigen polizeilichen Verdachtsmeldungen;
- » von den Instituten für Gerichtsmedizin bzw. den im Einzelfall beauftragten gerichtsmedizinischen Sachverständigen die Ergebnisse einer durchgeführten Leichenöffnung bzw. Obduktion samt den Ergebnissen einer allfälligen chemisch–toxikologischen Untersuchung;
- » von den Sanitätsbehörden und den Krankenanstalten die Ergebnisse einer durchgeführten Leichenöffnung bzw. Obduktion samt den Ergebnissen einer allfälligen chemisch–toxikologischen Untersuchung;
- » in Fällen, in denen keine Leichenöffnung oder Obduktion vorgenommen wurde, werden vom BMG bei der Statistik Österreich die Totenbeschauscheine eingeholt.

Die Daten der Statistik und Analyse basieren auf den dem Bundesministerium für Gesundheit übermittelten polizeilichen Meldungen (über mutmaßliche drogenbezogene Todesfälle), Obduktionsergebnissen und Totenbeschauscheinen. Für das Jahr 2012 wurden insgesamt 359 polizeiliche Meldungen, Obduktionsergebnisse oder Totenbeschauscheine gesichtet. In die Statistik und Analyse der direkten drogenbezogenen Todesfälle fließen nur jene Fälle ein, in denen aufgrund einer durchgeführten Obduktion oder Totenbeschau von einem Kausalzusammenhang zwischen Substanzkonsum und Tod infolge von Überdosierung auszugehen ist.

1

2012 verstarben zwei Personen an Neuen psychoaktiven Substanzen ohne Beteiligung von Suchtgiften.

Fünf Personen, die 2012 an einer Suchtmittelintoxikation verstarben, waren nicht in Österreich gemeldet. Diese Fälle gehen daher – wie in den Vorjahren – nicht in die Statistik ein, da sie keine Rückschlüsse auf die aktuelle Drogensituation in Österreich erlauben.

6.2 Drogenbezogene Todesfälle 2012

Insgesamt wurden für das Jahr 2012 auf Basis von Obduktionsbefunden 139 tödliche Überdosierungen verifiziert. Weitere 22, allerdings nicht obduzierte Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (Todesursache „Suchtgiftintoxikation“ auf dem Totenbeschauschein nach bloß äußerer Befundung der Leiche). In Summe wird daher für das Jahr 2012 von 161 Todesfällen ausgegangen, die direkt auf eine Überdosierung zurückzuführen sind.

Drogenbezogene Todesfälle sind vorrangig **männlich** (über 80 Prozent der Verstorbenen) und durchschnittlich (Median) 30 Jahre alt und die meisten drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner/in finden sich in **Wien**. Somit entspricht der durchschnittliche drogenbezogene Todesfall in Bezug auf Geschlecht, Alter und Region dem **durchschnittlichen problematischen Opiatkonsumierenden** (vgl. Epidemiologiebericht Drogen 2012).

Um einen sinnvollen Vergleich der Bundesländerzahlen und der Zeitverläufe zu ermöglichen, wurde die Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle auf die altersmäßig relevante Einwohnerzahl im entsprechenden Bundesland bezogen. Nach Empfehlungen der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) wurde als relevante Altersgruppe die Gruppe der 15- bis 64-Jährigen ausgewählt. Für das Jahr 2012 ergibt sich eine Rate von 2,8 Todesfällen pro 100.000 Einwohner/innen zwischen 15 und 64 Jahren für Gesamtösterreich.

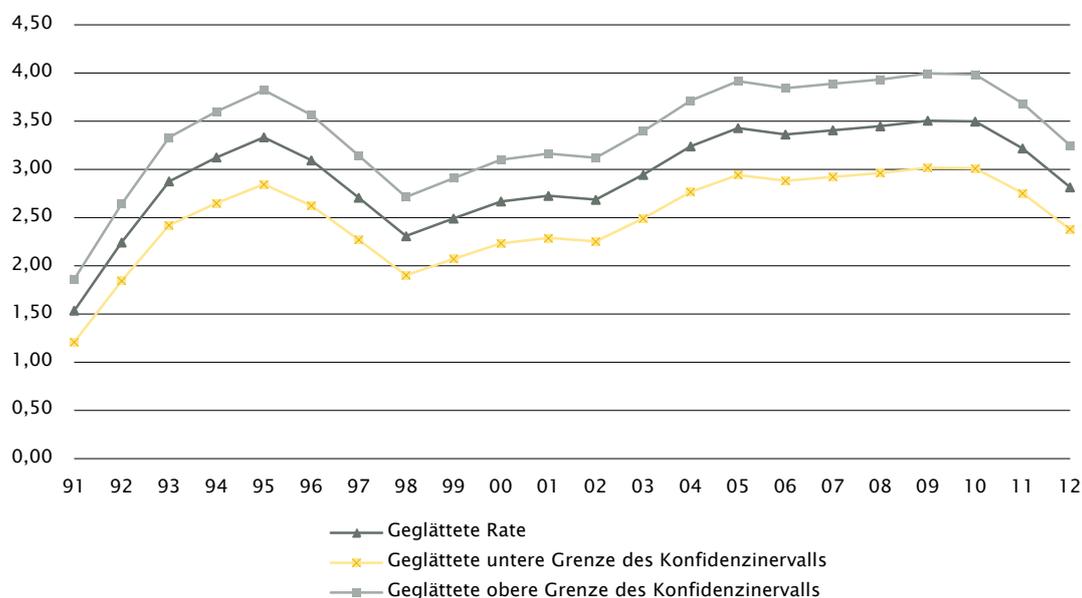
Bei 91 der insgesamt 130 durch ein Obduktionsgutachten inklusive ausführlicher toxikologischer Analyse verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle wurde auf Basis der gerichtsmedizinischen Obduktionsgutachten festgestellt, dass diese Personen unmittelbar an einer Überdosierung verstarben. Das heißt, dass es bei diesen Menschen infolge der hohen Toxizität der Substanz(en) zu einem funktionellen, protrahierten, zentralen Erstickungssterben kam, das mit Herz- und Atemstillstand (zentrales Herz-Kreislauf-Versagen) endete (Hirnödem, Lungenödem etc. im Obduktionsbefund und entsprechende toxikologische Analyse). In 39 Fällen trat der unmittelbare Tod durch eine im Zuge des Suchtmittelkonsums hervorgerufene weitere tödliche Ursache (Sekundärfolge), wie z. B. vom zentralen Nervensystem ausgelöstes Erbrechen mit Ersticken am Erbrochenen (die Hauptbronchien wurden verschlossen) ein oder es kam infolge des Einatmens von Mageninhalt zu einer tödlichen Lungenentzündung (Aspirationspneumonie). In 19 Fällen lag ein schwer reduzierter gesundheitlicher Zustand (z. B. Kachexie) vor. In vier Fällen handelt es sich nachweislich um Suizide, d. h., es wurde ein Abschiedsbrief hinterlassen.

19 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle betraf Frauen. Dieser Anteil entspricht dem Durchschnitt der letzten Jahre und dem **Frauenanteil** bei Personen mit problematischem Opioidkonsum (vgl. Kapitel 2.2).

6.3 Trend

Abbildung 6.1 gibt die für drei Jahreswerte geglätteten Raten von 1991 bis 2011 und die obere und untere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls wieder¹. Es zeigt sich ein klarer und signifikanter Anstieg zu Beginn der 1990er Jahre, gefolgt von sinkenden Raten ab Mitte der 1990er Jahre. Von Beginn der 2000er Jahre bis Mitte der 2000er Jahre wird wieder ein Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt, und die Rate war danach auf gleichbleibend hohem Niveau. 2012 ist erstmals wieder ein stärkerer Rückgang auf 2,8 direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner/innen festzustellen.

Abbildung 6.1:
95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 EW zw. 15 und 64 Jahre
1991–2012, geglätteter 3-Jahres-Wert



2012-Wert nicht geglättet

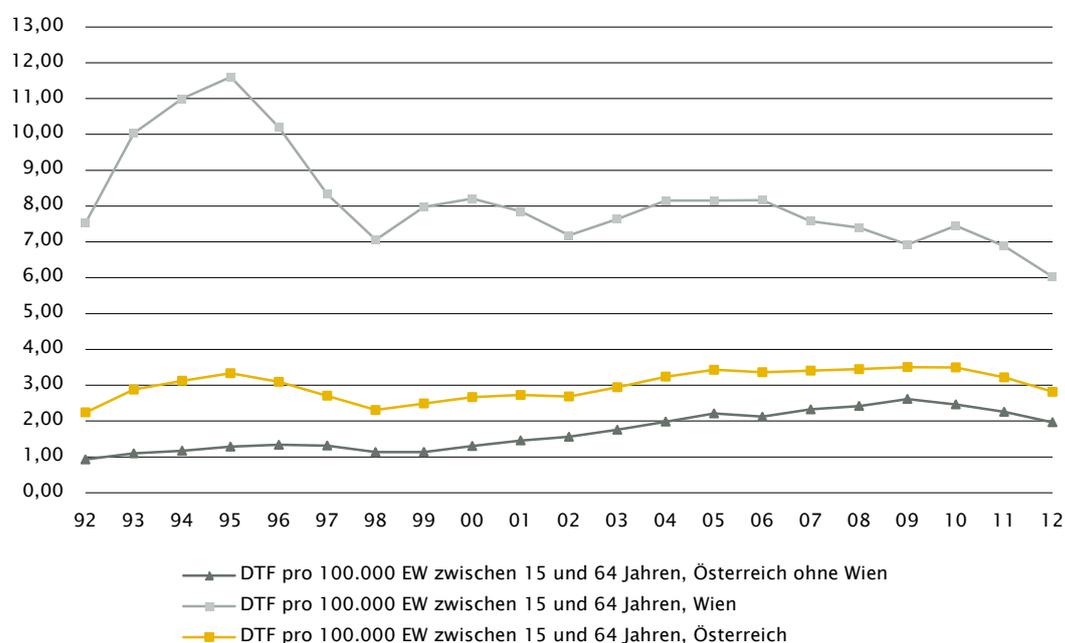
Quellen: ST.AT – Statistik des Bevölkerungsstandes: Drogenbezogene Todesfälle, Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

1

Sterberaten werden hier als Zufallsvariablen über den Zeitverlauf betrachtet. Es wird von einer Poissonverteilung für die Anzahl der Todesfälle ausgegangen und die Varianz errechnet sich: Anzahl der Verstorbenen/Bevölkerung² (vgl. Statistik Austria 2011a). Die geglätteten Raten stellen den Mittelwert von drei Jahren dar, um einzelne Schwankungen zu glätten, 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 2012 wird der nicht geglättete Wert dargestellt.

Betrachtet man die Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner/innen für die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen für Gesamtösterreich, Wien und Österreich ohne Wien (vgl. Abbildung 6.2) zeigen sich in der Bundeshauptstadt ähnliche Trendverläufe wie für Gesamtösterreich. Man sieht jedoch eindeutig, dass der Anstieg am Anfang der 1990er Jahre in Wien wesentlich stärker ausgeprägt war als in den übrigen Bundesländern. In Wien zeigt sich im Vergleich zu den übrigen Bundesländern ein leicht rückläufiger Trend seit Mitte der 2000er Jahre, der nun auch in den anderen Bundesländern (wenn auch in schwächerer Form) festzustellen ist.

Abbildung 6.2:
Drogenbezogene Todesfälle (DTF) pro 100.000 EW zw. 15 und 64 Jahren 1992–2012, geglätteter 3-Jahres-Wert nach Region¹



2012-Wert nicht geglättet

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

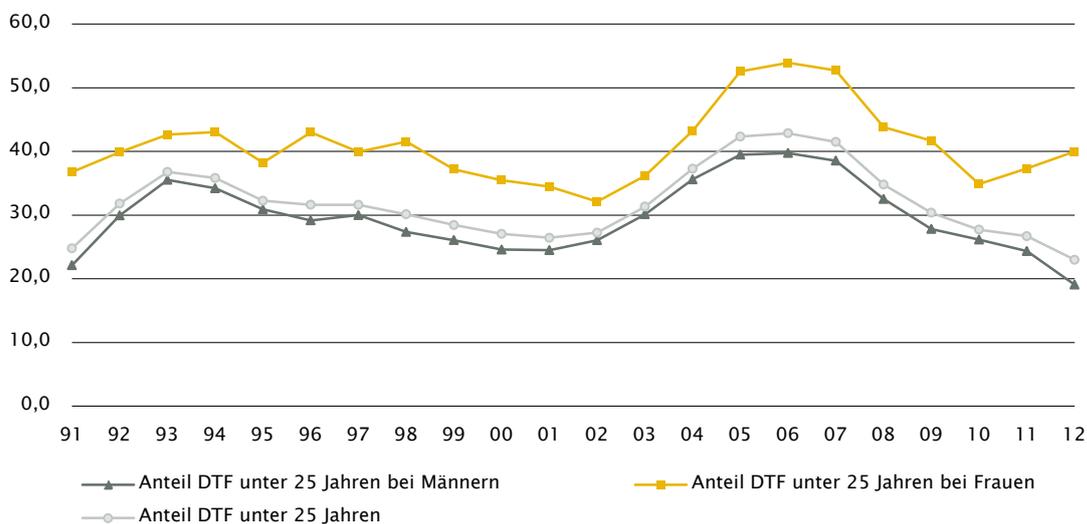
Der Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle in den 1990er Jahren (Abbildung 6.1) wurde von einem Anstieg des Anteils junger drogenbezogener Todesfälle (Abbildung 6.3) begleitet. Dies wiederholte sich auch zu Beginn der 2000er Jahre. Seit einem Höchstwert Mitte der 2000er Jahre ist der Anteil junger drogenbezogener Todesfälle wieder stark gesunken. Der Rückgang 2012 (Abbildung 6.1) geht ebenfalls mit einem Rückgang des Anteils junger Personen (unter 25 Jahren) an den direkten drogenbezogenen Todesfällen einher (Abbildung 6.3 – siehe dazu auch Epidemiologiebericht Drogen 2012).

1

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

Abbildung 6.3:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DTF), geglätteter 3-Jahres-Wert nach Geschlecht in den Jahren 1991–2012



2012-Wert nicht geglättet

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

6.4 Altersstruktur

Das Durchschnittsalter der in der Statistik im Jahr 2012 erfassten Todesopfer beträgt 33 Jahre (2011: 32). Der gruppierte Median¹ liegt bei 30,0 Jahren (2011: 30,0)².

Die Altersverteilung der drogenbezogenen Todesfälle entspricht jener der Personen mit problematischem Drogenkonsum (Epidemiologiebericht Drogen 2012).

Bei den Frauen ist der Anteil der unter 25-Jährigen in den letzten drei Jahren (40 %) höher als bei Männern (19 %). Dies kann aber nicht so interpretiert werden, dass junge Frauen ein höheres Sterberisiko haben, sondern kann auch die Altersstruktur bei weiblichen Opioidkonsumierenden widerspiegeln.

1

Der Median ist jener Wert, von dem aus 50 Prozent der Fälle darunter und 50 Prozent der Fälle darüber liegen.

2

In die Berechnungen für 2011 werden 201 Fälle einbezogen, dadurch können sich Abweichungen zum Bericht „Suchtgiftbezogene Todesfälle 2011“ ergeben, in dem nur auf die Fälle mit Obduktion Bezug genommen wird.

6.5 Substanzen

In die nun folgende Analyse nach beteiligten Substanzen werden nur jene Fälle aufgenommen, in denen auf Basis einer aussagekräftigen toxikologischen Analyse eine genau spezifizierte Substanzzuweisung möglich war (z. B. im Jahr 2012 130 Fälle).

In 15 Prozent der 130 Fälle des Jahres 2012 wurden ausschließlich illegale Drogen (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination) festgestellt. Zusätzlich zu illegalen Drogen wurden in 47 Prozent der Fälle auch Psychopharmaka (z. B. Benzodiazepine), in 12 Prozent der Fälle auch Alkohol und in 26 Prozent sowohl Alkohol als auch Psychopharmaka nachgewiesen.

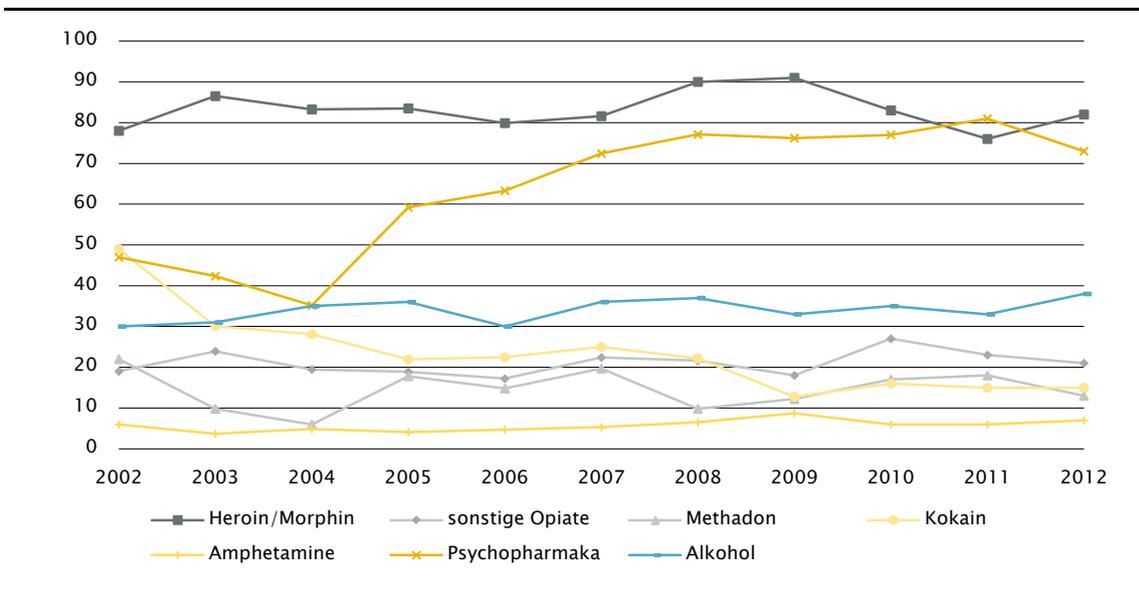
Reine Opioid-Intoxikationen (d. h. keine weiteren legalen oder illegalen Substanzen) waren in 11 Fällen zu verzeichnen, davon 9 ausschließlich mit Morphin. Der Anteil der reinen Opioid-Intoxikationen an den direkten Drogentodesfällen beträgt 8 Prozent (2011: 6 %). Die reinen Opioid-Intoxikationen stellen einen sehr kleinen Teil der drogenbezogenen Todesfälle dar.

Im Jahr 2012 waren in 94 Prozent der Fälle Opioide beteiligt (Beteiligung von Opioiden an den Intoxikationen mit bekannter toxikologischer Analyse: 2011: 95 %). 111 der 130 spezifizierten toxikologischen Analysen (85 %) zeigten **Mischintoxikationen mit Opioiden** (2011: 89 %), d. h., es wurde(n) ein Suchtgift / mehrere Suchtgifte (inkl. Opioiden) in Verbindung mit Alkohol und/oder Psychopharmaka festgestellt.

2 Personen verstarben 2012 an **Neuen psychoaktiven Substanzen** (GÖG/ÖBIG 2012) ohne Beteiligung von Suchtgiften: In einem Fall wurde eine „designeramphetaminartige Struktur“ gefunden und im anderen Fall lag eine Monointoxikation mit Methoxetamin (einem Ketaminderivat) vor. In weiteren 4 Fällen wurden neben Suchtgiften (Opiate oder Kokain) auch **Neue psychoaktive Substanzen** nachgewiesen. Festgestellt wurde dabei: 4-MEC, eine cathinonartige Substanz, MDPV und mcPP.

6.6 Trend der nachgewiesenen Substanzen

Abbildung 6.4:
Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen 2002–2012, in Prozent



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

Heroin und Morphin stellen auch im Jahr 2012 die am häufigsten festgestellten illegalen Substanzen dar (106 Fälle) und wurden in den letzten Jahren bei über 80 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle identifiziert. In Österreich scheinen Opioide eine größere Rolle einzunehmen als in anderen europäischen Ländern (Abschnitt 1.1). Hinsichtlich einer Differenzierung zwischen Heroin, Morphin, Morphin in Retardform (z. B. das Substitutionsmittel Substitol®) ist Folgendes zu berücksichtigen: Es gibt keinen eindeutigen Marker mit dem Morphin in Retardform im Körper identifiziert werden kann, daher fällt es in die Kategorie Morphin. Allerdings werden auch manche Fälle von Intoxikationen mit Heroin dieser Kategorie zugeordnet. Das hat folgenden Grund: Heroin wird im Körper ebenfalls zu Morphin abgebaut, im Harn wird jedoch der typische Marker von 6-MAM im Falle eines Heroin-Konsums 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).

Der Anteil der Fälle mit Psychopharmaka hat sich von 47 Prozent 2002 auf 81 Prozent im Jahr 2011 erhöht und ist zwar mit 73 Prozent auch im Jahr 2012 hoch, jedoch erstmals wieder rückläufig (Abbildung 6.4).

Kokain wurde bei 15 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt (2011: 15 %). Kokain war früher nach Morphin die am zweithäufigsten nachgewiesene illegale Substanz, der Anteil von

Kokain an den nachgewiesenen illegalen Substanzen ist in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken (Abbildung 6.4).

Methadon wurde in 13 Prozent der Fälle nachgewiesen und sonstige Opioide (wie z. B. Codein, Buprenorphin) in 21 Prozent. Seit 2009 werden häufiger sonstige Opioide nachgewiesen als Kokain.

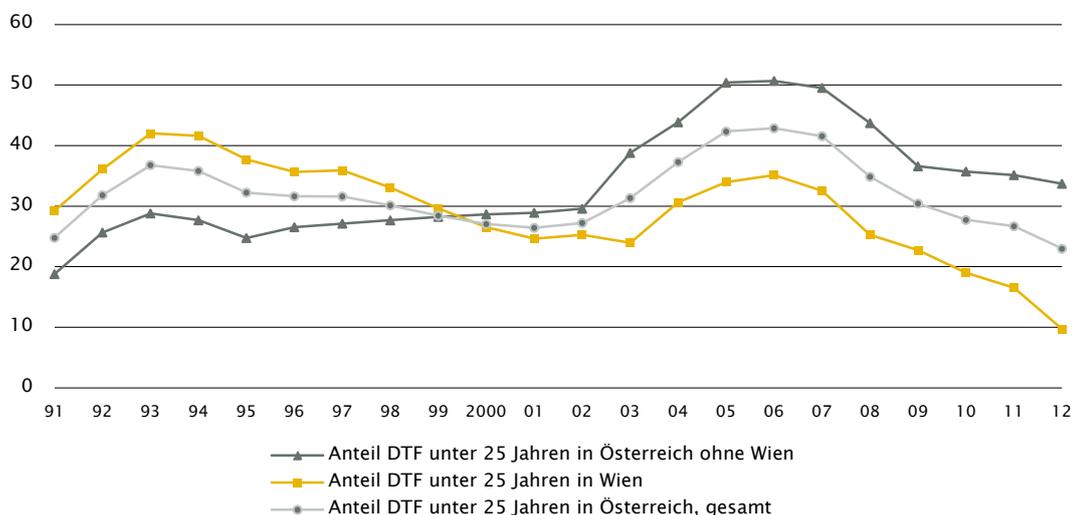
Alkohol wurde bei insgesamt 38 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt. Bei 9 Prozent der Verstorbenen wurde ein hoher Promillewert (über 1,5 Promille) im Blut nachgewiesen.

6.7 Region

Tabelle DRD 2 und DRD 3 im Annex geben die Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle nach Bundesländern (in absoluten Werten und Raten pro 100.000 Einwohner) wieder. Am häufigsten verstarben Personen der relevanten Altersgruppe in Wien (6,0 pro 100.000 Einwohner/innen zwischen 15 und 64 Jahren; vgl. Abbildung 6.2). Der hohe Anteil in Wien ist in Relation zur Anzahl an Problemkonsumenten/-konsumentinnen in Wien als einziger Großstadt Österreichs zu sehen¹.

Abbildung 6.5:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DTF), geglätteter 3-Jahres-Wert für Wien, Österreich ohne Wien, Österreich, 1991–2012, in Prozent



2012-Wert nicht geglättet

Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

¹

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

In Bezug auf den Konsum von Substanzen und den **Frauenanteil** zeigen sich **keine signifikanten regionalen Unterschiede** in den letzten drei Jahren.

Abbildung 6.5 stellt die Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle der unter 25-Jährigen für Wien, Österreich ohne Bundeshauptstadt und Gesamtösterreich dar. Während Wien zu Beginn der 1990er Jahre einen überdurchschnittlichen Anteil an jungen Personen bei den drogenbezogenen Todesfällen aufwies, ist seit Beginn der Jahrtausendwende dieser Anteil in den restlichen Bundesländern wesentlich höher und lag Mitte der 2000er Jahre bei 50 Prozent (im Vergleich zu unter 30 Prozent zu Beginn der 2000er Jahre). Seitdem zeigt sich ein rückläufiger Trend und z. B. lag der Anteil der jungen Menschen bei den drogenbezogenen Todesfällen (unter 25 Jahren) in Wien 2012 unter 10 Prozent.

6.8 Substitutionsbehandlung

Von den 161 drogenbezogenen Todesfällen standen 41 Personen bis zum Tage ihres Todes in einer aufrechten Substitutionsbehandlung. Weitere 38 waren bereits einmal in ihrem Leben in Substitutionsbehandlung. Somit kann davon ausgegangen werden, dass zumindest die Hälfte der Verstorbenen (drogenbezogenen Todesfälle) einmal in ihrem Leben Kontakt zum Betreuungssystem hatten.

Stellt man die Entwicklung der zwei Indikatoren „drogenbezogene Todesfälle“ und Prävalenz des problematischen Drogenkonsums“ einander gegenüber, so zeigt sich, dass die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle stark mit der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums korreliert (Epidemiologiebericht Drogen 2012).

6.9 Auffindungsort

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

Bereits die erste Analyse im Jahr 2005 zeigte, dass die Mehrheit der Personen in einer Wohnung verstarb. Dies setzte sich auch im Jahr 2012 fort (69 %). In Hotels, Jugendherbergen oder Notunterkünften wie Männerheimen verstarben acht Prozent. In vier Prozent der Fälle war keine Kategorisierung möglich, weil der Auffindungsort nicht eruiert werden konnte. In zwei Prozent der Fälle verstarben die Personen in Haftanstalten.

Dass der weitaus größte Teil der tödlichen Überdosierungen in privaten Räumlichkeiten geschieht, kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Großteil des hochriskanten Drogenkonsums im (scheinbar) geschützten privaten Rahmen stattfindet. Unter Umständen aber kann dieser Rahmen das Ausbleiben von rascher Hilfe bei Intoxikationen bedeuten und damit das Risiko einer tödlich verlaufenden Überdosierung erhöhen¹.

1

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

Bibliografie

- Bao, Yan-ping; Liu, Zhi-min; Epstein, David H.; Du, Cun; Shi, Jie; Lu, Lin (2009): A meta-analysis of retention in methadone maintenance by dose and dosing Strategy. In: The American journal of drug and alcohol abuse 35/1, 28-33
- Busch, M., Eggerth, A. (2010): Nasaler Heroinkonsum in Österreich. In: Sucht Jg.56/H.6, 414-422
- GÖG/ÖBIG (2007): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI). Klientenjahrgang 2006. Wien
- GÖG/ÖBIG (2008): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI). Klientenjahrgang 2007. Wien
- GÖG/ÖBIG (2012): Bericht zur Drogensituation 2012. Wien
- GÖG/ÖBIG (2013): DOKLI 2.1 – Basismanual, Version 1.0. Wien
- Jegu, J.; Gallini, A.; Soler, P.; Montastruc, J. L.; Lapeyre-Mestre, M. (2011): Slow-release oral morphine for opioid maintenance treatment: a systematic review. In: British Journal of Clinical Pharmacology 71/6, 832-843
- Mullen, L.; Barry, J.; Long, J.; Keenan, E.; Mulholland, D.; Grogan, L.; Delargy, I. (2012): A national study of the retention of Irish opiate users in methadone substitution treatment. In: American Journal of Drug & Alcohol Abuse 38/6, 551-558
- Wittchen, H. U.; Buhringer, G.; Rehm, J. T.; Soyka, M.; Trader, A.; Mark, K.; Trautmann, S. (2011a): The 6-years course and outcome of opioid maintenance treatment of 1.624 patients in the German substitution system. . In: Suchtmedizin in Forschung und Praxis 13/5, 232-246
- Wittchen, H. U.; Trader, A.; Klotsche, J.; Backmund, M.; Buhringer, G.; Rehm, J. T.; Soyka, M. (2011b): The role of different substitution drugs and dosage in long-term opiate maintenance treatment. In: Suchtmedizin in Forschung und Praxis 13/5, 263-268

Epidemiologiebericht Drogen 2012

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Inhalt

Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen.....	1
Einleitung	3
1 Problematischer Drogenkonsum in Österreich.....	5
1.1 Art des problematischen Drogenkonsums – Konsummuster-Situation 2011	5
1.2 Art des problematischen Drogenkonsums – Konsummuster im Zeitverlauf	10
1.3 Ausmaß des problematischen Drogenkonsums in Österreich 2011	12
1.4 Der problematische Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf.....	14
2 Drogenbezogene Behandlungen.....	17
2.1 Anzahl der behandelten Personen	17
2.2 Alter und Geschlecht	19
2.3 Daten zu Versorgungsstruktur und Behandlungsdauer im Bereich Substitutionsbehandlungen.....	23
3 Kennzahlen der Drogensituation	30
4 Analyse der Routinedaten zum Cannabiskonsum	32
5 Detailergebnisse DOKLI	44
5.1 Soziodemografie	44
5.2 Betreuungssituation	47
5.3 Drogenkonsum und Drogenproblematik	51
5.4 Situation zu Betreuungsende.....	60
6 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle	63
6.1 Definition und Datengrundlage	63
6.2 Drogenbezogene Todesfälle 2011	64
6.3 Trend	65
6.4 Altersstruktur.....	68
6.5 Substanzen	69
6.6 Trend der nachgewiesenen Substanzen.....	71
6.7 Region.....	72
6.8 Substitutionsbehandlung.....	73
6.9 Auffindungsort.....	74

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach beteiligten Substanzen in Österreich 2011 in Prozent.....	6
Abbildung 1.2:	Behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition bei Begutachtungen nach § 12 SMG im Jahr 2011 (n=1.964) nach Bundesland in Prozent	7
Abbildung 1.3:	Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn von Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis, die eine ambulante Betreuung begonnen haben (n=722) 2011	8
Abbildung 1.4:	Personen, die 2010 eine ambulante drogenspezifische Betreuung begonnen haben nach Leitdroge in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU in Prozent	9
Abbildung 1.5:	Leitdrogen im Zeitverlauf in DOKLI (ambulanter Bereich)	10
Abbildung 1.6:	Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen im Zeitverlauf in Prozent.....	11
Abbildung 1.7:	Prävalenzschätzung des problematischen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden nach Alter und Geschlecht 2011.....	12
Abbildung 1.8:	Prävalenzschätzung des problematischen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden nach Bundesländern 2011	13
Abbildung 1.9:	Geschätztes Ausmaß des problematischen Drogenkonsums nach Bundesländern	13
Abbildung 1.10:	Prävalenzschätzung des problematischen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien – Zeitverlauf.....	14
Abbildung 1.11:	Prävalenzschätzung des problematischen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf	15
Abbildung 2.1:	Geschätzter Anteil an Personen mit problematischem Drogenkonsum (Opioide) in Substitutionsbehandlung nach Bundesländern	17
Abbildung 2.2:	Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung) 2011.....	18

Abbildung 2.3:	Altersverteilung bei der Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei den Substitutionsbehandlungen, bei den drogenbezogenen Todesfällen und bei Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG in Prozent.....	19
Abbildung 2.4:	Altersverteilung von Personen, die 2010 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begonnen haben in Österreich und ausgewählten Ländern der EU in Prozent.....	20
Abbildung 2.5:	Anteil der Personen unter 25 Jahren bei der Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei den Substitutionsbehandlungen und bei den drogenbezogenen Todesfällen – Zeitreihe (gleitender Mittelwert) in Prozent.....	21
Abbildung 2.6:	Geschlechtsverteilung bei der Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei den Substitutionsbehandlungen, bei den drogenbezogenen Todesfällen und bei Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG in Prozent.....	22
Abbildung 2.7:	Geschlechtsverteilung von Personen, die 2010 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begonnen haben in Österreich und ausgewählten Ländern der EU in Prozent.....	22
Abbildung 2.8:	Entwicklung der Anzahl der Personen in Substitutionsbehandlung und der geschätzten Anzahl von Personen mit problematischem Drogenkonsum (Index – 1999 = 100%).....	23
Abbildung 2.9:	Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt im Jahr 2011.....	24
Abbildung 2.10:	Im Rahmen der Substitutionsbehandlung versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte (Stichtag 30.6.2011) bezogen auf die Gesamtbevölkerung (15 bis 64 Jahre)	26
Abbildung 2.11:	Im Rahmen der Substitutionsbehandlung versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte (Stichtag 30.6.2011) bezogen auf die Prävalenzschätzung des problematischen Drogenkonsums	26
Abbildung 2.12:	Dauer der am 31.12.2011 laufenden Substitutionsbehandlungen nach Bundesland in Prozent.....	27
Abbildung 2.13:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland 2011	28

Abbildung 2.14: Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter in Prozent.....	29
Abbildung 4.1: Anteil von Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis, die mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben nach Jahr des Betreuungsbeginnns	33
Abbildung 4.2: Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn von Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis, die mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben (n = 722) 2011	35
Abbildung 4.3: Konsumfrequenz der Cannabis-Klientel nach Bundesländern	38
Abbildung 4.4: Personen mit Leitdroge Cannabis in ambulanter Betreuung nach Bundesländern und Konsumfrequenz	39
Abbildung 4.5: Behandlungsdauer bei Personen mit Leitdroge Cannabis nach Bundesländern	40
Abbildung 4.6: Anzeigen wegen Cannabis und Opioiden pro 100.000 Einwohner/innen zwischen 15 und 65 Jahren nach Bundesländern.....	41
Abbildung 4.7: Begutachtungen durch die Bezirksverwaltungsbehörde mit dem Ergebnis „keine gesundheitsbezogenen Maßnahmen notwendig“ nach Bundesländern in Prozent.....	42
Abbildung 4.8: Verschiedene gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Cannabis nach Bundesländern.....	43
Abbildung 5.1: Anzahl der Personen, die 2011 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung	44
Abbildung 5.2: Anteil unter 25-Jähriger, die eine längerfristige ambulante drogenspezifische Betreuung begonnen haben, bei Männern und Frauen 2006 bis 2011	45
Abbildung 5.3: Personen, die 2011 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung, in Prozent	46
Abbildung 5.4: Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die im Jahr 2011 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben und zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach dem Alter (n = 1.039), in Prozent	49

Abbildung 5.5:	Häufigste Hauptanlässe für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2011 mit einer Betreuung begonnen haben, nach Betreuungsart, in Prozent	50
Abbildung 5.6:	Auflage/Weisung bei Personen, die 2011 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik und Art der Betreuung, in Prozent	51
Abbildung 5.7:	Personen, die 2011 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach „jemals intravenös Drogen konsumiert“, Geschlecht, Alter und Art der Betreuung in Prozent	52
Abbildung 5.8:	Personen, die (erstmalig) eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach „jemals intravenös Drogen konsumiert“ und Jahren in Prozent	53
Abbildung 5.9:	Personen, die im Jahr 2011 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung, in Prozent	54
Abbildung 5.10:	Personen, die 2011 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, nach jemals konsumierten Drogen, Problemstoffen und Leitdrogen, in Prozent	55
Abbildung 5.11:	Personen, die 2011 mit einer längerfristigen ambulante bzw. stationäre Betreuung begonnen haben, nach hierarchischer Leitdrogendefinition (EMCDDA), in Prozent.....	56
Abbildung 5.12:	Personen, die (erstmalig) eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach hierarchischer Leitdroge Opioid und Cannabis und Jahren.....	57
Abbildung 5.13:	Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2011 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht, in Jahren	58
Abbildung 5.14:	Vorwiegende Einnahmeform von Heroin (n = 1.698) und Kokain (n = 1.814) bei Personen, die 2011 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, nach dem Alter, in Prozent	59
Abbildung 5.15:	Dauer der Betreuung von Personen, die im Jahr 2011 ihre Betreuung beendeten, nach Setting, in Prozent.....	61
Abbildung 5.16:	Betreuungsausgang bei Personen, die im Jahr 2011 eine Betreuung beendet haben, nach Betreuungsart, in Prozent	62

Abbildung 6.1:	95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 EW zw. 15 und 64 Jahre 1990–2011, geglätteter 3-Jahres-Wert.....	66
Abbildung 6.2:	Drogenbezogene Todesfälle (DTF) pro 100.000 EW zw. 15 und 64 Jahren 1991–2011, geglätteter 3-Jahres-Wert nach Region.....	67
Abbildung 6.3:	Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DTF), geglätteter 3-Jahres-Wert nach Geschlecht in den Jahren 1990–2010	68
Abbildung 6.4:	Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen 2002–2011 in Prozent	71
Abbildung 6.5:	Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DTF), geglätteter 3-Jahres-Wert für Wien, Österreich ohne Wien, Österreich, 1990–2011	72
Abbildung 6.6:	Drogenbezogene Todesfälle, Personen in Substitutionsbehandlung und Prävalenz des problematischen Drogenkonsums – Zeitreihe (Index 1999 = 100 %).....	74

Tabellen

Tabelle 2.1: Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – qualifizierte und versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt) nach Bundesland 2011 – Stichtag 30. 6. 2011	25
Tabelle 3.1: Die wichtigsten Indikatoren zur Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2011 in Absolutzahlen	30
Tabelle 3.2: Die wichtigsten Indikatoren zur Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2011 pro 100.000 15- bis 64-Jährige	31
Tabelle 4.1: Unterschiede zwischen den Personengruppen mit Leitdroge Cannabis und Leitdroge Opioide (in Prozent)	34
Tabelle 4.2: Vergleich der Gruppe mit niedriger Konsumfrequenz mit jener mit hoher Konsumfrequenz.....	36
Tabelle 5.1: Absolutzahlen von Probanden/Probandinnen bei Angaben zu biogenen Drogen und anderen Drogen von Personen, die im Jahr 2011 eine ambulante oder stationäre Betreuung begannen (n=3.145 – DOKLI ohne Wiener BADO)	60

Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Opioidkonsum – meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster – macht aktuell das Gros des problematischen Drogenkonsums in Österreich aus. Etwa 90 Prozent aller rund 21.000 drogenbezogenen Behandlungen werden aufgrund des (größtenteils polytoxikomanen) Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden durchgeführt. Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis sind die zweite zahlenmäßig relevante Klientengruppe in den österreichischen Drogenhilfseinrichtungen. Ein beträchtlicher Teil befindet sich jedoch aufgrund von gesetzlichen Auflagen in Betreuung. Lediglich bei etwa einem Drittel kann von einem hochfrequenten Cannabiskonsum ausgegangen werden.

An der Dominanz von Opioiden beim problematischen Drogenkonsum hat sich in den letzten Jahren nichts geändert. In den hochproblematischen Konsummustern ist die steigende Bedeutung von Psychopharmaka (z. B. Benzodiazepin) und eine rückläufige Beteiligung von Kokain (beides aber immer in Kombination mit Opioiden) feststellbar.

Aktuell gibt es zwischen 30.000 und 34.000 Personen mit problematischem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden in Österreich. Etwa die Hälfte davon lebt in Wien. Ein Viertel der Betroffenen ist weiblich und etwa ein Fünftel ist unter 25 Jahre alt. Wien ist aufgrund der Tatsache, dass es die einzige Großstadt Österreichs ist, vom Drogenproblem am stärksten betroffen, gefolgt von Vorarlberg und Tirol.

Zwischen Beginn der 2000er Jahre und 2004/2005 gab es eine steigende Prävalenz des problematischen Drogenkonsums aufgrund einer erhöhten Anzahl an Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die mit einem problematischen Drogenkonsum begonnen haben. Mittlerweile ist die Anzahl junger Personen mit problematischem Drogenkonsum aber wieder rückläufig. Während in Wien die Prävalenzzahlen in den letzten Jahren stagnieren, steigen die Zahlen in den anderen Bundesländern (kontinuierlichen Angleichung des Ausmaßes des Drogenproblems zwischen ländlichen/kleinstädtischen Regionen und der Großstadt Wien).

Etwas mehr als die Hälfte der geschätzt 30.000 bis 34.000 Personen mit problematischem Opioidkonsum befindet sich in Behandlung. Der Prozentsatz der Personen mit Opioidproblemen in Substitutionsbehandlung ist regional unterschiedlich und liegt für Gesamtösterreich leicht über dem EU-Schnitt von 50 Prozent.

Die sich in Österreich in drogenspezifischer ambulanter oder stationärer Behandlung befindlichen Personen sind im europäischen Vergleich jung. Dies ist (zum Teil) darauf zurückzuführen, dass von Beginn der 2000er Jahre bis 2004/2005 vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene mit einem problematischen Drogenkonsum begonnen haben. Seither altert die Gruppe der Personen mit problematischem Drogenkonsum, was sich auch in der Altersstruktur der behandelten Personen widerspiegelt.

Im letzten Jahrzehnt ist es gelungen, den Anteil an Personen mit problematischem Opioidkonsum, die sich in Substitutionsbehandlung befinden, stark zu erhöhen. Die Anzahl an Klientinnen und Klienten, die ein substituierender Arzt / eine substituierende Ärztin betreut, ist stark unterschiedlich. Manche Ärztinnen und Ärzte betreuen sehr viele Klientinnen und Klienten (86 Ärztinnen/Ärzte jeweils über 50 und 31 jeweils über 100 Personen). Insgesamt sollten Überlegungen zur Optimierung des Betreuungsschlüssels im Bereich Substitutionsbehandlung angestellt werden.

Das Verhältnis zwischen der Anzahl versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte zur Zielgruppe ist in den Bundesländern unterschiedlich. Rückschlüsse auf die Versorgungslage gestalten sich aufgrund der unterschiedlichen Organisation der Substitutionsbehandlung in den Bundesländern schwierig und bedürfen einer vertiefenden Diskussion. Detailanalysen des Substitutionsregisters auf Bezirksebene könnten hier einen Input leisten.

Wird die Haltequote in Substitutionsbehandlung als Indikator für den Therapieerfolg herangezogen, zeigt sich eine große Streubreite über die Bundesländer. Wien schneidet hier mit Abstand am besten ab. Die Hintergründe für die in den Bundesländern offensichtlich unterschiedliche Haltequote sollten eruiert werden.

Die Verschreibung der unterschiedlichen Substitutionsmittel variiert von Bundesland zu Bundesland. Dies zeigt sich insbesondere im regional uneinheitlichen Einsatz von Morphin in Retardform. Indikationsstellungen welche Substanz für welche Klientel am besten geeignet ist sollten erarbeitet werden.

Die Begutachtungspraxis nach § 12 SMG ist regional inhomogen. Dies zeigt sich zum Beispiel darin, dass bei Personen mit Cannabiskonsum in unterschiedlichem Ausmaß ein Behandlungsbedarf diagnostiziert wird. Maßnahmen zur Harmonisierung der Begutachtungspraxis und insbesondere zur Treffsicherheit hinsichtlich der Diagnose „behandlungsrelevanter Cannabiskonsum“ sollten überlegt werden.

Stellt man die Entwicklung der zwei Indikatoren „drogenbezogene Todesfälle“ und Prävalenz des problematischen Drogenkonsums“ einander gegenüber, so zeigt sich, dass die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle stark mit der Prävalenz des problematischen Drogenkonsum korreliert. Über 50 Prozent der Personen mit problematischem Drogenkonsum befinden sich in Substitutionsbehandlung. Der Anteil dieser Gruppe an den drogenbezogenen Todesfällen insgesamt ist signifikant niedriger (unter 20 %). Daraus kann geschlossen werden, dass Personen mit einem hohen Überdosierungsrisiko entweder aus dem Substitutionsbehandlungssystem fallen oder nicht von diesem erfasst werden. Es ist daher wichtig, diese Risikogruppen zu erreichen und gegebenenfalls die bestehenden Angebote zur Substitutionsbehandlung zu diversifizieren.

Einleitung

Ziel des vorliegenden ersten Epidemiologieberichtes Drogen ist es, ein möglichst klares und verständliches Bild der Epidemiologie des problematischen Drogengebrauchs in Österreich – basierend auf den verfügbaren Datenquellen – zu zeichnen. Die vorgestellten Ergebnisse und Schlussfolgerungen beruhen zum Teil auf komplexen statistischen Analysen und Überlegungen, deren detaillierte Ausführung dem oben genannten Zweck entgegenstehen würde. Aus diesem Grund werden die Detailergebnisse und deren Herleitung in einem Annex, der auch einen umfangreichen Tabellenband enthält, gesondert ausgewiesen.

Seit über zehn Jahren wird kontinuierlich mit erheblichem Aufwand an einer Verbesserung des Routinemonitorings im Drogenbereich in Österreich gearbeitet. Aus diesem Grund steht eine Reihe von Datenquellen sehr guter Qualität für die Analyse zur Verfügung. Seit dem Jahr 2006 existiert das Klientendokumentationssystem **DOKLI**, an dem fast alle relevanten Behandlungseinrichtungen im Drogenbereich beteiligt sind. Das **Register der Substitutionsbehandlungen**, das bereits seit 1987 existiert, konnte im Rahmen von eSuchtmittel bezüglich Datenqualität stark verbessert werden und erlaubt erstmals genaue Aussagen über die Anzahl der diese Behandlungsform in Anspruch nehmenden Personen und deren Charakteristika. Auch sind erste Anhaltspunkte zur Versorgungsstruktur im Bereich Substitutionsbehandlung verfügbar. Ebenfalls im Rahmen von eSuchtmittel konnte die Dokumentationsqualität der **Ergebnisse von Begutachtungen nach §12 SMG** stark verbessert und für die Beschreibung der epidemiologischen Situation nutzbar gemacht werden. Die **Statistik der drogenbezogenen Todesfälle** stellt eine wichtige Datenquelle zu den problematischsten Formen des Drogenkonsums dar. Eine Zusammenschau all dieser Datenquellen zur Beschreibung der epidemiologischen Situation im Drogenbereich liefert – ähnlich wie das Zusammensetzen eines Puzzles – einen erheblichen Mehrwert und wird im Rahmen des vorliegenden Berichts erstmals in systematischer Form umfassend durchgeführt.

Der vorliegende Bericht stellt eine Ergänzung zum jährlich im Auftrag des BMG und der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) erstellten Bericht zur Drogensituation dar. Er ersetzt die früher in eigenen Berichten referierten Ergebnisse aus dem Behandlungsdokumentationssystem DOKLI und der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle.

In den ersten drei Kapiteln wird eine Zusammenschau der zur Verfügung stehenden Datenquellen zur Epidemiologie der Drogensituation geboten, in Kapitel 4 wird das Schwerpunktthema „Analyse der Routinedaten zum Cannabiskonsum“ abgehandelt, Kapitel 5 liefert die Detailergebnisse zu DOKLI und Kapitel 6 jene zu den drogenbezogenen Todesfällen. Die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen finden sich am Beginn des Berichts (Seite 1).

1 Problematischer Drogenkonsum in Österreich¹

1.1 Art des problematischen Drogenkonsums – Konsummuster–Situation 2011

Definition: Die bislang gültige Definition von problematischem Drogenkonsum der EBDD lautet „injizierender Konsum oder länger dauernder bzw. regelmäßiger Konsum von Opioiden, Kokain und/oder Amphetaminen“. Derzeit wird jedoch auf europäischer Ebene eine Erweiterung dieser Definition diskutiert (z. B. um den problematischen Cannabiskonsum). Die Definition des problematischen Drogenkonsums in Österreich deckt sich weitgehend mit jener der EBDD. Betont wird jedoch, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen als solche problematisch oder unproblematisch sind. Als problematisch wird Drogenkonsum dann bezeichnet, wenn dieser mit körperlichen, psychischen und/oder sozialen Problemen einhergeht. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als problematisch zu bezeichnen.

Schlüsse hinsichtlich problematischer Konsummuster können indirekt aus Behandlungsdaten gezogen werden. Personen, die sich in eine drogenspezifische Behandlung begeben, haben in der Regel ein Problem mit ihrem Drogenkonsum². Eine weitere Datenquelle stellen die Konsummuster von Personen dar, bei denen eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG ergibt, dass Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme besteht. Informationen zu den problematischsten Konsummustern liefern die bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellten Substanzen.

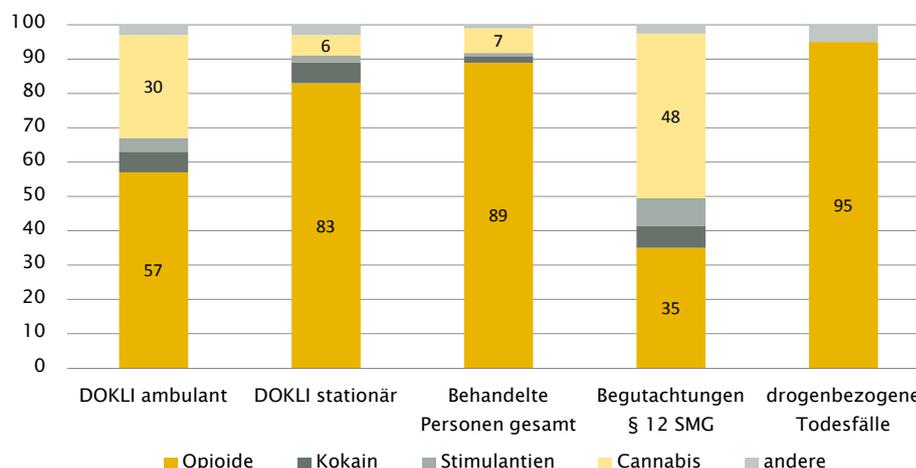
1

Beim problematischen Drogenkonsum handelt es sich um eine Definition der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) unter der umgangssprachlich Drogenabhängigkeit oder Drogenkonsum „am Rande der Drogenabhängigkeit“ verstanden wird.

2

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

Abbildung 1.1:
 Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach
 beteiligten Substanzen in Österreich 2011 in Prozent



Legende:

DOKLI ambulant = Personen, die 2011 eine ambulante Betreuung begonnen haben (n=2.576)

DOKLI stationär = Personen, die 2011 eine stationäre Betreuung begonnen haben (n=1.166),

Behandelte Personen gesamt = geschätzte Anzahl von Personen, die 2011 eine drogenspezifische ambulante oder stationäre Betreuung oder eine Substitutionsbehandlung in Anspruch genommen haben (n=21.000),

Begutachtungen § 12 SMG = amtsärztliche Begutachtungen bei denen 2011 der Bedarf einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt wurde (n=884). Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Kärnten und Wien aus technischen Gründen 2011 noch keine Daten und Oberösterreich unvollständige Daten übermittelt haben.

direkt drogenbezogene Todesfälle = direkt drogenbezogene Todesfälle mit Toxikologie 2011 (n=170 von insgesamt 201)

Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opioides > Kokain > Stimulantien > andere > Cannabis) - bei den drogenbezogenen Todesfällen fallen alle Überdosierungen ohne Beteiligung von Opioiden in die Kategorie „andere“

Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Abbildung 1.1 zeigt deutlich, dass Opioides als Leitdroge in Österreich dominieren. Zieht man beispielsweise die Schätzung aller in Österreich wegen eines illegalen Drogenproblems betreuten Personen (siehe dazu Abschnitt 2.1) heran, so zeigt sich, dass 89 Prozent aller drogenbezogenen Behandlungen wegen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden erfolgt.

Eine nähere Analyse der Konsummuster zeigt, dass der Großteil der wegen Opioiden betreuten Personen im ambulanten und stationären Bereich auch noch einen Problemkonsum anderer Drogen aufweist. So gaben z. B. 85 Prozent der im Jahr 2011 wegen Opioiden betreuten Personen aus DOKLI noch mindestens eine weitere Droge mit problematischem Konsum an. Auch die toxikologischen Analysen der direkt drogenbezogenen Todesfälle zeigen, dass nur eine Minderheit (6 %) der tödlichen Überdosierungen ausschließlich auf Opioides zurückzuführen sind. In 88 Prozent der Fälle wurden

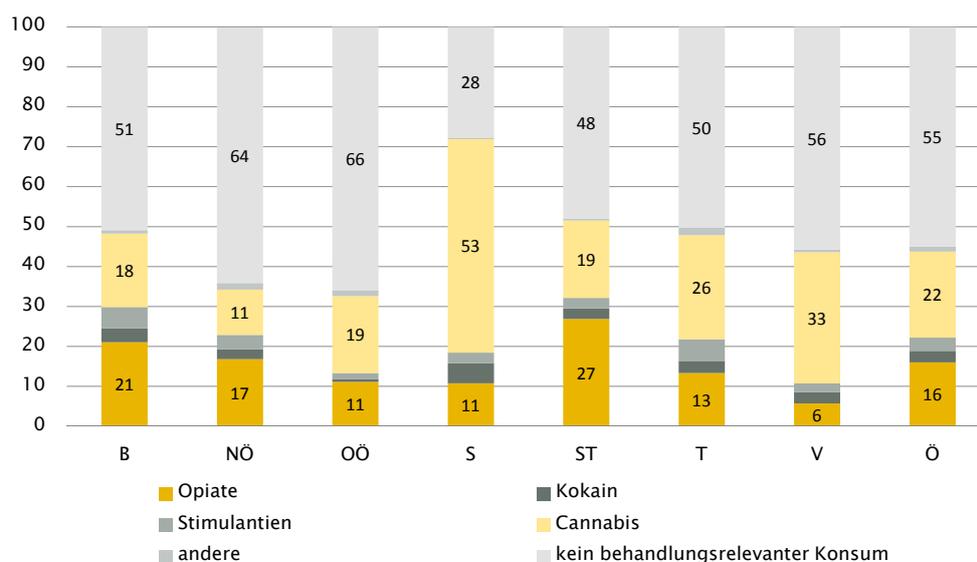
neben Opioiden auch noch andere illegale Substanzen, Alkohol oder Psychopharmaka festgestellt.

Schlussfolgerung: Opioidkonsum – meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster – macht aktuell das Gros des problematischen Drogenkonsums in Österreich aus.

Die zweite zahlenmäßig relevante Gruppe im Behandlungsbereich sind Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis ohne problematischen Konsum anderer Drogen. Dieser Anteil ist auch bei Personen, bei denen durch den Amtsarzt nach § 12 SMG der Bedarf einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt wird, relativ groß (siehe Abbildung 1.2).

Abbildung 1.2:

Behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition bei Begutachtungen nach § 12 SMG im Jahr 2011 (n=1.964) nach Bundesland in Prozent



Anmerkung: Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opioide > Kokain > Stimulantien > andere > Cannabis); Kärnten und Wien konnten aus technischen Gründen für 2011 noch keine Daten liefern, die Daten aus Oberösterreich sind unvollständig.

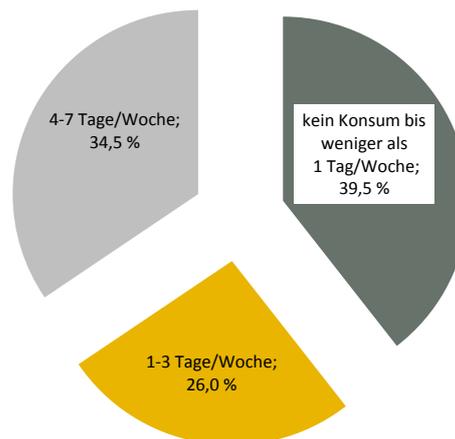
Quelle: eSuchtmittel; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Der Bundesländervergleich der Begutachtungsergebnisse in Abbildung 1.2 zeigt, dass zwischen den Bundesländern große Unterschiede bei den Begutachtungsergebnissen vorliegen. Dies ist ein Indiz für Unterschiede in der Begutachtungspraxis. Je seltener kein Behandlungsbedarf festgestellt wird, desto größer ist der Anteil von Cannabis als

Leitdroge (Extrembeispiel ist Salzburg). Dies legt die Vermutung nahe, dass die Beurteilung, ob ein Konsum von Cannabis als problematisch eingeschätzt wird, nicht unabhängig vom Bundesland bzw. vom Begutachtenden ist.

Die vertiefende Analyse im Rahmen des Schwerpunktkapitels „Analyse der Routedaten zum Cannabiskonsum“ (vgl. Kap. 4) ergibt, dass lediglich bei einem Drittel der wegen alleiniger Leitdroge Cannabis in den DOKLI-Einrichtungen betreuten Personen gesichert von einem hochfrequenten Cannabiskonsum ausgegangen werden kann (aufgrund der Konsumhäufigkeit in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn vgl. Abbildung 1.3).

Abbildung 1.3:
Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn von Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis, die eine ambulante Betreuung begonnen haben (n=722) 2011

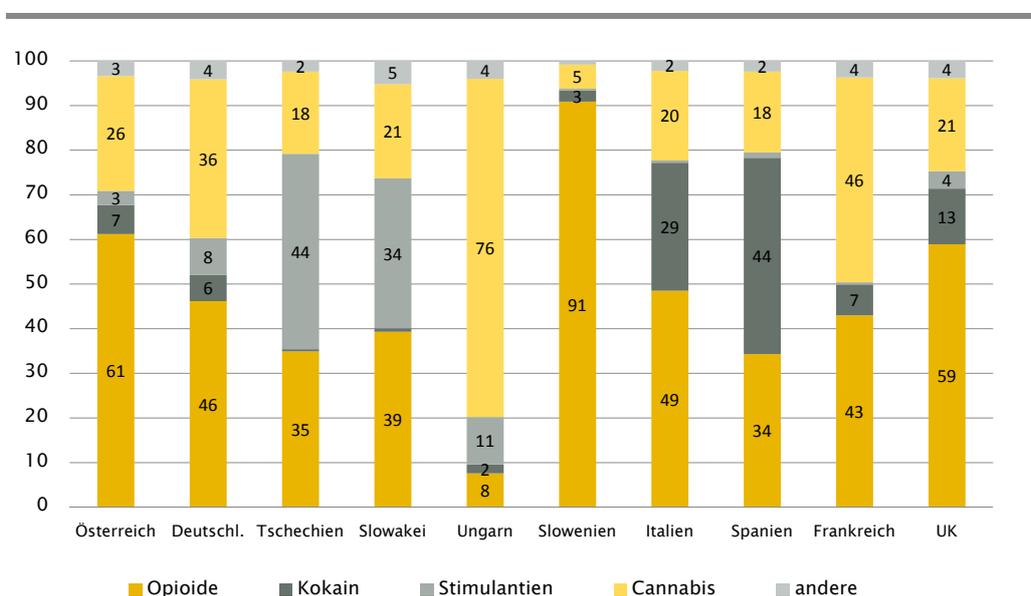


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2011

Schlussfolgerung: Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis sind die zweite zahlenmäßig relevante Klientengruppe in den österreichischen Drogenhilfseinrichtungen. Ein beträchtlicher Teil befindet sich jedoch aufgrund von gesetzlichen Auflagen in Betreuung. Lediglich bei etwa einem Drittel kann von einem hochfrequenten Cannabiskonsum ausgegangen werden.

Polytoxikomaner Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden und (problematischer) Konsum von Cannabis sind die in Österreich mit Abstand am häufigsten vertretenen Konsummuster im Behandlungsbereich. Der internationale Vergleich zeigt, dass dies nicht in allen EU-Ländern in gleichem Ausmaß der Fall ist. So spielt in den beiden Nachbarländern Tschechien und der Slowakei traditionell das Metamphetamin „Pervitin“ eine wichtige Rolle und in Italien und Spanien Kokain. Ungarn sticht mit einem sehr großen Anteil von Personen mit Leitdroge Cannabis hervor, was jedoch in erster Linie den restriktiven Umgang mit dieser Droge in Ungarn widerspiegelt¹ (vgl. Abbildung 1.4).

Abbildung 1.4:
Personen, die 2010 eine ambulante drogenspezifische Betreuung begonnen haben nach Leitdroge in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU in Prozent



Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2012

Schlussfolgerung: Problematische Drogenkonsummuster sind regional unterschiedlich. Im Gegensatz zu Österreich sind in manchen (Nachbar)-Ländern der EU auch andere Leitdrogen als Opiode und Cannabis im Betreuungssystem von Relevanz.

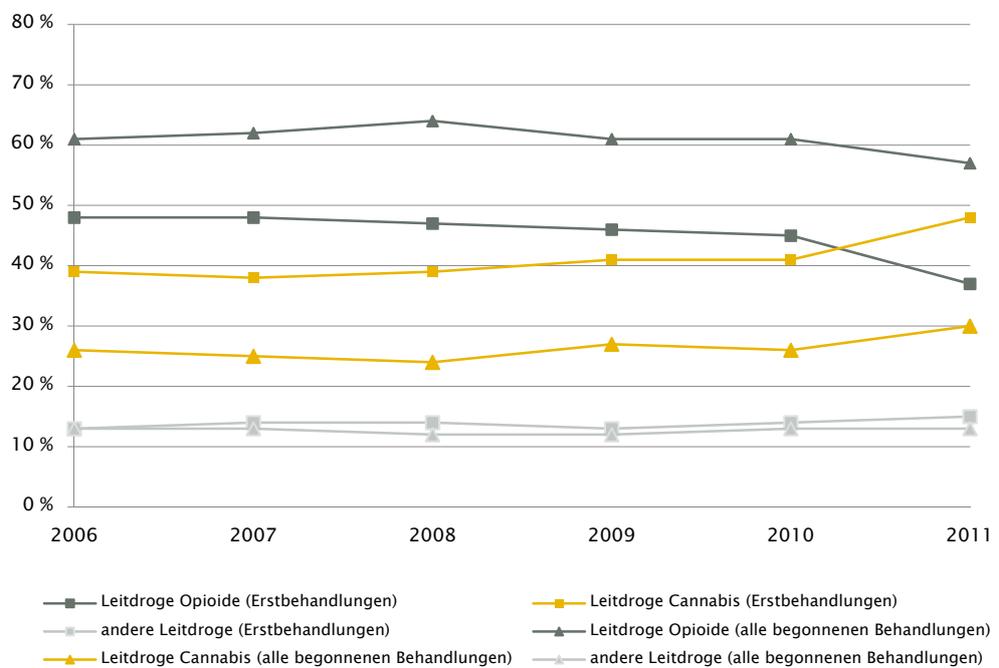
1

Aufgrund der restriktiven Gesetzeslage in Ungarn befinden sich etwa zwei Drittel der behandelten Personen im Rahmen eines „quasi compulsory treatments“ als Alternative zu rechtlichen Konsequenzen in Betreuung. Über 80 Prozent der Personen in „quasi compulsory treatment“ haben Cannabis als Leitdroge (siehe <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/hu> 10.1.2013)

1.2 Art des problematischen Drogenkonsums – Konsummuster im Zeitverlauf

Daten zu Veränderungen der Konsummuster im Zeitverlauf liefern seit 2006 das Behandlungsdokumentationssystem DOKLI und hinsichtlich der problematischsten Konsummuster die bei tödlichen Überdosierungen festgestellten Substanzen. Die DOKLI-Daten zeigen ein relativ stabiles Bild, wobei insbesondere in den letzten Jahren eine Abnahme der Leitdroge Opiode und eine Zunahme der Leitdroge Cannabis zu verzeichnen ist (vgl. Abbildung 1.5). Ob dies als Trend zu sehen ist, kann aber erst in den nächsten Jahren verifiziert werden.

Abbildung 1.5:
Leitdrogen im Zeitverlauf in DOKLI (ambulanter Bereich)



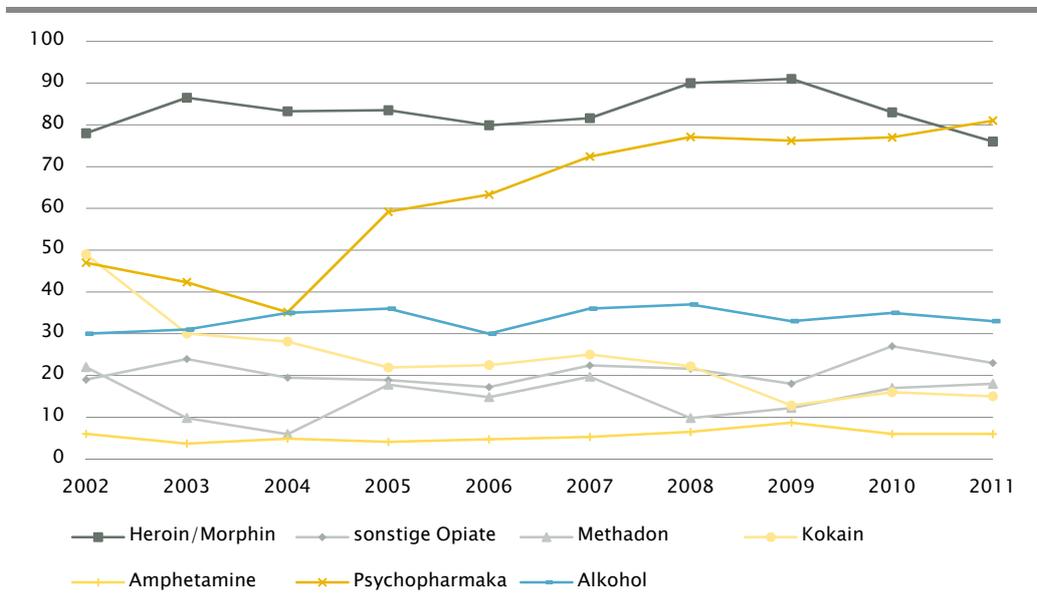
Anmerkung: Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opiode > Kokain > Stimulantien > andere > Cannabis)

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung

Die bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellten Substanzen zeigen neben der stabil bleibenden eindeutigen Dominanz von Opioiden eine starke Zunahme von Psychopharmaka (z. B. Benzodiazepin) und eine Abnahme von Kokain (vgl. Abbildung 1.6).

Abbildung 1.6:

Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen im Zeitverlauf in Prozent



Quellen: GÖG/ÖBIG, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle

Schlussfolgerung: An der Dominanz von Opioiden beim problematischen Drogenkonsum hat sich in den letzten Jahren nichts geändert. In den hochproblematischen Konsummustern ist die steigende Bedeutung von Psychopharmaka (z. B. Benzodiazepin) und eine rückläufige Beteiligung von Kokain (beides aber immer in Kombination mit Opioiden) feststellbar.

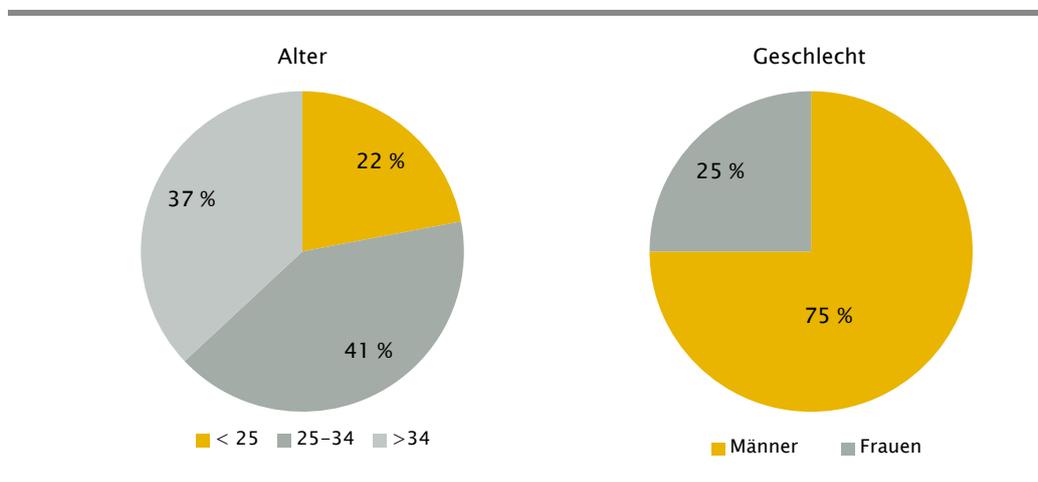
1.3 Ausmaß des problematischen Drogenkonsums in Österreich 2011

Definition: Bei der Schätzung der Anzahl an Personen mit problematischem Drogenkonsum handelt es sich um eine Dunkelzifferschätzung, die lediglich Annäherungswerte liefern kann. Für Österreich liegen ausschließlich Schätzungen des polytoxikomanen Problemkonsums unter Beteiligung von Opioiden vor. Die referierten Werte wurden mittels der Capture-Recapture-Methode (CRC) basierend auf dem *Register* der Substitutionsbehandlungen und den Anzeigen wegen Opioiden berechnet und anhand der 3-Sample-CRC-Schätzung unter Einbezug der drogenbezogenen Todesfälle mit Opioidbeteiligung für das Jahr 2010 validiert. Bei der CRC-Schätzung handelt es sich um ein von der EBDD empfohlenes komplexes statistisches Verfahren zur Dunkelzifferschätzung.

Aktuelle Schätzungen kommen auf eine Anzahl von 30.000 bis 34.000 Personen mit problematischem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden in Österreich für die Jahre 2010 und 2011. Abbildung 1.7 zeigt die Zusammensetzung der Personen mit problematischem Opioidkonsum nach Alter und Geschlecht, Abbildung 1.8 nach Bundesländern.

Abbildung 1.7:

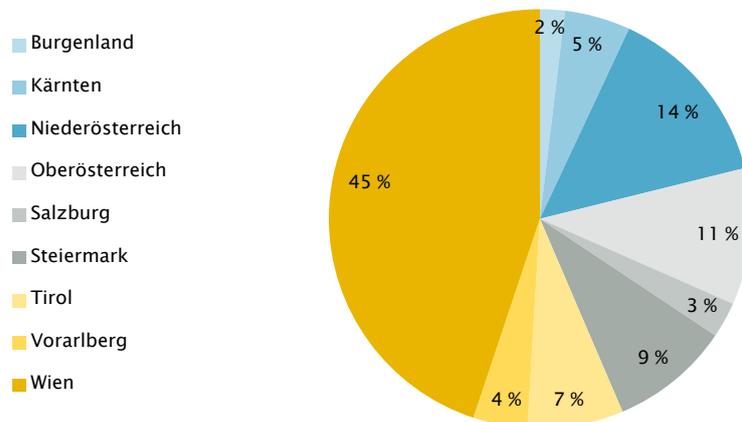
Prävalenzschätzung des problematischen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden nach Alter und Geschlecht 2011



Quelle: GÖG/ÖBIG-Prävalenzschätzungen 2012

Abbildung 1.8:

Prävalenzschätzung des problematischen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden nach Bundesländern 2011

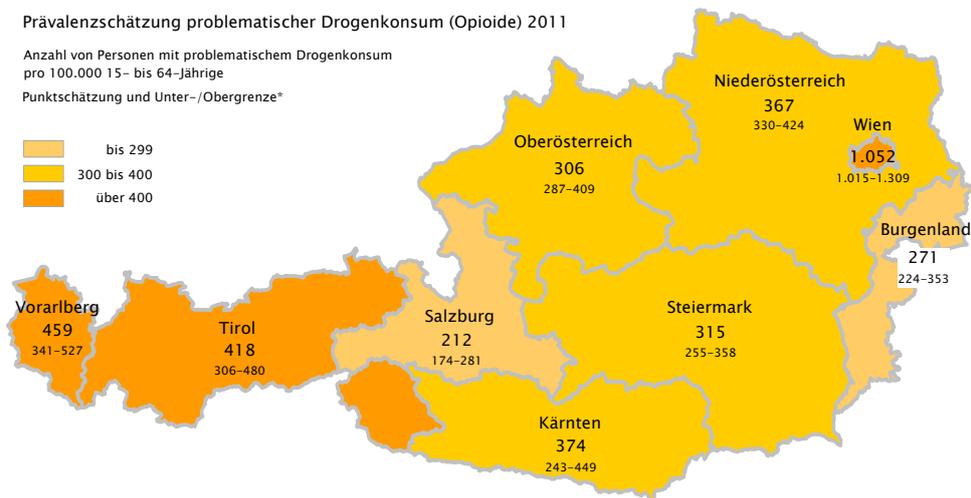


Quelle: GÖG/ÖBIG-Prävalenzschätzungen 2012

Um das Ausmaß des problematischen Drogenkonsums (Opiode) in den Bundesländern zu beschreiben, muss die Prävalenzschätzung auf die jeweilige Bevölkerungszahl in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen bezogen werden (vgl. Abbildung 1.9).

Abbildung 1.9:

Geschätztes Ausmaß des problematischen Drogenkonsums nach Bundesländern



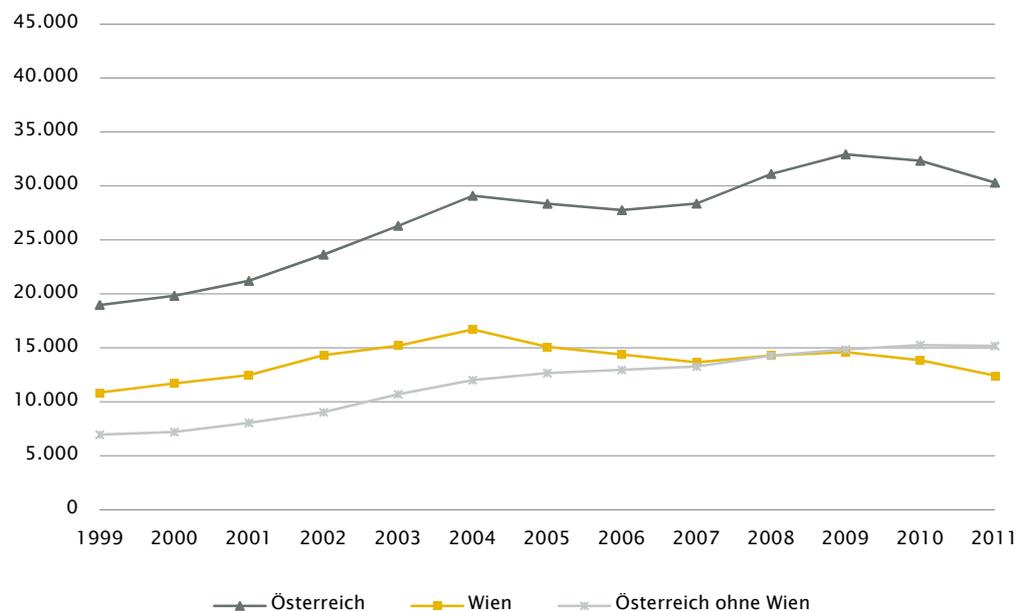
*Anmerkung: Um Zufallsschwankungen über die Jahre auszugleichen, werden als Untergrenze der kleinste Wert des 95%-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze der höchste Wert herangezogen.

Quelle: GÖG/ÖBIG-Prävalenzschätzungen 2012

Schlussfolgerung: Aktuell gibt es zwischen 30.000 und 34.000 Personen mit problematischem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden in Österreich. Etwa die Hälfte davon lebt in Wien. Ein Viertel der Betroffenen ist weiblich und etwa ein Fünftel ist unter 25 Jahre alt. Wien als einzige Großstadt Österreichs¹ ist vom Drogenproblem am stärksten betroffen, gefolgt von Vorarlberg und Tirol.

1.4 Der problematische Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf

Abbildung 1.10:
Prävalenzschätzung des problematischen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien – Zeitverlauf



Anmerkung: für 1999 bis 2010 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus 1998 bis 2000) herangezogen, für 2011 der Schätzwert für 2011

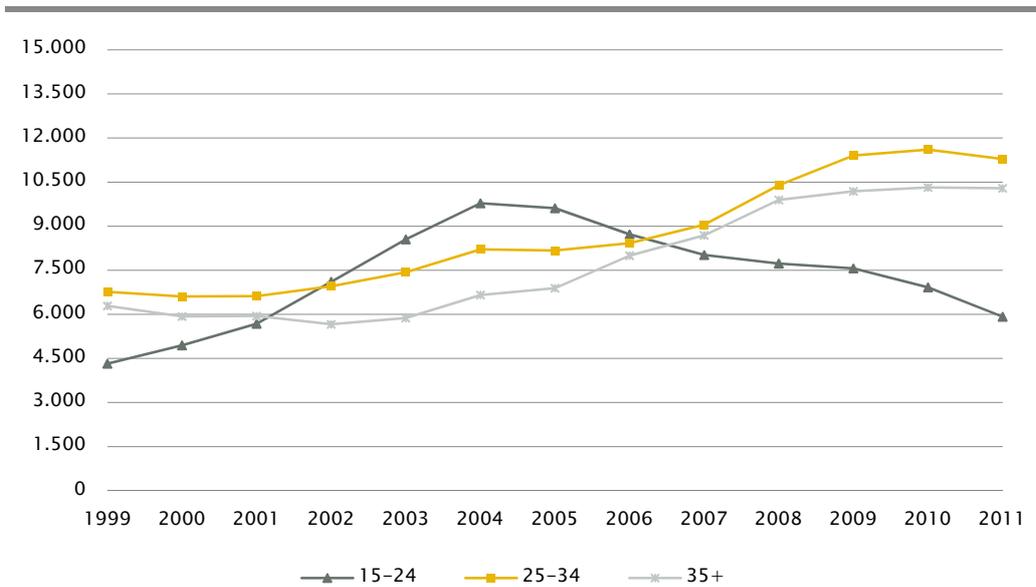
Quellen: GÖG/ÖBIG-Prävalenzschätzungen 2012, GÖG/ÖBIG 2010, ÖBIG 2004

¹

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

Der Verlauf der geschätzten Prävalenz¹ des problematischen Drogenkonsums zeigt einen steilen Anstieg Anfang der 2000er Jahre auf fast 30.000 Personen in den Jahren 2004/2005. Seither bewegt sich die Prävalenzschätzung zwischen 28.000 und 33.000 Personen (ohne Berücksichtigung des Konfidenzintervalls) bzw. zwischen 26.000 und 34.000 mit Berücksichtigung der 95-Prozent-Konfidenzintervalle. Ein ähnlicher Verlauf zeigt sich auch bei den drogenbezogenen Todesfällen (vgl. 6.3).

Abbildung 1.11:
Prävalenzschätzung des problematischen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf



Anmerkung: für 1999 bis 2010 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus 1998 bis 2000) herangezogen, für 2011 der Schätzwert für 2011

Quellen: GÖG/ÖBIG-Prävalenzschätzungen 2012, GÖG/ÖBIG 2010, ÖBIG 2004

¹ Die Prävalenzschätzung des problematischen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden wurde lange Zeit durch das „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, wo erste Korrekturmaßnahmen im Register der Substitutionsbehandlungen durchgeführt wurden. Mit eSuchtmittel konnte das „Ghost Case“-Problem endgültig beseitigt werden. Für die Schätzungen mit Daten aus früheren Jahren muss jedoch eine für das Jahr 2004 anhand einer Zusatzstudie ermittelte „Ghost Case“-Korrektur (vgl. GÖG/ÖBIG 2010) durchgeführt werden. Um den „Ghost Case“-Fehler in der Zeitreihe auszugleichen, wurden für die Jahre 1999 und 2000 unkorrigierte Schätzungen, für 2001 und 2007 der Mittelwert aus korrigierter und unkorrigierter Schätzung und ab 2008 unkorrigierte Schätzungen auf Basis von eSuchtmittel herangezogen.

Betrachtet man die Entwicklung für Wien und Österreich ohne Wien getrennt, so zeigt sich ein differenziertes Bild. Während in Wien die Werte bis 2004 ansteigen, stagnieren sie seither. In Österreich ohne Wien steigen die Prävalenzen jedoch weiter an. Während bis 2009 für Wien etwas mehr Personen mit problematischem Drogenkonsum geschätzt wurden als für Restösterreich, ist es ab dem Jahr 2009 Österreich ohne Wien, wo die Prävalenz höher geschätzt wird. Es dürfte sich dabei um das Phänomen der kontinuierlichen Angleichung des Ausmaßes des Drogenproblems zwischen ländlich/kleinstädtischen Regionen und der Großstadt Wien handeln (vgl. Abbildung 1.10).

Einen vertiefenden Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen (vgl. Abbildung 1.11). Hier verdoppelt sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (15- bis 24-Jährige) zwischen 2000 und 2004). Dies bedeutet, dass in dieser Zeitspanne vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene in den problematischen Drogenkonsum eingestiegen sind. Seither ist die Prävalenz in dieser Altersgruppe aber wieder stark rückläufig (= weniger Einsteiger). Mit der Alterung der Generation „Einstieg 2000 bis 2004“, wächst die Anzahl an älteren Personen mit problematischem Drogenkonsum (insbesondere in der Altersgruppe 25 bis 34) kontinuierlich weiter an.

Schlussfolgerung: Zwischen Beginn der 2000er Jahre und 2004/2005 gab es eine steigende Prävalenz des problematischen Drogenkonsums aufgrund einer erhöhten Anzahl an Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die mit einem problematischen Drogenkonsum begonnen haben. Mittlerweile ist die Anzahl junger Personen mit problematischem Drogenkonsum aber wieder rückläufig. Während in Wien die Prävalenzzahlen in den letzten Jahren stagnieren, steigen die Zahlen in den anderen Bundesländern (kontinuierlichen Angleichung des Ausmaßes des Drogenproblems zwischen ländlichen/kleinstädtischen Regionen und der Großstadt Wien).

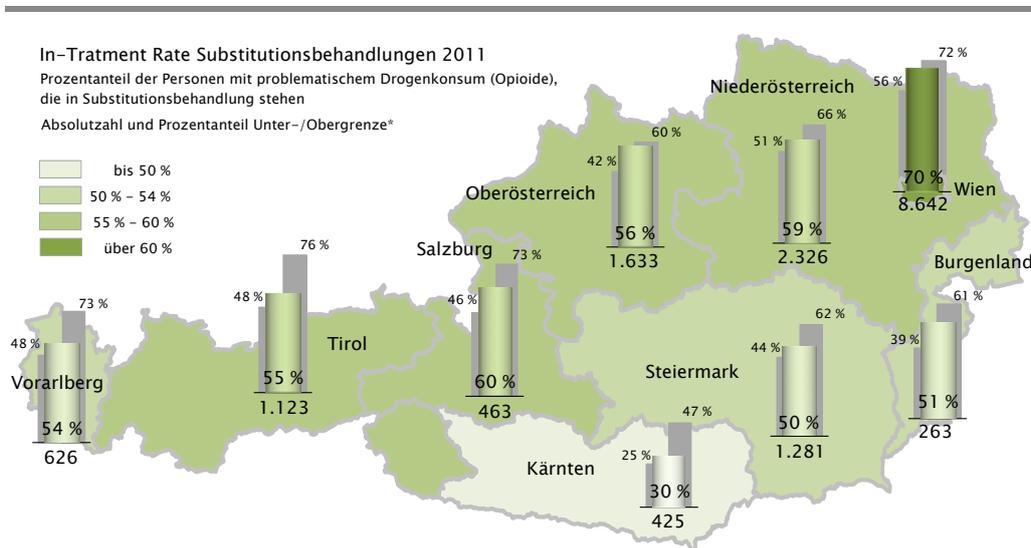
2 Drogenbezogene Behandlungen

2.1 Anzahl der behandelten Personen

Von den geschätzt etwa 30.000 bis 34.000 Personen mit problematischem Drogenkonsum (unter Beteiligung von Opioiden) befanden sich im Jahr 2011 16.782 in Substitutionsbehandlung. In am Behandlungsdokumentationssystem DOKLI beteiligten Einrichtungen wurden im Jahr 2011 insgesamt 5.447 Personen ambulant oder stationär betreut. Unter Berücksichtigung von Mehrfachbehandlungen in den DOKLI-Einrichtungen, des Anteils der nicht an DOKLI beteiligten Einrichtungen und der Tatsache, dass etwa die Hälfte der in den DOKLI-Einrichtungen betreuten Klientel auch im Substitutionsregister aufscheint, gelangt man zu einer Schätzung von etwa 19.000 Personen, die sich in Österreich wegen problematischen Drogenkonsums (unter Beteiligung von Opioiden) in Betreuung befinden. Die geschätzte In-Treatment-Rate (Anteil der Personen mit Drogenproblem in Behandlung) beträgt somit für Österreich 56 bis 63 Prozent. Bundeslandspezifische In-Treatment-Raten können für die Personen in Substitutionsbehandlung errechnet werden (vgl. Abbildung 2.1).

Abbildung 2.1:

Geschätzter Anteil an Personen mit problematischem Drogenkonsum (Opiode) in Substitutionsbehandlung nach Bundesländern



*Anmerkung: Um Zufallsschwankungen über die Jahre auszugleichen, wird als Untergrenze der kleinste Wert des 95%-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze der höchste Wert herangezogen. Die Daten aus Kärnten waren für 2011 nicht ganz vollständig.

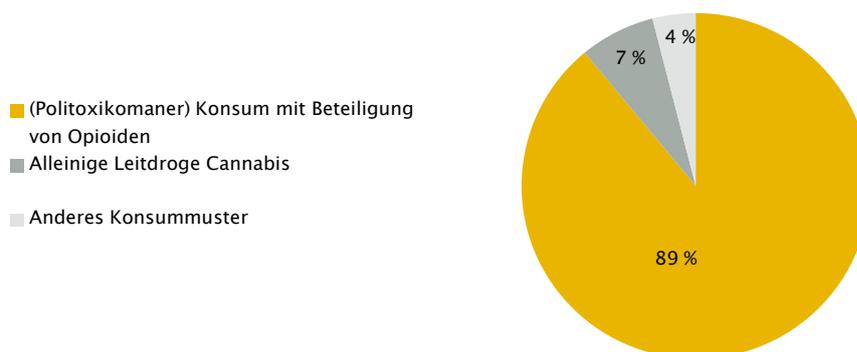
Quellen: GÖG/ÖBIG-eSuchtmittel, Prävalenzschätzungen 2012

Ein einigermaßen valider internationaler Vergleich bezüglich In-Treatment-Rate ist nur für den Bereich der Substitutionsbehandlung möglich. Es zeigt sich, dass Österreich mit 50 bis 56 Prozent leicht über dem EU-Schnitt von 50 Prozent liegt (EBDD 2012).

Schlussfolgerung: Etwas mehr als die Hälfte der geschätzt 30.000 bis 34.000 Personen mit problematischem Opioidkonsum befindet sich in Behandlung. Der Prozentsatz der Personen mit Opioidproblemen in Substitutionsbehandlung ist regional unterschiedlich und liegt für Gesamtösterreich leicht über dem EU-Schnitt von 50 Prozent.

Die zweite große Gruppe von Personen im Behandlungssystem sind Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis, diese macht in etwa 1.500¹ Personen aus. Dazu kommen noch Personen, die nicht den beiden großen Gruppen (politoxikomaner Konsum unter Beteiligung von Opioiden bzw. alleinige Leitdroge Cannabis) zuzuordnen sind. Die Größe dieser Gruppe beträgt etwa 800² Personen (vgl. auch Abbildung 2.2).

Abbildung 2.2:
Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung) 2011



Anmerkung: Zur Definition der Konsummuster siehe auch Fußnote 1 und 2

Quellen: GÖG/ÖBIG-DOKLI, eSuchtmittel

1

Der Berechnung dieser Zahl liegt die Anzahl der im Jahr 2011 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis zugrunde und die Annahme, dass DOKLI 93 Prozent des ambulanten und 79 Prozent des stationären Sektors drogenspezifischer Behandlungen abdeckt und zwischen den Drogeneinrichtungen die Rate des Mehrfachaufscheinens ein und derselben Person 22 Prozent beträgt.

2

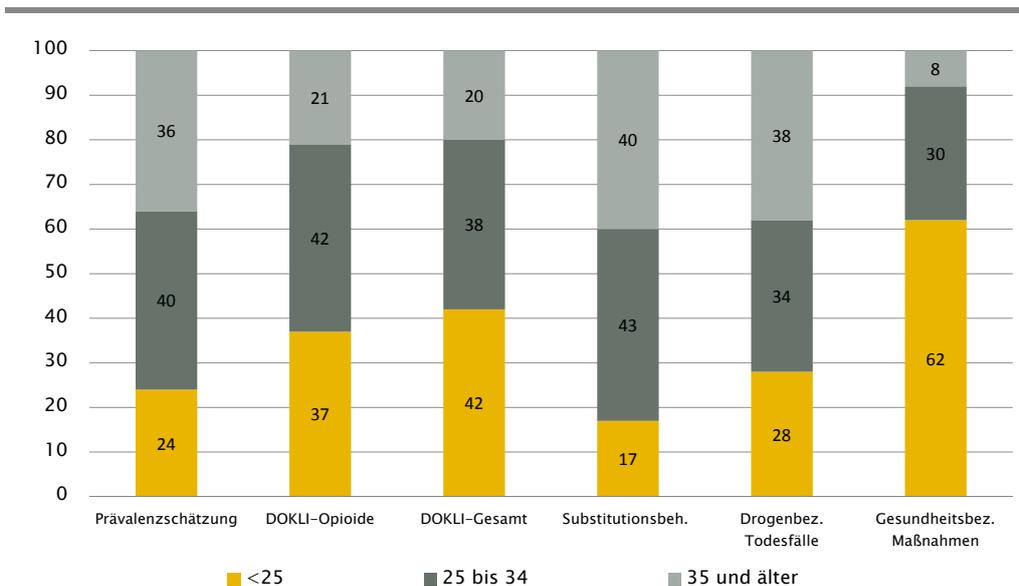
Der Berechnung dieser Zahl liegt die Anzahl der im Jahr 2011 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen mit Leitdroge Kokain (ohne Opiode), Stimulantien (ohne Kokain und Opiode) und anderen Drogen (ohne Opiode, Kokain und Stimulantien) zugrunde und die Annahme, dass DOKLI 93 Prozent des ambulanten und 79 Prozent des stationären Sektors drogenspezifischer Behandlungen abdeckt und zwischen den Drogeneinrichtungen die Rate des Mehrfachaufscheinens ein und derselben Person 22 Prozent beträgt.

2.2 Alter und Geschlecht

Die Altersverteilung in den für Österreich zur Verfügung stehenden Datenquellen ist recht unterschiedlich (vgl. Abbildung 2.3).

Abbildung 2.3:

Altersverteilung bei der Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei den Substitutionsbehandlungen, bei den drogenbezogenen Todesfällen und bei Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG in Prozent



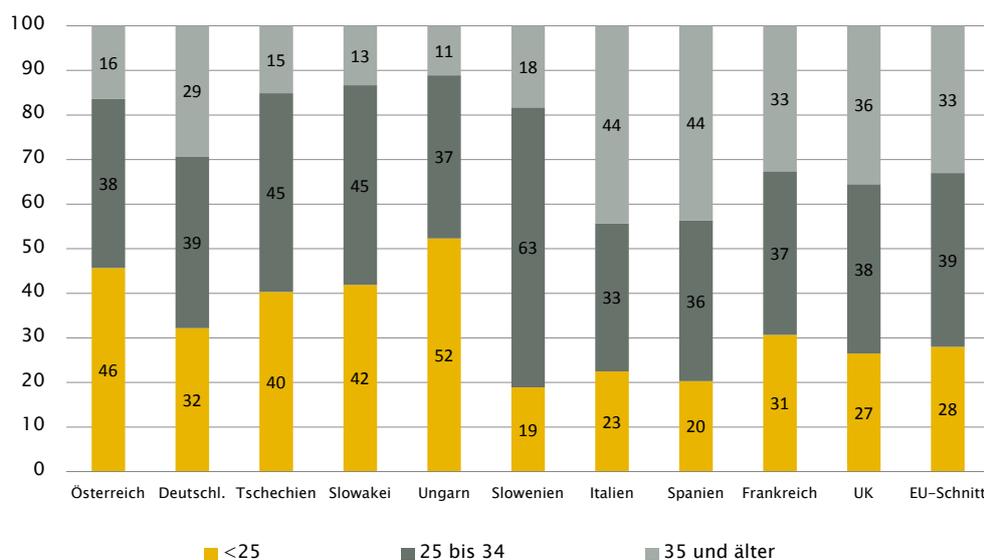
Anmerkung: * **Prävalenzschätzung**: zum Ausgleich von Zufallsschwankungen wurde der Mittelwert aus den Jahren 2009 bis 2011 herangezogen; **DOKLI-Opioide**: Alle Personen, die im Jahr 2011 in DOKLI-Einrichtungen betreut wurden mit der Leitdroge Opioide; **DOKLI-Gesamt**: Alle im Jahr 2011 in DOKLI-Einrichtungen betreuten Personen; **Drogenbez. Todesfälle**: Todesfälle aufgrund von drogenbezogenen Überdosierungen – zum Ausgleich von Zufallsschwankungen wurde der Mittelwert aus den Jahren 2009 bis 2011 herangezogen; **Gesundheitsbez. Maßnahmen**: Personen, bei denen eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Kärnten und Wien aus technischen Gründen 2011 noch keine Daten und Oberösterreich unvollständige Daten übermittelt haben.

Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Während die drogenbezogenen Todesfälle etwa der Altersstruktur in den Prävalenzschätzungen entsprechen, ist die DOKLI-Klientel jünger und die Personen in Substitutionsbehandlung sind älter. Besonders jung sind die Personen, bei denen eine Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt hat.

Ein Vergleich hinsichtlich Alterstruktur mit anderen Ländern der EU ist lediglich für die DOKLI-Daten möglich. Hier zeigt sich, dass die in den DOKLI-Einrichtungen behandelte Population im internationalen Vergleich relativ jung ist (vgl. Abbildung 2.4).

Abbildung 2.4:
Altersverteilung von Personen, die 2010 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begonnen haben in Österreich und ausgewählten Ländern der EU in Prozent

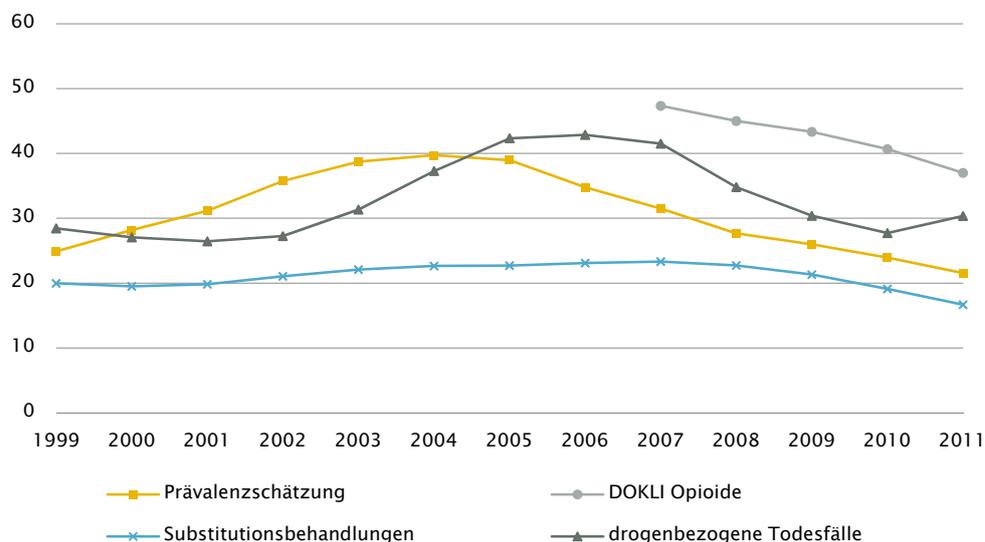


Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2012

Betrachtet man die Veränderung der Altersstruktur in allen in Österreich zur Verfügung stehenden Datenquellen anhand des Prozentanteils der Personen unter 25 Jahren (vgl. Abbildung 2.5), so zeigt sich, dass dieser zunächst in den Prävalenzschätzungen und dann bei den drogenbezogenen Todesfällen ansteigt. Seit etwa 2007 sinkt der Anteil der Personen unter 25 Jahren in allen Datenquellen. Dies spricht für eine „Alterung“ der Population mit problematischem Drogenkonsum in den letzten Jahren. Davor gab es allerdings aufgrund eines vermehrten Einstiegs Jugendlicher und junger Erwachsener einen Anstieg der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums insgesamt (siehe dazu auch Abschnitt 1.4) und eine Senkung des Altersschnitts. Diese Senkung des Altersschnitts ist (mit-) verantwortlich dafür, dass der Anteil der Personen unter 25 Jahren im österreichischen Behandlungssystem im EU-Vergleich hoch ist.

Abbildung 2.5:

Anteil der Personen unter 25 Jahren bei der Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei den Substitutionsbehandlungen und bei den drogenbezogenen Todesfällen – Zeitreihe (gleitender Mittelwert) in Prozent



Anmerkung: **DOKLI-Opiode:** Alle Personen, die in DOKLI-Einrichtungen betreut wurden mit der Leitdroge Opiode; bei allen Datenquellen wurde für 1999 bis 2010 zum Ausgleich von Zufallsschwankungen jeweils der Mittelwert aus drei Jahren herangezogen (gleitendes Mittel). Für 2011 wurde der Rohwert herangezogen.

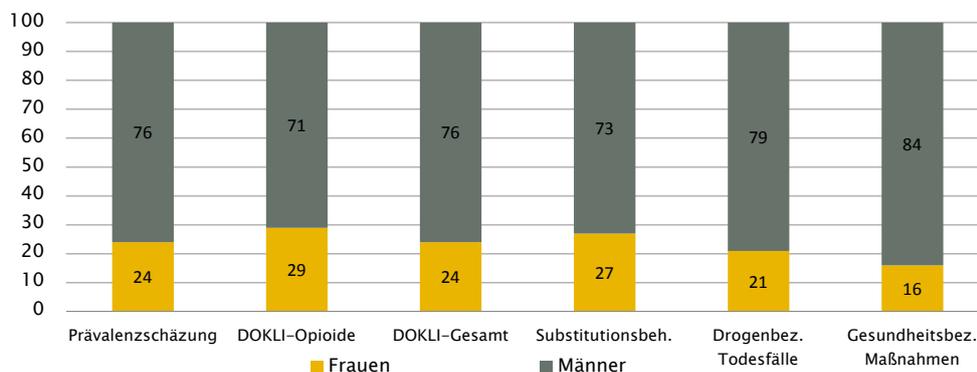
Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Schlussfolgerung: Die sich in Österreich in drogenspezifischer ambulanter oder stationärer Behandlung befindlichen Personen sind im europäischen Vergleich jung. Dies ist (zum Teil) darauf zurückzuführen, dass von Beginn der 2000er Jahre bis 2004/2005 vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene mit einem problematischem Drogenkonsum begonnen haben. Seither altert die Gruppe der Personen mit problematischem Drogenkonsum, was sich auch in der Altersstruktur der behandelten Personen widerspiegelt.

Hinsichtlich des Geschlechts zeigt sich, dass der Frauenanteil je nach Datenquelle zwischen einem Fünftel und einem Viertel schwankt (vgl. Abbildung 2.6). Österreich liegt damit etwas höher als die meisten EU-Länder (vgl. Abbildung 2.7).

Abbildung 2.6:

Geschlechtsverteilung bei der Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei den Substitutionsbehandlungen, bei den drogenbezogenen Todesfällen und bei Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG in Prozent



Anmerkung: * **Prävalenzschätzung**: zum Ausgleich von Zufallsschwankungen wurde der Mittelwert aus 2009 bis 2011 herangezogen; **DOKLI-Opioide**: Alle Personen, die 2011 in DOKLI-Einrichtungen betreut wurden mit der Leitdroge Opioide; **DOKLI-Gesamt**: Alle im Jahr 2011 in DOKLI-Einrichtungen betreuten Personen.

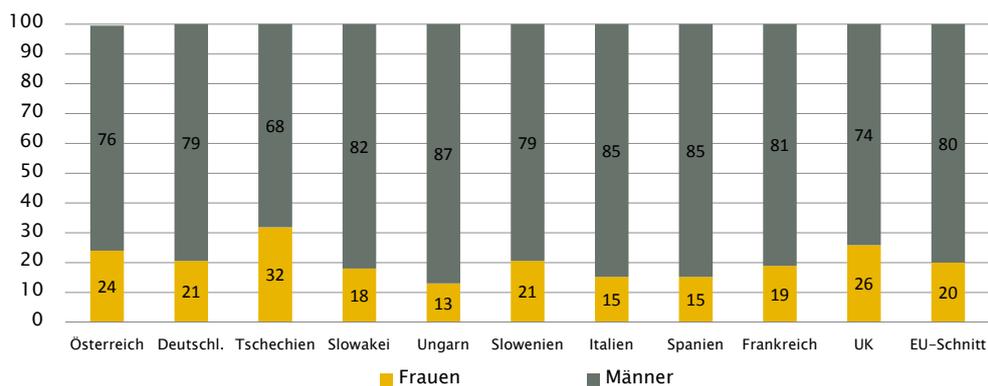
Drogenbez. Todesfälle: Todesfälle aufgrund von drogenbezogenen Überdosierungen – zum Ausgleich von Zufallsschwankungen wurde der Mittelwert aus 2009 bis 2011 herangezogen.

Gesundheitsbez. Maßnahmen: Personen, bei denen eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Kärnten und Wien aus technischen Gründen 2011 noch keine Daten und Oberösterreich unvollständige Daten übermittelt haben.

Quellen: DOKLI, eSuchtmittel; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Abbildung 2.7:

Geschlechtsverteilung von Personen, die 2010 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begonnen haben in Österreich und ausgewählten Ländern der EU in Prozent



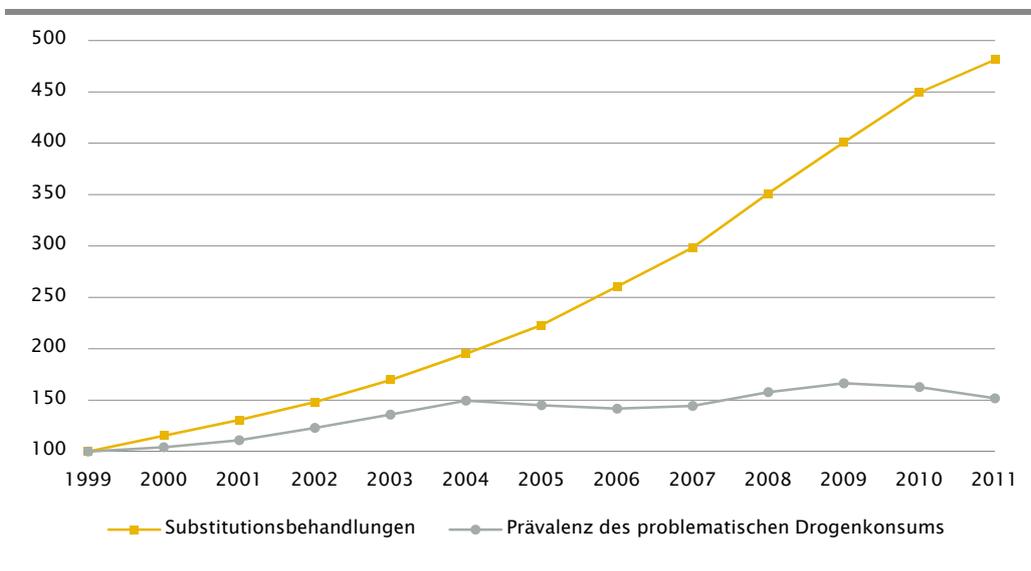
Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2012

2.3 Daten zu Versorgungsstruktur und Behandlungsdauer im Bereich Substitutionsbehandlungen

Abbildung 2.8 zeigt deutlich, dass es im letzten Jahrzehnt gelungen ist, den Anteil an Personen mit problematischem Drogenkonsum, die sich in Substitutionsbehandlung befinden massiv zu erhöhen. Während sich die geschätzte Anzahl von Personen mit Drogenproblemen (Opioide) lediglich um 50 Prozent erhöht hat, hat sich die Zahl der in Substitutionsbehandlung Befindlichen nahezu verfünffacht.

Abbildung 2.8:

Entwicklung der Anzahl der Personen in Substitutionsbehandlung und der geschätzten Anzahl von Personen mit problematischem Drogenkonsum (Index - 1999 = 100%)



Quellen: DOKLI, eSuchtmittel; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

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

1. Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte
2. Anzahl der tatsächlich in der Substitutionsbehandlung tätigen Ärztinnen und Ärzte (im Rahmen der Substitutionsbehandlung versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte)
3. Anzahl der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen
4. Prävalenzschätzung des problematischen Drogenkonsums

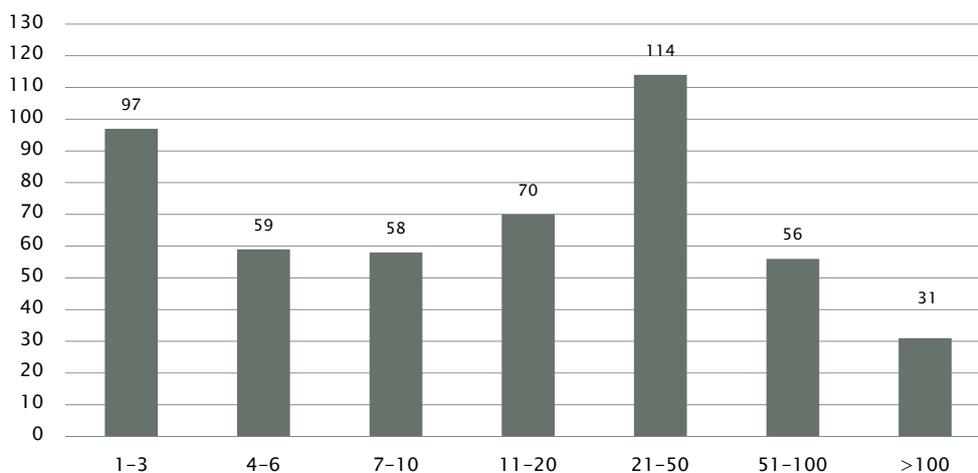
Die Anzahl der für die Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte kann der – basierend auf der „Weiterbildungsverordnung zur Substitutionsbehandlung“ am BMG zu führenden – „Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzte

und Ärztinnen“ (LISA) entnommen werden. Alle anderen Indikatoren mit Ausnahme der Prävalenzschätzungen (siehe dazu Abschnitt 1.3) stammen aus dem Register der Substitutionsbehandlungen.

In die Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte waren zum Stichtag 30. 6. 2011 insgesamt 652 Mediziner/innen eingetragen. Von diesen haben 485 (74 %) am Stichtag 30. 6. 2011 auch eine Substitutionsbehandlung durchgeführt. Da sich am 30. 6. 2011 14.919 Personen in Substitutionsbehandlung befanden, kommen somit im Schnitt 31 Behandelte auf eine Ärztin / einen Arzt. Die Betreuungszahlen pro Arzt streuen sehr stark. Während 156 Ärztinnen/Ärzte (32 Prozent) jeweils bis 6 Patientinnen und Patienten betreuen, sind bei 87 (18 Prozent) Ärztinnen/Ärzten jeweils über 50 Personen in Substitutionsbehandlung (vgl. Abbildung 2.9). Das kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Teil der Substitutionsbehandlungen bei Ärztinnen/Ärzten im Rahmen der (allgemeinmedizinischen) Regelversorgung durchgeführt wird, ein anderer Teil wiederum von Ärztinnen/Ärzten, die sich auf Substitutionsbehandlung spezialisiert haben.

Abbildung 2.9:

Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt im Jahr 2011



Anzahl der Patientinnen/Patienten am Stichtag 30. 6. 2011

Quellen: eSuchtmittel; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Bei bundeslandspezifischen Vergleichen hinsichtlich der Behandlungsstruktur ist zu berücksichtigen, dass z. B. besonders in Wien Ärztinnen und Ärzte über die Bundeslandgrenzen hinaus versorgungswirksam werden (wenn beispielsweise eine Wiener

Ärztin oder ein Wiener Arzt auch Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern betreut – siehe dazu Tabelle 2.1). In Tabelle 2.1 werden die pro Bundesland am 30. 6. 2011 in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen der Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten bzw. in der Substitutionsbehandlung versorgungsrelevanten Ärztinnen/Ärzte gegenübergestellt. Dabei ergeben sich große regionale Unterschiede. Während im Burgenland 3 Betreute auf einen versorgungswirksamen Arzt / eine versorgungswirksame Ärztin kommen, sind dies in Vorarlberg 48 und in Kärnten 38. Auch zeigt sich, dass in manchen Bundesländern weniger Ärzte versorgungswirksam werden als in der Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzte und Ärztinnen registriert sind und in anderen wiederum mehr.

Tabelle 2.1:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – qualifizierte und versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt) nach Bundesland 2011 – Stichtag 30. 6. 2011

Bundesland	Personen in Substitutionsbehandlung	Ärztinnen/Ärzte-LISA*	Versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte	Personen in Substitutionsbehandlung pro Ärztin/Arzt
Burgenland	194	24	59	3
Kärnten	339	16	9	38
Niederösterreich	1.976	62	191	10
Oberösterreich	1.418	81	68	21
Salzburg	376	10	17	22
Steiermark	1.065	39	50	21
Tirol	929	44	35	27
Vorarlberg	482	17	10	48
Wien	8.140	359	274	30
Österreich	14.919	652	485	31

*LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte

Quellen: eSuchtmittel und LISA; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

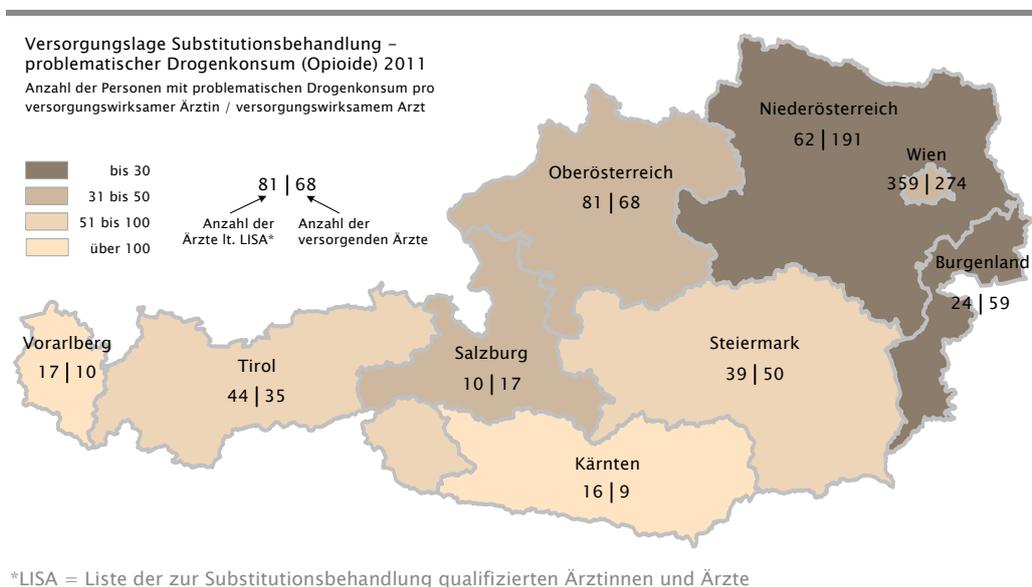
Bezieht man die Anzahl der versorgungswirksamen Ärztinnen/Ärzte auf die Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahre (vgl. Abbildung 2.10) bzw. auf die geschätzte Prävalenz des problematischen Drogenkonsums (vgl. Abbildung 2.11) lassen sich grobe Hinweise über die Passung von Angebot und Nachfrage im Bereich Substitutionsbehandlung herausarbeiten. Dabei zeigt sich, dass Kärnten, Vorarlberg und Salzburg die wenigsten substituierenden Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 15- bis 64-Jährige aufweisen und Burgenland, Wien und Niederösterreich die meisten. Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn die Anzahl der versorgungswirksamen Ärztinnen/Ärzte auf die geschätzte Prävalenz des problematischen Drogenkonsums (quasi den theoretischen Bedarf) bezogen wird.

Abbildung 2.10:
Im Rahmen der Substitutionsbehandlung versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte
(Stichtag 30.6.2011) bezogen auf die Gesamtbevölkerung (15 bis 64 Jahre)



Quellen: Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte (LISA) und eSuchtmittel

Abbildung 2.11:
Im Rahmen der Substitutionsbehandlung versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte
(30.6.2011) bezogen auf die Prävalenzschätzung des problematischen Drogenkonsums

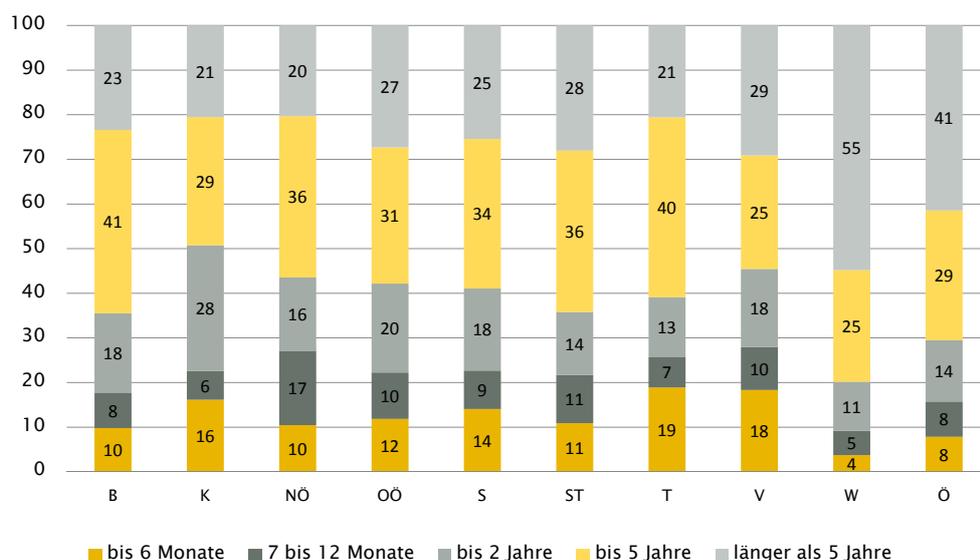


Quellen: * Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte (LISA), eSuchtmittel und Prävalenzschätzungen 2012

Bei der Interpretation der Zahlen ist jedoch zu bedenken, dass die Substitutionsbehandlung in den Bundesländern unterschiedlich organisiert ist (zentrale Stellen für die Substitutionsbehandlung versus dezentrale Versorgung).

Schlussfolgerung: Im letzten Jahrzehnt ist es gelungen, den Anteil der Personen mit problematischem Opioidkonsum, die sich in Substitutionsbehandlung befinden, stark zu erhöhen. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die ein substituierender Arzt / eine substituierende Ärztin betreut, ist stark unterschiedlich. Auch das Verhältnis zwischen der Anzahl versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte zur Zielgruppe ist in den Bundesländern verschieden. Rückschlüsse auf die Versorgungslage gestalten sich aufgrund der unterschiedlichen Organisation der Substitutionsbehandlung in den Bundesländern schwierig. Vertiefende Analysen sind hier nötig. Dennoch muss festgestellt werden, dass hinsichtlich der Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlung Optimierungsbedarf besteht.

Abbildung 2.12:
Dauer der am 31.12.2011 laufenden Substitutionsbehandlungen nach Bundesland in Prozent



Anmerkung: Um dokumentationsbedingte Unterbrechungen (z. B. wegen eines Umzugs oder Urlaubs) zu vermeiden, gilt eine Substitutionsbehandlungssequenz erst als beendet, wenn innerhalb von 32 Tagen nicht eine neue Sequenz begonnen wird.

Quellen: DOKLI, eSuchtmittel; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

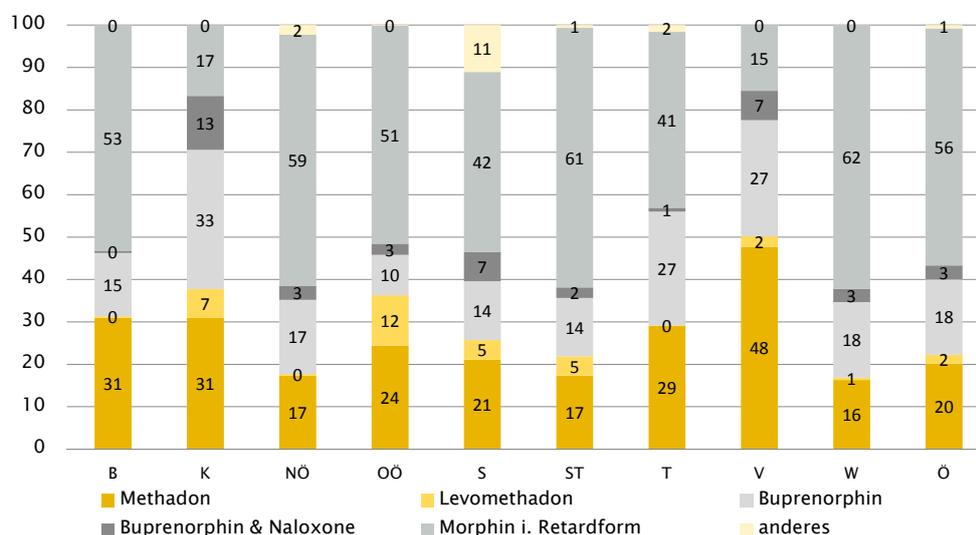
Ein Kriterium für den Erfolg von Substitutionsbehandlung stellt die Haltequote (die Dauer der Substitutionsbehandlung) dar (Bammer et al. 2000, Mattick et al. 2004,

Busch et al. 2007). Abbildung 2.12 zeigt, dass am 31. 12. 2011 in Wien fast doppelt so viele Substitutionsbehandlungen mit einer Dauer von mehr als 5 Jahren liefen als in den anderen Bundesländern.

Schlussfolgerung: Wird die Haltequote in Substitutionsbehandlung als Indikator für den Therapieerfolg herangezogen, zeigt sich eine große Streubreite über die Bundesländer. Wien schneidet hier mit Abstand am besten ab. Die Hintergründe für die in den Bundesländern offensichtlich unterschiedliche Haltequote sollten eruiert werden.

Österreichweit stellt Morphin in Retardform (55 %) das am häufigsten verschriebene Substitutionsmittel dar, gefolgt von Methadon (21 %) und Buprenorphin (18 %). Auffällig ist, dass die Verschreibungspraxis bundeslandspezifisch sehr unterschiedlich ist. Während beispielsweise in Vorarlberg nur bei 16 Prozent der Behandelten Morphin in Retardform zum Einsatz kommt, ist dies in Wien bei 61 Prozent der Behandelten der Fall (vgl. Abbildung 2.13). Auch bezüglich des Alters lassen sich beim verordneten Substitutionsmittel Unterschiede feststellen. Die Tendenz geht dahin, dass bei älteren Patientinnen und Patienten zu einem etwas höheren Prozentsatz Morphin in Retardform verschrieben wird (vgl. Abbildung 2.14).

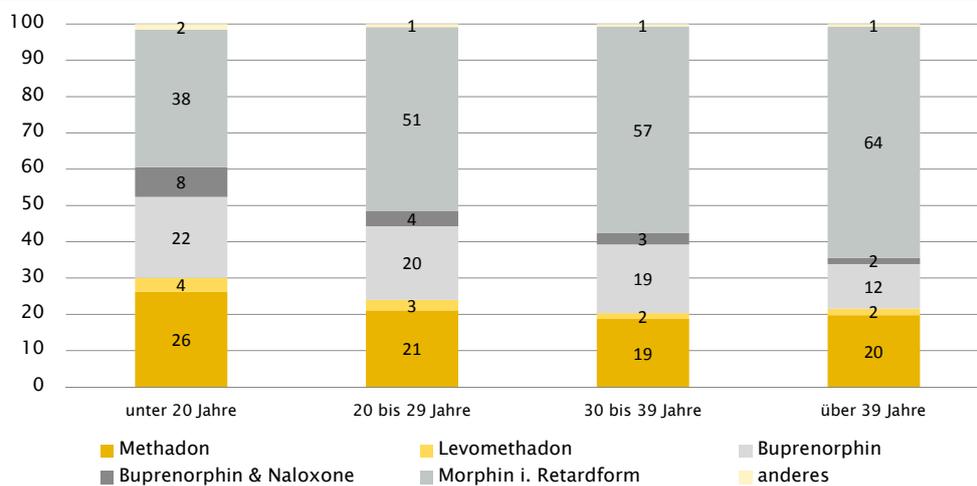
Abbildung 2.13:
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung
nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland 2011 in Prozent



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 16.346 der insgesamt 16.782 Personen, da bei 436 Personen (3 %) 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: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 2.14:
 Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem
 Substitutionsmittel und Alter in Prozent



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 16.346 der insgesamt 16.782 Personen, da bei 436 Personen (3 %) 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: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Schlussfolgerung: Die Verschreibung der unterschiedlichen Substitutionsmittel variiert von Bundesland zu Bundesland. Dies zeigt sich insbesondere im regional uneinheitlichen Einsatz von Morphin in Retardform. Indikationsstellungen welche Substanz für welche Klientel am besten geeignet ist sollten erarbeitet werden.

3 Kennzahlen der Drogensituation

Tabelle 3.1:

Die wichtigsten Indikatoren zur Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2011 in Absolutzahlen

Indikator	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz UG	400	908	3.511	2.747	627	2.074	1.472	853	11.863	29.500
Prävalenz	499	1.443	4.094	2.927	752	2.562	2.039	1.142	12.307	30.306
Prävalenz OG	670	1.749	4.520	3.874	1.014	2.911	2.336	1.313	15.316	34.448
Personen Substitutionsbehandlung	263	425	2.326	1.633	463	1.281	1.123	626	8.642	16.782
DOKLI Opioide	107	661	351*	573	370	416	137*	540	2.216	5.447
DOKLI Cannabis	66	402	150*	203	64	245	122*	328	217	1.803
DOKLI gesamt	207	1.309	696*	1.013	523	907	592*	1.057	3.413	9.850
§ 12 SMG Opioide	24	nd	155	15	28	61	22	8	nd	313
§ 12 SMG Cannabis	21	nd	105	26	139	44	43	46	nd	424
§ 12 SMG kein Bed.	50	nd	568	54	43	90	67	63	nd	935
Drogenbezogene Todesfälle	4	4	29	14	6	16	23	8	97	201

Indikator	Alter			Geschlecht	
	< 25	25-34	35+	Männer	Frauen
Prävalenz UG	5.608	10.872	9.700	20.961	6.624
Prävalenz	5.919	11.286	10.289	21.641	7.031
Prävalenz OG	7.966	12.356	11.199	24.515	7.825
Personen Substitutionsbehandlung	2.795	7.286	6.699	12.216	4.564
DOKLI Opioide	2.030	2.280	1.167	3.887	1.560
DOKLI Cannabis	1.152	461	190	1.495	308
DOKLI gesamt	4.174	3.742	1.934	7.209	2.560
Drogenbezogene Todesfälle	61	70	70	157	44

Anmerkung: Prävalenz UG bzw. OG: Um Zufallsschwankungen über die Jahre bei den Bundeslandschätzungen auszugleichen, werden als Untergrenze der kleinste Wert des 95%-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze der höchste Wert herangezogen. **DOKLI-Opioide/Cannabis:** Alle Personen, die 2011 in DOKLI-Einrichtungen betreut wurden mit der Leitdroge Opioide bzw. alleiniger Leitdroge Cannabis; **§12 SMG Opioide/Cannabis:** Personen mit Leitdroge Opioide bzw. alleiniger Leitdroge Cannabis, bei denen eine amtsärztliche Begutachtung festgestellt hat, dass Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme besteht. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Kärnten und Wien aus technischen Gründen 2011 noch keine Daten und Oberösterreich unvollständige Daten übermittelt haben.

* Die Zahlen aus DOKLI sind unvollständig

Drogenbezogene Todesfälle: direkt drogenbezogene Todesfälle

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 3.2:

Die wichtigsten Indikatoren zur Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2011 pro 100.000 15- bis 64-Jährige

Indikator	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz UG	209,1	243,5	327,6	288,0	173,0	253,6	302,4	339,5	1.004,5	518,5
Prävalenz	260,8	387,0	381,9	306,9	207,5	313,2	418,8	454,6	1.042,1	532,7
Prävalenz OG	350,2	469,0	421,7	406,1	279,7	355,9	479,8	522,7	1.296,9	605,5
Personen Substitutionsbehandlung	137,5	114,0	217,0	171,2	127,7	156,6	230,7	249,2	731,8	295,0
DOKLI Opioide	55,9	177,3	32,7*	60,1	102,1	50,9	28,1*	215,0	187,6	95,7
DOKLI Cannabis	34,5	107,8	14,0*	21,3	17,7	30,0	25,1*	130,6	18,4	31,7
DOKLI gesamt	108,2	351,0	64,9*	106,2	144,3	110,9	121,6*	420,7	289,0	173,1
§ 12 SMG Opioide	12,5	nd	14,5	1,6	7,7	7,5	4,5	3,2	nd	5,5
§ 12 SMG Cannabis	11,0	nd	9,8	2,7	38,3	5,4	8,8	18,3	nd	7,5
§ 12 SMG kein Bed.	26,1	nd	53,0	5,7	11,9	11,0	13,8	25,1	nd	16,4
Drogenbezogene Todesfälle	2,1	1,1	2,7	1,5	1,7	2,0	4,7	3,2	8,2	3,5

Indikator	Alter			Geschlecht	
	< 25	25-34	35+	Männer	Frauen
Prävalenz UG	549,9	997,8	271,0	736,4	233,0
Prävalenz	580,3	1.035,7	287,4	760,3	247,3
Prävalenz OG	781,0	1.133,9	312,8	861,3	275,2
Personen Substitutionsbehandlung	274,0	668,7	187,1	429,2	160,5
DOKLI Opioide	199,0	209,2	32,6	136,6	54,9
DOKLI Cannabis	113,0	42,3	5,3	52,5	10,8
DOKLI gesamt	409,3	343,4	54,0	253,3	90,0
Drogenbezogene Todesfälle	6,0	6,4	2,0	5,5	1,5

Anmerkung: Prävalenz UG bzw. OG: Um Zufallsschwankungen über die Jahre bei den Bundeslandschätzungen auszugleichen, werden als Untergrenze der kleinste Wert des 95%-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze der höchste Wert herangezogen. **DOKLI-Opioide/Cannabis:** Alle Personen, die 2011 in DOKLI-Einrichtungen betreut wurden mit der Leitdroge Opioide bzw. alleiniger Leitdroge Cannabis; **§12 SMG Opioide/Cannabis:** Personen mit Leitdroge Opioide bzw. alleiniger Leitdroge Cannabis, bei denen eine amtsärztliche Begutachtung festgestellt hat, dass Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme besteht. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Kärnten und Wien aus technischen Gründen 2011 noch keine Daten und Oberösterreich unvollständige Daten übermittelt haben.

* Die Zahlen aus DOKLI sind unvollständig

Drogenbezogene Todesfälle: direkt drogenbezogene Todesfälle

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

4 Analyse der Routinedaten zum Cannabiskonsum

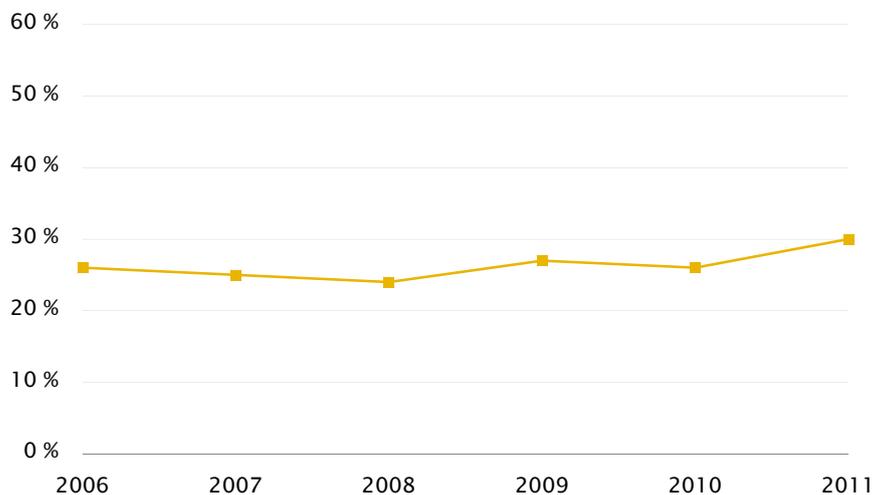
Die in Österreich und auch in den anderen Ländern Europas weitest verbreitete illegale Droge ist Cannabis. In den letzten zehn Jahren wurde das Thema Cannabisabhängigkeit immer öfter thematisiert und über eine wachsende Zahl von Personen mit Cannabisproblematik im Suchthilfesystem berichtet (EBDD 2010, 2011, 2012). Auch im Behandlungsdokumentationssystem DOKLI macht die Gruppe der Klientinnen und Klienten mit Leitdroge Cannabis neben Personen mit (politoxikomanem) Konsum unter Beteiligung von Opioiden die zweite zahlenmäßig relevante Klientengruppe aus. Über die Hintergründe wurde bisher nur spekuliert. Die beiden Standpunkte „Alle Klientinnen und Klienten mit Cannabis als Leitdroge haben auch wirklich ein Suchtproblem“ und „Personen mit Cannabis als alleiniger Leitdroge haben ausschließlich ein rechtliches Problem (z. B. Anzeige nach dem SMG) und kein Suchtproblem“ markieren die Pole, zwischen denen sich die Diskussion abspielt. Um die vorliegende empirische Basis zu erweitern und damit die Diskussion auf einer fundierteren Basis führen zu können, wurde vom DOKLI-Beirat als Schwerpunktkapitel des diesjährigen Epidemiologieberichts Drogen eine Analyse der vorhandenen Routinedaten zum Cannabiskonsum vorgeschlagen und vom Bundesdrogenforum bestätigt. Für die nachfolgenden Analysen wurden neben den Daten aus DOKLI, Daten zu den Begutachtungsergebnissen nach § 11 SMG aus eSuchtmittel und die Anzeigendaten des BMI herangezogen.

Da es de facto keine stationären Angebote für Cannabiskonsumierende gibt und niederschwellige Angebote in diesem Bereich durch DOKLI kaum abgedeckt werden, wurde beschlossen, für die nun folgenden Auswertungen nur die Gruppe der längerfristig ambulant betreuten Personen heranzuziehen.

Anhand der seit dem Jahr 2006 erhobenen DOKLI-Daten ist lediglich ein leichter Anstieg des Prozentsatzes der Klientel mit alleiniger Leitdroge Cannabis festzustellen (vgl. Abbildung 4.1). Die Absolutzahlen sind über die Jahre weitgehend konstant und liegen zwischen 744 und 882 Personen, die pro Jahr eine ambulante Betreuung wegen Cannabis beginnen.

Abbildung 4.1:

Anteil an Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis, die mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, nach Jahr des Betreuungsbeginns



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2006–2011

Unter allen Personen, die im Jahr 2011 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, betrug der Anteil der Personen, die ausschließlich wegen eines Cannabisproblems behandelt wurden, rund 30 Prozent. Auffällig sind in diesem Zusammenhang die regionalen Unterschiede dieses Personenanteils in der Betreuung, je nach Bundesland schwankt die Zahl zwischen 10 und 56 Prozent.

Im Jahr 2011 begannen insgesamt 782 Personen wegen der alleinigen Leitdroge Cannabis mit einer (dokumentierten) längerfristigen ambulanten Betreuung. 83 Prozent der Personen waren männlich, 66 Prozent der Personen waren jünger als 25 Jahre und rund 32 Prozent hatten davor schon einmal Angebote der Drogenhilfe in Anspruch genommen. Bei 62 Prozent lag eine Auflage der Justiz oder der Gesundheitsbehörde vor, 42 Prozent gaben einen Justizzusammenhang als Hauptanstoß für das Aufsuchen der Betreuung an. Bei nur 16 Prozent stellte die eigene Initiative den Hauptanstoß dar. Bei den über 19-Jährigen ist die häufigste genannte höchste abgeschlossene Ausbildung die Pflichtschule (43 %), gefolgt von der Lehrabschlussprüfung (40 %), über eine Matura verfügen knapp 9 Prozent, rund die Hälfte der Personen ist erwerbstätig (siehe auch Tabelle 4.1). Der erste Cannabiskonsum erfolgt bei rund der Hälfte der Personen vor dem 16. Lebensjahr.

Hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale unterscheidet sich die Gruppe mit alleiniger Leitdroge Cannabis deutlich von der Personengruppe mit Leitdroge Opiode. Die Cannabisgruppe ist noch deutlicher männlich dominiert¹, sie ist jünger, besser ausgebildet, hat öfter eine Auflage und kommt seltener aus eigenem Antrieb (vgl. Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1:
Unterschiede zwischen den Personengruppen mit Leitdroge Cannabis und Leitdroge Opiode (in Prozent)

	Cannabis (n=782)	Opiode (n=1.462)
männlich	83,1 %	72,2 %
unter 25 Jahre	66,4 %	32,6 %
25 bis 34 Jahre	23,8 %	46,6 %
35 Jahre und älter	9,8 %	20,8 %
schon Angebote der Drogenhilfe in Anspruch genommen	31,8 %	72,7 %
Hauptanstoß eig. Initiative	16,1 %	29,8 %
Hauptanstoß Justiz	41,9 %	24,3 %
Auflage ja	62,1 %	29,9 %
Pflichtschule als höchste Ausbildung *	45,1 %	59,4 %
Lehrabschlussprüfung als höchste Ausbildung *	39,7 %	21,5 %
voll erwerbstätig	42,8 %	16,0 %

* Teilstichprobe der über 20-Jährigen

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

Die Konsumhäufigkeit ist, neben der Identifikation von Cannabis als (alleinige) Leitdroge, der einzige in DOKLI erfasste Indikator für das Ausmaß des Cannabiskonsums der Klientinnen und Klienten. Aufgrund der Angaben zum Konsum vor Betreuungsbeginn kann davon ausgegangen werden, dass nicht alle Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis auch an einer Abhängigkeit leiden.

Zur Cannabis-Konsumhäufigkeit in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn gaben 39,5 Prozent keinen Konsum oder einen Konsum von weniger als einmal in der Woche an. 26 Prozent gaben an, an ein bis an drei Tagen pro Woche Cannabis konsumiert zu haben und 34,5 Prozent berichteten, an vier bis sieben Tagen pro Woche konsumiert zu haben (vgl. Abbildung 4.2). Es zeigt sich somit eine ähnliche Verteilung wie bei Si-

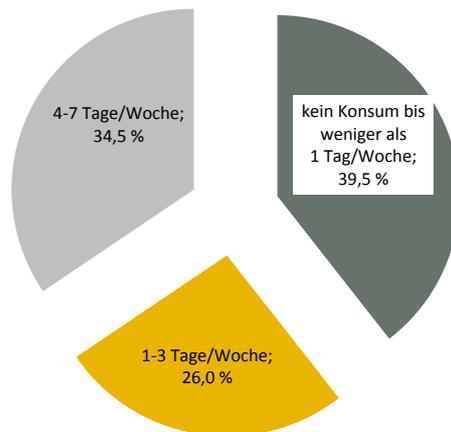
1

Auch in einer Studie, die im österreichischen Partysetting durchgeführt wurde, war der Männeranteil in der Gruppe der ausschließlich Cannabiskonsumierenden höher als in Gruppen, die vorwiegend andere Freizeitdrogen konsumierten (vgl. Eggerth et al. 2005)

mon et al. (2004)¹ wengleich die Methodik dieser Studie aufgrund teilweise nicht qualifizierter ICD-10-Diagnosen von Kalke et al. 2005 kritisiert wurde.

Abbildung 4.2:

Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn von Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis, die mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben (n = 722) 2011



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

Auch wenn keine ICD-10-Diagnostik als Basis für weitere Analysen vorliegt, kann man dennoch über die Angaben zur Konsumhäufigkeit vor Betreuungsbeginn gewisse Rückschlüsse auf die Cannabisproblematik ziehen. Kleiber u. Söllner (1998) und Simon et al. (2004) zeigten, dass mit mehr Konsumtagen auch ein höherer Konsum pro Tag einhergeht. Für die nun folgenden Analysen wurde die Gruppe der Personen mit Leitdroge Cannabis in drei Gruppen geteilt. Die erste Gruppe besteht aus Personen ohne Konsum oder mit Konsum an weniger als einem Tag pro Woche² im Folgenden vereinfacht als Gruppe mit „niedriger Konsumfrequenz“ bezeichnet. Die zweite Gruppe gab

1

Simon et al. (2004) führten bei einer Analyse von ambulant betreuten Cannabisklienten in der deutschen Suchthilfestatistik (n = 223) eine Clusteranalyse anhand der Konsumtage pro Monat durch und fanden 3 Cluster: 42 % „Niedrigrisikoklienten“ mit durchschnittlich einem Konsumtag in den letzten 30 Tagen; 26 % „Mittelrisikoklienten“ mit 14,1 (SD) Konsumtagen und 33 % „Hochrisikoklienten“ mit 28,7 Konsumtagen.

2

Rein rechnerisch ist bei dieser Gruppe ein Maximalkonsum von dreimal im Monat möglich.

einen Konsum an einem bis drei Tagen¹ pro Woche an und könnte als Gruppe mit mittlerer Konsumfrequenz beschrieben werden. Die dritte Gruppe konsumiert an vier bis sieben Tagen pro Woche und weist demnach eine vergleichsweise hohe Konsumfrequenz auf.

Vergleicht man nun die Gruppen mit niedriger Konsumfrequenz mit der Gruppe der Personen mit hoher Konsumfrequenz, so fallen einige Unterschiede auf. Die Gruppe mit niedriger Konsumfrequenz ist tendenziell jünger, kommt seltener aus eigener Initiative und öfter aufgrund einer Auflage und ist (obwohl jünger) besser ausgebildet und häufiger voll erwerbstätig. Interessanterweise sind die Personen mit niedriger Konsumfrequenz länger in Behandlung, obwohl Behandlungsabbrüche in beiden Gruppen ungefähr gleich häufig sind (vgl. Tabelle 4.2).

Tabelle 4.2:
Vergleich der Gruppe mit niedriger Konsumfrequenz mit jener mit hoher Konsumfrequenz

	niedrige Konsumfrequenz (n=285)	hohe Konsumfrequenz (n=249)
männlich	82,8 %	83,1 %
unter 25 Jahre	67,4 %	59,4 %
25 bis 34 Jahre	23,9 %	26,9 %
35 Jahre und älter	8,8 %	13,7 %
Hauptanstoß eig. Initiative	7,7 %	22,9 %
Hauptanstoß Justiz	50,7 %	36,1 %
Auflage ja	76,4 %	47,6 %
Pflichtschule als höchste Ausbildung	50,9 %	57,8 %
Lehrabschlussprüfung als höchste Ausbildung	39,6 %	25,3 %
voll erwerbstätig	50,2 %	36,5 %
Betreuungsende nach Plan	61,8 %	57,6 %
Betreuungsabbruch	27,1 %	28,8 %
Behandlungsdauer bis 6 Monate	32,9 %	42,4 %
Behandlungsdauer 7 bis 12 Monate	25,8 %	18,8 %
Behandlungsdauer 13 bis 24 Monate	30,2 %	25,3 %

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

¹

Die 3-Tagesgrenze wurde gewählt, da hier theoretisch ein reiner Wochenendkonsum möglich ist (erster Konsum am Freitagabend, letzter Konsum in der Nacht von Samstag auf Sonntag). Während bei 4 Konsumtagen pro Woche zwangsläufig auch an einem Werktag konsumiert werden muss.

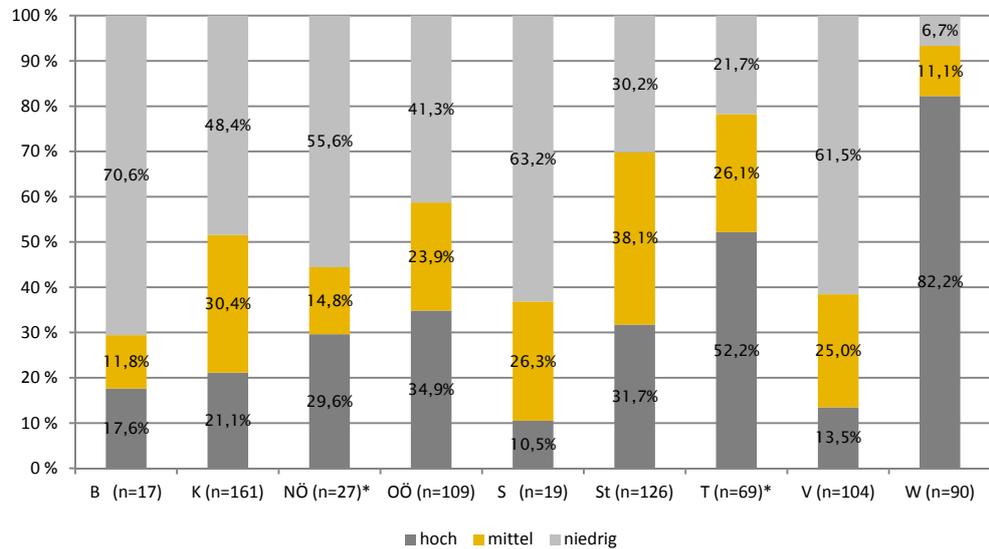
Die Tatsache, dass in der Gruppe mit niedriger Konsumfrequenz über drei Viertel der Personen eine Auflage haben, könnte ein Indiz dafür sein, dass Auflagen auch immer wieder Gelegenheitskonsumenten betreffen. Es könnte jedoch auch auf eine Fehlzuordnung zur Gruppe mit niedriger Konsumfrequenz zurückzuführen sein: aufgrund eines „vorausseilenden Gehorsams“ (= Konsumente vor Beginn der Betreuung) oder aufgrund einer geringeren Bereitschaft, den Konsum zuzugeben.

Auffällig ist jedenfalls auch, dass in der Gruppe mit niedriger Konsumfrequenz nur 7,7 Prozent aus eigenem Antrieb zur Betreuung kamen, in der Gruppe mit hoher Konsumfrequenz waren dies aber auch nur 22,9 Prozent. Es stellt sich die Frage, ob der schwache Prozentsatz ein Hinweis auf mangelndes Problem(bewusstsein) der Klientel oder auf mangelnde Attraktivität der Angebote ist.

Interessanterweise sind (bei ungefähr gleichem Prozentsatz an Abbrüchen) Personen mit niedriger Konsumfrequenz länger in Betreuung als Personen mit hoher Konsumfrequenz. Dies könnte dadurch begründet sein, dass behördliche Auflagen möglicherweise eine längere Betreuung (z. B. ärztliche Kontrolle) vorsehen. Der Frage sollte jedoch weiter nachgegangen werden.

Beim Vergleich der Cannabis-Konsumfrequenz der betreuten Personen nach Bundesländern fällt auf, dass in Wien Personen zu 80 Prozent mit hoher Konsumfrequenz in Betreuung sind, während beispielsweise in Salzburg und Vorarlberg überwiegend Personen mit niedriger und mittlerer Konsumfrequenz betreut werden (Abbildung 4.3).

Abbildung 4.3:
Konsumfrequenz der Cannabis-Klientel nach Bundesländern



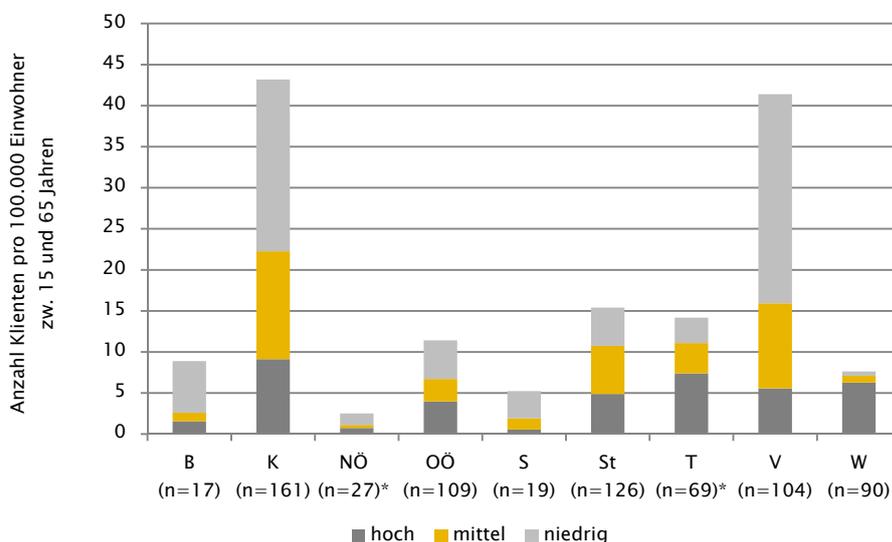
*Datensatz unvollständig

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

Weiters fällt auf, dass die Anzahl an Personen, die wegen Cannabis-Konsums in Behandlung sind, von Bundesland zu Bundesland sehr schwankt. Abbildung 4.4 zeigt die Anzahl an Personen, die wegen Cannabis in längerfristiger ambulanter Behandlung sind pro 100.000 Einwohner/innen zwischen 15 und 65 Jahren. Während in Salzburg rund 6 Personen pro 100.000 Einwohner/innen wegen Cannabis betreut werden, sind es in Kärnten 43 und in Vorarlberg 41 (in allen drei Bundesländern dominieren Personen mit niedriger und mittlerer Konsumfrequenz vgl. Abbildung 4.3).

Abbildung 4.4:

Personen mit Leitdroge Cannabis in ambulanter Betreuung nach Bundesländern und Konsumfrequenz



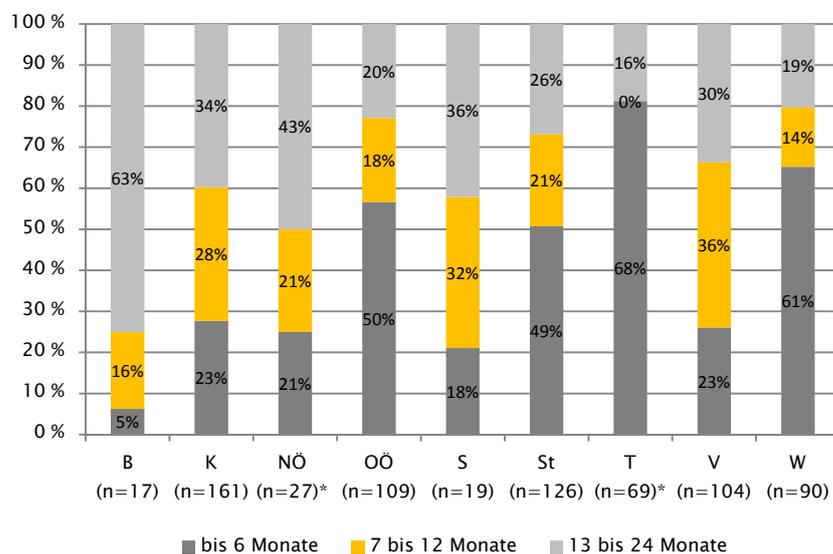
*unvollständiger Datensatz

Einschränkend ist anzumerken, dass Personen mit Z1 als gesundheitsbezogene Maßnahme die „nur“ von Amtsärzten betreut werden nicht in DOKLI erfasst sind.

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

Schließlich ist auch auffällig, dass die Behandlungsdauer wegen Cannabiskonsum von Bundesland zu Bundesland schwankt und scheinbar nicht immer mit der Konsumfrequenz zusammenhängt. So ist die Behandlungsdauer in Tirol und Wien, wo hauptsächlich Personen mit hoher Konsumfrequenz in Behandlung sind, tendenziell kürzer als in anderen Bundesländern, in denen Personen mit niedriger oder mittlerer Konsumfrequenz sehr lange betreut werden (Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5:
Behandlungsdauer bei Personen mit Leitdroge Cannabis nach Bundesländern

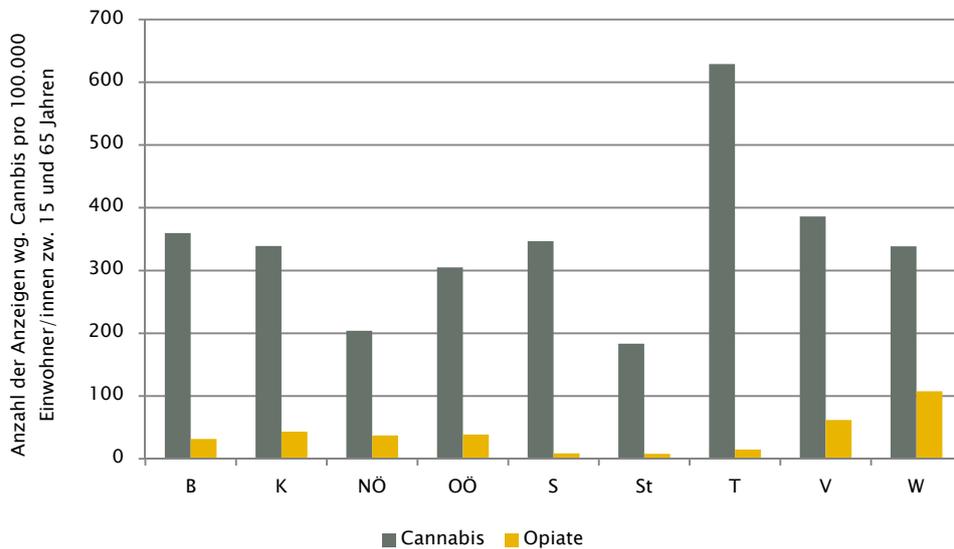


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

Eine mögliche Erklärung für die auf den ersten Blick schwer interpretierbaren Unterschiede hinsichtlich Konsumfrequenz und Behandlungsdauer nach Bundesländern könnten Unterschiede im Ermittlungs- bzw. Anzeigenaufkommen durch die Polizei und in den Auflagen der Gerichte bzw. der Gesundheitsbehörden sein. Dieser Frage soll im Folgenden anhand der Daten aus Anzeigenstatistik und eSuchtmittel nachgegangen werden.

Gewichtet auf 100.000 Einwohner/innen werden in Tirol wesentlich mehr Personen wegen Cannabis angezeigt als in den anderen Bundesländern (Abbildung 4.6).

Abbildung 4.6:
Anzeigen wegen Cannabis und Opioiden pro 100.000 Einwohner/innen
zwischen 15 und 65 Jahren nach Bundesländern

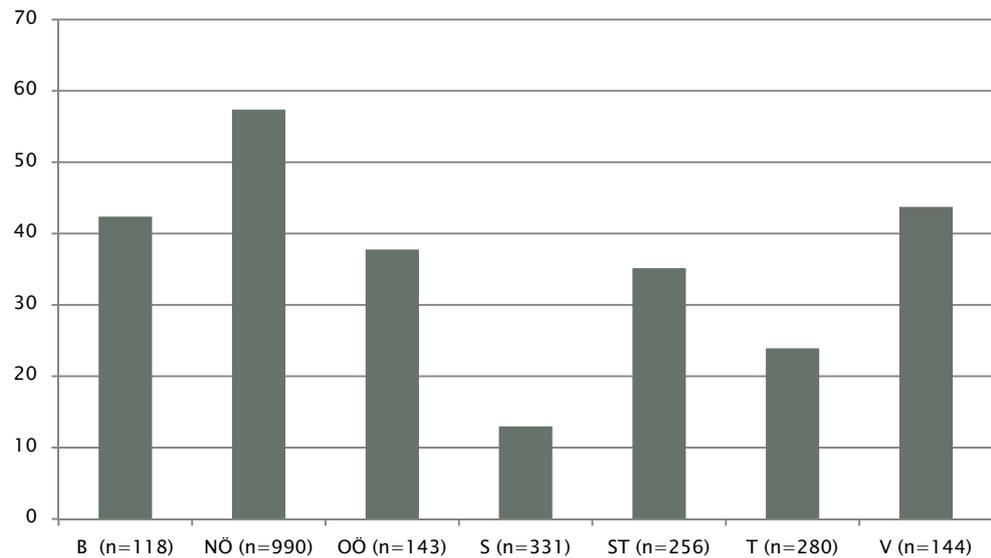


Quelle: BMI-Anzeigenstatistik 2011

Bei den Begutachtungsergebnissen der Bezirksverwaltungsbehörden fällt auf, dass der Prozentsatz des Ergebnisses „keine gesundheitsbezogene Maßnahme notwendig“ nach Bundesland stark variiert. Es liegen jedoch keine Daten dazu vor, aufgrund welcher Substanz die Personen zur Begutachtung geschickt wurden. In Salzburg resultierten nur 13 Prozent der Begutachtungen mit „keine gesundheitsbezogene Maßnahme notwendig“, in Niederösterreich hingegen rund 57 Prozent (Abbildung 4.7). Grundsätzlich anzunehmen wäre, dass Personen mit einer Cannabis-bezogenen Anzeige, eher mit „keine gesundheitsbezogene Maßnahme notwendig“ begutachtet werden als Personen mit einer Opioid-bezogenen Anzeige. Da aber, wie oben erwähnt, in Niederösterreich trotz der höheren Anzahl an Opioid-bezogenen Anzeigen mehr Personen mit „keine gesundheitsbezogene Maßnahme notwendig“ begutachtet werden als in Salzburg, scheint es diesen Zusammenhang so nicht zu geben (Abbildung 4.6).

Abbildung 4.7:

Begutachtungen durch die Bezirksverwaltungsbehörde mit dem Ergebnis „keine gesundheitsbezogene Maßnahme notwendig“ nach Bundesländern in Prozent



Aus Wien und Kärnten waren zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch keine Daten eingelangt

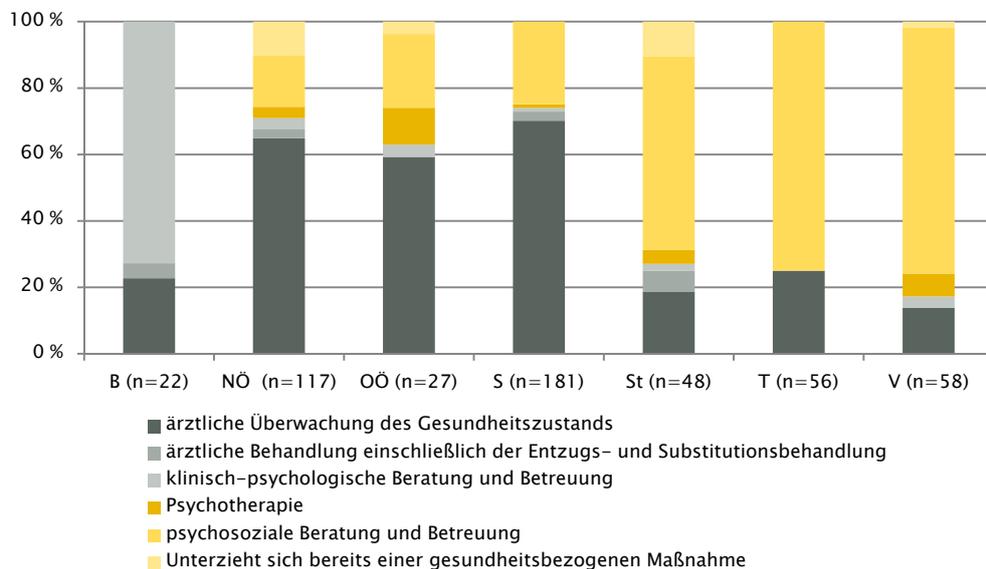
Anmerkung: Die Zahlen beziehen sich auf alle Personen die zur Begutachtung geschickt wurden und nicht nur Personen die wg. Cannabis zur Begutachtung geschickt wurden. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Kärnten und Wien aus technischen Gründen 2011 noch keine Daten und Oberösterreich unvollständige Daten übermittelt haben.

Quelle: GÖG/ÖBIG, eSuchtmittel 2011

Auch bei den wegen Cannabiskonsums hingewirkten gesundheitsbezogenen Maßnahmen zeigen sich große Unterschiede nach Bundesländern. Während im Burgenland die klinisch-psychologische Beratung und Betreuung klar dominiert, spielt diese Maßnahme in den anderen Bundesländern eine untergeordnete Rolle. In Tirol wurde nur auf die ärztliche Überwachung bzw. die psychosoziale Betreuung hingewirkt, nicht jedoch auf andere Interventionsformen. Insgesamt scheinen diese Zahlen eher die Struktur der Angebote des Drogen- bzw. Suchthilfesystems widerzuspiegeln als den Bedarf der Klientel (vgl. Abbildung 4.8).

Abbildung 4.8:

Verschiedene gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Cannabis nach Bundesländern



Anmerkung: Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Kärnten und Wien aus technischen Gründen 2011 noch keine Daten und Oberösterreich unvollständige Daten übermittelt haben.

Quelle: GÖG/ÖBIG, eSuchtmittel 2011

Auch wenn die unterschiedlichen Datenquellen kein sehr einheitliches Bild zu Anzeigen Auflagen, Cannabiskonsum-Frequenz, Behandlungen und Behandlungsdauern zeigen, sind anhand der Daten dennoch einige Aussagen möglich, die mit hoher Wahrscheinlichkeit auch zutreffen:

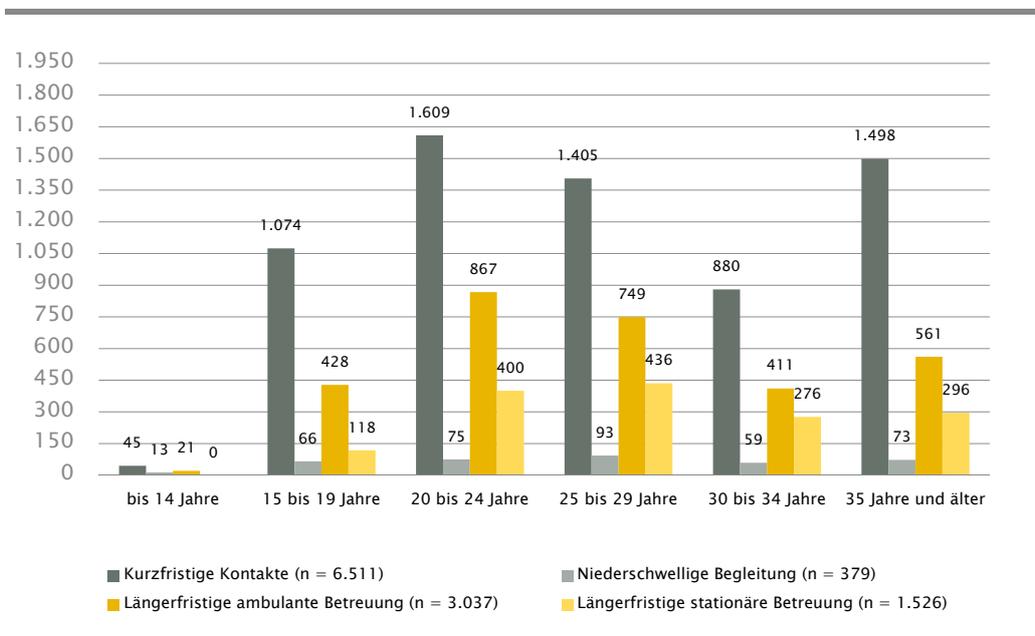
- » Nur ein Drittel der Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis in den DOKLI-Einrichtungen weist einen hochfrequenten Konsum auf.
- » Nicht alle Personen, die aufgrund von Auflagen wegen Cannabis in ambulanter Betreuung sind, haben einen hochfrequenten Konsum- die Auflagen durch die Bezirksverwaltungsbehörden könnten hier eher als Maßnahme zur Frühintervention gedeutet werden.
- » Umgelegt auf die Bevölkerung differiert die Anzahl der wegen Cannabis in Betreuung befindlichen Personen je nach Bundesland sehr. Diese Unterschiede dürften nicht allein auf Unterschiede in der Cannabisprävalenz zurückgeführt werden, sondern könnten Indiz für lokale Unterschiede im Gesetzesvollzug hinsichtlich Cannabiskonsums sein.
- » Auf welche gesundheitsbezogene Maßnahme seitens der Bezirksverwaltungsbehörde hingewirkt wird, scheint eher die Struktur des Hilfsystems widerzuspiegeln als den Bedarf der Klientel.

5 Detailergebnisse DOKLI

5.1 Soziodemografie

Ein Sechstel der betreuten Personen mit Ausnahme jener in stationären Settings, in welchen der Anteil acht Prozent beträgt, ist unter 20 Jahre alt. Zwischen 45 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 55 Prozent (in langfristigen stationären Betreuungen) der Klientel sind in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre zu finden (siehe Abbildung 5.1).

Abbildung 5.1:
Anzahl der Personen, die 2011 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung



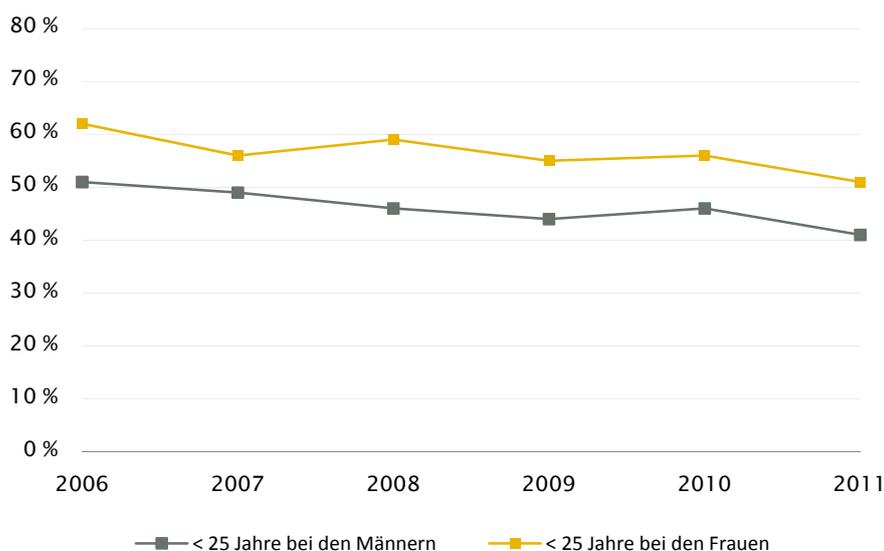
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

Betrachtet man die Gruppe der Personen im Alter von unter 25 Jahren, so zeigt sich, dass der Anteil dieser Gruppe im ambulanten Bereich über die Jahre tendenziell abgenommen hat. Im Jahr 2006 betrug der Anteil dieser Altersgruppe bei den Frauen 60 Prozent, 2011 waren hingegen nur mehr 50 Prozent der Frauen, die eine ambulante Betreuung begonnen haben, unter 25 Jahre alt. Bei den Männern machte der entsprechende Anteil 50 Prozent bzw. 40 Prozent aus (vgl. Abbildung 5.2). Dies kann als Hinweis auf eine „Alterung“ der Klientel der ambulanten Drogenhilfe interpretiert werden. Dennoch handelt es sich bei den österreichischen Klientinnen und Klienten um eine im

europäischen Vergleich sehr junge Population. In der EU insgesamt sind beispielsweise 28 Prozent der Klientel der ambulanten Drogenhilfe unter 25 Jahre alt und in Deutschland 32 Prozent.

Abbildung 5.2:

Anteil unter 25-Jähriger, die eine längerfristige ambulante drogenspezifische Betreuung begonnen haben, bei Männern und Frauen 2006 bis 2011



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

In allen betrachteten Settings beträgt der Anteil an Frauen zwischen 20 (in kurzfristigen Kontakten) und 25 (in längerfristiger ambulanter Betreuung) Prozent.

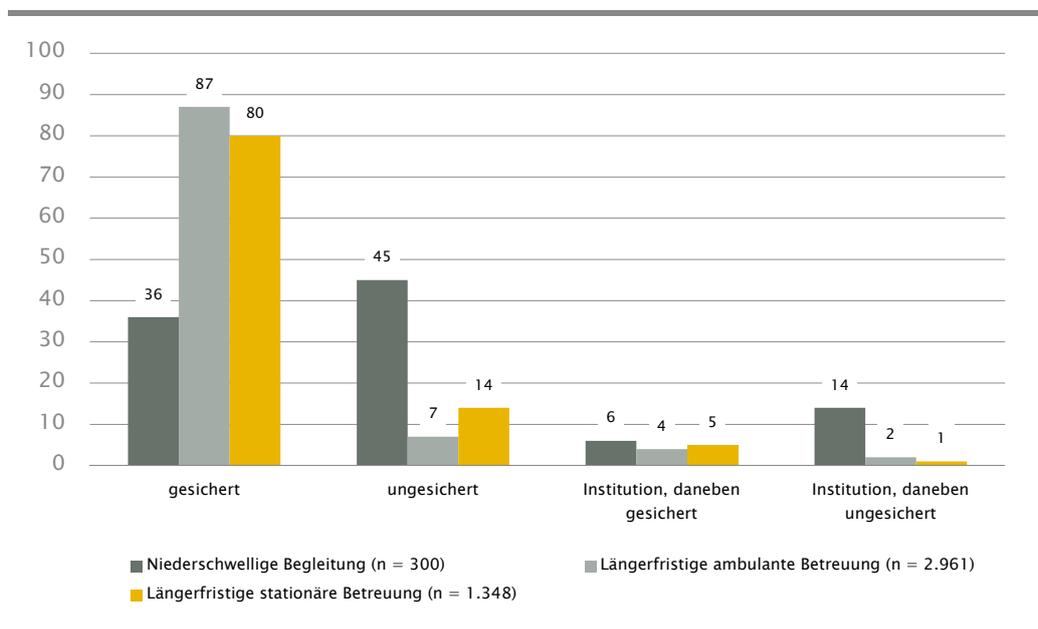
Als Lebensmittelpunkt geben die meisten längerfristig ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten Wien an (vgl. GT 22). Auch lässt sich beobachten, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der in Wien (lebenden) Betreuten deutlich steigt (vgl. AT 22).

Der Großteil der längerfristig betreuten Personen ist ledig (z. B. 86 Prozent in ambulanter längerfristiger Betreuung; vgl. GT 14). Versorgepflichtige Kinder hat etwa ein Viertel der betreuten Frauen und Männer (vgl. GT 15). Etwa 90 Prozent der Klientel sind österreichische Staatsbürger (vgl. GT 21).

Im Betreuungsjahr 2011 gaben 42 Prozent¹ (2010: 36 %) der Personen in niederschwelliger Begleitung an, in einer gesicherten Wohnsituation (d.h. gesichert oder in Institution und daneben gesichert) zu leben. Von der Gruppe mit schwererer Drogenproblematik wird dieser Wert mit 25 Prozent (2010: 30 %) noch unterboten. Dagegen geben etwa 90 Prozent aus der Gruppe der längerfristig betreuten Personen eine gesicherte Wohnsituation an (d.h. gesichert oder in Institution und daneben gesichert; vgl. Abbildung 5.3 und GT 23).

Abbildung 5.3:

Personen, die 2011 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

Während Obdachlosigkeit für das Gros der längerfristig Betreuten also kein unmittelbares Problem darzustellen scheint, zeigt die Klientel im niederschweligen Betreuungsbereich große Defizite hinsichtlich der Wohnsituation. Bei der Interpretation der Angaben zur Wohnsituation ist aber zu beachten, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B. wenn die Klientin oder der Klient aufgrund ihrer bzw. seiner Suchterkrankung mangels anderer Alternativen bei den Eltern wohnt).

¹

Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass in der Grundgesamtheit die Klientinnen und Klienten der zweiten Jahreshälfte des damaligen Vereins Wiener Sozialprojekte (VWS) aufgrund von Änderungen in der statistischen Erfassung nicht vertreten sind.

Zwischen 55 Prozent (in längerfristiger ambulanter Betreuung) und 62 Prozent (in längerfristiger stationärer Betreuung) der Klientel haben als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Pflichtschulabschluss. Wie in der Gesamtbevölkerung haben Männer häufiger einen Lehrabschluss als höchste Ausbildungsstufe als Frauen (vgl. GT 17).

Der Anteil an erwerbstätigen Klientinnen und Klienten ist im stationären Bereich am geringsten (10 %), wobei die meisten Personen angeben, arbeitslos gemeldet zu sein (43 %).

Dies könnte zum einen bedeuten, dass vor allem Personen mit massiven und oft langjährigen Drogenproblemen, für die häufig keine berufliche Eingliederung mehr möglich ist, in stationärer Behandlung sind. Mit ein Grund könnte aber auch sein, dass Personen, die keine Arbeit haben, sich eher für eine längerfristige stationäre Betreuung entscheiden bzw. umgekehrt, Personen mit aufrechtem Arbeitsverhältnis damit eher zu vereinbarende ambulante Betreuungen bevorzugen.

Während in den Vorjahren zu beobachten war, dass in jeder Art der Betreuung/Begleitung Arbeitslosigkeit von Frauen wesentlich seltener genannt wird, sind diese Unterschiede im Betreuungsjahr 2011 bei den längerfristigen Betreuungsformen kaum mehr festzustellen. Im Rahmen der niederschweligen Begleitung ist der Anteil an Frauen, die angeben, arbeitslos gemeldet zu sein, größer als jener der Männer. Weiterhin gilt, dass Frauen in jeder Art der Betreuung eher Sozialhilfe beziehen als Männer (vgl. GT 20).

Weiterhin zurückgegangen ist der Anteil der Bezieher/innen von Sozialhilfe an der Altersgruppe der unter 20-Jährigen im stationären Setting. Für das Betreuungsjahr 2011 zeigt er einen Wert von nur 6 Prozent (2009: 22 %, 2010: 9 %) In diesem Zusammenhang ist jedoch zu berücksichtigen, dass mittlerweile in allen Bundesländern die bedarfsorientierte Mindestsicherung eingeführt wurde, die im derzeitigen DOKLI-Fragebogen nicht abgebildet wird.

5.2 Betreuungssituation

Neben dem Betreuungsschwerpunkt „Drogenproblematik“, der für alle im DOKLI-System erfassten Klientinnen und Klienten angekreuzt werden musste und der sich auf Problematiken im Zusammenhang mit illegalen Drogen bezieht, konnten ergänzend auch noch „Alkoholproblematik“, „Medikamentenproblematik“ oder „sonstiger Betreuungsschwerpunkt“ vermerkt werden, sofern neben den illegalen Drogen auch noch andere Problematiken im Zentrum der Betreuung standen. Der Großteil der erfassten Klientinnen und Klienten der österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen sind ausschließlich wegen Drogenproblematik in Betreuung. Am deutlichsten wird dies bei den

längerfristigen ambulanten Betreuungen (88 %) und den kurzfristigen Kontakten (86 %), am geringsten ausgeprägt ist dies hingegen im Bereich der niederschweligen Begleitung (47 %). Hier haben Medikamente und Alkohol als zusätzliche Betreuungsschwerpunkte neben Drogen eine gewisse Relevanz (vgl. GT 2).

Deutliche Unterschiede nach Betreuungsform finden sich auch in der bisherigen Inanspruchnahme von Angeboten der Drogenhilfe. Während weit über drei Viertel der stationären Klientinnen und Klienten bereits Erfahrungen mit der Drogenhilfe haben, ist dies bei 58 Prozent der längerfristig ambulant Betreuten und bei 49 Prozent der niederschwellig Begleiteten sowie bei nur 39 Prozent der kurzfristigen Kontakte der Fall (vgl. GT 3). Das Ergebnis steht damit im Einklang mit der konzeptionellen Gestaltung des Drogenhilfesystems in Österreich: Kurzfristige Kontakte stellen beispielsweise häufig den ersten Zugang zur Drogenhilfe dar, stationären Behandlungen gehen hingegen oft ambulante Vorbetreuungen voraus. Nicht überraschend findet sich bisherige Inanspruchnahme – generell wie hinsichtlich der stationären Behandlung – mit steigendem Alter häufiger (vgl. GT 4, AT 3 und AT 4).

Im niederschweligen und stationären Setting sind mehr als die Hälfte und bei den längerfristig ambulanten Betreuungen nur 36 Prozent der Klientinnen und Klienten zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung (bei kurzfristigen Kontakten wird diese Variable nicht erhoben); Substitutionsbehandlungen, die erst im Zuge der Betreuung begonnen werden, wurden nicht erfasst (vgl. GT 6). Der Anteil der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen steigt kontinuierlich mit dem Alter (vgl. AT 6), im ambulanten Bereich ist der Anteil bei den Frauen etwas höher als bei den Männern. Weiters gibt es große Unterschiede nach Bundesland: während beispielsweise in den Kärntner, Vorarlberger¹, Tiroler und steirischen Einrichtungen weniger als ein Viertel der ambulant längerfristig betreuten Klientel in Substitutionsbehandlung ist, ist es in den Wiener Einrichtungen über die Hälfte. Im stationären Bereich (der nach Lebensmittelpunkt der Klientel analysiert wurde) finden sich aktuell bei den Kärntner, oberösterreichischen, Salzburger und burgenländischen Klientinnen und Klienten vergleichsweise geringe Anteile an Personen in Substitutionsbehandlung, bei Personen aus Wien und Tirol hingegen besonders hohe (vgl. BT 10) – diese Verteilungen unterliegen aber über die Jahre ziemlich großen Schwankungen.

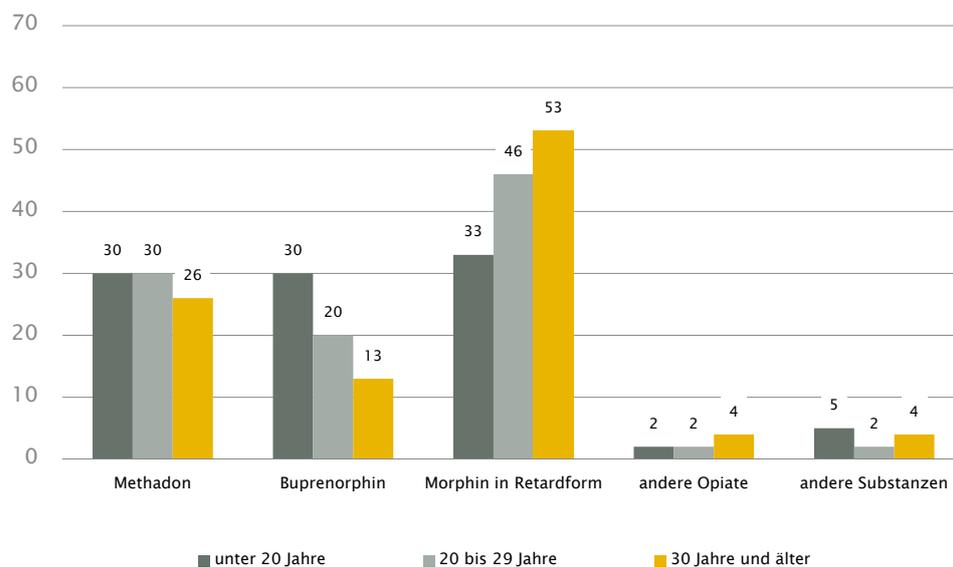
Als Substitutionsmittel findet sich in allen Gruppen am häufigsten Morphin in Retardform (Anteil zwischen 48 % und 68 %, im Vergleich dazu: Methadon-Anteil zwischen 17 % und 28 % – vgl. GT 7). Buprenorphin spielt in erster Linie bei den jüngeren Altersgruppen eine gewisse Rolle (vgl. AT 7 und Abbildung 5.4).

¹

Die Substitutionsbehandlung wird in Vorarlberg zum Großteil über die Einrichtungen abgewickelt. Viele Personen, die in Vorarlberg in eine Substitutionsbehandlung einsteigen, wenden sich an eine Drogenberatungsstelle und sind daher in der DOKLI-Erhebung "nicht in Substitutionsbehandlung".

Abbildung 5.4:

Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die im Jahr 2011 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben und zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach dem Alter (n = 1.039), in Prozent

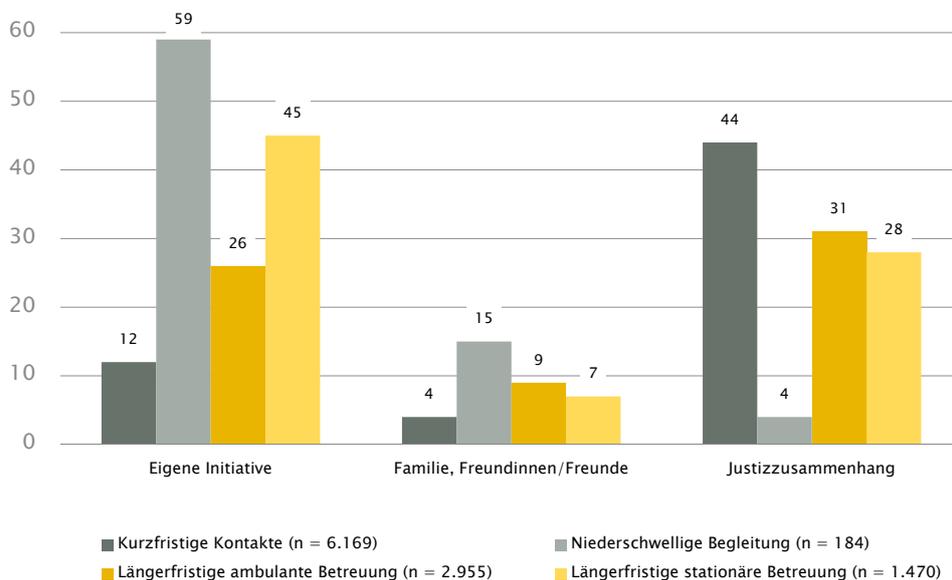


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

Der überproportional hohe Anteil an Buprenorphin als Substitutionsmittel in der jüngsten Altersgruppe der längerfristig ambulant Betreuten könnte eventuell auf eine steigende Bedeutung dieses Mittels bei Neubehandlungen infolge der rechtlichen Änderungen hinsichtlich Morphin in Retardform hinweisen (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b).

Der Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme mit der Drogenhilfeeinrichtung ist je nach Betreuungsform unterschiedlich: Bei niederschwelliger Begleitung und stationärer Behandlung ist die eigene Initiative für rund die Hälfte der Klientinnen und Klienten der zentrale Grund (vgl. GT 8). Bei kurzfristigen Kontakten und längerfristiger ambulanter Betreuung stellt ein Justizzusammenhang (Weisung, Therapieaufgabe; 44 bzw. 31 %) den am häufigsten genannten Hauptanstoß dar. Alle anderen Gründe spielen vergleichsweise nur eine geringe Rolle (vgl. Abbildung 5.5). Mit Ausnahme der längerfristigen stationären Betreuungen zeigt sich, dass die Bedeutung von Familie und Freunden/Freundinnen mit dem Alter sinkt, während der Stellenwert der Eigeninitiative steigt. Bei den längerfristigen stationären Betreuungen gewinnt der Justizzusammenhang mit steigendem Alter stärker an Bedeutung, während die Eigeninitiative abnimmt (vgl. AT 8). Interessant ist weiters, dass Personen mit schwererer Drogenproblematik häufiger aus eigener Initiative kommen als jene mit leichterem Problematik.

Abbildung 5.5:
Häufigste Hauptanlässe für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2011
mit einer Betreuung begonnen haben, nach Betreuungsart, in Prozent

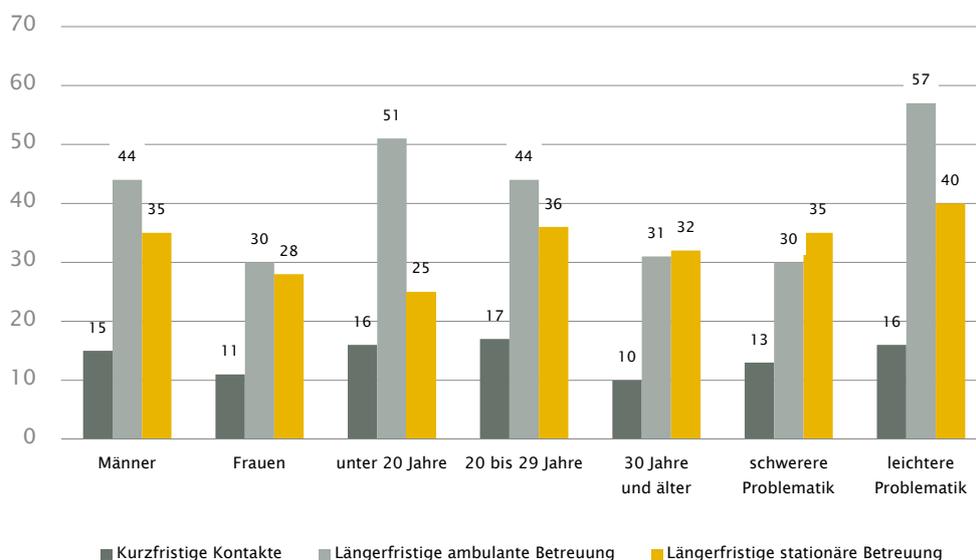


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

Für 14 Prozent (mit Kurzkontakten) bzw. 41 Prozent (in ambulanten Betreuungen) bzw. 34 Prozent (stationär) der Klientinnen und Klienten besteht eine Auflage oder Weisung bezüglich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (vgl. GT 9). Frauen nehmen deutlich seltener aufgrund einer Auflage/Weisung Kontakt auf als Männer. Im ambulanten Bereich (längerfristige Betreuungen wie Kurzkontakte) sinkt die Häufigkeit der Kontaktaufnahmen aufgrund einer Auflage/Weisung mit dem Alter (vgl. AT 9). Nicht überraschend sind vor allem § 35 SMG, § 12 SMG und § 13 SMG in der jüngsten Altersgruppe von Relevanz, während in den älteren § 39 SMG (vgl. AT 10) schlagend wird. Personen mit schwererer Drogenproblematik haben – vor allem bei den längerfristig ambulanten Betreuungen – deutlich seltener eine Auflage oder Weisung bezüglich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme als jene mit leichterem Problematik (vgl. Abbildung 5.6). Dies erscheint auf den ersten Blick etwas überraschend, könnte aber damit erklärt werden, dass vor allem bei jungen Drogenkonsumierenden die Gesundheitsbehörden aus präventiven Überlegungen dazu tendieren, auch dann eine Auflage zu empfehlen, wenn die Drogenproblematik noch nicht massiv ausgebildet ist. Dies würde auch mit dem höheren Anteil an Auflagen/Weisungen in der jüngsten Altersgruppe im Einklang stehen.

Abbildung 5.6:

Auflage/Weisung bei Personen, die 2011 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik und Art der Betreuung, in Prozent

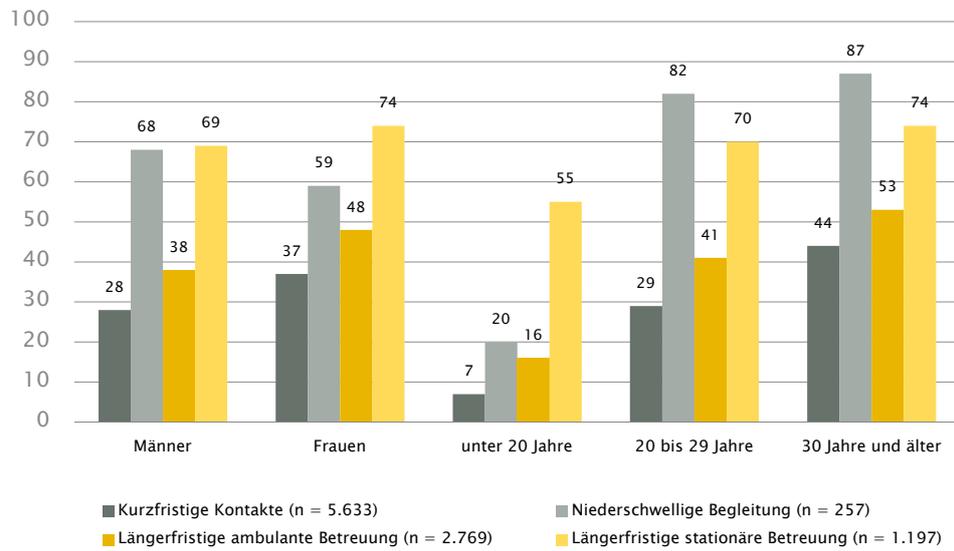


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

5.3 Drogenkonsum und Drogenproblematik

Der Anteil an Personen mit intravenösem Konsum (bezogen auf die Lebenszeit) ist nach Setting sehr unterschiedlich (bei kurzfristigen Kontakten: 30 %, in niederschwelliger Begleitung: 66 %, in ambulanter längerfristiger Betreuung: 41 %, in stationärer Betreuung: 70 %). Generell nimmt der Anteil an Personen mit i.v. Konsum mit dem Alter zu. Mit Ausnahme des niederschweligen Bereichs ist der Anteil an Personen, die bereits intravenös Drogen konsumiert haben, bei den Frauen höher als bei den Männern (vgl. Abbildung 5.7). Detailanalysen zum intravenösen Drogenkonsum finden sich im Schwerpunktkapitel des DOKLI-Berichts zum Klientenjahrgang 2007 (GÖG/ÖBIG 2008).

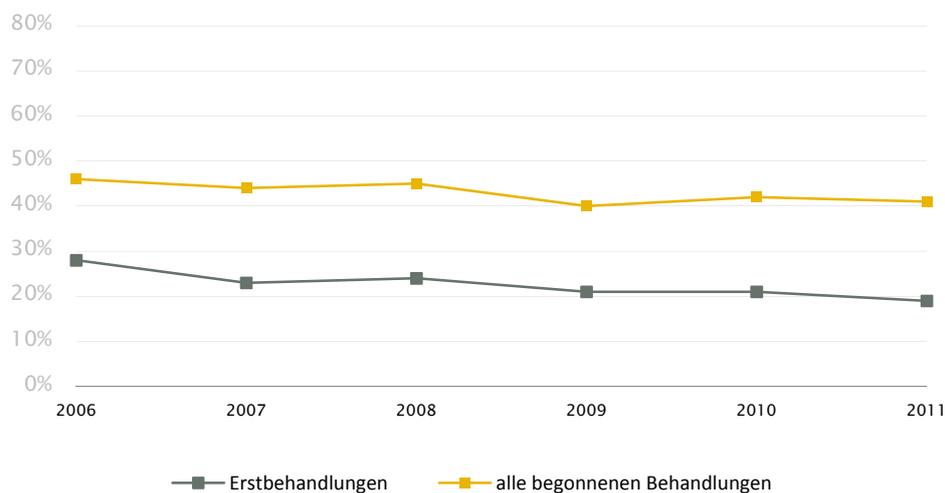
Abbildung 5.7:
 Personen, die 2011 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben,
 nach „jemals intravenös Drogen konsumiert“, Geschlecht, Alter und Art der Betreuung
 in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

Abbildung 5.8:

Personen, die (erstmalig) eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach „jemals intravenös Drogen konsumiert“ und Jahren in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

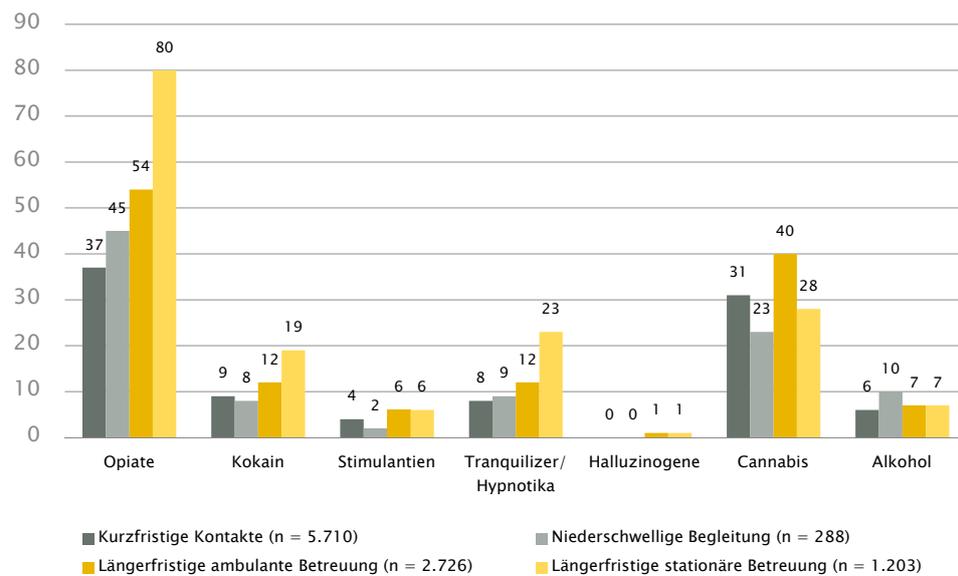
Der Anteil an Personen, die bereits einmal intravenös Drogen konsumiert haben bei den Klientinnen und Klienten, die eine ambulante Betreuung beginnen, hat sich über die Jahre minimal verringert. Diese Tendenz ist bei den Erstbehandlungen etwas stärker ausgeprägt als bei allen Personen, die im entsprechenden Jahr eine ambulante Betreuung begannen (vgl. Abbildung 5.7).

Der nun folgenden **substanzspezifischen Darstellung von Drogenkonsum und Drogenproblematik** müssen einige relevante Definitionen vorangestellt werden. Im Rahmen der DOKLI-Drogenanamnese wird zunächst danach gefragt, welche Drogen jemals im Leben konsumiert wurden. Danach werden die entsprechenden Drogen hinsichtlich der aktuellen Drogenproblematik als Leitdrogen, Begleitdrogen, Drogen, bei denen lediglich Probierkonsum vorliegt, und nicht behandlungsrelevante Drogen klassifiziert. Unter Leitdroge ist jene Droge zu verstehen, die der Klientin / dem Klienten aus deren/dessen subjektiver Sicht die meisten Probleme verursacht. Dabei bezieht sich die Problemdefinition – angelehnt an ICD-10 – auf psychosoziale und gesundheitliche und nicht auf rein rechtliche Problemstellungen. In der Regel ist die Leitdroge auch jene Droge, die zur aktuellen Betreuung geführt hat. Kann sich die Klientin / der Klient nicht für eine bestimmte Droge als Leitdroge entscheiden, so können hier auch mehrere Drogen angekreuzt werden. Unter Begleitdrogen sind jene Drogen zu verstehen, die die Klientin / der Klient zusätzlich zu der/den Leitdroge/n im letzten halben Jahr konsumiert hat und die der Klientin / dem Klienten ebenfalls Probleme bereiten. Probierkonsum ist anzukreuzen, wenn die Droge im letzten halben Jahr fallweise konsumiert

wurde und kein schädlicher Gebrauch bzw. keine Abhängigkeitsproblematik vorliegen. Nicht behandlungsrelevanter Konsum ist anzukreuzen, wenn die Droge bereits länger als ein halbes Jahr fallweise konsumiert wird, aber kein schädlicher Gebrauch bzw. keine Abhängigkeitsproblematik vorliegen oder die Droge früher konsumiert wurde und im letzten halben Jahr vor der Betreuung nicht. Für einige Auswertungen wurden Leitdrogen und Begleitdrogen zu Problemdrogen, und Probierkonsum bzw. nicht behandlungsrelevanter Konsum zu nicht behandlungsrelevantem Konsum zusammengefasst.

Opioide spielen in allen Betreuungssettings eine dominierende Rolle als Leitdroge, gefolgt von Cannabis, Tranquilizern/Hypnotika und Kokain. Stimulantien und Halluzinogene werden sehr selten als Leitdrogen genannt. Biogene Drogen und Schnüffelstoffe kommen fast überhaupt nicht vor (vgl. Abbildung 5.9 und GT 30).

Abbildung 5.9:
Personen, die im Jahr 2011 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung, in Prozent



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

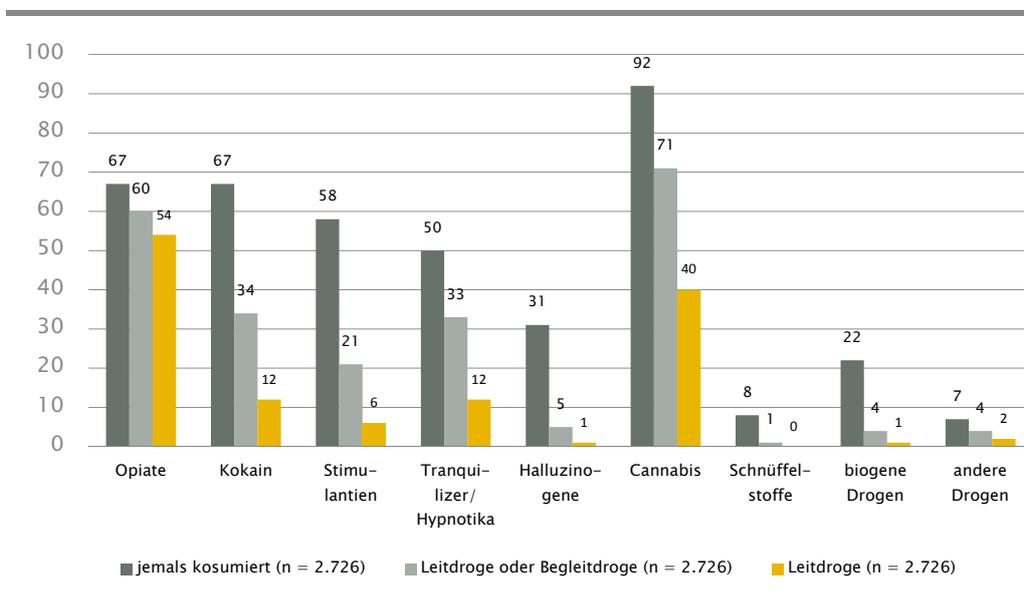
Interessant ist auch, dass bei den meisten Drogen ein großer Unterschied zwischen „jemals konsumiert“, „Problemdroge“ und „Leitdroge“ besteht, während dies bei den Opioiden nicht zu beobachten ist (vgl. GT 29, GT 30 und GT 31 und Abbildung 5.10).

In allen Settings ist der hohe Prozentsatz an Cannabis als Problem- bzw. Leitdroge überraschend. Detailanalysen dazu finden sich in Kapitel 4.

Im längerfristig ambulanten und stationären Setting geben Frauen Opiode öfter und Cannabis weniger oft als Leitdroge an als Männer. Opiode, Kokain und Tranquili-zer/Hypnotika werden mit zunehmendem Alter der Klientel häufiger als Leitdroge ge-nannt – ausgenommen in der stationären Betreuung, wo Opiode bei den unter 29-Jährigen bereits zu einem sehr hohen Prozentsatz als Leitdroge angegeben werden und der Anteil an Tranquilizern/Hypnotika als Leitdroge sich kaum verändert. Die Werte bei Cannabis sinken hingegen in allen Settings mit dem Alter (vgl. GT 30, GT 31, AT 30 und AT 31).

Abbildung 5.10:

Personen, die 2011 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, nach jemals konsumierten Drogen, Problemdrogen und Leitdrogen, in Prozent



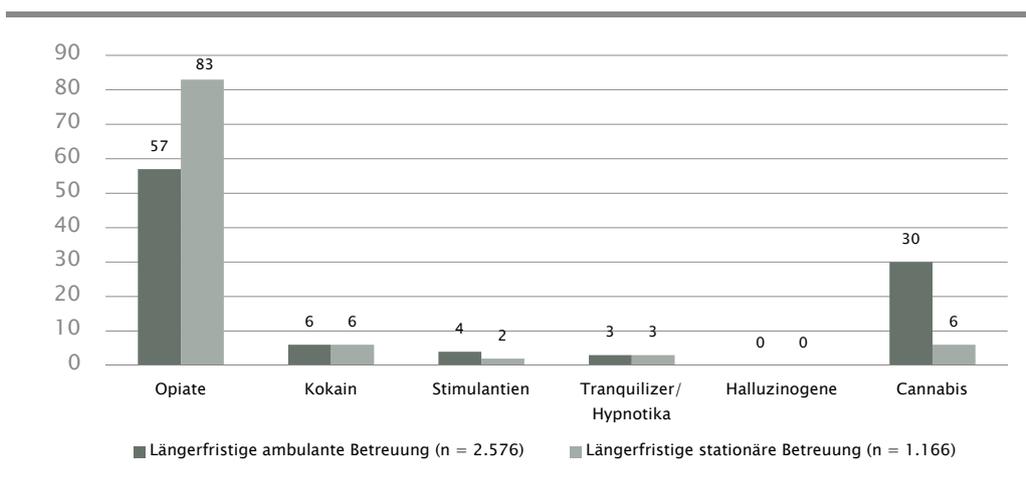
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

Im von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) definierten epidemiologischen Schlüsselindikator „treatment demand“ werden die Da-ten von Klientinnen und Klienten nach der Leitdroge aufgeschlüsselt. Es wird davon ausgegangen, dass jeder Klient und jede Klientin nur eine Leitdroge aufweist. Weitere Drogen, die Probleme verursachen, werden als Begleitdrogen definiert. Dies steht im Widerspruch zum DOKLI-System, wo im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster mehrere Drogen als Leitdrogen dokumentiert werden können. Aus diesem Grund wird für die Übermittlung der Daten an die EMCDDA bei Personen mit mehr als einer Leit-droge mittels einer „Leitdrogenhierarchie“ vorgegangen. Hat beispielsweise eine Person Opiode und Cannabis als Leitdroge angegeben, wird sie hinsichtlich Leitdroge den Opioiden zugeordnet. Folgende Hierarchie wurde herangezogen: Opiode > Kokain > Stimulantien > Tranquili-zer > Halluzinogene > Cannabis (Details siehe Schwerpunkt-

kapitel des DOKLI-Berichts Klientenjahrgang 2006 – GÖG/ÖBIG 2007a). Diese Definition entspricht noch am ehesten der Vorgangsweise, nur eine Leitdroge zuzulassen (so wird beispielsweise bei Vorliegen eines Problemkonsums von Opioiden und von Cannabis, gäbe es die Möglichkeit nur eine Leitdroge anzugeben, in der Regel die Wahl auf Opioiden fallen). Allerdings handelt es sich bei dieser Vorgangsweise nur um einen Kompromiss. Die Diskussionen bezüglich einer adäquateren Erfassung polytoxikomaner Konsummuster müssen auch auf europäischer Ebene fortgesetzt werden. Abbildung 5.11 zeigt das Ergebnis der hierarchischen Leitdrogenzuordnung für die längerfristigen ambulanten und stationären Betreuungen.

Diese Darstellung verdeutlicht, dass fast alle anderen Leitdrogen außer Cannabis sehr oft in Kombination mit Opioiden angegeben werden und Cannabis bei 30 Prozent der ambulanten Betreuungen und bei sechs Prozent der stationären Betreuungen als alleinige Leitdroge angegeben wird.

Abbildung 5.11:
Personen, die 2011 mit einer längerfristigen ambulanten bzw. stationären Betreuung begonnen haben, nach hierarchischer Leitdrogendefinition (EMCDDA), in Prozent

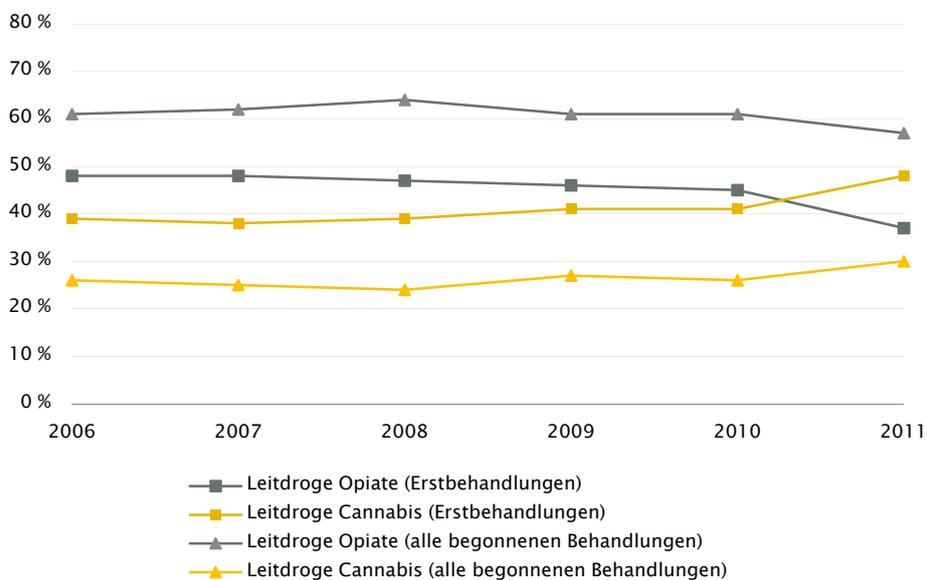


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

Betrachtet man die Zeitreihe von Cannabis und Opioiden als Leitdroge anhand der EMCDDA-Definition, so zeigt sich über die Jahre eine minimale Abnahme bei Opioiden und eine minimale Zunahme bei Cannabis. Dieser Trend ist bei den Erstbehandlungen etwas stärker ausgeprägt als bei allen Personen, die im entsprechenden Jahr eine Betreuung begonnen haben (vgl. Abbildung 5.12).

Abbildung 5.12:

Personen, die (erstmalig) eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach hierarchischer Leitdroge Opioiden und Cannabis und Jahren

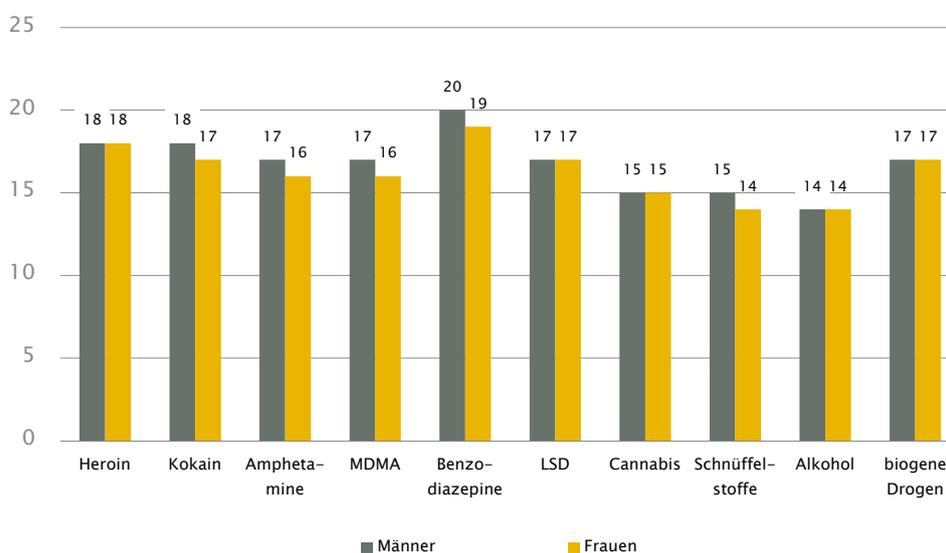


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

Weiterführende Informationen zum Konsum in den letzten 30 Tagen, Alter beim Erstkonsum und zur vorwiegenden Einnahmeform liegen nur im Zusammenhang mit längerfristigen ambulanten und stationären Betreuungen vor. Beim aktuellen Drogenkonsum in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn im längerfristig ambulanten Bereich liegt Cannabis mit 57 Prozent knapp vor Opioiden (50%). Tranquilizer konsumierten 27 Prozent und Kokain 19 Prozent der Klientinnen und Klienten im letzten Monat vor Betreuungsbeginn (vgl. GT 29a). Der Anteil an Personen mit Opioidkonsum in den letzten 30 Tagen liegt bei den Frauen etwas höher (57%) als bei den Männern (48%; vgl. GT 29a). Mit steigendem Alter zeigt sich eine Zunahme beim aktuellen Konsum von Opioiden, Kokain und Tranquilizern/Hypnotika und eine Abnahme beim Cannabiskonsum und beim Konsum von Stimulantien (vgl. AT 29a). Beim aktuellen Drogenkonsum liegen im stationären Setting Opioiden mit 68 Prozent vor Cannabis (50%) und Tranquilizern/Hypnotika (43%). Kokain konsumierten 24 Prozent der Klientel (vgl. GT 29a).

Hinsichtlich des Altersmedians beim Erstkonsum zeigt sich, dass dieser bei den meisten Drogen zwischen 17 und 20 Jahren liegt. Nur bei Alkohol und Schnüffelstoffen (14 Jahre) und Cannabis (15 Jahre) lässt sich ein geringeres Alter beim Erstkonsum feststellen.

Abbildung 5.13:
Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2011 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht, in Jahren



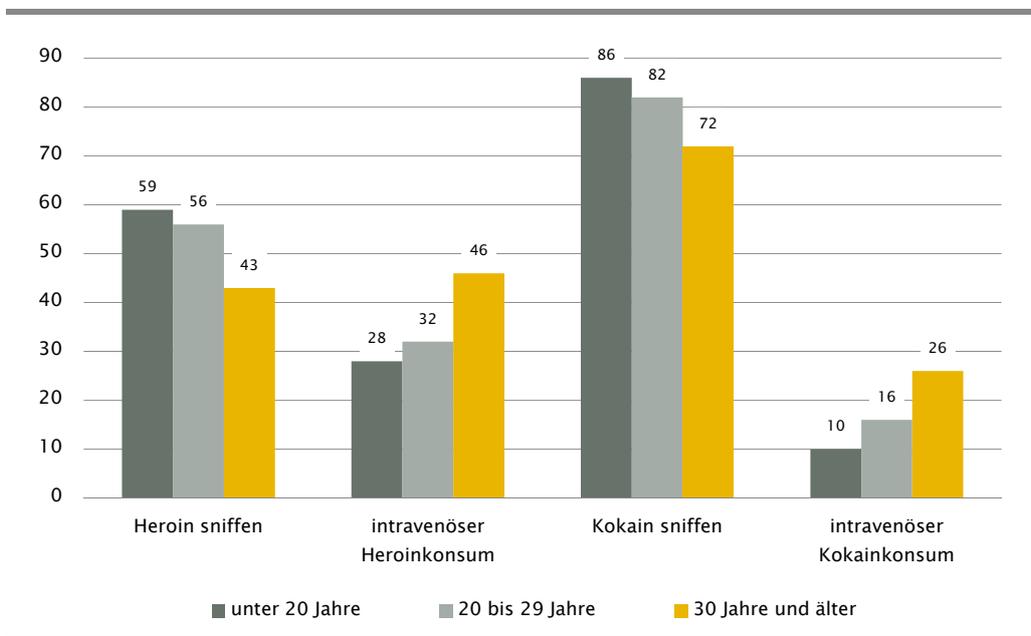
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

Frauen sind in der Regel um ein Jahr jünger als Männer beim ersten Drogenkonsum (vgl. GT 32 und Abbildung 5.13). Detailanalysen und weiterführende Interpretationen zu Geschlechtsunterschieden finden sich im DOKLI-Bericht Klientenjahrgang 2009 (GÖG/ÖBIG 2010).

Bei Personen in längerfristiger ambulanter Betreuung stellt weiterhin Sniffen (51 %) die am häufigsten genannte vorwiegende Einnahmeform von Heroin dar, gefolgt von intravenösem Konsum (37 % vgl. GT 33). Im stationären Bereich erreichen die entsprechenden Werte 35 und 46 Prozent. Dieses interessante Ergebnis wurde im Rahmen des Schwerpunktkapitels des DOKLI-Berichts zum Klientenjahrgang 2007 (GÖG/ÖBIG 2008) vertiefend analysiert und auch von Busch und Eggerth (2010) weiter beschrieben. Es konnten Hinweise gefunden werden, die zeigen, dass ein nicht unerheblicher Teil von Heroinkonsumierenden über die nasale Applikation in den Konsum ein- und erst nach einiger Zeit (wenn überhaupt) auf den intravenösen Drogenkonsum umsteigt (vgl. Abbildung 5.14). Die Möglichkeiten hinsichtlich präventiver Maßnahmen, die sich daraus ergeben, werden ebenfalls im Bericht des Klientenjahrgangs 2007 ausführlich dargestellt.

Abbildung 5.14:

Vorwiegende Einnahmeform von Heroin (n = 1.698) und Kokain (n = 1.814) bei Personen, die 2011 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, nach dem Alter, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

Kokain wird von Klientinnen und Klienten in ambulanter Betreuung zu 19 Prozent und von Klientinnen und Klienten in stationärer Betreuung zu 33 Prozent vorwiegend intravenös konsumiert. Auch bei dieser Droge zeigt sich ein Anstieg des intravenösen Konsums mit dem Alter der Klientel (vgl. Abbildung 5.14). Amphetamine werden zu fast drei Viertel gesniffen und zu etwa einem Viertel Prozent oral konsumiert (vgl. GT36).

In der diesjährigen Auswertung wurden erstmals auch die offenen Angaben zu anderen Drogen und biogenen Drogen einer inhaltlichen Detailanalyse unterzogen. Mephedron, Nikotin und psychoaktive Pilze stellen die häufigsten Nennungen als Problemdrogen dar.

Tabelle 5.1:

Absolutzahlen der Probanden/Probandinnen bei Angaben zu biogenen Drogen und anderen Drogen von Personen, die im Jahr 2011 eine ambulante oder stationäre Betreuung begannen (n=3.145 – DOKLI ohne Wiener BADO)

Droge/Substanz	Leitdroge	Leit- oder Begleitdroge
Mephedron	29	68
Nikotin	25	72
Pilze	4	63
Research Chemicals	4	13
Kräutermischung	2	15
Metamphetamin	1	3
Ketamin	1	8
MEC	0	1
sonstiges	4	21

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

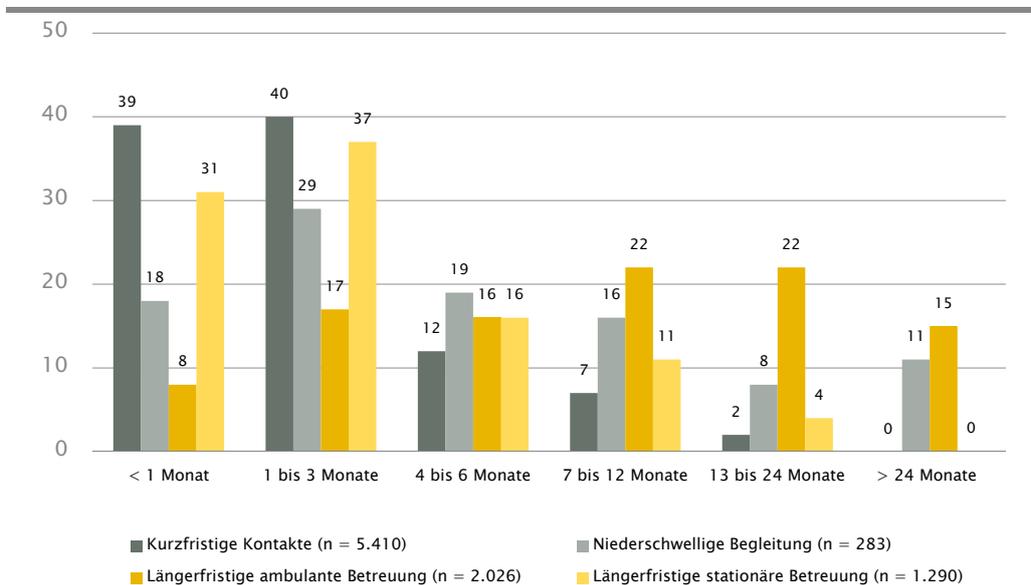
5.4 Situation zu Betreuungsende

Im Jahr 2011 beendeten 5.410 (71 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine kurzfristige Betreuung, 283 (22 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine niederschwellige, 2.026 (26 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine längerfristige ambulante und 1.290 (65 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine stationäre Betreuung.

Dass der Großteil (79 %) der beendeten kurzfristigen Betreuungen nicht länger als drei Monate dauert, liegt in der Definition dieses Settings. Auch ein großer Anteil der erfassten Betreuungen im stationären Setting dauert maximal drei Monate (69 %). Dies dürfte die Realität in der stationären Drogenhilfe mit einer großen Anzahl an Betreuungsabbrüchen (27 %) widerspiegeln. Im längerfristigen ambulanten Bereich beträgt für 38 Prozent der Klientel die Betreuungsdauer vier bis zwölf Monate und für weitere 37 Prozent länger als ein Jahr. Auch im niederschweligen Bereich dauert über die Hälfte der Betreuungen länger als drei Monate (vgl. Abbildung 5.15). Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist jedoch zu beachten, dass eine kurze Betreuungsdauer teilweise auch methodisch verursacht wird: Im DOKLI-System müssen Betreuungssequenzen von Klientinnen und Klienten, die ohne entsprechende Abmachung länger als sechs Monate nicht in der Einrichtung erscheinen, abgeschlossen werden. Im Wiener BADO-System gilt diesbezüglich eine Frist von drei Monaten. Die Daten zur Betreuungsdauer sollten daher nur mit Vorsicht betrachtet werden.

Abbildung 5.15:

Dauer der Betreuung von Personen, die im Jahr 2011 ihre Betreuung beendeten, nach Setting, in Prozent



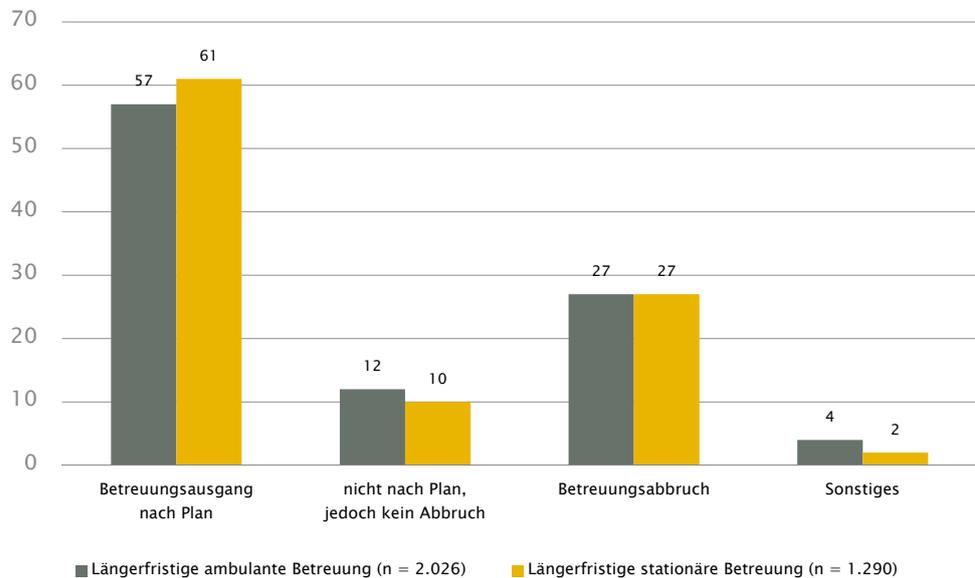
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

Genauere Daten zur Situation am Betreuungsende wurden nur im Zusammenhang mit längerfristigen Betreuungen erhoben.

57 Prozent der ambulanten und 61 Prozent der stationären Betreuungen enden nach Plan (vgl. GT 55 und Abbildung 5.16). Im stationären Bereich werden 27 Prozent der Behandlungen abgebrochen, wobei der Anteil in der jüngsten Altersgruppe höher ist (vgl. AT 55). Auch im ambulanten Bereich gibt es 27 Prozent Abbrüche, diese ebenfalls häufiger in den jüngeren Altersgruppen.

Eine Weiterführung der Hilfsangebote ist für 56 Prozent der stationären Klientinnen und Klienten und für 15 Prozent der ambulanten Klientel geplant (vgl. GT 56). Berücksichtigt man, dass bei Abbrüchen eine weitere Planung vermutlich nur selten möglich ist, so dürften für die Mehrzahl der Personen mit regulärem Abschluss einer stationären Behandlung weiterführende Maßnahmen geplant sein. Im ambulanten Bereich könnte es sich bei einem Teil der Betreuungen um Nachbetreuungen und damit bereits um eine „Weiterführung“ handeln. Darüber hinaus finden sich in diesem Setting weiterführende Maßnahmen häufiger für Personen mit schwererer Drogenproblematik, was darauf hindeuten könnte, dass – vor allem bei Personen mit leichterem Problematik – oft keine weiterführenden Maßnahmen erforderlich sind.

Abbildung 5.16:
 Betreuungsausgang bei Personen, die im Jahr 2011 eine Betreuung beendet haben,
 nach Betreuungsart, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2011

Die Kostenträger unterscheiden sich – im Einklang mit den Finanzierungsregelungen – nach Setting. Im ambulanten Bereich – der fast ausschließlich durch Jahressubventionen und nicht durch Einzelfallverrechnungen finanziert wird – gibt es bei 57 Prozent der abgeschlossenen Betreuungen keinen fallbezogenen Kostenträger (vgl. GT 53). Dies entspricht exakt dem zum Betreuungsbeginn geplanten Kostenträger (vgl. GT 12), wobei die Daten allerdings aufgrund der unterschiedlichen Grundgesamtheiten nicht direkt verglichen werden können. Im stationären Bereich haben die Sozialversicherung und das Land (43 % bzw. 38 % bei Mehrfachnennungen) die größte Relevanz als Kostenträger. Geplanter und tatsächlicher Kostenträger entsprechen einander im stationären Bereich weitgehend. Der Anteil der Sozialversicherung als Kostenträger steigt mit dem Alter der Klientel, jener des Landes sinkt hingegen (vgl. AT 53).

6 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle

6.1 Definition und Datengrundlage

Als direkt drogenbezogene Todesfälle gelten jene Personen, die an einer **akuten Intoxikation** („Überdosierung“) nach Konsum von Suchtgift (§ 2 Suchtmittelgesetz – SMG, BGBl. I Nr. 112/1997 in der geltenden Fassung) versterben. Mit einbezogen werden auch Überdosierungen nach Konsum neuer psychoaktiver Substanzen im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen Neue–Psychoaktive–Substanzen–Gesetzes (NPSG, BGBl. I Nr. 146/2011)¹. Die Klassifizierung der Todesfälle basiert auf gerichtsmedizinischen Unterlagen oder amtlichen Totenbeschauscheinen. Der Indikator »direkt drogenbezogene Todesfälle« ist einer von derzeit insgesamt fünf sogenannten epidemiologischen Schlüsselindikatoren, die die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) entwickelt hat, um die Situation im Bereich des problematischen Drogenkonsums einschätzen zu können.

Seit 1989 werden in Österreich vom Gesundheitsressort Daten zu drogenbezogenen Todesfällen gesammelt. Die Daten der jährlichen Statistik und Analyse basieren auf der Meldepflicht gemäß § 24c des Suchtmittelgesetzes, wonach dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unverzüglich folgende Informationen zu übermitteln sind:

- » vom Bundesministerium für Inneres (BMI) die einschlägigen polizeilichen Verdachtsmeldungen;
- » von den Instituten für Gerichtsmedizin bzw. den im Einzelfall beauftragten gerichtsmedizinischen Sachverständigen die Ergebnisse einer durchgeführten Leichenöffnung bzw. Obduktion samt den Ergebnissen einer allfälligen chemisch-toxikologischen Untersuchung;
- » von den Sanitätsbehörden und den Krankenanstalten die Ergebnisse einer durchgeführten Leichenöffnung bzw. Obduktion samt den Ergebnissen einer allfälligen chemisch-toxikologischen Untersuchung;
- » in Fällen, in denen keine Leichenöffnung oder Obduktion vorgenommen wurde, werden vom BMG bei der Statistik Österreich die Totenbeschauscheine eingeholt.

Die Daten der Statistik und Analyse basieren auf dem Bundesministerium für Gesundheit übermittelten polizeilichen Meldungen (über mutmaßliche drogenbezogene Todesfälle), Obduktionsergebnissen und Totenbeschauscheinen. Insgesamt wurden für das Jahr 2011 375 polizeiliche Meldungen, Obduktionsergebnisse oder Totenbeschau-

¹

2011 verstarben zwei Personen an neuen psychoaktiven Substanzen ohne Beteiligung von Suchtgiften.

scheine gesichtet. In die Statistik und Analyse der direkten drogenbezogenen Todesfälle fließen nur jene Fälle ein, in denen aufgrund einer durchgeführten Obduktion oder Totenbeschau von einem Kausalzusammenhang zwischen Substanzkonsum und Tod infolge von Überdosierung auszugehen ist.

6.2 Drogenbezogene Todesfälle 2011

Insgesamt wurden für das Jahr 2011 auf Basis von Obduktionsbefunden 177 tödliche Überdosierungen verifiziert. Weitere 24, allerdings nicht obduzierte, Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (Todesursache „Suchtgiftintoxikation“ auf dem Totenbeschauschein nach bloß äußerer Befundung der Leiche). In Summe wird daher für das Jahr 2011 von 201 Todesfällen ausgegangen, die direkt auf eine Überdosierung zurückzuführen sind.

Drogenbezogene Todesfälle sind vorrangig **männlich** (nahezu 80 Prozent der Verstorbenen) und durchschnittlich (Median) 30 Jahre alt und die meisten drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner finden sich in **Wien**. Somit entspricht der durchschnittliche drogenbezogene Todesfall in Bezug auf Geschlecht, Alter und Region dem **durchschnittlichen problematischen Opiatkonsumierenden** (Vgl. Kapitel 2.2).

Um einen sinnvollen Vergleich der Bundesländerzahlen und der Zeitverläufe zu ermöglichen, wurde die Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle auf die altersmäßig relevante Einwohnerzahl im entsprechenden Bundesland bezogen. Nach Empfehlungen der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) wurde als relevante Altersgruppe die Gruppe der 15- bis 64-Jährigen ausgewählt. Für das Jahr 2011 ergibt sich eine Rate von 3,5 Todesfällen pro 100.000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren für Gesamtösterreich. Bei jungen Menschen (zwischen 15 und 25 Jahren) zählen Überdosierungen **zu den häufigsten Todesursachen** (nach Unfällen und Selbstmord)¹. Im Jahr 2011 waren 13 Prozent aller Todesfälle von Personen zwischen 15 und 35 Jahren auf eine Überdosierung mit Drogen zurückzuführen. Zwischen 0,6 und 0,7 Prozent der Personen mit problematischem Drogenkonsum (Beteiligung von Opiaten, vgl. Abschnitt 1.1) verstarben 2011 an einer Überdosierung.

Bei 131 der insgesamt 170 durch ein Obduktionsgutachten inklusive ausführlicher toxikologischer Analyse verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle wurde auf Basis der gerichtsmedizinischen Obduktionsgutachten festgestellt, dass diese Personen unmittelbar an einer Überdosierung verstarben. Das heißt, dass es bei diesen Menschen infolge der hohen Toxizität der Substanz(en) zu einem funktionellen, protrahierten,

¹
Statistik Austria 2011b

zentralen Erstickungssterben kam, das mit Herz- und Atemstillstand (zentrales Herz-Kreislauf-Versagen) endete (Hirnödem, Lungenödem etc. im Obduktionsbefund und entsprechende toxikologische Analyse). In 39 Fällen erfolgte der unmittelbare Tod durch eine im Zuge des Suchtmittelkonsums hervorgerufene weitere tödliche Ursache (Sekundärfolge), wie z. B. vom zentralen Nervensystem ausgelöstes Erbrechen mit Erstickten am Erbrochenen (die Hauptbronchien wurden verschlossen) oder es kam infolge des Einatmens von Mageninhalt zu einer tödlichen Lungenentzündung (Aspirationspneumonie). In fünf Fällen handelt es sich nachweislich um Suizide, d. h., es wurde ein Abschiedsbrief hinterlassen.

21,9 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle waren weiblich. Dieser Anteil entspricht dem Durchschnitt der letzten Jahre und dem **Frauenanteil** bei Personen mit problematischem Opioidkonsum (Vgl. Kapitel 2.2).

6.3 Trend

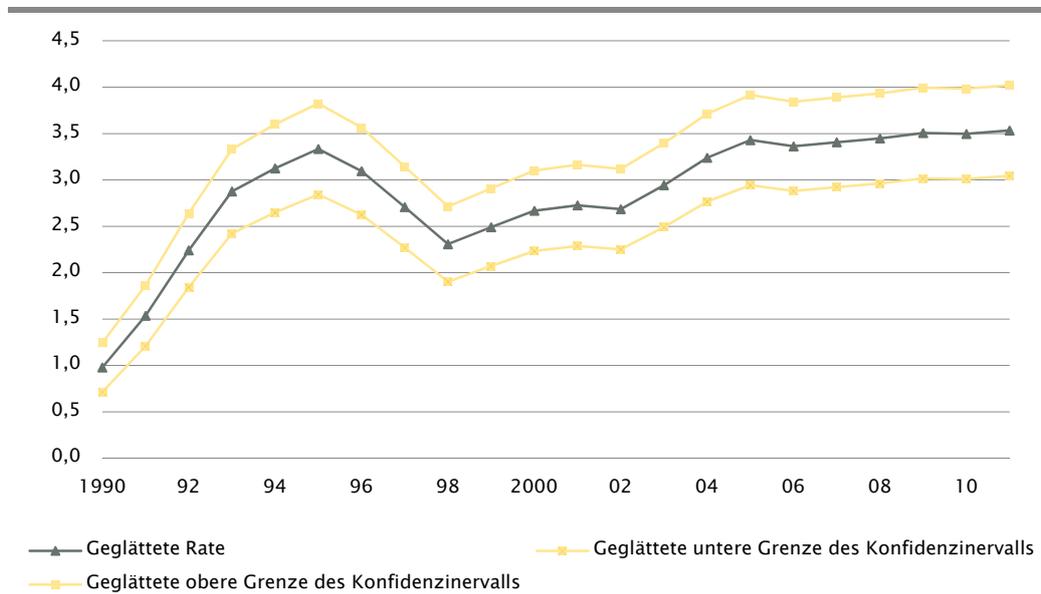
Abbildung 6.1 gibt die für drei Jahreswerte geglätteten Raten von 1990 bis 2010 und die obere und untere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls wieder¹, für 2011 wird der nicht geglättete Wert dargestellt. Die geglätteten Raten stellen den Mittelwert von drei Jahren dar, um einzelne Schwankungen zu glätten, d. h. 3,5 direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner für 2010, ist der Mittelwert aus den Jahren 2009, 2010 und 2011.

Es zeigt sich ein klarer und signifikanter Anstieg zu Beginn der 1990er Jahre, gefolgt von sinkenden Raten ab Mitte der 1990er Jahre. Von Beginn der 2000er Jahre bis Mitte der 2000er Jahre wird wieder ein Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt, und liegt seitdem auf gleichbleibend hohem Niveau.

¹

Sterberaten werden hier als Zufallsvariablen über den Zeitverlauf betrachtet. Es wird von einer Poissonverteilung für die Anzahl der Todesfälle ausgegangen und die Varianz errechnet sich: Anzahl der Verstorbenen/Bevölkerung² (vgl. Statistik Austria 2011a)

Abbildung 6.1:
95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 EW zw. 15 und 64 Jahre 1990–2011, geglätteter 3-Jahres-Wert



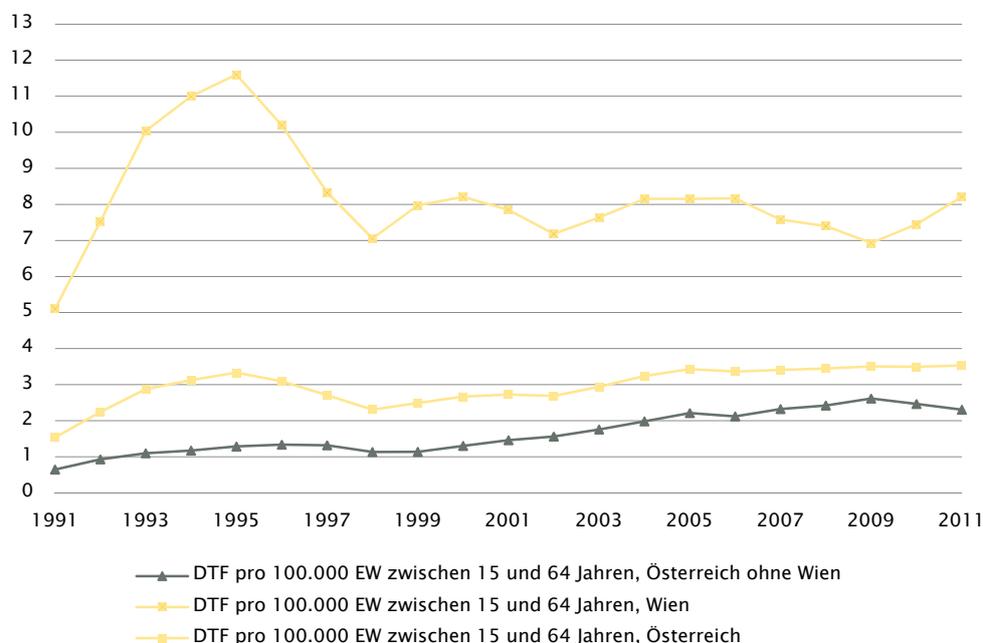
2011-Wert nicht geglättet

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

Betrachtet man die Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner für die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen für Gesamtösterreich, Wien und Österreich ohne Wien (vgl. Abbildung 6.2) zeigen sich in der Bundeshauptstadt ähnliche Trendverläufe wie für Gesamtösterreich. Man sieht jedoch eindeutig, dass der Anstieg am Anfang der 1990er Jahre in Wien wesentlich stärker ausgeprägt war als in den übrigen Bundesländern. In Wien zeigt sich im Vergleich zu den übrigen Bundesländern ein leicht rückläufiger Trend seit Mitte der 2000er Jahre (2011 wurde dies jedoch nicht fortgesetzt). Dies stimmt auch mit den Ergebnissen der Prävalenzschätzungen überein, wonach sich die Drogensituation außerhalb Wiens verschärft hat (vgl. Kapitel 1.4). Eine höhere Rate in Großstädten ist ein übliches Phänomen. Basierend auf den Einzelwerten für 2011 kann noch keine Trendaussage getroffen werden.

Abbildung 6.2:

Drogenbezogene Todesfälle (DTF) pro 100.000 EW zw. 15 und 64 Jahren 1991–2011, geglätteter 3-Jahres-Wert nach Region¹



2011-Wert nicht geglättet

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

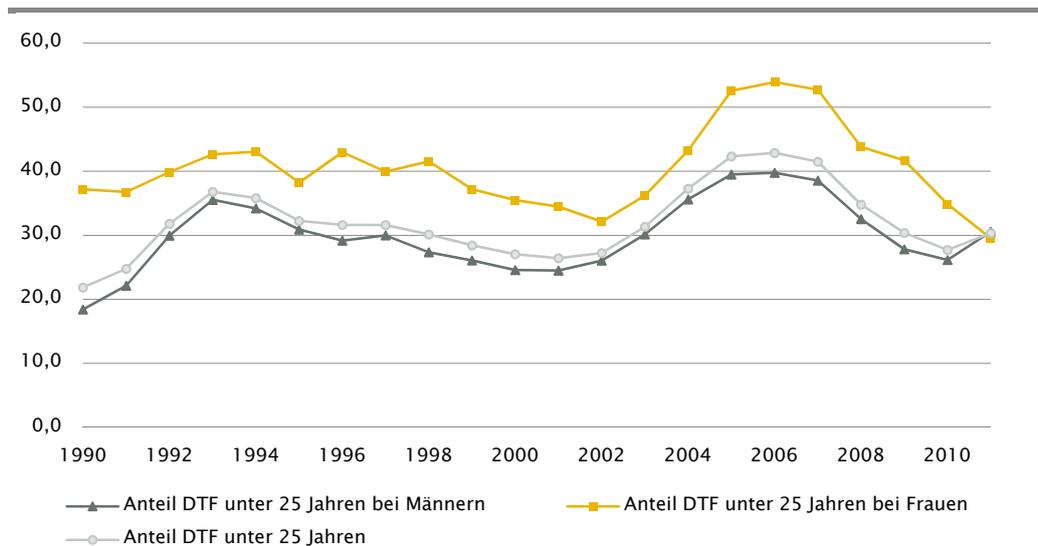
Aus epidemiologischer Sicht stellt sich die Frage, ob sich diese Anstiege der drogenbezogenen Todesfälle in der Entwicklung der jungen drogenbezogenen Todesfälle widerspiegeln (also möglicherweise auf einen Einstieg junger riskanter Drogenkonsumierender zurückzuführen ist). Der Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle in den 1990er Jahren (Abbildung 6.1) wurde von einem Anstieg junger drogenbezogener Todesfälle (Abbildung 6.3) begleitet und auch zu Beginn der 2000er Jahre ging der Anstieg der Drogentodesfälle mit einem Anstieg der jungen drogenbezogenen Todesfälle einher, die bei den Frauen sogar mehr als die Hälfte der Todesfälle ausmachten. Seit einem Höchstwert Mitte der 2000er Jahre ist der Anteil junger drogenbezogener Todesfälle wieder stark gesunken. Zusammen mit den Zahlen der Prävalenzschätzung (vgl. Abschnitt 1.3) kann von einer Verschärfung der Drogenproblematik zwischen Beginn und Mitte der 2000er Jahre ausgegangen werden. Insbesondere scheinen junge Menschen

¹

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

in den Drogenkonsum eingestiegen zu sein und infolge auch vermehrt an einer Überdosierung verstorben zu sein.

Abbildung 6.3:
Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DTF), geglätteter 3-Jahres-Wert nach Geschlecht in den Jahren 1990–2010



2011-Wert nicht geglättet

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

6.4 Altersstruktur

Das Durchschnittsalter der in der Statistik erfassten Todesopfer beträgt im Jahr 2011 32 Jahre (2010 32,3). Der gruppierte Median¹ liegt bei 30,0 Jahren (2010: 29,0)².

Die Altersverteilung der drogenbezogenen Todesfälle entspricht jener der Personen mit problematischem Drogenkonsum (gleiche Altersverteilung wie bei der Prävalenzschätzung – vgl. Kap. 1.3)

¹

Der Median ist jener Wert, von dem aus 50 Prozent der Fälle darunter und 50 Prozent der Fälle darüber liegen.

²

In die Berechnungen werden 201 Fälle einbezogen, dadurch können sich Abweichungen zum Bericht „Suchtgiftbezogene Todesfälle 2011“ ergeben, in dem nur auf die Fälle mit Obduktion Bezug genommen wird.

Bei den Frauen ist der Anteil der unter 25-Jährigen in den letzten drei Jahren (35 %) höher als bei Männern (26 %). Dies kann aber nicht so interpretiert werden, dass junge Frauen ein höheres Sterberisiko haben, sondern kann auch die Altersstruktur bei weiblichen Opioidkonsumierenden widerspiegeln.

Zwischen den Altersgruppen zeigen sich kaum signifikante Unterschiede beim Substanzkonsum, lediglich der Beikonsum von Psychopharmaka ist bei den über 35-Jährigen häufiger.

6.5 Substanzen

In die nun folgende Analyse nach beteiligten Substanzen werden nur jene Fälle aufgenommen, in denen auf Basis einer aussagekräftigen toxikologischen Analyse eine genau spezifizierte Substanzzuweisung möglich war (z. B. im Jahr 2011 170 Fälle).

In 11 Prozent der 170 Fälle des Jahres 2011 wurden ausschließlich illegale Drogen (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination) festgestellt. Zusätzlich zu illegalen Drogen wurden in 56 Prozent der Fälle auch Psychopharmaka (z. B. Benzodiazepine, in 8 Prozent der Fälle auch Alkohol und in 25 Prozent sowohl Alkohol als auch Psychopharmaka nachgewiesen.

Reine Opioid-Intoxikationen (d. h. keine weiteren legalen oder illegalen Substanzen) waren in 11 Fällen zu verzeichnen, davon 8 ausschließlich mit Morphin. Der Anteil der reinen Opioid-Intoxikationen an den direkten Drogentodesfällen beträgt 6 Prozent (2010: 8 %). Die reinen Opioid-Intoxikationen sind somit weiterhin rückläufig und stellen nur mehr einen sehr kleinen Teil der drogenbezogenen Todesfälle dar.

Im Jahr 2011 waren in 95 Prozent der Fälle Opiode beteiligt (Beteiligung von Opioiden an den Intoxikationen mit bekannter toxikologischer Analyse: 2010: 100 %).

151 der 170 spezifizierten toxikologischen Analysen (89 %) zeigten **Mischintoxikationen mit Opioiden** (2010: 92 %), d. h., es wurde(n) ein Suchtgift / mehrere Suchtgifte (inkl. Opioiden) in Verbindung mit Alkohol und/oder Psychopharmaka festgestellt, und zwar: in vier Fällen mehrere Suchtgifte (inkl. Opioiden), in 93 Fällen neben Suchtgift(en) (inkl. Opioiden) ausschließlich Psychopharmaka, in 13 Fällen neben Suchtgift(en) (inkl. Opioiden) ausschließlich Alkohol und in 41 Fällen neben Suchtgift(en) (inkl. Opioiden) sowohl Alkohol als auch Psychopharmaka.

In insgesamt neun Fällen wurden folgende weitere Substanzen identifiziert:

In einem Fall wurde ausschließlich das wenig erforschte 4-MEC (4-Methyl-N-ethylcathinon)¹, in drei Fällen neben Opioiden (Morphin und Buprenorphin) 4-MEC nachgewiesen. In einem Fall wurde das Suchtgift 4-MMC (4-Methylmethcathinon oder Mephedron)² ebenfalls in Kombination mit Opioiden nachgewiesen.

Bei einer Person wurde neben GHB (γ -Hydroxy-Buttersäure)³ die neue psychoaktive Substanz GBL (γ -Butyrolacton)⁴ im Blut in letaler Konzentration nachgewiesen, bei einer weiteren Person wurde die Einnahme von GHB in Kombination mit Opioiden als todesursächlich ausgewiesen. Eine Person verstarb nach Einnahme einer Mischung aus PMMA (para-Methoxymetamphetamin)⁵ und MDPBP (3',4'-Methylenedioxy-alpha-pyrrolidinbutiophenon, eine zu den Cathinonderivaten zählende Substanz aus der Gruppe der Amphetamine)⁶. In einem weiteren Todesfall wurde neben Morphin Brucin⁷ nachgewiesen.

Interessanterweise konnten in den letzten Jahren **keine** wesentlichen **Unterschiede** beim Substanzkonsum **nach Regionen, Geschlecht und Altersgruppen** festgestellt werden. Der gleichzeitige Missbrauch unterschiedlicher Substanzen (Polytoxikomanie) findet sich bei nahezu allen drogenbezogenen Todesfällen. Der starke Beikonsum von Psychopharmaka steigt mit zunehmendem Alter an, Alkohol bleibt jedoch auf gleichbleibendem Niveau.

1
Anlage II Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung – NPSV, BGBl. II Nr. 468/2011

2
Anhang V der Suchtgiftverordnung –SV, BGBl. II Nr. 374/1997 in der geltenden Fassung

3
Psychotropenverordnung – PV, BGBl. II Nr. 375/1997 in der geltenden Fassung

4
Anlage I NPSV

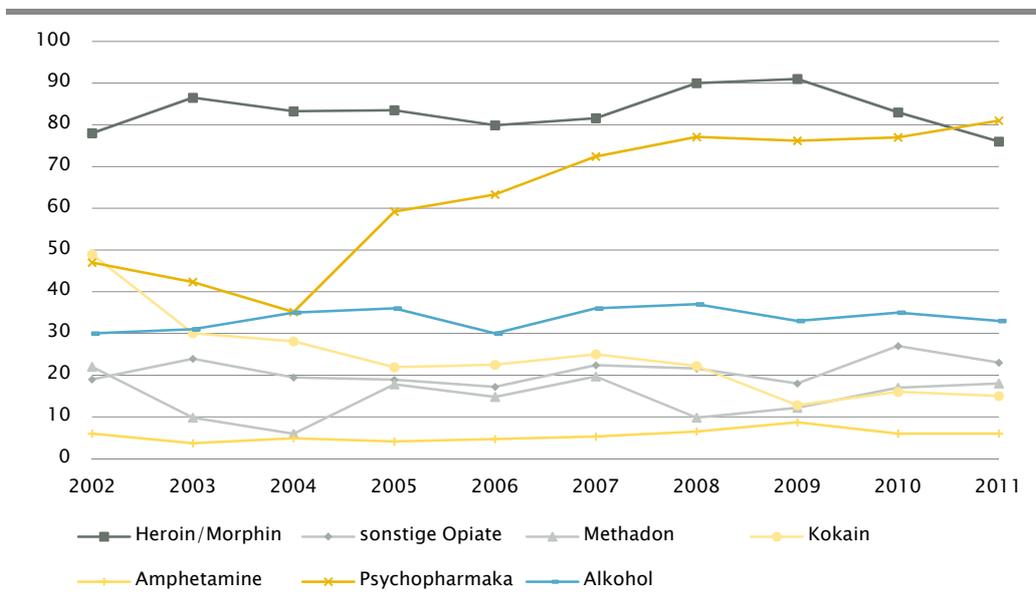
5
Anhang V SV

6
Anlage I NPSV

7
ein ähnlich wie Strychnin wirkendes, natürlich in der Brechnuss vorkommendes starkes Nervengift

6.6 Trend der nachgewiesenen Substanzen

Abbildung 6.4:
Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen 2002–2011 in Prozent



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

Heroin und Morphin stellen auch im Jahr 2011 die am häufigsten festgestellten illegalen Substanzen dar (129 Fälle) und wurden in den letzten Jahren bei über 80 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle identifiziert. In Österreich scheinen Opiode eine größere Rolle einzunehmen als in anderen europäischen Ländern (Abschnitt 1.1)

2011 wurden erstmals in mehr Fällen Psychopharmaka (z. B. Benzodiazepine oder Schlafmittel) als Heroin/Morphin nachgewiesen und der Anteil der Fälle mit Psychopharmaka hat sich von 47 Prozent 2002 auf 81 Prozent im Jahr 2011 erhöht (Abbildung 6.4).

Kokain wurde bei 15 % der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt (2010: 16 %). Kokain war früher nach Morphin die am zweithäufigsten nachgewiesene illegale Substanz, der Anteil von Kokain an den nachgewiesenen illegalen Substanzen ist in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken (Abbildung 6.4).

Methadon wurde in 18 Prozent der Fälle nachgewiesen und sonstige Opiode (wie z. B. Codein, Buprenorphin) in 23 Prozent. Seit 2009 werden häufiger sonstige Opiode nachgewiesen als Kokain.

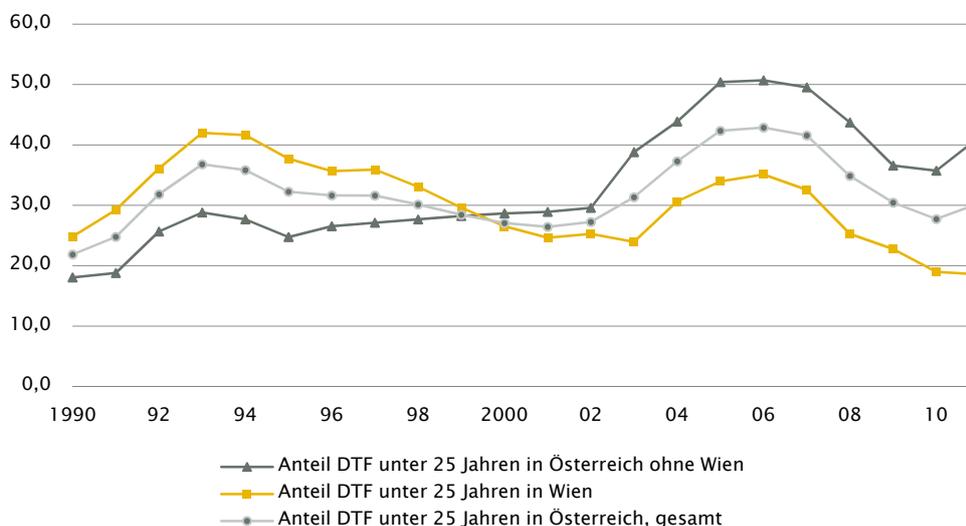
Alkohol wurde bei insgesamt 32 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt. Bei 8 Prozent der Verstorbenen wurde ein hoher Promillewert (über 1,5 Promille) im Blut nachgewiesen.

6.7 Region

Tabelle DRD 2 und DRD 3 im Annex geben die Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle nach Bundesländern (in absoluten Werten und Raten pro 100.000 Einwohner) wieder. Am häufigsten verstarben Personen der relevanten Altersgruppe in Wien (8,2 pro 100.000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren; vgl. Abbildung 6.2). Der hohe Anteil in Wien ist im Zusammenhang mit der großen Anzahl an Problemkonsumenten in Wien als einziger Großstadt Österreichs zu sehen. Die Berechnung der Todesrate der letzten drei Jahre im Verhältnis zur geschätzten Prävalenz des problematischen Drogenkonsums (Opioide – vgl. Abschnitt 1.3) ergibt für Wien eine Sterberate von 0,6 Prozent der Personen mit problematischem Drogenkonsum und liegt somit leicht unter dem Bundesdurchschnitt von 0,7 Prozent.

Abbildung 6.5:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DTF), geglätteter 3-Jahres-Wert für Wien, Österreich ohne Wien, Österreich, 1990–2011



2011-Wert nicht geglättet

GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

In Bezug auf den Konsum von Substanzen und den **Frauenanteil** zeigen sich **keine signifikanten regionalen Unterschiede** in den letzten drei Jahren.

Abbildung 6.5 stellt die Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle der unter 25-Jährigen für Wien, Österreich ohne Bundeshauptstadt und Gesamtösterreich dar. Während Wien zu Beginn der 1990er Jahre einen überdurchschnittlichen Anteil von jungen drogenbezogenen Todesfällen aufwies, ist seit Beginn der Jahrtausendwende der Anteil junger drogenbezogener Todesfälle in den restlichen Bundesländern wesentlich höher und lag Mitte der 2000er Jahre bei 50 Prozent (im Vergleich zu unter 30 Prozent zu Beginn der 2000er Jahre). Seitdem zeigt sich ein rückläufiger Trend, der jedoch im Jahr 2011 nicht fortgesetzt wurde.

6.8 Substitutionsbehandlung

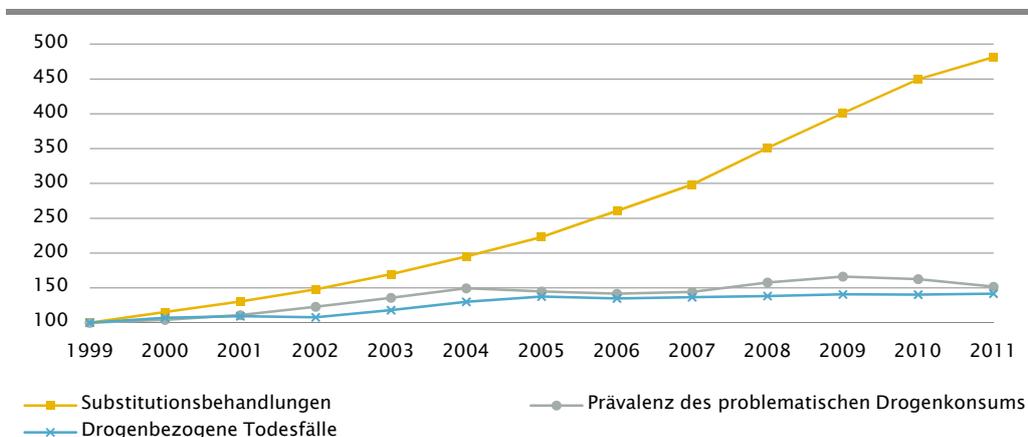
Von den 201 drogenbezogenen Todesfällen standen 34 Personen bis zum Tage ihres Todes in einer aufrechten Substitutionsbehandlung. Interessanterweise fanden sich mehr Frauen (20 %) als Männer (16 %) zum Zeitpunkt ihres Todes in Substitutionsbehandlung. In Tirol wurde die höchste Rate (30 %) an Personen in Substitutionsbehandlung unter den Verstorbenen festgestellt.

Stellt man die Entwicklung der zwei Indikatoren „drogenbezogene Todesfälle“ und Prävalenz des problematischen Drogenkonsums“ einander gegenüber, so zeigt sich, dass die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle stark mit der Prävalenz des problematischen Drogenkonsum korreliert (vgl. Abbildung 6.6).

Über 50 Prozent der Personen mit problematischem Drogenkonsum befinden sich in Substitutionsbehandlung (vgl. Kapitel 2.3). Der Anteil dieser Gruppe an den drogenbezogenen Todesfällen insgesamt ist signifikant niedriger (unter 20 %). Daraus kann geschlossen werden, dass Personen mit einem hohen Überdosierungsrisiko entweder aus dem Substitutionsbehandlungssystem fallen oder nicht von diesem erfasst werden. Es ist daher wichtig, diese Risikogruppen zu erreichen und gegebenenfalls die bestehenden Angebote zur Substitutionsbehandlung zu diversifizieren.

Abbildung 6.6:

Drogenbezogene Todesfälle, Personen in Substitutionsbehandlung und Prävalenz des problematischen Drogenkonsums – Zeitreihe (Index 1999 = 100 %)



2011-Wert nicht geglättet

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

6.9 Auffindungsort

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

Bereits die erste Analyse im Jahr 2005 zeigte, dass die Mehrheit der Personen in einer Wohnung verstarb. Dies setzte sich auch im Jahr 2011 fort (79 %). In Hotels, Jugendherbergen oder Notunterkünften wie Männerheimen verstarben sechs Prozent. In vier Prozent der Fälle war keine Kategorisierung möglich, weil der Auffindungsort nicht eruiert werden konnte.

Dass der weitaus größte Teil der tödlichen Überdosierungen in privaten Räumlichkeiten geschieht, kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Großteil des hochriskanten Drogenkonsums im (scheinbar) geschützten privaten Rahmen stattfindet. Unter Umständen aber kann dieser Rahmen das Ausbleiben von rascher Hilfe bei Intoxikationen bedeuten und damit das Risiko einer tödlich verlaufenden Überdosierung erhöhen¹.

¹

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

Bibliografie

Bammer G, Battison L, Ward J, Wilson S. The impact on retention of expansion of an public methadone program: In Drug and Alcohol Dependence 2000; 58(1-2): 173-180

Busch M., Haas S., Weigl M., Wirl C., Horvath I., Stürzlinger H. (2007). Langzeitsubstitutionsbehandlung Opioidabhängiger
[http://gripsdb.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta146_bericht_de.pdf]

Busch, M.; Eggerth, A. (2010). Nasaler Heroinkonsum in Österreich. Sucht; Jg.56:H.6, S. 415-422

EBDD (2010). Jahresbericht 2010. Stand der Drogenproblematik in Europa. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon

EBDD (2011). Jahresbericht 2011. Stand der Drogenproblematik in Europa. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon

EBDD (2012). Jahresbericht 2012. Stand der Drogenproblematik in Europa. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon

EMCDDA (2011a): Annual report 2011 – the state of the drugs problem in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon

EMCDDA (2011b): Statistical bulletin 2011.
<http://www.emcdda.europa.eu/stats11>
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon

Eggerth A., Keller-Ressel M., Lachout S. und Schmid, R. (2005). Freizeitdrogenkonsumenten in Österreich. Sucht 51:88-96.

GÖG/ÖBIG (2007a): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI) Klientenjahrgang 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG (2007b): Bericht zur Drogensituation 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG (2010). Drogen-Monitoring Auswertungsergebnisse 2004-2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien

GÖG/ÖBIG (2011): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI) Klientenjahrgang 2010. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

IFES (2011): BADO – Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2010. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien GmbH. Wien

Kalke, J./Verthein, U./Stöver H. (2005): Seuche Cannabis? Kritische Anmerkungen zu neueren epidemiologischen Studien: In: Suchttherapie, 5.Jg., Heft 6, S. 108 – 115

Kleiber, D. & Soellner, R. (1998). Cannabiskonsum in der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Einflussfaktoren. Weinheim: Juventa.

Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004

ÖBIG (2003). Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich – Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien 2003

Simon, R.; Sonntag, D.; Bühringer, G.; Kraus, L. (2004). Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland. IFT-München

Statistik Austria (2011a). Demographische Indikatoren 2010. Querschnittsindikatoren 2010. Schnellbericht 8.3. Wien

Statistik Austria (2011b). Todesursachenstatistik. Erstellt am 11.06.2012.
[http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html]