

Epidemiologiebericht Sucht 2021

Illegale Drogen, Alkohol und Tabak

Wissenschaftlicher Bericht

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

Epidemiologiebericht Sucht 2021

Illegale Drogen, Alkohol und Tabak

Wissenschaftlicher Bericht

Autorinnen/Autoren:

Judith Anzenberger
Martin Busch
Sylvia Gaiswinkler
Charlotte Klein
Irene Schmutterer
Tanja Schwarz
Julian Strizek

Unter Mitarbeit von:

Kinga Bartecka-Mino
Alexander Grabenhofer-Eggerth
Klaus Kellner
Alfred Uhl

Fachliche Begleitung:

Raphael Bayer
Franz Pietsch

Projektassistenz:

Bettina Engel / Monika Löbau

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

Wien, im Oktober 2021

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

Zitiervorschlag: Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Gaiswinkler, Sylvia; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2021): Epidemiologiebericht Sucht 2021. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/11/4390

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

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

Der Umwelt zuliebe:

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

Kurzfassung

Hintergrund, Fragestellung und Methoden

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

Ergebnisse

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

Rauchen ist die am weitesten verbreitete Sucht in Österreich. Etwa jede fünfte Person gibt an, täglich zu rauchen, ein gutes Drittel davon hat vor Kurzem erfolglos versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Tabakrauchen ist in Österreich gemäß aktuellen Schätzungen für 16 Prozent aller Todesfälle verantwortlich. Pandemiebedingt dürfte es im Jahr 2020 zu keinen Änderungen beim Anteil der täglich Rauchenden gekommen sein.

Alkohol ist jene gesundheitsgefährdende psychoaktive Substanz, mit der in Österreich die meisten Menschen Erfahrungen machen. Etwa 15 Prozent der Österreicher/innen trinken in einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß. Problematischer Alkoholkonsum, alkoholasoziierte Erkrankungen/Todesfälle sowie jugendlicher Alkoholkonsum sind seit Jahren rückläufig. Bei Auswirkungen der Coronapandemie muss zwischen Effekten auf die Gesamtbevölkerung und auf problematisch konsumierende differenziert werden. Insgesamt kam es zu einem Rückgang des Alkoholkonsums, jedoch gibt es Indizien für eine Verstärkung in bestimmten Gruppen. Pandemiebedingt sind die Behandlungen alkoholasoziiierter Krankheiten im Krankenhaus im Jahr 2020 deutlich zurückgegangen. Einige Indizien machen einen Anstieg des Behandlungsbedarfs nach der Coronakrise plausibel.

Schlussfolgerungen und Diskussion

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

Schlüsselwörter

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

Summary

Background, research question and methods

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

Findings

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

Smoking is the most widespread addiction in Austria. One in four to five people report smoking every day, a third of whom recently tried to quit without success. According to current estimates, tobacco smoking is responsible for 16 percent of all deaths in Austria. The pandemic showed no impact on the proportion of daily smokers.

Alcohol is the most common psychoactive substance in Austria. About 15 percent of Austrians drink to an extent that endangers their health. Problem alcohol consumption, alcohol-associated diseases/deaths and adolescent alcohol consumption have been declining for years. Regarding the impact of the Corona pandemic, a distinction must be made between effects on the population as a whole and on problem drinkers. Overall, there was a decrease in alcohol consumption, but there is evidence of an increase in certain groups. Due to the pandemic, treatments of alcohol-associated diseases in hospitals decreased significantly in 2020. Some indications make an increase in the need for treatment after the Corona crisis plausible.

Conclusion and discussion

The comprehensive analysis of the epidemiological situation and interpretation of current trends shows an overall stable situation of addiction problems. An analysis of the impact of COVID-19 on drug treatment shows that existing client contacts have been well maintained, but that there has been a decline in entry into the treatment system.

Keywords

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

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	IV
Abbildungen.....	VII
Abkürzungen.....	XII
Schlussfolgerungen und Diskussion.....	XIV
Hintergrund und Fragestellungen.....	XVIII
Methoden.....	XIX
1 Risikoreicher Drogenkonsum	1
1.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster-Situation 2020	1
1.2 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich 2019.....	5
1.3 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf.....	7
1.4 Alter und Geschlecht der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum	14
2 Drogenbezogene Behandlungen.....	19
2.1 Anzahl der behandelten Personen	19
2.2 Drogenkonsummuster der behandelten Personen.....	20
2.3 Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik	21
2.4 Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen	23
2.5 Versorgungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlungen	28
3 Kennzahlen der Drogensituation	31
4 Detailergebnisse DOKLI.....	33
4.1 Soziodemografie.....	33
4.2 Betreuungssituation	37
4.3 Drogenkonsum und Drogenproblematik.....	41
4.4 Situation zu Betreuungsende.....	48
5 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle.....	51
5.1 Definition und Datengrundlage	51
5.2 Übersicht: Situation im Jahr 2020	52
5.3 Trends: Gesamt, regional und nach Altersgruppen	53
5.4 Fokus: Altersstruktur	57
5.5 Nachgewiesene Substanzen.....	60
5.5.1 Detailergebnisse 2020	60
5.5.2 Nachgewiesene Substanzen im Zeitverlauf.....	62
5.6 Substitutionsbehandlung	63
5.7 Auffindungssituation	64
6 Alkoholkonsum	66
6.1 Charakteristik und Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich.....	66

6.2	Problematischer Alkoholkonsum in der erwachsenen Bevölkerung	68
6.3	Alkoholkonsum bei Jugendlichen	70
6.4	Morbidität und Mortalität durch exzessiven Alkoholkonsum	71
7	Tabak- und verwandte Erzeugnisse	79
7.1	Das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen sowie ihr Konsum von Wasserpfeifen/Shishas, E-Zigaretten und Kautabak/Snus	80
7.2	Rauchverhalten in der Bevölkerung ab 15 Jahren	82
7.3	Konsum von Wasserpfeifen/Shishas, E-Zigaretten und rauchfreien Tabakerzeugnissen in der Bevölkerung 15+	87
7.4	Passivrauchen	89
7.5	Morbidität und Mortalität infolge Tabakkonsums.....	90
7.6	Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören.....	92
8	Im Fokus: COVID-19.....	93
8.1	Auswirkungen auf das Konsumverhalten	93
8.2	Suchtbehandlungen	96
8.3	Drogenbezogene Todesfälle.....	102
	Bibliografie.....	103

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Anteil der (Leit-)Drogen nach Setting und bei direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2020	2
Abbildung 1.2:	Bei Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter Drogenkonsum (hierarchische Leitdroge) im Jahr 2020 (n = 2.899) nach Bundesland und in Österreich ohne Wien*	3
Abbildung 1.3:	Personen, die im Jahr 2019 mit einer ambulanten oder stationären drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU	4
Abbildung 1.4:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland, 2019	5
Abbildung 1.5:	Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden im Jahr 2019 nach Bundesländern (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige)	6
Abbildung 1.6:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien, 1999–2019	8
Abbildung 1.7:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen, 1999–2019	9
Abbildung 1.8:	Anteil von Personen unter 25 Jahren in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2000–2020	10
Abbildung 1.9:	Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen, 2003–2020	12
Abbildung 1.10:	Leitdrogen im Zeitverlauf in DOKLI (ambulanter Bereich), 2009–2020	13
Abbildung 1.11:	Altersverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2020	14
Abbildung 1.12:	Altersverteilung von Personen, die im Jahr 2019 mit einer ambulanten oder stationären drogenbezogenen Betreuung begannen, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU	15
Abbildung 1.13:	Geschlechtsverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2020	16
Abbildung 1.14:	Geschlechtsverteilung von Personen, die 2019 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begannen, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU	17
Abbildung 1.15:	Frauenanteil nach Altersgruppen in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2020	18

Abbildung 2.1:	Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung), 2020	21
Abbildung 2.2:	Opioidabhängige Personen (in Behandlung), 1999–2019	22
Abbildung 2.3:	Betreute Substitutionspatientinnen/-patienten pro Ärztin/Arzt* in Prozent, 2017–2020	24
Abbildung 2.4:	Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung, jeweils zum Stichtag 31. 12. in Österreich im Trend, 2011–2020	25
Abbildung 2.5:	Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Patientin / des Patienten, 2020.....	26
Abbildung 2.6:	Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Prozentsatz der von Fachärztinnen/-ärzten versus Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern betreuten Patientinnen/Patienten am Stichtag 31. 12. 2020 nach Bundesland.....	27
Abbildung 2.7:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland, 2020	28
Abbildung 2.8:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel, 2011–2020	29
Abbildung 2.9:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter, 2020.....	30
Abbildung 4.1:	Anzahl der Personen, die 2020 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Alter und Art der Betreuung	34
Abbildung 4.2:	Anteil unter 25-Jähriger bei Männern und Frauen, die mit einer längerfristig ambulanten drogenspezifischen Betreuung begannen, 2009–2020.....	35
Abbildung 4.3:	Personen, die 2020 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Wohnsituation und Art der Betreuung.....	36
Abbildung 4.4:	Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die 2020 mit einer längerfristig ambulanten Betreuung begannen und zu Behandlungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach Alter	38
Abbildung 4.5:	Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2020 mit einer Betreuung begannen, nach Betreuungsart.....	39
Abbildung 4.6:	Auflage/Weisung bei Personen, die 2020 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik und Art der Betreuung	40

Abbildung 4.7:	Personen, die 2020 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen und jemals intravenös Drogen konsumierten, nach Geschlecht, Alter und Art der Betreuung	41
Abbildung 4.8:	Anteil der Personen, die jemals intravenös Drogen konsumierten, an den Klientinnen und Klienten, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begannen, 2006–2020	42
Abbildung 4.9:	Jemals Needle-Sharing bei Personen mit i.v. Konsumerfahrung, die 2020 eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht und Alter (n = 514)*	43
Abbildung 4.10:	Personen, die 2020 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung	44
Abbildung 4.11:	Personen, die 2020 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdrogendefinition (EBDD) und Art der Betreuung	45
Abbildung 4.12:	Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdroge Opioide und Cannabis, 2009–2020	46
Abbildung 4.13:	Alter der Personen beim Erstkonsum (Median), die 2020 in Österreich mit einer längerfristig ambulanten Betreuung begannen, nach Substanzen und Geschlecht	46
Abbildung 4.14:	Dauer der Betreuung von Personen, die 2020 ihre Betreuung beendeten, nach Setting	49
Abbildung 4.15:	Betreuungsausgang bei Personen, die 2020 eine Betreuung beendeten, nach Betreuungsart	49
Abbildung 5.1:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2003–2020 (absolut)	54
Abbildung 5.2:	95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2020, gemittelter Drei-Jahres-Wert	55
Abbildung 5.3:	Drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Österreicherinnen/Österreicher im Alter von 15 bis 64 Jahren nach Region, 1993–2020, gemittelter Drei-Jahres-Wert	56
Abbildung 5.4:	Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen nach Geschlecht, 1993–2020, gemittelter Drei-Jahres-Wert	57
Abbildung 5.5:	Mittleres Alter bei den drogenbezogenen Todesfällen, 1993–2020, gemittelter Drei-Jahres-Wert	58
Abbildung 5.6:	Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen in Wien, Österreich ohne Wien, Österreich gesamt, 1993–2020, gemittelter Drei-Jahres-Wert	59

Abbildung 5.7:	Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2020	63
Abbildung 5.8:	Anteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle, bei denen die/der Betroffene in Substitutionsbehandlung war, an allen direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2011–2020, gemittelter Drei-Jahres-Wert	64
Abbildung 6.1:	Konsumprävalenz Alkohol nach Altersgruppen	66
Abbildung 6.2:	Verlauf des durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsums in Gramm Alkohol, 1955–2020	68
Abbildung 6.3:	Problematischer Konsum (mehr als 40 bzw. 60 Gramm Alkohol pro Tag) nach Geschlecht und Alter	69
Abbildung 6.4:	Durchschnittskonsum Jugendlicher pro Tag nach Geschlecht (in Gramm Alkohol)	71
Abbildung 6.5:	Verteilung von Patientinnen/Patienten mit alkoholassozierten Diagnosen auf unterschiedliche Diagnosecluster (Leistungsjahr = 2020)	72
Abbildung 6.6:	Rate der Patientinnen/Patienten mit Alkoholabhängigkeitsdiagnosen und chronischen Lebererkrankungen pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner, 2002–2020	73
Abbildung 6.7:	Anteil der Verstorbenen nach Alter zum Todeszeitpunkt bei alkoholassozierten Todesursachen und bei allen Todesursachen, 2020	76
Abbildung 6.8:	Alkoholassozierte Todesfälle in Prozent aller Verstorbenen nach Geschlecht, 1955–2020	77
Abbildung 6.9:	Veränderung des Anteils der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses an allen Unfällen, Verletzten und Toten im Straßenverkehr, 1961–2020	78
Abbildung 7.1:	Anteil der täglich rauchenden 15-Jährigen, 2002–2020	81
Abbildung 7.2:	Anteil der täglich Rauchenden an der Bevölkerung 15+, 1972–2020	83
Abbildung 7.3:	Rauchstatus der Bevölkerung 15+ im Bundesländervergleich 2019	84
Abbildung 7.4:	Tägliche Raucherinnen/Raucher 15+ im EU-28-Vergleich 2014	85
Abbildung 7.5:	Durchschnittlicher täglicher Konsum von Zigaretten in der Bevölkerung 15+, 1980–2020	86
Abbildung 7.6:	Entwicklung der Todesfälle pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner infolge von Bronchialkarzinomen (C33 u. C34, ICD-10), 1980–2019	91
Abbildung 7.7:	Täglich Rauchende, die im letzten Jahr erfolglos versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören, nach Alter und Geschlecht, 2019	92
Abbildung 8.1:	Prozentuelle Veränderung der Behandlungszahlen im Pandemiejahr 2020 im Vergleich zum Jahr 2019 (Substitution) bzw. 3-Jahresdurchschnitt 2017–2019 (DOKLI)	99

Abbildung 8.2: Stationäre Behandlungen wegen Alkoholabhängigkeitsdiagnosen, 2019 und 2020 im Vergleich	101
---	-----

Tabellen

Tabelle 2.1: Schätzung der insgesamt wegen des Konsums illegaler Drogen behandelten Personen nach Setting im Jahr 2020	20
Tabelle 3.1: Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2020 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren), in Absolutzahlen	31
Tabelle 3.2: Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2020 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren) pro 100.000, 15- bis 64-Jährige.....	32
Tabelle 4.1: Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulanzien“ und „andere Drogen“ aller 11.816 längerfristig ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen, 2020	47
Tabelle 6.1: Explizit in Zusammenhang mit Alkohol stehende Todesursachen und Todesursachen mit einer begünstigenden Wirkung exzessiven Alkoholkonsums (2020, getrennt nach Geschlecht).....	75
Tabelle 8.1: Personen in Substitutionsbehandlung, 2019 und 2020 im Vergleich	97
Tabelle 8.2: Längerfristig behandelte Personen in DOKLI-Einrichtungen nach Behandlungssetting, 2017–2019 und 2020 im Vergleich	98

Abkürzungen

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

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

Schlussfolgerungen und Diskussion

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

Illegale Drogen

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

Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass in Österreich 31.000 bis 37.000 Menschen einen risikoreichen Opioidkonsum – großteils in Form von Mischkonsum – haben (Prävalenzschätzung). Von diesen konsumieren zwischen 9.300 und 14.800 Personen vorwiegend intravenös. Fast alle verfügbaren Daten des Drogenmonitorings lassen auf einen Rückgang bzw. eine Stagnation des risikoreichen Opioidkonsums in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen schließen (weniger Einsteigerinnen und Einsteiger). Einschränkend muss jedoch angemerkt werden, dass sich bei den drogenbezogenen Todesfällen 2020 ein Anstieg in dieser Altersgruppe beobachten lässt. Derzeit lässt sich aber in Zusammenschau mit den anderen Datenquellen kein Trend zu mehr Einsteigerinnen und Einsteigern in den risikoreichen Drogenkonsum ableiten. Dennoch muss die Situation gerade in Bezug auf die drogenbezogenen Todesfälle weiterhin unter Beobachtung bleiben. Derzeit gibt es in den verfügbaren Daten keine eindeutigen Hinweise auf eine nachhaltige Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums auf andere Substanzen (z. B. Cannabis, Stimulanzien). Die Altersstruktur hat sich stark verändert und es zeigt sich (analog der Gesamtentwicklung in Europa) eine deutliche „Alterung“ der Personengruppe mit risikoreichem Opioidkonsum. Dies kann einerseits auf den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und andererseits auf die gute therapeutische Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) zurückgeführt werden. Insgesamt betrachtet ist die Situation hinsichtlich der Opioidproblematik daher relativ stabil geblieben.

Über die Hälfte der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum befindet sich den aktuellsten Schätzungen zufolge in Substitutionsbehandlung. Es ist gelungen, über die Jahre die Behandlungsrate von opioidabhängigen Personen massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg gewertet werden. 2020 befanden sich 19.233 Personen in Substitutionsbehandlung. Österreichweit werden rund drei Viertel aller Substitutionsbehandlungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern durchgeführt. Die Anzahl der in der Substitutionsbehandlung versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte (571) ist 2020 im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken, aber immer noch höher als 2017 und 2018. Eine regionale Unterversorgung kann nicht ausgeschlossen werden.

Im Jahr 2020 waren insgesamt 191 drogenbezogene Todesfälle (tödliche Überdosierungen) zu verzeichnen und damit etwas weniger als im Vorjahr (2019: 196; 2018: 184, 2017: 154).

Tabak- und verwandte Erzeugnisse

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

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

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

Alkohol

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

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

COVID-19

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

Eine Analyse der Auswirkungen auf die Suchtbehandlungen im illegalen Bereich (DOKLI, Substitutionsbehandlungen) zeigt, dass bestehende Klientenkontakte gut aufrechterhalten werden konnten, dass es jedoch einen Rückgang beim Einstieg ins Behandlungssystem gibt. So konnten beispielsweise bereits bestehende Substitutionsbehandlungen auch während der COVID-19-Krise gut aufrechterhalten werden. Ein Rückgang zeigt sich hingegen bei den lebensbezogenen Erstbehandlungen, vom Rückgang der Erstbehandlungen waren beide Geschlechter und alle Altersgruppen gleichermaßen betroffen.

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

Situation insgesamt

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

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

Hintergrund und Fragestellungen

In den letzten 20 Jahren wurde das Monitoringsystem im Drogenbereich gemäß den Standards der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht kontinuierlich ausgebaut und verbessert. Die Implementierung des Behandlungsdokumentationssystems DOKLI im Jahr 2006 und der Start des Routinebetriebs von eSuchtmittel im Jahr 2011 stellen hier wichtige Meilensteine dar. Um die Daten und Ergebnisse des Drogenmonitorings der Öffentlichkeit in adäquater Form zur Verfügung zu stellen, wurde im Jahr 2012 der erste *Epidemiologiebericht Drogen* inklusive Tabellenanhang publiziert. In diesem gingen die vorher eigenständig publizierten Berichte zu DOKLI und zu den drogenbezogenen Todesfällen auf. Mit Gründung des an der GÖG angesiedelten Kompetenzzentrums Sucht im Jahr 2015 wurde der auf illegale Drogen beschränkte Bericht kontinuierlich um Berichtsteile über weitere Substanzen (z. B. Psychopharmaka) erweitert und in *Epidemiologiebericht Sucht* umbenannt. Aus Ressourcengründen werden nicht jedes Jahr alle Substanzen behandelt. 2021 umfasst der Bericht illegale Drogen, Alkohol und Tabak¹.

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

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

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

¹

Aus Gründen der Vereinfachung wird der Teil des Berichts mit dem Begriff „Tabak“ überschrieben, er umfasst jedoch auch Tabak verwandte Erzeugnisse, sowie Wasserpfeifen.

Methoden

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

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

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

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

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

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

Anzeigen/Anfangsverdachtsfälle SMG (*Statistikregister eSuchtmittel*): Das Suchtmittelgesetz (SMG, BGBl I 1997/112) differenziert nach Menge und Klassifizierung (Suchtmittel, Suchtgifte² und psychotrope Stoffe³, Drogenausgangsstoffe⁴). Die Substanzen, die dem jeweiligen Begriff zugeordnet werden, sind in Verordnungen aufgelistet. Unterschieden wird im SMG zwischen Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG), die den unerlaubten Umgang mit Suchtgift betreffen, und Verbrechenstatbeständen, welche die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28 SMG) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a SMG) betreffen. Der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe, nach Rechtsprechung wird er jedoch regelmäßig durch andere Tathandlungen (insb. Besitz) kriminalisiert. Unter Strafe stehen z. B. Erwerb, Besitz und Erzeugen von Suchtmitteln (Busch et al. 2021). Bei Verstößen gegen das SMG erfolgt eine Strafanzeige (im Weiteren „Anzeige“), außer eine Person begeht eine Straftat nach § 27 Abs. 1 und 2 ausschließlich für den eigenen persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch einer/eines anderen, ohne dass diese Person daraus einen Vorteil gezogen hat; in diesen Fällen wird anstelle einer Anzeige dieser Umstand als **Anfangsverdacht** der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde mitgeteilt, welche sich im Rahmen einer Begutachtung nach § 12 SMG weiter darum kümmert (BGBl I 1997/112). Auch die Anzeigen und Anfangsverdachtsfälle stehen im pseudonymisierten Statistikregister *eSuchtmittel* für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung.

2

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

3

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

4

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

Behandlungsdokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe (DOKLI): Daten zur Beschreibung der Klientel der Drogenhilfe liefert seit 2006 die einheitliche *Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen* (DOKLI), an der sich die meisten relevanten Drogeneinrichtungen Österreichs beteiligen. Die Datenerfassung inkludiert alle seitens der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) definierten Fragen. Zusätzlich erfasst werden auf freiwilliger Basis Daten bezüglich Infektionskrankheiten (ebenfalls gemäß den Richtlinien der EBDD) und ICD-10-Codes. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bzw. Fachärztinnen und Fachärzte sind, obgleich sie rund 70 Prozent der Substitutionsbehandlungen durchführen, nicht an DOKLI beteiligt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten zwar auf Einrichtungsebene ausgeschlossen werden können, solche von Klientinnen und Klienten, die im Referenzjahr in mehreren Einrichtungen betreut wurden, hingegen aufgrund des aggregierten Charakters der Daten (mit Ausnahme jener Wiens) nicht zu verhindern sind. Wie hoch der Anteil solcher Mehrfachbetreuungen ist, kann nur vermutet werden. Ein grober Richtwert ist dem Wiener BADO-Bericht 2011 (IFES 2011) zu entnehmen, in dem Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Referenzzeitraum in mehreren Drogeneinrichtungen betreut wurden, über einen Identifier eruiert werden konnten. Im Jahr 2010 wurden demnach rund 22 Prozent der in der BADO erfassten Klientinnen und Klienten in mehr als einer Einrichtung betreut (13,5 % in zwei Einrichtungen, 7,6 % in mehr als zwei). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Drogeneinrichtungen in Wien aufgrund der räumlichen Konzentration höher ist als in ländlichen Gebieten und dass daher der Anteil der Mehrfachbetreuungen für Gesamtösterreich etwas geringer ausfällt. Aufgrund erwartbarer Verschiebungen von Face-to-Face-Kontakten im Zusammenhang mit Suchtbehandlung und -beratung in Zeiten pandemiebedingter Lockdowns wurden die dokumentierenden DOKLI-Einrichtungen auf Wunsch der EBDD Ende März 2020 gebeten, bis auf Weiteres Behandlungen über das Internet sowie Kontakte per Telefon in der Dokumentation wie Face-to-Face-Kontakte zu behandeln und somit mit zu dokumentieren. Bei vier Einrichtungen des Psychosozialen Netzwerkes (PSN) in der Steiermark kam es 2021 bei der Bereitstellung der DOKLI-Daten aus dem Behandlungsjahr 2020 zu Abweichungen im Vergleich zu den Vorjahren. Es wurden nicht alle Daten übermittelt. Somit kann es zu Abweichungen zwischen den Steiermark-Ergebnissen in diesem Bericht und Ergebnissen in vom Land Steiermark veröffentlichten Berichten (wo dieser Fehler im Nachhinein korrigiert wurde) kommen.

Spitalsentlassungscodes nach ICD-10 (DLD): Die Daten der stationären Versorgung stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten. Einschränkung ist hier anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Wissensstand zum Zeitpunkt der Entlassung. Verlegungen zwischen Abteilungen innerhalb einer Krankenanstalt werden nicht als eigene Aufenthalte gewertet. Die DLD enthält die Dokumentation jedes einzelnen stationären Aufenthalts. Da die Daten primär zu Abrechnungszwecken erhoben werden, sind sie sehr vollständig, jedoch für epidemiologische Auswertungen nur bedingt verwendbar. So kommt es zu Verzerrungen wie z. B. hoher Krankenhausmorbidity in Regionen mit hoher Bettendichte oder infolge bestimmter Anreize des Krankenhausfinanzierungssystems. Seit 2015 wird pro Patientin/Patient eine pseudonymisierte Patienten-ID mitgeliefert, die eine eindeutige Identifikation ermöglicht. Diese ID ist nicht bei allen Aufenthalten vermerkt. Vor 2015 gab es keine ID, die Patientenanzahl wurde aus den Aufenthalten geschätzt. Daher kommt es ab 2015 zu einem Zeitreihenbruch. 2019 ist das aktuellste Jahr, zu dem bei Redaktionsschluss Daten zur Verfügung standen.

Drogenbezogene Todesfälle: Seit 1989 werden in Österreich vom Gesundheitsressort Daten in Hinblick auf drogenbezogene Todesfälle gesammelt. Die entsprechenden Meldeverpflichtungen sind in § 24c des SMG geregelt, demzufolge polizeiliche Meldungen über mutmaßlich drogenbezogene Todesfälle, Obduktionsergebnisse und Totenbeschauscheine dem BMSGPK übermittelt werden. Zur Klassifizierung der sogenannten „verifizierten Fälle“ werden die (gerichtsmedizinischen) Obduktionen herangezogen. In Fällen, bei denen keine Leichenöffnung vorgenommen wurde, dient der Totenbeschauschein zur Klassifizierung (nicht verifizierte Fälle). Zusätzlich zu den polizeilichen Meldungen wird auch eine eigens angeforderte Liste der Statistik Austria über die in der allgemeinen Todesursachenstatistik als Drogentodesfälle vermerkten Fälle für die Statistik herangezogen. **Direkt drogenbezogene Todesfälle** sind Todesfälle infolge **akuter** Intoxikationen („Überdosierung“), d. h., es gibt bei diesen Fällen einen zeitlichen und medizinischen Zusammenhang zwischen Intoxikation und Tod, der durch eine Ärztin / einen Arzt festgestellt wurde. Es gilt dabei zu bedenken, dass es keine allgemeingültigen definierten Grenzen für toxische Mengen an Suchtgiften gibt, die unmittelbar zum Tod führen. Häufig führt das Zusammenspiel mehrerer Substanzen im Rahmen eines Mischkonsums zum Tod, wobei die einzelnen Substanzmengen für sich allein nicht unbedingt in letaler Konzentration nachgewiesen sein müssen. Einbezogen werden dabei sowohl Intoxikationen mit **Suchtgift** (§ 2 SMG, BGBl. I Nr. 112/1997 in der geltenden Fassung) als auch Intoxikationen mit **neuen psychoaktiven Substanzen** (NPS) im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetzes (NPSG, BGBl. I Nr. 146/2011). Durch das Erfassen von Daten aus verschiedenen Quellen (BMI, gerichtsmedizinische Institute, privat tätige gerichtsmedizinische Gutachterinnen/Gutachter, Landessanitätsdirektionen aller Bundesländer, Statistik Austria) kann davon ausgegangen werden, dass die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle vollständig ist. Die gesammelten Daten werden in ein Onlineregister eingespeist und jährlich ausgewertet.

Österreichische Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch (2004, 2008, 2015 und 2020): Repräsentative Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch bzw. zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial wurden in Österreich jeweils in den Jahren 2004, 2008, 2015 und 2020 durchgeführt (Strizek/Uhl 2016a; Strizek et al. 2021; Uhl et al. 2005c; Uhl et al. 2009). Die Vergleichbarkeit der Erhebungswellen ist durch die identische Zielgruppe (österreichische Wohnbevölkerung ab 15 Jahren), das identische Auswertungsprozedere (Gewichtung nach Alter und Geschlecht entsprechend der Bevölkerungsstatistik, Ausschlusskriterien für ungültige Angaben) sowie durch eine hohe Anzahl gleichbleibender Fragemodule weitgehend gegeben. Im Jahr 2020 musste aufgrund des Ausbruchs der Corona-Pandemie in Österreich erstmalig die gesamte Erhebung mittels eines repräsentativen Online-Samples durchgeführt werden. Teilnehmerinnen/Teilnehmer für die Onlinebefragung wurden zufällig aus einem bestehenden und offline rekrutierten Sample ausgewählt und mittels E-Mail bis zu dreimal zur Teilnahme eingeladen. Erstmals wurden zudem zwei Erhebungswellen durchgeführt (Welle 1: April bis Mai 2020, Welle 2: Oktober 2020), um unter anderem Veränderungen im Jahresverlauf abbilden zu können. Vergleiche im Rahmen der Erhebung aus dem Jahr 2015 zwischen der Onlinestichprobe und der Face-to-Face-Stichprobe (unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Bildung) zeigten nur minimale Unterschiede in den Prävalenzraten unterschiedlicher Substanzen. Der Stichprobenumfang umfasste bei der Erhebung im Jahr 2004 4.546 Datensätze bei einer Response-Rate von 21 Prozent (Bruttostichprobe ca. 22.000 Personen). 2008 konnten 4.196 gültige Datensätze bei einer Response-Rate von 34,4 Prozent realisiert werden (Bruttostichprobe von ca. 12.000 Personen). In der Erhebung 2015 wurden

insgesamt 4.014 gültige Datensätze erhoben und die Response-Rate für das Sample der persönlichen Interviews betrug 32 Prozent, für das Sample der Onlinebefragung 51 Prozent. In der Erhebung 2020 konnte für die erste Erhebungswelle eine Stichprobengröße von $n = 5.963$ sowie eine Beteiligungsquote von 39 Prozent erreicht werden. 55 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der ersten Welle haben sich auch an der zweiten Erhebungswelle beteiligt ($n = 3.289$).

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

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

Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS (2006/2007, 2014 und 2019) und **Sonderprogramme „Rauchgewohnheiten“ im Rahmen des Mikrozensus** (1972, 1979, 1986 und 1997): Die Gesundheitsbefragung 2019 wurde von der Statistik Austria im Zeitraum Oktober 2018 bis September 2019 bei 15.461 in Österreich wohnhaften Personen durchgeführt (2006 bzw. 2007 sowie 2014: 15.500 Personen). Die europaweit im Rahmen von EHIS (European Health Interview Survey) abgestimmte Erhebung enthält Fragen zu Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen und zu sozioökonomischen Merkmalen. Sie bietet Repräsentativität auf Ebene der Versorgungsregionen für die österreichische Bevölkerung in Privathaushalten ab einem Alter von 15 Jahren. Zu beachten ist, dass es sich hier um Selbstauskünfte der Befragten handelt und die Befragung keiner Teilnahmepflicht unterlag. Bei den im Zuge der Sonderprogramme „Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung“ im Rahmen des Mikrozensus von der Statistik Austria in den betreffenden Jahren erhobenen Daten wurden jeweils rund 60.000 Personen im Alter ab 16 Jahren befragt. Die Formulierungen der Fragen zum täglichen Rauchen weichen zwar etwas von jenen der beiden österreichischen Gesundheitsbefragungen ATHIS ab (vgl. Tabelle 2 im Annex), eine Darstellung der zeitlichen Entwicklung und der Trends bei den täglich Rauchenden ist jedoch möglich.

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

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

Epidemiologisches Meldesystem (EMS): Das Epidemiologische Meldesystem (EMS) ist eine gemeinsame Datenbank aller österreichischen Bezirksverwaltungsbehörden (BVB), aller Landessanitätsdirektionen, des Gesundheitsministeriums sowie der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) gem. § 4 Epidemiegesetz 1950. In dieses werden sämtliche anzeigepflichtigen Erkrankungen eingemeldet. Diese Daten werden parallel in ein Statistikregister überführt (gemäß § 4a Epidemiegesetz), welches der Statistik und der wissenschaftlichen Forschung dient⁵.

5

Quelle: <https://datenplattform-covid.goeg.at/EMS> [Zugriff am 16. 7. 2021]

1 Risikoreicher Drogenkonsum

1.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster-Situation 2020

Definition: Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) der „wiederholte Drogenkonsum, welcher Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen (EMCDDA 2013)⁶.

Schlüsse hinsichtlich risikoreicher Konsummuster können indirekt aus Behandlungsdaten (DOKLI) gezogen werden. Personen, die sich in eine drogenspezifische Behandlung begeben, haben in der Regel ein Problem mit ihrem Drogenkonsum. Die Diagnosen nach ICD-10 bei Entlassung aus stationärer Behandlung im Krankenhaus bieten einen Einblick in die drogenspezifischen Haupt- und Nebendiagnosen im stationären Bereich. Amtsärztliche Begutachtungen nach § 12 Suchtmittelgesetz (SMG), wonach Konsummuster von Personen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach sich ziehen⁷, stellen eine weitere Datenquelle dar. Informationen zu den problematischsten Konsummustern liefern die bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellten Substanzen.

6

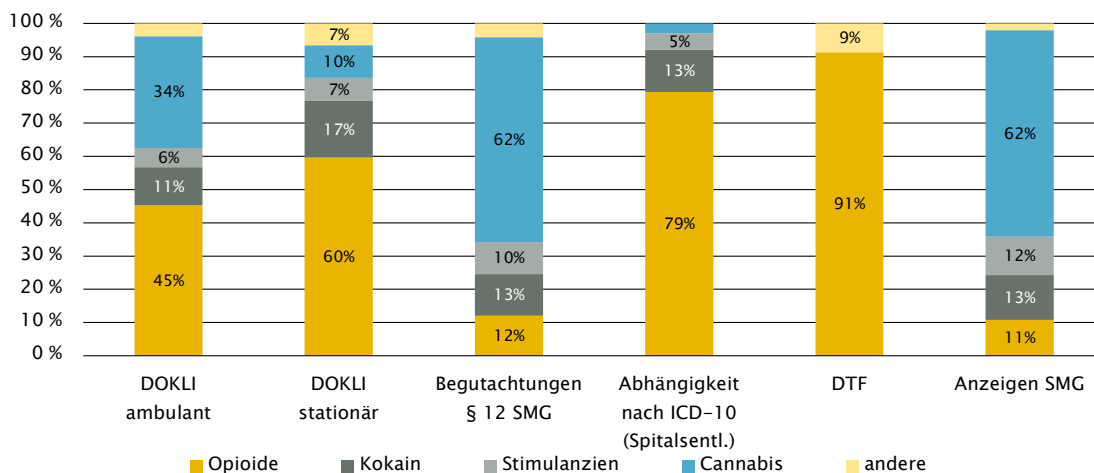
Diese Definition deckt sich mit jener des problematischen Drogenkonsums in Österreich, die betont, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen als solche problematisch oder unproblematisch seien. Als risikoreich wird Drogenkonsum dann bezeichnet, wenn dieser mit körperlichen, psychischen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

7

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

Abbildung 1.1:

Anteil der (Leit-)Drogen nach Setting und bei direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2020



Legende:

- DOKLI ambulant** = Personen, die 2020 mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n = 3.347)
- DOKLI stationär** = Personen, die 2020 mit einer stationären Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n = 639)
- Begutachtungen § 12 SMG** = amtsärztliche Begutachtungen, bei denen 2020 ein behandlungsrelevanter Konsum illegaler Drogen festgestellt wurde (n = 1.309). Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Daten aus Wien fehlen. Bei den Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird.
- Abhängigkeit nach ICD-10 (Spitalsentl.):** Hauptdiagnosen von Abhängigkeit von Opioiden, Kokain, Stimulanzien und Cannabis (F11.2, F12.2, F14.2 und F15.2) nach ICD-10 bei Spitalsentlassungen (n = 1.007) 2019 (aktuellste verfügbare Daten); bei den ICD-10-Spitalsentlassungsdiagnosen gibt es weder die Kategorie „andere“ noch eine hierarchische Leitdrogendefinition.
- DTF** = direkt drogenbezogene Todesfälle mit toxikologischen Analyseergebnissen 2020 (n = 149 von insgesamt 191) Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opiode > Kokain > Stimulanzien > andere [Halluzinogene, Tranquilizer] > Cannabis) – bei den drogenbezogenen Todesfällen fallen alle Überdosierungen ohne Beteiligung von Opioiden in die Kategorie „andere“.
- Anzeigen SMG** = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Suchtgift nach gültiger Leitdroge im Jahr 2020 (n = 28.334).

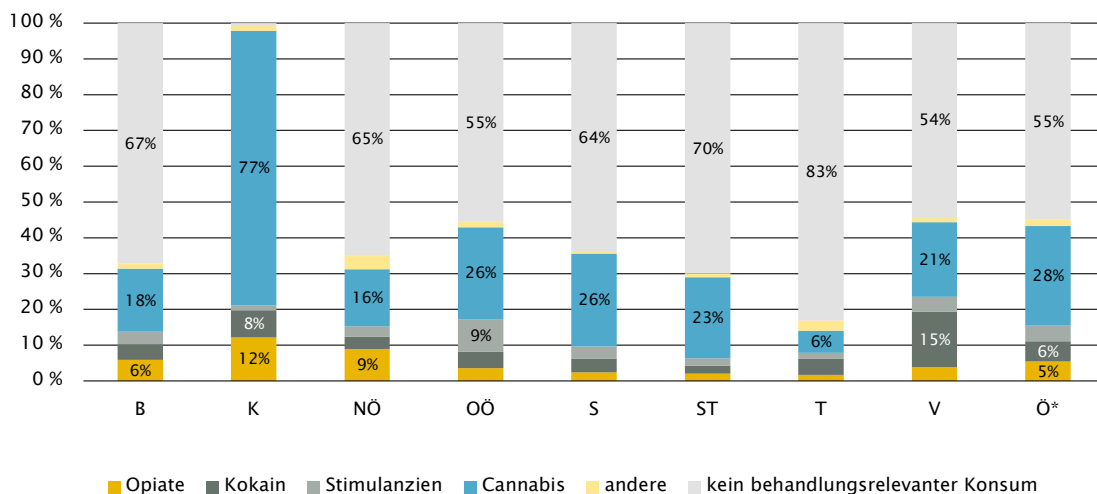
Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMSGPK, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich wird von Opioiden – meist in Kombination mit anderen Substanzen – dominiert. So zeigt Abbildung 1.1, dass in DOKLI-Einrichtungen, wo Personen mit risikoreichem Drogenkonsum andocken, diese zu einem großen Teil wegen der Leitdroge Opiode betreut werden. Behandlungen aufgrund einer Abhängigkeitsdiagnose im Spital sind zum überwiegenden Teil auf eine Abhängigkeit von Opioiden zurückzuführen. Auch die toxikologischen Analysen bei den direkt drogenbezogenen Todesfällen zeigen eine deutliche Dominanz von (Misch-)Intoxikationen mit Opioiden. Eine nähere Analyse der DOKLI-Daten veranschaulichte, dass der Großteil der im ambulanten und stationären Bereich wegen Opioiden betreuten Personen auch noch andere Drogen in problematischer Weise konsumiert (Busch et al. 2014). Bei den Begutachtungen nach § 12 SMG, die vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen durchgeführt werden, überwiegt der Cannabiskonsum.

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

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

Abbildung 1.2:
Bei Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter Drogenkonsum (hierarchische Leitdroge) im Jahr 2020 (n = 2.899) nach Bundesland und in Österreich ohne Wien*



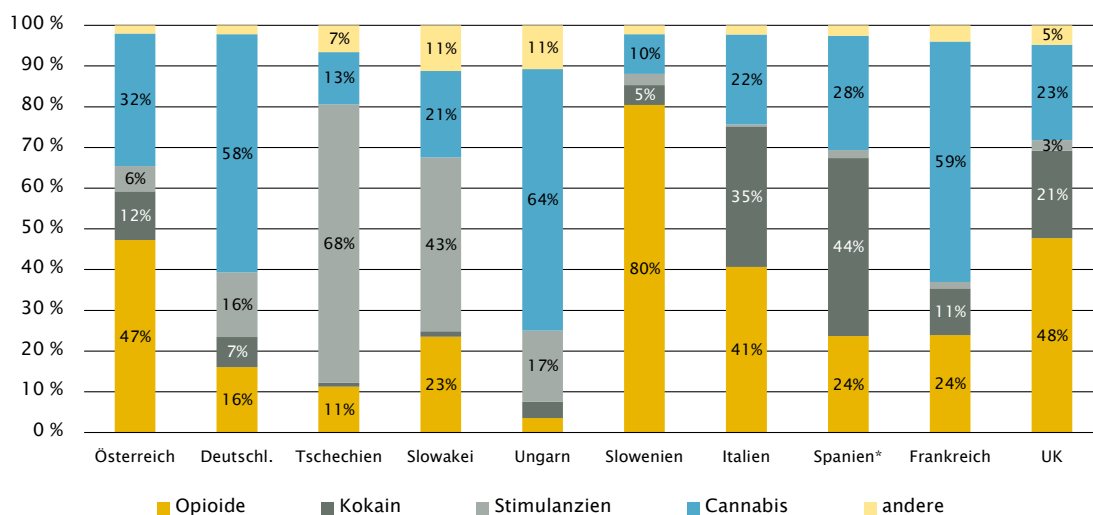
*= Österreich ohne Wien; Daten aus Wien fehlen. In den Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen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

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

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 1.3:

Personen, die im Jahr 2019 mit einer ambulanten oder stationären drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU



*aktuellste Daten 2018

Die Daten stammen aus dem Onlinetool der EBDD <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/tdi> [Zugriff am 10. 6. 2021], das das Statistical Bulletin ersetzt. Die neuesten verfügbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 2019.

Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2021; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Polytoxikomaner Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden und (risikoreicher) Konsum von Cannabis sind die in Österreich mit Abstand am häufigsten vertretenen Konsummuster im Behandlungsbereich. Dies ist nicht in allen EU-Ländern in gleichem Ausmaß der Fall, wie der Vergleich in Abbildung 1.3 zeigt. So spielt in den beiden Nachbarländern Tschechien und Slowakei, historisch gewachsen, Methamphetamin eine wichtige Rolle, in Italien und Spanien Kokain⁹ (vgl. die *Country Drug Reports* der jeweiligen Länder von 2020¹⁰). Der Konsum von Methamphetamin war in Österreich bisher auf lokale Szenen begrenzt, er findet vorwiegend in Oberösterreich statt. Dies zeigte sich in Analysen der Konsummuster im *Epidemiologiebericht Drogen* des Jahres 2015 (Busch et al. 2015). Auch in den aktuellen Datenquellen finden sich Hinweise darauf, dass dies noch immer so sein dürfte (z. B. bei Begutachtungen nach § 12 SMG und in DOKLI).

9

Ungarn sticht mit einem sehr großen Anteil an Personen mit der Leitdroge Cannabis hervor, was jedoch in erster Linie den Umgang mit dieser Droge in Ungarn widerspiegelt. Aufgrund der restriktiven Gesetzeslage befindet sich ein Großteil der behandelten Personen als Alternative zu rechtlichen Konsequenzen in Betreuung (vgl. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11332/hungary-cdr-2019_0.pdf [Zugriff am 4. 7. 2021]).

10

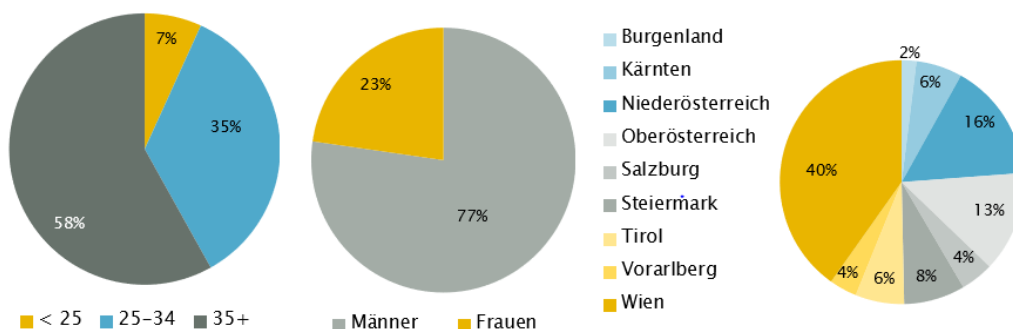
https://www.emcdda.europa.eu/publications-seriestype/country-drug-report_en [Zugriff am 14. 10. 2020]

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

1.2 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich 2019

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

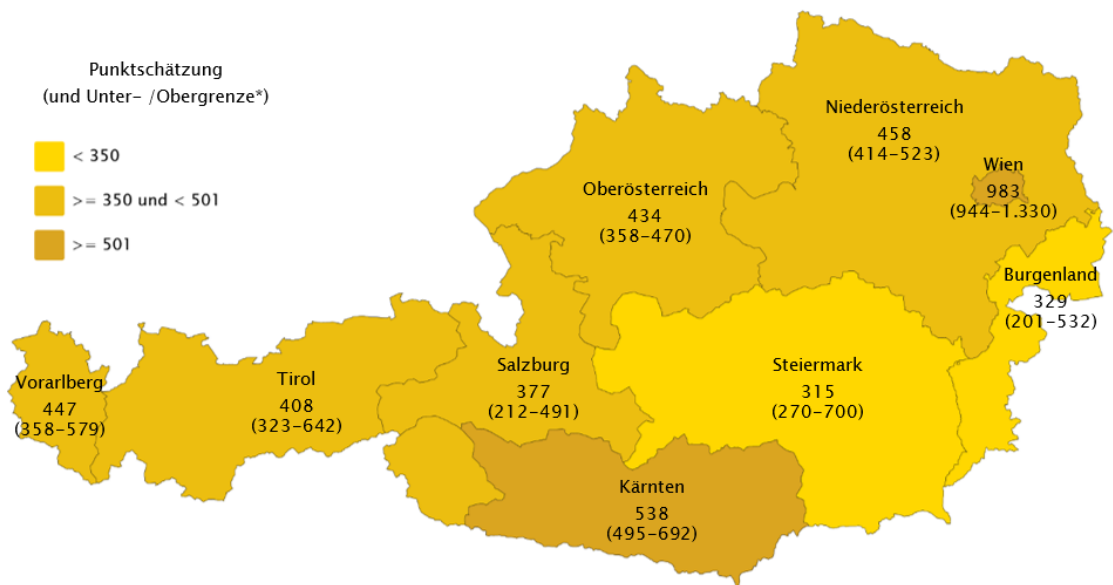
Abbildung 1.4:
Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland, 2019



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

Die aktuellsten Schätzungen kommen in Österreich für die Jahre 2018 und 2019 auf eine Anzahl von 31.000 bis 37.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden¹¹. Abbildung 1.4 zeigt die Zusammensetzung der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nach Alter und Geschlecht sowie nach Bundesländern. Rund drei Viertel der Betroffenen sind Männer. Der Großteil ist 25 Jahre alt oder älter (93 %) und 40 Prozent leben in Wien.

Abbildung 1.5:
Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden im Jahr 2019 nach Bundesländern (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige)



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

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

Um das Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums (Opioiden) in den Bundesländern genauer zu beschreiben, muss die Prävalenzschätzung auf die jeweilige Bevölkerungszahl in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen bezogen werden (vgl. Abbildung 1.5). Wien als einzige Großstadt Österreichs ist vom risikoreichen Drogenkonsum am stärksten betroffen, gefolgt von Kärnten, Niederösterreich und Vorarlberg. Die bundeslandspezifischen Schätzungen sind jedoch mit äußerster

11

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

Vorsicht zu interpretieren, da die Schätzungen insbesondere bei kleineren Bundesländern aufgrund der kleinen Populationsgrößen sehr unsicher sind und stark schwanken. Bei der Interpretation ist daher immer das Intervall zwischen Untergrenze und Obergrenze des Konfidenzintervalls über drei Jahre heranzuziehen.

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

Zusammenfassung: Laut rezenten Schätzungen gibt es in Österreich zwischen 31.000 und 37.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum, meist in Form von Mischkonsum mit anderen Substanzen. 40 Prozent dieser Personen leben in Wien. Wien als einzige Großstadt Österreichs¹² ist vom risikoreichen Drogenkonsum am stärksten betroffen, gefolgt von Kärnten, Niederösterreich und Vorarlberg. Ein Viertel ist weiblich und sieben Prozent sind unter 25 Jahre alt. Etwa 9.300 bis 14.800 Personen konsumieren vorwiegend intravenös.

1.3 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf

Der Verlauf der geschätzten Prävalenz¹³ des risikoreichen Drogenkonsums zeigt einen steilen Anstieg Anfang der 2000er-Jahre auf fast 30.000 Personen in den Jahren 2004/2005. Bis 2014 schwanken die Werte relativ konstant um 30.000. Bis 2017 lässt sich wiederum ein Anstieg auf etwa 36.500 Personen beobachten, gefolgt von einem Rückgang auf 32.000 Personen im Jahr 2019.

12

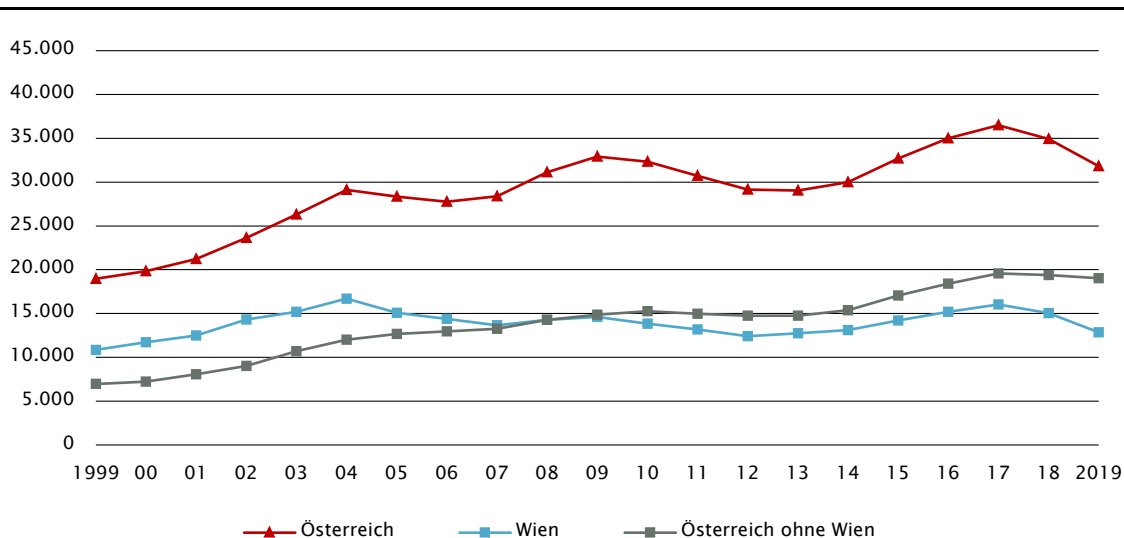
Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

13

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

Abbildung 1.6:

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



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

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

Betrachtet man die Entwicklung für Wien¹⁴ und für Österreich ohne Wien getrennt, so zeigt sich ein differenziertes Bild. Während in Wien die Werte bis 2004 anstiegen und zwischen 2004 und 2014 stagnierten, stiegen in Österreich ohne Wien die Prävalenzen weiter an und stagnierten erst zwischen 2010 und 2014. Bis 2017 stiegen die Werte sowohl in Wien als auch in den anderen Bundesländern an. Der darauffolgende Rückgang ist in Wien stärker ausgeprägt. Bis 2006 wurden für Wien etwas mehr Personen mit risikoreichem Drogenkonsum geschätzt als für die restlichen Bundesländer, ab dem Jahr 2009 wurde für Österreich ohne Wien die Prävalenz höher geschätzt. Es dürfte sich dabei um das Phänomen eines kontinuierlichen Angleichens des Drogenkonsummaßes zwischen der Großstadt Wien und ländlichen/kleinstädtischen Regionen handeln (vgl. Abbildung 1.6).

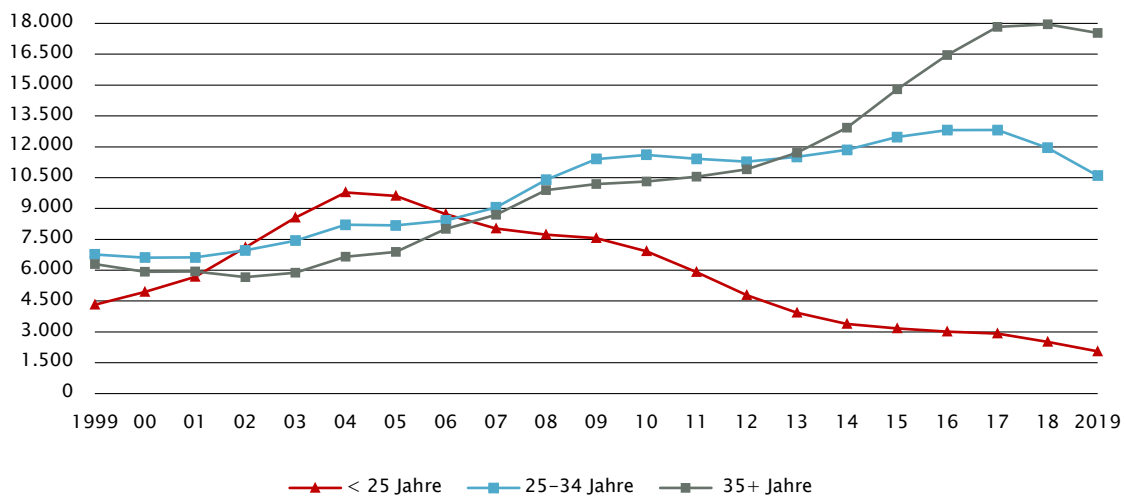
Einen vertieften Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen (vgl. Abbildung 1.7). Hier verdoppelte sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (15- bis 24-Jährige) zwischen 2000 und 2004. Dies bedeutet, dass in dieser Zeitspanne vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene in den risikoreichen Drogenkonsum eingestiegen sind. Seither ist die Prävalenz in dieser Altersgruppe aber wieder stark rückläufig (= weniger Einsteigerinnen/Einsteiger). Ab 2014 pendelte sich die geschätzte Prävalenz in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen bei 3.000 Personen ein und sank im Jahr 2019 auf etwa 2.000 Personen.

14

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

Mit der Alterung der „Generation Einstieg 2000 bis 2004“ wächst die Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (zunächst in der Altersgruppe 25 bis 34 Jahre und dann auch in der Altersgruppe über 34 Jahre) weiter an. Seit 2017 sind die Zahlen in allen Altersgruppen rückläufig.

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



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

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

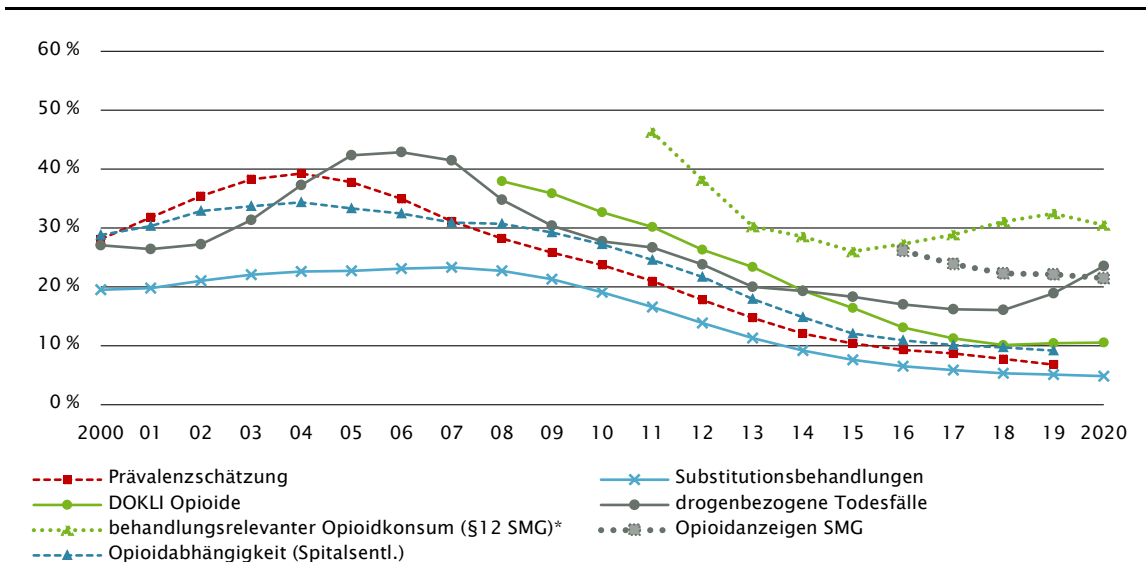
Der bis 2017 zu beobachtende Anstieg der Prävalenz ist daher nicht auf eine Verschärfung der Situation hinsichtlich Opioidproblematik zurückzuführen – dafür müssten die Zahlen in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre ansteigen. Er dürfte in erster Linie durch den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben davon Betroffener aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) bedingt sein¹⁵.

15

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

Abbildung 1.8:

Anteil von Personen unter 25 Jahren in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2000–2020



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

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

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

Opioidanzeigen SMG = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Suchtgift mit der Leitdroge Opioid. Bei allen Datenquellen wurde für den Zeitraum von 2000 bis zum jeweils vorletzten dargestellten Jahr zum Ausgleich von Zufallsschwankungen jeweils der Mittelwert aus drei Jahren herangezogen (gleitendes Mittel). Für das letzte dargestellte Jahr wird der Rohwert dargestellt (beim behandlungsrelevanten Opioidkonsum nach § 12 SMG ebenfalls im Jahr 2011).

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

Betrachtet man die Veränderung der Altersstruktur in allen in Österreich zur Verfügung stehenden Datenquellen anhand des Prozentanteils der Personen unter 25 Jahren (vgl. Abbildung 1.8), zeigt sich, dass dieser Prozentsatz Mitte der 2000er-Jahre zunächst in den Prävalenzschätzungen und dann bei den drogenbezogenen Todesfällen anstieg. Seit etwa 2007 sank bzw. stagnierte der Anteil der Personen unter 25 Jahren in fast allen Datenquellen. Dies spricht für eine im letzten Jahrzehnt stattfindende „Alterung“ der Population mit risikoreichem Drogenkonsum unter Opioidbeteiligung. Der Anteil der Personen unter 25 Jahren an den drogenbezogenen Todesfällen ist zwar 2020 wieder gestiegen, derzeit lässt sich aber in Zusammenschau mit den anderen Datenquellen kein Trend ableiten. Dennoch muss diese Entwicklung weiterhin genau beobachtet werden.

Zusammenfassung: Zwischen dem Beginn der 2000er-Jahre und 2004/2005 stieg die Prävalenz des risikoreichen Drogenkonsums aufgrund einer erhöhten Anzahl Jugendlicher und junger Erwachsener, die ihren risikoreichen Drogenkonsum starteten. Mittlerweile ist die Anzahl junger Personen mit risikoreichem Drogenkonsum in fast allen Datenquellen rückläufig. Der bis 2017 zu beobachtende Anstieg der geschätzten Prävalenz des risikoreichen Drogenkonsums wurde vorwiegend durch einen Anstieg in der Altersgruppe 35+ verursacht. Dieser dürfte in erster Linie durch den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben von Personen mit Opioidabhängigkeit aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) bedingt sein. Seit 2017 sinken die Zahlen in allen Altersgruppen. Der Anteil der Personen unter 25 Jahren an den drogenbezogenen Todesfällen ist jedoch 2020 wieder gestiegen, derzeit lässt sich aber in Zusammenschau mit den anderen Datenquellen kein Trend ableiten. Dennoch muss diese Entwicklung weiterhin genau beobachtet werden.

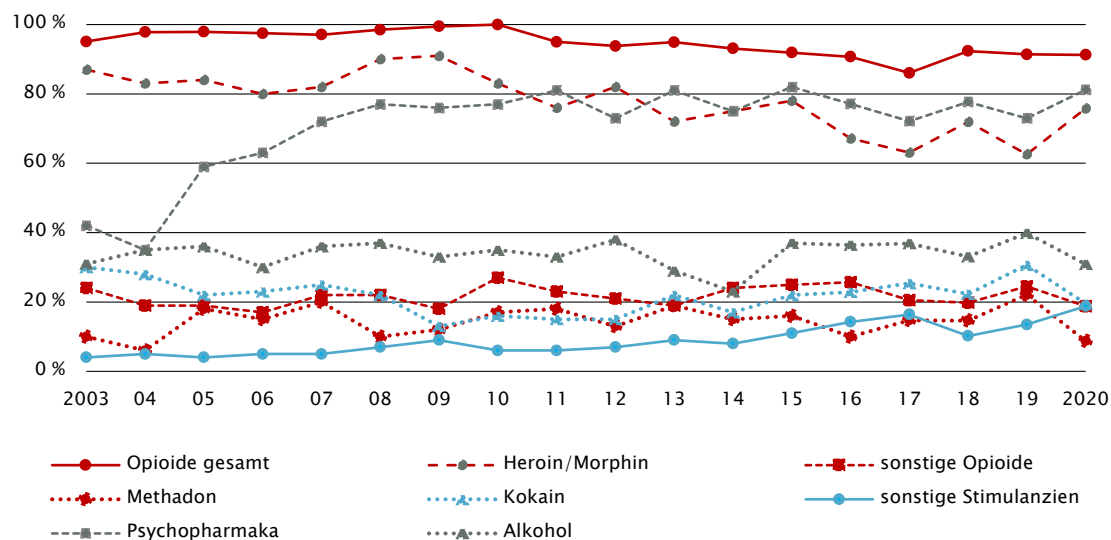
Da immer weniger Jugendliche und junge Erwachsene in den Opioidkonsum einsteigen, stellt sich die Frage, ob dies einen Rückgang des risikoreichen Drogenkonsums insgesamt bedeutet oder eine Veränderung risikoreicher Konsummuster hin zum Konsum anderer Drogen. Um dies zu prüfen, können die Zeitreihe der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

Die Substanzeanalysen bei direkt drogenbezogenen Todesfällen (vgl. Abbildung 1.9) machen Folgendes deutlich: An der Dominanz von Opioiden hat sich in den letzten Jahren nichts geändert, die tendenzielle Abnahme, die zwischen 2011 und 2017 zu beobachten war, setzt sich nicht fort. Kokain und sonstige Stimulanzien (sämtliche Stimulanzien wie z. B. (Meth)Amphetamin, Ecstasy etc. exklusive Kokain) werden weiterhin bei den Todesfällen deutlich seltener festgestellt als Opiode. Die Beteiligung von Kokain war 2003 mit 30 Prozent am höchsten und ging bis 2009 auf 13 Prozent zurück. Bis 2017 schwankten die Werte um die 20 Prozent. Nach einem Anstieg im Jahr 2018 (31 %) ist 2020 wieder ein Rückgang auf 19 Prozent festzustellen. Der Anteil an sonstigen Stimulanzien bewegt sich seit Anfang der 2000er-Jahre auf niedrigem Niveau, in den letzten zehn Jahren zeigt sich tendenziell ein leichter Anstieg. Die Anteile der Psychopharmaka stiegen zwischen 2004 und 2011 und pendeln sich seither zwischen 70 und 80 Prozent ein.

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

Abbildung 1.9:

Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen, 2003–2020



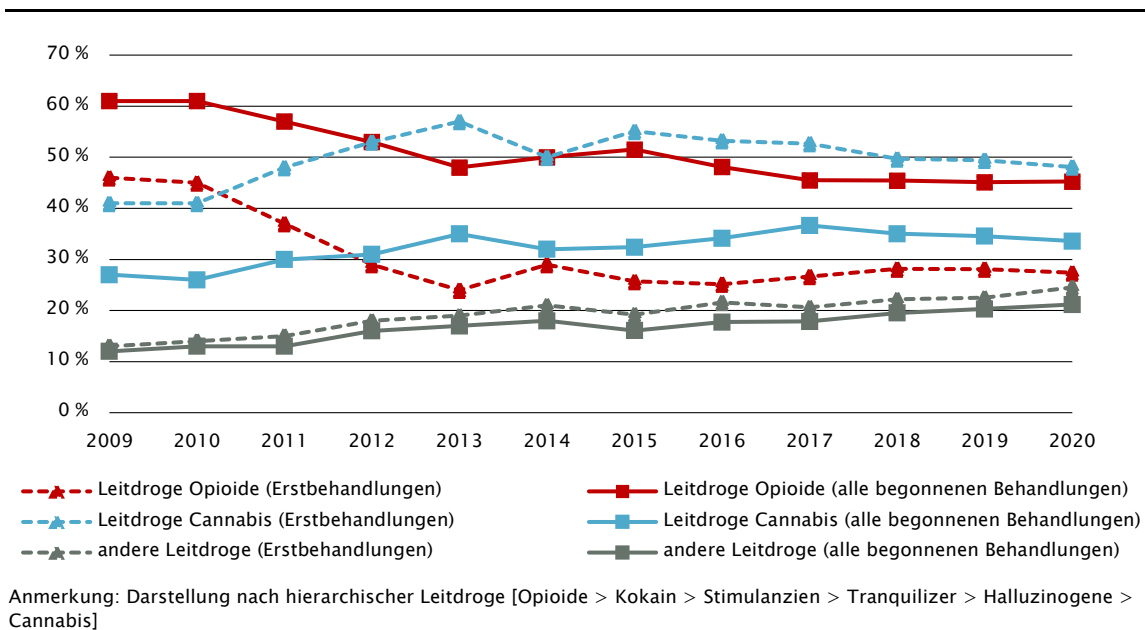
Anmerkung: Die Kategorie „sonstige Stimulanzien“ umfasst sämtliche Stimulanzien (z. B. (Meth)Amphetamin, Ecstasy, Mephedron/3-MMC, Cathinone, neue psychoaktive Substanzen (NPS) des Typs Stimulanzien) exklusive Kokain. Die Kategorie „sonstige Opiate“ beinhaltet auch NPS-Opiate.

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

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

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

Abbildung 1.10:
Leitdrogen im Zeitverlauf in DOKLI (ambulanter Bereich), 2009–2020



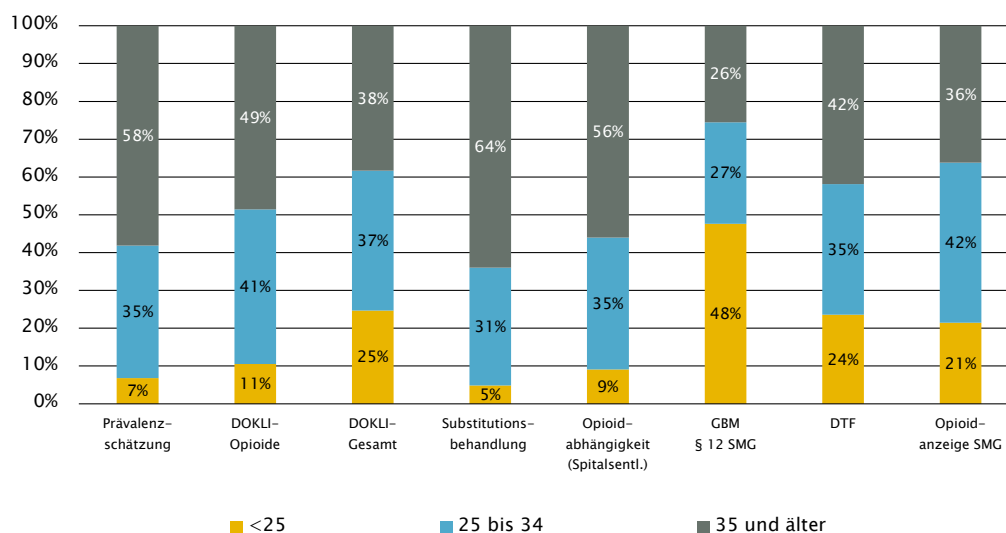
Quelle: DOKLI-Auswertung; Betreuungsjahre 2009 bis 2020; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

Zusammenfassung: Fast alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring lassen auf einen Rückgang bzw. eine Stagnation des risikoreichen Opioidkonsums bei den unter 25-Jährigen schließen (weniger Einsteigerinnen/Einsteiger). Jedoch zeigt sich bei den drogenbezogenen Todesfällen ein Anstieg bei den Jüngeren. Ob es sich dabei um eine Trendwende und um ein erstes Anzeichen für mehr Einsteigerinnen und Einsteiger in den risikoreichen Opioidkonsum handelt, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht einschätzbar. Daher muss die Situation gerade in Bezug auf die drogenbezogenen Todesfälle weiterhin unter Beobachtung bleiben.

1.4 Alter und Geschlecht der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum

Abbildung 1.11:
Altersverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2020



Prävalenzschätzung = geschätzte Anzahl an Personen mit risikoreichem Opioidkonsum 2019 (aktuellste Schätzung)

DOKLI-Opiode = Alter (zum Stichtag 30. 6. 2020) aller im Jahr 2020 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen mit der Leitdroge Opiode

DOKLI-Gesamt = Alter (zum Stichtag 30. 6. 2020) aller im Jahr 2020 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen

Substitutionsbehandlung = Substitutionsbehandlungen 2020

Opioidabhängigkeit (Spitalsentl.) = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2019 (jüngste verfügbare Daten; genauere Spezifikationen der Auswertung finden sich im Tabellenannex)

GBM § 12 SMG = Personen, für die 2020 eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat

DTF = drogenbezogene Todesfälle aufgrund drogenbezogener Überdosierungen 2020

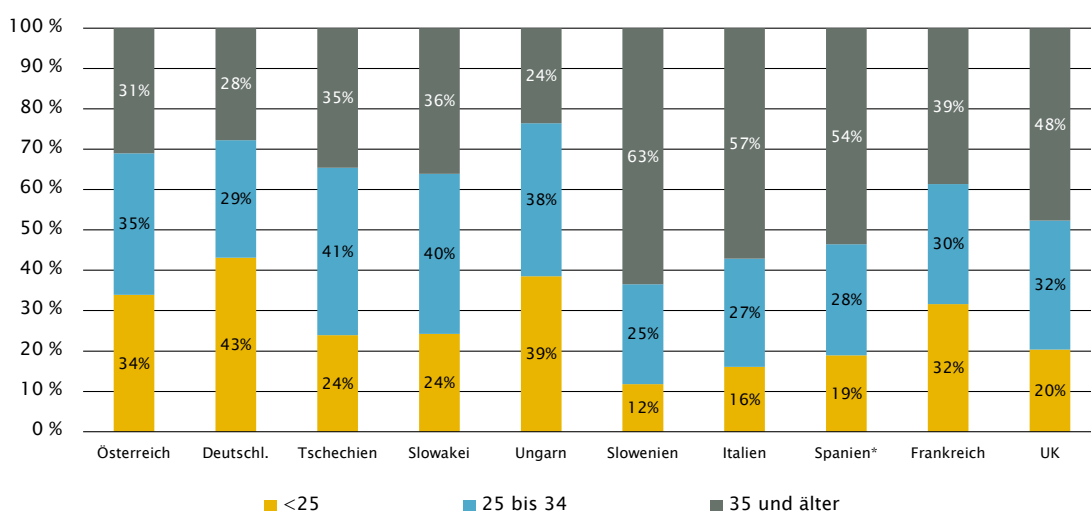
Opioidanzeige SMG = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Suchtgift mit der Leitdroge Opiode im Jahr 2020

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

Die Datenquellen (vgl. Abbildung 1.11), die sich auf Personen mit **risikoreichem Opioidkonsum** (Substitutionsbehandlung, DOKLI Opiode, Spitalsentlassungen, drogenbezogene Todesfälle) beziehen, zeigen alle sehr deutlich, dass junge Personen den geringsten Anteil ausmachen (zwischen 5 % und 24 %). Bei all diesen Datenquellen ist der Anteil der älteren Personen im Gegenzug sehr hoch (zwischen 36 % und 64 %). Bei **allen betreuten Personen** in DOKLI-Einrichtungen (unabhängig von der Leitdroge) und bei Personen, für die eine Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat, ist der Anteil der jüngeren Personen deutlich höher. Bei den gesundheitsbezogenen Maßnahmen ist die Klientel insgesamt sehr jung.

Ein Vergleich mit anderen EU-Ländern hinsichtlich der Altersstruktur ist lediglich für DOKLI-Daten aus dem Jahr 2019 möglich (vgl. Abbildung 1.12). Österreich liegt hier über alle Altersgruppen betrachtet eher im Mittelfeld, wobei der Anteil der Jungen im Vergleich relativ hoch ist. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass sich die Altersstruktur der Betroffenen in Österreich Mitte der 2000er-Jahre stark verjüngte (viele Einsteigerinnen/Einsteiger; vgl. Abschnitt 1.3) und das Klientel seither kontinuierlich altert.

Abbildung 1.12:
Altersverteilung von Personen, die im Jahr 2019 mit einer ambulanten oder stationären drogenbezogenen Betreuung begannen, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU



*aktuellste Daten 2018

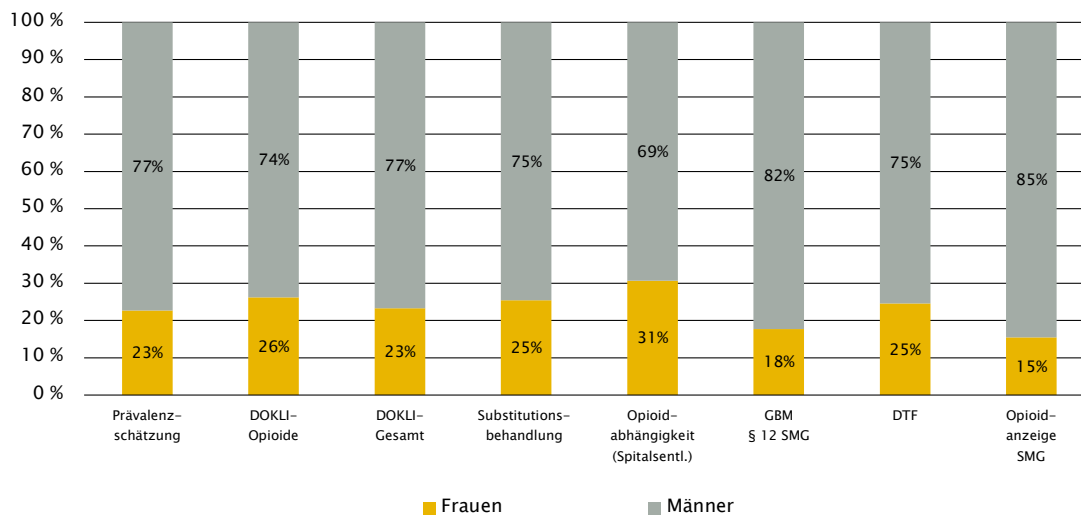
Die Daten stammen aus dem Onlinetool der EBDD <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/tdi> [Zugriff am 10. 6. 2021], das das Statistical Bulletin ersetzt. Die neuesten verfügbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 2019.

Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2021; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

Abbildung 1.13:

Geschlechtsverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2020



Prävalenzschätzung = aktuellste Schätzung 2019 (aktuellste Schätzung)

DOKLI-Opiode = 2020 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreute Personen mit der Leitdroge Opiode

DOKLI-Gesamt = 2020 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreute Personen

Substitutionsbehandlung = Substitutionsbehandlungen 2020

Opioidabhängigkeit (Spitalsentl.) = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2019 (aktuellste verfügbare Daten)

GBM § 12 SMG = Personen, für die im Jahr 2020 eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat

DTF = drogenbezogene Todesfälle aufgrund drogenbezogener Überdosierungen 2020

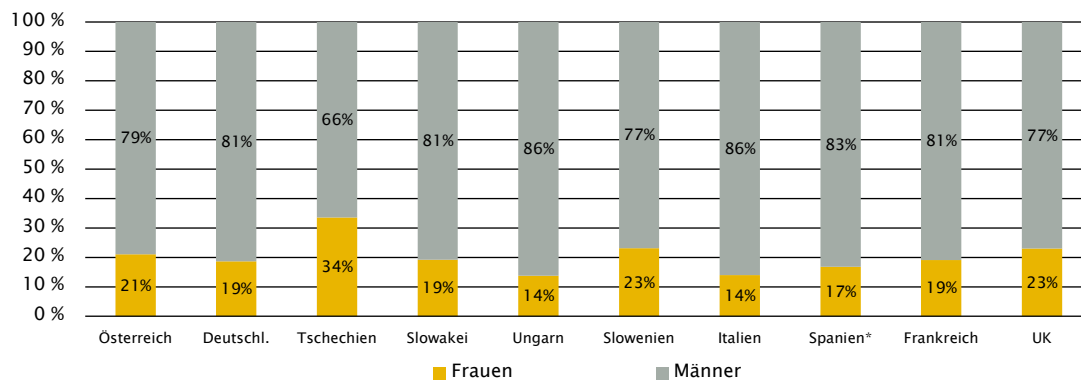
Opioidanzeige SMG = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Suchtgift mit der Leitdroge Opiode im Jahr 2020

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

Vom risikoreichen Drogen- bzw. Opioidkonsum sind vor allem Männer betroffen. Das zeigt sich über alle Datenquellen hinweg (vgl. Abbildung 1.13) und ist auch in anderen europäischen Ländern so (vgl. Abbildung 1.14). Rund drei Viertel der Betroffenen in Österreich sind Männer, rund ein Viertel Frauen. Am höchsten ist der Frauenanteil mit 31 Prozent bei Personen, die aufgrund einer Opioidabhängigkeit im Krankenhaus behandelt wurden, am niedrigsten bei Personen mit einer Anzeige nach dem SMG wegen Opioiden (15%). Betrachtet man die Geschlechtsverteilung in verschiedenen Altersgruppen (vgl. Abbildung 1.15), zeigt sich in den meisten Datenquellen das Phänomen, dass der Frauenanteil mit zunehmendem Alter kleiner wird: Der risikoreiche Opioidkonsum trifft jüngere Frauen stärker als ältere Frauen.

Abbildung 1.14:

Geschlechtsverteilung von Personen, die 2019 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begannen, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU



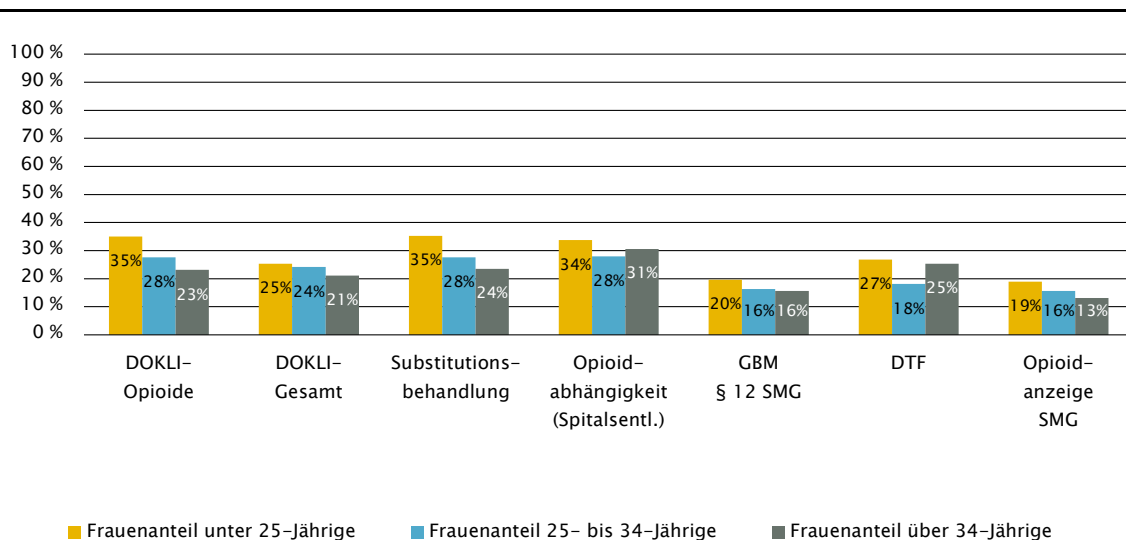
*aktuellste Daten 2018

Die Daten stammen aus dem Onlinetool der EBDD <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/tdi> [Zugriff am 10. 6. 2021], das das Statistical Bulletin ersetzt. Die neuesten verfügbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 2019.

Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2021; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 1.15:

Frauenanteil nach Altersgruppen in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2020



DOKLI-Opiode = 2020 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreute Personen mit der Leitdroge Opiode

DOKLI-Gesamt = 2020 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreute Personen

Substitutionsbehandlung = Substitutionsbehandlungen 2020

Opioidabhängigkeit (Spitalsentl.) = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2019 (aktuellste verfügbare Daten)

GBM § 12 SMG = Personen, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG im Jahr 2020 den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat

DTF = drogenbezogene Todesfälle; Mittelwert der Jahre 2018 bis 2020 zum Ausgleich von Zufallsschwankungen

Opioidanzeige SMG = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Suchtgift mit der Leitdroge Opiode im Jahr 2020

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

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

2 Drogenbezogene Behandlungen

In Österreich haben suchtkranke Personen grundsätzlich den gleichen Zugang zum gesamten Gesundheitssystem wie Personen ohne Suchterkrankung. Für drogenbezogene Behandlungen gibt es jedoch auch auf Sucht spezialisierte ambulante und/oder stationäre Einrichtungen. Behandlungsstrategien sind in den Sucht-/Drogenstrategien der neun Bundesländer, in der Österreichischen Suchtpräventionsstrategie sowie in den relevanten Gesetzen und Verordnungen festgelegt. Der Rahmen für Substitutionsbehandlungen sowie Voraussetzungen für substituierende Ärztinnen und Ärzte sind in der Suchtgiftverordnung (BGBl. II 1997/347) definiert (vgl. auch Kapitel 1, 2 und 5 in Busch et al. 2021). Die Betreuung und Behandlung von Personen mit risikoreichem Drogenkonsum wird österreichweit durch das pseudonymisierte Statistikregister (eSuchtmittel) und durch das Behandlungsdokumentationssystem DOKLI erfasst (vgl. auch Kapitel Hintergrund und Fragestellungen und Kapitel 4). Im vorliegenden Kapitel wird die epidemiologische drogenbezogene Behandlungssituation anhand folgender Schwerpunkte skizziert: Anzahl der drogenbezogenen Behandelten (vgl. Abschnitt 2.1), Drogenkonsummuster (Konsum von Opioiden, Cannabis, Kokain, Stimulanzien, weitere Konsummuster) von Personen in Betreuung (vgl. Abschnitt 2.2), Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik (vgl. Abschnitt 2.3) sowie Versorgungslage und Versorgungspraxis im Bereich der Substitutionsbehandlungen (vgl. Abschnitt 0 und 0). COVID-19 in Zusammenhang mit den Substitutionsbehandlungen wird im Schwerpunktkapitel zu COVID-19 (vgl. Kapitel 8) thematisiert.

2.1 Anzahl der behandelten Personen

Insgesamt befanden sich im Jahr 2020 in Österreich geschätzt 25.638 Personen in drogenbezogener Behandlung.

Von diesen waren 11.045 Personen in ambulanter und 1.105 in stationärer Suchtbehandlung^{16,17}. Zusätzlich erhielten 12.568 Personen eine Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und 920 Personen während der Haft (vgl. Tabelle 2.1).¹⁸ Behandlungen konnten demnach trotz der COVID-19-Pandemie gut aufrechterhalten werden. Personen mit behandlungsrelevantem Drogenkonsum, die eine Behandlung außerhalb der Suchthilfe in Anspruch nehmen, sind nicht dokumentiert und daher nicht inkludiert.

16

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

17

stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung; Schätzung aus DOKLI

18

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

Tabelle 2.1:

Schätzung der insgesamt wegen des Konsums illegaler Drogen behandelten Personen nach Setting im Jahr 2020

Setting	Anzahl der Personen
ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen) (Schätzung aus DOKLI und eSuchtmittel)	11.045
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (keine Schätzung, eSuchtmittel)	12.568
stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung (Schätzung aus DOKLI)	1.105
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft (keine Schätzung, eSuchtmittel)	920
Suchtbehandlungen insgesamt	25.638

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

Methodik der Schätzung

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

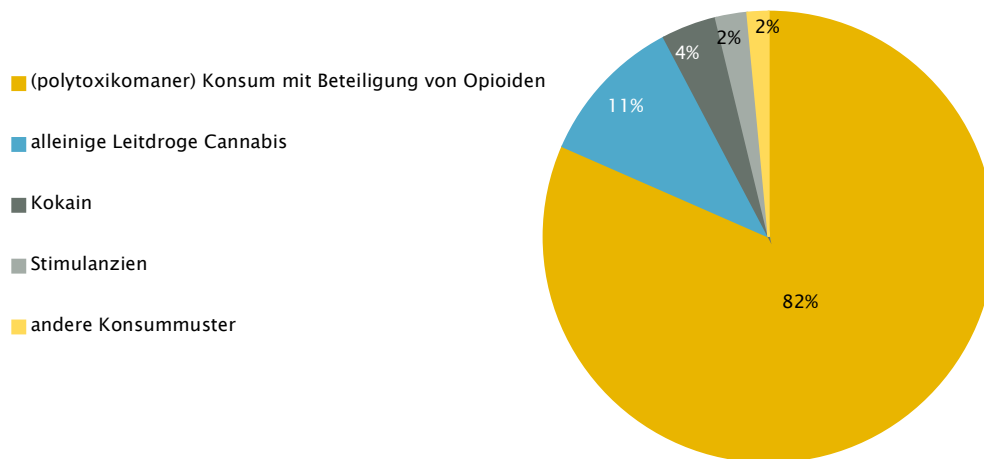
Zusammengefasst werden für die Schätzungen folgende Faktoren herangezogen:

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

2.2 Drogenkonsummuster der behandelten Personen

Die Analyse der Konsummuster der 25.638 Personen in drogenspezifischer Behandlung zeigt, dass der Großteil von diesen – 20.914 Personen (82 %) – Opiode, meist als Mischkonsum mit anderen (legalen und illegalen) Substanzen, konsumiert. Eine weitere zahlenmäßig relevante Gruppe stellen 2.748 (11 %) Behandelte dar, die Cannabis als alleinige Leitdroge angeben. Kokain (1.008 Personen), Stimulanzien (580 Personen) und andere Drogen (388 Personen) stellen jeweils nur für einen kleinen Teil die Leitdroge dar (vgl. Abbildung 2.1).

Abbildung 2.1:
Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung), 2020



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

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

2.3 Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik

In den Jahren 2018/2019 lag die Anzahl von Personen mit risikoreichem Opioidkonsum geschätzt bei 31.000 bis 37.000 (vgl. Abbildung 2.2)¹⁹. Der Anteil jener Personen, die sich in einer drogenspezifischen Behandlung befanden, lag zwischen 57 und 68 Prozent (*In-Treatment-Rate Insgesamt*²⁰). In Substitutionsbehandlung befanden sich 2018/2019 zwischen 53 und 63 Prozent der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum (*In-Treatment-Rate Substitution*²¹); im Jahr 2020 waren 19.233 Personen in Substitutionsbehandlung.

19

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

20

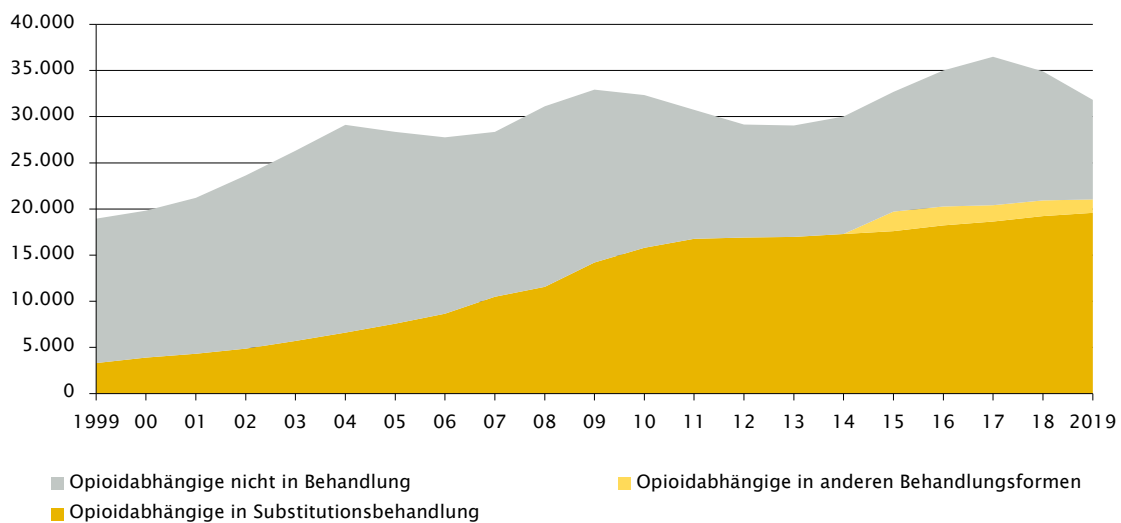
In-Treatment-Rate Insgesamt ist der Prozentsatz von Personen mit risikoreichem Drogenkonsum, der sich in Behandlung befindet (aufgrund von Opioidproblematik Behandelte / Prävalenzschätzung*100).

21

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

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

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



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

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

Zusammenfassung: Im Jahr 2020 waren 19.233 opioidabhängige Personen in Substitutionsbehandlung. Mehr als die Hälfte der geschätzt 31.000 bis 37.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum befindet sich somit in Behandlung. Der Prozentsatz der Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung ist regional unterschiedlich und liegt für Gesamtösterreich zwischen 53 und 63 Prozent. Es ist gelungen, über die Jahre die *In-Treatment-Rate Substitution* von Personen mit Opioidabhängigkeit massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg gewertet werden.

2.4 Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen

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

1. Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte²²
2. Anzahl der tatsächlich in der Substitutionsbehandlung tätigen, d. h. versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte²³
3. Anzahl der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen²⁴

Die Anzahl der für die Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte beträgt in Österreich zum Stichtag 31. 12. 2020 insgesamt 664 Medizinerinnen und Mediziner. Von diesen haben 571 (86 %) am Stichtag 31. 12. 2020 mindestens eine Substitutionsbehandlung durchgeführt. Österreichweit befanden sich zum Stichtag 17.701²⁵ Personen in Substitutionsbehandlung, somit kommen durchschnittlich 31 Behandelte auf eine Ärztin / einen Arzt.

Die Betreuungszahlen pro Ärztin/Arzt sind innerhalb von Österreich sehr unterschiedlich. Während im Jahr 2020 138 Ärztinnen/Ärzte (24 %) jeweils eine(n) bis drei Patientinnen und Patienten betreuten, waren bei 114 Ärztinnen/Ärzten (20 %) jeweils vier bis zehn Personen in Substitutionsbehandlung und bei 212 Ärztinnen/Ärzten (37 %) elf bis 50 Personen. 107 Ärztinnen/Ärzte (19 %) behandelten jeweils 51 und mehr Patientinnen/Patienten (vgl. Abbildung 2.3). Die unterschiedlichen Betreuungszahlen können dahingehend interpretiert werden, dass ein Teil der Substitutionsbehandlungen wohnortnah bei Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der Regelversorgung durchgeführt wird, ein anderer Teil wiederum in Suchthilfeinrichtungen oder bei Ärztinnen und Ärzten, die sich auf Substitutionsbehandlung spezialisiert haben. Bei beiden Varianten kann es sich sowohl um Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner als auch um Fachärztinnen/Fachärzte handeln.

22

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

23

Quelle: eSuchtmittel

24

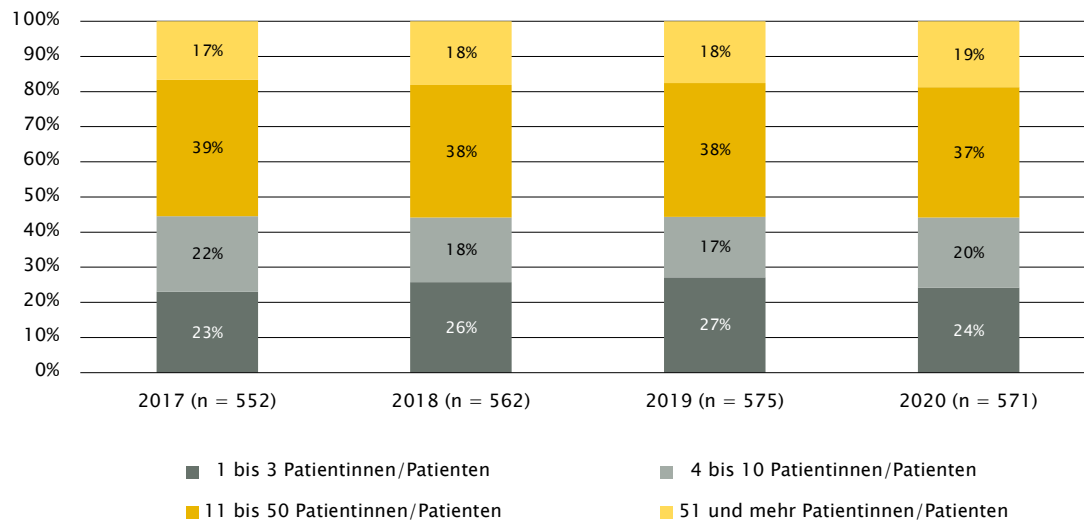
Quelle: ebd.

25

vgl. Annex, Tabelle 1

Abbildung 2.3:

Betreute Substitutionspatientinnen/-patienten pro Ärztin/Arzt* in Prozent, 2017–2020



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

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

Die Substitutionsbehandlung in den Bundesländern ist unterschiedlich organisiert (zentrale Stellen für Substitutionsbehandlung versus dezentrale Versorgung). Während in Kärnten, Tirol und Vorarlberg ein relativ großer Teil der Personen in Einrichtungen (§ 15-Einrichtungen oder Krankenanstalten) betreut wird, wird in den anderen Bundesländern weit über die Hälfte der Personen in Substitutionsbehandlung in Arztpraxen versorgt. Besonders in Wien sind Ärztinnen und Ärzte zudem über die Bundeslandgrenze hinaus versorgungswirksam, wenn beispielsweise eine Wiener Ärztin oder ein Wiener Arzt auch Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern betreut²⁶ (vgl. Abbildung 2.5).

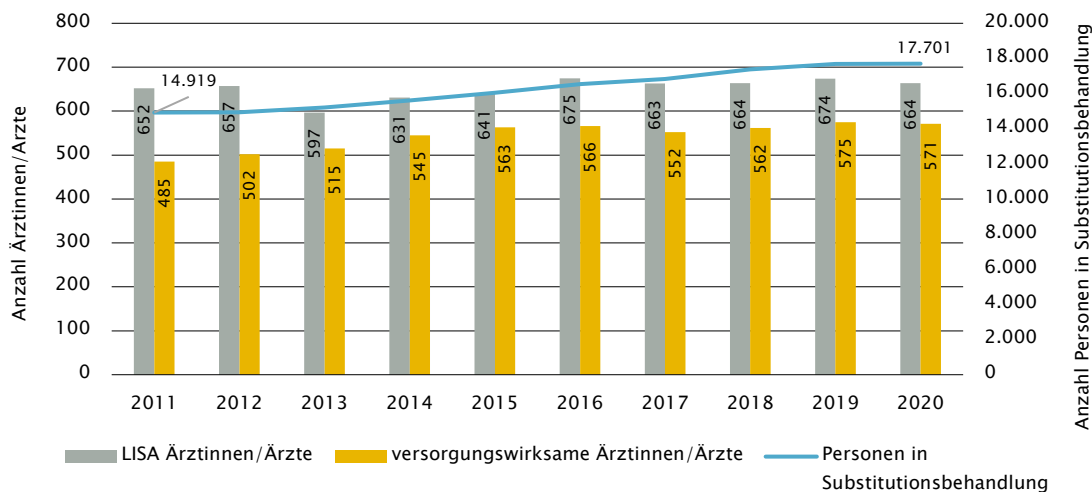
Im zeitlichen Trend stieg in Österreich die Anzahl der versorgungswirksamen substituierenden Ärztinnen und Ärzte von 2011 (485) bis 2020 (571) an, bleibt jedoch seit 2015 relativ unverändert (vgl. Abbildung 2.4). Die Anzahl der zur Substitution qualifizierten Ärztinnen und Ärzte bewegt sich seit 2011 auf einem verhältnismäßig stabilen Niveau, im Jahr 2011 waren 652 Ärztinnen/Ärzte zugelassen, 2020 sind es 664. Österreichweit lässt sich im Zeitverlauf somit keine Verschlechterung der Versorgungslage feststellen (vgl. auch Abbildung 2.4). Die durchschnittliche österreichweite Versorgungslage muss nicht diejenige auf regionaler Ebene widerspiegeln, auf der es durchaus zu Versorgungsengpässen kommen kann.

26

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

Abbildung 2.4:

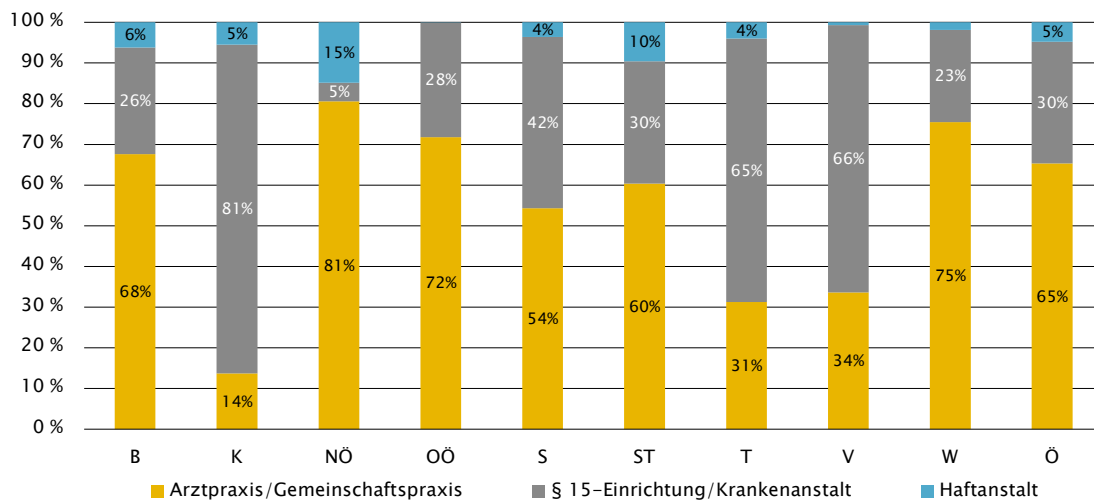
Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung, jeweils zum Stichtag 31. 12. in Österreich im Trend, 2011–2020



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

Einige Bundesländer setzen in der Versorgung stark auf den niedergelassenen Bereich, andere bieten Substitutionsbehandlung vorwiegend über § 15-Einrichtungen an (vgl. Abbildung 2.5). Während im Burgenland, in Niederösterreich, Oberösterreich, der Steiermark und in Wien über 60 Prozent der Betroffenen in Arzt- und Gemeinschaftspraxen behandelt werden, sind es beispielsweise in Kärnten nur 14 Prozent. Die Versorgungslage nach Art der Behandlungsstelle ist ebenfalls im Kontext unterschiedlicher Versorgungsstrukturen in den Bundesländern zu interpretieren.

Abbildung 2.5:
 Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Patientin / des Patienten, 2020²⁷



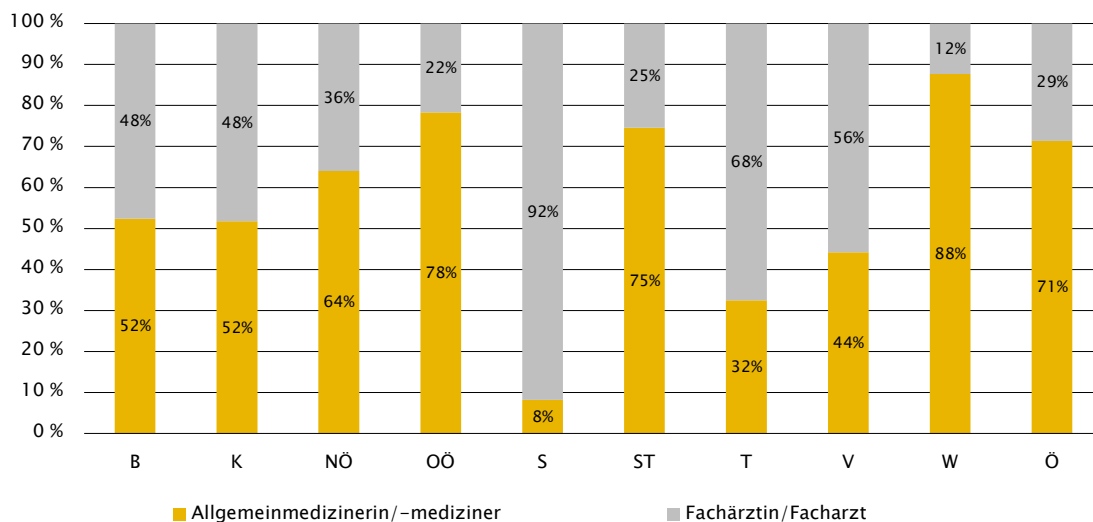
Quelle: BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

27

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

Abbildung 2.6:

Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Prozentsatz der von Fachärztinnen/-ärzten versus Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern betreuten Patientinnen/Patienten am Stichtag 31. 12. 2020 nach Bundesland



Anmerkung: Bundesland entspricht dem Meldeort der Patientin/des Patienten

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

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

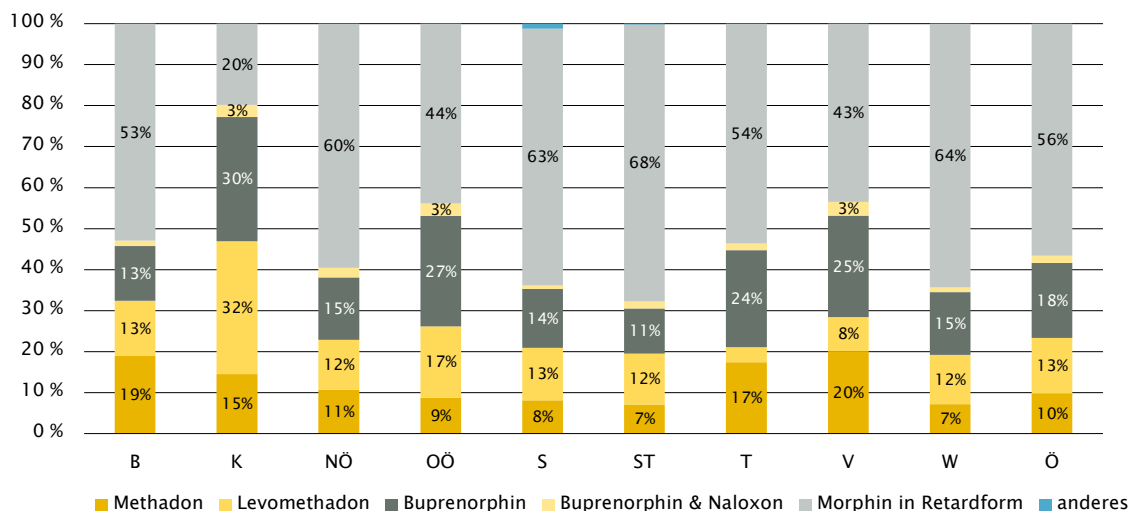
Zusammenfassung: Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die pro substituierender Ärztin / substituierendem Arzt betreut werden, ist in Österreich nach wie vor stark unterschiedlich. Manche Ärztinnen und Ärzte betreuen sehr viele Patientinnen und Patienten. Österreichweit wird der überwiegende Anteil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

2.5 Versorgungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlungen

Österreichweit stellt Morphin in Retardform (56 %) das am häufigsten verschriebene Substitutionsmittel dar, gefolgt von Methadon (Methadon und Levomethadon erreichen gemeinsam 23 %). Auffällig ist dabei, dass die Verschreibungspraxis bundeslandabhängig sehr unterschiedlich ist. Während beispielsweise in Kärnten nur bei 20 Prozent der Behandelten Morphin in Retardform zum Einsatz kommt, ist dies in Wien, Salzburg und der Steiermark bei mehr als 60 Prozent der Behandelten der Fall (vgl. Abbildung 2.7). In den letzten acht Jahren hat sich österreichweit an der Verschreibungspraxis wenig geändert. Lediglich der Anteil des neu zugelassenen Levomethadons hat sich auf Kosten von Methadon erhöht (vgl. Abbildung 2.8).

Abbildung 2.7:

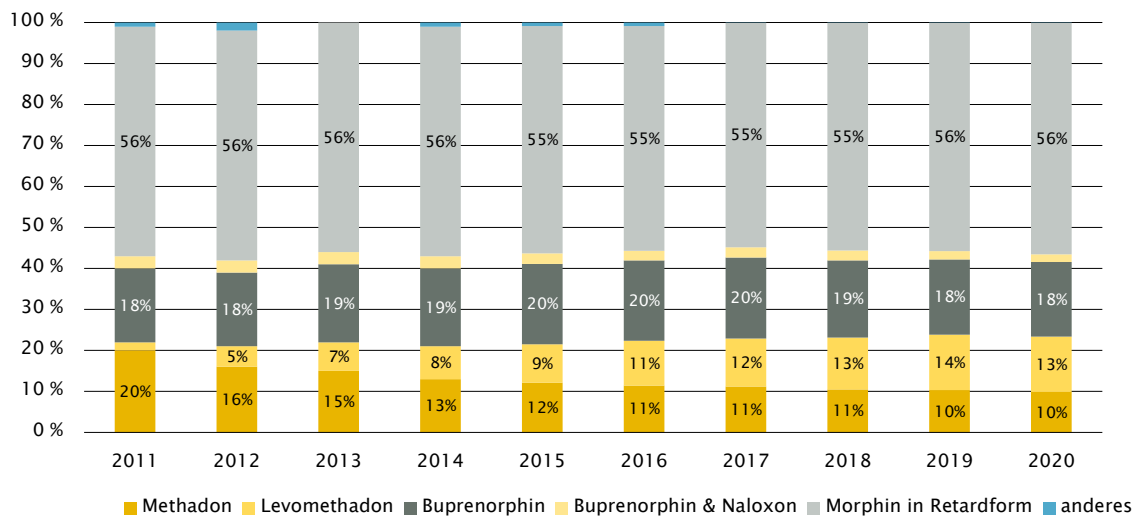
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland, 2020



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

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

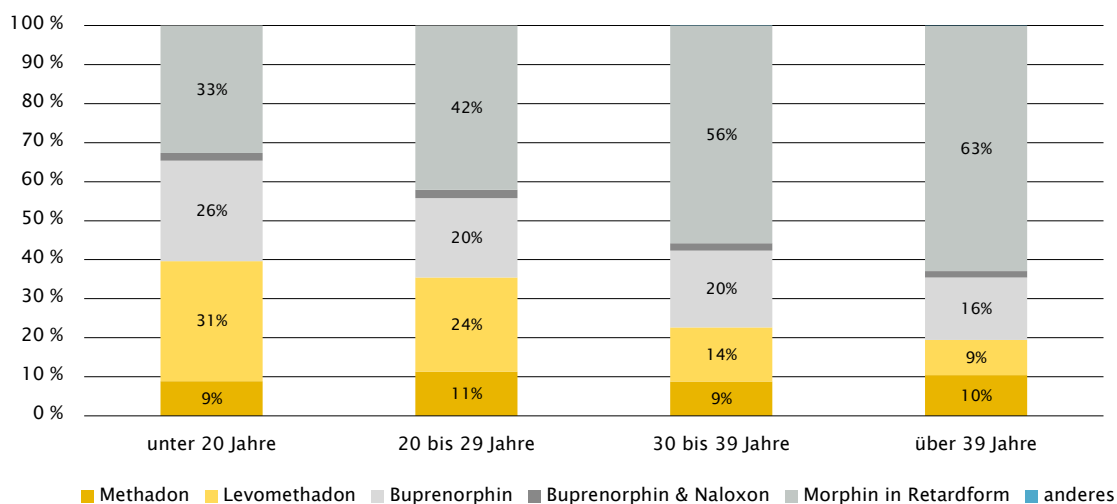
Abbildung 2.8:
 Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel,
 2011–2020



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

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

Abbildung 2.9:
 Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel
 und Alter, 2020



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

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

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

3 Kennzahlen der Drogensituation

Tabelle 3.1:

Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2020 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren), in Absolutzahlen

Indikator/Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz Opioider Untergrenze (UG)	386	1.802	4.535	3.515	782	2.225	1.642	936	12.349	30.924
Prävalenz Opioider	627	1.958	5.030	4.275	1.396	2.601	2.073	1.173	12.855	31.833
Prävalenz Opioider Obergrenze (OG)	1.016	2.542	5.734	4.624	1.817	5.778	3.264	1.507	17.140	32.743
Personen in Substitutionsbehandlung	389	1.284	3.073	2.420	580	1.531	1.205	732	8.019	19.233
DOKLI Opioider	131	1.093	353	433	345	606	132	555	1.945	5.660
DOKLI Cannabis	96	478	445	265	82	336	168	495	514	2.892
DOKLI gesamt	260	1.730	1.057	935	504	1.111	480	1.277	3.066	10.536
§ 12 SMG Opioider	12	45	45	27	5	7	3	13	-	-
§ 12 SMG Cannabis	36	283	80	193	54	79	11	70	-	-
§ 12 SMG kein Bedarf	130	146	308	456	125	222	89	170	417	2.063
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	40	117	218	340	104	216	155	94	368	1.652
drogenbezogene Todesfälle	1	4	32	19	5	25	22	9	74	191

Indikator Alter und Geschlecht	< 25 Jahre	25-34 Jahre	35 Jahre und älter	Männer	Frauen
Prävalenz Opioider Untergrenze (UG)	1.901	10.173	16.750	23.622	6.762
Prävalenz Opioider	2.054	10.592	17.536	24.414	7.181
Prävalenz Opioider Obergrenze (OG)	2.207	11.011	18.322	25.206	7.600
Personen in Substitutionsbehandlung	935	5.996	12.302	14.348	4.885
DOKLI Opioider	596	2.317	2.747	4.176	1.484
DOKLI Cannabis	1.415	933	544	2.361	531
DOKLI gesamt	2.566	3.978	3.992	8.082	2.454
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	151	577	927	1.141	503
drogenbezogene Todesfälle	45	66	80	144	47

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

DOKLI - Opioider / Cannabis = alle Personen, die 2020 in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opioider bzw. Cannabis als alleiniger Leitdroge

§ 12 SMG - Opioider / Cannabis / kein Bedarf = Personen, für die die Begutachtung nach § 12 SMG 2020 einen behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden, einen behandlungsrelevanten Konsum von Cannabis ohne andere Leitdrogen oder keinen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergab. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Wien keine Daten übermittelte. In Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird.

ICD-10 (Opioidabhängigkeit) = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioider) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2019 (aktuellste verfügbare Daten)

drogenbezogene Todesfälle = direkt drogenbezogene Todesfälle aufgrund von Überdosierungen 2020

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

Tabelle 3.2:

Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2020 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren) pro 100.000 15- bis 64-Jährige

Indikator/Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz Opioiden Untergrenze (UG)	201	495	414	358	212	270	323	358	944	523
Prävalenz Opioiden	329	538	458	434	377	315	408	447	983	538
Prävalenz Opioiden Obergrenze (OG)	532	692	523	470	491	700	642	579	1330	554
Personen in Substitutionsbehandlung	204	354	280	245	156	186	237	277	609	325
DOKLI Opioiden	69	301	32	44	93	74	26	210	148	96
DOKLI Cannabis	50	132	40	27	22	41	33	188	39	49
DOKLI gesamt	137	477	96	95	136	135	94	484	233	178
§ 12 SMG Opioiden	6	12	4	3	1	1	1	5	-	-
§ 12 SMG Cannabis	19	78	7	20	15	10	2	27	-	-
§ 12 SMG kein Bedarf	68	40	28	46	34	27	17	64	32	35
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	21	32	20	35	28	26	30	36	28	28
drogenbezogene Todesfälle	1	1	3	2	1	3	4	3	6	3

Indikator Alter und Geschlecht	< 25 Jahre	25-34 Jahre	35 Jahre und älter	Männer	Frauen
Prävalenz Opioiden Untergrenze (UG)	196	843	448	805	227
Prävalenz Opioiden	212	878	470	832	241
Prävalenz Opioiden Obergrenze (OG)	228	912	491	859	255
Personen in Substitutionsbehandlung	98	496	327	488	164
DOKLI Opioiden	62	192	73	142	50
DOKLI Cannabis	148	77	14	80	18
DOKLI gesamt	269	329	106	275	82
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	16	48	25	39	17
drogenbezogene Todesfälle	5	5	2	5	2

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

DOKLI - Opioiden/Cannabis = alle Personen, die 2020 in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opioiden bzw. mit Cannabis als alleiniger Leitdroge

§ 12 SMG - Opioiden / Cannabis / kein Bedarf = Personen, für die die Begutachtung nach § 12 SMG im Jahr 2020 einen behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden, einen behandlungsrelevanten Konsum von Cannabis ohne andere Leitdrogen oder keinen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergab. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Wien keine Daten übermittelt hat. Bei Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird.

ICD-10 (Opioidabhängigkeit) = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioiden) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2019 (aktuellste verfügbare Daten)

drogenbezogene Todesfälle: direkt drogenbezogene Todesfälle aufgrund von Überdosierungen 2020

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

4 Detailergebnisse DOKLI

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

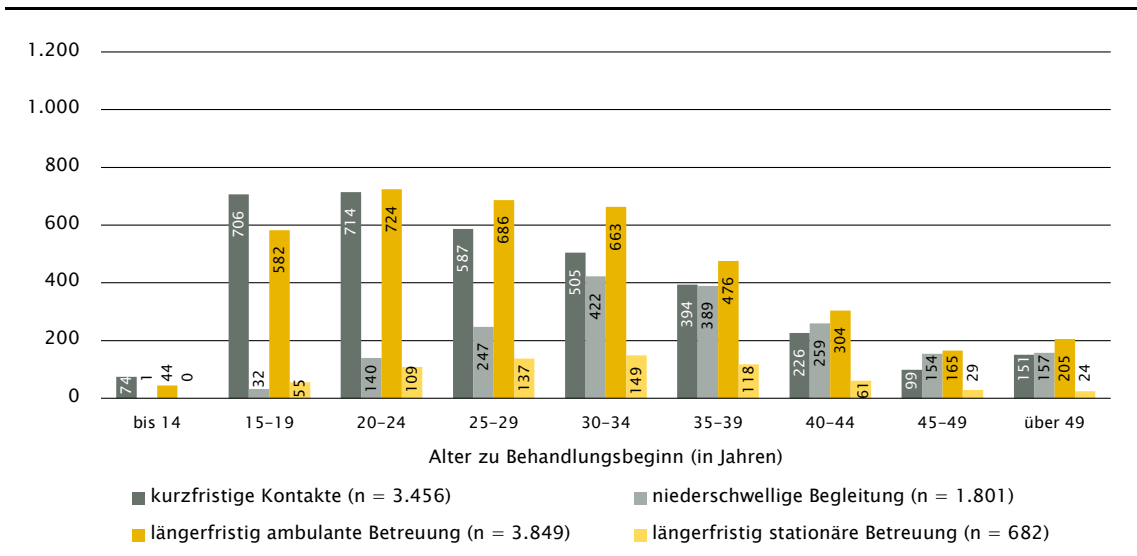
4.1 Soziodemografie

Je nach Setting sind zwischen zwei Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 23 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen 21 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 38 Prozent (kurzfristige Kontakte) der Klientel sind in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre zu finden.

Die Altersverteilung in den jeweiligen Settings wird in Abbildung 4.1 deutlich gemacht. Bei den kurzfristigen Kontakten sind die meisten Personen zwischen 15 und 24 Jahre alt. Mit zunehmendem Alter sind immer weniger Personen in diesem Betreuungssetting zu finden. Bei der längerfristig ambulanten Betreuung zeigt sich ebenfalls, dass hier vor allem jüngere Altersgruppen betreut werden, wobei hier der Höhepunkt etwas später bei der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen liegt. Bei der längerfristig stationären Betreuung liegt der Höhepunkt bei den 25- bis 34-Jährigen. Hier zeigt sich eine symmetrische Verteilung. Ebenfalls eine symmetrische Verteilung zeigt sich bei Personen in niederschwelliger Begleitung. Hier ist der Höhepunkt betreffend das Alter jedoch wiederum etwas später bei den 30- bis 39-Jährigen.

Abbildung 4.1:

Anzahl der Personen, die 2020 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Alter und Art der Betreuung

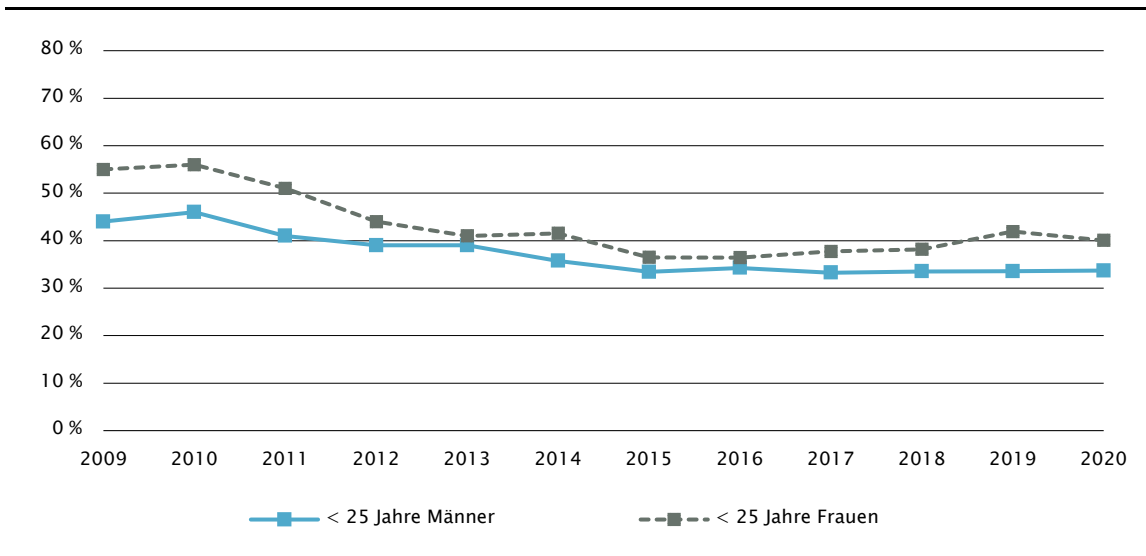


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2020

Betrachtet man die Gruppe der Personen im Alter von unter 25 Jahren, so zeigt sich, dass deren Anteil im ambulanten Bereich tendenziell abgenommen hat. Im Jahr 2009 waren 55 Prozent der Frauen, die mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, unter 25 Jahre alt, 2020 waren es hingegen nur mehr 40 Prozent (2019: 42 %). Bei den Männern machten die entsprechenden Anteile im Jahr 2009 44 Prozent bzw. 34 Prozent im Jahr 2020 aus (2019: 34 %; vgl. Abbildung 4.2), was als Hinweis auf eine „Alterung“ der Klientel der (ambulanten) Drogenhilfe interpretiert werden kann.

Abbildung 4.2:

Anteil unter 25-Jähriger bei Männern und Frauen, die mit einer längerfristig ambulanten drogenspezifischen Betreuung begannen, 2009–2020



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2020

Der Frauenanteil beträgt je nach Setting zwischen 19 Prozent (in längerfristig stationärer Betreuung) und 24 Prozent (in niederschwelliger Begleitung).

Als Lebensmittelpunkt geben rund 36 Prozent der längerfristig ambulant und 41 Prozent der stationär betreuten Klientinnen und Klienten Wien²⁸ an. Auch ist zu beobachten, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der in Wien (lebenden) Betreuten deutlich steigt (vgl. DOKLI 20 und 21 im Annex).

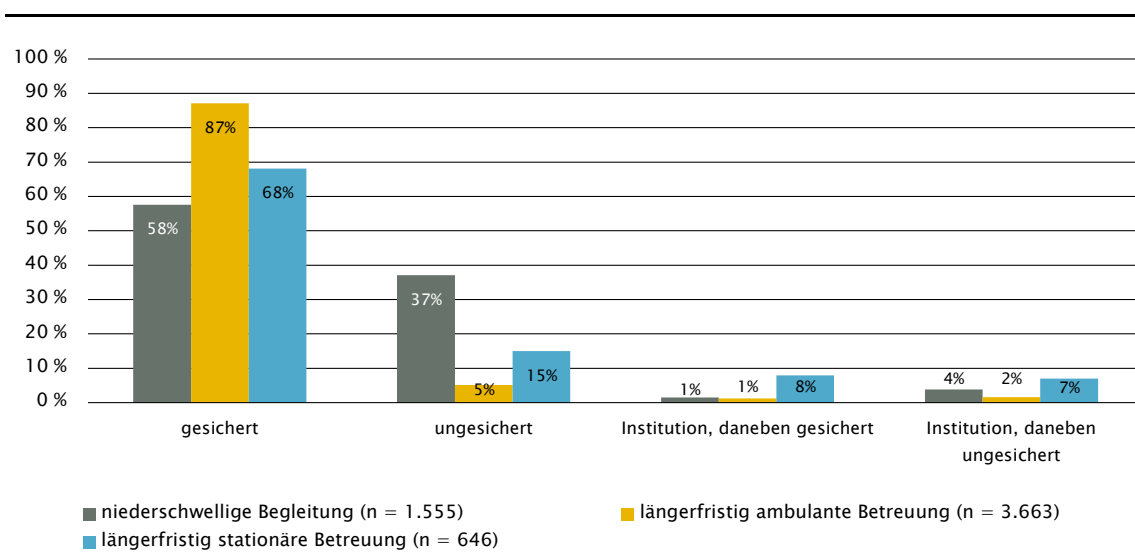
Im längerfristig ambulanten Bereich haben 20 Prozent der Männer versorgungspflichtige Kinder, im stationären Setting sind es 21 Prozent. 24 Prozent der Frauen im längerfristig ambulanten und 28 Prozent der Frauen im stationären Setting geben an, versorgungspflichtige Kinder zu haben (vgl. DOKLI 15 im Annex). Etwa 86 Prozent der Klientel im längerfristig stationären Setting sind österreichische Staatsbürgerinnen und Staatsbürger (83 % im ambulanten Bereich), neun Prozent besitzen eine Staatsbürgerschaft eines Landes außerhalb der EU. Während 87 Prozent der Klientinnen und Klienten der längerfristig ambulanten Betreuung eine gesicherte Wohnsituation angeben, ist dieser Anteil im längerfristig stationären Setting mit 68 Prozent bzw. in der niederschweligen Begleitung mit 58 Prozent wesentlich geringer (vgl. Abbildung 4.3 und DOKLI 22 im Annex). Bei Interpretation der Angaben zur Wohnsituation ist zudem zu berücksichtigen, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B. wenn die

28

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

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

Abbildung 4.3:
Personen, die 2020 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Wohnsituation und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2020

40 Prozent (in längerfristig ambulanter Betreuung) und 43 Prozent (in längerfristig stationärer Betreuung) der Klientel im Alter ab 25 Jahren nennen als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Pflichtschulabschluss. Wie in der Gesamtbevölkerung haben Männer häufiger als Frauen einen Lehrabschluss als höchste Ausbildungsstufe (44 % vs. 30 % im ambulanten bzw. 44 % vs. 32 % im stationären Setting; vgl. DOKLI 17 im Annex sowie BMGF (2017)).

Der Anteil erwerbstätiger Klientinnen und Klienten ist im niederschweligen und stationären Bereich am geringsten (11 % bzw. 8 %). In längerfristig ambulanter Betreuung hingegen sind 34 Prozent erwerbstätig. Während 45 Prozent der Personen in niederschwelliger Begleitung und 35 Prozent der längerfristig ambulant Betreuten arbeitslos sind, macht dieser Anteil im längerfristig stationären Setting 51 Prozent aus (vgl. DOKLI 18 im Annex). Mit einer Erklärung dafür könnte sein, dass Personen, die keine Arbeit haben, sich eher für eine längerfristig stationäre Betreuung entscheiden bzw. umgekehrt Personen mit aufrechtem Arbeitsverhältnis eine damit eher zu vereinbarende ambulante Betreuungsform bevorzugen.

Zusammenfassung: Der Anteil der Personen unter 25 Jahren ist im ambulanten Bereich in den letzten Jahren tendenziell gesunken. Dies kann als Hinweis auf eine „Alterung“ der Klientel der (ambulanten) Drogenhilfe interpretiert werden. Versorgungspflichtige Kinder hat ein Fünftel der betreuten Männer im ambulanten Betreuungssetting, bei den Frauen trifft dies in etwa auf ein Viertel zu. Der Großteil der Betreuten sind österreichische Staatsbürgerinnen und Staatsbürger. Die

Mehrheit der Klientinnen und Klienten hat eine gesicherte Wohnsituation, wobei dies je nach Betreuungssetting stark variiert. Auch die Erwerbssituation ist bei den Betreuten in den verschiedenen Betreuungsbereichen unterschiedlich: Im längerfristig stationären Bereich ist der Anteil der Erwerbstätigen am niedrigsten, im längerfristig ambulanten Bereich am höchsten.

4.2 Betreuungssituation

Hinsichtlich der Problematiken im Zusammenhang mit illegalen Drogen wird eine etwaige Drogenproblematik für alle im DOKLI-System erfassten Klientinnen und Klienten über den Betreuungsschwerpunkt „Drogenproblematik“ erhoben. Ergänzend können auch noch „Alkoholproblematik“, „Medikamentenproblematik“ oder „sonstiger Betreuungsschwerpunkt“ vermerkt werden, sofern neben dem illegalen Drogenkonsum auch noch andere Problematiken im Zentrum der Betreuung stehen. Der Großteil der in österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen erfassten Klientinnen und Klienten ist ausschließlich wegen Drogenproblematik in Betreuung²⁹. Am deutlichsten wird dies bei den längerfristig stationären Betreuungen (77 %); bei den längerfristig ambulanten Betreuungen bzw. im Bereich der niederschweligen Begleitung liegt der Wert bei 68 bzw. 66 Prozent. Neben „ausschließlich Drogen“ haben „Drogen und Alkohol“ bzw. „Drogen, Alkohol und Sonstiges“ als zusätzliche Betreuungsschwerpunkte eine gewisse Relevanz (vgl. DOKLI 2 im Annex).

Viele der betreuten Personen haben bereits Erfahrung mit der Drogenhilfe: 83 Prozent der Klientinnen und Klienten in längerfristig stationärer Behandlung, 73 Prozent der niederschwellig begleiteten Personen, 58 Prozent der längerfristig ambulant Betreuten und 49 Prozent der Personen mit kurzfristigen Kontakten haben bereits früher Angebote der Drogenhilfe in Anspruch genommen (vgl. DOKLI 3 im Annex).

Im niederschweligen Setting sind 70 Prozent der Klientinnen und Klienten zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung, im längerfristig stationären Setting sind es 44 Prozent und im längerfristig ambulanten Setting 33 Prozent (bei kurzfristigen Kontakten wird dies nicht erhoben); Substitutionsbehandlungen, die erst im Zuge der Betreuung begannen, wurden nicht erfasst (vgl. DOKLI 4 im Annex). Jemals in Substitutionsbehandlung waren im niederschweligen Bereich 94 Prozent der Personen, im stationären Setting 75 Prozent und im längerfristig ambulanten Be-

29

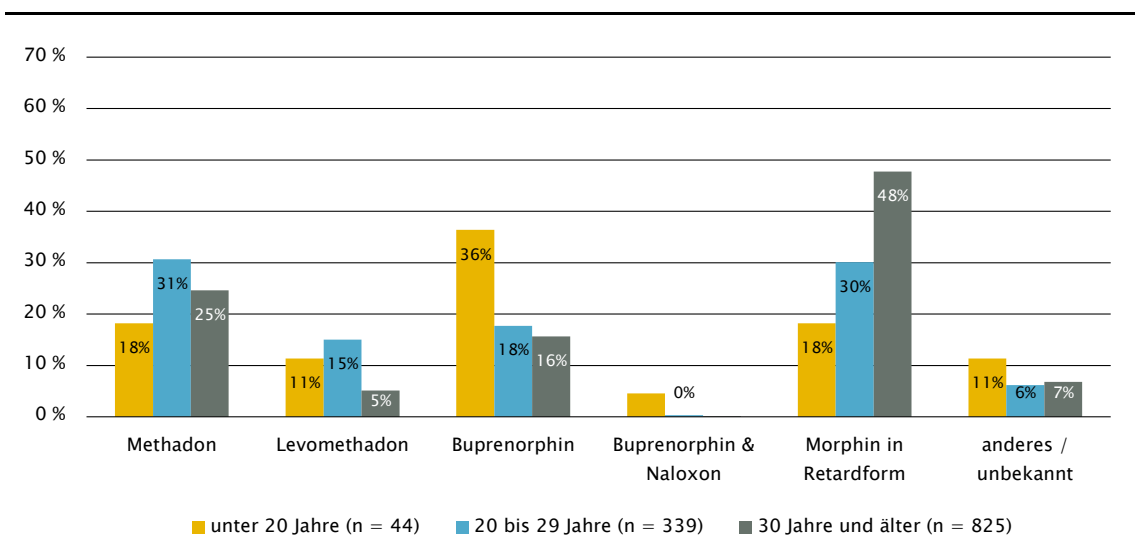
In der DOKLI-Beiratssitzung am 14. 9. 2017 wurde über die Vermutung diskutiert, dass in der Praxis eine zusätzlich bestehende Alkohol- oder Medikamentenproblematik möglicherweise nicht immer kodiert ist. Auch andere Komorbiditäten können angegeben werden, diese werden jedoch nur von einem Teil der Einrichtungen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

reich 44 Prozent (vgl. DOKLI 5 im Annex). Es gibt hier große Unterschiede nach Bundesland: Während beispielsweise in den Vorarlberger³⁰ Einrichtungen nur elf Prozent der ambulant längerfristig betreuten Klientel zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung sind und in Tiroler Einrichtungen 13 Prozent, trifft dies in Wiener Einrichtungen auf 47 Prozent und in Kärntner Einrichtungen auf 43 Prozent zu (vgl. DOKLI 74a im Annex) – diese Verteilungen unterliegen über die Jahre aber recht großen Schwankungen.

Als häufigstes Substitutionsmittel findet sich in allen Betreuungsformen Morphin in Retardform (Anteil zwischen 42 % und 66 %, im Vergleich dazu: Methadon-Anteil zwischen 15 % und 27 % – vgl. DOKLI 6 im Annex). Buprenorphin und Buprenorphin zusammen mit Naloxon spielen im ambulanten Setting eher in den jüngeren Altersgruppen eine gewisse Rolle (vgl. Abbildung 4.4), einschränkend ist hier anzumerken, dass die Zahl der unter 20-Jährigen in Substitutionsbehandlung sehr gering ist (n = 44). Morphin in Retardform ist in der Gruppe der über 29-Jährigen wesentlich häufiger zu finden als in den jüngeren Gruppen.

Abbildung 4.4:

Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die 2020 mit einer längerfristig ambulanten Betreuung begannen und zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach Alter



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2020

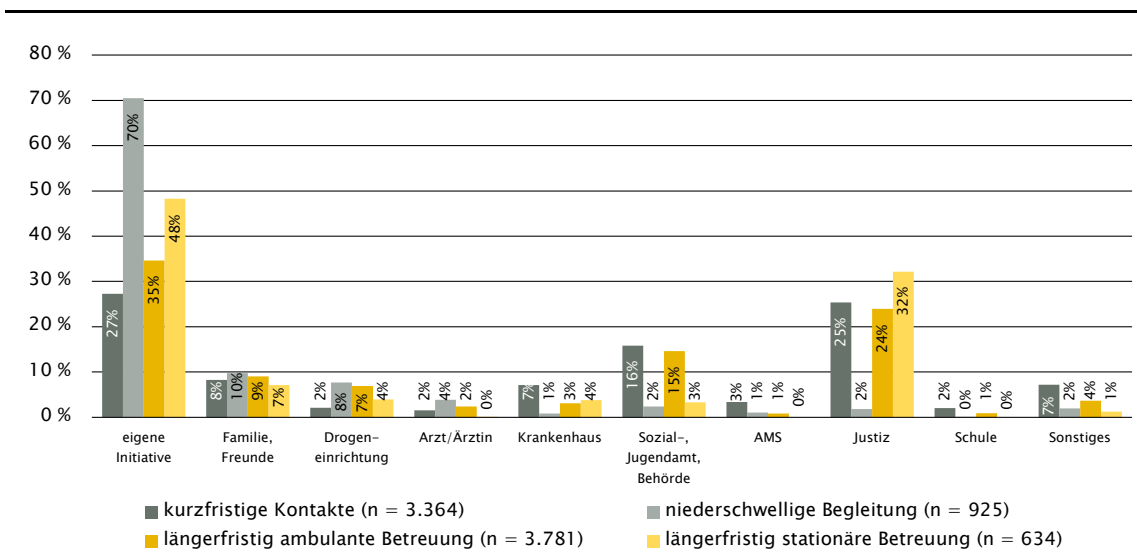
Der Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme mit der Drogenhilfeeinrichtung ist je nach Betreuungsform unterschiedlich: Zur stationären Behandlung und in eine niederschwellige Begleitung führte 48 bzw. 70 Prozent der Klientinnen und Klienten zentral die eigene Initiative (vgl. DOKLI 7 und

30

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

DOKLI 8 im Annex). In andere Betreuungsformen führte die eigene Initiative mit einem Anteil zwischen 27 und 35 Prozent. Häufig stellt auch ein Justizzusammenhang den Hauptanstoß dar, außer zur Inanspruchnahme einer niederschwelligen Begleitung. Hier spielen Familie und Freundinnen/Freunde sowie die Vermittlung seitens anderer Drogeneinrichtungen eine gewisse Rolle (vgl. Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5:
Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2020 mit einer Betreuung begannen, nach Betreuungsart



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2020

Eine Auflage oder Weisung hinsichtlich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme besteht für 22 Prozent (bei Kurzkontakten), 33 Prozent (längerfristig ambulant) bzw. 38 Prozent (längerfristig stationär) der Klientinnen und Klienten (vgl. DOKLI 9 im Annex). Frauen nehmen deutlich seltener aufgrund einer Auflage/Weisung Kontakt mit einer Drogeneinrichtung auf als Männer. In allen Betreuungsformen außer der stationären sinkt die Häufigkeit der Kontaktaufnahmen aufgrund einer Auflage/Weisung mit dem Alter deutlich (vgl. DOKLI 10 im Annex). Nicht überraschend sind vor allem § 12 SMG und § 13 SMG in der jüngsten Altersgruppe von Relevanz, während bei den Älteren § 39 SMG³¹ (vgl. DOKLI 12 im Annex) schlagend wird. Personen mit leichterer Drogenproblematik haben im kurzfristigen und längerfristig ambulanten Betreuungssetting deutlich öfter eine Auflage oder Weisung hinsichtlich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme als jene mit schwererer Problematik (vgl. Abbildung 4.6). Dies erscheint auf den ersten Blick etwas überraschend, könnte aber

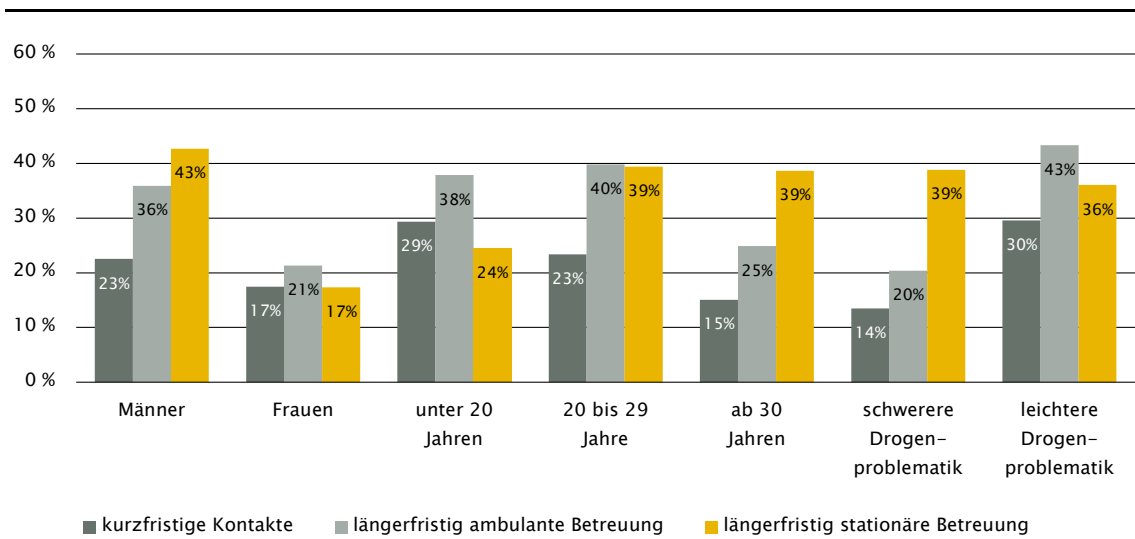
31

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

damit erklärt werden, dass – vor allem bei jungen Drogenkonsumierenden – die Gesundheitsbehörden aus präventiven Überlegungen dazu tendieren, auch dann eine Auflage zu empfehlen, wenn die Drogenproblematik noch nicht massiv ausgeprägt ist.

Abbildung 4.6:

Auflage/Weisung bei Personen, die 2020 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik und Art der Betreuung



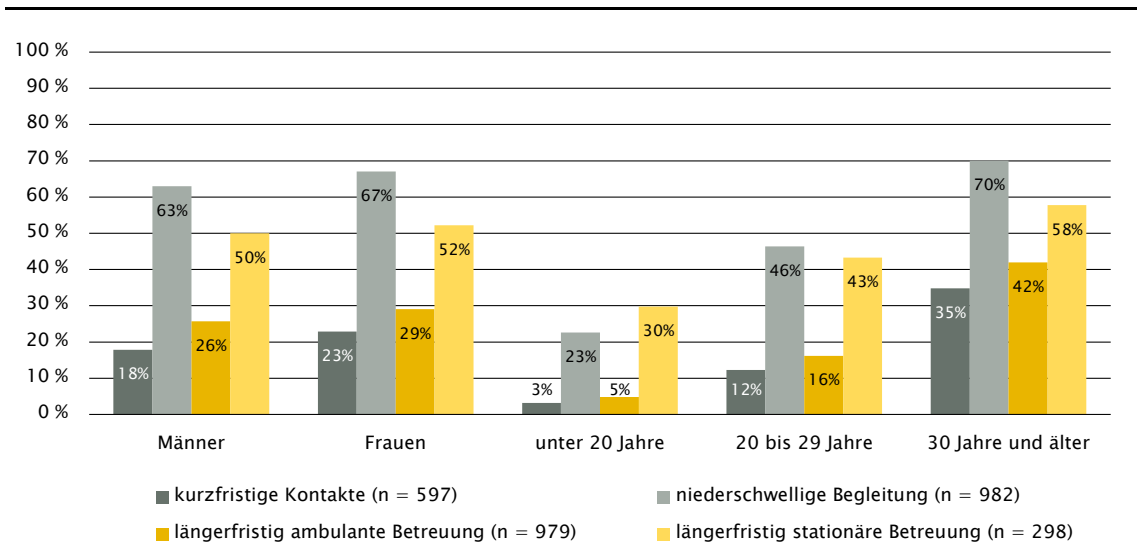
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2020

Zusammenfassung: Der Großteil der in österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen erfassten Klientinnen und Klienten ist ausschließlich wegen Drogenproblematik in Betreuung, eine gewisse Relevanz hat zusätzlich der Betreuungsschwerpunkt Alkohol. Viele der betreuten Personen hatten bereits vor der aktuellen Betreuung Erfahrung mit der Drogenhilfe. Der Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme mit der Drogenhilfeeinrichtung unterscheidet sich stark zwischen den Betreuungssettings. Personen mit leichter Drogenproblematik haben im kurzfristigen und längerfristig ambulanten Betreuungssetting deutlich öfter eine Auflage oder Weisung hinsichtlich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme als jene mit schwererer Problematik. Dies erscheint auf den ersten Blick etwas überraschend, könnte aber damit erklärt werden, dass – vor allem bei jungen Drogenkonsumierenden – die Gesundheitsbehörden aus präventiven Überlegungen dazu tendieren, auch dann eine Auflage zu empfehlen, wenn die Drogenproblematik noch nicht massiv ausgeprägt ist. Je nach Setting sind zwischen 33 und 70 Prozent der Klientinnen und Klienten zu Beginn der Betreuung in Substitutionsbehandlung.

4.3 Drogenkonsum und Drogenproblematik

Der Anteil der Personen mit intravenösem Konsum (bezogen auf die Lebenszeit) erweist sich je nach Setting als sehr unterschiedlich; bei kurzfristigen Kontakten sind es 19 Prozent, in niederschwelliger Begleitung 64 Prozent, in längerfristig ambulanter Betreuung 26 Prozent, in stationärer Betreuung 50 Prozent (vgl. DOKLI 24 im Annex). Tendenziell nimmt der Anteil der Personen mit intravenösem Drogenkonsum (i. v. Konsum) mit dem Alter zu (vgl. DOKLI 25 im Annex). In allen Formen der Betreuung ist der Anteil der Personen, die bereits intravenös Drogen konsumiert haben, bei Frauen etwas höher als bei Männern (vgl. DOKLI 24 im Annex und Abbildung 4.7). Detailanalysen des intravenösen Drogenkonsums finden sich im Schwerpunktkapitel des DOKLI-Berichts zum Betreuungsjahrgang 2007 (Busch et al. 2008).

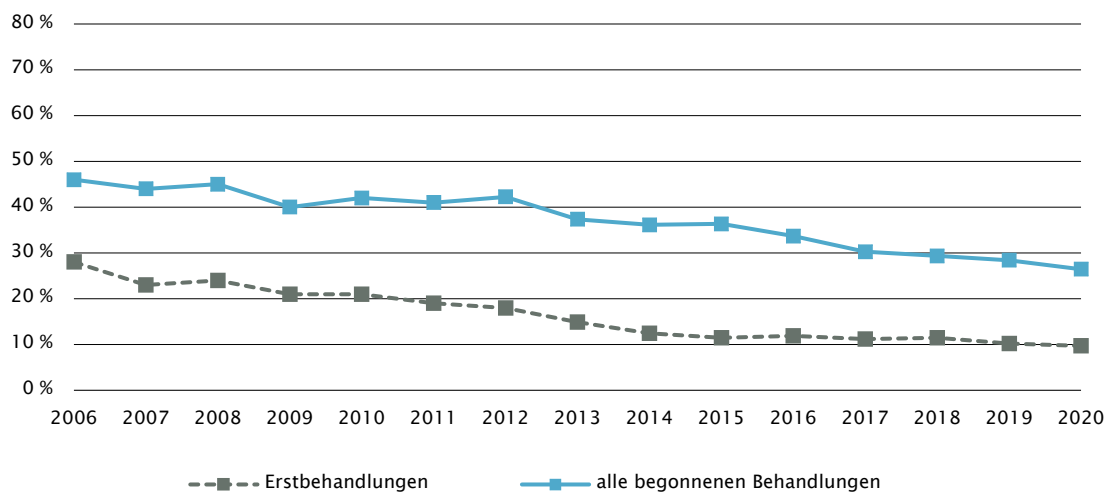
Abbildung 4.7:
Personen, die 2020 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen und jemals intravenös Drogen konsumierten, nach Geschlecht, Alter und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2020

Abbildung 4.8:

Anteil der Personen, die jemals intravenös Drogen konsumierten, an den Klientinnen und Klienten, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begannen, 2006–2020



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2006 bis 2020

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

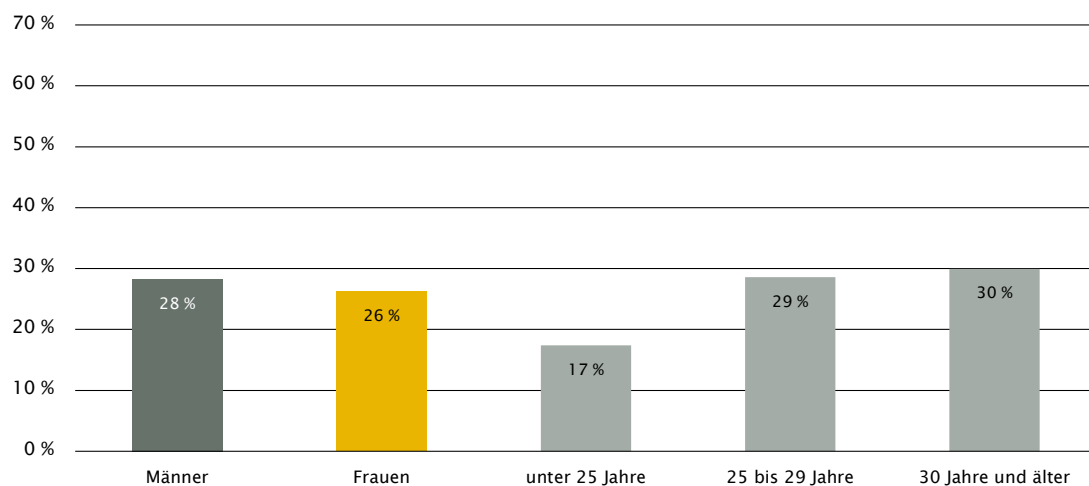
Seit dem Jahr 2014 werden in DOKLI auch Daten betreffend Needle-Sharing (gemeinsames Benutzen von Spritzen) erhoben (vgl. Abbildung 4.9). Die Daten beziehen sich auf Österreich ohne Wien³² und auf Personen mit Erfahrung mit intravenösem Drogenkonsum, die 2020 eine ambulante Betreuung begonnen haben. Im ambulanten Bereich geben im Jahr 2020 rund 28 Prozent dieser Personengruppe an, bereits einmal eine gebrauchte Spritze verwendet zu haben. Allerdings liegt das Needle-Sharing bei drei Viertel dieser Personengruppe mindestens ein Jahr zurück (75 %).

32

In der Wiener DOKU neu wird diese Variable nicht erhoben.

Abbildung 4.9:

Jemals Needle-Sharing bei Personen mit i.v. Konsumerfahrung, die 2020 eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht und Alter (n = 514)*



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

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2020

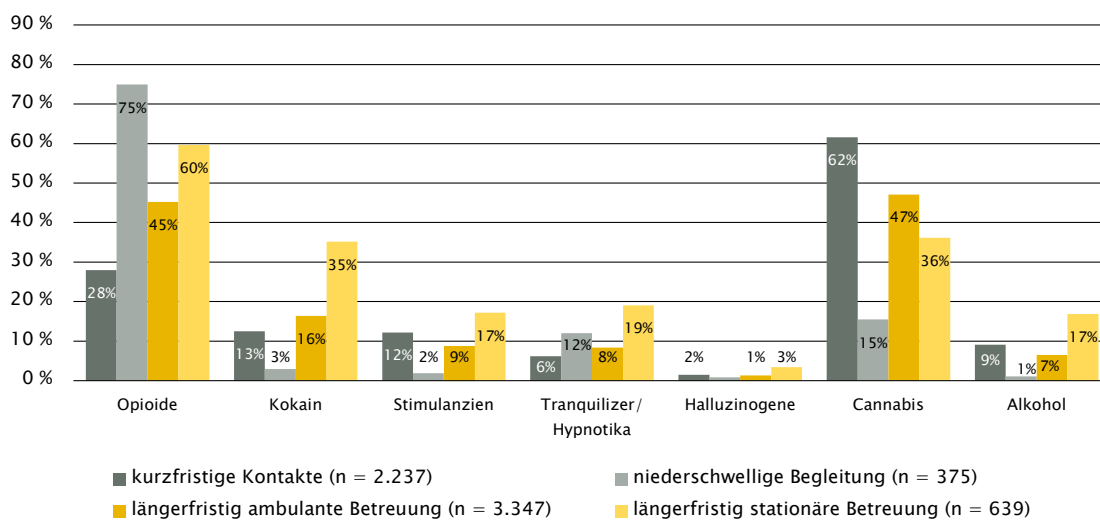
Männer und Frauen verfügen in etwa im gleichen Ausmaß über Erfahrung mit Needle-Sharing. Bezüglich des Alters zeigt sich der erwartete Trend, dass mit dem Alter auch die Angabe, jemals Needle-Sharing betrieben zu haben, zunimmt.

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

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

Abbildung 4.10:

Personen, die 2020 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2020

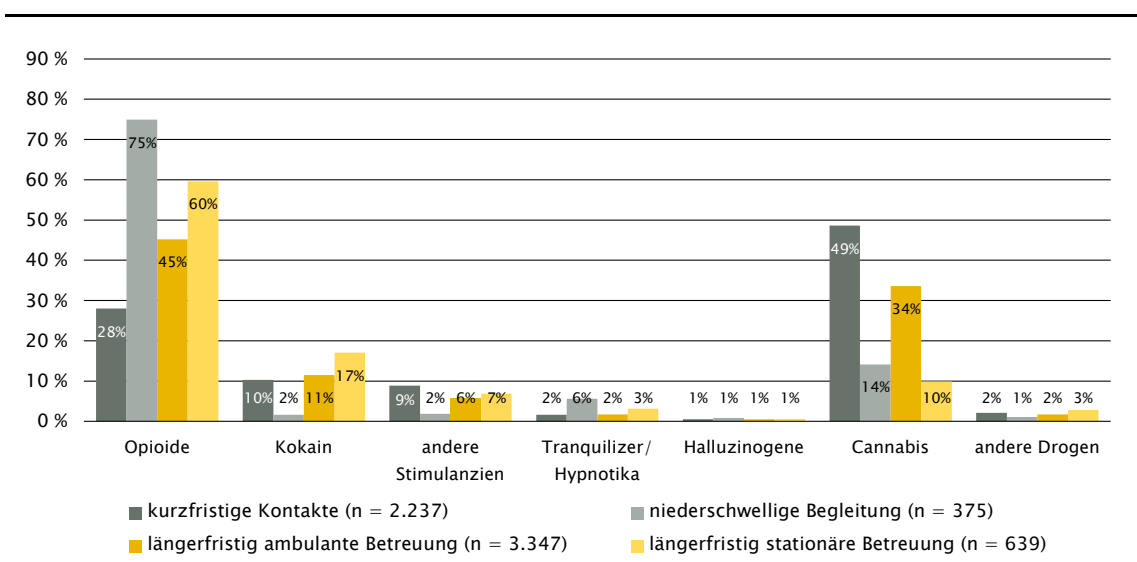
Opiode und Cannabis spielen in allen Betreuungssettings eine dominierende Rolle als Leitdroge (vgl. Abbildung 4.10 und DOKLI 28 im Annex; betreffend den hohen Prozentsatz von Cannabis als Leitdroge siehe *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013* (Busch et al. 2013)).

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

Das Ergebnis der hierarchischen Leitdrogenzuordnung zeigt Abbildung 4.11. Diese Darstellung verdeutlicht, dass fast alle anderen Leitdrogen außer Cannabis und in etwas geringerem Ausmaß auch Kokain sehr oft in Kombination mit Opioiden angegeben werden. Cannabis wird in 34 Prozent

der ambulanten Betreuungen und in 10 Prozent der stationären Betreuungen als alleinige Leitdroge genannt (ad Cannabis siehe auch *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013* (ebd.)).

Abbildung 4.11:
Personen, die 2020 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdrogendefinition (EBDD) und Art der Betreuung

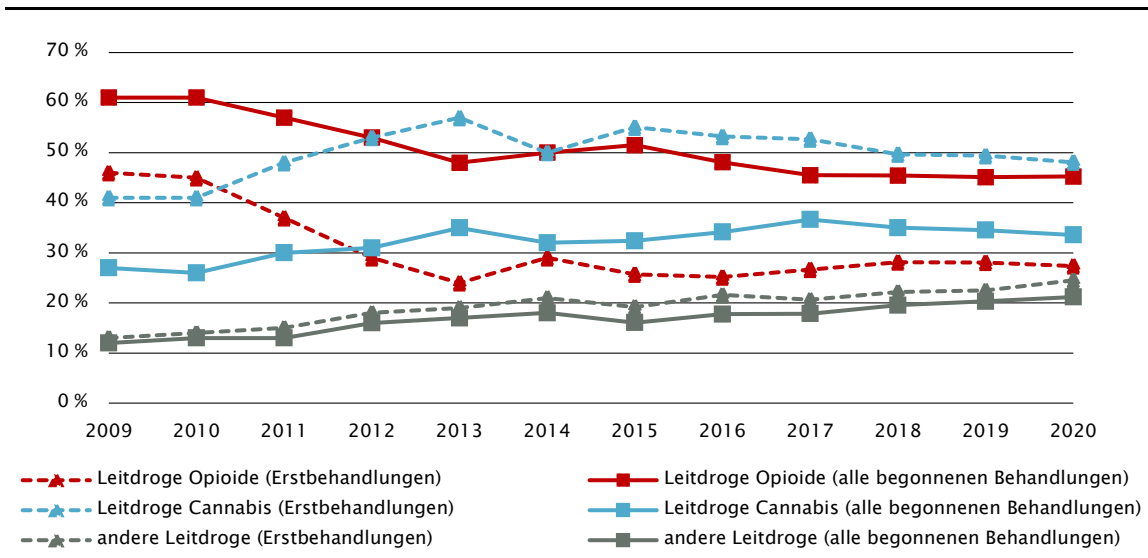


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2020

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

Abbildung 4.12:

Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdroge Opioiden und Cannabis, 2009–2020

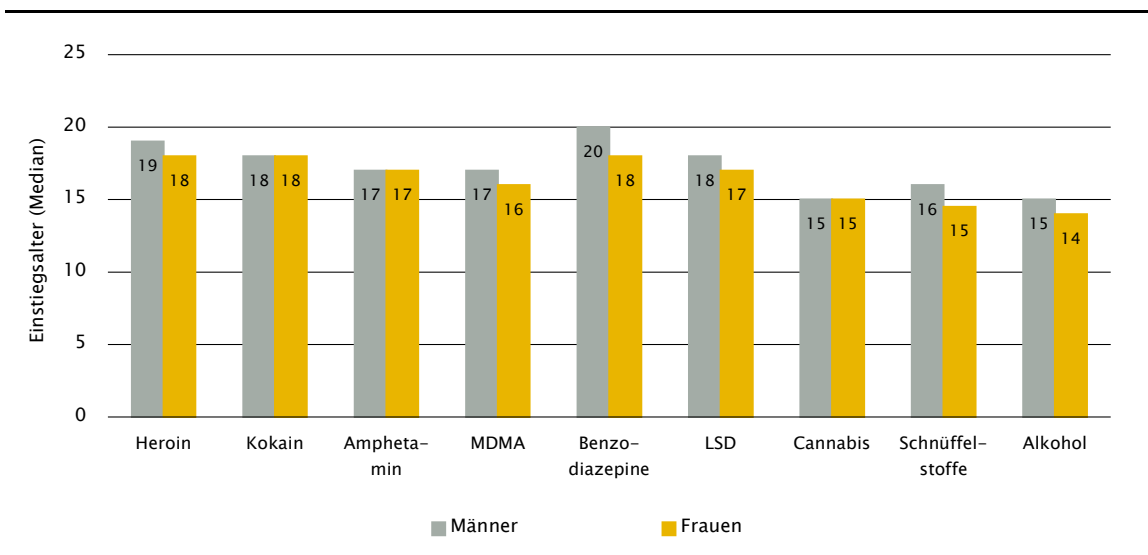


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertungen 2009 bis 2020

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

Abbildung 4.13:

Alter der Personen beim Erstkonsum (Median), die 2020 in Österreich mit einer längerfristig ambulanten Betreuung begannen, nach Substanzen und Geschlecht



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2020

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

Personen in längerfristig ambulanter Betreuung nannten am häufigsten Sniffen (47 %) als vorwiegende Einnahmeform von Heroin, gefolgt von intravenösem Konsum (26 %) und Rauchen (24 %). Im stationären Setting erreichen die entsprechenden Werte 47 und jeweils 26 Prozent. Dieses interessante Ergebnis wurde im Rahmen des Schwerpunktkapitels des DOKLI-Berichts zum Klientenjahrgang 2007 vertiefend analysiert und auch publiziert (Busch/Eggerth 2010). Es wurden Hinweise gefunden, dass ein nicht unerheblicher Teil von Heroinkonsumierenden über die nasale Applikation in den Konsum ein- und erst nach einiger Zeit (wenn überhaupt) auf den intravenösen Drogenkonsum umsteigt. Möglichkeiten hinsichtlich präventiver Maßnahmen, die sich daraus ergeben, werden ebenfalls im DOKLI-Bericht über den Betreuungsjahrgang 2007 ausführlich dargestellt.

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

Tabelle 4.1:

Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulanzien“ und „andere Drogen“ aller 11.816 längerfristig ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen, 2020

Substanz	Leitdroge	Begleitdroge	Summe
andere Naturdrogen	78	268	346
Methamphetamin	131	196	327
Pilze	13	231	244
Ketamin	29	127	156
Mephedron	11	70	81
GHB	6	15	21
andere synthetische Cathinone	8	11	19
Räuchermischungen	1	4	5
Fentanyl (illegal)	7	7	14

Anmerkung: Es handelt sich um Mehrfachnennungen.

Quelle: DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2020; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Der Anteil der Personen mit intravenösem Konsum (bezogen auf die Lebenszeit) differiert stark nach Setting und liegt daher zwischen 19 und 64 Prozent. Intravenöser Drogenkonsum nimmt mit dem Alter aufgrund der Lebenszeitprävalenz zu und in allen Betreuungssettings ist der Anteil i. v. Konsumierender bei den Frauen etwas höher. Die häufigste Einnahmeform von Heroin ist Sniffen, gefolgt von Injizieren und Rauchen, wobei die Zahlen je nach Betreuungssetting variieren. Opioide und Cannabis spielen in allen Betreuungssettings eine dominierende Rolle als Leitdroge. Die Zeitreihe der hierarchischen Leitdrogen bei Personen am Beginn

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

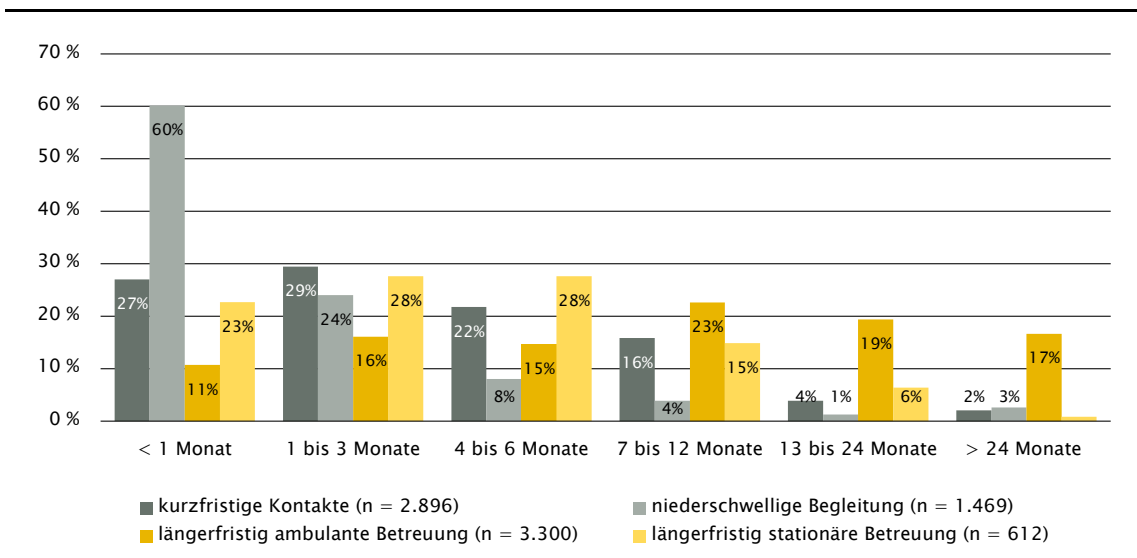
4.4 Situation zu Betreuungsende

Im Jahr 2020 beendeten 2.991 (62 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine kurzfristige Betreuung, 1.469 (65 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine niederschwellige, 3.361 (31 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine längerfristig ambulante und 627 (60 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine stationäre Betreuung.

Der Großteil (56 %) der beendeten kurzfristigen Betreuungen erstreckte sich lediglich über bis zu drei Monate, was aber in der Definition dieses Settings begründet ist. Auch die Hälfte der erfassten Betreuungen im stationären Setting dauerten maximal drei Monate (50 %). Dies dürfte auch die Realität in der stationären Drogenhilfe mit einer großen Anzahl an Betreuungsabbrüchen (51 %) widerspiegeln. Im längerfristig ambulanten Bereich lief für 37 Prozent der Klientel die Betreuung über vier bis zwölf Monate und für weitere 36 Prozent länger als ein Jahr. Im niederschweligen Bereich dauerten 84 Prozent der Betreuungen bis zu drei Monate (vgl. DOKLI 60 im Annex und Abbildung 4.14). Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist jedenfalls zu beachten, dass kurze Betreuungsdauern teilweise auch methodisch verursacht werden: Im DOKLI-System müssen Betreuungssequenzen von Klientinnen und Klienten, die ohne entsprechende Abmachung länger als sechs Monate nicht in der Einrichtung erscheinen, abgeschlossen werden. Im Wiener DOKU-neu-System gilt diesbezüglich eine Frist von drei Monaten. Daten zur Betreuungsdauer sollten daher mit Vorsicht betrachtet werden.

Abbildung 4.14:

Dauer der Betreuung von Personen, die 2020 ihre Betreuung beendeten, nach Setting

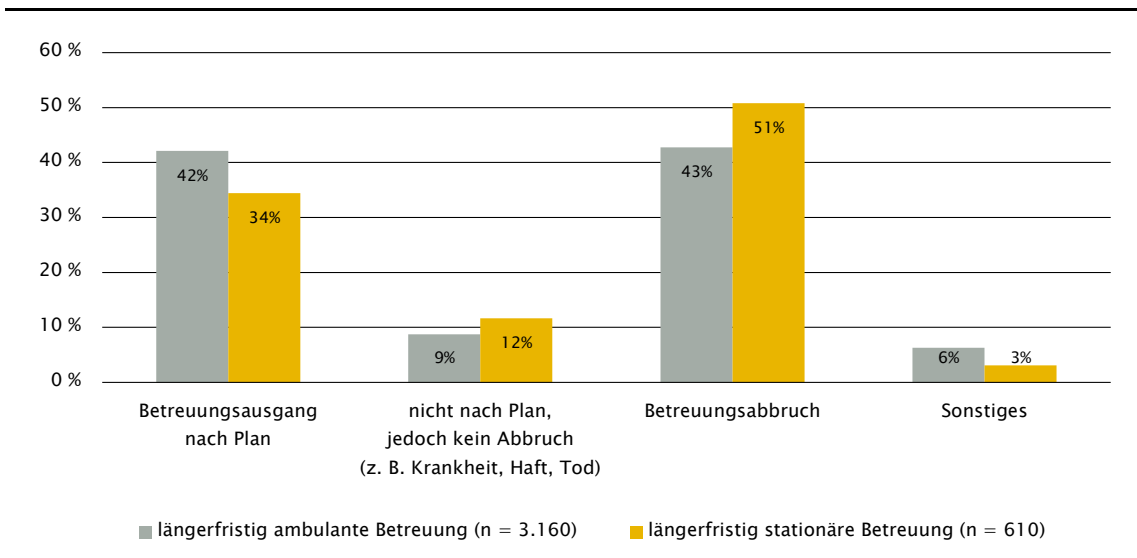


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2020

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

Abbildung 4.15:

Betreuungsausgang bei Personen, die 2020 eine Betreuung beendeten, nach Betreuungsart



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2020

42 Prozent der ambulanten und 34 Prozent der stationären Betreuungen endeten nach Plan (vgl. DOKLI 63 im Annex und Abbildung 4.15). Im stationären Bereich wurden 51 Prozent der Behandlungen abgebrochen, im ambulanten Bereich beläuft sich der Abbruchanteil auf 43 Prozent (vgl. DOKLI 63 im Annex).

Die Kostenträger unterscheiden sich – im Einklang mit den Finanzierungsregelungen – je nach Setting. Im ambulanten Bereich – der zumeist durch Jahressubventionen und nicht durch Einzelfallverrechnungen finanziert wird – trägt bei 50 Prozent der Betreuungen das Land die Kosten, 31 Prozent der abgeschlossenen Betreuungen weisen keinen fallbezogenen Kostenträger aus (vgl. DOKLI 61 im Annex), womit weitgehend der zu Betreuungsbeginn geplante Kostenträger erhalten bleibt (vgl. DOKLI 13 im Annex). Die Daten sind allerdings aufgrund der unterschiedlichen Grundgesamtheiten nicht direkt vergleichbar. Im stationären Bereich haben das Land, die Justiz und die Sozialversicherung (54 % bzw. 41 % und 16 % bei Mehrfachnennungen) die größte Relevanz als Kostenträger. Der geplante und der tatsächliche Kostenträger entsprechen einander weitgehend auch im stationären Bereich.

Zusammenfassung: Die Betreuungen dauern je nach Setting unterschiedlich lang, was teilweise im Setting selbst (z. B. bei kurzfristigen Kontakten) oder in den hohen Abbruchraten (51 %) in der stationären Drogenhilfe begründet liegt und teilweise methodisch auf das DOKLI-System zurückzuführen ist, bei dem nach einem gewissen Zeitraum ohne Kontakt mit der Patientin / dem Patienten eine Beendigung der Betreuung eingetragen werden muss. Nach Plan endeten 42 Prozent der längerfristig ambulanten und 34 Prozent der stationären Betreuungen. Auch die Kostenträger unterscheiden sich nach dem Setting.

5 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle

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

5.1 Definition und Datengrundlage

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

Die Daten der Statistik und Analyse basieren auf den dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) übermittelten polizeilichen Meldungen (über mutmaßliche drogenbezogene Todesfälle), auf Verdachtsmeldungen der Landessanitätsdirektionen der Bundesländer sowie auf Fällen, die von gerichtsmedizinischen Instituten und gerichtsmedizinischen Privatgutachterinnen/-gutachtern als „Suchtgiftfälle“ übermittelt werden. Zusätzlich werden von der Statistik Austria jährlich nach Abschluss der allgemeinen Todesursachenstatistik Todesfälle mit ausgewählten suchtbefugten ICD-10-Codes übermittelt³³. In die Statistik und Analyse der direkt drogenbezogenen Todesfälle fließen nur jene Fälle ein, in denen aufgrund einer durchgeführten Obduktion oder Totenbeschau (falls keine Obduktion durchgeführt wurde) von einem Kausalzusammenhang zwischen Substanzkonsum und Tod infolge einer Intoxikation auszugehen ist. Die gesetzliche Basis hierfür wird im Kapitel „Methoden“ näher erläutert. Für das Jahr 2020 wurden insgesamt Unterlagen von 404 Verdachtsfällen gesichtet. Nicht in die Statistik aufgenommen wurde eine Person mit ausländischer Staatsbürgerschaft, die nicht in Österreich ge-

33

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

meldet war und bei der es auch keinerlei Hinweise gab, dass sie in Österreich ihren Lebensmittelpunkt hatte (z. B. Urlauberin/Urlauber). Dieser Fall geht daher – wie in den Vorjahren – nicht in die Statistik ein, da er keine Rückschlüsse auf die aktuelle Drogensituation in Österreich erlaubt. Bei einem weiteren Verdachtsfall handelte es sich um eine Faulleiche, bei der die Gerichtsmedizin die Todesursache nicht mehr eruieren konnte.

In der Arbeitsgruppe³⁴ „drogenbezogene Todesfälle“ wurden im November 2016 Überdosierungen mit verschreibungspflichtigen opioidhaltigen Schmerzmitteln (ohne andere Suchtgifte) diskutiert. Zum Hintergrund der Diskussion: Ziel der Statistik und Analyse der drogenbezogenen Todesfälle ist die Darstellung des hochriskanten Drogenkonsums, die in Zusammenschau mit vier weiteren epidemiologischen Schlüsselindikatoren die Einschätzung der Drogensituation erlaubt. Personen ohne Verbindung zur „Suchtgiftszene“, die z. B. mithilfe eines verschreibungspflichtigen Opioids (ohne andere Substanzen, die im SMG oder NPSG gelistet sind) Suizid verüben, oder Schmerzpatientinnen/-patienten zählen nicht zu diesem Kontext. In der Arbeitsgruppe wurde daher beschlossen, dass Fälle, bei denen (anhand einer Zusammenschau diesbezüglicher Hinweise) starke Zweifel bezüglich der Zugehörigkeit zur „Suchtgiftszene“ bestehen, nicht in die Statistik aufgenommen werden. Aus Gründen der Transparenz und zur Beobachtung der Entwicklung dieser Situation werden diese Fälle jedoch separat beschrieben. Im Sterbejahr 2020 wurden daher zehn Personen, die an einer Überdosierung durch opioidhaltige verschreibungspflichtige Schmerzmittel (z. B. Fentanyl, Tramal) ohne weitere Suchtgifte verstarben, aus der Statistik ausgeschlossen.

5.2 Übersicht: Situation im Jahr 2020

Insgesamt wurden für das Jahr 2020 auf Basis von Obduktionsbefunden 155 tödliche Überdosierungen verifiziert. Weitere 36 – allerdings nicht obduzierte³⁵ – Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (auf dem Totenbeschauschein gibt es eine eindeutige Todesursache wie z. B. den Texteintrag „Suchtgiftintoxikation“). In Summe wird daher für das Jahr 2020 von **191 direkt drogenbezogenen Todesfällen** ausgegangen.

34

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

35

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

Tödliche Überdosierungen betreffen vorrangig **Männer** (rund 75 % der Verstorbenen), die Verstorbenen waren im Schnitt (gruppiertes Median³⁶) 32,4 Jahre alt. Die meisten drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner finden sich in Wien (5,6), gefolgt von Tirol (4,3). Auch in absoluten Zahlen gesehen hat Wien im Vergleich zu den anderen Bundesländern die meisten drogenbezogenen Todesfälle³⁷.

Um einen sinnvollen Vergleich der Bundesländerzahlen und der Zeitverläufe zu ermöglichen, wurde die Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle auf die altersmäßig relevante Einwohnerzahl im entsprechenden Bundesland bezogen. Nach Empfehlungen der EBDD wurde als relevante Altersgruppe jene der 15- bis 64-Jährigen ausgewählt. Für das Jahr 2020 ergibt sich für Gesamtösterreich eine Rate von 3,2 Todesfällen pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren (2019: 3,3).

Zusammenfassung: Im Jahr 2020 starben insgesamt 191 Personen an einer Überdosierung. Das entspricht einer Rate von 3,2 Todesfällen pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren. Die meisten drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner finden sich in Wien (5,6), gefolgt von Tirol (4,3). Drei Viertel der Verstorbenen waren Männer.

5.3 Trends: Gesamt, regional und nach Altersgruppen

Von 2011 bis 2014 zeigte sich ein Rückgang der direkt drogenbezogenen Todesfälle. Im Jahr 2014 erreichten sie den niedrigsten Wert seit über zehn Jahren (vgl. Abbildung 5.1). Bis zum Jahr 2019 ist wieder ein Anstieg zu beobachten, der nur von einem neuerlichen Absinken im Jahr 2017 unterbrochen wurde. 2020 zeigt sich wieder ein leichter Rückgang.

36

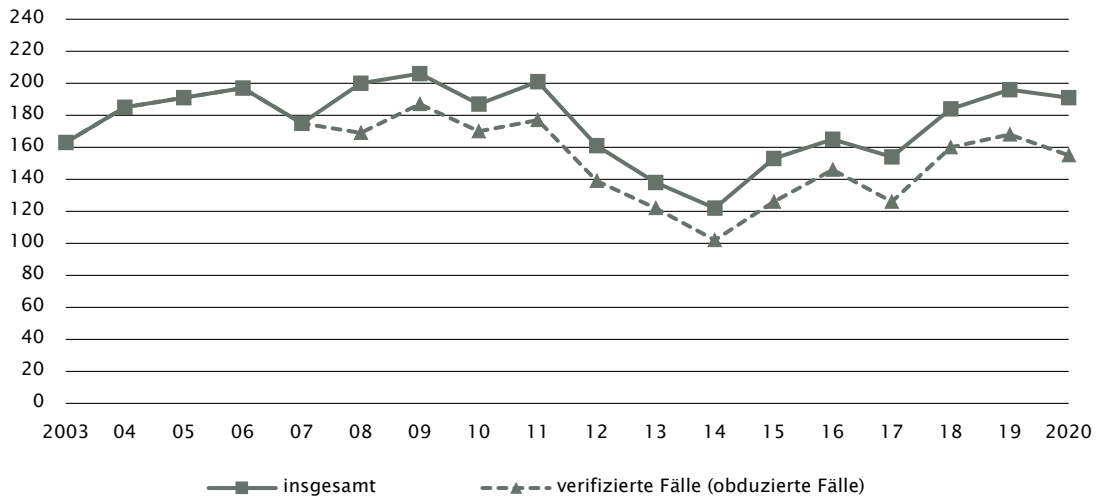
Der Median ist so definiert, dass 50 Prozent der Fälle über und 50 Prozent unter diesem Wert liegen. Bei Daten, die eigentlich Intervalle darstellen wie beim Alter (z. B. ist man 365 Tage lang 50 Jahre alt), kann dieses Intervall noch zusätzlich interpoliert werden (= gruppiertes Median).

37

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

Abbildung 5.1:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2003–2020 (absolut)



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

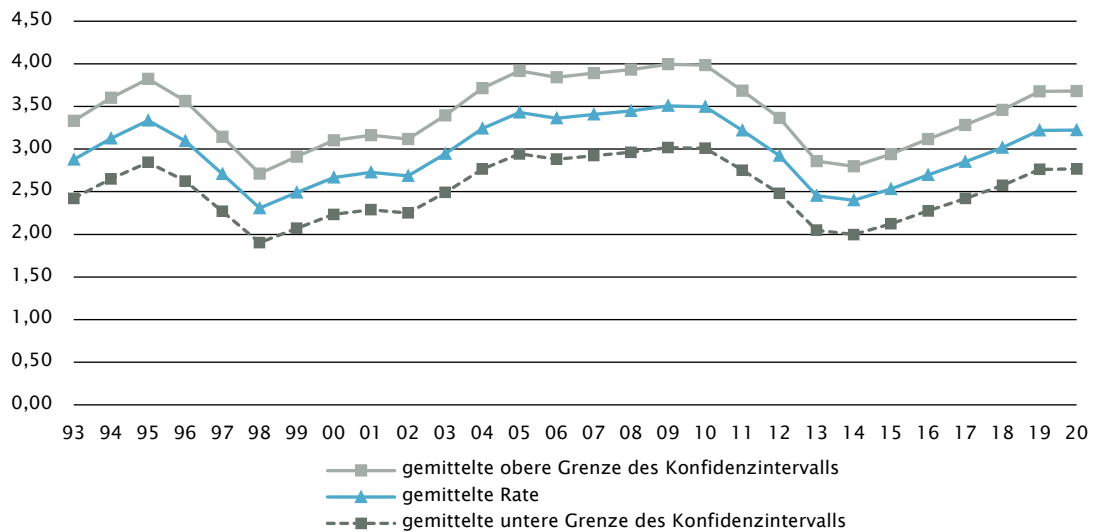
Die für drei Jahreswerte gemittelten Raten pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner in den Jahren 1993 bis 2020 sowie die obere und untere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls³⁸ veranschaulicht Abbildung 5.2. Es zeigt sich dabei eine seit den 1990er-Jahren wellenförmige Bewegung der Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle. Der letzte starke Rückgang war im Jahr 2014 zu verzeichnen. Bis zum Jahr 2019 gab es wieder einen Anstieg mit einer Rate von 3,3 Fällen pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner, die 2020 wieder minimal auf 3,2 Fälle zurückging. Im Jahr 2020 starben insgesamt 191 Personen (Rohwert) an einer Überdosierung.

38

Die geglätteten Raten stellen den Mittelwert von drei Jahren dar, um Zufallsschwankungen auszugleichen, d. h., 3,2 direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner für 2011 ist der Mittelwert aus den Jahren 2010, 2011 und 2012. Für 2020 wird der nichtgeglättete Wert dargestellt.

Abbildung 5.2:

95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2020, gemittelter Drei-Jahres-Wert



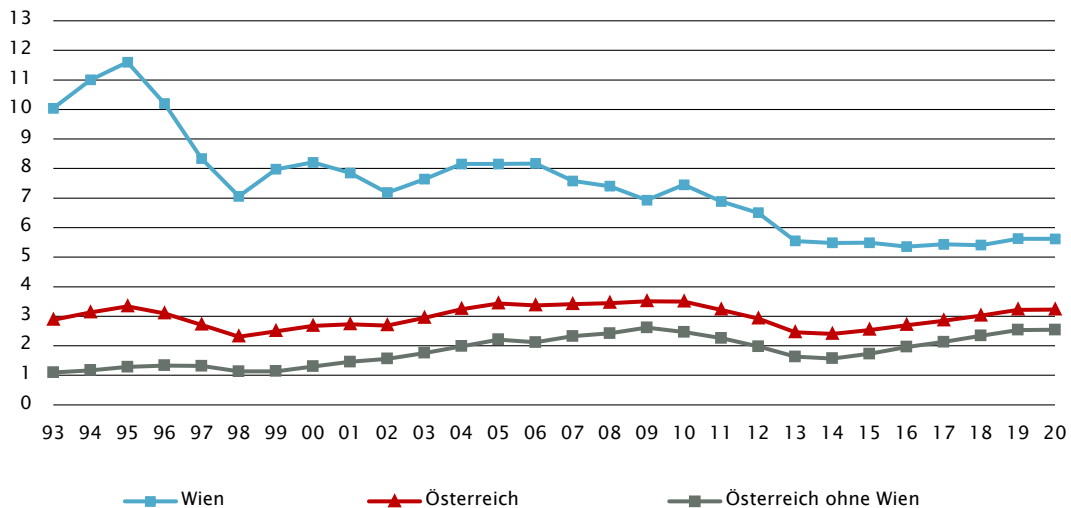
Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

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

Abbildung 5.3:

Drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Österreicherinnen/Österreicher im Alter von 15 bis 64 Jahren nach Region, 1993–2020, gemittelter Drei-Jahres-Wert



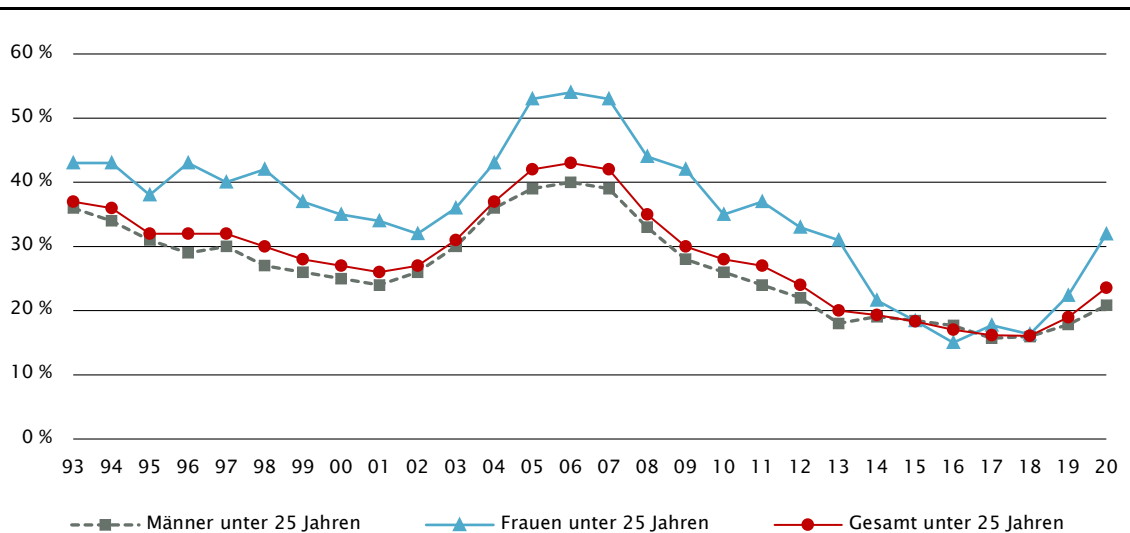
Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

Der Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle Mitte der 2000er-Jahre (vgl. Abbildung 5.2) wurde von einem steigenden Anteil drogenbezogener Todesfälle, die Personen unter 25 Jahren betreffen (vgl. Abbildung 5.4), begleitet. Seit einem Höchstwert Mitte der 2000er-Jahre ist der Anteil drogenbezogener Todesfälle, die junge Menschen betreffen, bis 2013 wieder stark gesunken. Danach sank der Anteil minimal, aber kontinuierlich. Durch den Anstieg im Jahr 2020 bewegt sich die Kurve seit 2018 jedoch wieder nach oben (vgl. Abbildung 5.4). Ob es sich bei diesem Anstieg um eine Trendwende handelt, kann erst der Zeitverlauf zeigen.

Abbildung 5.4:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen nach Geschlecht, 1993–2020, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

Zusammenfassung: Seit Anfang der 1990er-Jahre zeichnet sich eine wellenförmige Bewegung der drogenbezogenen Todesfälle ab: Die Spitzen waren jeweils Mitte der 1990er- und der 2000er-Jahre zu verzeichnen, wobei die Werte bis 2010 auf relativ hohem Niveau verharrten. Danach sanken die Raten der drogenbezogenen Todesfälle bis zum Jahr 2014 auf einen Tiefstwert, gefolgt von einem neuerlichen Anstieg. Während bis Mitte der 1990er-Jahre in Wien bis zu zehnfach höhere Sterberaten aufgrund von Überdosierung festgestellt wurden als in den anderen Bundesländern gemeinsam, hat sich dieser Abstand im weiteren Verlauf auf ein Verhältnis von ca. 2:1 reduziert. Dies ist vor allem auf die sinkenden Sterberaten in Wien zurückzuführen. Der Anteil der Personen unter 25 Jahren pendelte sich in den letzten Jahren bei unter 20 Prozent ein, stieg im Jahr 2020 jedoch wieder auf über 20 Prozent an. Ob es sich dabei um eine Trendwende handelt, kann erst der Zeitverlauf zeigen.

5.4 Fokus: Altersstruktur

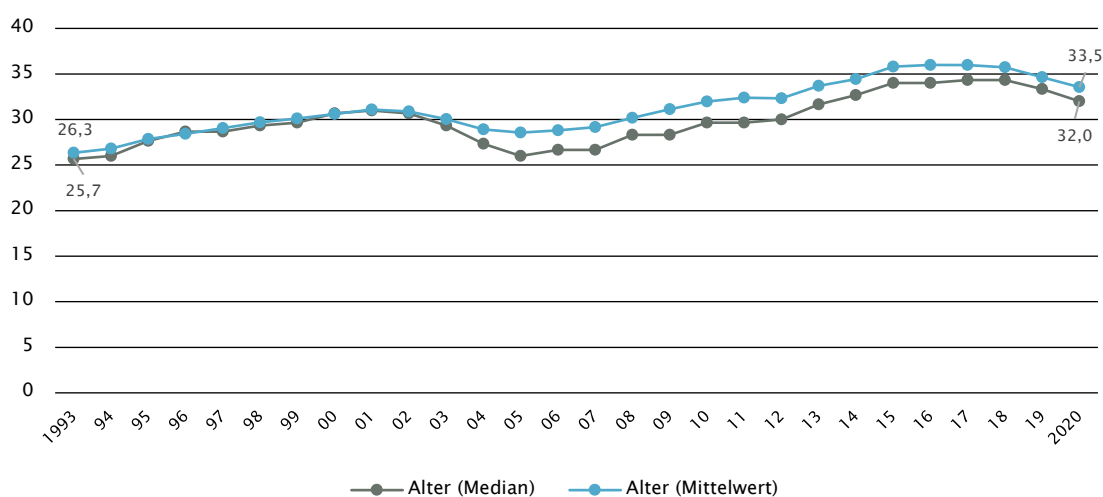
Das Durchschnittsalter (gruppiertes Median) der in der Statistik im Jahr 2020 erfassten Todesopfer beträgt 32,4 Jahre (2019: 33,7; 2018: 34,2; 2017: 34,9; 2016: 34,1; 2015: 32,9).

In Abschnitt 5.3 wurden die über drei Jahre gemittelten Werte der unter 25-Jährigen im Zeitverlauf dargestellt, dies ermöglicht eine gute grafische Aufbereitung und erleichterte Trendinterpretation. Betrachtet man die Rohwerte der jeweiligen Jahre, ergibt sich für 2020 und 2019 im Vergleich

folgendes Bild: Insgesamt liegt der Anteil der unter 25-Jährigen 2020 bei 24 Prozent und ist im Vergleich zum Vorjahr (15 %) angestiegen. Im Jahr 2020 beträgt der Anteil der unter 25-Jährigen bei den Frauen 32 Prozent (2019: 14 %), bei den Männern 21 Prozent (2019: 15 %). Da die Fallzahlen bei einer Splittung in Subgruppen sehr klein werden, schwanken die Prozentwerte relativ stark.

Im Zeitverlauf sieht man, dass das Durchschnittsalter seit Anfang der 1990er-Jahre langsam, aber stetig anstieg und zwischen 2015 und 2018 stagnierte. Seither sank das Durchschnittsalter wieder leicht. Der Mittelwert liegt im Jahr 2020 bei einem Alter von knapp 34 Jahren (Rohwert), der Median bei 32 Jahren (Rohwert).

Abbildung 5.5:
Mittleres Alter bei den drogenbezogenen Todesfällen, 1993–2020, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

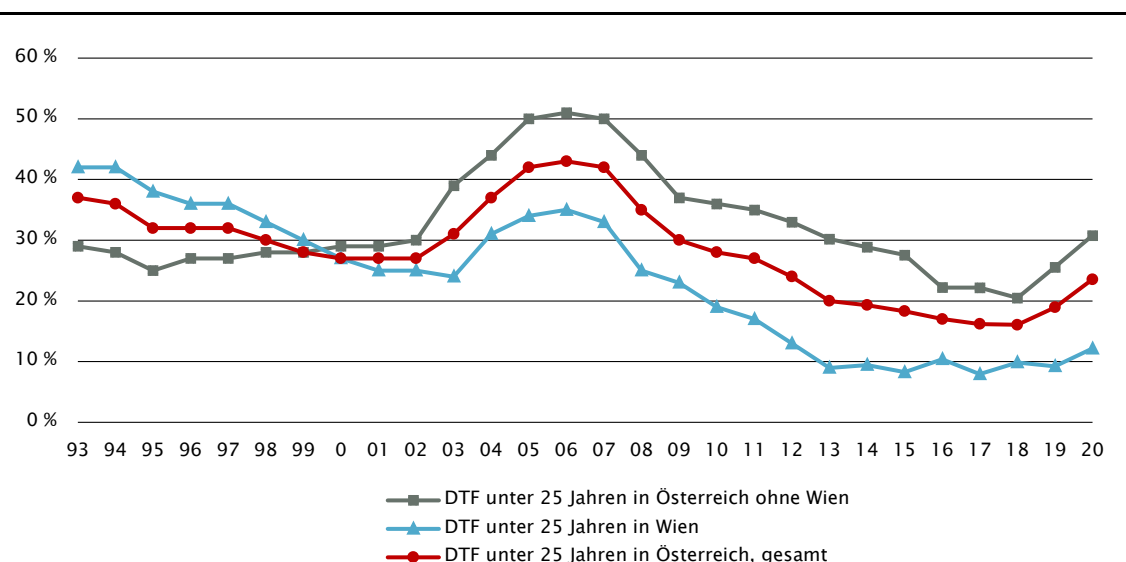
Zusammenfassung: Das Durchschnittsalter der Personen, die an einer Überdosierung verstorben sind, ist zwar deutlich höher als Mitte der 2000er-Jahre, seit 2018 sinkt es jedoch wieder leicht. Auch sind Todesfälle von Personen, die jünger als 25 Jahre alt waren (insgesamt 24 %), im Vergleich zum Vorjahr (15 %) wieder gestiegen. Es zeigt sich somit eine leichte Tendenz, ob es sich dabei jedoch tatsächlich um eine Trendwende handelt, wird erst der weitere Zeitverlauf zeigen.

Die Tabellen DRD 2 und DRD 3 im Annex geben die Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle nach Bundesländern (in absoluten Werten und Raten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren) wieder. Am häufigsten verstarben Personen der relevanten Altersgruppe in Wien mit 5,6 Verstorbenen, gefolgt von Tirol mit 4,3 Verstorbenen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Der hohe Anteil in Wien ist in Relation zur Anzahl der Personen mit

risikoreichem Konsum der mit Abstand größten Stadt Österreichs zu sehen³⁹. In Österreich gesamt liegt die Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährigen bei 3,2.

Abbildung 5.6:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen in Wien, Österreich ohne Wien, Österreich gesamt, 1993–2020, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

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

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

39

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

5.5 Nachgewiesene Substanzen

5.5.1 Detailergebnisse 2020

In die nun folgende Analyse in Bezug auf die beteiligten Substanzen werden nur jene 149 Fälle aufgenommen, bei denen auf Basis einer aussagekräftigen toxikologischen Analyse eine genau spezifizierte Substanzzuweisung möglich war.

In zwölf Prozent der 149 drogenbezogenen Todesfälle mit aussagekräftiger Toxikologie im Jahre 2020 wurden **ausschließlich illegale Drogen** (inklusive NPS) festgestellt (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination). In 57 Prozent der Fälle wurden neben illegalen Drogen bzw. NPS Psychopharmaka nachgewiesen, in sieben Prozent der Fälle Alkohol und in 24 Prozent beides – Alkohol und Psychopharmaka.

Reine Opioidintoxikationen (d. h. ohne weitere legale oder illegale Substanzen) waren in sieben Fällen zu verzeichnen, davon fünf ausschließlich mit Morphin und kein Fall mit ausschließlich Heroin. Der Anteil der reinen Opioidintoxikationen beträgt somit fünf Prozent (2019: 7%; 2018: 6%; 2017: 7%; 2016: 5%; 2015: 5%). Die reinen Opioidintoxikationen stellen einen sehr kleinen Teil der drogenbezogenen Todesfälle dar. 129 der 149 spezifizierten toxikologischen Analysen zeigten **Mischintoxikationen mit Opioiden** (87%), d. h., es wurde(n) ein Opiat / mehrere Opiate in Verbindung mit Alkohol und/oder Psychopharmaka und/oder Suchtgift(en) / NPS festgestellt. **Opioide** spielten somit in **insgesamt 91 Prozent der Fälle** eine Rolle (2019: 91%; 2018: 92%; 2017: 86%; 2016: 91%; 2015: 92%).

Heroin und Morphin sind auch im Jahr 2020 die am häufigsten festgestellten illegalen Substanzen (bei 113 Fällen wurde zumindest eine der beiden Substanzen nachgewiesen, das sind 76%). Hinsichtlich einer Differenzierung zwischen Heroin, Morphin und Morphin in Retardform (z. B. das Substitutionsmittel Substitol®) ist Folgendes zu berücksichtigen: Es gibt keinen eindeutigen Marker, mit dem Morphin in Retardform im Körper identifiziert werden kann, daher fällt es in die Kategorie Morphin. Allerdings werden auch manche Fälle von Intoxikationen mit Heroin dieser Kategorie zugeordnet. Das hat folgenden Grund: Heroin wird im Körper ebenfalls zu Morphin abgebaut, im Harn wird jedoch im Falle von Heroinkonsum der dafür typische Marker von 6-MAM festgestellt. Die Testung nach diesem Abbaustoff erfolgt in Österreich nicht einheitlich bzw. unterscheidet sich zwischen gerichtsmedizinischen und sanitätspolizeilichen Leichenöffnungen (laut Auskunft einzelner gerichtsmedizinischer Institute ist eine Testung auf 6-MAM Standard, auch wenn deren Ergebnis in den Gutachten nicht immer explizit angegeben wird). In der Statistik können also nur jene Fälle als Heroinintoxikation ausgewiesen werden, bei denen die Testung nach dem heroinspezifischen Marker vorgenommen und im Gutachten angeführt wurde. Bei den 18 Verstorbenen handelt es sich daher um eine Mindestzahl Verstorbener mit Beteiligung von Heroin (reine Heroinintoxikation: kein Fall). Alle anderen Fälle werden der Kategorie Morphin zugeordnet, wobei von den 96 Fällen mit Beteiligung von Morphin lediglich fünf auf den alleinigen Konsum von Morphin (ohne weitere Suchtgifte, Alkohol oder Psychopharmaka) zurückzuführen sind.

Methadon wurde in neun Prozent der Fälle nachgewiesen (2019: 22%; 2018: 15 %; 2017: 15 %; 2016: 10 %; 2015: 16 %), **sonstige Opiode** (wie z. B. Fentanyl, Buprenorphin, opioidhaltige NPS) in 19 Prozent (2019: 25%; 2018: 20 %; 2017: 20 %; 2016: 26 %; 2015: 25 %). **Fentanyl** wurde in acht Fällen nachgewiesen (5 %). **Opioidhaltige NPS** (d. h. NPS, die zur Gruppe der synthetischen Opiode gehören) wurden im Jahr 2020 bei **keinem Fall** nachgewiesen (2019: 0 Fälle; 2018: 0 Fälle; 2017: 4 Fälle).

Kokain wurde in 19 Prozent (n = 29) der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt (2019: 31%; 2018: 22 %; 2017: 25 %; 2016: 23 %; 2015: 22 %; vgl. Abbildung 5.7), in keinem Fall handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere (illegale) Substanzen.

Insgesamt wurden bei 28 Personen **sonstige Stimulanzien** (sämtliche Stimulanzien wie z. B. (Meth)Amphetamin, Ecstasy etc. exklusive Kokain) nachgewiesen (19 %). Im Vergleich zum Vorjahr (13 %) stieg der Anteil daher wieder minimal. Nur bei zwei Fällen handelte es sich dabei um eine Monointoxikation, bei der keine anderen Substanzen festgestellt wurden.

- » **Amphetamin** wurde bei neun Fällen nachgewiesen, und zwar nur in Kombination mit anderen (illegalen) Substanzen.
- » **Ecstasy** (d. h. MDMA bzw. dessen Metaboliten MDA oder MDE) wurde in insgesamt neun Fällen nachgewiesen (2019: 13 Fälle; 2018: 7 Fälle; 2017: 9 Fälle; 2016: 10 Fälle; 2015: 7 Fälle; 2014: 3 Fälle). In zwei Fällen handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere Substanzen. Die Mehrheit dieser Fälle dürfte in Zusammenhang mit verstärkt im Umlauf befindlichen Ecstasy-Tabletten mit sehr hoher Dosierung stehen.
- » **Methamphetamin** wurde insgesamt bei neun Fällen festgestellt (2019: 4 Fälle; 2018: 3 Fälle; 2017: 11 Fälle; 2016: 5 Fälle; 2015: 3 Fälle; 2014: 4 Fälle). Bei allen Fällen handelte es sich um Mischintoxikationen mit anderen Substanzen.

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

Der Anteil der Fälle, bei denen auch **Psychopharmaka** gefunden wurden, hat sich von 47 Prozent 2002 auf 81 Prozent im Jahr 2020 erhöht (vgl. Abbildung 5.7). Insgesamt wurden bei 81 Prozent der Fälle, bei denen Psychopharmaka nachgewiesen wurden (121), Benzodiazepine, bei 38 Prozent Antidepressiva, bei 31 Prozent Neuroleptika und bei 33 Prozent Antiepileptika nachgewiesen. Bei jeweils weniger als zehn Prozent wurden Z-Medikamente oder andere psychoaktive Medikamente (z. B. Barbiturate) nachgewiesen.

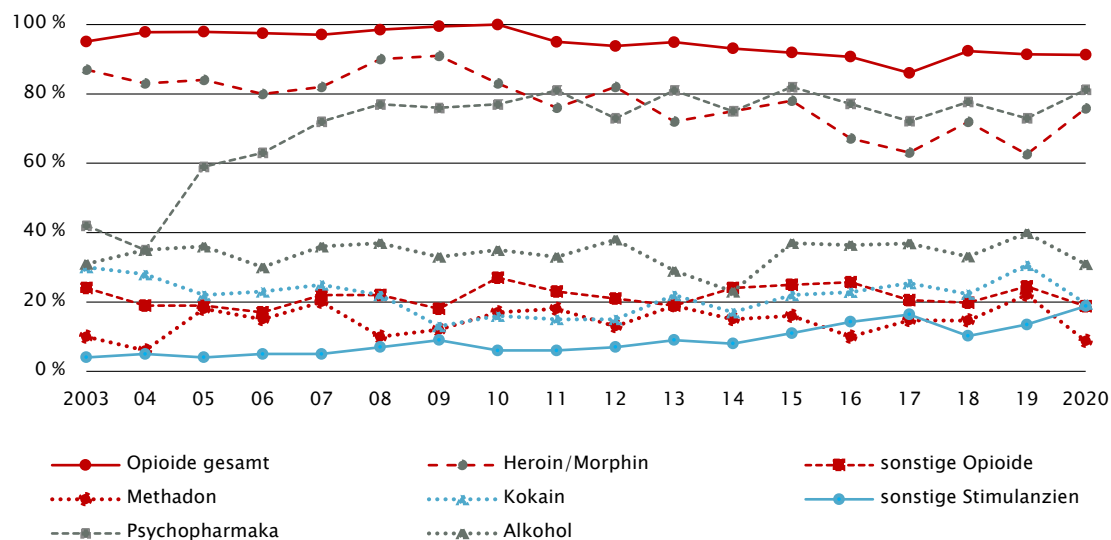
Alkohol wurde bei insgesamt 31 Prozent (2019: 40 %; 2018: 33 %; 2017: 37 %; 2016: 36 %; 2015: 37 %; 2014: 23 %) der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt. Bei drei Prozent wurde ein hoher Promillewert (mind. 1,5 Promille) im Blut gefunden (2019: 5 %; 2018: 3 %; 2017: 7 %; 2016: 4 %; 2015: 7 %; 2014: 9 %).

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

5.5.2 Nachgewiesene Substanzen im Zeitverlauf

Über den Zeitverlauf sind Opioide die Nummer eins bei den nachgewiesenen Substanzen. Daran ändert auch eine tendenzielle Abnahme in den Jahren 2011 bis 2017 nichts. Nach dem niedrigsten Anteil mit 86 Prozent aller Todesfälle im Jahr 2017 pendeln sich die Werte 2019 und 2020 wieder bei knapp über 90 Prozent ein (vgl. Abbildung 5.7). Die beiden Opioide Heroin und Morphin werden bei den drogenbezogenen Todesfällen am häufigsten nachgewiesen. Tendenzuell sanken die Anteile dieser beiden Substanzen in den letzten Jahren jedoch etwas, 2020 ist wieder ein leichter Anstieg zu beobachten. Methadon und sonstige Opiate liegen deutlich unter Heroin/Morphin und schwanken in den meisten Jahren um die 20 Prozent – Methadon sank jedoch 2020 auf neun Prozent. Die Beteiligung von Kokain war 2003 mit 30 Prozent am höchsten und ging bis 2009 auf 13 Prozent zurück. Bis 2017 schwankten seine Werte um die 20 Prozent. Nach einem Anstieg im Jahr 2018 (31 %) ist 2020 wieder ein Rückgang auf 19 Prozent festzustellen. Sonstige Stimulanzien bewegen sich seit Anfang der 2000er-Jahre auf niedrigem Niveau, in den letzten zehn Jahren zeigt sich tendenziell ein leichter Anstieg. Die Anteile der Psychopharmaka stiegen zwischen 2004 und 2011 und pendeln sich seither zwischen 70 und 80 Prozent ein. Alkohol wurde seit 2003 in rund 30 bis 40 Prozent der Fälle nachgewiesen, nur im Jahr 2014 sank der Wert kurzfristig unter 30 Prozent.

Abbildung 5.7:
Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2020



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

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

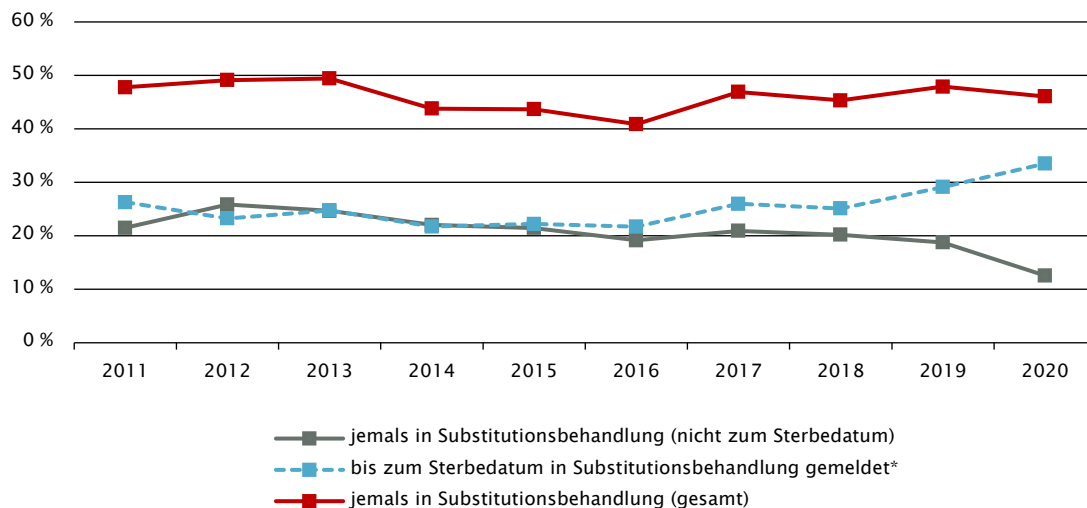
Zusammenfassung: An der Dominanz von Opioiden hat sich in den letzten Jahren nichts geändert, die tendenzielle Abnahme, die zwischen 2011 und 2017 zu beobachten war, setzt sich nicht fort. Kokain und andere Stimulanzien werden weiterhin bei den Todesfällen deutlich seltener festgestellt als Opioiden.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

5.6 Substitutionsbehandlung

Von den 191 direkt drogenbezogenen Todesfällen befanden sich 64 Personen bis zu ihrem Todestag in Substitutionsbehandlung. Weitere 24 Personen waren bereits einmal in ihrem Leben in Substitutionsbehandlung. Etwas weniger als die Hälfte der im Jahr 2020 an Überdosierung Verstorbenen hatte einmal in ihrem Leben Kontakt zum Substitutionssystem.

Abbildung 5.8:

Anteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle, bei denen die/der Betroffene in Substitutionsbehandlung war, an allen direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2011–2020, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

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

5.7 Auffindungssituation

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

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

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

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

Zusammenfassung: Da der weitaus größte Teil tödlicher Überdosierungen in privaten Räumlichkeiten geschieht, ist anzunehmen, dass ein Großteil des risikoreichen Drogenkonsums im (scheinbar) geschützten privaten Rahmen stattfindet. Dieser Umstand kann aber das Ausbleiben rascher Hilfe bei Intoxikationen bedeuten und so das Risiko einer tödlich verlaufenden Überdosierung erhöhen⁴⁰.

40

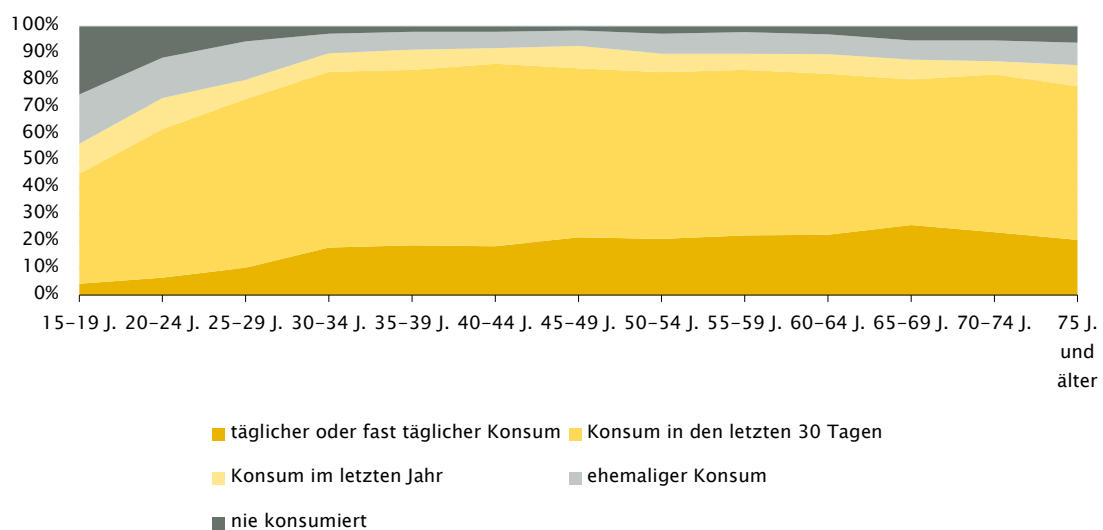
Ein Faktor, der dies mit bedingt, ist sicher die gute Wohnversorgung von Personen mit risikoreichem Drogenkonsum in Österreich. Dieses Setting ist jedenfalls für präventive Maßnahmen zur Verhinderung drogenbezogener Todesfälle (z. B. rechtzeitiges Rufen der Rettung bei intoxikationsbedingten Notfällen)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

6 Alkoholkonsum

6.1 Charakteristik und Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich

Alkohol⁴¹ ist jene gesundheitsgefährdende psychoaktive Substanz, mit der in Österreich die meisten Personen Erfahrungen machen. Im Gegensatz zu illegalen psychoaktiven Substanzen, aber auch im Vergleich mit Tabak handelt es sich dabei bei vielen Menschen um ein relativ konstantes Verhalten im Lebensverlauf: Alkoholkonsum findet bei vielen Personen bereits sehr früh, aber auch noch bis ins hohe Alter statt und es gibt nur sehr wenige Personen, die im Laufe ihres Lebens komplett aufhören, Alkohol zu konsumieren. Ein weiteres Spezifikum ergibt sich daraus, dass zwar in allen Altersgruppen eine deutliche Mehrheit der Personen aktuell Alkohol konsumiert (d. h. innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol getrunken hat), aber nur ein relativ geringer Prozentsatz dies täglich oder fast täglich⁴² tut, wobei dieser Anteil tendenziell mit zunehmendem Alter ansteigt (vgl. Abbildung 6.1).

Abbildung 6.1:
Konsumprävalenz Alkohol nach Altersgruppen



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

⁴¹ Weiterführende Ausführungen zum Thema Alkohol finden sich im *Handbuch Alkohol Österreich* (Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen, Band 2: Einrichtungen, Band 3: Gesetzliche Rahmenbedingungen, Band 4: Ausgewählte Themen).

⁴² definiert als Alkoholkonsum an 5 bis 6 Tagen pro Woche

Laut der Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2020 (Strizek et al. 2021) haben über alle Altersgruppen hinweg etwa 18 Prozent der Befragten in den letzten zwölf Monaten **täglich oder fast täglich** Alkohol getrunken, wobei dies Männer (ca. 25 %) deutlich häufiger tun als Frauen (12 %). Die österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2019 (Klimont 2020) kommt auf deutlich niedrigere Werte (8,9 % für Männer bzw. 2,5 % für Frauen), die allerdings zum Teil dadurch zustande kommen, dass hier im Gegensatz zur Repräsentativerhebung Rohwerte und nicht „korrigierte“ Werte⁴³ verwendet werden.

Etwa jeder achte Mann (13 %) und jede siebte Frau (16 %) lebte laut Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch in den letzten zwölf Monaten **alkoholabstinent oder zumindest fast abstinent**⁴⁴, wobei hier die österreichische Gesundheitsbefragung auf etwas höhere ähnliche Werte (16 % der Männer und 24 % der Frauen) kommt. Vollkommen abstinent lebten laut Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch vier Prozent der männlichen und sechs Prozent der weiblichen Befragten.

Gemessen auf Basis von Produktions- und Verkaufsstatistiken, ist der durchschnittliche **Pro-Kopf-Konsum von Alkohol** in einer längerfristigen Perspektive seit den 1970er-Jahren rückläufig (vgl. Abbildung 6.2). Über die letzten 15 Jahre weist der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum der erwachsenen Bevölkerung nur minimale Schwankungen auf. Im Jahr 2020 wurden in der Bevölkerung ab 15 Jahren pro Kopf etwa 25 Gramm Alkohol pro Tag konsumiert⁴⁵. Diese Menge entspricht etwas mehr als einem großen Bier oder einem Viertelliter Wein.

43

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

44

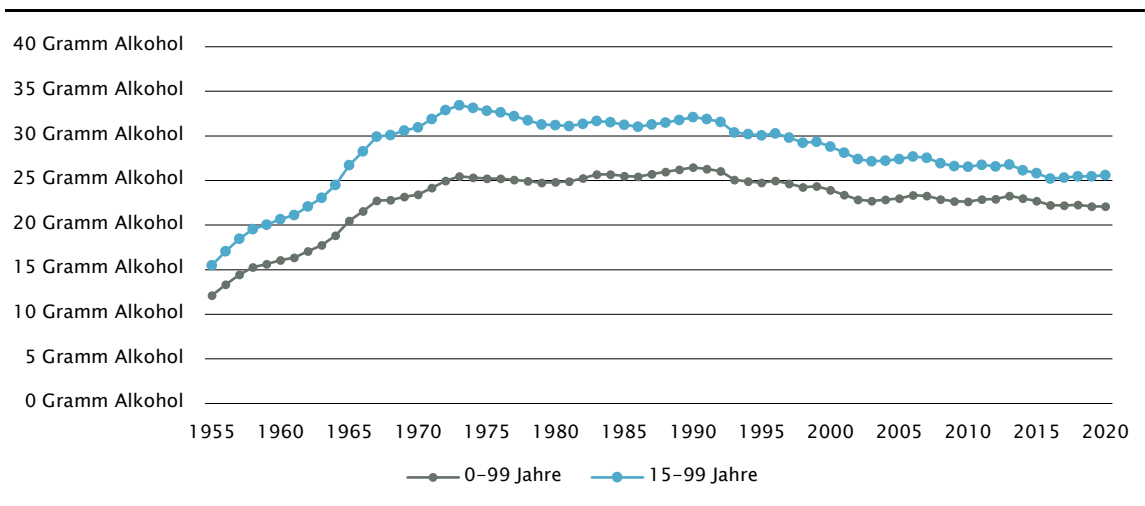
Dies umfasst die Kategorien „primär Abstinent“ (= nie getrunken), „sekundär Abstinent“ (= früher getrunken, aber nicht mehr in den letzten 12 Monaten) und „sekundär fast Abstinent“ (= maximal fünfmaliger Konsum in den letzten 12 Monaten).

45

Der Konsumrückgang im Rahmen der Corona-Pandemie wird in diese Statistik nur zum Teil erfasst, weil die Bier- und Weinbilanz der Statistik Austria immer die jeweils zwei Hälften eines Kalenderjahres erfasst (in dem Fall 3. und 4. Quartal 2019 sowie 1. und 2. Quartal 2020).

Abbildung 6.2:

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



Quelle: Handbuch Alkohol Österreich, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen (Bachmayer et al. 2021);
Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

6.2 Problematischer Alkoholkonsum in der erwachsenen Bevölkerung

Probleme durch Alkoholkonsum ergeben sich in erster Linie durch die toxische Wirkung des chronischen Missbrauchs, d. h. eines Konsums großer Mengen Alkohol über einen längeren Zeitraum hinweg, oder durch die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. In beiden Fällen trifft dieses Problem durch die Latenzzeit dieser Erkrankungen in erster Linie erwachsene Personen. Als Grenzwerte für eine Konsummenge, die mit einem deutlich erhöhten Risiko einer Gesundheitsgefährdung für gesunde erwachsene Personen verbunden ist, werden in Österreich seit vielen Jahren ein täglicher Konsum von 40 Gramm Reinalkohol für Frauen bzw. 60 Gramm Reinalkohol⁴⁶ für Männer definiert (Uhl et al. 2020). Werden diese Grenzwerte auf die korrigierten Angaben (siehe Fußnote 43) der Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2020 angewandt, zeigen 15 Prozent der Befragten

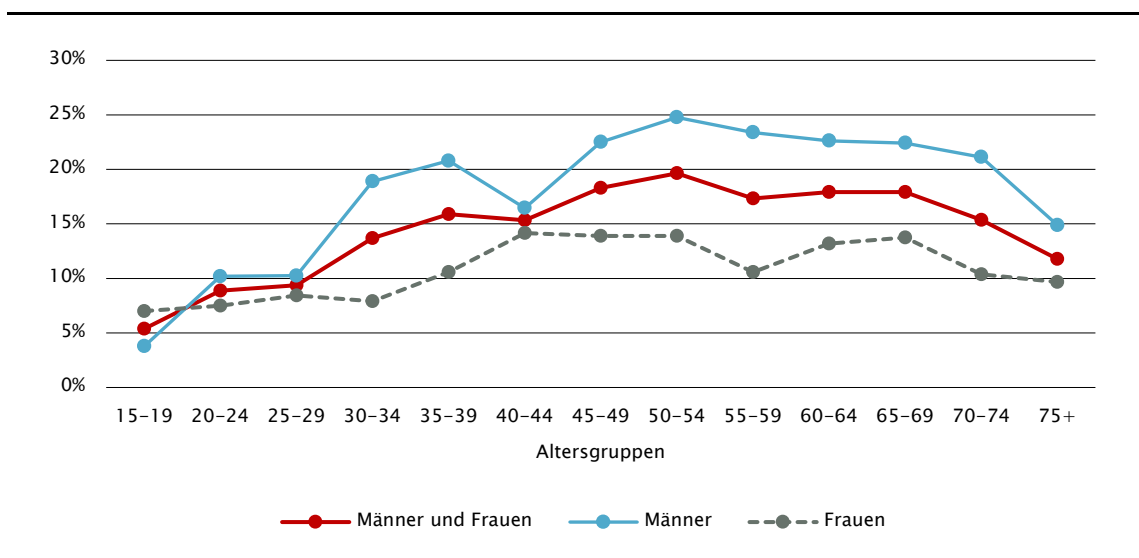
46

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

(18,5 % der Männer bzw. 10,5 % der Frauen) einen **gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum**. Abbildung 6.3 verdeutlicht, dass deutliche Geschlechtsunterschiede ab einem Alter von 30 Jahren in fast allen Altersgruppen auftreten und dass problematischer Alkoholkonsum bis ins höhere Erwachsenenalter (50 bis 60 Jahre) ansteigt und erst danach – unter anderem aufgrund der erhöhten Mortalität von Alkoholikerinnen/Alkoholikern – wieder deutlich abnimmt.

Abbildung 6.3:

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



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

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

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

6.3 Alkoholkonsum bei Jugendlichen

Nur ein sehr geringer Anteil (15 %) der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen in Österreich hat laut ESPAD-Erhebung⁴⁷ von 2019 (Hojni et al. 2019) noch nie im Leben Alkohol getrunken. Sechs von zehn der befragten Schülerinnen und Schüler (60 %) haben in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert. Referenzwerte aus der HBSC-Studie von 2018 (Felder-Puig et al. 2019) kommen auf eine geringfügig niedrigere Prävalenz⁴⁸.

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

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

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

47

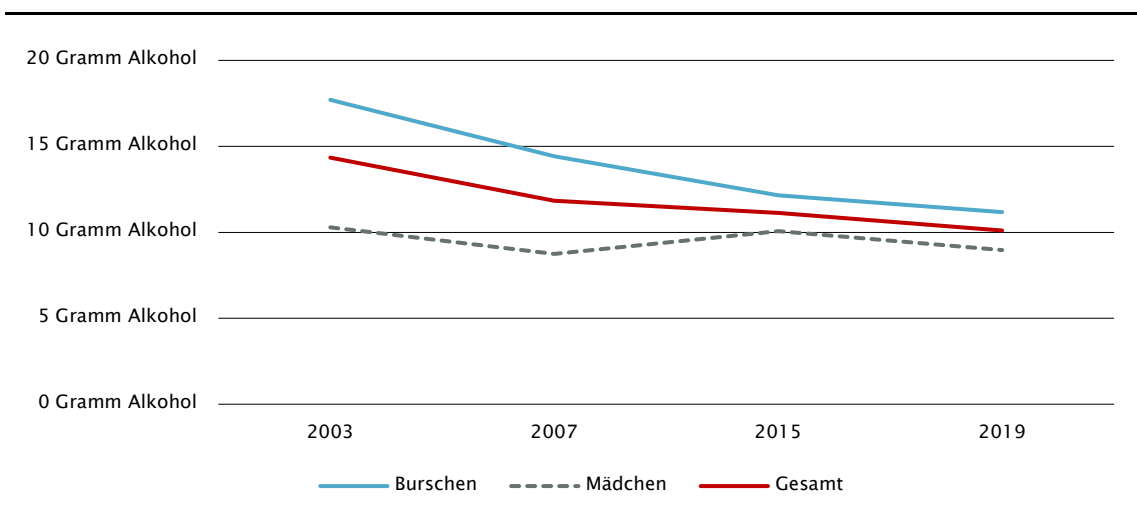
Daten in Bezug auf Alkoholkonsum unter Jugendlichen entstammen im Wesentlichen zwei im Vier-Jahres-Rhythmus durchgeführten Schulerhebungen, die allerdings nicht exakt dieselbe Zielgruppe erfassen. Die Erhebung European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) zielt auf Jugendliche in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

48

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

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

Abbildung 6.4:
Durchschnittskonsum Jugendlicher pro Tag nach Geschlecht (in Gramm Alkohol)



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

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

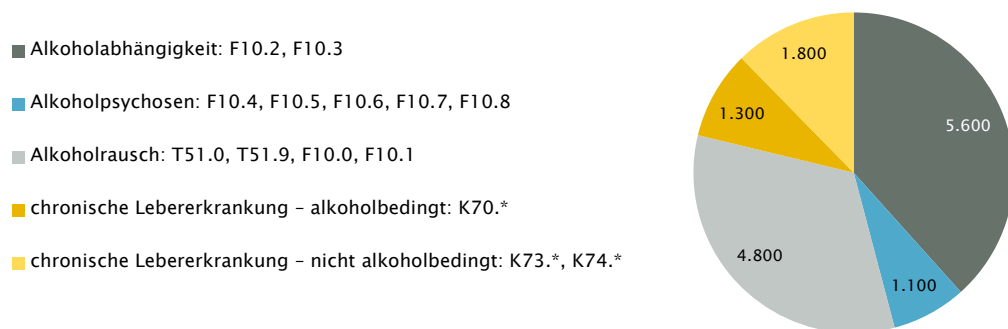
6.4 Morbidität und Mortalität durch exzessiven Alkoholkonsum

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

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

Aufgrund des überdurchschnittlichen Schweregrads kommt chronischen Lebererkrankungen und Abhängigkeitsdiagnosen eine besondere Bedeutung zu. Von den 14.600 wegen Alkohol stationär Behandelten wurden ca. 5.600 Personen wegen einer Alkoholabhängigkeitserkrankung behandelt, was einer Rate von weniger als 0,07 Prozent oder 73 Personen unter 100.000 erwachsenen Einwohnerinnen/Einwohnern entspricht. Gerundete 3.100 Personen (0,04 % oder 41 von 100.000 erwachsenen Einwohnerinnen/Einwohnern) wurden in erster Linie wegen einer chronischen Lebererkrankung stationär behandelt, wobei explizit alkoholspezifische Lebererkrankungen bei gerundeten 1.300 Patientinnen/Patienten etwas seltener vorkommen als Patientinnen/Patienten mit einer alkoholunspezifischen Lebererkrankung (1.800 Personen)⁴⁹.

Abbildung 6.5:
Verteilung von Patientinnen/Patienten mit alkoholassoziierten Diagnosen auf unterschiedliche Diagnosecluster (Leistungsjahr = 2020)



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

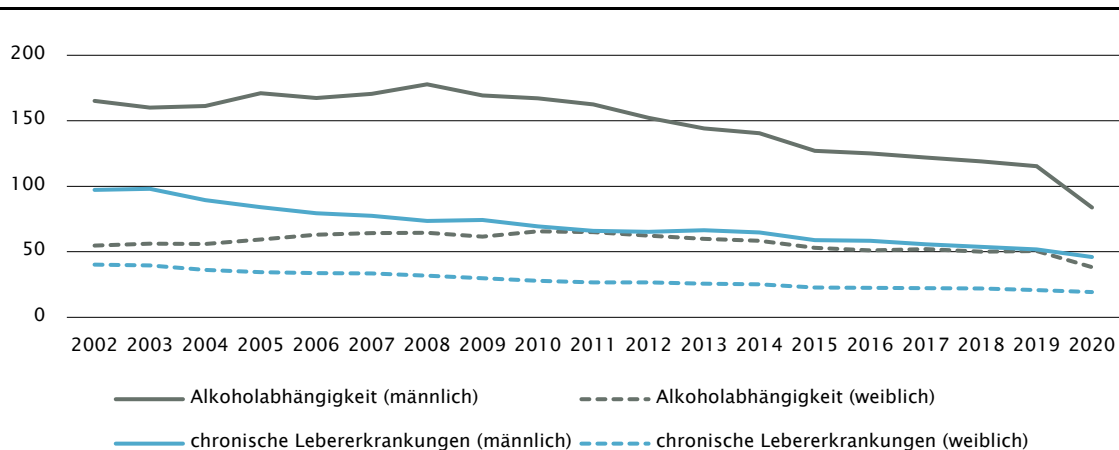
Quellen: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten, Diagnosecluster nach Bachmayer et al. (2019); Darstellung: GÖG/ÖBIG

49

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

Abbildung 6.6:

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



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

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

Bereits vor der Coronapandemie haben die beiden schwerwiegendsten alkoholassoziierten Erkrankungen in den letzten 17 Jahren deutlich abgenommen (vgl. Abbildung 6.6)⁵⁰: Im Zeitverlauf von 2002 bis 2019 ist sowohl bei den Abhängigkeitsdiagnosen (Rückgang von ca. 30 %) als auch bei den chronischen Lebererkrankungen ein deutlicher Rückgang unter Patienten zu verzeichnen (Rückgang um ca. 47 %). Die Rate von Patientinnen mit Abhängigkeitsdiagnosen zeigt jedoch nur eine relativ geringe Veränderung (Rückgang um 7 %), wohingegen die Rate der Patientinnen mit Lebererkrankungen wiederum sehr deutlich abgenommen hat (Rückgang um 48 %). Werden auch Patientinnen und Patienten mit anderen alkoholassoziierten Hauptdiagnosen berücksichtigt, zeigt sich ebenso ein Rückgang bei den Betroffenen, der bei Männern deutlicher ausfällt als bei Frauen (minus 30 % bzw. minus 12 %). Rauschdiagnosen⁵¹ bei Patientinnen sind der einzige Diagnosecluster, für den im Zeitraum von 2002 bis 2019 ein Zuwachs von sechs Prozent zu verzeichnen ist.

50

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

51

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

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

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

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

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

Unter den **explizit mit Alkoholkonsum in Verbindung** stehenden Todesursachen nehmen „Alkoholische Lebererkrankungen“ (K70) und „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2, F10.3) mengenmäßig die zentrale Rolle ein. Im Jahr 2020 wurde bei 664 Verstorbenen die Diagnose K70 gestellt und bei 515 Verstorbenen die Diagnose F10.2 bzw. F10.3 (bei gerundet 91.600 Verstorbenen insgesamt). Ebenso eindeutig auf Alkoholkonsum zurückgeführt werden die – allerdings zahlenmäßig deutlich seltener kodierten – Diagnosen „Alkoholpsychose“ (F10.4, F10.5, F10.7) und „Alkoholmissbrauch“ (F10.0, F10.1).

Schwieriger gestaltet sich der Fall bei Erkrankungen, bei denen **eine begünstigende Rolle des Alkohols** angenommen wird, was aber nicht an der Todesursachenstatistik ablesbar ist, weil keine eindeutigen Indizien für eine Alkoholverursachung vorlagen oder diese nicht kodiert wurden. Dies betrifft in erster Linie Personen, die an einer sonstigen „Fibrose und Zirrhose der Leber“ (K74) verstorben sind (im Jahr 2020 706 Personen), und in einem geringeren Ausmaß Erkrankungen des Verdauungstrakts wie Pankreatitis und sonstige Krankheiten des Pankreas (K85.x, K86.x), Gastritis und Duodenitis (K29.x) oder Ösophagusvarizen (I85; in Summe 166 Verstorbene im Jahr 2020). Auch bei Suiziden (X60–X84) wird, vermittelt über psychiatrische Erkrankungen wie z. B. Depres-

sion, eine begünstigende Rolle von Alkohol vermutet (1.068 Verstorbene im Jahr 2020). Verlässliche Zahlen in Hinblick auf den Anteil der Todesfälle, die in diesem Bereich in Verbindung mit einem exzessiven Alkoholkonsum stehen, existieren nicht.

In Summe wurden somit bei gerundet 91.600 Todesfällen in Österreich im Jahr 2020 1,4⁵² Prozent aller Todesfälle explizit auf alkoholassoziierte Krankheiten zurückgeführt (vgl. Tabelle 6.1). Da übermäßiger Alkoholkonsum auch andere psychische und physische Erkrankungen⁵³ begünstigt oder auch zu Suizid beitragen kann, ohne dass dies in einer Todesursachenstatistik erfasst werden kann, stellt diese Zahl auf jeden Fall die Untergrenze für eine Schätzung dar.

Tabelle 6.1:

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

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

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

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

52

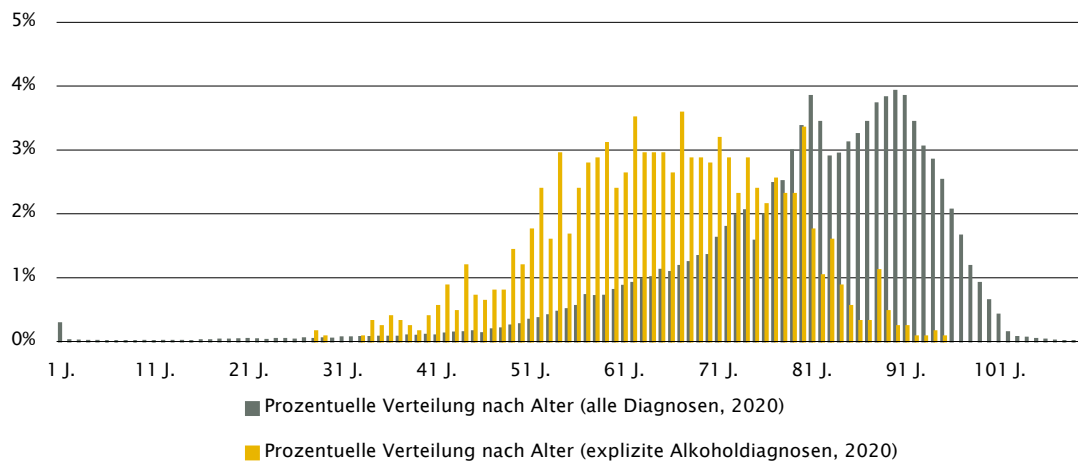
1,4 Prozent ergeben sich durch die Addition der ersten vier Zeilen aus Tabelle 6.1 dividiert durch die Gesamtzahl der Verstorbenen im Jahr 2020: $(32 + 664 + 515 + 43) / 91.599 = 1,4 \%$.

53

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

Ein weiteres gesichertes und nicht zu vernachlässigendes Merkmal von Personen, die aufgrund einer mit exzessivem Alkoholkonsum in Verbindung gesetzten Todesursache sterben, liegt darin, dass diese Personen **deutlich früher** sterben als andere (vgl. Abbildung 6.7).

Abbildung 6.7:
Anteil der Verstorbenen nach Alter zum Todeszeitpunkt bei alkoholassoziierten Todesursachen und bei allen Todesursachen, 2020



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

Im **Zeitverlauf** in Abbildung 6.8 zeigt sich, dass alkoholassoziierte Todesursachen⁵⁴ seit den 1990er-Jahren sowohl bei Männern als auch bei Frauen tendenziell rückläufig sind. Somit tritt diese Entwicklung etwa 20 Jahre später zutage als im Falle des Pro-Kopf-Konsums, der in den 1970er-Jahren seinen Höhepunkt erreicht hat (vgl. Abbildung 6.2). Als eine mögliche Erklärung für diese Verschiebung könnte die Latenzzeit schwerwiegender Alkoholerkrankungen wie Lebererkrankungen oder einer Alkoholabhängigkeit dienen⁵⁵.

54

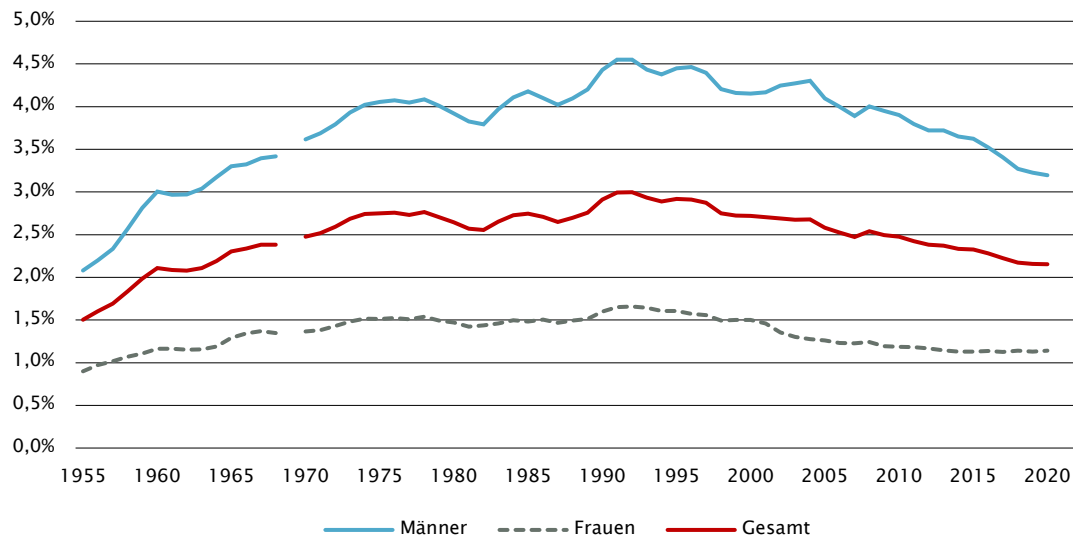
Aus den in Fußnote 49 genannten Gründen werden in der grafischen Darstellung des Zeitverlaufs sowohl alkoholspezifische als auch alkoholunspezifische Lebererkrankungen inkludiert.

55

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

Abbildung 6.8:

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



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

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

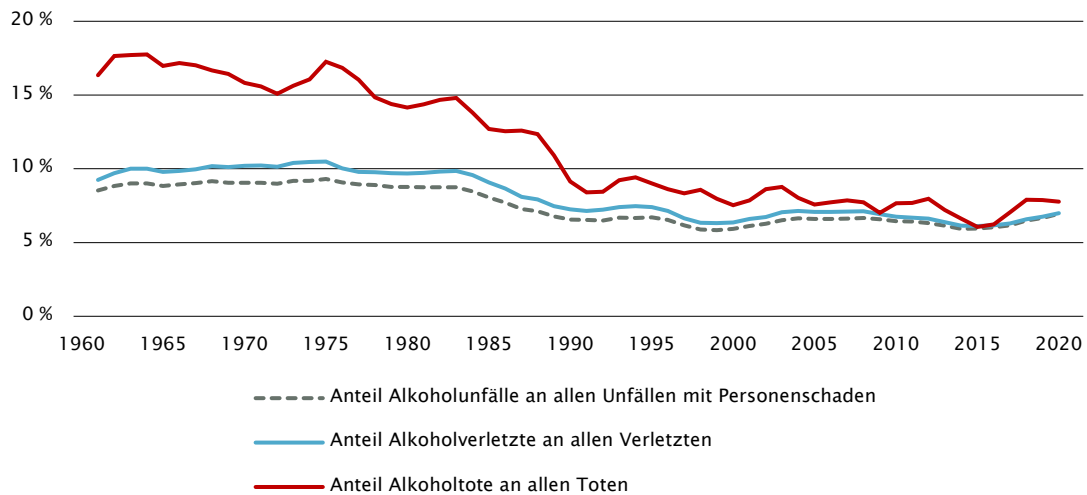
Positiv zu beurteilen ist die Entwicklung der negativen Folgen durch Alkoholkonsum im Bereich Straßenverkehr. Der Anteil der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses ist seit den 1960er-Jahren deutlich rückläufig (vgl. Abbildung 6.9). Im Jahr 2020 gab es 2.081 Alkoholunfälle, 2.575 Alkoholverletzte und 27 Alkoholtote im Straßenverkehr. Damit lag der Anteil der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses im Straßenverkehr zwischen sieben und acht Prozent der jeweiligen Gesamtzahlen⁵⁶.

56

Anteil „Alkoholunfälle“ an allen Unfällen mit Personenschaden = 6,9 %, Anteil „Alkoholverletzte“ an allen Verletzten = 7,0 %, Anteil „Alkoholtote“ an allen Toten = 7,8 %. Infolge von Mobilitätseinschränkungen im Rahmen der Pandemiebekämpfung kam es insgesamt zu einem markanten Rückgang von Verkehrsunfällen in Österreich. So sank im Jahr 2020 die Zahl der im Straßenverkehr insgesamt Verunglückten (gestorben oder verletzt) um 16 Prozent im Vergleich zu 2019. Analog dazu sank im Jahr 2020 auch die Anzahl der Unfälle mit alkoholisierten Beteiligten um 18 Prozent im Vergleich zum Vorjahr (Statistik Austria 2021). Das Verhältnis aus Unfällen oder Verunglückten mit vs. ohne Alkoholeinfluss hat sich im Vergleich zum Vorjahr jedoch nicht verändert.

Abbildung 6.9:

Veränderung des Anteils der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses an allen Unfällen, Verletzten und Toten im Straßenverkehr, 1961–2020



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

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

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

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

7 Tabak- und verwandte Erzeugnisse

Der Konsum von Tabak verursacht zahlreiche Krankheiten und gilt deshalb als eines der bedeutendsten vermeidbaren Gesundheitsrisiken (RKI 2008; WHO 2015). Zu seinen Spätfolgen zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, Atemwegserkrankungen wie z. B. COPD, chronische Bronchitis oder Asthma und bösartige Neubildungen wie Lungenkrebs, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs u. a. (Singer et al. 2011). Für das Jahr 2019 wird geschätzt, dass etwa 13.100 Todesfälle bzw. rund 16 Prozent aller Todesfälle auf das Rauchen von Tabak (inklusive Passivrauchen) zurückzuführen sind (Global Burden of Disease Results Tool). Eine genaue Darstellung der tabakassoziierten Mortalität findet sich in Abschnitt 7.5.

Als eine wichtige Maßnahme zur Reduktion tabakassoziiierter Erkrankungen gilt die Prävention, insbesondere Jugendliche sollen davon abgehalten werden, mit dem Rauchen zu beginnen. Daher wird in Abschnitt 7.1 als Erstes auf das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen eingegangen. Eine weitere wichtige Maßnahme zur Senkung der diesbezüglichen Morbidität ist die Unterstützung bei der Rauchentwöhnung. Aus diesem Grund widmet sich Abschnitt 7.6 jenen Raucherinnen und Rauchern, die erfolglos versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören. Diese stellen die ideale Zielgruppe für Rauchausstiegsunterstützungen dar.

Das Spektrum an Tabakerzeugnissen bzw. verwandten Erzeugnissen hat sich in den letzten Jahren erweitert. Nach wie vor sind Zigaretten die beliebteste Art, Tabak zu konsumieren, denn 98,2 Prozent der täglich Rauchenden konsumieren Zigaretten (Klimont 2020). Die nachfolgenden Abschnitte (7.1 und 7.2) fokussieren auf den Tabakkonsum⁵⁷. Rauchfreie Tabakerzeugnisse⁵⁸, Wasserpfeifen/Shishas sowie E-Zigaretten werden in den Abschnitten 7.1 und 7.3 dargestellt.

Als Datengrundlagen in Bezug auf das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen werden die österreichweite HBSC-Studie⁵⁹ und die ESPAD-Erhebung⁶⁰ herangezogen. Für die Bevölkerung ab

57

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

58

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

59

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

60

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

15 Jahren wird die österreichweite Gesundheitsbefragung (ATHIS⁶¹) bzw. die Erhebungsreihe „Befragung zum Substanzgebrauch“ herangezogen.

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

Laut den beiden aktuellsten Schülerbefragungen, HBSC⁶² 2018 und ESPAD⁶³ 2019, rauchen aktuell sieben (HBSC 2018) bzw. zwölf Prozent (ESPAD 2019) der 15-Jährigen⁶⁴ täglich Zigaretten. Ein Drittel (HBSC 2018) bis knapp die Hälfte (ESPAD 2015) der 15-jährigen Schülerinnen und Schüler gibt an, bereits erste Erfahrungen mit dem Rauchen von Zigaretten gemacht zu haben (Felder-Puig et al. 2019; Strizek/Hojni 2019).

In beiden Erhebungsreihen zeigt sich ein eindeutiger Rückgang in der Rauchprävalenz von Kindern und Jugendlichen in Österreich (vgl. Abbildung 7.1). Im europäischen Vergleich liegt Österreich nach diesem Rückgang gemäß HBSC 2018⁶⁵ und ESPAD 2019⁶⁶ allerdings nach wie vor über dem Durchschnitt (ESPAD Group 2020; Inchley et al. 2020).

Schülerinnen und Schüler aus Berufsschulen und polytechnischen Schulen berichten häufiger von Tabakkonsum als solche anderer Schulformen. Keine Unterschiede zeigen sich hingegen beim

61

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

62

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

63

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

64

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

65

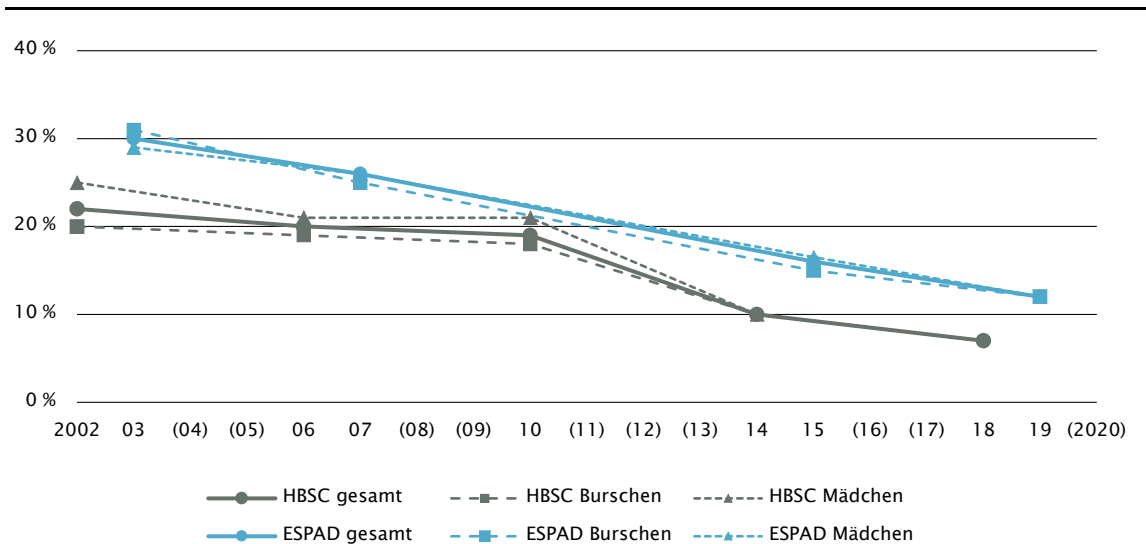
Der HBSC-Europavergleich 2018 bezieht sich auf die 30-Tages-Prävalenz sowie auf die Lebenszeitprävalenz von 15-jährigen Schülerinnen und Schülern. Ein Europavergleich der Tagesprävalenz von 15-Jährigen wurde im Rahmen von HBSC 2018 nicht veröffentlicht.

66

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

Anteil der täglich Rauchenden zwischen 15-jährigen Burschen und Mädchen (vgl. Abbildung 7.1) (Felder-Puig et al. 2019; Strizek/Hojni 2019).

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



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

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

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

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

Sowohl E-Zigaretten als auch Wasserpfeifen/Shishas und Kautabake/Snus werden häufiger von Burschen als von Mädchen konsumiert.⁶⁷ (Felder-Puig et al. 2019; Schmutterer 2019a; Strizek/Hojni 2019)

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

7.2 Rauchverhalten in der Bevölkerung ab 15 Jahren

Laut den beiden aktuellsten Befragungen in Hinblick auf das Rauchverhalten in der Bevölkerung rauchen 17 Prozent (Befragung zum Substanzgebrauch 2020) bzw. 21 Prozent (ATHIS⁶⁸ 2019) der Altersgruppe 15+ täglich (Klimont 2020; Strizek et al. 2021).

Betrachtet man die Ergebnisse der Erhebungsreihe „Befragung zum Substanzgebrauch“ (2004, 2008, 2015 und 2020)⁶⁹, so zeigt das aktuelle Ergebnis einen eindeutigen Rückgang im Tabakkonsum. Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragungen der Statistik Austria (ATHIS 2006/2007, 2014 und 2019) dokumentieren gleichbleibende Werte bis 2014 mit einem anschließenden Rückgang bis 2019 (vgl. Abbildung 7.2).

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

Männer und Frauen gleichen sich in ihrem Rauchverhalten im Verlauf der Jahrzehnte einander an. Frauen rauchen allerdings nach wie vor etwas seltener und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Männer (vgl. Abbildung 7.2). Bei den auf das Geschlecht bezogenen sich einander angleichenden Rauchquoten in der Gesamtbevölkerung sind Kohorteneffekte zu beobachten, d. h., dass

67

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

68

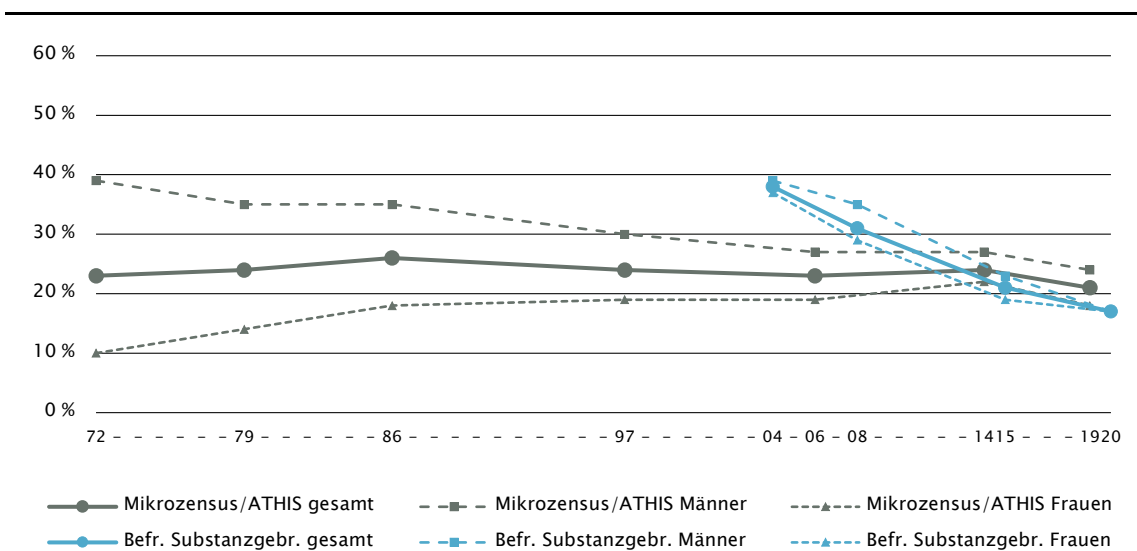
Bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS – Austrian Health Information Survey) wurden rund 15.000 Personen in Privathaushalten ab 15 Jahren zu ihrem Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten befragt.

69

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

auf Generationen mit großen Unterschieden im Rauchverhalten nach Geschlecht, zumindest seit Beginn des 20. Jahrhunderts, Generationen mit immer geringeren Unterschieden folgen (Mikrozensus 1979, 1986, 1997, ATHIS 2006/2007, 2014 und 2019).⁷⁰

Abbildung 7.2:
Anteil der täglich Rauchenden an der Bevölkerung 15+, 1972-2020



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

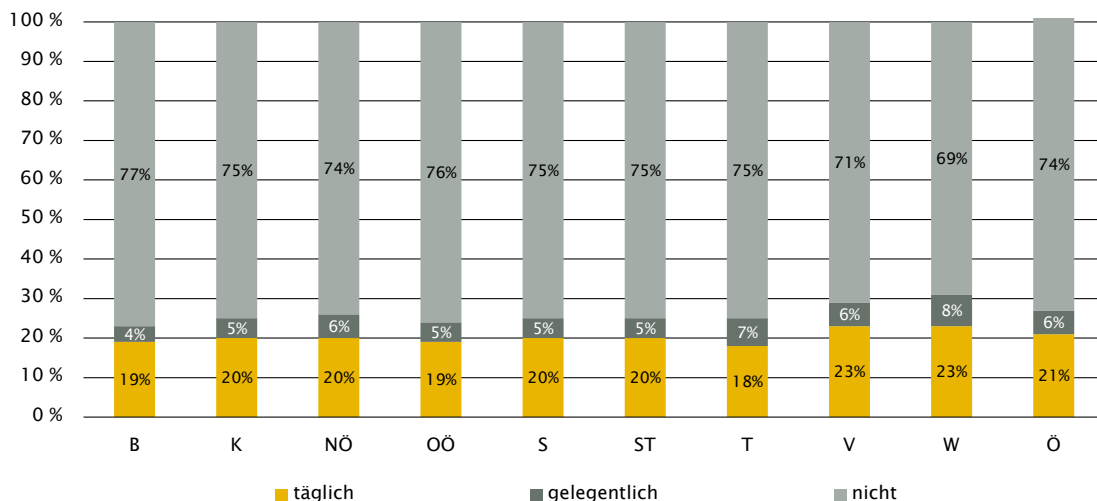
Quellen: Klimont/Baldaszi (2015); Klimont (2020); Strizek et al. (2009); Strizek/Uhl (2016a); Strizek et al. (2021); Uhl et al. (2005d); Urbas/Klimont (2002); Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

70

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

Abbildung 7.3:
Rauchstatus der Bevölkerung 15+ im Bundesländervergleich 2019

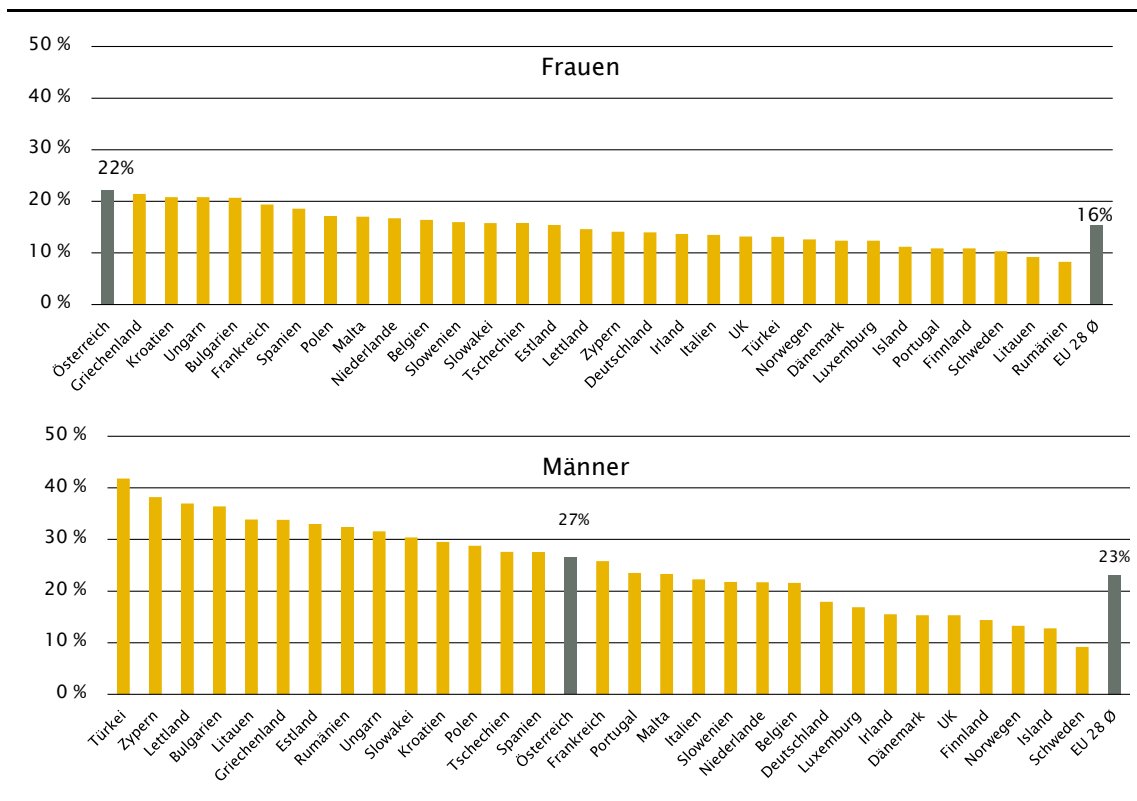


Quelle: ATHIS 2019; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Da es zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch keinen europäischen Vergleich mit den aktuellen Zahlen des ATHIS 2019 gibt, wird dieser im Folgenden noch anhand der Zahlen des ATHIS 2014 berichtet. Im europäischen Vergleich (EHIS 2014) liegt Österreich bei den täglich Rauchenden mit einem Wert von 24 Prozent über dem EU-28-Durchschnitt von 19 Prozent im oberen Viertel. Der EU-28-Durchschnitt bei Rauchenden gesamt (täglich und gelegentlich) liegt bei 24 Prozent (in Österreich bei 30 %).

Betrachtet man die täglich Rauchenden im europäischen Vergleich getrennt nach Geschlecht, so zeigt sich, dass Österreich bei den täglich rauchenden Frauen mit 22 Prozent an erster Stelle steht (EU-28-Durchschnitt bei Frauen: 16 %). Bei den täglich rauchenden Männern liegt Österreich mit 27 Prozent im europäischen Mittelfeld und über dem EU-28-Durchschnitt von 23 Prozent (vgl. Abbildung 7.4).

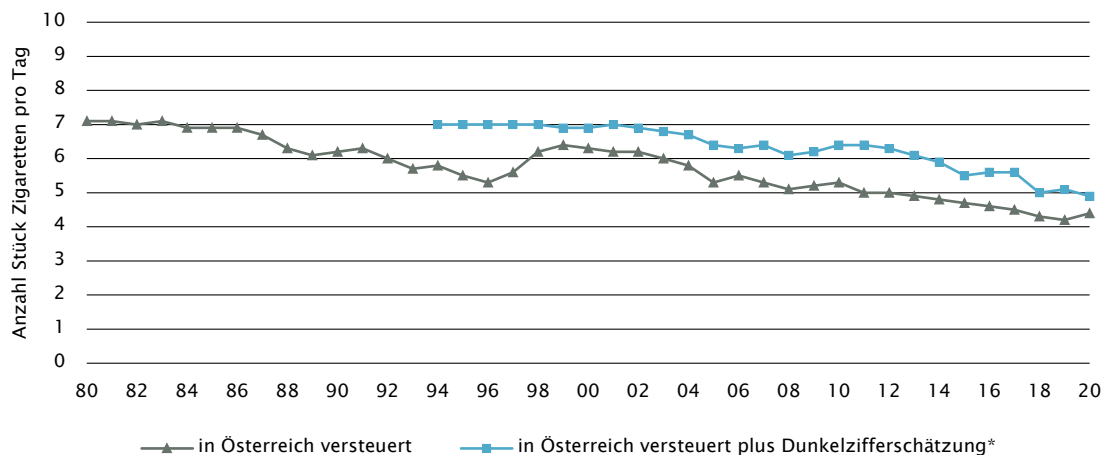
Abbildung 7.4:
Tägliche Raucherinnen/Raucher 15+ im EU-28-Vergleich 2014



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

Abbildung 7.5:

Durchschnittlicher täglicher Konsum von Zigaretten in der Bevölkerung 15+, 1980–2020



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

*nicht bzw. nicht in Österreich versteuerten Zigaretten

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

Aktuelle Verkaufszahlen und Dunkelzifferschätzungen ergeben für das Jahr 2020 einen Zigarettenkonsum von 4,4 bis 4,9 Stück pro Kopf und Tag. Bei den Verkaufszahlen zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr ein Anstieg, bei der geschätzten Dunkelziffer ein leichter Rückgang. Diese Dynamik lässt sich gut mit den pandemiebedingten Reisebeschränkungen im Jahr 2020 erklären. Im längerfristigen Trend zeigt sich sowohl bei den Verkaufszahlen als auch bei den Dunkelzifferschätzungen ein leichter Rückgang, etwas deutlicher seit 2010 (vgl. Abbildung 7.5)⁷¹.

Die Umsatzstatistik von Großhändlern zeigt zwischen 2009 und 2020 einen Anstieg bei Pfeifentabaken. Ein Rückgang zeigt sich mit Ausnahme des Jahres 2020 bei Zigaretten. Bei Kautabaken zeigte sich zunächst – vermutlich als Folge verschärfter Rauchverbote – ein starker Anstieg von 2009 bis 2016. Daraufhin folgte – als direkte Reaktion auf das Verbot des Inverkehrbringens von Kautabaken – ein abrupter Rückgang von 2016 auf 2017⁷². Auffällig ist, dass von 2019 auf 2020 die Umsätze von Großhändlern bei sämtlichen erfassten Tabakerzeugnissen angestiegen sind: bei

71

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

72

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

Zigaretten, bei Zigarettentabaken, bei Zigarren, bei Pfeifen- sowie bei Schnupftabaken. Grund dafür waren vermutlich die pandemiebedingten Reisebeschränkungen, wobei auch andere pandemiebedingte Veränderungen im Leben der einzelnen potenziellen Konsumentinnen und Konsumenten denkbar sind. Erstmals erfasst wurden 2020 in der Umsatzstatistik von Großhändlern auch Tabake zum Erhitzen (vgl. TABAK 3 im Annex).

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

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

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

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

Wasserpfeifen/Shishas

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

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

E-Zigaretten, E-Shishas, E-Pfeifen

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

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

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

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

Konsum von rauchfreien Tabakerzeugnissen

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

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

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

7.4 Passivrauchen

Laut ATHIS-Befragung 2019 sind neun Prozent der Personen im Alter ab 15 Jahren täglich mindestens eine Stunde lang Passivrauch ausgesetzt, weitere vier Prozent auch täglich, aber kürzer als eine Stunde pro Tag.⁷³

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

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

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

73

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

Für den europäischen Vergleich werden hier wieder die Zahlen des ATHIS 2014 herangezogen, da zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch kein Vergleich mit den Zahlen des ATHIS 2019 vorlag. Im Europäischen Vergleich (EU-28 exkl. Irland) liegt Österreich – laut EHIS 2014⁷⁴ – bei der Passivrauchexposition (mindestens eine Stunde täglich) mit 15 Prozent deutlich über dem europäischen Durchschnitt von 11 Prozent und weist die fünfthöchste Prävalenz auf (Eurostat – European Health Interview Survey 2014 [Zugriff am 9. 2. 2017]).

7.5 Morbidität und Mortalität infolge Tabakkonsums

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

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

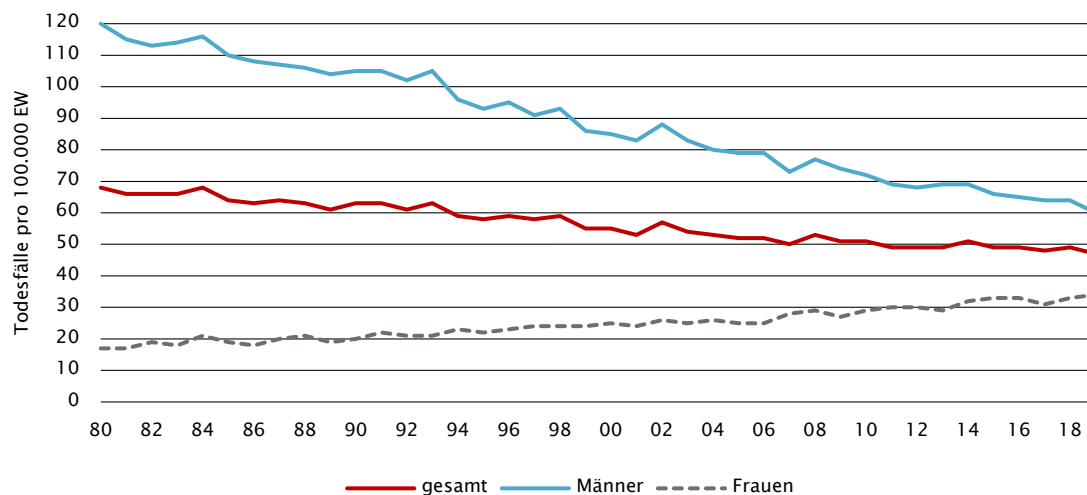
Die geschlechtsspezifische Mortalität hinsichtlich Bronchialkarzinomen zeigt in den letzten Jahrzehnten einen Rückgang bei Männern und einen Anstieg bei Frauen (vgl. Abbildung 7.6) und korrespondiert mit dem Verlauf des Rauchverhaltens von Männern und Frauen (vgl. Abbildung 7.2). 2019 sind 2.343 Männer und 1.648 Frauen infolge eines Bronchialkarzinoms gestorben (2018: 2.483 Männer und 1.570 Frauen). 27 Prozent waren unter 65 Jahre alt, 36 Prozent zwischen 65 und 74 Jahre alt (Statistik Austria – Todesursachenstatistik).

74

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

Abbildung 7.6:

Entwicklung der Todesfälle pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner infolge von Bronchialkarzinomen (C33 u. C34, ICD-10), 1980-2019



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1980–2019 sowie Statistik des Bevölkerungsstandes 1980–2019; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Rahmen des „Global Burden of Disease“-Monitorings wurde für Österreich für das Jahr 2019 geschätzt, dass ca. 13.100 Todesfälle bzw. rund 16 Prozent aller Todesfälle auf das Rauchen von Tabak (inklusive Passivrauchen) zurückzuführen sind (Global Burden of Disease Viz Hub [Zugriff am 15. 7. 2021]).

Zusammenfassung: Im Jahr 2019 verstarben 2.343 Männer und 1.648 Frauen infolge eines Bronchialkarzinoms, das großteils durch Tabakrauchen verursacht wird. 27 Prozent der Verstorbenen waren unter 65 Jahre alt. Die Werte hinsichtlich Rauchverhalten und Sterblichkeit infolge von Lungenerkrankungen der Männer und der Frauen gleichen sich in den letzten Jahrzehnten einander immer mehr an.

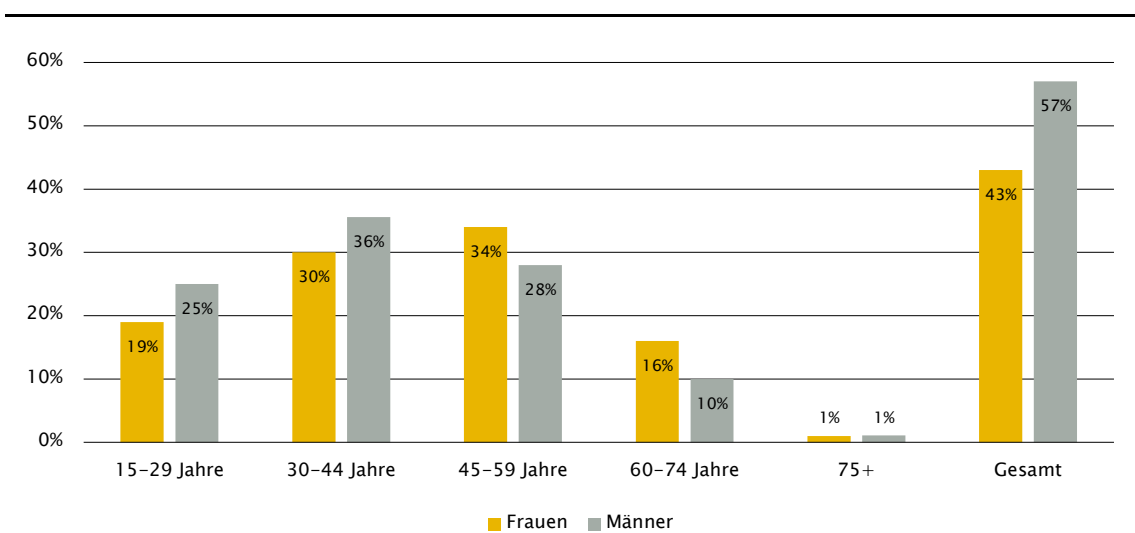
7.6 Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören

In der ATHIS-Befragung 2019 gaben 36 Prozent der täglich Rauchenden (37 % der 15- bis 59-Jährigen und 33 % im Alter 60+) an, im letzten Jahr erfolglos versucht zu haben, das Rauchen aufzugeben.⁷⁵ Das entspricht hochgerechnet ca. 570.000 Personen (rund 8 % der Bevölkerung 15+). Rund 40 Prozent davon sind Frauen; der Großteil ist zwischen 30 und 59 Jahre alt (vgl. Abbildung 7.7).

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

Abbildung 7.7:

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



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

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

75

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

8 Im Fokus: COVID-19

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

8.1 Auswirkungen auf das Konsumverhalten

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

Illegale Drogen

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

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

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

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

Alkohol

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

Einen wichtigen Indikator für die Entwicklung des Alkoholkonsums liefern die Wirtschaftsdaten zum Alkoholverkauf. Hier zeigt sich vorläufig ein Rückgang von drei bis sechs Prozent⁷⁶. Bei der

76

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

Detailanalyse der Absatzstruktur im Bierhandel (Verband der Brauereien Österreichs 2021) zeigt sich, dass im Jahr 2020 der Absatz im Lebensmittelhandel auf Kosten der Gastronomie lockdownbedingt an Bedeutung gewonnen hat und somit anzunehmen ist, dass sich der Konsum (während der COVID-19-Maßnahmen) stärker in den privaten Bereich verlagert hat.

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

Tabak

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

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

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

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

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

Für ein Gleichbleiben der 2020 insgesamt konsumierten Menge an Zigaretten sprechen auch die Verkaufs- und Dunkelzifferschätzungen für das Jahr 2020 (vgl. Kapitel 7.2 auf S. 90f.).

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

8.2 Suchtbehandlungen

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

Illegale Drogen

Bezüglich der **Opioid-Substitutionsbehandlung** reagierte der Gesetzgeber mit der Änderung von Gesetzen beziehungsweise Verordnungen: Im Rahmen der COVID-19-Verordnung wurde die Möglichkeit geschaffen, bei Patientinnen und Patienten, bei denen keine Hinweise auf eine Mehrfachbehandlung vorliegen, eine Substitutionsdauererschreibung mit dem Vermerk „Vidierung nicht erforderlich“ auszustellen. Des Weiteren wurde durch eine Änderung des Gesundheitstelematikgesetzes die gesetzliche Möglichkeit geschaffen, Verschreibungen suchtmittelhaltiger Arzneimittel per E-Mail oder Fax an die Apotheken zu übermitteln. Dies zielte darauf ab, die Arzneimittelversorgung der Substitutionspatientinnen und -patienten möglichst ohne Personenkontakt sicherzustellen (Busch et al. 2021).

Insgesamt zeigt sich, dass die bereits bestehenden Substitutionsbehandlungen auch während der COVID-19-Krise gut aufrechterhalten werden konnten. Ein Rückgang zeigt sich hingegen bei den lebensbezogenen Erstbehandlungen, die im Jahr 2020 um fast ein Viertel im Vergleich zum Jahr 2019 zurückgegangen sind⁷⁷.

77

Der relativ geringe Rückgang aller Behandelten im Vergleich zu den Behandlungsbeginn/Erstbehandlungen liegt einerseits daran, dass die Zahl der Behandelten insgesamt relativ hoch ist und sich ein Rückgang der Erstbehandlungen daher nicht so stark auswirkt, andererseits auch daran, dass laufende Behandlungen seltener als beendet gemeldet wurden (Rückgang der Beendigungen um 19 %).

Tabelle 8.1:

Personen in Substitutionsbehandlung, 2019 und 2020 im Vergleich

	2019	2020	Veränderung in Prozent
lebensbezogene Erstbehandlungen	1.197	907	-24 %
Personen, die eine Behandlung begonnen haben	2.228	1.787	-20 %
insgesamt behandelte Personen	19.587	19.233	-2 %

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

Bei detaillierter Analyse der Erstbehandlungen 2020 zeigt sich, dass sich die Altersstruktur und das Geschlechtsverhältnis im Vergleich zu den Vorjahren nicht verändert hat, d. h., vom Rückgang der Erstbehandlungen waren beide Geschlechter und alle Altersgruppen gleich betroffen. Auch in Bezug auf die Anzahl der durchschnittlichen Patientinnen/Patienten pro Ärztin/Arzt zeigen sich keine Auswirkungen der COVID-19-Pandemie (d. h., es haben beispielweise keine Abwanderungen von großen Behandlungseinrichtungen in den niedergelassenen Bereich stattgefunden).

Eine Analyse der Erstbehandlungen nach Beginnmonat zeigt erwartungsgemäß einen Einbruch der Erstbehandlungen im April 2020 und einen Anstieg der Erstbehandlungen erst im Laufe des Sommers 2020. Im regionalen Vergleich zeigt sich, dass in allen Bundesländern die bestehenden Patientinnen und Patienten gut in Behandlung gehalten werden konnten. In Bezug auf die Erstbehandlungen zeigt sich, dass besonders in Wien⁷⁸ ein starker Rückgang zu bemerken war (vgl. Annex SUBST 2a). In manchen anderen Bundesländern sind die Erstbehandlungen zum Teil sogar angestiegen.

Im Jahr 2021 wurde eine Sonderauswertung von SARS-CoV-2-Infektionen bei Menschen in Substitutionsbehandlung durchgeführt⁷⁹. Von den 26.297 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren, die in den letzten zehn Jahren in Substitutionsbehandlung waren, wurde im Jahr 2020 bei 275 ein positiver COVID-19-Test eingemeldet⁸⁰. Die entspricht einer Infektionsrate von einem Prozent. Zwei Personen aus dieser Gruppe sind an oder mit COVID-19 verstorben.

In der Allgemeinbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren wurde hingegen eine Infektionsrate von fünf Prozent eingemeldet⁸¹. Dieses Ergebnis zeigt klar, dass Menschen in Substitutionsbehandlung

78

Nach Auskunft der zuständigen Gesundheitsbehörde handelt es sich dabei um einen temporären Effekt, der den COVID-19-bedingten Umstellungen und dem damit verbundenen Dokumentationsaufwand geschuldet ist.

79

Die Grundgesamtheit der Personen in Substitutionsbehandlung wurde für diese Auswertung folgendermaßen definiert: Personen, die innerhalb der letzten zehn Jahre (2011 bis 2020) zumindest einmal in Substitutionsbehandlung waren und – wenn überhaupt – frühestens am 1. 1. 2020 gestorben sind.

80

Epidemiologisches Meldesystem (EMS), Datenstand 9. 4. 2021, 20:20

81

Epidemiologisches Meldesystem (EMS), Datenstand 8. 7. 2021, 15:05

nicht überdurchschnittlich vom Infektionsgeschehen betroffen waren. Ob Menschen in Substitutionsbehandlung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung unterdurchschnittlich oft von SARS-CoV-2-Infektionen betroffen waren oder ob dieses Ergebnis ein schwächer ausgeprägtes Testverhalten widerspiegelt, kann nur durch eine vertiefende Analyse geklärt werden.

Ein Vergleich der im Pandemiejahr 2020 in **DOKLI-Einrichtungen wegen einer illegalen Drogenproblematik** behandelten Personen mit dem Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 zeigt folgendes Bild: Die Zahl der insgesamt behandelten Personen ist im stationären Bereich zurückgegangen, im ambulanten Bereich dafür aber gestiegen⁸². Bei Behandlungsbeginn und insbesondere bei Erstbehandlungen zeigen sich sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich nennenswerte Rückgänge (vgl. Tabelle 8.2).

Tabelle 8.2:

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

Behandlungssetting und Art der Behandlung	Mittelwert 2017–2019*	2020	Veränderung in Prozent
stationär: lebensbezogene Erstbehandlungen	166	139	-16 %
stationär: Personen, die eine Behandlung begonnen haben	746	682	-9 %
stationär: insgesamt behandelte Personen	1.117	1.050	-6 %
ambulant: lebensbezogene Erstbehandlungen	1.883	1.717	-9 %
ambulant: Personen, die eine Behandlung begonnen haben	4.021	3.847	-4 %
ambulant: insgesamt behandelte Personen	9.429	10.760	+14 %

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

Quelle: DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In Abbildung 8.1 werden nochmals die Veränderungen hinsichtlich Inanspruchnahme von Behandlungen im gesamten illegalen Drogenbereich im Pandemiejahr 2020 veranschaulicht.

Der Rückgang der lebenszeitbezogenen Erstbehandlungen im Jahr 2020 im Vergleich mit dem Jahr 2019 zeigt sich bei der Substitutionsbehandlung mit 24 Prozent stärker als in DOKLI-Einrichtungen (stationär 16 % und ambulant 9 %) im Vergleich mit dem 3-Jahresdurchschnitt (2017 bis 2019)⁸³. Bei den behandelten Personen insgesamt gibt es jedoch bei der Substitutionsbehandlung nur eine minimale Veränderung, bei stationären Behandlungen in DOKLI-Einrichtungen einen

82

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

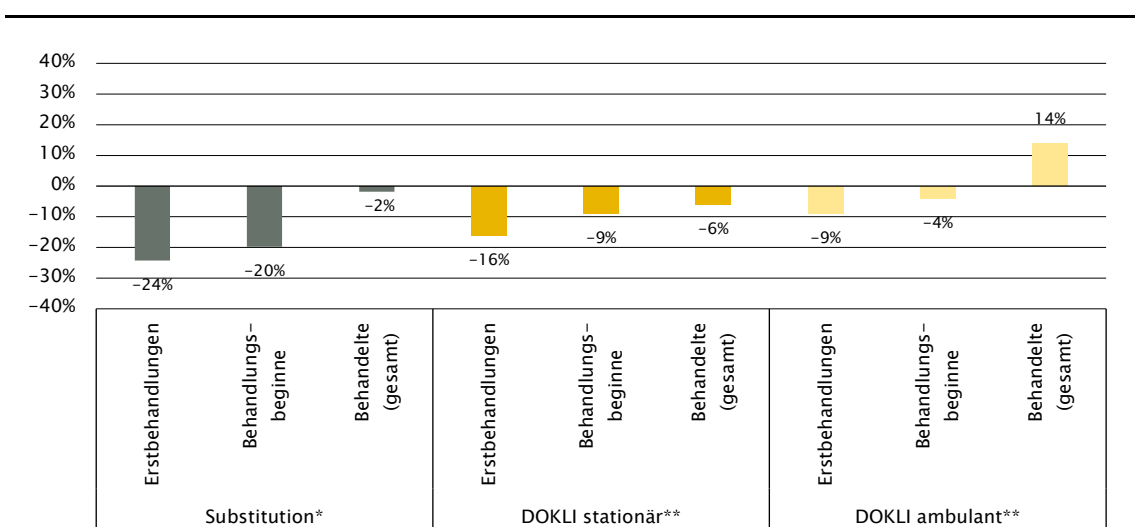
83

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

Rückgang von sechs Prozent und in ambulanten DOKLI-Einrichtungen sogar eine Zunahme von 14 Prozent.

Dies deckt sich mit Berichten aus Einrichtungen und von Sucht- und Drogenkoordinatorinnen/-koordinatoren der Bundesländer, wie beispielsweise Befragungen im Rahmen des Projekts „Suchtbehandlung in der Krise“ (Strizek et al. 2020) gezeigt haben. Personen, die bereits in Behandlung waren, konnten großteils weiterbehandelt werden. Es ist auch anzunehmen, dass laufende Behandlungen im ersten Pandemiejahr (aufgrund der zusätzlichen Belastung der Patientinnen und Patienten) eher weniger oft beendet wurden. Der Rückgang der Behandlungsbeginne, insbesondere der Erstbehandlungen, gibt jedoch Grund zur Sorge. Es ist anzunehmen, dass einige Suchtkranke, die sonst in Behandlung gekommen wären, aufgrund von COVID-19 keinen Anschluss ans System der Suchthilfe gefunden haben. Da davon auszugehen ist, dass sich deren Lebenssituation bzw. Schwere der Suchterkrankung aufgrund der Belastungen durch COVID-19 kaum verbessert, sondern im Gegenteil eher verschlechtert haben wird, liegt der Schluss nahe, dass sich der Behandlungsbedarf in der Zeit nach COVID-19 erhöhen wird.

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



Legende:

* Veränderung zwischen 2019 und 2020

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

Erstbehandlungen: Personen, die im jeweiligen Jahr erstmals behandelt wurden

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

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

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

Zusammenfassung: Insgesamt zeigt sich, dass die bereits bestehenden Behandlungen sowohl im Bereich der Opioid-Substitutionsbehandlung als auch in den DOKLI-Einrichtungen in den meisten

Fällen weitergeführt werden konnten. Der Rückgang der Behandlungsbeginne, insbesondere der Erstbehandlungen, gibt jedoch Grund zur Sorge. Es ist anzunehmen, dass einige Suchtkranke, die sonst in Behandlung gekommen wären, aufgrund von COVID-19 keinen Anschluss ans System der Suchthilfe gefunden haben. Da davon auszugehen ist, dass sich deren Lebenssituation bzw. Schwere der Suchterkrankung aufgrund der Belastungen durch COVID-19 kaum verbessert, sondern im Gegenteil eher verschlechtert haben wird, liegt der Schluss nahe, dass sich der Behandlungsbedarf in der Zeit nach COVID-19 erhöhen wird.

Alkohol

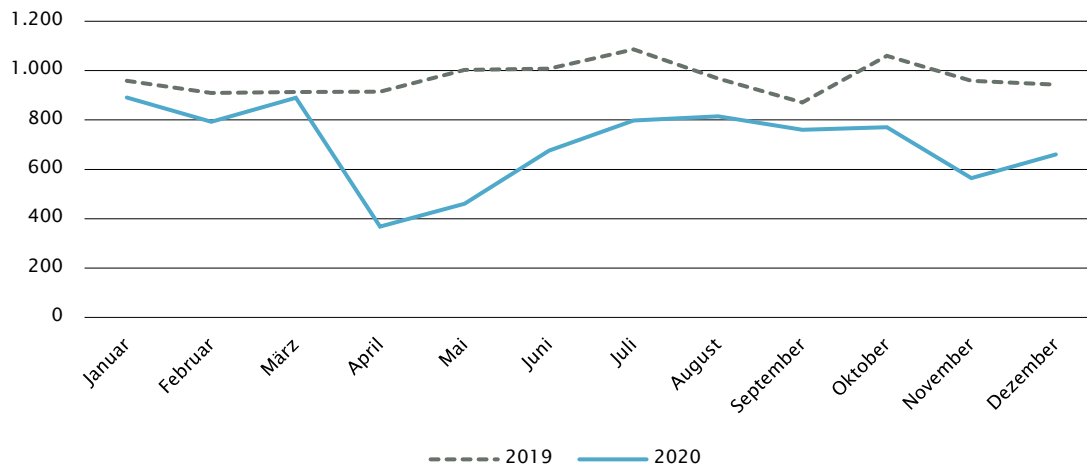
Im Rahmen des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 kam es in mehreren Bundesländern vorübergehend zu einer zumindest teilweisen Schließung stationärer Behandlungsangebote in suchtspezifischen Einrichtungen bzw. psychiatrischen Abteilungen mit entsprechenden Schwerpunkten. Somit waren mancherorts vorübergehend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

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

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

Abbildung 8.2:

Stationäre Behandlungen wegen Alkoholabhängigkeitsdiagnosen, 2019 und 2020 im Vergleich



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

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

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

- » ein wahrscheinlicher „Aufholbedarf“ für die Jahre 2022 und 2023 aufgrund der reduzierten Behandlungsinanspruchnahme während der Coronakrise
- » eine erhöhte Nachfrage nach Unterstützungsmöglichkeiten in Zusammenhang mit Alkohol bei Personen, bei denen es durch oder infolge der Krise zu einem deutlichen Anstieg des Alkoholkonsums bzw. bei einer bereits bestehenden Alkoholproblematik zu einem Rückfall gekommen ist
- » eine erhöhte Betreuungsnachfrage als Folge einer Verlagerung des Alkoholkonsums in den privaten Raum, da hier problematische Konsummuster für Angehörige sichtbar sind
- » eine Erhöhung der Betreuungsintensität aufgrund eines coronabedingt verspäteten Behandlungsbeginns sowie einer Zunahme von psychosozialen Problemen infolge der Krise
- » der Ausfall vieler suchtpreventiver Maßnahmen während der Krise

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

8.3 Drogenbezogene Todesfälle

Anhand der Zahlen zu den drogenbezogenen Todesfällen lassen sich keine Rückschlüsse auf einen Einfluss der COVID-19-Pandemie auf eine erhöhte Sterblichkeit durch Überdosierungen ziehen, d. h., es wird keine Übersterblichkeit im Vergleich zu den Vorjahren (beispielsweise aufgrund längerer Wartezeiten auf Notfalldienste) festgestellt. Ob der gestiegene Anteil der Jüngeren an den drogenbezogenen Todesfällen in einem Zusammenhang mit der Pandemie steht, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht einschätzbar. Unter Fachleuten⁸⁴ besteht einheitlich die Meinung, dass die Pandemie keine Auswirkungen auf die Qualität der Statistik hatte (d. h. Procedere und Obduktionsraten sind auf dem gleichen Niveau wie vor der Pandemie).

84

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

Bibliografie

- Austria Tabak (2004): Zigarettenabsatz über Austria Tabak bzw. Tobaccoland 1980–2003. Schriftliche Mitteilung. Wien. Zitiert in: Seyer, Seifried; Gschwandtner, Franz; Paulik, Richard; Schmidbauer, Rainer (2005): Vom Gebrauch der Drogen – Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich. ISP Gesellschafts- und Sozialpolitische Texte. Band 15, Linz
- Bachmayer, Sonja; Hojni, Markus; Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2019): Handbuch Alkohol – Österreich: Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen. 8. Aufl. Gesundheit Österreich, Wien
- Bachmayer, Sonja; Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2021): Handbuch Alkohol – Österreich: Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen. 8. Aufl. Gesundheit Österreich, Wien
- BGBl I 1997/112: Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittel-gesetz – SMG)
- BMF (2021): Sonderauswertung: versteuerte Zigaretten. Schriftliche Mitteilung von Anton Panholzer am 16.04.2021
- BMGF (2017): Gleichstellung in Zahlen. Gender Index 2017. Eine Zusammenstellung wichtiger geschlechterspezifischer Daten und Statistiken. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Brotherhood, Angelina; Klein, Charlotte; Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2021): Bericht zur Drogensituation 2021. Gesundheit Österreich, Wien
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Türscherl, Elisabeth (2015): Epidemiologiebericht Drogen 2015. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Busch, Martin; Eggerth, Alexander (2010): Nasaler Heroinkonsum in Österreich. In: Sucht 56/6:414–422
- Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Wirl, Charlotte (2013): Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH
- Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Klein, Charlotte; Kerschbaum, Hans; Türscherl, Elisabeth (2014): Epidemiologiebericht Drogen 2014, Wien
- Busch, Martin; Haas, Sabine; Horvath, Ilonka; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Türscherl, Elisabeth (2007): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI). Klientenjahrgang 2006. Gesundheit Österreich, Wien

- Busch, Martin; Haas, Sabine; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Türscherl, Elisabeth (2008): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI). Klientenjahrgang 2007. Gesundheit Österreich, Wien
- Currie, Candace; Zanotti, Cara; Morgan, Antony; Currie, Dorothy; de Looze, Margaretha; Roberts, Chris; Samdal, Oddrun; Smith, Otto R.F; Barnekow, Vivian (2012): Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (hbsc) study: international report from the 2009/2010 survey. (Health Policy for Children and Adolescents, No 6). Hg. v. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013): Tabak-Abhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. Bd. 2. Hg. v. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- Dür, Wolfgang; Griebler, Robert (2007): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien
- Dür, Wolfgang; Mravlag, Katharina (2002): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 6. WHO-HBSC-Surveys 2001 und Trends seit 1990. LBIMGS, Wien
- EG 111/2005: Verordnung des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 22. Dezember 2004 zur Festlegung von Vorschriften für die Überwachung des Handels mit Drogenaustauschstoffen zwischen der Gemeinschaft und Drittländern
- EG 273/2004: Verordnung des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 11. Februar 2004 betreffend Drogenausgangsstoffe
- EMCDDA (2013): PDU (Problem drug use) revision summary
- ESPAD Group (2020): ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Luxembourg
- European Commission (2010): Special Eurobarometer 332. Tobacco. Report. Fieldwork Oct. 2009. European Commission, Brüssel
- European Commission (2012): Special Eurobarometer 385. Attitudes of Europeans towards Tobacco. Report. Fieldwork Feb. – Mar. 2012. European Commission, Brüssel
- European Commission (2015): Special Eurobarometer 429. Attitudes of Europeans towards Tobacco. Report. Fieldwork Nov. – Dec. 2014. European Commission, Brüssel
- European Commission (2017): Special Eurobarometer 458. Report. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Fieldwork Mar. 2017. European Commission, Brüssel

- European Commission (2021): Special Eurobarometer 506. Report. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Fieldwork Aug. – Sept. 2020. European Commission, Brüssel
- Felder–Puig, Rosemarie; Teutsch, Friedrich; Ramelow, Daniela; Maier, Gunter (2019): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern Ergebnisse des WHO–HBSC–Survey 2018 Wien
- Global Burden of Disease Viz Hub [Online]. Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> [Zugriff am 15.07.2021]
- GÖG, Kompetenzzentrum Sucht (2020): Berauscht durch die Krise? Fact Sheet. Hg. v. Gesundheit Österreich, Wien
- GÖG/ÖBIG (2006): Bericht zur Drogensituation 2006. Hg. v. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- GÖG/ÖBIG (2010): Drogen–Monitoring Auswertungsergebnisse 2004–2009. Hg. v. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- Hojni, Markus; Delcour, Jennifer; Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2019): ESPAD Österreich. Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- IFES (2011): BADO–Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2010. Institut für empirische Sozialforschung, Wien
- Inchley, J.; Currie, D.; Budisavljevic, S.; Torsheim, T.; Jasad, A.; Cosma, A. et al. (editors) (2020): Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- JTI (2008): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie der Wirtschaftskammer Österreich. Schriftliche Mitteilung von Susanne Schreiner, Wien
- JTI (2013): Studiendesign zur Zigarettenpackungsstudie der Firma CPM und Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie vom Herbst 2012. Schriftliche Mitteilung von Iris Perz, Wien
- JTI (2016): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für die Jahre 2013–2015. Schriftliche Mitteilung von Iris Perz, Wien
- JTI (2017): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für das Jahr 2016. Schriftliche Mitteilung von Iris Perz am 06.06.2017, Wien
- JTI (2018): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für das Jahr 2017. Schriftliche Mitteilung von Silvia Polan am 04.06.2018, Wien
- JTI (2019): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für die Jahre 2017 und 2018. Schriftliche Mitteilung von Silvia Polan am 05.04.2019

- JTI (2020): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für das Jahr 2019. Schriftliche Mitteilung von Silvia Polan am 21.04.2020
- JTI (2021): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für das Jahr 2020. Schriftliche Mitteilung von Silvia Polan am 08.04.2021
- Klimont, Jeannette (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Annex., Wien
- Klimont, Jeannette; Baldaszi, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Statistik Austria, Wien
- Newcomb, P. A.; Carbone, P. P. (1992): The health consequences of smoking: Cancer. In: Medical Clinics of North America 76/2:305–331
- ÖBIG (2003): Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich. Projektbericht 2001–2003. Hg. v. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- Pape, Hilde; Rossow, Ingeborg; Brunborg, Geir Scott (2018): Adolescents drink less: How, who and why? A review of the recent research literature. In: Drug and alcohol review 37/1:98–114
- Priebe, Birgit; Busch, Martin (2021): Sucht und COVID-19 – Trendspotter März 2021. Österreichische Ergebnisse der EBDD-Trendspotting-Studie über Auswirkungen von COVID-19 auf Menschen mit illegalem Substanzkonsum und auf Einrichtungen der Drogenhilfe in der Europäischen Union (erweitert um Alkohol und Glücksspiel). Gesundheit Österreich, Wien
- Ramelow, Daniela; Griebler, Robert; Hofmann, Felix; Unterweger, Katrin; Mager, Ursula; Felder-Puig, Rosemarie; Dür, Wolfgang (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Ramelow, Daniela; Teutsch, Friedrich; Hofmann, Felix; Felder-Puig, Rosemarie (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Rehm, Jürgen; Room, Robin; Monteiro, Maristela; Gmel, Gerhard; Graham, Kathryn; Rehn, Nina; Sempos, Christopher T.; Frick, Ulrich; Jernigan, David (2004): Alcohol Use. In: Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of disease due to Selected Major Risk Factors. Hg. v. Ezzati, M et al. WHO, GenevaS. 959–1108
- RKI (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin
- Schmutterer, Irene (2019a): Rauchverhalten bei Jugendlichen – aktuelle Ergebnisse der Befragungsreihen HBSC 2018 und ESPAD 2019. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien

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

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

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