

Epidemiologiebericht Sucht 2019

Illegale Drogen, Alkohol und Tabak

Wissenschaftlicher Bericht

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

Epidemiologiebericht Sucht 2019

Illegale Drogen, Alkohol und Tabak

Wissenschaftlicher Bericht

Autorinnen/Autoren:

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

Unter Mitarbeit von:

Kinga Bartecka-Mino
Klaus Kellner
Alfred Uhl

Fachliche Begleitung:

Raphael Bayer
Franz Pietsch

Projektassistenz:

Monika Löbau

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

Wien, im Oktober 2019

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

Zitiervorschlag: Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Hojni, Markus; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Strizek, Julian; Tanios, Aida (2019): Epidemiologiebericht Sucht 2019. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich, Wien

ZI. P4/11/4390

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

Der Umwelt zuliebe:

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

Kurzfassung

Hintergrund, Fragestellung und Methoden

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

Ergebnisse

Im Bereich illegale Drogen, liegt der **risikoreiche Drogenkonsum** hauptsächlich bei Opiaten / Opioiden. Diese werden vorrangig mit anderen legalen oder illegalen Suchtmitteln kombiniert. Die aktuellen Schätzungen gehen davon aus, dass 35.000 bis 38.000 Menschen einen risikoreichen Opioidkonsum haben. Im Zeitvergleich lassen fast alle Daten auf eine Entspannung der Situation schließen, da der Anteil der unter 25-Jährigen zurückgeht. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass weniger Menschen einen risikoreichen Drogenkonsum beginnen. Zudem werden die Betroffenen immer älter, unter anderem aufgrund des chronischen Charakters der Erkrankung und der guten therapeutischen Versorgung in Österreich.

Rauchen ist die am weitesten verbreitete Sucht in Österreich. Jede vierte bis fünfte Person gibt an, täglich zu rauchen, ein Drittel davon hat vor Kurzem erfolglos versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Tabakrauchen ist in Österreich gemäß aktueller Schätzungen für 15 Prozent aller Todesfälle verantwortlich. Seit 2002 hat sich der Anteil der rauchenden Kinder und Jugendlichen mehr als halbiert. Zu neuen Tabakprodukten und Konsumformen (z. B. Shisha) gibt es in Österreich nach wie vor wenige Daten.

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

Schlussfolgerungen und Diskussion

Die umfassende Analyse der epidemiologischen Situation und Interpretation aktueller Trends zeigt insgesamt einen Rückgang der Suchtproblematik. Dennoch gibt es, vor allem bei legalen Süchten, noch hohes Verbesserungspotenzial und neue Herausforderungen (z. B. neue Produkte wie Shisha).

Schlüsselwörter

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

Summary

Background, research question and methods

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

Findings

High-risk drug use in Austria focuses mainly on opiate/opioids. These are primarily combined with other legal or illegal substances. Current estimates assume that 35,000 to 38,000 people in Austria have risky opioid use. In a time comparison, almost all data suggest an easing of the situation, as the proportion of people under 25 years of age is declining. This can be interpreted to mean that fewer people start risky opioid use. In addition, it can be seen that those affected are getting older, partly due to the chronic nature of the disease and good therapeutic care in Austria.

Smoking is the most widespread addiction in Austria. One in four to five people report smoking every day, a third of whom recently tried to quit without success. According to current estimates, tobacco smoking is responsible for 15 percent of all deaths in Austria. In recent years there has been a decline in consumption among children and adolescents: here the proportion of smokers has more than halved since 2002. There is still little data on new tobacco products and forms of consumption such as shisha in Austria.

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

Conclusion and discussion

The comprehensive analysis of the epidemiological situation and interpretation of current trends shows a decline in the addiction problem overall. Nevertheless, there is still great potential for improvement also facing new challenges (e.g. new products like Shisha), especially in the case of legal addictions.

Keywords

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

Inhalt

Kurzfassung.....	III
Summary.....	IV
Abbildungen.....	VII
Tabellen.....	XI
Abkürzungen.....	XIII
Schlussfolgerungen und Diskussion.....	XV
Hintergrund und Fragestellungen.....	XIX
Methoden.....	XXI
1 Risikoreicher Drogenkonsum.....	1
1.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster–Situation 2018.....	1
1.2 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich 2017.....	6
1.3 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf.....	8
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.....	30
4 Schwerpunktkapitel Drogensucht und Alter.....	32
4.1 Hintergrund und Fragestellungen.....	32
4.2 Methode.....	33
4.3 Cross–Indicator–Analyse: Veränderung des Anteils von über 34–Jährigen bei Personen mit Opioidproblematik.....	34
4.4 Veränderung der Altersstruktur von Personen mit Opioidproblematik im Behandlungsbereich.....	36
4.5 Veränderung der Altersstruktur von Personen mit Opioidproblematik und mit Cannabisproblematik im Vergleich.....	39
4.6 „Ältere“ Drogenabhängige, Konsumverhalten und soziale Situation.....	41
4.7 Todesursachen von (ehemaligen) Patientinnen und Patienten in Opioid–Substitutionsbehandlung und Alter.....	44
4.8 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.....	52
4.9 Limitationen und Ausblick.....	53
5 Detailergebnisse DOKLI.....	54
5.1 Soziodemografie.....	54
5.2 Betreuungssituation.....	57
5.3 Drogenkonsum und Drogenproblematik.....	61
5.4 Situation zu Betreuungsende.....	69

6	Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle.....	72
6.1	Definition und Datengrundlage	72
6.2	Übersicht: Situation im Jahr 2018	73
6.3	Trends: Gesamt, regional und nach Altersgruppen	75
6.4	Fokus: Altersstruktur	78
6.5	Nachgewiesene Substanzen.....	81
6.5.1	Detailergebnisse 2018	81
6.5.2	Nachgewiesene Substanzen im Zeitverlauf.....	83
6.6	Substitutionsbehandlung	84
6.7	Auffindungsort	85
7	Tabak- und verwandte Erzeugnisse.....	87
7.1	Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen	88
7.2	Tabakkonsum in der Bevölkerung ab 15 Jahren	90
7.3	Konsum von Wasserpfeifen / Shishas, E-Zigaretten und rauchfreien Tabakerzeugnissen	94
7.4	Passivrauchen	96
7.5	Morbidität und Mortalität infolge Tabakkonsums.....	97
7.6	Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören.....	98
8	Alkoholkonsum	100
8.1	Charakteristik und Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich.....	100
8.2	Problematischer Alkoholkonsum in der erwachsenen Bevölkerung	102
8.3	Alkoholkonsum bei Jugendlichen	103
8.4	Morbidität und Mortalität durch exzessiven Alkoholkonsum	105
	Bibliografie.....	113

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Anteil der (Leit-)Drogen nach Setting und bei direkt drogenbezogenen Todesfällen 2018	3
Abbildung 1.2:	Bei Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter Drogenkonsum (hierarchische Leitdroge) im Jahr 2018 (n = 4.861) nach Bundesland und in Österreich ohne Wien*	4
Abbildung 1.3:	Personen, die im Jahr 2017 mit einer ambulanten oder stationären drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU	5
Abbildung 1.4:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland 2017	6
Abbildung 1.5:	Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden im Jahr 2017 nach Bundesländern (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige)	7
Abbildung 1.6:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien - Zeitverlauf	9
Abbildung 1.7:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen - Zeitverlauf	10
Abbildung 1.8:	Anteil von Personen unter 25 Jahren in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse) - Zeitreihe	11
Abbildung 1.9:	Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen im Zeitverlauf	12
Abbildung 1.10:	Leitdrogen im Zeitverlauf in DOKLI (ambulanter Bereich)	13
Abbildung 1.11:	Altersverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse) - 2018	14
Abbildung 1.12:	Altersverteilung von Personen, die im Jahr 2017 mit einer ambulanten oder stationären drogenbezogenen Betreuung begannen, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU	15
Abbildung 1.13:	Geschlechtsverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse) - 2018	16
Abbildung 1.14:	Geschlechtsverteilung von Personen, die 2017 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begannen, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU	17
Abbildung 1.15:	Frauenanteil nach Altersgruppe in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse) - 2018	18

Abbildung 2.1:	Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung), 2018	21
Abbildung 2.2:	Opioidabhängige Personen (in Substitutionsbehandlung) – Zeitreihe	22
Abbildung 2.3:	Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt* in den Jahren 2015 bis 2018	24
Abbildung 2.4:	Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten, 2018	26
Abbildung 2.5:	Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Prozentsatz der von Fachärzten/-ärztinnen versus Allgemeinmediziner/-medizinerinnen betreuten Klientel am 31. 12. 2018 nach Bundesländern	27
Abbildung 2.6:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland, 2018.....	28
Abbildung 2.7:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel, 2011 bis 2018.....	28
Abbildung 2.8:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter, 2018.....	29
Abbildung 4.1:	Anteil von Personen ab 35 Jahren in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse) – Zeitreihe	34
Abbildung 4.2:	Österreich: Absolutzahl von Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung nach Alter im Zeitverlauf	36
Abbildung 4.3:	Wien: Absolutzahl von Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung nach Alter im Zeitverlauf.....	37
Abbildung 4.4:	Österreich ohne Wien: Absolutzahl von Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung nach Alter im Zeitverlauf	37
Abbildung 4.5:	Anteil älterer Personen (40+) mit Opioidproblematik in Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) und in DOKLI nach Region.....	38
Abbildung 4.6:	Absolutzahl von Personen mit Leitdroge Opiode in DOKLI-Einrichtungen (ambulante und stationäre Behandlung) nach Alter im Zeitverlauf	39
Abbildung 4.7:	Absolutzahl von Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis in DOKLI (ambulante und stationäre Behandlung) nach Alter im Zeitverlauf	40
Abbildung 4.8:	Anteil von Personen mit maximal Pflichtschulabschluss in DOKLI und der Allgemeinbevölkerung nach Alter	43
Abbildung 4.9:	Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen 2018 – Alter zum Zeitpunkt des Todes der 1.526 verstorbenen Personen in Prozent.....	45
Abbildung 4.10:	Todesursachen aller Personen aus der Substitutionskohorte 2018 (n = 1.526)	46

Abbildung 4.11:	Todesursachen der älteren Personen (40+) aus der Substitutionskohorte 2018 (n = 618)	47
Abbildung 4.12:	Personen im Alter 40+: Todesfälle nach Todesursache pro 100.000 Lebenden pro Jahr in der Substitutionskohorte und in der Allgemeinbevölkerung (Referenzstichprobe)	51
Abbildung 5.1:	Anzahl der Personen, die 2018 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Alter und Art der Betreuung	54
Abbildung 5.2:	Anteil unter 25-Jähriger bei Männern und Frauen, die mit einer längerfristigen ambulanten drogenspezifischen Betreuung begannen, 2009 bis 2018	55
Abbildung 5.3:	Personen, die 2018 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Wohnsituation und Art der Betreuung.....	56
Abbildung 5.4:	Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die im Jahr 2018 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begannen und zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach Alter.....	59
Abbildung 5.5:	Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2018 mit einer Betreuung begannen, nach Betreuungsart.....	60
Abbildung 5.6:	Auflage / Weisung bei Personen, die 2018 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik und Art der Betreuung	61
Abbildung 5.7:	Personen, die 2018 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen und jemals intravenös Drogen konsumierten, nach Geschlecht, Alter und Art der Betreuung.....	62
Abbildung 5.8:	Anteil der Personen, die jemals intravenös Drogen konsumierten, an den Klientinnen und Klienten, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begannen, nach Jahren	63
Abbildung 5.9:	Jemals Needle-Sharing bei Personen mit i.v.-Konsumerfahrung, die im Jahr 2018 eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht und Alter (n = 521)*	64
Abbildung 5.10:	Personen, die im Jahr 2018 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung	65
Abbildung 5.11:	Personen, die 2018 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdrogengdefinition (EBDD) und Art der Betreuung	66
Abbildung 5.12:	Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdroge Opioide und Cannabis, Zeitreihe.....	67
Abbildung 5.13:	Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2018 in Österreich mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begannen, nach Substanzen und Geschlecht.....	67

Abbildung 5.14:	Dauer der Betreuung von Personen, die im Jahr 2018 ihre Betreuung beendeten, nach Setting.....	70
Abbildung 5.15:	Betreuungsausgang bei Personen, die im Jahr 2018 eine Betreuung beendeten, nach Betreuungsart	70
Abbildung 6.1:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2003–2018 (absolut).....	75
Abbildung 6.2:	95-%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2018, gemittelter Drei-Jahres-Wert.....	76
Abbildung 6.3:	Drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Österreicher/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2018, gemittelter Drei-Jahres-Wert nach Region.....	77
Abbildung 6.4:	Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen, gemittelter Drei-Jahres-Wert nach Geschlecht in den Jahren 1993–2018	78
Abbildung 6.5:	Mittleres Alter bei den drogenbezogenen Todesfällen, gemittelter Drei-Jahres-Wert in den Jahren 1993–2018	79
Abbildung 6.6:	Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen, gemittelter Drei-Jahres-Wert für Wien, Österreich ohne Wien, Österreich, 1993–2018	80
Abbildung 6.7:	Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2018	84
Abbildung 6.8:	Anteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle, bei denen die/der Betroffene in Substitutionsbehandlung war, an allen direkt drogenbezogenen Todesfällen 2011–2018, gemittelter Drei-Jahres-Wert in Prozent	85
Abbildung 7.1:	Anteil der täglich rauchenden 15-Jährigen, 2002–2018	89
Abbildung 7.2:	Anteil der täglich rauchenden 15-Jährigen im Europäischen Vergleich 2014, HBSC.....	89
Abbildung 7.3:	Anteil der täglich Rauchenden an der Bevölkerung 15+, 1972–2015	91
Abbildung 7.4:	Rauchstatus der Bevölkerung 15+ im Bundesländervergleich 2014	91
Abbildung 7.5:	Tägliche Raucher/-innen 15+ im EU-28-Vergleich 2014	92
Abbildung 7.6:	Durchschnittlicher täglicher Konsum von Zigaretten in der Bevölkerung 15+, 1980–2018.....	93
Abbildung 7.7:	Entwicklung der Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen infolge von Bronchialkarzinomen (C34, ICD 10), 1980–2017	98
Abbildung 7.8:	Täglich Rauchende, die im letzten Jahr erfolglos versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören, nach Alter und Geschlecht, 2014	99

Abbildung 8.1:	Konsumprävalenz Alkohol nach Altersgruppen	100
Abbildung 8.2:	Verlauf des durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsums in Gramm Alkohol (1955–2016)	102
Abbildung 8.3:	Problematischer Konsum (mehr als 40 bzw. 60 Gramm Alkohol pro Tag) nach Geschlecht und Alter	103
Abbildung 8.4:	Durchschnittskonsum pro Tag nach Geschlecht (in Gramm Alkohol)	105
Abbildung 8.5:	Verteilung von Patienten/Patientinnen mit alkoholassozierten Diagnosen auf unterschiedliche Diagnosecluster (2016)	106
Abbildung 8.6:	Rate der Patienten/Patientinnen mit Alkoholabhängigkeitsdiagnosen und chronischen Lebererkrankungen pro 100.000 Einwohner/-innen	107
Abbildung 8.7:	Anteil der Verstorbenen nach Alter zum Todeszeitpunkt bei alkoholassozierten Todesursachen und bei allen Todesursachen (2016).....	110
Abbildung 8.8:	Alkoholassozierte Todesfälle in Prozent aller Verstorbenen nach Geschlecht im Zeitverlauf (1955 bis 2015).....	111
Abbildung 8.9:	Veränderung des Anteils der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses an allen Unfällen, Verletzten und Toten im Straßenverkehr (1961 bis 2016).....	112

Tabellen

Tabelle 2.1:	Schätzung der insgesamt wegen des Konsums illegaler Drogen behandelten Personen nach Setting im Jahr 2018	20
Tabelle 2.2:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung, nach Bundesland, Stichtag 31. 12. 2018.....	24
Tabelle 2.3:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte nach Bundesland, Stichtag 30. 6. 2011 und 31. 12. 2018.....	25
Tabelle 3.1:	Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2018 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren), in Absolutzahlen.....	30
Tabelle 3.2:	Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2018 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren) pro 100.000 15– bis 64-Jährige	31
Tabelle 4.1:	Ambulant und stationär betreute Personen nach Alter und Leitdroge in Absolutzahlen und in Prozent, 2018.....	41

Tabelle 4.2:	Ambulant und stationär betreute Personen nach Alter, Sozial- und Konsumindikatoren und Leitdroge in Prozent, 2018.....	42
Tabelle 4.3:	Todesfälle nach Todesursache pro 100.000 Lebenden pro Jahr in der Substitutionskohorte und in der Allgemeinbevölkerung (Referenzstichprobe): relativer Unterschied, absoluter Unterschied und absoluter Unterschied in Prozent.....	49
Tabelle 4.4:	Todesfälle nach Todesursache pro 100.000 Lebenden pro Jahr von Personen im Alter 40+ und in der Allgemeinbevölkerung (Referenzstichprobe): relativer Unterschied, absoluter Unterschied und absoluter Unterschied in Prozent.....	50
Tabelle 5.1:	Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulanzien“ und „andere Drogen“ aller 10.878 ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen, 2018	68
Tabelle 8.1:	Explizit in Zusammenhang mit Alkohol stehende Todesursachen und Todesursachen mit einer begünstigenden Wirkung exzessiven Alkoholkonsums (2016, getrennt nach Geschlecht)	109

Abkürzungen

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

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

Schlussfolgerungen und Diskussion

Illegale Drogen

Opioidkonsum – meist als Mischkonsum mit anderen (legalen und illegalen) Substanzen – dominiert den risikoreichen Drogenkonsum in Österreich. So sind z. B. über 80 Prozent der Klientinnen und Klienten aufgrund von Opioidkonsum in drogenspezifischer Betreuung. Betroffen sind vorrangig Männer (drei Viertel) und Personen ab 25 Jahren (91 %). Etwa die Hälfte davon lebt in Wien (Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger als in ländlichen Gebieten auf).

Fast alle verfügbaren Daten des Drogenmonitorings lassen auf einen Rückgang bzw. eine Stagnation des risikoreichen Opioidkonsums in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen schließen (weniger Einsteigerinnen und Einsteiger). Dies lässt auf eine Entspannung hinsichtlich der Opioidproblematik schließen. Derzeit gibt es in den verfügbaren Daten auch keine eindeutigen Hinweise auf eine nachhaltige Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums auf andere Substanzen (z. B. Cannabis, Stimulanzen). 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.

Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass in Österreich 35.000 bis 38.000 Menschen einen risikoreichen Opioidkonsum – großteils in Form von Mischkonsum – haben (Prävalenzschätzung). Der in den letzten Jahren zu beobachtende Anstieg dieser Prävalenzrate ist in erster Linie auf den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben abhängiger Personen zurückzuführen. Ein Hinweis auf eine Verschärfung der Situation hinsichtlich Opioidproblematik wäre ein Anstieg in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen. Bei diesen sind die Zahlen, wie oben beschrieben, in den letzten Jahren jedoch rückläufig bzw. stabil geblieben.

Rund 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. 2018 befanden sich 19.216 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 (562) ist 2018 im Vergleich zu den letzten drei Jahren nicht gestiegen. Das kann bei steigenden Patientenzahlen als Verschlechterung der Versorgungslage interpretiert werden.

Bei den drogenbezogenen Todesfällen zeigt sich ein klarer und signifikanter Anstieg zu Beginn der 1990er-Jahre, gefolgt von sinkenden Raten ab Mitte der 1990er-Jahre. Von Beginn der 2000er-Jahre bis zu deren Mitte gibt es einen Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle, die danach auf gleichbleibend hohem Niveau verharren. Zwischen 2010 und 2014 gibt es einen stärkeren Rückgang auf gemittelt 2,4 direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen im

Jahr 2014. Danach setzt sich die zu beobachtende wellenförmige Bewegung fort und die Rate steigt mit 3,1 Fällen pro 100.000 Einwohner/-innen (Rohwert) im Jahr 2018 erneut an. Im Jahr 2018 starben insgesamt 184 Personen an einer Überdosierung.

Schwerpunktkapitel Drogenabhängigkeit und Alter

Die Anzahl älterer Personen (40+) in Substitutionsbehandlung hat sich zwischen 2000 und 2018 beinahe verzehnfacht (von 724 Personen auf 7.165 Personen), während sich die Anzahl bei den unter 40-Jährigen im gleichen Zeitraum lediglich vervierfacht hat. Als Einflussfaktoren können die steigenden Zahlen von Einsteigerinnen und Einsteigern in den Opioidkonsum zwischen dem Beginn der 2000er-Jahre und 2004/2005 und der darauffolgende Rückgang der Inzidenz, die steigende Verfügbarkeit von Opioid-Substitutionsbehandlungen und das damit verbundene bereits erwähnte längere Überleben Opioidabhängiger gesehen werden. Der Anteil älterer Personen mit Opioidproblematik steigt im Behandlungsbereich in Wien stärker an als in den anderen Bundesländern. Eine mögliche Erklärung können Wanderungsbewegungen älterer Opioidabhängiger sein, die aufgrund der Anonymität und der besseren Versorgungslage hinsichtlich differenzierter drogenspezifischer Betreuung in die Großstadt Wien ziehen.

Während sich die Altersstruktur von Opioidabhängigen in den DOKLI-Einrichtungen stark in Richtung Alterung verändert hat, ist dies bei Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis nicht der Fall. Dies legt nahe, dass Opioidabhängigkeit eine chronische Erkrankung mit sinkender Inzidenz ist, Cannabisabhängigkeit hingegen eher ein im Lebensverlauf zeitlich begrenztes Krankheitsbild sein dürfte.

Der Anteil von Personen, die maximal einen Pflichtschulabschluss haben, ist bei der älteren DOKLI-Klientel deutlich niedriger als bei den Jungen. Der geringere Anteil von Personen mit Erwerbstätigkeit bei den Älteren bzw. der höhere Prozentsatz von Personen, die allein leben, deutet auf eine sinkende soziale Integration bei älteren Drogenabhängigen.

Von den 1.526 Verstorbenen der Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlung 2018 waren 41 Prozent zum Zeitpunkt des Todes 40 Jahre alt oder älter. Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen / Medikamente stellen mit einem Anteil von 40 Prozent in der gesamten Substitutionskohorte und mit 30 Prozent in der Altersgruppe 40+ die häufigsten Todesursachen dar. Aufgrund der unikausalen Todesursachenkodierung ist in diesen Fällen jedoch nicht eindeutig eruierbar, ob es sich um Überdosierungen handelt oder um Folgeerkrankungen der Drogenabhängigkeit (z. B. Hepatitis C). Bei etwa einem Fünftel der Personen, die im Alter von 40 Jahren oder älter versterben, wird als Todesursache Lebererkrankung/Hepatitis kodiert (in der Hälfte dieser Fälle virale Hepatitis). Fünf Prozent der Todesfälle in dieser Gruppe sind auf Suizide zurückzuführen.

Der Vergleich der Substitutionskohorte mit der Referenzstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung zeigt, dass die Mortalität bezüglich der Todesursachen „Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen / Medikamente“, „Intoxikationen durch Drogen / Medikamente“ und „HIV“ in der Substitutionskohorte bei der Altersgruppe 40+ um ein Vielfaches erhöht ist. Das Risiko, an Hepatitis bzw. einer anderen Lebererkrankung zu versterben, ist in der Substitutionskohorte 10-mal

höher als in der Allgemeinbevölkerung. Das Suizidrisiko ist dreimal so groß. Aus präventiver Sicht ist festzuhalten, dass es sich bei den meisten Todesursachen um vermeidbare handelt. Durch verstärkte und verbesserte Überdosierungsprophylaxe, Behandlung von HIV und Hepatitis sowie Suizidprävention wären einige dieser Todesfälle vermutlich vermeidbar.

Tabak- und verwandte Erzeugnisse

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

Alkohol

Alkohol ist jene gesundheitsgefährdende psychoaktive Substanz, mit der in Österreich die meisten Menschen Erfahrungen machen. Im Gegensatz zu illegalen Substanzen sowie Tabak handelt es sich dabei bei vielen Menschen um ein relativ konstantes Verhalten im Lebensverlauf. Etwa jede siebte Person in Österreich trinkt in einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß, wobei ein solches Verhalten bei Männern doppelt so häufig feststellbar ist wie bei Frauen. Im Zeitraum zwischen 1994 und 2015 war der problematische Alkoholkonsum leicht rückläufig. Etwa fünf Prozent der Schüler/-innen zwischen 14 und 17 Jahren berichten ein diesbezügliches Konsumverhalten, das längerfristig ein Gesundheitsrisiko darstellen würde. Alkoholassoziierte Todesfälle sind seit den 1990er-Jahren rückläufig. Im Jahr 2016 wurden 1,4 Prozent aller Todesfälle explizit mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht. Die tatsächliche Anzahl der Todesfälle, bei denen exzessiver Alkoholkonsum eine wesentliche Rolle gespielt hat, wird jedoch höher liegen. Generell lassen sich positive Entwicklungen beobachten: Der problematische Alkoholkonsum, alkoholassoziierte Erkrankungen und Todesfälle sind seit Jahren rückläufig. Auch bei den Jugendlichen zeigt sich insgesamt ein Rückgang des Alkoholkonsums. Zu Behandlungspfaden und Behandlungsraten gibt es in Österreich noch wenige Daten.

Situation insgesamt

Insgesamt kann hinsichtlich der Entwicklung der Suchtsituation bezüglich illegaler Drogen, Tabak und Alkohol ein positives Bild gezeichnet werden. Dennoch gibt es, vor allem bei legalen Süchten, noch hohes Verbesserungspotenzial sowie neue Herausforderungen (z. B. geänderte Konsumformen und neue Produkte, weitere Senkung der Zahl der Jugendlichen, die zu rauchen beginnen, Umgang mit Senioren in Opioid-Substitutionsbehandlung).

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

Hintergrund und Fragestellungen

In den letzten 20 Jahren wurde das Monitoringsystem im Drogenbereich gemäß den Standards der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht kontinuierlich ausgebaut und verbessert. Die Implementierung des Behandlungsdokumentationssystems DOKLI im Jahr 2006 und der Start des Routinebetriebs von eSuchtmittel im Jahr 2011 stellen hier wichtige Meilensteine dar. Um die Daten und Ergebnisse des Drogenmonitorings der Öffentlichkeit in adäquater Form zur Verfügung zu stellen, wurde im Jahr 2012 der erste *Epidemiologiebericht Drogen* inklusive Tabellenanhang publiziert. In diesem gingen die vorher eigenständig publizierten Berichte zu DOKLI und zu den drogenbezogenen Todesfällen auf. Mit Gründung des GÖG-Kompetenzzentrums Sucht im Jahr 2015 wurde der auf illegale Drogen beschränkte Bericht kontinuierlich um Berichtsteile über weitere Substanzen (z. B. Psychopharmaka) erweitert und in *Epidemiologiebericht Sucht* umbenannt. Aus Ressourcengründen werden nicht jedes Jahr alle Substanzen behandelt. 2019 umfasst der Bericht illegale Drogen, Alkohol und Tabak, wobei das Kapitel „Alkohol“ im Jahr 2020 aktualisiert werden wird.

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

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

- » Wie hat sich die Altersstruktur von Personen mit Leitdroge Opiode in Opioid-Substitutionsbehandlung und in den an der einheitlichen Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe (DOKLI) beteiligten Einrichtungen verändert? Gibt es Unterschiede zwischen Wien und den anderen Bundesländern?
- » Wie hat sich die Altersstruktur von Personen mit Leitdroge Cannabis in Einrichtungen der Drogenhilfe (DOKLI) verändert?
- » Wie unterscheiden sich Drogenabhängige im Alter 40+ von jüngeren Suchtkranken hinsichtlich sozialer Situation und Konsumverhalten?
- » Welche Rückschlüsse hinsichtlich Risikofaktoren und spezifischer Präventionserfordernisse lassen sich aus den Todesursachen der Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen 2018 für Personen im Alter 40+ ziehen?

In Kapitel 1 wird der risikoreiche Konsum illegaler Drogen in Zusammenschau verschiedener Datenquellen umfassend dargestellt. Kapitel 2 widmet sich den drogenbezogenen Behandlungen und zeigt Basisparameter der Versorgungslage und –praxis im Bereich Substitutionsbehandlung auf. In Kapitel 3 werden die Kennzahlen der Drogensituation überblicksmäßig dargestellt. Kapitel 4

stellt das diesjährige Schwerpunktkapitel „Drogensucht und Alter“ dar. Kapitel 5 liefert Detailergebnisse in puncto DOKLI, Kapitel 6 solche in Hinblick auf drogenbezogene Todesfälle. Kapitel 7 und Kapitel 8 sind den Themen Tabak und Alkohol gewidmet.

Methoden

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

Im Rahmen des Schwerpunktkapitels „Drogenabhängigkeit und Alter“ erfolgt die Analyse der Veränderung der Altersstruktur für den Zeitraum 2000 bis 2018. Für einige Analysen erfolgt eine Aufteilung in „ältere“ und „jüngere“ Personen mit risikoreichem Drogenkonsum. Nach Rücksprache mit Drogenfachleuten im Rahmen des DOKLI-Beirats wurde aufgrund der vorzeitigen Alterung von Personen mit risikoreichen Drogenkonsummustern bei einem Alter von 40 Jahren die Grenze gezogen. Die Todesursachen von Personen im Alter 40+ wurden anhand der Daten der Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen 2018 („Substitutionskohorte“) analysiert. Die Beschreibung der diesbezüglichen Methodik findet sich weiter unter beim Datenquelleneintrag zur Substitutionskohorte.

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 Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) wahrgenommen und basiert von 1987 bis 2009 auf den Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, seither auf den Meldungen der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden. Bis zur Implementierung von *eSuchtmittel* waren diese

Meldungen nicht immer lückenlos und häufig nicht zeitgerecht. Diese Einschränkung konnte mit der Inbetriebnahme von *eSuchtmittel* im Frühjahr 2011 beseitigt werden. Durch die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen von *eSuchtmittel* konnte die Aussagekraft der Daten wesentlich verbessert werden. Das Substitutionsregister enthält u. a. Daten in Bezug auf Beginn und Ende der Behandlung, Alter, Geschlecht und Wohnort der Behandelten, Art und Dosis des Substitutionsmedikaments und den behandelnden Arzt / die behandelnde Ärztin. Die Daten stehen in pseudonymisierter Form im Statistikregister von *eSuchtmittel* für epidemiologische Auswertungen zur Verfügung.

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

Behandlungsdokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe (DOKLI): Daten zur Beschreibung der Klientel der Drogenhilfe liefert seit 2006 die einheitliche *Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen* (DOKLI), an der sich die meisten relevanten Drogeneinrichtungen Österreichs beteiligen. Die Datenerfassung inkludiert alle seitens der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) definierten Fragen. Zusätzlich erfasst werden auf freiwilliger Basis Daten bezüglich Infektionskrankheiten (ebenfalls gemäß den Richtlinien der EBDD) und ICD-10-Codes. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bzw. Fachärztinnen und Fachärzte sind, obgleich sie aktuell über 70 % der Substitutionsbehandlungen durchführen, nicht an DOKLI beteiligt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten zwar auf Einrichtungsebene ausgeschlossen werden können, solche von Klientinnen und Klienten, die im Referenzjahr in mehreren Einrichtungen betreut wurden, hingegen aufgrund des aggregierten Charakters der Daten (mit Ausnahme jener Wiens) nicht zu verhindern sind. Wie hoch der Anteil solcher Mehrfachbetreuungen ist, kann nur vermutet werden. Ein grober Richtwert ist dem Wiener BADO-Bericht von 2011 zu entnehmen, in dem Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Referenzzeitraum in mehreren Drogeneinrichtungen betreut wurden, über einen Identifier eruiert werden konnten. Im Jahr 2010 wurden demnach rund 22 Prozent der in der BADO erfassten Klientinnen und Klienten in mehr als einer Einrichtung betreut (13,5 % in zwei Einrichtungen, 7,6 % in mehr als zwei) (IFES 2012). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Drogeneinrichtungen in Wien aufgrund der räumlichen Konzentration höher ist als in ländlichen Gebieten und dass daher der Anteil der Mehrfachbetreuungen für Gesamtösterreich etwas geringer ausfällt.

Spitalsentlassungscodes nach ICD-10 (DLD): Die Daten der stationären Versorgung stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten. Einschränkung ist hier anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird,

alle Informationen beziehen sich daher auf den Wissensstand zum Zeitpunkt der Entlassung. Verlegungen zwischen Abteilungen innerhalb einer Krankenanstalt werden nicht als eigene Aufenthalte gewertet. Die DLD enthält die Dokumentation jedes einzelnen stationären Aufenthalts. Da die Daten primär zu Abrechnungszwecken erhoben werden, sind sie sehr vollständig, jedoch für epidemiologische Auswertungen nur bedingt verwendbar. So kommt es zu Verzerrungen wie z. B. hoher Krankenhausmorbidity in Regionen mit hoher Bettendichte oder infolge bestimmter Anreize des Krankenhausfinanzierungssystems. Seit 2015 wird pro Patientin/Patient eine pseudonymisierte Patienten-ID mitgeliefert, die eine eindeutige Identifikation ermöglicht. Diese ID ist nicht bei allen Aufenthalten vermerkt. Vor 2015 gab es keine ID, die Patientenzahl wurde aus den Aufenthalten geschätzt. Daher kommt es ab 2015 zu einem Zeitreihenbruch. 2017 ist das aktuellste Jahr, das zu Redaktionsschluss zur Verfügung stand.

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

Österreichische Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch (2004, 2008 und 2015): Repräsentative Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch wurden in Österreich jeweils in den Jahren 2004, 2008 und 2015 durchgeführt (Strizek/Uhl 2016b; Uhl et al. 2005c; Uhl et al. 2009b). Die Vergleichbarkeit der Erhebungswellen ist durch die identische Zielgruppe (österreichische Wohnbevölkerung ab 15 Jahren), ein vergleichbares Samplingprozedere (Zufallsauswahl von Haushalten durch „random walk“ und eine ebenso zufällige Auswahl der Haushaltsmitglieder durch die „Last-Birthday-Methode“), das identische Auswertungsprozedere (Gewichtung nach Alter und Ge-

schlecht entsprechend der Bevölkerungsstatistik, Ausschlusskriterien für ungültige Angaben) sowie durch eine hohe Anzahl gleichbleibender Fragemodule weitgehend gegeben. Im Gegensatz zu den Vorerhebungen wurde im Jahr 2015 erstmals die Hälfte der Interviews mittels eines Onlinesamples durchgeführt (die andere Hälfte wurde – wie in den Jahren zuvor – mittels Face-to-Face-Interviews erhoben). Teilnehmer/-innen für die Onlinebefragung wurden zufällig aus einem bestehenden und offline rekrutierten Sample ausgewählt und mittels E-Mail bis zu dreimal zur Teilnahme eingeladen. Vergleiche zwischen der Onlinestichprobe und der Face-to-Face-Stichprobe (unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Bildung) zeigten nur minimale Unterschiede in den Prävalenzraten unterschiedlicher Substanzen. Der Stichprobenumfang umfasste bei der Erhebung im Jahr 2004 4.546 Datensätze bei einer Response-Rate von 21 Prozent (Bruttostichprobe ca. 22.000 Personen). 2008 konnten 4.196 gültige Datensätze bei einer Response-Rate von 34,4 Prozent realisiert werden (Bruttostichprobe von ca. 12.000 Personen). In der Erhebung 2015 wurden insgesamt 4.014 gültige Datensätze erhoben und die Response-Rate für das Sample der persönlichen Interviews betrug 32 Prozent, für das Sample der Onlinebefragung 51 Prozent.

European School Survey Project on Alcohol and other Drugs ESPAD (2003, 2007, 2015): Datenerhebungen im Rahmen von ESPAD fanden in Österreich in den Jahren 2003, 2007 und 2015 statt (Strizek et al. 2008a; Strizek et al. 2016; Uhl et al. 2005a). Dazu wurde jeweils aus allen Schulen mit Klassen der 9. und 10. Schulstufe eine Zufallsauswahl getroffen, wobei berücksichtigt wurde, dass die Auswahlwahrscheinlichkeit für Schüler/-innen aus kleineren Schulen und für solche aus größeren Schulen möglichst identisch ist. Zielgruppe für den internationalen Datensatz sind dabei Schüler/-innen, die jeweils im Erhebungsjahr 15 Jahre alt werden. Für den österreichischen Datensatz wurden jeweils alle im Sample befindlichen Schüler/-innen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren für Auswertungen berücksichtigt. Der Fragebogen ist mit wenigen Ausnahmen in allen Erhebungswellen identisch geblieben und erlaubt somit sowohl Zeitreihenanalysen als auch international vergleichende Analysen. Für das nationale Datenfile konnten bei der Erhebung im Jahr 2003 5.281 gültige Datensätze realisiert werden, bei der Erhebung im Jahr 2007 5.959 und bei jener im Jahr 2015 8.045 Datensätze. 2015 wurde die Erhebung erstmalig online durchgeführt. Die Teilnahmequote auf Schulebene ist im Laufe der Jahre deutlich gesunken (von 74 Prozent im Jahr 2003 auf 21 Prozent im Jahr 2015, jeweils bezogen auf alle kontaktierten Schulen). Als Grund für die häufiger werdende Teilnahmeverweigerung wird von Schulseite vor allem eine gewisse „Erhebungsmüdigkeit“ durch eine zunehmende Zahl wissenschaftlicher Studien im Schulsetting angeführt. Eine parallel zur Erhebung im Jahr 2007 durchgeführte Validierungsstudie gab Aufschlüsse über die Validität der Daten. Dabei wurden 100 Schüler/-innen, die sich an der ESPAD-Erhebung beteiligt hatten, im Anschluss an das Ausfüllen des Fragebogens mündlich zur Verständlichkeit der Fragen und zur Ernsthaftigkeit des Ausfüllens befragt. Diese Schüler/-innen wurden zufällig aus unterschiedlichen Schulen (unterschiedlichen Schultyps) aus Wien und Niederösterreich ausgewählt (Schmutterer et al. 2008).

Health Behaviour in School-aged Children Study HBSC (2002, 2006, 2010, 2014, 2018): Bei der HBSC-Studie handelt es sich um die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie. In der HBSC-Studie werden die selbstberichtete Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern im Alter von 11, 13 und 15 Jahren und seit 2010 auch der 17-Jährigen systematisch und wiederholt erhoben. Die Wiederholung der Erhebungen ermöglicht es, Trends im Zeitverlauf zu erfassen. Die HBSC-Studie wurde 1982 entwickelt und im Schuljahr

1983/84 erstmals umgesetzt. Österreich ist von Beginn an Teil dieses Forschungsprojekts. Seit 1986 findet die Erhebung im Vierjahresrhythmus statt. Die Gesamtstichprobe umfasste im Jahr 2002 4.472, im Jahr 2006 4.096, im Jahr 2010 6.493, im Jahr 2014 5.617 und im Jahr 2018 7.585 Mädchen und Burschen. Die Teilnahmerate betrug 2002 71 Prozent, 2006 80 Prozent, 2010 72 Prozent, 2014 65 Prozent und 2018 76 Prozent (Currie et al. 2012; Dür/Mravlag 2002; Dür/Griebler 2007; Felder-Puig et al. 2019; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015; Teutsch et al. 2018).

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

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

Mortalitätskohorte Substitutionsbehandlung 2018 („Substitutionskohorte“): Die österreichische Substitutionskohorte fußt auf jahrelangen technischen, konzeptionellen und gesetzgeberischen Vorarbeiten. Die wichtigste Voraussetzung stellt die Tatsache dar, dass Einträge ins bundesweite Substitutionsregister im Rahmen von eSuchtmittel nur über das zentrale Melderegister erfolgen und gemeinsam mit der bereichsspezifischen Personenkennzahl Gesundheit (bPK-Gesundheit) abgespeichert werden. Alle Einträge werden in der Folge ein weiteres Mal verschlüsselt in pseudonymisierter Form im Statistikregister Substitution gespeichert. Nach Schaffung der gesetzlichen Grundlage war es 2018 erstmals möglich, über mehrere Zwischenschritte unter strikter Wahrung des Datenschutzes eine Verknüpfung des Statistikregisters Substitution mit dem allgemeinen Todesursachenregister herzustellen, aus der ersichtlich ist, wer wann woran verstorben ist. Diese Verknüpfung konnte für den Zeitraum 1. 1. 2002 bis 31. 12. 2016 erstellt werden.

Zur Beschreibung der Mortalität in der Kohorte wird zunächst die *rohe Sterblichkeitsrate (crude mortality rate)* in Form der „Anzahl von Todesfällen pro 1.000 Personenjahre“ herangezogen.¹ Um die *rohe Sterblichkeitsrate* mit der Sterblichkeitsrate in der Allgemeinbevölkerung zu vergleichen,

1

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

muss im Rahmen einer indirekten Standardisierung die Sterblichkeit der Allgemeinbevölkerung mit der gleichen Altersstruktur und der gleichen Zusammensetzung nach Geschlecht berechnet werden. Dies wurde anhand der Sterbetafel 2010 bis 2012² durchgeführt. Der Quotient *rohe Sterblichkeitsrate* Kohorte / Sterblichkeitsrate der Allgemeinbevölkerung gleichen Alters und Geschlechts wird als *Standardmortalitätsverhältnis (standard mortality ratio)* bezeichnet und gibt das Verhältnis an, in dem die Sterblichkeit der beobachteten Kohorte zu jener in der Allgemeinbevölkerung steht (die Sterblichkeit in der beobachteten Gruppe ist z. B. doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung). Die Sterblichkeitsraten wurden über den gesamten Beobachtungszeitraum (15 Jahre) gerechnet. Auch zum Vergleich der Todesursachen in der Substitutionskohorte mit jenen in der Allgemeinbevölkerung wurde eine indirekte Standardisierung durchgeführt, d. h., die Todesfälle in der Substitutionskohorte werden mit den Todesursachen in einer nach Alter und Geschlecht identisch strukturierten Referenzstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung pro Beobachtungsjahr verglichen. Die Zahl der pro Jahr Verstorbenen in der Substitutionskohorte und in der Referenzstichprobe werden als „Todesfälle pro 100.000 Lebende pro Jahr“ ausgewiesen.

2

siehe Exceldokument „Sterbetafeln 1868/71 bis 2010/12 nach dem Geschlecht“ unter https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/sterbetafeln/index.html#index3 - [letzter Zugriff: 3. 10. 2019]

1 Risikoreicher Drogenkonsum

1.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster–Situation 2018

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)³.

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 ziehen⁴, stellen eine weitere Datenquelle dar. Informationen zu den problematischsten Konsummustern liefern die bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellten Substanzen.

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

3

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.

4

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

mit risikoreichem Drogenkonsum andocken, zu einem großen Teil wegen der Leitdroge⁵ Opioide betreut werden. Behandlungen aufgrund einer Abhängigkeitsdiagnose im Spital sind zum überwiegenden Teil auf eine Abhängigkeit von Opioiden zurückzuführen. Auch die toxikologischen Analysen bei den direkt drogenbezogenen Todesfällen zeigen eine deutliche Dominanz von (Misch)–Intoxikationen mit Opioiden. Eine nähere Analyse der DOKLI–Daten veranschaulichte, dass der Großteil der im ambulanten und stationären Bereich wegen Opioiden betreuten Personen auch noch andere Drogen in problematischer Weise konsumiert (Busch et al. 2014). Bei den Begutachtungen nach § 12 SMC, die vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen durchgeführt werden⁶, überwiegt der Cannabiskonsum.

5

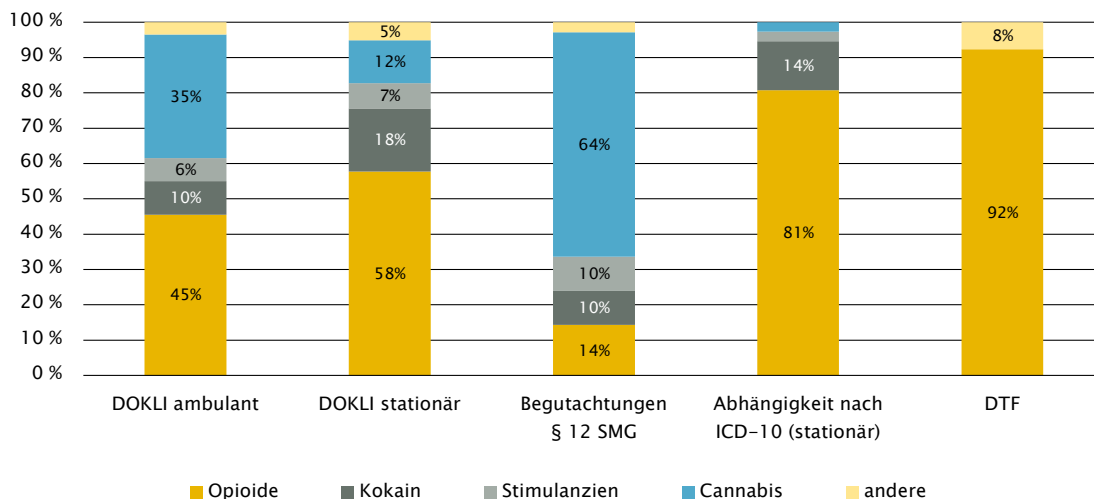
Unter Leitdroge ist jene Droge zu verstehen, die der Klientin / dem Klienten aus deren/dessen subjektiver Sicht die meisten Probleme verursacht. Dabei bezieht sich die Problemdefinition – angelehnt an ICD–10 – auf psychosoziale sowie gesundheitliche und nicht auf rein rechtliche Problemstellungen. In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

6

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

Abbildung 1.1:

Anteil der (Leit-)Drogen nach Setting und bei direkt drogenbezogenen Todesfällen 2018



Legende:

DOKLI ambulant = Personen, die 2018 mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n = 3.701)

DOKLI stationär = Personen, die 2018 mit einer stationären Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n = 492)

Begutachtungen § 12 SMG = amtsärztliche Begutachtungen, bei denen 2018 ein behandlungsrelevanter Konsum illegaler Drogen festgestellt wurde (n = 2.159). Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Daten aus Wien fehlen. Bei den Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird.

Abhängigkeit nach ICD-10 (stationär): Prozentverteilung der Hauptdiagnosen von Abhängigkeit von Opioiden, Kokain, Stimulanzien und Cannabis (F11.2, F12.2, F14.2 und F15.2) nach ICD-10 bei Spitalsentlassungen (n = 1.049) 2017 (aktuellste verfügbare Daten)

DTF = direkt drogenbezogene Todesfälle mit toxikologischen Analyseergebnissen 2018 (n = 157 von insgesamt 184) 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“. Bei den ICD-10-Spitalsentlassungsdiagnosen gibt es weder die Kategorie „andere“ noch eine hierarchische Leitdrogengdefinition.

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

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

Die vertiefende Analyse der DOKLI-Daten im Rahmen des Schwerpunktkapitels „Analyse der Routinedaten zum Cannabiskonsum“ im *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013* sowie jene im Jahr 2017⁷ ergaben, dass lediglich ein Drittel der Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis vor Beginn

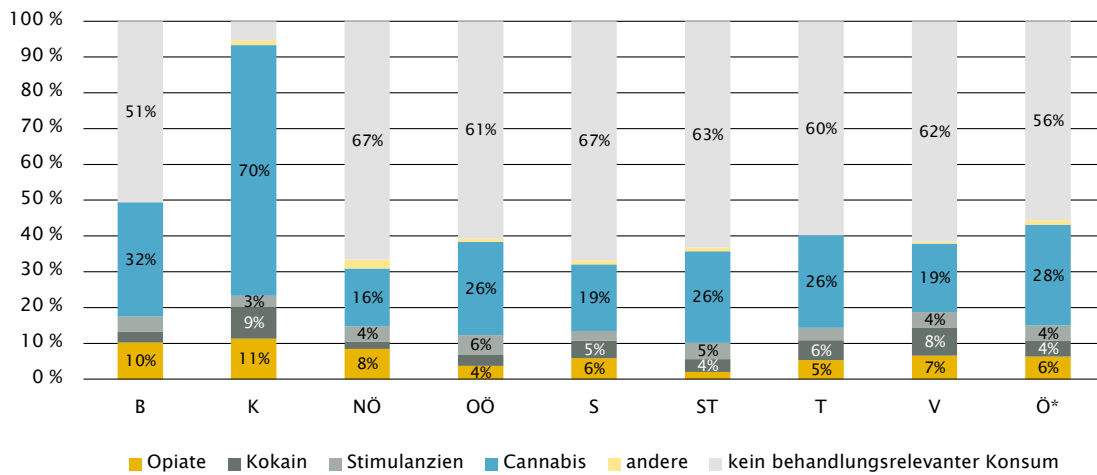
7

http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12_Weigl_Cannabis_in_Osterreich_und_der_EU.pdf (12. 8. 2018)

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 2018 (n = 4.861) nach Bundesland und in Österreich ohne Wien*

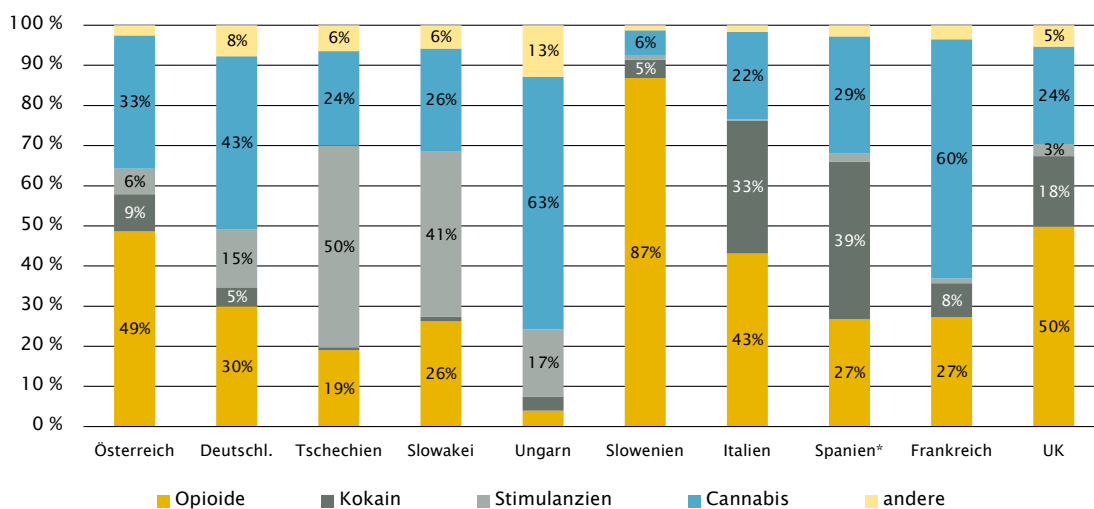


*= Österreich ohne Wien; Daten aus Wien fehlen. In den Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird.
Anmerkung: Darstellung nach hierarchischer Leitdroge: Wurde in der Drogenanamnese der behandlungsrelevante Konsum mehrerer Drogen festgestellt, wurde zur Vermeidung von Mehrfachzählungen nach folgender Hierarchie vorgegangen: Opiode > Kokain > Stimulanzen > andere (Halluzinogene, Tranquillizer) > Cannabis.

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 1.3:

Personen, die im Jahr 2017 mit einer ambulanten oder stationären drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU



*nur Daten aus dem Jahr 2016 verfügbar

Die Daten stammen aus dem neuen Onlinetool der EBDD http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2019_en, das das Statistical Bulletin ersetzt. Die neuesten verfügbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 2017.

Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2019; 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 Kokain⁸ (vgl. die *Country Drug Reports* der jeweiligen Länder von 2019⁹). 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 (vgl. Busch et al. 2015). Auch in den aktuellen Datenquellen finden sich Hinweise darauf, dass dies noch immer so sein dürfte (z. B. bei Begutachtungen nach § 12 SMG und in DOKLI).

8

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

9

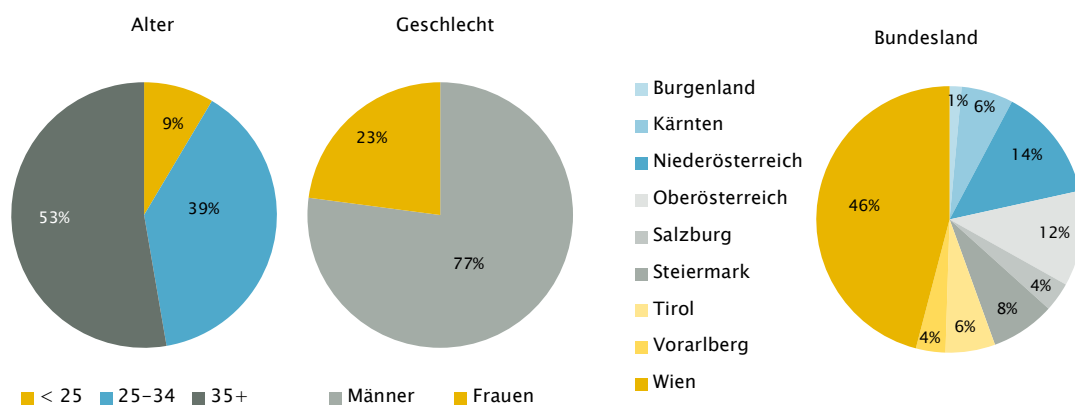
[http://www.emcdda.europa.eu/publications-database-textsearch?f\[0\]=field_series_type%253Aname%3A-Country%20Drug%20Report](http://www.emcdda.europa.eu/publications-database-textsearch?f[0]=field_series_type%253Aname%3A-Country%20Drug%20Report)

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 2017

Definition: Bei der Schätzung der Anzahl der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum handelt es sich um eine Dunkelzifferschätzung, die lediglich Annäherungswerte liefern kann. Für Österreich liegen ausschließlich Schätzungen des risikoreichen polytoxikomanen Konsums unter Beteiligung von Opioiden vor. Die referierten Werte wurden mittels der Capture-Recapture-Methode (CRC) basierend auf pseudonymisierten Daten aus dem Register der Substitutionsbehandlungen und auf den Anzeigen wegen Opioiden berechnet und anhand der 3-Sample-CRC-Schätzung unter Einbezug der drogenbezogenen Todesfälle mit Opioidbeteiligung und des Opioidanteils unter den vorgefundenen Substanzen für das Jahr 2015 validiert. Bei der CRC-Schätzung handelt es sich um ein von der EBDD empfohlenes komplexes statistisches Verfahren zur Dunkelzifferschätzung.

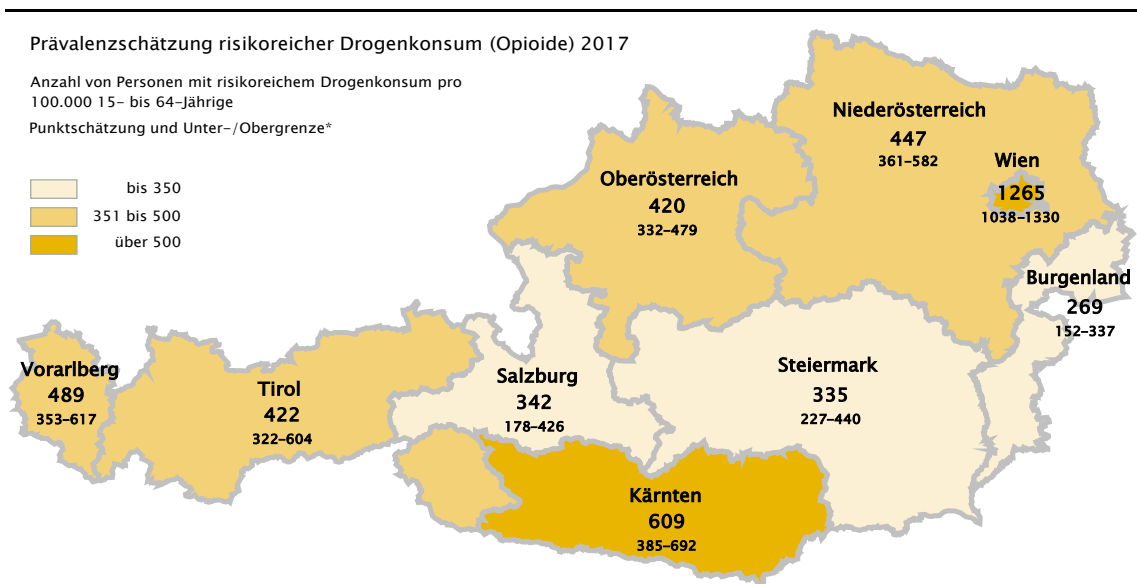
Abbildung 1.4:
Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland 2017



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

Die aktuellsten Schätzungen kommen in Österreich für die Jahre 2016 und 2017 auf eine Anzahl von 35.000 bis 38.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden. Abbildung 1.4 zeigt die Zusammensetzung der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nach Alter und Geschlecht sowie nach Bundesländern. Um das Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums (Opioide) in den Bundesländern genauer zu beschreiben, muss die Prävalenzschätzung auf die jeweilige Bevölkerungszahl in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen bezogen werden (vgl. Abbildung 1.5). Die bundeslandspezifischen Schätzungen sind mit äußerster Vorsicht zu interpretieren, da die Schätzungen insbesondere bei kleineren Bundesländern aufgrund der kleinen Populationsgrößen sehr unsicher sind und stark schwanken. Bei der Interpretation ist daher immer das Intervall zwischen Untergrenze und Obergrenze des Konfidenzintervalls über 3 Jahre heranzuziehen.

Abbildung 1.5:
Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden im Jahr 2017 nach Bundesländern (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige)



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

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

Zusammenfassung: Laut rezenten Schätzungen gibt es in Österreich zwischen 35.000 und 38.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum, meist in Form von Mischkonsum mit anderen Substanzen. Etwas weniger als die Hälfte dieser Personen lebt in Wien. Ein Viertel ist weiblich und neun Prozent sind unter 25 Jahre alt. Wien als einzige Großstadt Österreichs¹⁰ ist vom risikoreichen Drogenkonsum am stärksten betroffen, gefolgt von Kärnten, Vorarlberg und Niederösterreich.

1.3 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf

Der Verlauf der geschätzten Prävalenz¹¹ des risikoreichen Drogenkonsums zeigt einen steilen Anstieg Anfang der 2000er-Jahre auf fast 30.000 Personen in den Jahren 2004/2005. Bis 2014 schwanken die Werte relativ konstant um 30.000. In den letzten Jahren lässt sich wiederum ein Anstieg auf etwa 36.500 Personen beobachten.

¹⁰

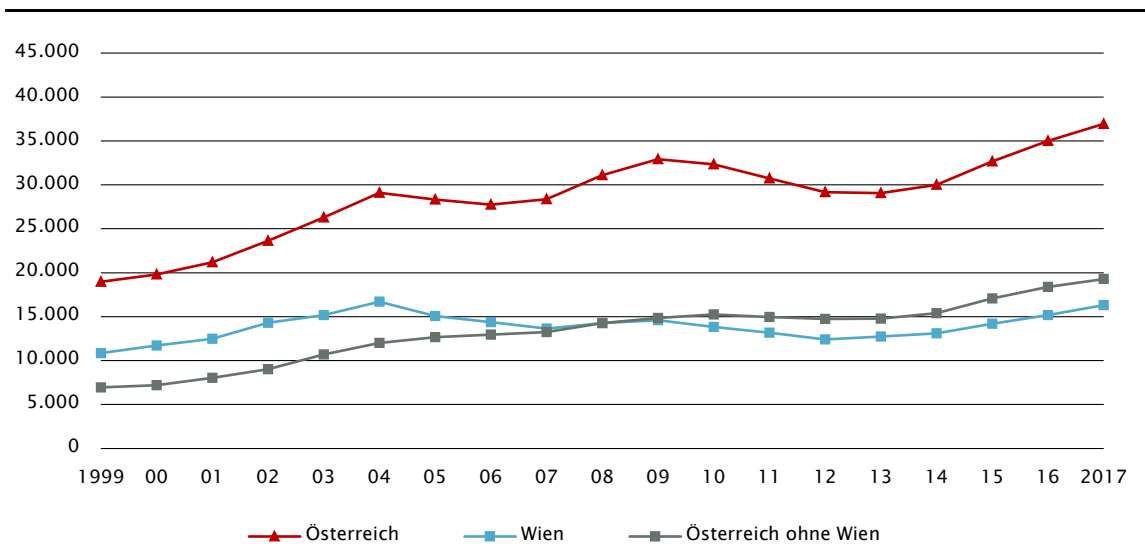
Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

¹¹

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



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

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

Betrachtet man die Entwicklung für Wien¹² und für Österreich ohne Wien getrennt, so zeigt sich ein differenziertes Bild. Während in Wien die Werte bis 2004 anstiegen und bis 2014 stagnierten, stiegen in Österreich ohne Wien die Prävalenzen weiter an und stagnierten erst zwischen 2010 und 2014. Seither steigen die Werte sowohl in Wien als auch in den anderen Bundesländern an.

Bis 2009 wurden für Wien etwas mehr Personen mit risikoreichem Drogenkonsum geschätzt als für die restlichen Bundesländer, ab dem Jahr 2009 wird für Österreich ohne Wien die Prävalenz höher geschätzt. Es dürfte sich dabei um das Phänomen eines kontinuierlichen Angleichens des Drogenkonsumausmaßes zwischen der Großstadt Wien und ländlich/kleinstädtischen Regionen handeln (vgl. Abbildung 1.6).

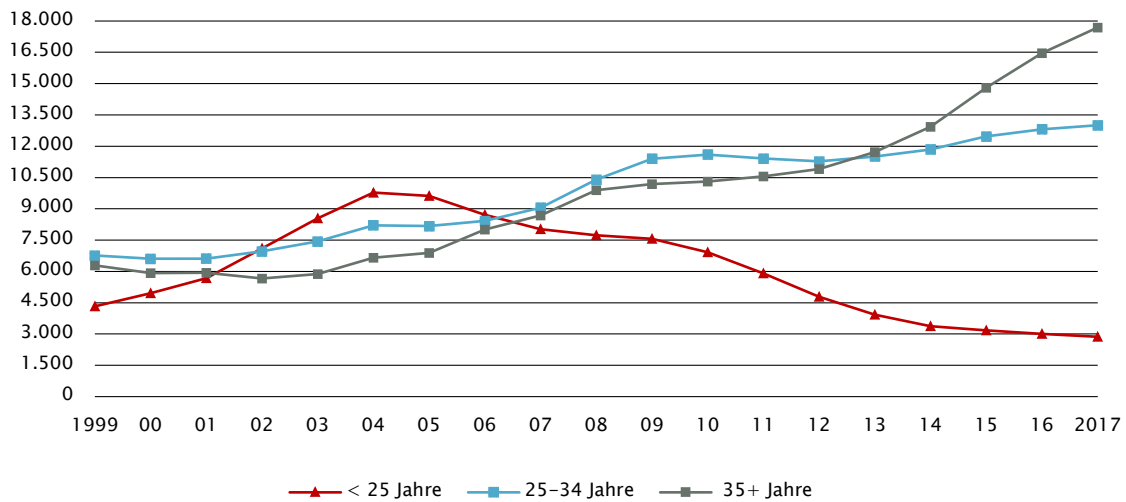
Einen vertieften Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen (vgl. Abbildung 1.7). Hier verdoppelt sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (15- bis 24-Jährige) zwischen 2000 und 2004. Dies bedeutet, dass in dieser Zeitspanne vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene in den risikoreichen Drogenkonsum eingestiegen sind. Seither ist die Prävalenz in dieser Altersgruppe aber wieder stark rückläufig (= weniger Einsteiger/-innen). Ab 2014 pendelt sich die geschätzte Prävalenz in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen bei 3.000 Personen ein. Mit der Alterung der „Generation Einstieg 2000 bis 2004“

12

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

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

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



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

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

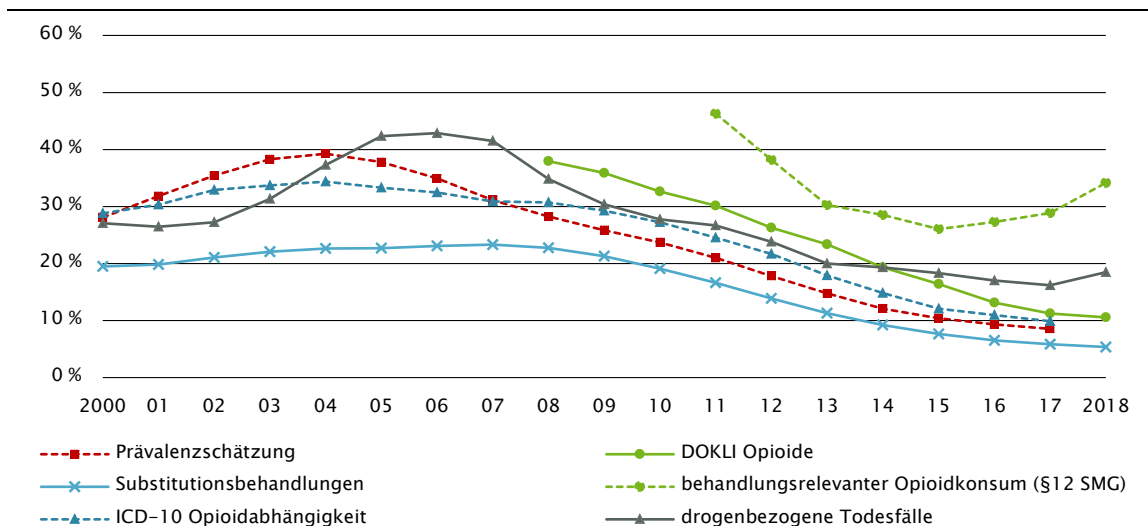
Der in den letzten Jahren zu beobachtende Anstieg der Prävalenz ist daher nicht auf eine Verschärfung der Situation hinsichtlich Opioidproblematik zurückzuführen – dafür müssten die Zahlen in der Altersgruppe 15–24 ansteigen. Er dürfte in erster Linie durch den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben davon Betroffener aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) bedingt sein. Auch ist es möglich, dass es durch die zunehmende Stabilität von Personen, die sich sehr lange in Substitutionsbehandlung befinden, aus methodischen Gründen zu einer Überschätzung der Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum kommt¹³. Es bestehen Überlegungen, in Zukunft dieses Problem in der Prävalenzschätzungsformel zu berücksichtigen.

13

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

Abbildung 1.8:

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



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

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

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

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

Quellen: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel, (Busch et al. 2014), DOKLI, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Betrachtet man die Veränderung der Altersstruktur in allen in Österreich zur Verfügung stehenden Datenquellen anhand des Prozentanteils der Personen unter 25 Jahren (vgl. Abbildung 1.8), zeigt sich, dass dieser Prozentsatz Mitte der 2000er-Jahre zunächst in den Prävalenzschätzungen und dann bei den drogenbezogenen Todesfällen ansteigt. Seit etwa 2007 sinkt der Anteil der Personen unter 25 Jahren in fast allen Datenquellen. Dies spricht für eine seit den letzten Jahren stattfindende „Alterung“ der Population mit risikoreichem Drogenkonsum unter Opioidbeteiligung. Bei den drogenbezogenen Todesfällen sowie den Begutachtungen nach § 12 SMG ist im Vergleich zu den Vorjahren ein leichter Anstieg des Anteils der unter 25-Jährigen zu beobachten. Ob es sich hier tatsächlich um eine Trendwende oder – aufgrund der statistisch gesehen kleinen Fallzahlen – um Ausreißer handelt, kann erst der Zeitverlauf zeigen.

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

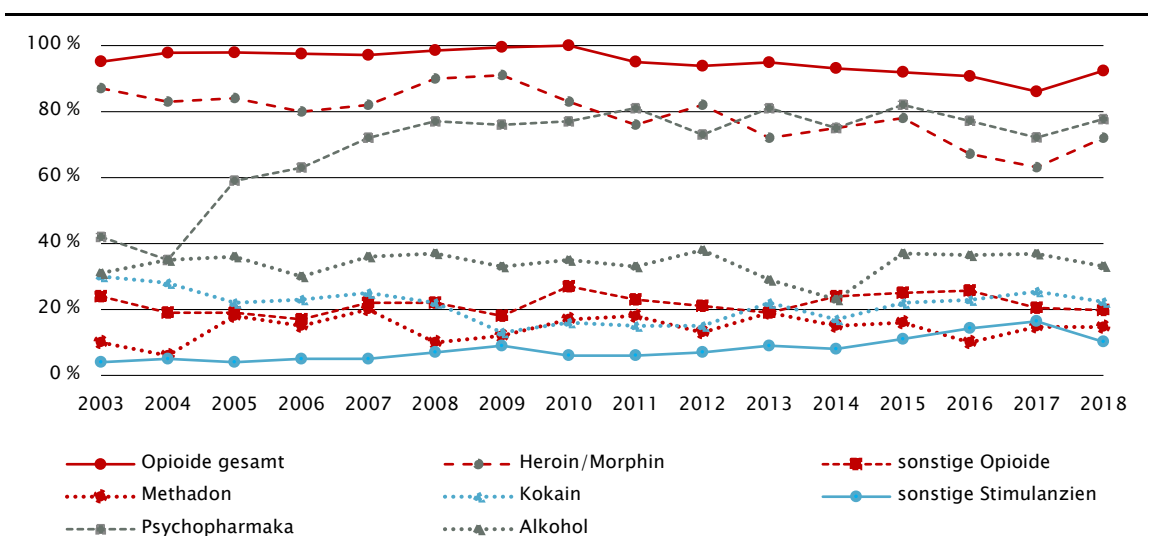
Personen mit risikoreichem Drogenkonsum in fast allen Datenquellen rückläufig. Der in den letzten Jahren zu beobachtende Anstieg der geschätzten Prävalenz des risikoreichen Drogenkonsums wird vorwiegend durch einen Anstieg in der Altersgruppe 35+ verursacht. Dieser dürfte in erster Linie durch den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben von Personen mit Opioidabhängigkeit aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) bedingt sein.

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

Die Substanzenanalysen bei direkt drogenbezogenen Todesfällen (vgl. Abbildung 1.9) machen Folgendes deutlich: An der Dominanz von Opioiden hat sich in den letzten Jahren nichts geändert, die tendenzielle Abnahme, die seit 2011 zu beobachten war, setzt sich 2018 nicht fort. Kokain und andere Stimulanzien werden weiterhin deutlich seltener bei den Todesfällen festgestellt als Opiode. Stimulanzien (exklusive Kokain) stiegen bis 2017 auf niedrigem Niveau etwas an, sind aber 2018 wieder etwas rückläufig. Zusätzlich gab es bis 2008 eine starke Zunahme von Psychopharmaka. Seit 2009 verharren diese auf relativ hohem Niveau.

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

Abbildung 1.9:
Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen im Zeitverlauf



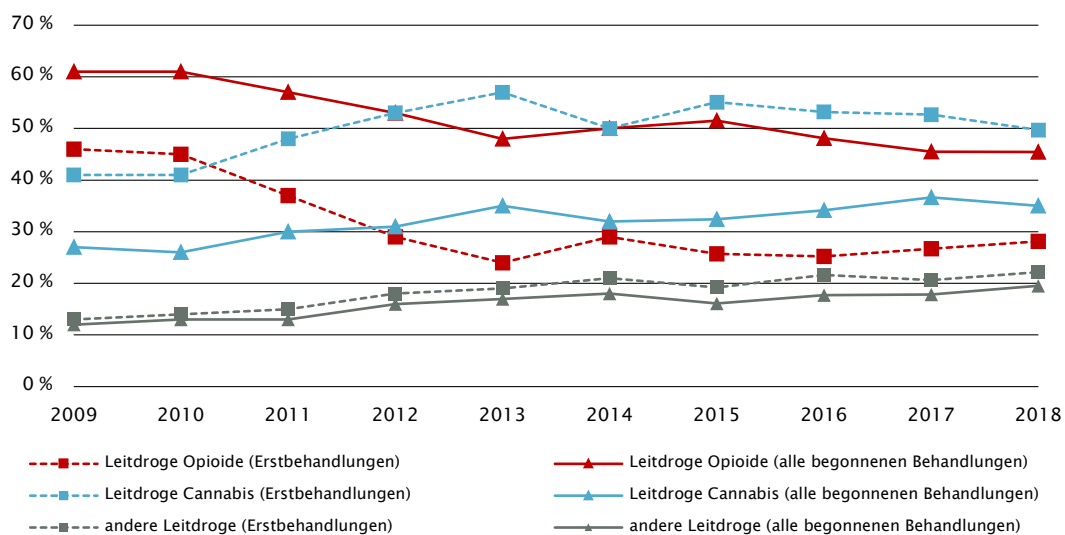
Anmerkung: Die Kategorie „sonstige Stimulanzien“ umfasst sämtliche Stimulanzien (z. B. Ecstasy, Mephedron/3-MMC, Cathinone, neue psychoaktive Substanzen (NPS) des Typs Stimulanzien) exklusive Kokain. Die Kategorie „sonstige Opiate“ beinhaltet auch NPS-Opiate (z. B. U-47700).

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

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

Die DOKLI-Daten zeigen bis zum Jahr 2013 eine deutliche Abnahme des Anteils der Opioiden 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)



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

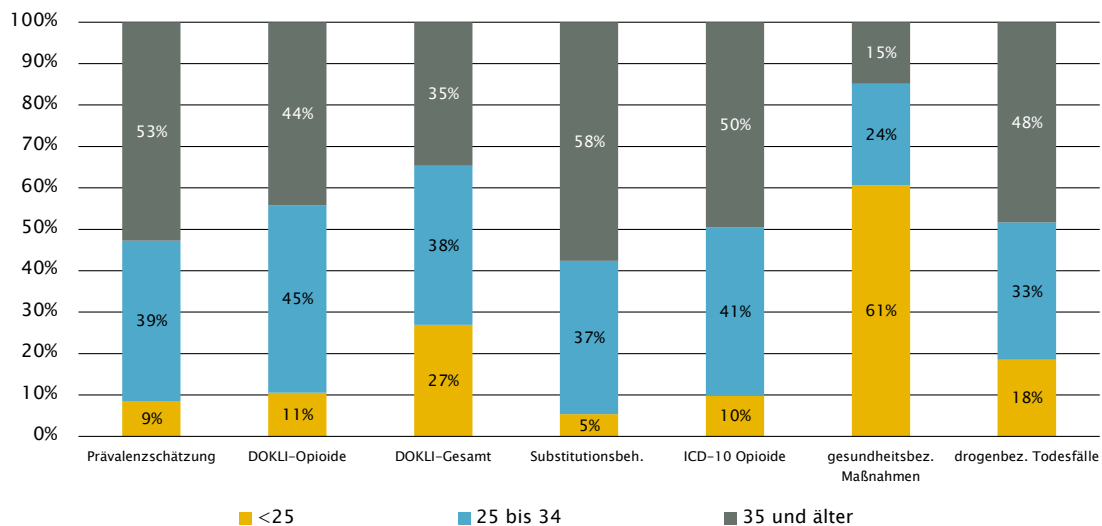
Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2009 bis 2018; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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 Einsteiger/-innen). 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.

1.4 Alter und Geschlecht der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum

Abbildung 1.11:
Altersverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse) – 2018



DOKLI-Opioide = Alter aller im Jahr 2018 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen zum Stichtag 30. 6. 2018, mit der Leitdroge Opioid

DOKLI-Gesamt = Alter aller im Jahr 2018 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen zum Stichtag 30. 6. 2018

Prävalenzschätzung = geschätzte Anzahl an Personen mit risikoreichem Opioidkonsum 2017

Substitutionsbeh. = Substitutionsbehandlungen 2018

drogenbez. Todesfälle = Todesfälle aufgrund drogenbezogener Überdosierungen 2018

gesundheitsbez. Maßnahmen = Personen, für die 2018 eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat

ICD-10 Opioid = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioid) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2017 (jüngste verfügbare Daten; genauere Spezifikationen der Auswertung finden sich im Tabellenannex)

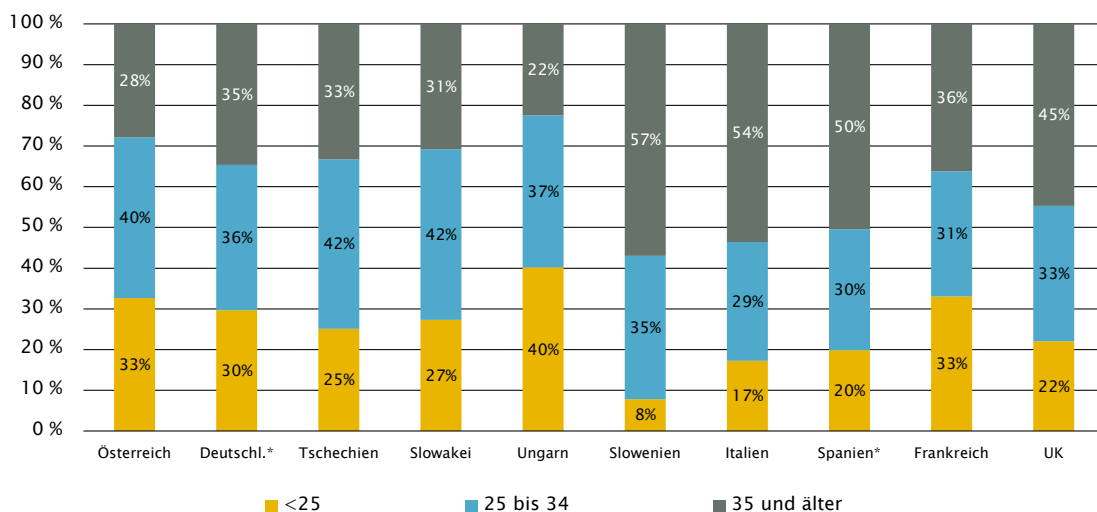
Quellen: DOKLI, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Datenquellen (vgl. Abbildung 1.11), die sich auf Personen mit risikoreichem Opioid(misch-)konsum beziehen, zeigen alle sehr deutlich, dass junge Personen den geringsten Anteil ausmachen: am niedrigsten ist der Anteil bei den Substitutionsbehandlungen mit fünf Prozent, am höchsten mit rund einem Fünftel bei den drogenbezogenen Todesfällen. Bei der geschätzten Anzahl an Personen mit risikoreichem Opiatkonsum (Prävalenzschätzung), bei Personen, die in

DOKLI-Einrichtungen aufgrund einer Opioidproblematik betreut werden, und bei Spitalsentlassungen aufgrund einer Abhängigkeit von Opioiden liegt der Anteil der Jungen bei rund zehn Prozent. Bei all diesen Datenquellen ist der Anteil der älteren Personen im Gegenzug sehr hoch (zwischen 44 und 58 Prozent). Bei allen betreuten Personen in DOKLI-Einrichtungen (unabhängig von der Leitdroge) und bei Personen, für die eine Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat, ist der Anteil der jüngeren Personen deutlich höher. Bei den gesundheitsbezogenen Maßnahmen ist die Klientel insgesamt sehr jung, d. h., Personen ab 35 Jahren machen in dieser Gruppe einen sehr geringen Anteil aus.

Ein Vergleich mit anderen EU-Ländern hinsichtlich der Altersstruktur ist lediglich für DOKLI-Daten aus dem Jahr 2017 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.

Abbildung 1.12:
Altersverteilung von Personen, die im Jahr 2017 mit einer ambulanten oder stationären drogenbezogenen Betreuung begannen, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU



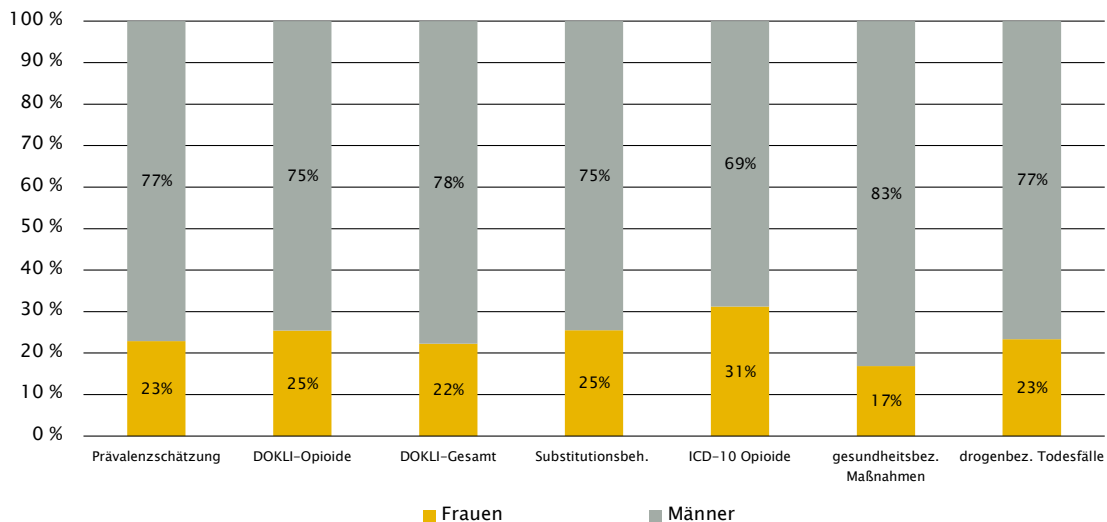
*nur Daten aus dem Jahr 2016 verfügbar

Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Die Zusammenschau verschiedener Datenquellen bezüglich des risikoreichen Opioidkonsums in Österreich zeigt, dass dieser eher ältere Personen betrifft und der Anteil der jungen Betroffenen relativ niedrig ist. Insbesondere im Zeitverlauf zeigt sich, dass sich die Altersstruktur der Betroffenen seit Mitte der 2000er-Jahre stark verjüngt hat.

Abbildung 1.13:

Geschlechtsverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse) – 2018



Prävalenzschätzung = aktuellste Schätzung 2017

DOKLI-Opioide = 2018 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreute Personen mit der Leitdroge Opioid

DOKLI-Gesamt = 2018 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreute Personen

drogenbezogene Todesfälle = Todesfälle aufgrund drogenbezogener Überdosierungen 2018

gesundheitsbez. Maßnahmen = Personen, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG im Jahr 2018 den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat

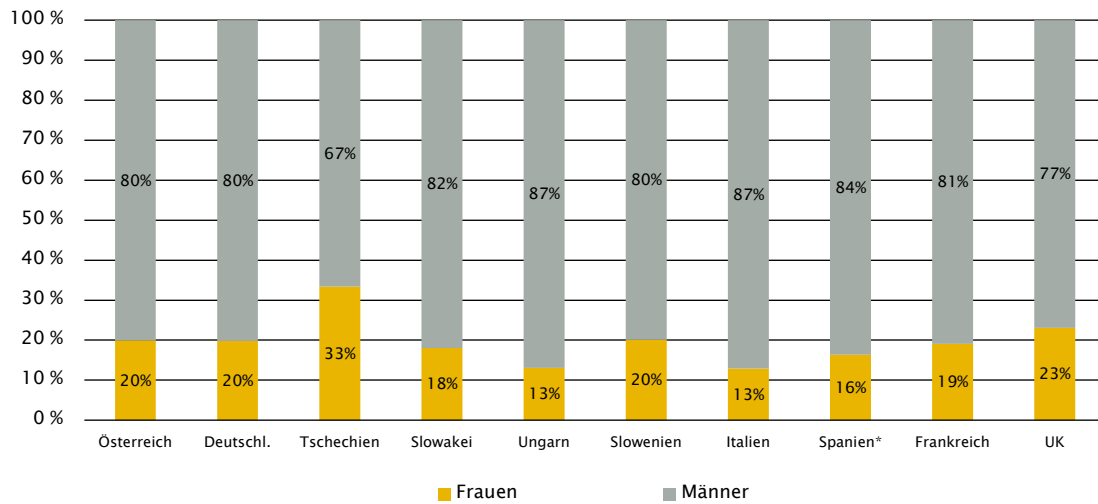
ICD-10 (Opioid) = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioid) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung aus dem Krankenhaus 2017 (aktuellste verfügbare Daten)

Quellen: DOKLI, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – 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, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergab (17%). Betrachtet man die Geschlechtsverteilung in verschiedenen Altersgruppen (vgl. Abbildung 1.15) zeigt sich in den meisten Datenquellen das Phänomen, dass der Frauenanteil mit zunehmendem Alter kleiner wird: Der risikoreiche Opioidkonsum trifft jüngere Frauen stärker als ältere Frauen.

Abbildung 1.14:

Geschlechtsverteilung von Personen, die 2017 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begannen, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU

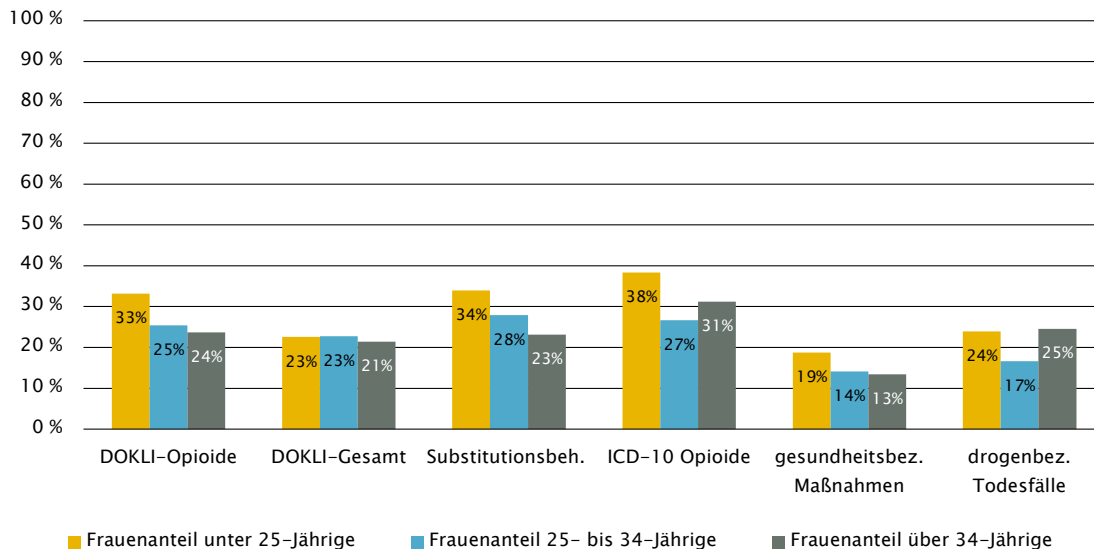


*nur Daten von 2016 verfügbar

Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 1.15:

Frauenanteil nach Altersgruppe in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse) – 2018



Prävalenzschätzung = aktuellste Schätzung 2017

DOKLI-Opiode = 2018 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreute Personen mit der Leitdroge Opiode

DOKLI-Gesamt = 2018 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreute Personen

drogenbez. Todesfälle = Mittelwert der Jahre 2016 bis 2018 zum Ausgleich von Zufallsschwankungen

gesundheitsbez. Maßnahmen = Personen, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG im Jahr 2018 den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat

ICD-10 Opiode = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2017 (aktuellste verfügbare Daten)

Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – 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

Daten in Bezug auf Betreuung und Behandlung aufgrund risikoreichen Drogenkonsums stellen einen wichtigen Indikator zur epidemiologischen Einschätzung der Drogensituation dar. Ein Großteil der betreuten und behandelten Personen wird durch das pseudonymisierte Statistikregister Substitution (eSuchtmittel) und durch DOKLI (vgl. auch Kap. 1) abgedeckt, die sich aber teilweise überschneiden.

2.1 Anzahl der behandelten Personen

Im Jahr 2018 waren in den DOKLI-Einrichtungen insgesamt 9.796 Personen in längerfristiger ambulanter und 1.082 Personen in stationärer Behandlung. 19.216 Personen unterzogen sich laut eSuchtmittel einer Opioid-Substitutionsbehandlung. Von diesen 19.216 Personen wurden 896 in Haft behandelt und werden daher dem stationären Sektor zugezählt. Weitere 461 waren stationär aufgenommen und sind bereits in der Gruppe der obengenannten 1.082 Personen enthalten, da die stationäre Substitutionsbehandlung in DOKLI-Einrichtungen erfolgt. Eine Schätzung der insgesamt in Österreich in der Suchthilfe behandelten Personen kann unter folgenden Prämissen erfolgen:

- » In DOKLI ist von einem Mehrfachzählungsanteil von 22 Prozent außerhalb Wiens¹⁴ und einer Abdeckung (Coverage) von 93 Prozent im ambulanten und 79 Prozent im stationären Sektor außerhalb Wiens (in Wien beträgt die Coverage 100 %) auszugehen.
- » 70 % der in DOKLI erfassten Personen mit Leitdroge Opioide geben an, sich in Substitutionsbehandlung zu befinden. Daher wird ein durchschnittliches Überschneiden des Substitutionsregisters mit DOKLI-Daten von 70 Prozent angenommen.

Unter diesen Annahmen kommt man zu einer Schätzung von insgesamt etwa 25.435 Personen in drogenspezifischer Betreuung (vgl. Tabelle 2.1). (Sozial gut integrierte) Personen mit behandlungsrelevantem Drogenkonsum, die eine Behandlung außerhalb der Suchthilfe in Anspruch nehmen, sind in dieser Schätzung nicht inkludiert.

14

In Wien können Doppelzählungen mithilfe eines eindeutigen Identifiers ausgeschlossen werden.

Tabelle 2.1:

Schätzung der insgesamt wegen des Konsums illegaler Drogen behandelten Personen nach Setting im Jahr 2018

Setting	Anzahl der Personen
ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen)	10.580
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	12.845
stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung	1.114
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft	896
Suchtbehandlungen insgesamt	25.435

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

2.2 Drogenkonsummuster der behandelten Personen

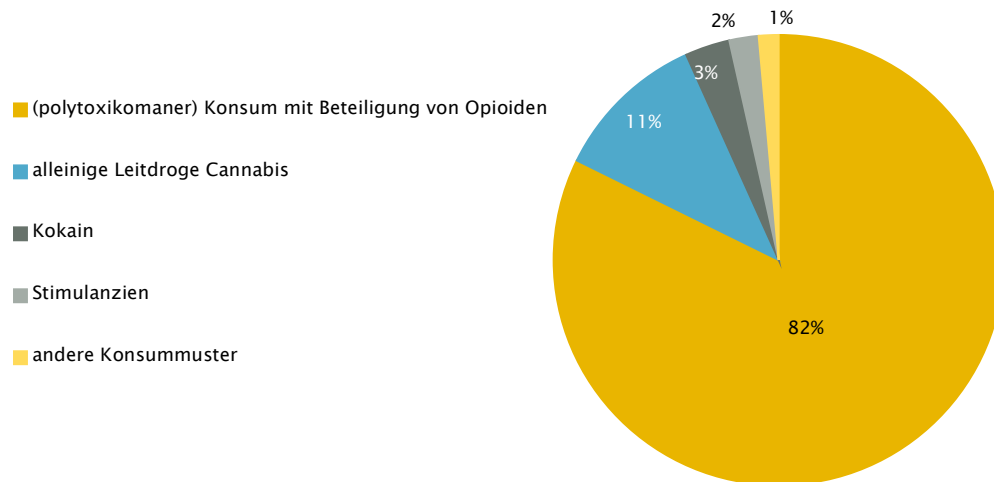
Betrachtet man die behandelten Personen nach Drogenkonsummustern, so zeigt sich, dass der weitaus größte Teil der Patientinnen und Patienten – etwa 20.931 Personen – wegen Opioidkonsums (meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster) in Behandlung ist. Die zweite große Personengruppe im Behandlungssystem sind Personen mit Cannabis als alleiniger Leitdroge: etwa 2.790.¹⁵ Kokain, Stimulanzien und andere Drogen stellen nur für einen kleinen Teil der behandelten Klientel die Leitdroge dar (vgl. Abbildung 2.1).

15

Der Berechnung dieser Zahl liegt die Anzahl der im Jahr 2018 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen mit Cannabis als alleiniger Leitdroge zugrunde, ebenso die Annahme, dass DOKLI 93 Prozent des ambulanten und 79 Prozent des stationären Sektors drogenspezifischer Behandlungen abdeckt und zwischen den Drogeneinrichtungen außerhalb Wiens die Rate des Mehrfachaufscheinens ein und derselben Person 22 Prozent beträgt.

Abbildung 2.1:

Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung), 2018



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

2.3 Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik

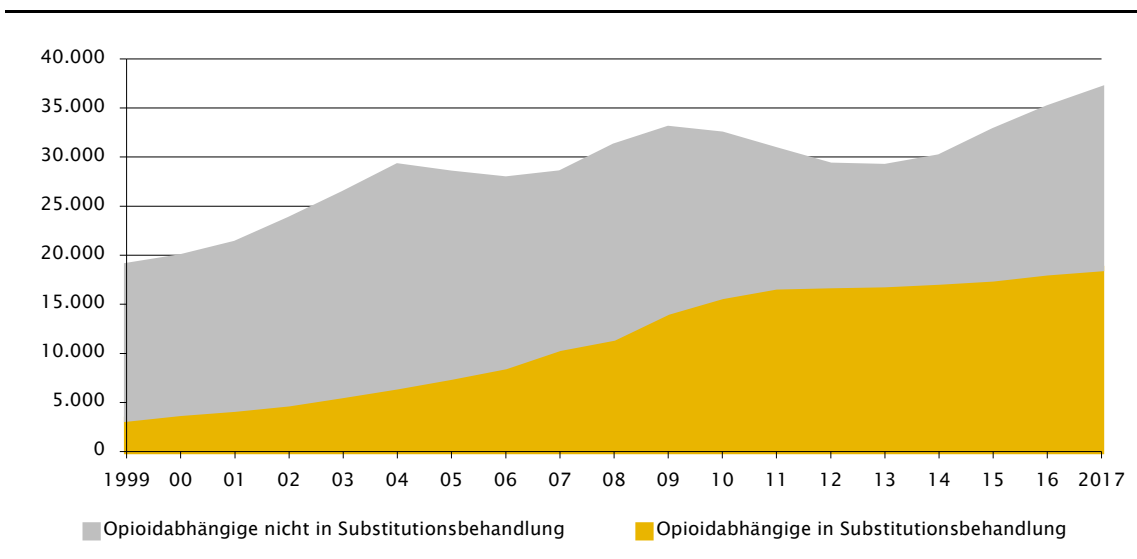
Setzt man die Behandlungszahlen in Relation zu den Prävalenzschätzungen¹⁶, wird deutlich, dass es in den letzten 18 Jahren gelungen ist, den Anteil jener Personen mit Opioidproblematik, die sich in Substitutionsbehandlung begeben, massiv zu erhöhen (Erhöhung der In-Treatment-Rate Substitutionsbehandlung). Während sich die Zahl der in Substitutionsbehandlung Befindlichen seit 2000 nahezu verfünffacht hat (2017 18.632 Personen), hat sich die geschätzte Anzahl von Personen mit risikoreichem Konsum von Opioiden nicht ganz verdoppelt. Insgesamt werden von den aktuell geschätzten 35.000 bis 38.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum zwischen 49 und 53 Prozent durch Substitutionsbehandlung (Abbildung 2.2) bzw. zwischen 54 und 58 Prozent durch drogenspezifische Behandlung insgesamt erreicht. Dies kann als großer Erfolg gewertet werden.

16

Die Ausführungen dieses Abschnitts beziehen sich auf die Prävalenzschätzung des vorjährigen Berichts (Anzenberger et al. 2018) und einzelne Datenquellen betreffende Zahlen daher auf das Datenjahr 2017. Prävalenzschätzungen werden für Österreich alle zwei Jahre durchgeführt.

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

Abbildung 2.2:
Opioidabhängige Personen (in Substitutionsbehandlung) – Zeitreihe



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

Auch ist es möglich, dass es durch die zunehmende Stabilität von Personen, die sich sehr lange in Substitutionsbehandlung befinden, aus methodischen Gründen zu einer Überschätzung der Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum kommt¹⁷. Es bestehen Überlegungen, in Zukunft dieses Problem in der Prävalenzschätzungsformel zu berücksichtigen.

17

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

Zusammenfassung: Mehr als die Hälfte der geschätzt 35.000 bis 38.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum befindet sich in Behandlung. Der Prozentsatz der Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung ist regional unterschiedlich und liegt für Gesamtösterreich zwischen 49 und 53 Prozent. Es ist gelungen, über die Jahre die In-Treatment-Rate von Personen mit Opioidabhängigkeit massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg gewertet werden. 2018 befanden sich 19.216 Personen in Substitutionsbehandlung.

2.4 Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen

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

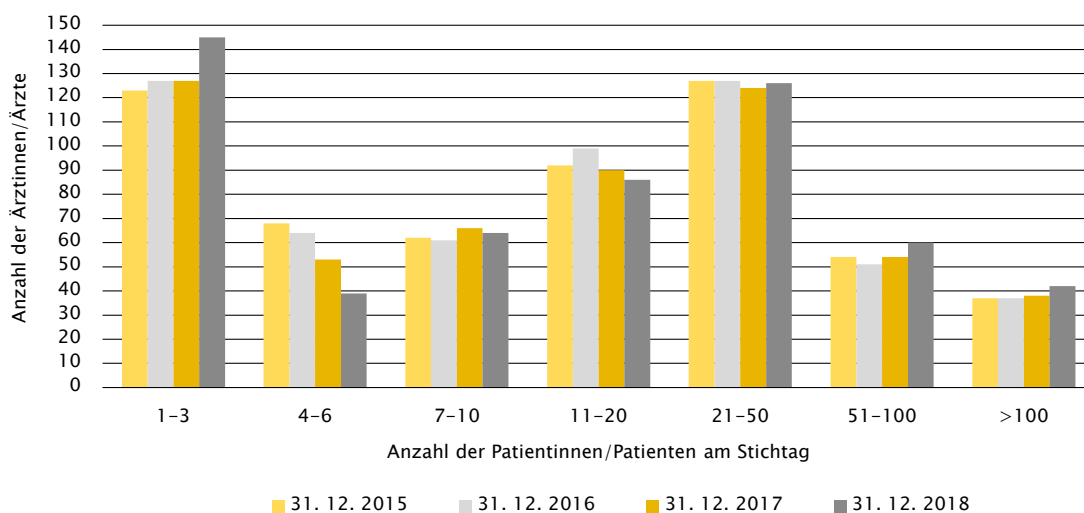
1. Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte
2. Anzahl der tatsächlich in der Substitutionsbehandlung tätigen (= versorgungswirksamen) Ärztinnen und Ärzte
3. Anzahl der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen

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

In der *Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte* waren zum Stichtag 31. 12. 2018 insgesamt 664 Mediziner/-innen eingetragen. Von diesen haben 562 (85 %) am Stichtag 31. 12. 2018 auch mindestens eine Substitutionsbehandlung durchgeführt. Da sich 17.384 Personen am 31. 12. 2018 in Substitutionsbehandlung befanden, kommen somit im Schnitt 31 Behandelte auf eine Ärztin / einen Arzt. Die Betreuungszahlen pro Arzt/Ärztin streuen sehr stark. Während im Jahr 2018 184 Ärztinnen/Ärzte (33 %) jeweils bis zu 6 Patientinnen und Patienten betreuten, waren bei 102 Ärztinnen und Ärzten (18 %) jeweils über 50 Personen in Substitutionsbehandlung (vgl. Abbildung 2.3). Das kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Teil der Substitutionsbehandlungen wohnortnah bei Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der Regelversorgung durchgeführt wird, ein anderer Teil wiederum in Suchthilfeeinrichtungen oder bei Ärztinnen und Ärzten, die sich auf Substitutionsbehandlung spezialisiert haben. Bei beiden Varianten kann es sich sowohl um Allgemeinmediziner/-innen als auch um Fachärztinnen/-ärzte handeln.

Abbildung 2.3:

Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt* in den Jahren 2015 bis 2018



* 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 Einrichtung tätig sind.

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

Tabelle 2.2:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung, nach Bundesland, Stichtag 31. 12. 2018

Bundesland	Personen in Substitutionsbehandlung	Ärztinnen/Ärzte – LISA*	versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte
Burgenland	279	19	65
Kärnten	961	33	23
Niederösterreich	2.666	81	233
Oberösterreich	2.019	70	71
Salzburg	472	13	29
Steiermark	1.357	47	63
Tirol	1.095	36	43
Vorarlberg	599	16	12
Wien	7.936	367	290
Österreich	17.384	664**	562***

* LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte

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

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

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

Bei bundeslandspezifischen Vergleichen hinsichtlich der Behandlungsstruktur ist zu berücksichtigen, dass z. B. besonders in Wien Ärztinnen und Ärzte über die Bundeslandgrenze hinaus versorgungswirksam werden (wenn beispielsweise eine Wiener Ärztin oder ein Wiener Arzt auch Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern betreut¹⁸). In Tabelle 2.2 werden die pro Bundesland am 31. 12. 2018 in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen der Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten bzw. in der Substitutionsbehandlung versorgungsrelevanten Ärztinnen/Ärzte gegenübergestellt. Dabei ergeben sich große regionale Unterschiede. Bei der Interpretation der Zahlen ist jedoch zu bedenken, dass Substitutionsbehandlung in den Bundesländern unterschiedlich organisiert ist (zentrale Stellen für Substitutionsbehandlung versus dezentrale Versorgung). Während in Kärnten, Tirol und Vorarlberg ein relativ großer Teil der Personen in Einrichtungen (§-15-Einrichtungen oder Krankenanstalten) betreut wird, wird in den anderen Bundesländern weit über die Hälfte der Personen in Substitutionsbehandlung in Arztpraxen versorgt (vgl. Abbildung 2.4).

Insgesamt hat die Anzahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte von 2011 (485) auf 2018 (562) zugenommen. Tabelle 2.3 bietet einen Überblick über die Veränderungen hinsichtlich der Anzahl der versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte nach Bundesländern. Es ist aber auch anzumerken, dass 2018 die Anzahl der versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu den letzten drei Jahren nicht gestiegen ist (2015: 563, 2016: 566, 2017: 552). Dies kann bei steigenden Patientenzahlen als Hinweis auf eine Verschlechterung der Versorgungslage gedeutet werden.

Tabelle 2.3:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte nach Bundesland, Stichtag 30. 6. 2011 und 31. 12. 2018

Bundesland	Personen in Substitutionsbehandlung		Ärztinnen/Ärzte – LISA*		versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte	
	2011	2018	2011	2018	2011	2018
Burgenland	194	279	24	19	59	65
Kärnten	339	961	16	33	9	23
Niederösterreich	1.976	2.666	62	81	191	233
Oberösterreich	1.418	2.019	81	70	68	71
Salzburg	376	472	10	13	17	29
Steiermark	1.065	1.357	39	47	50	63
Tirol	929	1.095	44	36	35	43
Vorarlberg	482	599	17	16	10	12
Wien	8.140	7.936	359	367	274	290
Österreich	14.919	17.384	652**	664**	485**	562**

* LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte

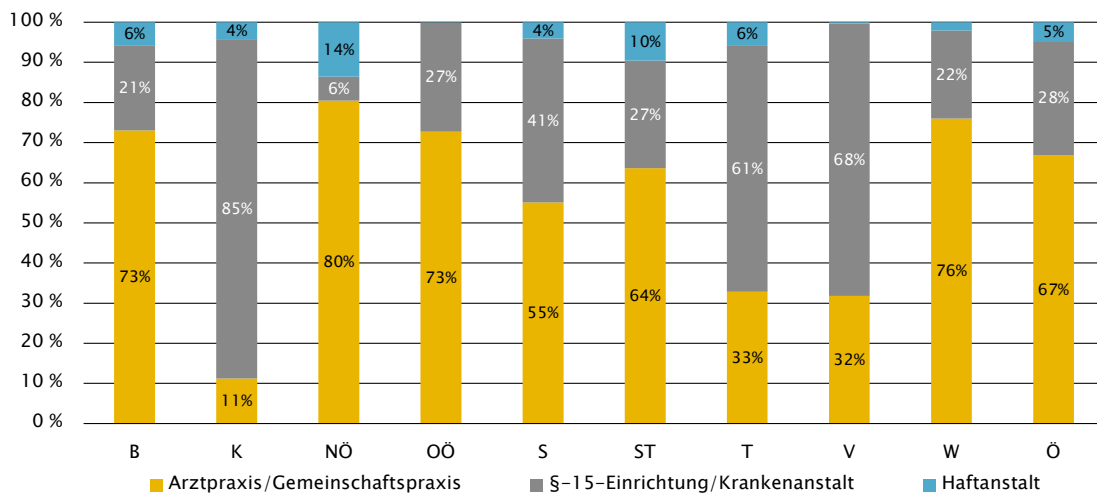
**Die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte entspricht nicht der Summe der Ärztinnen und Ärzte der Bundesländer, weil einige Ärztinnen und Ärzte Klientel aus mehreren Bundesländern betreuen.

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

18

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

Abbildung 2.4:
Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Art der Behandlungsstelle nach Meldeort
der Klientin / des Klienten, 2018

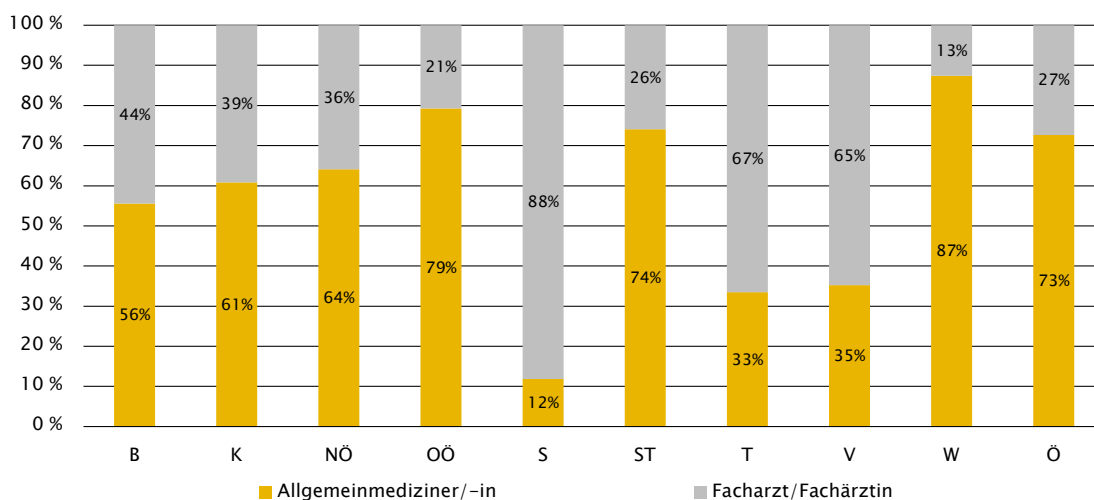


Quelle: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Verteilung der insgesamt 17.384 am Stichtag 31. 12. 2018 in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Abbildung 2.5 auf Fachärztinnen/-ärzte bzw. Allgemeinmediziner/-innen ist ebenfalls im Kontext der Versorgungsstruktur zu interpretieren. Insgesamt ist festzustellen, dass in Österreich Allgemeinmediziner/-innen eine dominierende Rolle im Bereich Substitutionsbehandlung spielen.

Abbildung 2.5:

Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Prozentsatz der von Fachärzten/-ärztinnen versus Allgemeinmediziner/-medizinerinnen betreuten Klientel am 31. 12. 2018 nach Bundesländern



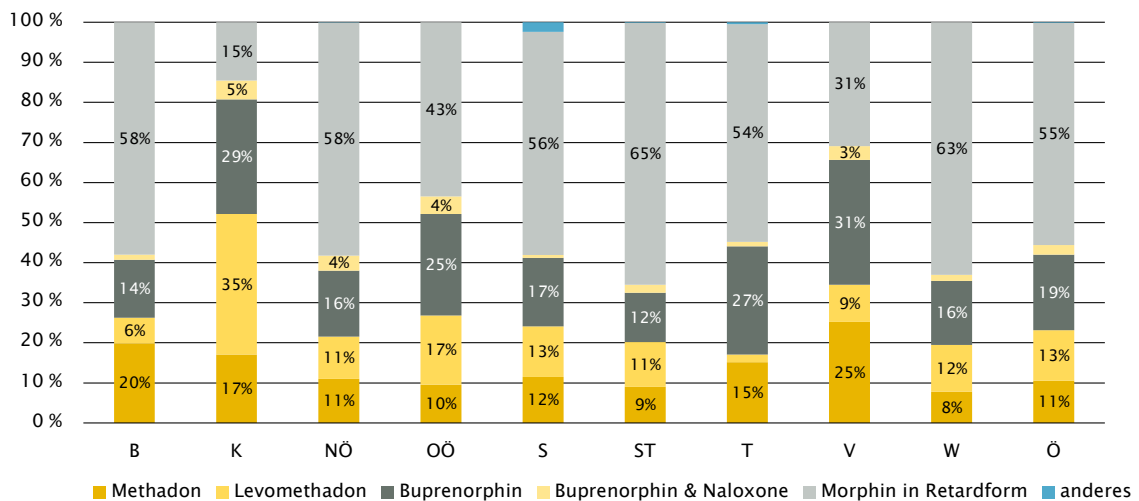
Quelle: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die pro substituierender Ärztin / substituierendem Arzt betreut werden, ist nach wie vor stark unterschiedlich. Manche Ärztinnen und Ärzte betreuen sehr viele Klientinnen und Klienten. Für Ostösterreich spielt Wien in der Versorgung eine wichtige Rolle. Österreichweit werden über 70 Prozent aller Substitutionsbehandlungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern durchgeführt. Die Anzahl der Versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte ist im Vergleich zu den letzten zwei Jahren nicht gestiegen (2016: 566, 2017: 552, 2018: 562). Dies kann bei steigenden Patientenzahlen als Hinweis auf eine Verschlechterung der Versorgungslage gedeutet werden.

2.5 Versorgungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlungen

Abbildung 2.6:

Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland, 2018

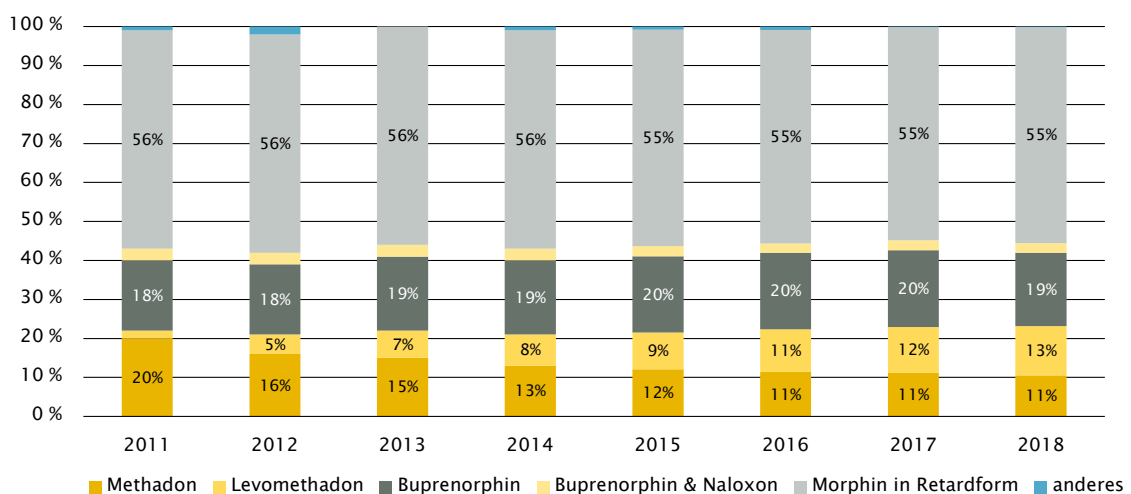


Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 19.103 der insgesamt 19.216 Personen, da bei 113 Personen keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

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

Abbildung 2.7:

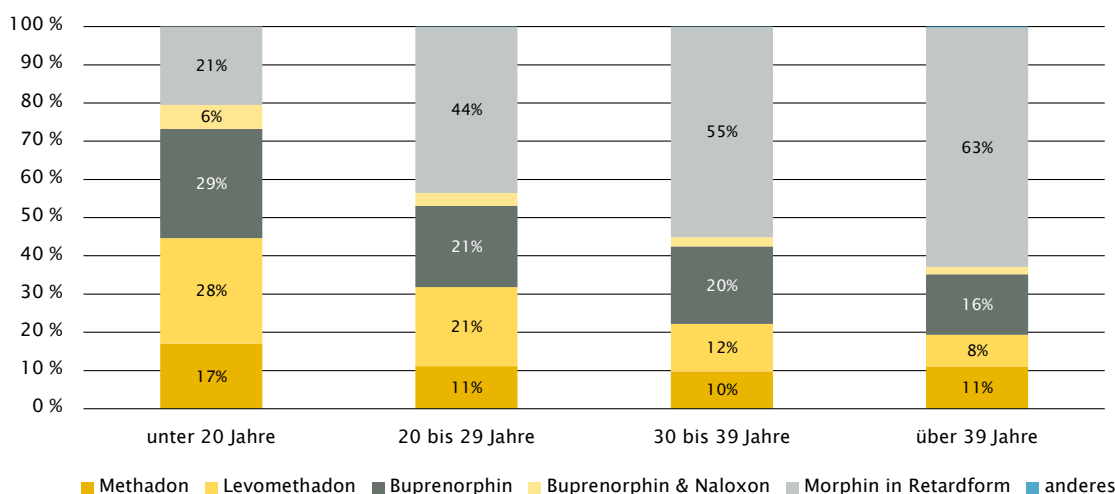
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel, 2011 bis 2018



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

Österreichweit stellt Morphin in Retardform (55 %) das am häufigsten verschriebene Substitutionsmittel dar, gefolgt von Methadon (Methadon und Levomethadon erreichen gemeinsam 24 %). Auffällig ist dabei, dass die Verschreibungspraxis bundeslandabhängig sehr unterschiedlich ist. Während beispielsweise in Kärnten nur bei 15 Prozent der Behandelten Morphin in Retardform zum Einsatz kommt, ist dies in Wien und der Steiermark bei mehr als 60 Prozent der Behandelten der Fall (vgl. Abbildung 2.6). In den letzten sieben Jahren hat sich österreichweit an der Verschreibungspraxis wenig geändert. Lediglich der Anteil des neu zugelassenen Levomethadons hat sich auf Kosten von Methadon erhöht (vgl. Abbildung 2.7).

Abbildung 2.8:
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter, 2018



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 19.103 der insgesamt 19.216 Personen, da bei 113 Personen keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

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

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

Zusammenfassung: Die Verschreibung der unterschiedlichen Substitutionsmittel variiert von Bundesland zu Bundesland. Dies zeigt sich insbesondere im regional uneinheitlichen Einsatz von Morphin in Retardform. In den letzten sieben Jahren hat sich kaum etwas an der Verteilung der eingesetzten Substitutionsmittel geändert.

3 Kennzahlen der Drogensituation

Tabelle 3.1:

Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2018 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren), in Absolutzahlen

Indikator/Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz Opioide Untergrenze (UG)	290	1.414	3.895	3.203	648	1.864	1.598	910	12.832	35.764
Prävalenz Opioide	515	2.236	4.895	4.110	1.261	2.765	2.139	1.273	16.300	36.943
Prävalenz Opioide Obergrenze (OG)	645	2.542	6.343	4.674	1.572	3.630	3.040	1.571	17.140	38.122
Personen in Substitutionsbehandlung	312	1.068	3.041	2.246	541	1.518	1.214	670	8.606	19.216
DOKLI Opioide	117	516	339	426	323	609	142	568	1.940	5.002
DOKLI Cannabis	101	441	419	287	85	381	149	438	629	2.934
DOKLI gesamt	249	1.063	965	921	475	1.163	426	1.166	3.153	9.625
§ 12 SMG Opioide	17	70	102	42	20	13	18	26	-	-
§ 12 SMG Cannabis	53	433	196	295	64	166	88	76	-	-
§ 12 SMG kein Bedarf	84	318	713	697	225	378	144	182	343	3.084
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	24	131	216	331	87	172	162	86	400	1.609
drogenbezogene Todesfälle	2	24	22	11	4	13	24	5	79	184

Indikator Alter und Geschlecht	< 25 Jahre	25-34 Jahre	35 Jahre und älter	Männer	Frauen
Prävalenz Opioide Untergrenze (UG)	2.611	12.453	16.676	26.092	7.474
Prävalenz Opioide	2.869	13.006	17.694	27.095	8.056
Prävalenz Opioide Obergrenze (OG)	3.126	13.560	18.711	28.099	8.638
Personen in Substitutionsbehandlung	1.030	7.119	11.067	14.317	4.899
DOKLI Opioide	977	2.256	1.769	3.729	1.273
DOKLI Cannabis	1.739	797	398	2.430	504
DOKLI gesamt	3.273	3.685	2.667	7.475	2.150
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	159	653	797	1.102	499
drogenbezogene Todesfälle	34	61	89	141	43

Prävalenz Opioide UG bzw. OG = Die aktuellste Schätzung erfolgte für das Jahr 2017. Die bundeslandspezifischen Schätzungen sind mit äußerster Vorsicht zu interpretieren, da die Schätzungen insbesondere bei kleineren Bundesländern aufgrund der kleinen Populationsgrößen sehr unsicher sind und stark schwanken. Bei der Interpretation sollte immer das oben dargestellte Intervall zwischen Untergrenze und Obergrenze des Konfidenzintervalls über 3 Jahre herangezogen werden (d. h., als Untergrenze wird der kleinste Wert des 95-Prozent-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze dessen höchster Wert herangezogen).

DOKLI - Opioide / Cannabis = alle Personen, die 2018 in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opioide bzw. Cannabis als alleiniger Leitdroge

§ 12 SMG - Opioide / Cannabis / kein Bedarf = Personen, für die die Begutachtung nach § 12 SMG 2018 einen behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden, einen behandlungsrelevanten Konsum von Cannabis ohne andere Leitdrogen oder keinen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergab. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Wien keine Daten übermittelte. In Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird.

ICD-10 (Opioidabhängigkeit) = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioide) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2017 (aktuellste verfügbare Daten)

drogenbezogene Todesfälle = direkt drogenbezogene Todesfälle aufgrund von Überdosierungen 2018

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 2018 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren) pro 100.000 15- bis 64-Jährige

Indikator/Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz Opioide Untergrenze (UG)	152	385	361	332	178	227	322	353	1038	608
Prävalenz Opioide	269	609	447	420	342	335	422	489	1265	628
Prävalenz Opioide Obergrenze (OG)	337	692	582	479	426	440	604	617	1330	648
Personen in Substitutionsbehandlung	163	292	277	229	146	184	239	256	660	326
DOKLI Opioide	61	141	31	43	87	74	28	217	149	85
DOKLI Cannabis	53	121	38	29	23	46	29	167	48	50
DOKLI gesamt	130	291	88	94	129	141	84	446	242	163
§ 12 SMG Opioide	9	19	9	4	5	2	4	10	-	-
§ 12 SMG Cannabis	28	118	18	30	17	20	17	29	-	-
§ 12 SMG kein Bedarf	44	87	65	71	61	46	28	70	26	52
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	13	36	20	34	24	21	32	33	31	27
drogenbezogene Todesfälle	1	7	2	1	1	2	5	2	6	3

Indikator Alter und Geschlecht	< 25 Jahre	25-34 Jahre	35 Jahre und älter	Männer	Frauen
Prävalenz Opioide Untergrenze (UG)	259	1040	453	894	252
Prävalenz Opioide	285	1086	481	928	272
Prävalenz Opioide Obergrenze (OG)	310	1133	509	962	291
Personen in Substitutionsbehandlung	104	592	298	489	165
DOKLI Opioide	99	188	48	127	43
DOKLI Cannabis	176	66	11	83	17
DOKLI gesamt	331	306	72	255	72
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	16	55	22	38	17
drogenbezogene Todesfälle	3	5	2	5	1

Prävalenz Opioide UG bzw. OG = Die aktuellste Schätzung erfolgte für das Jahr 2017, Ergebnisse der Prävalenzschätzungen des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden. Die bundeslandspezifischen Schätzungen sind mit äußerster Vorsicht zu interpretieren, da die Schätzungen insbesondere bei kleineren Bundesländern aufgrund der kleinen Populationsgrößen sehr unsicher sind und stark schwanken. Bei der Interpretation sollte immer das oben dargestellte Intervall zwischen Untergrenze und Obergrenze des Konfidenzintervalls über 3 Jahre herangezogen werden (d. h., als Untergrenze wird der kleinste Wert des 95-Prozent-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze dessen höchster Wert herangezogen).

DOKLI - Opioide/Cannabis = alle Personen, die 2018 in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opioide bzw. mit Cannabis als alleiniger Leitdroge

§ 12 SMG - Opioide / Cannabis / kein Bedarf = Personen, für die die Begutachtung nach § 12 SMG im Jahr 2018 einen behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden, einen behandlungsrelevanten Konsum von Cannabis ohne andere Leitdrogen oder keinen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergab. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Wien keine Daten übermittelt hat. Bei Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird.

ICD-10 (Opioidabhängigkeit) = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioide) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2017 (aktuellste verfügbare Daten)

drogenbezogene Todesfälle: direkt drogenbezogene Todesfälle aufgrund von Überdosierungen 2018

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

4 Schwerpunktkapitel

Drogensucht und Alter

4.1 Hintergrund und Fragestellungen

Seit einigen Jahren weisen Indikatoren darauf hin, dass die Population der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum sowohl in Österreich als auch in der EU altert (Johnston et al. 2017). Dies wird einerseits auf eine sich über die Jahre verringernde Zahl von Neueinsteigenden zurückgeführt und andererseits durch eine höhere Überlebenschance chronischer Suchtkranker insbesondere durch die breite Verfügbarkeit einer Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) erklärt. Für einige Analysen erfolgt eine Aufteilung in „ältere“ und „jüngere“ Personen mit risikoreichem Drogenkonsum. Nach Rücksprache mit Drogenfachleuten im Rahmen des DOKLI-Beirats wurde aufgrund der vorzeitigen Alterung von Personen mit risikoreichen Drogenkonsummustern (vgl. auch Bachi et al. 2017; Dowling et al. 2008) die Grenze bei einem Alter von 40 Jahren gezogen. Mit „älteren“ Personen sind somit Personen gemeint, die 40 Jahre alt oder älter sind (40+). Eine Ausnahme stellt die Cross-Indicator-Analyse über alle Datenquellen dar. Hier wird aus methodischen Gründen die Grenze bei 35 Jahren gezogen¹⁹.

Die Alterung dieser Population und einige damit verbundene Konsequenzen für das System der Suchthilfe werden anhand folgender **Fragestellungen** näher beleuchtet:

- » Wie hat sich die Altersstruktur von Personen mit Leitdroge Opioiden in Substitutionsbehandlung und in den an der einheitlichen Dokumentation der Klienten und Klientinnen der Drogenhilfe beteiligten Einrichtungen (DOKLI-Einrichtungen) verändert?
- » Gibt es Unterschiede zwischen Wien und den anderen Bundesländern?
- » Wie hat sich die Altersstruktur von Personen mit Leitdroge Cannabis in den DOKLI-Einrichtungen verändert?
- » Wie unterscheiden sich ältere Drogenabhängige (40+) von jüngeren Suchtkranken hinsichtlich sozialer Situation und Konsumverhalten?
- » Welche Rückschlüsse hinsichtlich Risikofaktoren und spezifischer Präventionserfordernisse lassen sich aus den Todesursachen der Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen 2018 („Substitutionskohorte“) für ältere Personen mit Drogenproblematik ziehen?

19

da bei der Cross-Indicator-Analyse auch die Ergebnisse der Prävalenzschätzung einbezogen werden und bei dieser lediglich alterstratifizierte Schätzungen für die Altersgruppen „15 bis 24 Jahre“, „25 bis 34 Jahre“ und „35 bis 64 Jahre“ vorliegen

4.2 Methode

Aufgrund der Verfügbarkeit qualitätsgesicherter Daten erfolgt die Analyse der Veränderung der Altersstruktur für den Zeitraum 2000 bis 2018. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird dabei auf die Veränderung der Altersstruktur zwischen 2000, 2006, 2012 und 2018 fokussiert. Da risiko-reicher Opioidkonsum (meist als Mischkonsum mit anderen illegalen oder legalen Substanzen) in Österreich bei Weitem das Gros der Drogenproblematik ausmacht (vgl. Kapitel 1.1), beziehen sich die meisten Analysen darauf. Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis als zweitgrößte Gruppe im drogenbezogenen Behandlungssystem werden ebenfalls analysiert.

Die Todesursachen von Personen im Alter 40+ wurden anhand der Daten der Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen 2018 („Substitutionskohorte“) analysiert (vgl. die Beschreibung im Kapitel Methoden).

Ein aussagekräftiger Vergleich der Todesursachen in der Substitutionskohorte mit jenen in der Allgemeinbevölkerung ist nur über eine indirekte Standardisierung möglich, d. h., die Todesfälle in der Substitutionskohorte werden mit den Todesursachen in einer nach Alter und Geschlecht identisch strukturierten Referenzstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung (pro Beobachtungsjahr) verglichen. Die Zahl der pro Jahr Verstorbenen in der Substitutionskohorte und in der Referenzstichprobe werden als „Todesfälle pro 100.000 Lebende pro Jahr“ ausgewiesen.

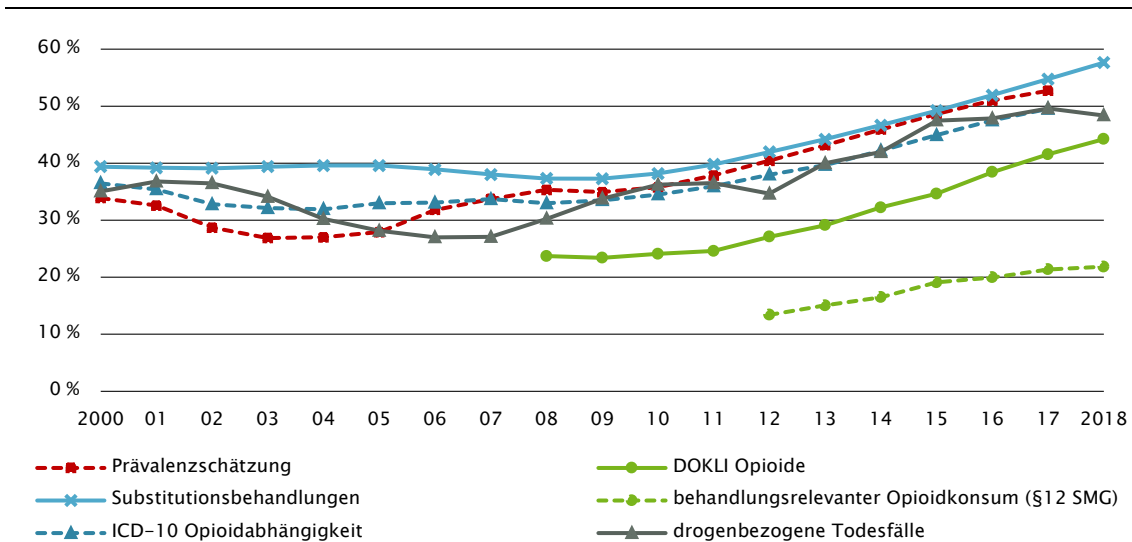
Liegt diese Zahl in der Substitutionskohorte über der Referenzstichprobe („Erwartungswert“), so spricht man von „Übersterblichkeit“. In der Substitutionskohorte sind z. B. pro Jahr und 100.000 Lebenden²⁰ pro Jahr 43,1 Personen im Zusammenhang mit HIV verstorben und in einer nach Alter und Geschlecht identisch strukturierten Referenzstichprobe nur 0,7 Personen. Dieser Unterschied kann entweder relativ („die Sterblichkeit an HIV ist in der Substitutionskohorte 62,9-fach erhöht“) oder absolut („in der Substitutionskohorte sind pro Jahr im Zusammenhang mit HIV pro 100.000 Lebenden 42,4 Personen mehr gestorben als man für durchschnittliche Österreicherinnen und Österreicher mit identischer Geschlechts- und Altersstruktur erwarten würde“) ausgedrückt werden. Die absolute Anzahl der in der Substitutionskohorte überproportional verstorbenen Personen lässt sich auch noch prozentuell beschreiben. Dabei zeigt sich, dass 6,3 % der Übersterblichkeit in der Substitutionskohorte auf HIV zurückzuführen ist.

20

Da Kommazahlen unter 1 wenig anschaulich sind, ist es üblich, Angaben nicht nur pro 100 (Prozent) oder pro 1000 (Promille), sondern auch pro 100.000 oder pro 1.000.000 anzugeben.

4.3 Cross-Indicator-Analyse: Veränderung des Anteils von über 34-Jährigen bei Personen mit Opioidproblematik

Abbildung 4.1:
Anteil von Personen ab 35 Jahren in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse) – Zeitreihe



DOKLI Opiode = alle Personen, die in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode
ICD-10 (Opioidabhängigkeit) = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode), bei Entlassungen aus stationärer Behandlung (jüngste verfügbare Daten; genauere Spezifikationen der Auswertung finden sich im Annex)
behandlungsrelevanter Opioidkonsum (§ 12 SMG) = amtsärztliche Begutachtungen nach § 12 SMG, bei denen ein behandlungsrelevanter Konsum von Opioiden festgestellt wurde; die Angaben sind unvollständig, da Daten aus Wien fehlen (bei den Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird); Daten 2011 und 2012 ohne Kärnten
 Bei allen Datenquellen wurde für den Zeitraum von 2000 bis zum jeweils vorletzten dargestellten Jahr zum Ausgleich von Zufallsschwankungen jeweils der Mittelwert aus drei Jahren herangezogen (gleitendes Mittel). Für das letzte dargestellte Jahr wird der Rohwert herangezogen (beim behandlungsrelevanten Opioidkonsum nach § 12 SMG ebenfalls für das Jahr 2011).

Quellen: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel, Busch et al. 2014, DOKLI, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In Abbildung 4.1 zeigt sich, dass der Anteil von Personen mit Opioidproblematik, die älter als 34 Jahre alt sind, seit 2010 in allen verfügbaren Datenquellen kontinuierlich ansteigt – ein Umstand, der auf die „Alterung“ dieser Gruppe und eine sinkende Inzidenz (weniger Neueinsteigende) des problematischen Opioidkonsums zurückzuführen ist (vgl. auch Abschnitt 1.3).

Der Anteil der älteren Personen ist bei den Substitutionspatienten und -patientinnen über die Jahre deutlich höher als bei den Klientinnen und Klienten, die in DOKLI-Einrichtungen wegen Opioiden betreut werden, oder bei Personen, bei denen der Amtsarzt/die Amtsärztin einen behandlungsrelevanten Konsum wegen Opioiden feststellte. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass viele Personen über einen längeren Zeitraum relativ stabil in Substitutionsbehandlung bei niedergelas-

senen Ärztinnen und Ärzten bleiben (Substitution wird vorwiegend von niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen durchgeführt) und daher seltener bei Einrichtungen der Drogenhilfe andocken bzw. zu einer amtsärztlichen Untersuchung vorgeladen werden²¹.

Das Phänomen der Alterung der Personen mit Opioidproblematik lässt sich auch in anderen EU-Ländern beobachten. So hat sich beispielsweise das Durchschnittsalter von Personen, die eine drogenspezifische Behandlung mit Leitdroge Opioide beginnen, EU-weit von 33 Jahren im Jahr 2005 auf 38 Jahre im Jahr 2015 erhöht (Johnston et al. 2017).

Zusammenfassung: Die Zusammenschau aller verfügbaren Datenquellen zum Opioidkonsum zeigt einen kontinuierlichen Anstieg des Anteils von Personen im Alter ab 35 Jahren. Dies kann auf eine sinkende Zahl von Neueinsteigenden, den meist chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und eine lange Überlebenszeit der betroffenen Personen zurückgeführt werden. Die Tendenz der Alterung von Personen mit Opioidproblematik lässt sich auch in anderen Ländern der EU beobachten.

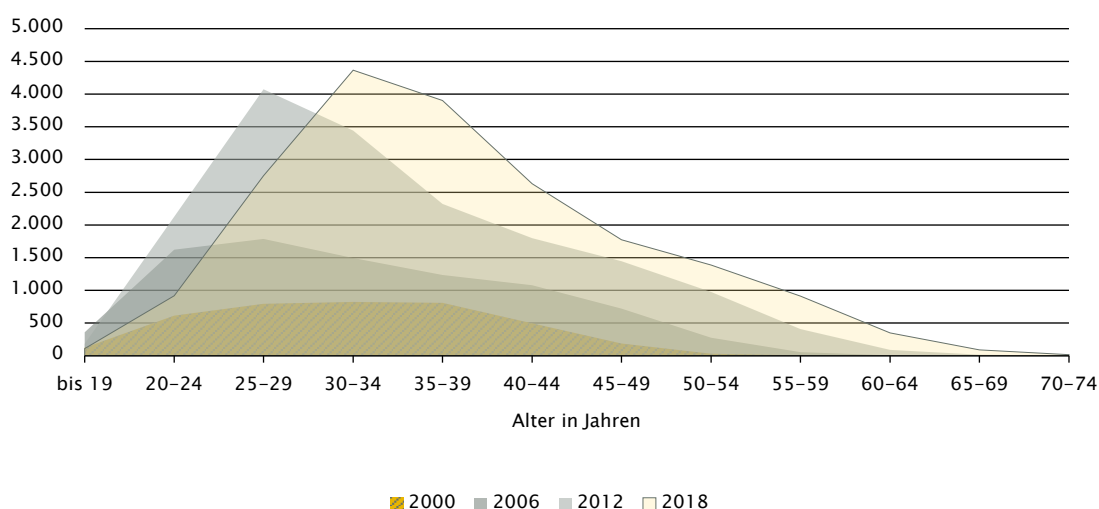
21

Zu den amtsärztlichen Untersuchungen ist anzumerken, dass die vorgeladenen Personen unabhängig von den konsumierten Drogen grundsätzlich jünger sind als in den anderen Bereichen.

4.4 Veränderung der Altersstruktur von Personen mit Opioidproblematik im Behandlungsbereich

Abbildung 4.2:

Österreich: Absolutzahl von Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung nach Alter im Zeitverlauf



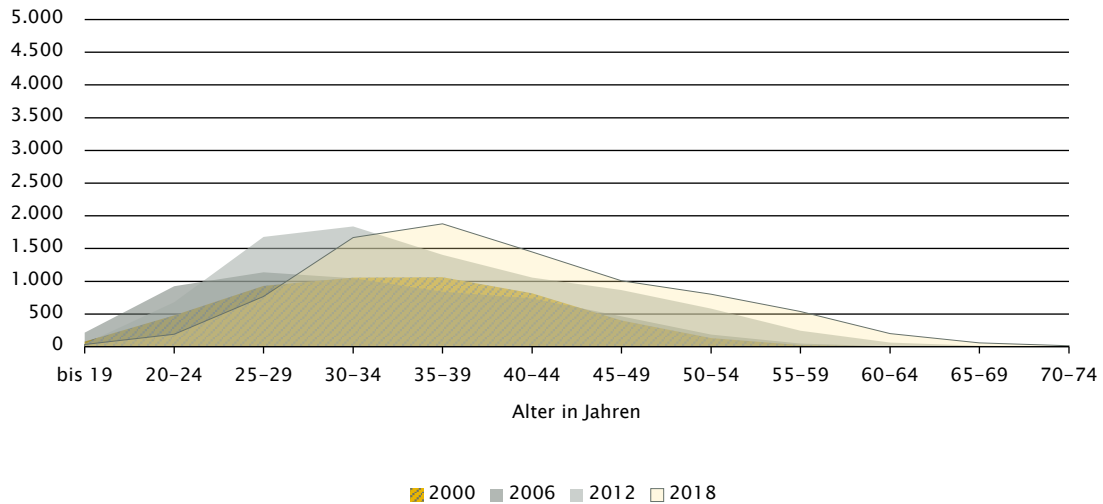
Quelle: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In Abbildung 4.2 zeigt sich die Veränderung der Altersstruktur der Patientinnen und Patienten in Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) in den Jahren 2000, 2006, 2012 und 2018. Gleichzeitig verdeutlicht sie die Zunahme von Personen, die diese Therapieform in Anspruch nehmen. Während im Jahr 2000 im Vergleich zu den späteren Jahren wenige Personen in OST waren und in Bezug auf ihr Alter – von 20 bis 44 – relativ gleich verteilt waren, zeigt sich in den Jahren 2006 und 2012 ein starker Anstieg vor allem in den Altersgruppen der 20- bis 34-Jährigen. 2018 verlagert sich der Gipfel der Altersverteilung in Richtung 30- bis 39-Jährige. Der Anteil „älterer“ Opioidabhängiger (40+) steigt von 19 Prozent im Jahr 2000 auf 37 Prozent im Jahr 2018. Zwischen 2000 und 2018 verzehnfachte sich die Anzahl älterer Personen beinahe (von 724 Personen auf 7.165 Personen), während sie sich bei den unter 40-Jährigen im gleichen Zeitraum lediglich vervierfachte.

Diese zu beobachtenden Entwicklungen spiegeln zum einen die steigenden Zahlen von Einsteigerinnen und Einsteigern in den Opioidkonsum (Inzidenz) zwischen dem Beginn der 2000er-Jahre und 2004/2005 und den darauffolgenden Rückgang der Inzidenz wider. Zum anderen sind sie auch auf die steigende Verfügbarkeit von Substitutionsbehandlungen und auf das damit verbundene längere Überleben von Opioidabhängigen zurückzuführen.

Abbildung 4.3:

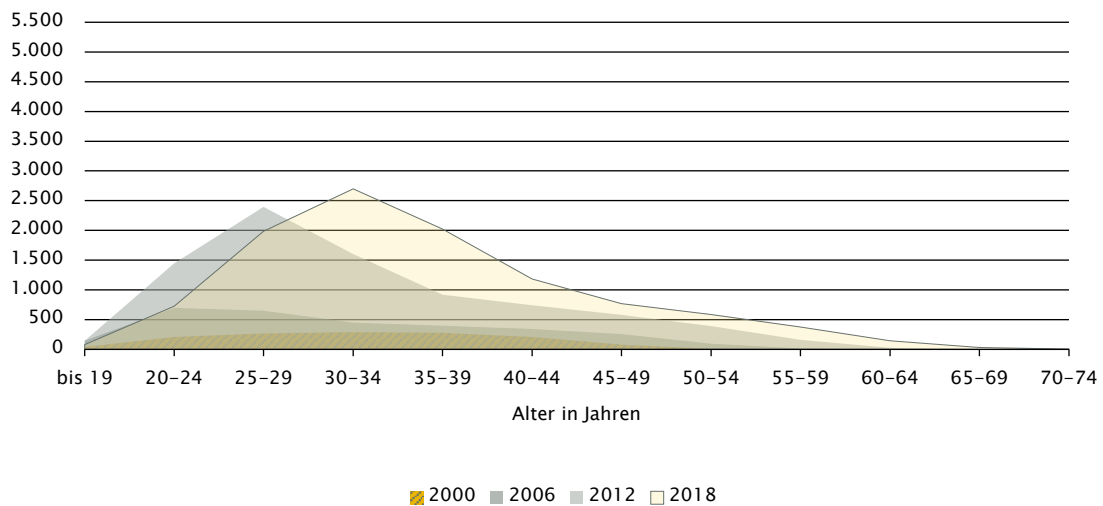
Wien: Absolutzahl von Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung nach Alter im Zeitverlauf



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

Abbildung 4.4:

Österreich ohne Wien: Absolutzahl von Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung nach Alter im Zeitverlauf



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

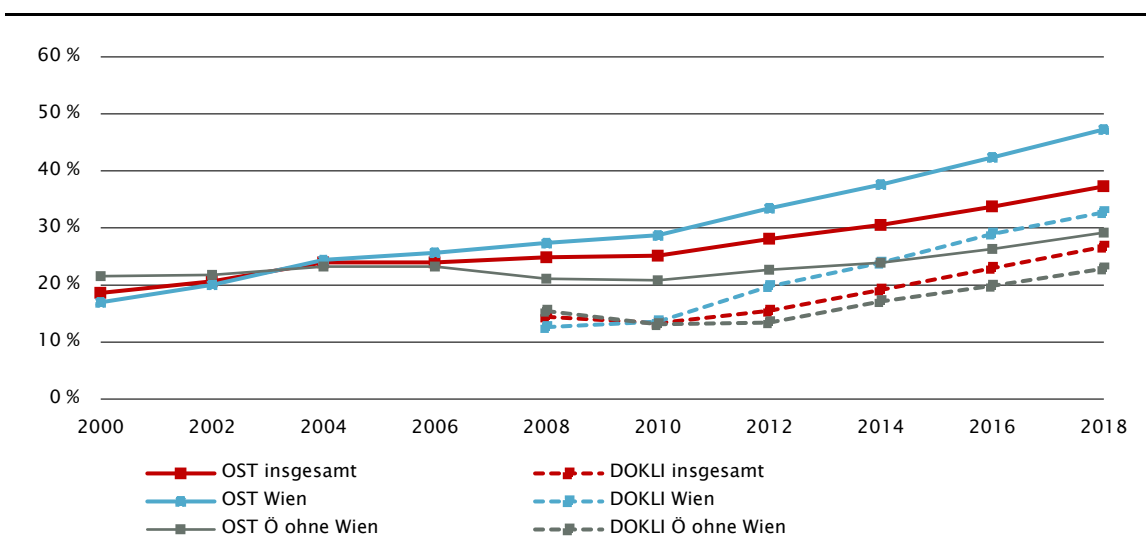
Bei der Altersverteilung von Personen in Substitutionsbehandlung zeigen sich auch deutliche regionale Unterschiede (vgl. Abbildung 4.3 und Abbildung 4.4). Aktuell sind Personen in Wien im Schnitt deutlich älter als in den anderen Bundesländern. Im Jahr 2000 waren die Anteile der Älteren in Wien (17 %) und in Österreich ohne Wien (22 %) relativ ähnlich. Seither hat sich der Anteil in

Wien mehr als verdoppelt (auf 47 %), während er in den anderen Bundesländern nur leicht angestiegen ist (auf 29 %).

Eine ähnliche, wenn auch nicht so ausgeprägte Entwicklung zeigt sich bei den DOKLI-Daten: Während es 2008 in Wien (13 %) und Österreich ohne Wien (15 %) anteilmäßig etwa gleich viele ältere Personen mit Opioidproblematik gab, stiegen deren Anteile bis zum Jahr 2018 in Wien mit 20 Prozentpunkten (auf 33 %) deutlich stärker an als in Österreich ohne Wien mit einem Anstieg von lediglich sieben Prozentpunkten (auf 23 %) (vgl. Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5:

Anteil älterer Personen (40+) mit Opioidproblematik in Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) und in DOKLI nach Region



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

Eine mögliche Erklärung für diese Entwicklung könnten Wanderungsbewegungen sein, da die Großstadt Wien aufgrund der Anonymität, aber auch aufgrund der besseren Versorgungslage hinsichtlich differenzierter drogenspezifischer Betreuung und Erreichbarkeit möglicherweise für Ältere attraktiver erscheint als ländliche Regionen.

Zusammenfassung: Die Anzahl älterer Personen hat sich zwischen 2000 und 2018 beinahe verzehnfacht (von 724 Personen auf 7.165 Personen), während sich die Anzahl von Personen unter 40 Jahren im gleichen Zeitraum lediglich vervierfacht hat. Als Einflussfaktoren können einerseits die zwischen dem Beginn der 2000er-Jahre und 2004/2005 steigenden Zahlen von Einsteigerinnen und Einsteigern in den Opioidkonsum und der darauffolgende Rückgang der Inzidenz gesehen werden. Andererseits spiegeln sich die steigende Verfügbarkeit von Opioid-Substitutionsbehandlungen und das damit verbundene längere Überleben von Opioidabhängigen in diesen Zahlen wider. Der Anteil älterer Personen mit Opioidproblematik steigt im Behandlungsbereich in Wien stärker an als in den anderen Bundesländern. Eine mögliche Erklärung dafür können Wanderungsbe-

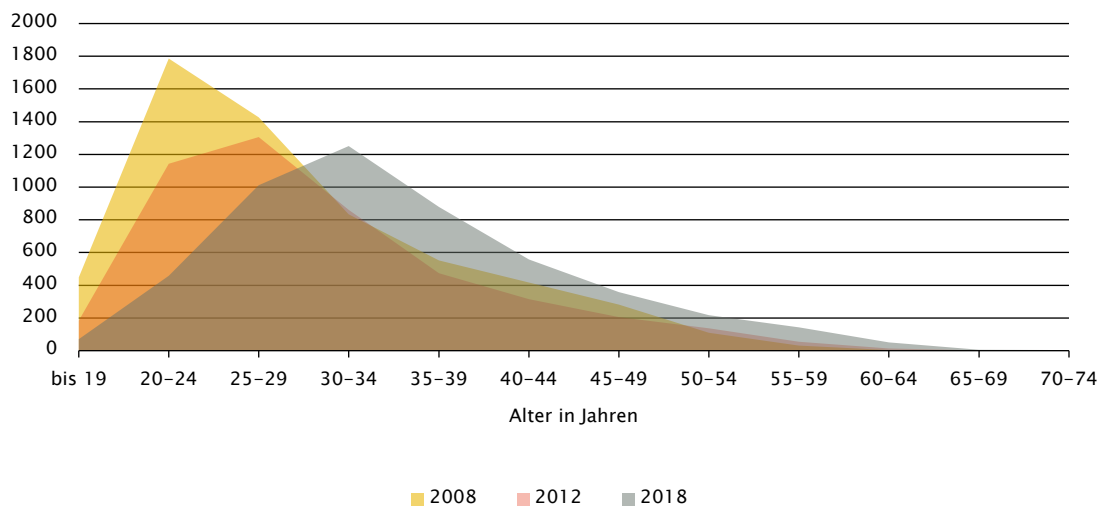
wegungen älterer Opioidabhängiger sein, die aufgrund der Anonymität und der besseren Versorgungslage in Bezug auf eine differenzierte drogenspezifische Betreuung in die Großstadt Wien ziehen.

4.5 Veränderung der Altersstruktur von Personen mit Opioidproblematik und mit Cannabisproblematik im Vergleich

Die Altersstruktur von Personen mit Leitdroge Opioiden in DOKLI-Einrichtungen verändert sich in ähnlicher Weise wie bei der Opioid-Substitutionsbehandlung (vgl. Abschnitt 4.4). Der Gipfel der Altersverteilung wandert von den 20- bis 24-Jährigen im Jahr 2008 zu den 30- bis 34-Jährigen im Jahr 2018 (vgl. Abbildung 4.6). Das bedeutet, dass die Gruppe der Personen mit Opioidproblematik in Behandlung 2018 deutlich älter ist als im Jahr 2008. 14 Prozent der betreuten Personen waren im Jahr 2008 40 Jahre alt oder älter. Im Jahr 2018 sind es bereits 27 Prozent.

Abbildung 4.6:

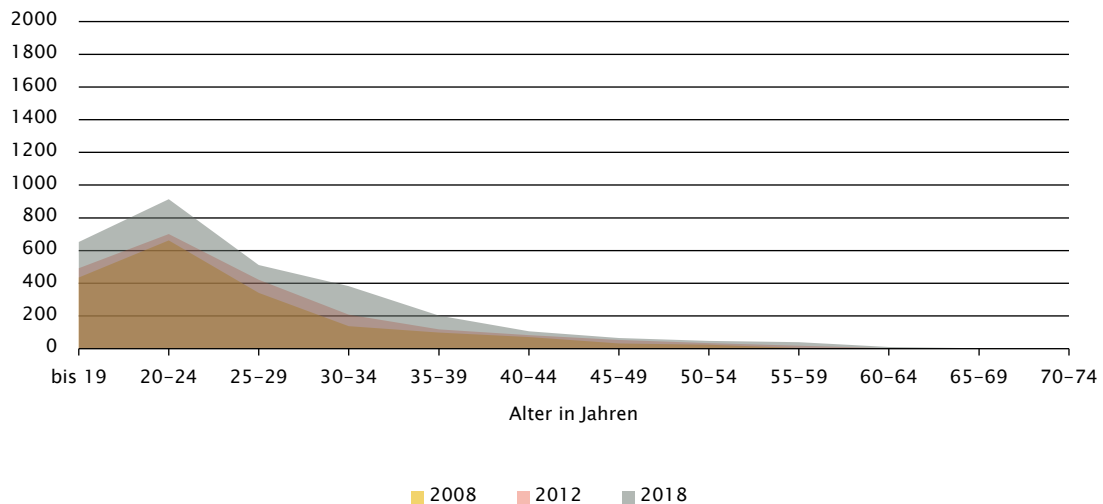
Absolutzahl von Personen mit Leitdroge Opioiden in DOKLI-Einrichtungen (ambulante und stationäre Behandlung) nach Alter im Zeitverlauf



Quelle: DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 4.7:

Absolutzahl von Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis in DOKLI (ambulante und stationäre Behandlung) nach Alter im Zeitverlauf



Quelle: DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bei Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis zeigt sich hingegen ein anderer Sachverhalt. Der Gipfel der Altersverteilung bleibt über die Jahre bei der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen. Dies bedeutet, dass sich das Alter von Personen, die wegen Cannabis in Behandlung sind, zwischen 2008 und 2018 kaum verändert hat. Der Anteil älterer Konsumenten und Konsumentinnen bleibt zwischen 2008 (7 %) und 2018 (9 %) annähernd konstant. Ob die steigenden Zahlen von Personen mit Leitdroge Cannabis tatsächlich einen Anstieg des problematischen Cannabiskonsums bedeuten oder auf andere Faktoren, wie z. B. steigende Anzeigenzahlen oder frei werdende Kapazitäten im Bereich der Drogenhilfe aufgrund sinkender Zahlen Opioidabhängiger, zurückgeführt werden können, ist aus den Daten nicht ablesbar. Jedenfalls legt der Vergleich nahe, dass Opioidabhängigkeit eine chronische Erkrankung mit sinkender Inzidenz ist, Cannabisabhängigkeit hingegen eher ein im Lebensverlauf zeitlich begrenztes Krankheitsbild sein dürfte (vgl. auch Kapitel 1.3).

Zusammenfassung: Während sich die Altersstruktur von Opioidabhängigen in den DOKLI-Einrichtungen stark in Richtung Alterung verändert hat, ist dies bei Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis nicht der Fall. Dies legt nahe, dass Opioidabhängigkeit eine chronische Erkrankung mit sinkender Inzidenz ist, Cannabisabhängigkeit hingegen eher ein im Lebensverlauf zeitlich begrenztes Krankheitsbild sein dürfte.

4.6 „Ältere“ Drogenabhängige, Konsumverhalten und soziale Situation

In diesem Abschnitt werden anhand ausgewählter Indikatoren ältere Klientinnen und Klienten (40+) den jüngeren (< 40 Jahre) gegenübergestellt. Grundgesamtheit sind Personen, die sich 2018 einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung in einer DOKLI-Einrichtung unterzogen haben (n = 10.878).

Tabelle 4.1:
Ambulant und stationär betreute Personen nach Alter und Leitdroge in Absolutzahlen und in Prozent, 2018

Konsumindikatoren	< 40 Jahre	40 Jahre und älter	Gesamt
Leitdroge Opioide*	73 % (n = 3.668)	27 % (n = 1.334)	100 % (n = 5.002)
Leitdroge Cannabis*	91 % (n = 2.661)	9 % (n = 273)	100 % (n = 2.934)
andere Leitdrogen*	81 % (n = 1.375)	19 % (n = 314)	100 % (n = 1.689)
keine Leitdroge oder Angabe fehlend	74 % (n = 930)	26 % (n = 323)	100 % (n = 1.253)
gesamt	79 % (n = 8.634)	21 % (n = 2.244)	100 % (n = 10.878)

* Es wurde die hierarchische Leitdrogendefinition (siehe Kapitel 5.3) herangezogen.

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2018

Die Übersicht in Tabelle 4.1 zeigt, dass der Anteil der Älteren bei Personen mit Leitdroge Opioide (27 %) deutlich höher ist als bei Personen, die wegen der Leitdroge Cannabis in Betreuung sind (9 %). Insgesamt machen Ältere 21 Prozent der Klientel in DOKLI-Einrichtungen aus.

Klientinnen und Klienten mit den Leitdrogen Opioide bzw. Cannabis machen insgesamt drei Viertel der wegen illegalen Drogen betreuten Personen in ambulanten und stationären DOKLI-Einrichtungen aus. Daher erfolgt der Altersvergleich in Tabelle 4.2 für diese beiden Konsumgruppen sowie für die Gesamtzahl der betreuten Personen. Aufgrund der relativ kleinen Anzahl älterer Cannabiskonsumierender (n = 273) sind die Ergebnisse für diese Gruppe nur eingeschränkt aussagekräftig.

Tabelle 4.2:

Ambulant und stationär betreute Personen nach Alter, Sozial- und Konsumindikatoren und Leitdroge in Prozent, 2018

Sozial- bzw. Konsumindikatoren*	Gesamt < 40 Jahre (n = 8.634)	Gesamt 40+ (n = 2.244)	Cannabis** < 40 Jahre (n = 2.661)	Cannabis** 40 + (n = 273)	Opioides** < 40 Jahre (n = 3.668)	Opioides** 40 + (n = 1.334)
Frauen	23 %	21 %	17 %	15 %	27 %	23 %
Lebensmittelpunkt Wien	27 %	43 %	18 %	31 %	31 %	45 %
max. Pflichtschulabschluss ***	51 %	43 %	51 %	35 %	52 %	45 %
erwerbstätig**	34 %	23 %	48 %	29 %	26 %	20 %
allein lebend	29 %	50 %	24 %	48 %	33 %	51 %
gesetzliche Auflage	36 %	17 %	52 %	33 %	23 %	12 %
bereits i.v. Drogen konsumiert	33 %	57 %	4 %	15 %	62 %	75 %

* Alle Sozial- und Konsumindikatoren beziehen sich auf den Status zu Behandlungsbeginn

** Es wurde die hierarchische Leitdrogendefinition (siehe Abschnitt 5.3) herangezogen.

*** Es wurden nur Personen ausgewertet, die 20 Jahre oder älter waren, bzw. Frauen unter dem gesetzlichen Pensionsalter von 60 Jahren und Männer unter dem gesetzlichen Pensionsalter von 65 Jahren.

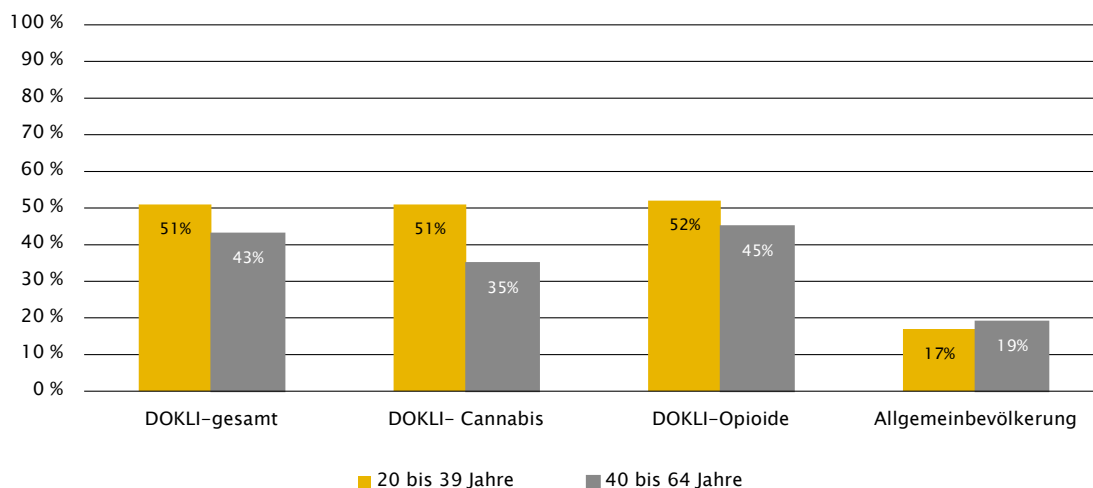
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2018

Der Frauenanteil ist bei den Älteren unabhängig von der Leitdroge etwas niedriger als bei den Jüngeren (vgl. Tabelle 4.2). Der mit dem Alter leicht sinkende Frauenanteil ist ein bereits bekanntes Phänomen, das im Epidemiologiebericht Sucht 2017 (Anzenberger et al. 2017) ausführlich beschrieben und interpretiert wird.

Wie in Abschnitt 4.4 bereits ausführlich erläutert, haben ältere Klientinnen und Klienten ihren Lebensmittelpunkt häufiger in Wien als Jüngere.

Abbildung 4.8:

Anteil von Personen mit maximal Pflichtschulabschluss in DOKLI und der Allgemeinbevölkerung nach Alter



Quelle: DOKLI, Statistik Austria²²; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der Anteil von Personen mit maximal Pflichtschulabschluss²³ ist bei der älteren DOKLI-Klientel deutlich niedriger als bei den Jungen. Ein Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren ergibt folgendes Bild: In der Allgemeinbevölkerung ist der Anteil von Personen, die maximal einen Pflichtschulabschluss erreicht haben, insgesamt wesentlich niedriger als beim DOKLI-Klientel. Allerdings gibt es dort kaum Altersunterschiede (vgl. Abbildung 4.8).

Der Prozentsatz der erwerbstätigen Personen ist bei den Älteren generell niedriger als bei den Jüngeren. Dies deutet darauf hin, dass Erwerbslosigkeit (und die oft damit verbundene sinkende soziale Integration) insbesondere für ältere Suchkranke ein Problem darstellt. In die gleiche Richtung deutet der Umstand, dass ältere Klientinnen und Klienten deutlich häufiger allein leben als Jüngere. Dass soziale Isolation insbesondere für ältere Drogenabhängige ein großes Problem darstellt, ist in der Fachliteratur mehrfach nachgewiesen (z.B. Johnston et al. 2017; Mathers et al. 2013; Vogt 2009).

Der Anteil von Personen, die aufgrund einer gesetzlichen Therapieauflage betreut werden, ist bei den Jüngeren höher als bei den Älteren. Besonders hoch ist er bei Klientinnen und Klienten mit

22

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung/bildungsstand_der_bevoelkerung/121193.html (6. 8. 2019)

23

d.h.: kein positiver Pflichtschulabschluss oder keine weitere Ausbildung nach dem Pflichtschulabschluss

alleiniger Leitdroge Cannabis. Eine mögliche Interpretation ist, dass solche Auflagen öfter bei jungen Menschen mit noch nicht so stark ausgeprägter Suchtproblematik als eine Art präventive Maßnahme ausgesprochen werden.

Der Anteil von Personen, die bereits i. v. Drogen konsumiert haben, steigt mit dem Alter an. Dennoch hat ein Viertel der älteren Personen mit der Leitdroge Opioide noch nie i. v. Drogen konsumiert. Dies unterstreicht die Bedeutung anderer Applikationsformen wie z. B. der nasalen Applikation in Österreich (vgl. auch Busch/Eggerth 2010).

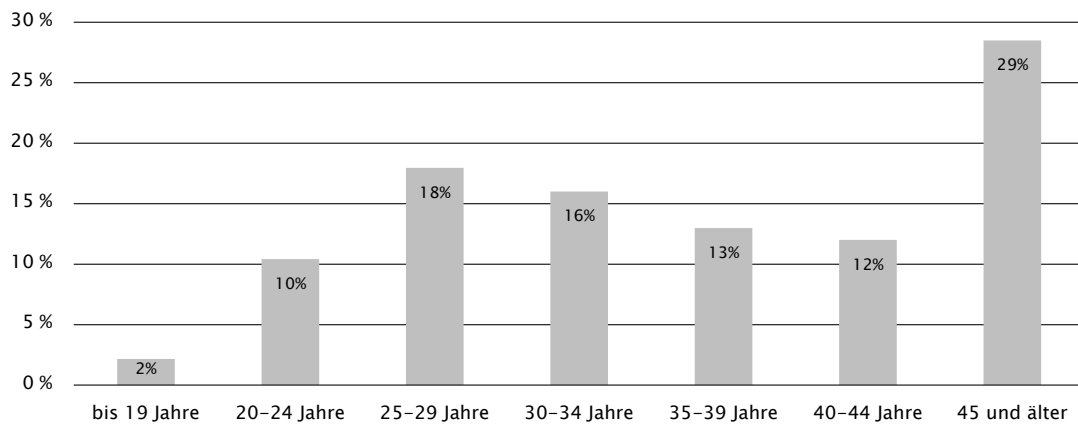
Zusammenfassung: Der Anteil von Personen, die maximal einen Pflichtschulabschluss haben, ist bei der älteren DOKLI-Klientel deutlich niedriger als bei den Jungen. Der geringere Anteil von Personen mit Erwerbstätigkeit bei den Älteren bzw. der höhere Prozentsatz von Personen, die allein leben, deutet in Richtung sinkende soziale Integration bei älteren Drogenabhängigen.

4.7 Todesursachen von (ehemaligen) Patientinnen und Patienten in Opioid-Substitutionsbehandlung und Alter

Die nachfolgenden Analysen beruhen auf den Daten der Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen 2018 („Substitutionskohorte“). Im Rahmen dieser Studie wurde die Mortalität aller 24.892 Personen untersucht, die zwischen 1. 1. 2002 und 31. 12. 2016 eine Opioid-Substitutionsbehandlung begonnen hatten. Insgesamt verstarben aus dieser Gruppe im genannten Beobachtungszeitraum 1.526 Personen, deren Durchschnittsalter betrug zum Zeitpunkt des Todes 37,8 Jahre. Eine detaillierte Beschreibung findet sich im Epidemiologiebericht Sucht des Vorjahres (Anzenberger et al. 2018). Das Alter zum Todeszeitpunkt in Fünf-Jahres-Schritten ist aus Abbildung 4.9 ersichtlich. 41 Prozent der Verstorbenen waren 40 Jahre alt oder älter.

Abbildung 4.9:

Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen 2018 – Alter zum Zeitpunkt des Todes der 1.526 verstorbenen Personen in Prozent



Quelle: GÖG – Datensatz Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen 2018;
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

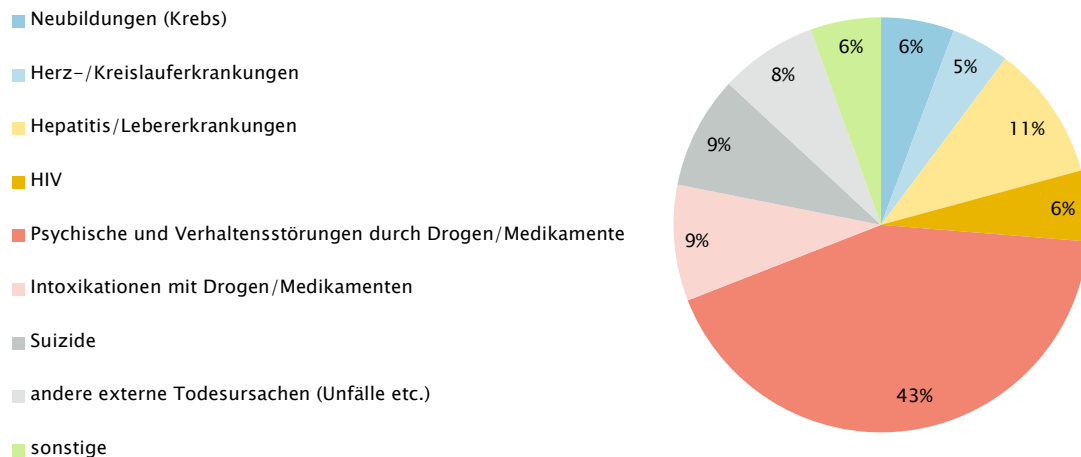
2019 wurde eine Analyse der Todesursachen, welche basierend auf den Totenbeschauscheinen durch die Statistik Austria kodiert werden, durchgeführt. Zu beachten ist, dass bei der bis 2018 durchgeführten unikausalen Todesursachenzuordnung immer nur ein ICD-10-Code vergeben wurde, der das Grundleiden betrifft²⁴. Die Kodierung wird von der Statistik Austria gemäß WHO-Richtlinien durchgeführt (WHO 2018).

24

Seit 2018 ist die Kodierung mehrerer Todesursachen möglich (multikausale Todesursachenstatistik), was in Zukunft detailliertere Auswertungen zulassen wird.

Abbildung 4.10:

Todesursachen aller Personen aus der Substitutionskohorte 2018 (n = 1.526)



Neubildungen (Krebs) = Kapitel 2 (C00–D48) Neubildungen exklusive C220 und C229 (Leberkrebs)

Herz-/Kreislaufkrankungen = Kapitel 9 (I00–I99) Krankheiten des Kreislaufsystems

Hepatitis/Lebererkrankung = Gruppe 12 (B15–B19) Virushepatitis + Gruppe 118 (K70–K77 Krankheiten der Leber) + C220 Leberzellkarzinom, Carcinoma hepatocellulare + C229 Bösartige Neubildung der Leber, nicht näher bezeichnet

HIV = Gruppe 13 (B20–B24) HIV-Krankheit (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit)

Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente = 98 % in dieser Kategorie haben F11.2 oder F19.2 (Opioidabhängigkeit oder multiple Substanzabhängigkeit). Unter der Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente“ verbergen sich unterschiedlichste Sachverhalte. Tödlich verlaufende Überdosierungen infolge der zugrunde liegenden Abhängigkeitserkrankung finden sich hier ebenso wie Sekundärerkrankungen (z. B. Hepatitis C, sofern die/der Totenbeschauende davon ausgeht, dass die Infektion durch intravenösen Drogenkonsum erworben wurde).

Intoxikationen mit Drogen/Medikamenten = Akzidentelle/sonstige Vergiftung (X- und Y-Codes) mit spezifischen Substanzen (=T40.0–T40.9, T42.3, T42.4, T42.6, T42.7, T43.6, T43.8, T43.9 und T50.9); exkl. vorsätzliche Selbstvergiftung

Suizide: Tod durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (X60 bis X84 oder Y87.0) inklusive Intoxikationen

andere externe Todesursachen = Kapitel 19 (S00–T98) Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen, exklusive Intoxikationen mit Drogen/Medikamenten und Suizide

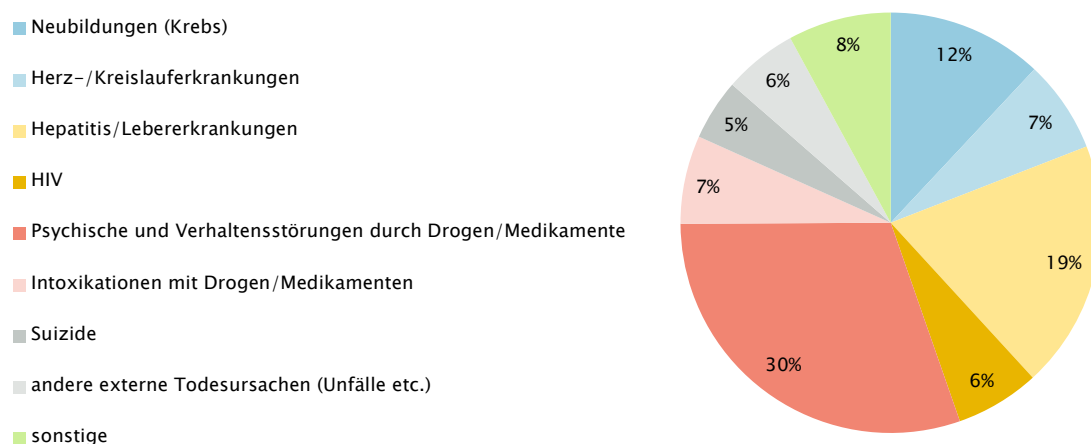
Quelle: GÖG – Datensatz Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen 2018;
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

„Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente“ stellen mit 43 Prozent die häufigste Todesursache dar. 98 % dieser Kategorie machen die Codes F11.2 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode) und F19.2 (Psychische und Verhaltensstörungen durch polytoxikomanen Substanzgebrauch) aus. Dies ist zum einen logisch, da es sich bei Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung um eine Population opioidabhängiger Menschen handelt. Bezüglich der unmittelbaren Todesursache sind diese Codes jedoch wenig aussagekräftig, da an einer Psychischen/Verhaltensstörung an sich niemand unmittelbar versterben kann. Gemäß WHO-Richtlinien ist die Grunderkrankung zu kodieren. Da diese oft über eine Kausalkette unterschiedlicher Folgeerkrankungen zum Tod führt, stellt dies ein Problem dar. Manchmal wird bei der Kodierung in der Kausalkette so weit zurückgegangen, wie es möglich ist, während in anderen Fällen Erkrankungen kodiert werden, die in der Kausalkette dem Tod zeitlich näher liegen. Für präventionsrelevante Interpretationen wäre es wesentlich besser, wenn die unmittelbare Todesursache kodiert würde. Unter der Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente“ verbergen sich unterschiedlichste Sachverhalte. Tödlich verlaufende Überdosierungen infolge der zugrunde

liegenden Abhängigkeitserkrankung finden sich hier ebenso wie Sekundärerkrankungen (z. B. Hepatitis C, sofern die/der Totenbeschauende davon ausgeht, dass die Infektion im Rahmen des intravenösen Drogenkonsums erworben wurde). Da sehr viele Überdosierungen als „Psychische und Verhaltensstörungen“ klassifiziert werden (diese stellen das zugrunde liegende Leiden dar), finden sich in der Kategorie „Intoxikationen mit Drogen/Medikamenten“ wenige Fälle. Suizide und andere externe Todesursachen, wie z. B. Unfälle, machen gemeinsam etwas weniger als ein Fünftel aller Todesursachen in der beobachteten Kohorte aus. „Hepatitis/Lebererkrankungen“ ist mit insgesamt elf Prozent die größte krankheitsbedingte Todesursache, wobei die Diagnose „Virushepatitis“ in etwa der Hälfte dieser Fälle gestellt wurde.

Betrachtet man die Todesursachen von Personen, die mit 40 oder mehr Jahren verstorben sind, zeigt sich ein wesentlich größerer Anteil krankheitsbedingter Todesursachen. So ist beispielsweise die Kategorie „Hepatitis /Lebererkrankungen“ für etwa ein Fünftel der Todesfälle aller Personen in der Altersgruppe 40+ verantwortlich.

Abbildung 4.11:
Todesursachen der älteren Personen (40+) aus der Substitutionskohorte 2018 (n = 618)



Neubildungen (Krebs) = Kapitel 2 (C00–D48) Neubildungen exklusive C220 und C229 (Leberkrebs)

Herz-/Kreislaufkrankungen = Kapitel 9 (I00–I99) Krankheiten des Kreislaufsystems

Hepatitis/Lebererkrankungen = Gruppe 12 (B15–B19) Virushepatitis + Gruppe 118 (K70–K77 Krankheiten der Leber) + C220 Leberzellkarzinom, Carcinoma hepatocellulare + C229 Bösartige Neubildung der Leber, nicht näher bezeichnet

HIV = Gruppe 13 (B20–B24) HIV-Krankheit (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit)

Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente = 98 % in dieser Kategorie haben F11.2 oder F19.2 (Opioidabhängigkeit oder multiple Substanzabhängigkeit). Unter der Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente“ verbergen sich unterschiedlichste Sachverhalte. Tödlich verlaufende Überdosierungen infolge der zugrunde liegenden Abhängigkeitserkrankung finden sich hier ebenso wie Sekundärerkrankungen (z. B. Hepatitis C, sofern die/der Totenbeschauende davon ausgeht, dass die Infektion durch intravenösen Drogenkonsum erworben wurde).

Intoxikationen mit Drogen/Medikamenten = Akzidentelle/sonstige Vergiftung (X- und Y-Codes) mit spezifischen Substanzen (=T40.0–T40.9, T42.3, T42.4, T42.6, T42.7, T43.6, T43.8, T43.9 und T50.9); exkl. vorsätzliche Selbstvergiftung

Suizide = Tod durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (X60 bis X84 oder Y87.0) inklusive Intoxikationen

andere externe Todesursachen = Kapitel 19 (S00–T98) Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen, exklusive Intoxikationen mit Drogen/Medikamenten und Suizide

Quelle: GÖG – Datensatz Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen 2018;
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Von den 1.526 Verstorbenen der Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen 2018 waren 41 Prozent zum Zeitpunkt des Todes 40 Jahre alt oder älter. „Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente“ stellen mit einem Anteil von 40 Prozent in der gesamten Substitutionskohorte und mit 30 Prozent in der Altersgruppe 40+ die häufigsten Todesursachen dar. Aufgrund der unikausalen Todesursachenkodierung ist in diesen Fällen jedoch nicht eindeutig eruierbar, ob es sich um Überdosierungen handelt oder um Folgeerkrankungen der Drogenabhängigkeit (z. B. Hepatitis C). Bei etwa einem Fünftel der Personen, die im Alter von 40 Jahren oder älter versterben, wird als Todesursache „Lebererkrankung/Hepatitis“ kodiert (in der Hälfte dieser Fälle virale Hepatitis). Fünf Prozent der Todesfälle in dieser Gruppe sind bedingt durch Suizide.

Ein aussagekräftiger Vergleich der Todesursachen in der Substitutionskohorte mit jenen in der Allgemeinbevölkerung ist nur über eine indirekte Standardisierung möglich, d. h., die Todesursachen in der Substitutionskohorte werden mit den Todesursachen in einer nach Alter und Geschlecht identisch strukturierten Referenzstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung verglichen. Die Zahl der pro Jahr Verstorbenen in der Substitutionskohorte und in der Referenzstichprobe wird als „Todesfälle pro 100.000 Lebende pro Jahr“ ausgewiesen.

Liegt diese Zahl in der Substitutionskohorte über der Referenzstichprobe („Erwartungswert“), so spricht man von „Übersterblichkeit“. In der Substitutionskohorte sind z. B. pro Jahr und 100.000 Lebenden 43,1 Personen im Zusammenhang mit HIV verstorben und in einer nach Alter und Geschlecht identisch strukturierten Referenzstichprobe nur 0,7 Personen. Dieser Unterschied kann entweder relativ („die Sterblichkeit an HIV ist in der Substitutionskohorte 62,9-fach erhöht“) oder absolut („in der Substitutionskohorte sind pro Jahr im Zusammenhang mit HIV pro 100.000 Lebenden 42,4 Personen mehr gestorben als man für durchschnittliche Österreicherinnen und Österreicher mit identischer Geschlechts- und Altersstruktur erwarten würde“) ausgedrückt werden. Die absolute Anzahl der in der Substitutionskohorte überproportional verstorbenen Personen lässt sich auch noch prozentuell beschreiben. Dabei zeigt sich, dass 6,3 % der Übersterblichkeit in der Substitutionskohorte auf HIV zurückzuführen ist. Tabelle 4.3 listet die eben beschriebenen Parameter für die gesamte Substitutionskohorte auf, Tabelle 4.4 für die 40 Jahre alten oder älteren Personen.

Tabelle 4.3:

Todesfälle nach Todesursache pro 100.000 Lebenden pro Jahr in der Substitutionskohorte und in der Allgemeinbevölkerung (Referenzstichprobe): relativer Unterschied, absoluter Unterschied und absoluter Unterschied in Prozent

Todesursachen	Todesfälle pro 100.000 Substitutionskohorte	Todesfälle pro 100.000 Referenzstichprobe Allgemeinbevölkerung	Relativer Unterschied	Absoluter Unterschied	Absoluter Unterschied in %
Neubildungen (Krebs)	45,2	26,1	1,7	19,1	2,9 %
Herz-/Kreislaufkrankungen	35,2	16,3	2,2	18,9	2,8 %
Hepatitis/Lebererkrankungen	83,5	7,5	11,1	76,0	11,4 %
HIV	43,1	0,7	62,9	42,4	6,3 %
Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente	331,5	5,4	61,8	326,1	48,8 %
Intoxikationen mit Drogen/Medikamenten			44,2	69,3	10,4 %
Suizide	70,9	1,6			
andere externe Todesursachen (Unfälle etc.)	67,8	15,4	4,4	52,4	7,8 %
sonstige	58,3	17,9	3,3	40,4	6,0 %
	43,6	19,7	2,2	23,9	3,6 %

Neubildungen (Krebs) = Kapitel 2 (C00–D48) Neubildungen exklusive C220 und C229 (Leberkrebs)

Herz-/Kreislaufkrankungen = Kapitel 9 (I00–I99) Krankheiten des Kreislaufsystems

Hepatitis/Lebererkrankungen = Gruppe 12 (B15–B19) Virushepatitis + Gruppe 118 (K70–K77) Krankheiten der Leber + C220 Leberzellkarzinom, Carcinoma hepatocellulare + C229 Bösartige Neubildung der Leber, nicht näher bezeichnet

HIV = Gruppe 13 (B20–B24) HIV-Krankheit (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit)

Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente = 98 % in dieser Kategorie haben F11.2 oder F19.2 (Opioidabhängigkeit oder multiple Substanzabhängigkeit). Unter der Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente“ verbergen sich unterschiedlichste Sachverhalte. Tödlich verlaufende Überdosierungen infolge der zugrunde liegenden Abhängigkeitserkrankung finden sich hier ebenso wie Sekundärerkrankungen (z. B. Hepatitis C, sofern die/der Totenbeschauende davon ausgeht, dass die Infektion durch intravenösen Drogenkonsum erworben wurde).

Intoxikationen mit Drogen/Medikamenten = Akzidentelle/sonstige Vergiftung (X- und Y-Codes) mit spezifischen Substanzen (=T40.0–T40.9, T42.3, T42.4, T42.6, T42.7, T43.6, T43.8, T43.9 und T50.9); exkl. vorsätzliche Selbstvergiftung

Suizide = Tod durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (X60 bis X84 oder Y87.0) inklusive Intoxikationen

andere externe Todesursachen = Kapitel 19 (S00–T98) Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen, exklusive Intoxikationen mit Drogen/Medikamenten und Suizide

Die genaue Zuordnung der ICD-10-Codes findet sich im Anhang.

Quellen: GÖG – Datensatz Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen 2018, Statistik Austria;
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 4.4:

Todesfälle nach Todesursache pro 100.000 Lebenden pro Jahr von Personen im Alter 40+ und in der Allgemeinbevölkerung (Referenzstichprobe): relativer Unterschied, absoluter Unterschied und absoluter Unterschied in Prozent

Todesursachen	Todesfälle pro 100.000 Substitutionskohorte	Todesfälle pro 100.000 Referenzstichprobe Allgemeinbevölkerung	Relativer Unterschied	Absoluter Unterschied	Absoluter Unterschied in %
Neubildungen (Krebs)	177,2	91,2	1,9	86,0	7,3 %
Herz-/Kreislaufkrankungen	101,9	58,1	1,8	43,8	3,7 %
Hepatitis/Lebererkrankungen	284,0	27,7	10,2	256,2	21,7 %
HIV	92,2	1,2	78,5	91,1	7,7 %
Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente	441,7	3,3	133,5	438,4	37,1 %
Intoxikationen mit Drogen/Medikamenten	101,9	1,4	74,7	100,6	8,5 %
Suizide	68,0	22,6	3,0	45,4	3,8 %
andere externe Todesursachen (Unfälle etc.)	84,9	23,6	3,6	61,4	5,2 %
sonstige	114,1	53,7	2,1	60,4	5,1 %

Neubildungen (Krebs) = Kapitel 2 (C00–D48) Neubildungen exklusive C220 und C229 (Leberkrebs)

Herz-/Kreislaufkrankungen = Kapitel 9 (I00–I99) Krankheiten des Kreislaufsystems

Hepatitis/Lebererkrankungen = Gruppe 12 (B15–B19) Virushepatitis + Gruppe 118 (K70–K77) Krankheiten der Leber + C220 Leberzellkarzinom, Carcinoma hepatocellulare + C229 Bösartige Neubildung der Leber, nicht näher bezeichnet

HIV = Gruppe 13 (B20–B24) HIV-Krankheit (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit)

Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente = 98 % in dieser Kategorie haben F11.2 oder F19.2 (Opioidabhängigkeit oder multiple Substanzabhängigkeit). Unter der Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente“ verbergen sich unterschiedlichste Sachverhalte. Tödlich verlaufende Überdosierungen infolge der zugrunde liegenden Abhängigkeitserkrankung finden sich hier ebenso wie Sekundärerkrankungen (z. B. Hepatitis C, sofern die/der Totenbeschauende davon ausgeht, dass die Infektion durch intravenösen Drogenkonsum erworben wurde).

Intoxikationen mit Drogen/Medikamenten = Akzidentelle/sonstige Vergiftung (X- und Y-Codes) mit spezifischen Substanzen (=T40.0–T40.9, T42.3, T42.4, T42.6, T42.7, T43.6, T43.8, T43.9 und T50.9); exkl. vorsätzliche Selbstvergiftung

Suizide = Tod durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (X60 bis X84 oder Y87.0) inklusive Intoxikationen

andere externe Todesursachen = Kapitel 19 (S00–T98) Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen, exklusive Intoxikationen mit Drogen/Medikamenten und Suizide

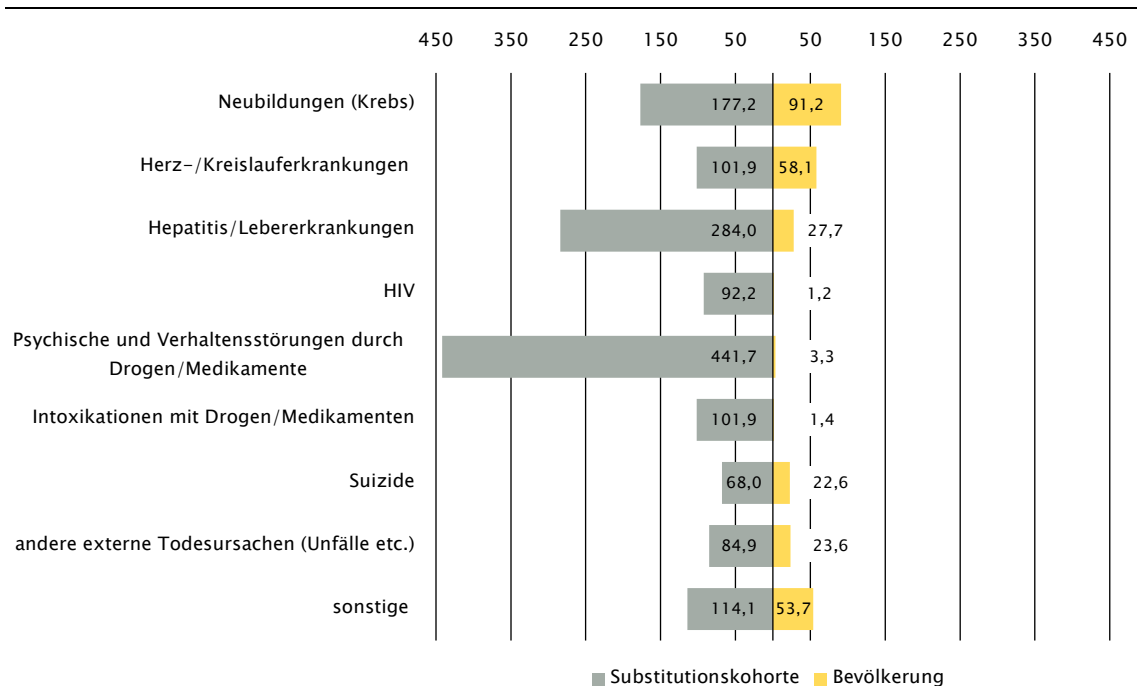
Die genaue Zuordnung der ICD-10-Codes findet sich im Anhang.

Quellen: GÖG – Datensatz Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen 2018, Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In Abbildung 4.12 zeigt sich sehr deutlich, dass die Mortalität bezüglich der Todesursachen „Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente“, „Intoxikationen durch Drogen/Medikamente“ und „HIV“ in der Substitutionskohorte bei der Altersgruppe 40+ um ein Vielfaches erhöht ist. Das Risiko, an Hepatitis bzw. einer anderen Lebererkrankung zu versterben, ist in der Substitutionskohorte zehnmals höher als in der Allgemeinbevölkerung. Das Suizidrisiko ist dreimal so groß. Aber auch das Risiko an Neubildungen (Krebs) zu versterben ist um das 1,9-fache erhöht. Aus präventiver Sicht ist festzuhalten, dass es sich bei den meisten Todesursachen um vermeidbare handelt. Durch verstärkte und verbesserte Überdosierungsprophylaxe, Behandlung von HIV und Hepatitis sowie Suizidprävention wären einige dieser Todesfälle vermutlich vermeidbar.

Abbildung 4.12:

Personen im Alter 40+: Todesfälle nach Todesursache pro 100.000 Lebenden pro Jahr in der Substitutionskohorte und in der Allgemeinbevölkerung (Referenzstichprobe)



Neubildungen (Krebs) = Kapitel 2 (C00–D48) Neubildungen exklusive C220 und C229 (Leberkrebs)

Herz-/Kreislaufkrankungen = Kapitel 9 (I00–I99) Krankheiten des Kreislaufsystems

Hepatitis/Lebererkrankungen = Gruppe 12 (B15–B19) Virushepatitis + Gruppe 118 (K70–K77 Krankheiten der Leber) + C220 Leberzellkarzinom, Carcinoma hepatocellulare + C229 Bösartige Neubildung der Leber, nicht näher bezeichnet

HIV = Gruppe 13 (B20–B24) HIV-Krankheit (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit)

Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente = 98 % in dieser Kategorie haben F11.2 oder F19.2 (Opioidabhängigkeit oder multiple Substanzabhängigkeit). Unter der Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente“ verbergen sich unterschiedlichste Sachverhalte. Tödlich verlaufende Überdosierungen infolge der zugrunde liegenden Abhängigkeitserkrankung finden sich hier ebenso wie Sekundärerkrankungen (z. B. Hepatitis C, sofern die/der Totenbeschauende davon ausgeht, dass die Infektion durch intravenösen Drogenkonsum erworben wurde).

Intoxikationen mit Drogen/Medikamenten = Akzidentelle/sonstige Vergiftung (X- und Y-Codes) mit spezifischen Substanzen (=T40.0–T40.9, T42.3, T42.4, T42.6, T42.7, T43.6, T43.8, T43.9 und T50.9); exkl. vorsätzliche Selbstvergiftung

Suizide = Tod durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (X60 bis X84 oder Y87.0) inklusive Intoxikationen

andere externe Todesursachen = Kapitel 19 (S00–T98) Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen, exklusive Intoxikationen mit Drogen/Medikamenten und Suizide

Die genaue Zuordnung der ICD-10-Codes findet sich im Anhang.

Quellen: GÖG – Datensatz Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen 2018, Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Der Vergleich der Substitutionskohorte mit der Referenzstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung zeigt, dass die Mortalität bezüglich der Todesursachen „Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente“, „Intoxikationen durch Drogen/Medikamente“ und „HIV“ in der Substitutionskohorte bei der Altersgruppe 40+ um ein Vielfaches erhöht ist. Das Risiko, an Hepatitis bzw. einer anderen Lebererkrankung zu versterben, ist in der Substitutionskohorte zehnmals höher als in der Allgemeinbevölkerung. Das Suizidrisiko ist dreimal so groß. Aus präventiver Sicht ist festzuhalten, dass es sich bei den meisten Todesursachen um vermeidbare

handelt. Durch verstärkte und verbesserte Überdosierungsprophylaxe, Behandlung von HIV und Hepatitis sowie Suizidprävention wären einige dieser Todesfälle vermutlich vermeidbar.

4.8 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Zusammenschau aller verfügbaren Datenquellen zum Opioidkonsum zeigt einen kontinuierlichen Anstieg des Anteils von Personen im Alter ab 35 Jahren. Dies kann auf eine sinkende Zahl von Neueinsteigenden, den meist chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und eine lange Überlebenszeit der Betroffenen zurückgeführt werden. Die Tendenz der Alterung von Personen mit Opioidproblematik lässt sich auch in anderen Ländern der EU beobachten.

Die Anzahl älterer Personen (40+) in Substitutionsbehandlung hat sich zwischen 2000 und 2018 beinahe verzehnfacht (von 724 Personen auf 7.165 Personen), während sich die Anzahl von Personen unter 40 Jahren im gleichen Zeitraum lediglich vervierfacht hat. Als Einflussfaktoren können die steigenden Zahlen von Einsteigerinnen und Einsteigern in den Opioidkonsum zwischen dem Beginn der 2000er-Jahre und 2004/2005 und der darauf folgende Rückgang der Inzidenz, die steigende Verfügbarkeit von Opioid-Substitutionsbehandlungen und das damit verbundene bereits erwähnte längere Überleben von Opioidabhängigen angesehen werden. Der Anteil älterer Personen mit Opioidproblematik steigt im Behandlungsbereich in Wien stärker an als in den anderen Bundesländern. Eine mögliche Erklärung können Wanderungsbewegungen älterer Opioidabhängiger sein, die aufgrund der Anonymität und der besseren Versorgungslage hinsichtlich differenzierter drogenspezifischer Betreuung in die Großstadt Wien ziehen.

Während sich die Altersstruktur von Opioidabhängigen in den DOKLI-Einrichtungen stark in Richtung Alterung verändert hat, ist dies bei Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis nicht der Fall. Dies legt nahe, dass Opioidabhängigkeit eine chronische Erkrankung mit sinkender Inzidenz ist, Cannabisabhängigkeit hingegen eher ein im Lebensverlauf zeitlich begrenztes Krankheitsbild sein dürfte. Der Anteil von Personen, die maximal einen Pflichtschulabschluss haben, ist bei der älteren DOKLI-Klientel deutlich niedriger als bei den Jungen.

Von den 1.526 Verstorbenen der Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlung 2018 waren 41 Prozent zum Zeitpunkt des Todes 40 Jahre alt oder älter. Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen / Medikamente stellen mit einem Anteil von 40 Prozent in der gesamten Substitutionskohorte und mit 30 Prozent in der Altersgruppe 40+ die häufigsten Todesursachen dar. Aufgrund der unikausalen Todesursachenkodierung ist in diesen Fällen jedoch nicht eindeutig eruierbar, ob es sich um Überdosierungen handelt oder um Folgeerkrankungen der Drogenabhängigkeit (z. B. Hepatitis C). Bei etwa einem Fünftel der Personen, die im Alter von 40 Jahren oder älter versterben, wird als Todesursache Lebererkrankung/Hepatitis kodiert (in der Hälfte dieser Fälle virale Hepatitis). Fünf Prozent der Todesfälle in dieser Gruppe sind Suizide.

Der Vergleich der Substitutionskohorte mit der Referenzstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung zeigt, dass die Mortalität bezüglich der Todesursachen „Psychische und Verhaltensstörungen

durch Drogen/Medikamente“, „Intoxikationen durch Drogen/Medikamente“ und „HIV“ in der Substitutionskohorte bei der Altersgruppe 40+ um ein Vielfaches erhöht ist. Unter der Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente“ verbergen sich unterschiedlichste Sachverhalte. Tödlich verlaufende Überdosierungen infolge der zugrunde liegenden Abhängigkeitserkrankung finden sich hier ebenso wie Sekundärerkrankungen (z. B. Hepatitis C, sofern die/der Totenbeschauende davon ausgeht, dass die Infektion im Rahmen des intravenösen Drogenkonsums erworben wurde). Das Risiko, an Hepatitis bzw. einer anderen Lebererkrankung zu versterben, ist in der Substitutionskohorte zehnmal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Das Suizidrisiko ist dreimal so groß. Aus präventiver Sicht ist festzuhalten, dass es sich bei den meisten Todesursachen um vermeidbare handelt. Durch verstärkte und verbesserte Überdosierungsprophylaxe, Behandlung von HIV und Hepatitis sowie Suizidprävention wären einige dieser Todesfälle vermutlich vermeidbar.

4.9 Limitationen und Ausblick

Daten aus dem Routinemonitoring sind für die qualitative Beschreibung der Situation älterer Drogenabhängiger nur eingeschränkt aussagekräftig, da naturgemäß viele Kontextvariablen (z. B. Einsamkeit, subjektive Lebensqualität) fehlen. Sie können jedoch den Rahmen abstecken und Hinweise für vertiefende Forschung geben. Die „Alterung“ der Personengruppe mit risikoreichem Opioidkonsum bzw. der Anstieg der Zahl von Personen im Alter 40+ mit dieser Problematik lässt sich eindeutig belegen. Auch lassen sich regionale Unterschiede bei diesen Entwicklungen festmachen. Einige Indizien sprechen für eine mit dem Alter steigende soziale Isolation dieser Personen. Für eine genauere Analyse der Problemlagen und Bedürfnisse älterer Drogenabhängiger wäre jedoch zusätzliche Forschung notwendig, insbesondere bei älteren Opioidabhängigen in Langzeitsubstitutionsbehandlung.

Bei der Analyse der Todesursachen stellt die bis 2018 durchgeführte unikausale Kodierung der zugrunde liegenden Todesursache die größte Einschränkung dar. Gemäß WHO-Richtlinien ist die Grunderkrankung zu kodieren. Da diese oft über eine Kausalkette unterschiedlicher Folgeerkrankungen zum Tod führt, stellt dies ein Problem dar. Manchmal wird bei der Kodierung in der Kausalkette so weit zurückgegangen, wie es möglich ist, während in anderen Fällen Erkrankungen kodiert werden, die in der Kausalkette dem Tod zeitlich näher liegen. Für präventionsrelevante Interpretationen wäre es wesentlich besser, wenn die unmittelbare Todesursache kodiert würde. Unter der Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente“ verbergen sich unterschiedlichste Sachverhalte. Tödlich verlaufende Überdosierungen infolge der zugrunde liegenden Abhängigkeitserkrankung finden sich hier ebenso wie Sekundärerkrankungen (z. B. Hepatitis C, sofern die/der Totenbeschauende davon ausgeht, dass die Infektion im Rahmen des intravenösen Drogenkonsums erworben wurde). Die seit 2018 durchgeführte multikausale Todesursachenkodierung wird hier neue Analysemöglichkeiten eröffnen. Auch die Verlinkung der Substitutionskohorte mit der Österreichischen Statistik der drogenbezogenen Todesfälle wäre eine Möglichkeit, die Todesursachen in der Substitutionskohorte besser zu beschreiben.

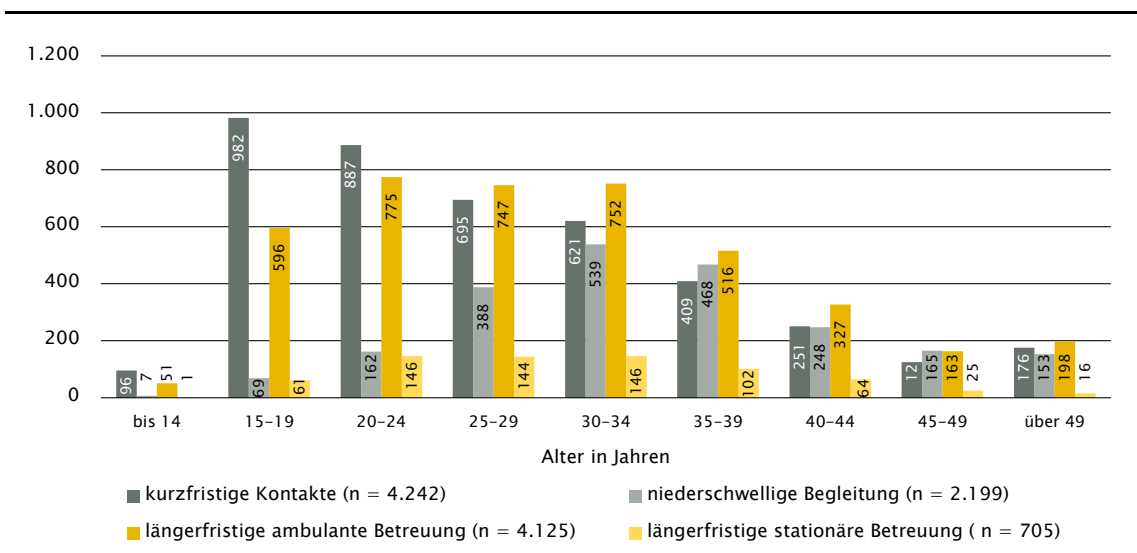
5 Detailergebnisse DOKLI

Das einheitliche Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe liefert Daten für einen von fünf Schlüsselindikatoren, die die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht entwickelte, um die Situation im Bereich des risikoreichen Drogenkonsums einschätzen zu können. Es umfasst einen Großteil der relevanten Drogeneinrichtungen Österreichs. Praktische Ärztinnen und Ärzte sowie niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, die über 70 Prozent der Opioid-Substitutionsbehandlungen durchführen, werden jedoch nicht damit 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.

5.1 Soziodemografie

Je nach Setting sind zwischen 3 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 25 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen 25 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 41 Prozent (in längerfristig stationärer Betreuung) der Klientel sind in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre zu finden (vgl. Abbildung 5.1).

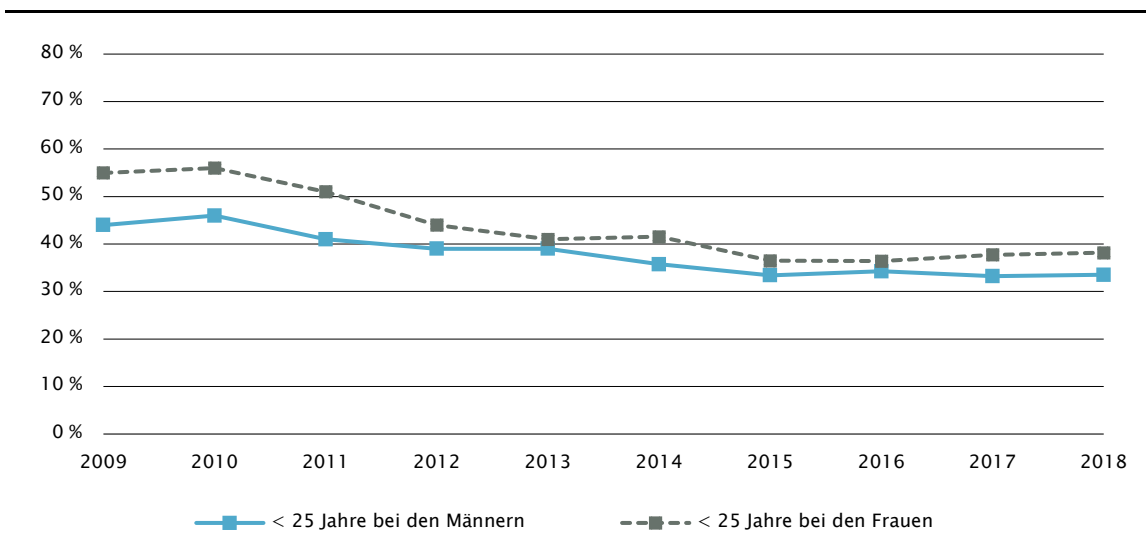
Abbildung 5.1:
Anzahl der Personen, die 2018 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Alter und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2018

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, 2018 waren es hingegen nur mehr 38 Prozent (2017: 38 %). Bei den Männern machten die entsprechenden Anteile im Jahr 2009 44 Prozent bzw. 34 Prozent im Jahr 2018 aus (2017: 33 %; vgl. Abbildung 5.2), was als Hinweis auf eine „Alterung“ der Klientel der (ambulanten) Drogenhilfe interpretiert werden kann.

Abbildung 5.2:
Anteil unter 25-Jähriger bei Männern und Frauen, die mit einer längerfristigen ambulanten drogenspezifischen Betreuung begannen, 2009 bis 2018



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2018

Der Frauenanteil beträgt je nach Setting zwischen 21 Prozent (kurzfristige Kontakte) und 27 Prozent (in niederschwelliger Begleitung).

Als Lebensmittelpunkt geben rund 39 Prozent der längerfristig ambulant und 37 Prozent der stationär betreuten Klientinnen und Klienten Wien²⁵ 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).

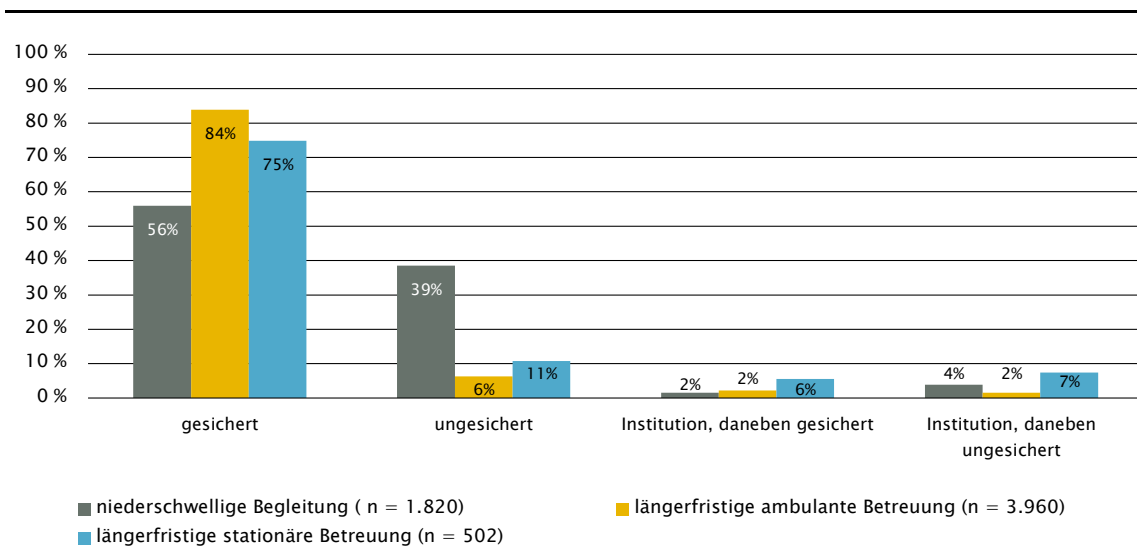
Im längerfristig ambulanten Bereich haben 19 Prozent der Männer versorgungspflichtige Kinder, im stationären Setting sind es 29 Prozent. Rund ein Drittel der Frauen im längerfristig ambulanten und 29 Prozent der Frauen im stationären Setting geben an, versorgungspflichtige Kinder zu haben (vgl. DOKLI 15 im Annex). Etwa 83 Prozent der Klientel im längerfristig stationären Setting

25

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

sind österreichische Staatsbürger (82 % im ambulanten Bereich), 11 Prozent besitzen eine Staatsbürgerschaft eines Landes außerhalb der EU. Während 84 Prozent der Klientinnen und Klienten der längerfristigen ambulanten Betreuung eine gesicherte Wohnsituation angeben, ist dieser Anteil im längerfristigen stationären Setting mit 75 Prozent bzw. in der niederschweligen Begleitung mit 56 Prozent wesentlich geringer (vgl. Abbildung 5.3 und DOKLI 22 im Annex). Bei Interpretation der Angaben zur Wohnsituation ist zudem zu berücksichtigen, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B. wenn die Klientin oder der Klient aufgrund ihrer bzw. seiner Suchterkrankung mangels anderer Alternativen bei den Eltern wohnt).

Abbildung 5.3:
Personen, die 2018 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Wohnsituation und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2018

41 Prozent (in längerfristiger ambulanter Betreuung) und 47 Prozent (in längerfristiger stationärer Betreuung) der Klientel im Alter von über 20 Jahren nennen als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Pflichtschulabschluss. Wie in der Gesamtbevölkerung haben Männer – besonders jene in ambulanter Betreuung – häufiger als Frauen einen Lehrabschluss als höchste Ausbildungsstufe (43 % vs. 30 % im ambulanten bzw. 35 % 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 (12 % bzw. 11 %). Während 45 Prozent der Personen in niederschwelliger Begleitung und 35 Prozent in längerfristiger ambulanter Betreuung arbeitslos sind, macht dieser Anteil im längerfristigen stationären Setting 56 Prozent aus. (vgl. DOKLI 18 im Annex). Mit einer Erklärung dafür könnte sein, dass Personen, die keine Arbeit haben, sich eher für eine längerfristige stationäre Betreuung entscheiden bzw. umgekehrt Personen mit aufrechtem Arbeitsverhältnis damit eher zu vereinbarende ambulante Betreuungen bevorzugen.

Bedarfsorientierte Mindestsicherung wurde bei den Klientinnen und Klienten des niederschweligen Betreuungssettings vorwiegend in den Altersgruppen ab 20 Jahren und in der längerfristig ambulanten Betreuung von der Gruppe der über 29-Jährigen (12 %) bezogen (vgl. DOKLI 19 im Annex). Im längerfristig stationären Setting dominierten 2018 in dieser Hinsicht hingegen Personen im Alter von 20 bis 29 Jahren (11 %).

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

5.2 Betreuungssituation

Hinsichtlich der Problematiken im Zusammenhang mit illegalen Drogen wird eine etwaige Drogenproblematik für alle im DOKLI-System erfassten Klientinnen und Klienten über den Betreuungsschwerpunkt „Drogenproblematik“ erhoben. Ergänzend können auch noch „Alkoholproblematik“, „Medikamentenproblematik“ oder „sonstiger Betreuungsschwerpunkt“ vermerkt werden, sofern neben dem illegalen Drogenkonsum auch noch andere Problematiken im Zentrum der Betreuung stehen. Der Großteil der in österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen erfassten Klientinnen und Klienten ist ausschließlich wegen Drogenproblematik in Betreuung²⁶. Am deutlichsten wird dies bei den längerfristigen stationären Betreuungen (86 %); bei den längerfristigen ambulanten Betreuungen, im Bereich der kurzfristigen Kontakte und der niederschweligen Begleitung liegt der Wert bei 65 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: 79 Prozent der Klientinnen und Klienten in längerfristiger stationärer Behandlung, 69 Prozent der niederschwellig begleiteten Personen, 54 Prozent der längerfristig ambulant Betreuten und 44 Prozent der Personen mit kurzfristigen Kontakten haben bereits früher Angebote der Drogenhilfe in Anspruch genommen (vgl. DOKLI 3 im Annex).

26

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).

Im niederschweligen Setting sind 68 Prozent der Klientinnen und Klienten zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung, im längerfristigen stationären Setting sind es 37 Prozent und im längerfristigen ambulanten Setting 33 Prozent (bei kurzfristigen Kontakten wird diese Variable nicht erhoben); Substitutionsbehandlungen, die erst im Zuge der Betreuung begannen, wurden nicht erfasst (vgl. DOKLI 4 im Annex). Jemals in Substitutionsbehandlung waren im niederschweligen Bereich 92 Prozent der Personen, im stationären Setting 75 Prozent und im längerfristigen ambulanten Bereich 45 Prozent (vgl. DOKLI 5 im Annex). Es gibt hier große Unterschiede nach Bundesland: Während beispielsweise in den Vorarlberger²⁷ Einrichtungen nur 10 Prozent der ambulant längerfristig betreuten Klientel zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung sind, trifft dies in Salzburger Einrichtungen auf 53 Prozent zu (vgl. DOKLI 74a im Annex) – diese Verteilungen unterliegen über die Jahre aber recht großen Schwankungen.

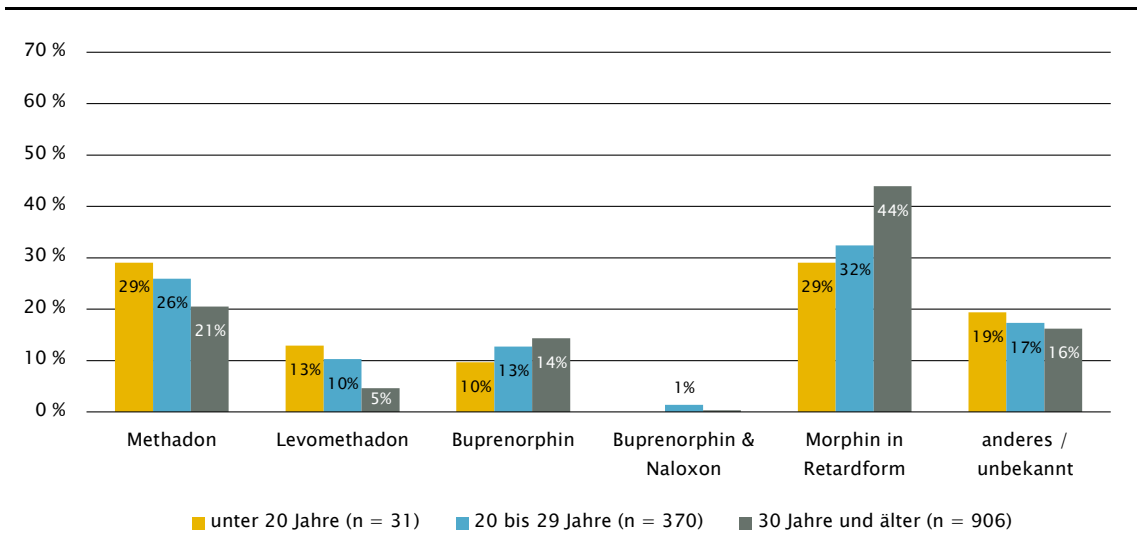
Als häufigstes Substitutionsmittel findet sich in allen Betreuungsformen Morphin in Retardform (Anteil zwischen 40 % und 68 %, im Vergleich dazu: Methadon-Anteil zwischen 10 % und 23 % – vgl. DOKLI 6 im Annex). Levomethadon spielt im ambulanten Setting eher in den jüngeren Altersgruppen eine gewisse Rolle (vgl. Abbildung 5.4), einschränkend ist hier anzumerken, dass die Zahl der unter 20-Jährigen in Substitutionsbehandlung sehr gering ist (n = 31). Morphin in Retardform ist in der Gruppe der über 29-Jährigen wesentlich häufiger zu finden als in den jüngeren Gruppen.

27

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

Abbildung 5.4:

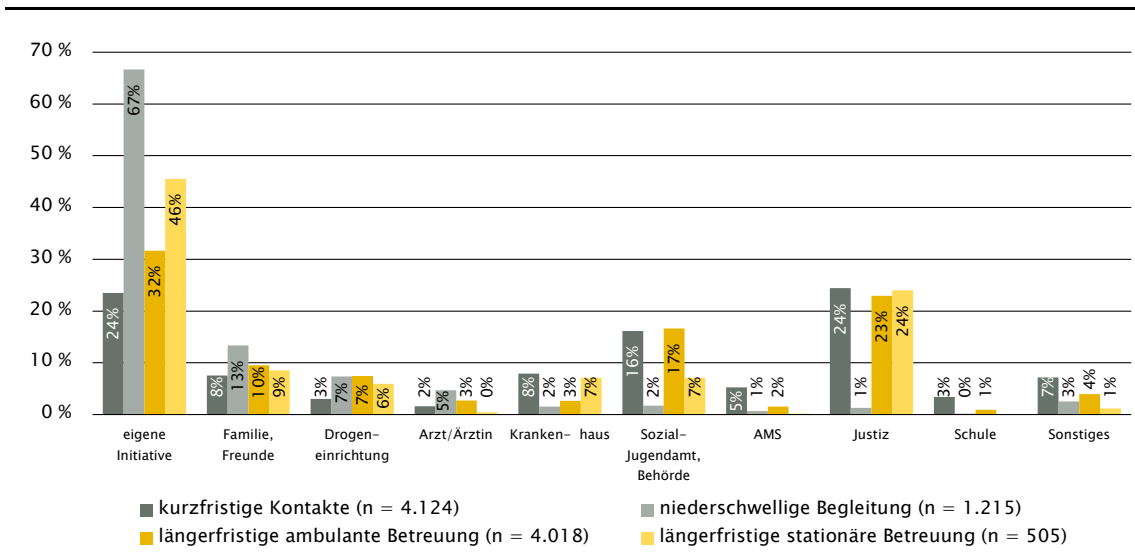
Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die im Jahr 2018 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begannen und zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach Alter



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2018

Der Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme mit der Drogenhilfeeinrichtung ist je nach Betreuungsform unterschiedlich: Zur stationären Behandlung und in eine niederschwellige Begleitung führte 46 bzw. 67 Prozent der Klientinnen und Klienten zentral die eigene Initiative (vgl. DOKLI 7 und DOKLI 8 im Annex). In andere Betreuungsformen führte die eigene Initiative mit einem Anteil zwischen 24 und 32 Prozent. Häufig stellt auch ein Justizzusammenhang den Hauptanstoß dar, außer zur Inanspruchnahme einer niederschweligen Begleitung. Hier spielen Familie und Freunde/Freundinnen sowie die Vermittlung seitens anderer Einrichtungen eine gewisse Rolle (vgl. Abbildung 5.5).

Abbildung 5.5:
Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2018 mit einer Betreuung begannen,
nach Betreuungsart



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2018

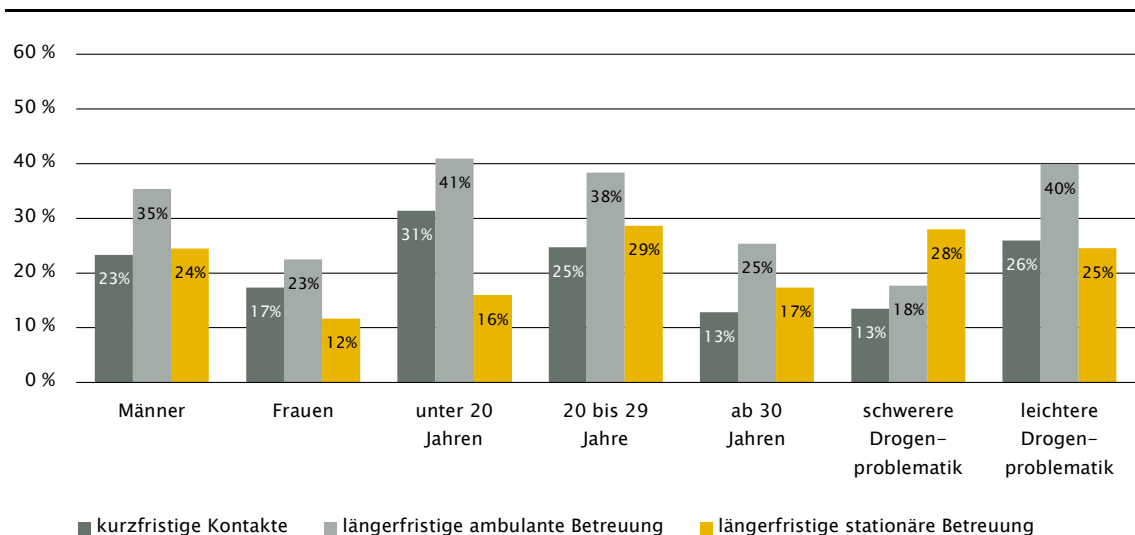
Eine Auflage oder Weisung hinsichtlich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme besteht für 22 Prozent (bei Kurzkontakten), 33 Prozent (längerfristig ambulant) bzw. 22 Prozent (längerfristig stationär) der Klientinnen und Klienten (vgl. DOKLI 9 im Annex). Frauen nehmen deutlich seltener aufgrund einer Auflage / 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 SMG²⁸ (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 5.6). Dies erscheint auf den ersten Blick etwas überraschend, könnte aber damit erklärt werden, dass – vor allem bei jungen Drogenkonsumierenden – die Gesundheitsbehörden aus präventiven Überlegungen dazu tendieren, auch dann eine Auflage zu empfehlen, wenn die Drogenproblematik noch nicht massiv ausgeprägt ist.

28

§ 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).

Abbildung 5.6:

Auflage / Weisung bei Personen, die 2018 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2018

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 Drogenkonsumentenden – die Gesundheitsbehörden aus präventiven Überlegungen dazu tendieren, auch dann eine Auflage zu empfehlen, wenn die Drogenproblematik noch nicht massiv ausgeprägt ist. Je nach Setting sind zwischen 33 und 68 Prozent der Klientinnen und Klienten zu Beginn der Betreuung in Substitutionsbehandlung.

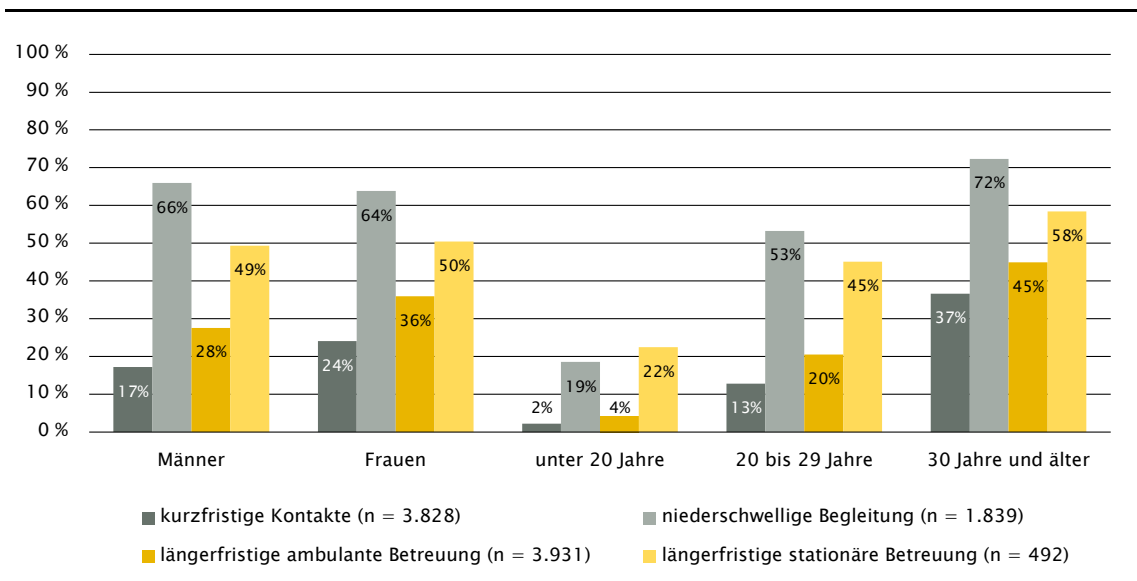
5.3 Drogenkonsum und Drogenproblematik

Der Anteil der Personen mit intravenösem Konsum (bezogen auf die Lebenszeit) erweist sich je nach Setting als sehr unterschiedlich (bei kurzfristigen Kontakten 19 %, in niederschwelliger Begleitung 65 %, in ambulanter längerfristiger Betreuung 29 %, in stationärer Betreuung 50 % – 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). Im niederschweligen und im längerfristig stationären Bereich ist der Anteil der Personen, die bereits intravenös Drogen konsumiert

haben, bei Frauen und Männern nahezu gleich groß, während sich bei den kurzfristigen Kontakten und in der längerfristigen ambulanten Betreuung eindeutig ein höherer Frauenanteil zeigt (vgl. DOKLI 24 im Annex und Abbildung 5.7). Detailanalysen des intravenösen Drogenkonsums finden sich im Schwerpunktkapitel des DOKLI-Berichts zum Betreuungsjahrgang 2007 (vgl. Busch et al. 2008).

Abbildung 5.7:

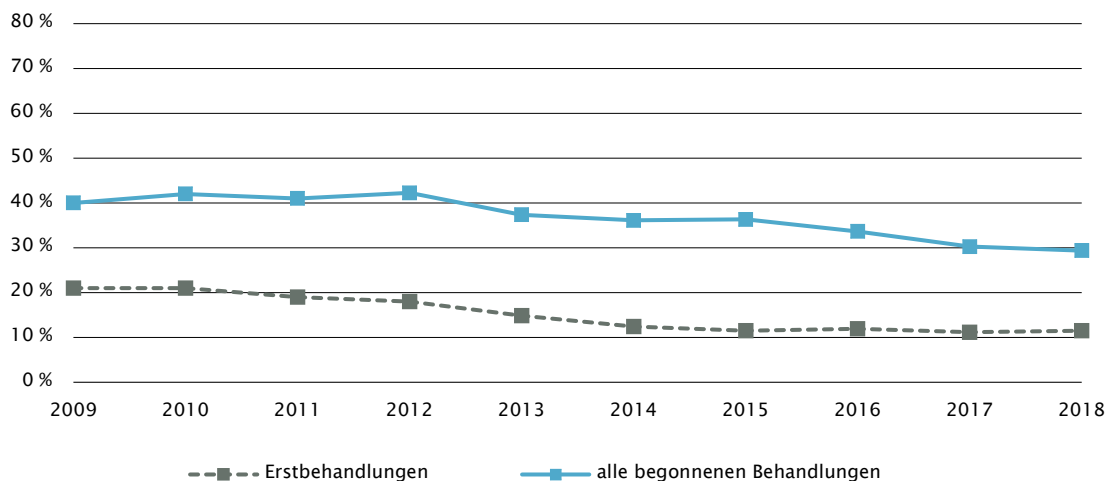
Personen, die 2018 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen und jemals intravenös Drogen konsumierten, nach Geschlecht, Alter und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2018

Abbildung 5.8:

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



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2009 bis 2018

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

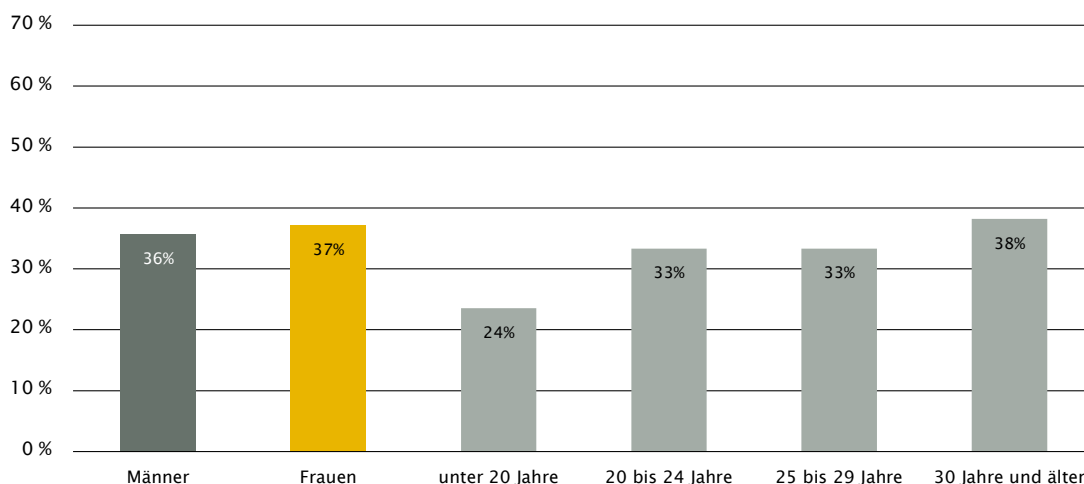
Seit dem Jahr 2014 werden in DOKLI auch Daten betreffend Needle-Sharing (gemeinsames Benutzen von Spritzen) erhoben (vgl. Abbildung 5.9). Die Daten beziehen sich auf Österreich ohne Wien²⁹ und auf Personen mit Erfahrung im intravenösen Drogenkonsum, die 2018 eine ambulante Betreuung begonnen haben. Im ambulanten Bereich geben im Jahr 2018 rund 36 Prozent dieser Personengruppe an, bereits einmal eine gebrauchte Spritze verwendet zu haben. Allerdings liegt das Needle-Sharing bei mehr als drei Viertel dieser Personengruppe mindestens ein Jahr zurück (78 %).

29

In der Wiener DOKU neu wird diese Variable nicht erhoben.

Abbildung 5.9:

Jemals *Needle-Sharing* bei Personen mit i.v.-Konsumerfahrung, die im Jahr 2018 eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht und Alter (n = 521)*



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

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2018

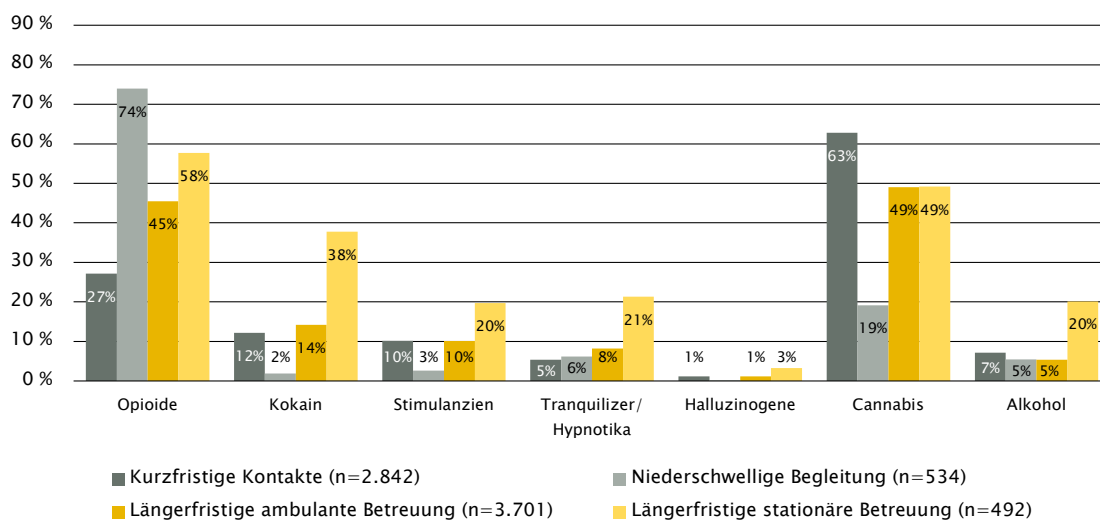
Frauen und Männer zeigen ein nahezu identes Verhalten beim Needle-Sharing. Bezüglich des Alters zeigt sich der erwartete Trend, dass mit dem Alter auch die Angabe, jemals Needle-Sharing betrieben zu haben, zunimmt.

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. Für manche Auswertungen werden Leitdrogen und Begleitdrogen zu Problemdrogen zusammengefasst.

Abbildung 5.10:

Personen, die im Jahr 2018 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2018

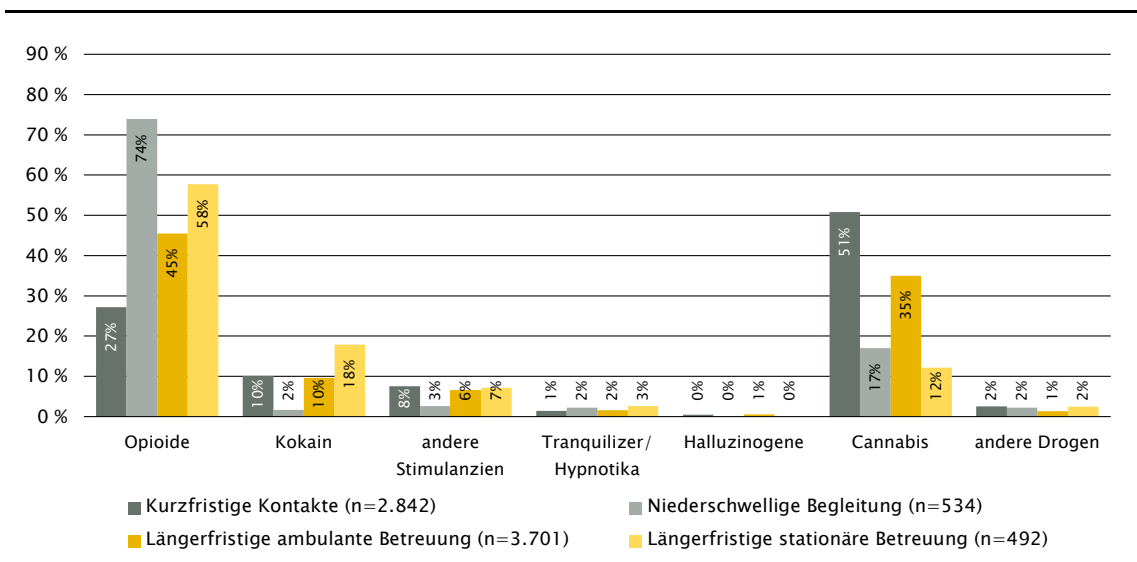
Opioide und Cannabis spielen in allen Betreuungssettings – mit Ausnahme des niederschweligen Bereichs, in dem es fast ausschließlich Opioide sind – eine dominierende Rolle als Leitdroge (vgl. Abbildung 5.10 und DOKLI 28 im Annex). Betreffend den hohen Prozentsatz von Cannabis als Leitdroge siehe *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013 (Busch et al. 2013)*.

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

Das Ergebnis der hierarchischen Leitdrogenzuordnung zeigt Abbildung 5.11. Diese Darstellung verdeutlicht, dass fast alle anderen Leitdrogen außer Cannabis sehr oft in Kombination mit Opioiden

angegeben werden. Cannabis wird in 35 Prozent der ambulanten Betreuungen und in 12 Prozent der stationären Betreuungen als alleinige Leitdroge genannt (in puncto Cannabis siehe auch *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013* (ebd.)).

Abbildung 5.11:
Personen, die 2018 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdrogendefinition (EBDD) und Art der Betreuung

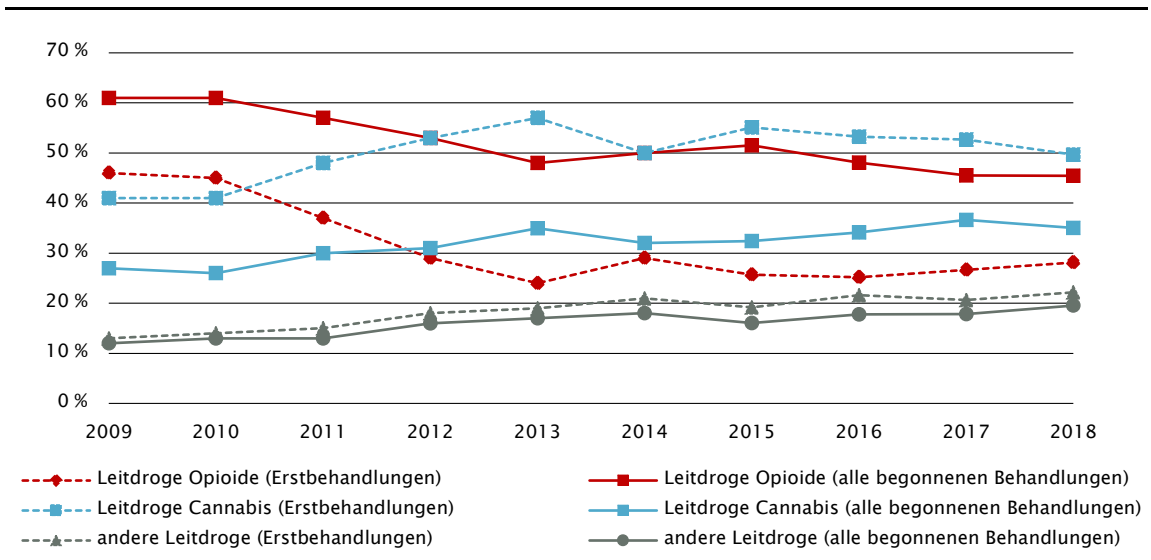


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2018

Betrachtet man die Zeitreihe in Bezug auf Cannabis und Opiode als Leitdroge anhand der hierarchischen Leitdrogendefinition in den DOKLI-Daten, so zeigen sich bis zum Jahr 2013 eine Abnahme des Opioid- und eine Zunahme des Cannabis-Konsums. Dieser Sachverhalt ist bei Personen in Erstbehandlungen etwas stärker ausgeprägt als bei allen Personen, die im entsprechenden Jahr mit einer Betreuung begonnen haben (vgl. Abbildung 5.12). 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 eindeutig ablesbar.

Abbildung 5.12:

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

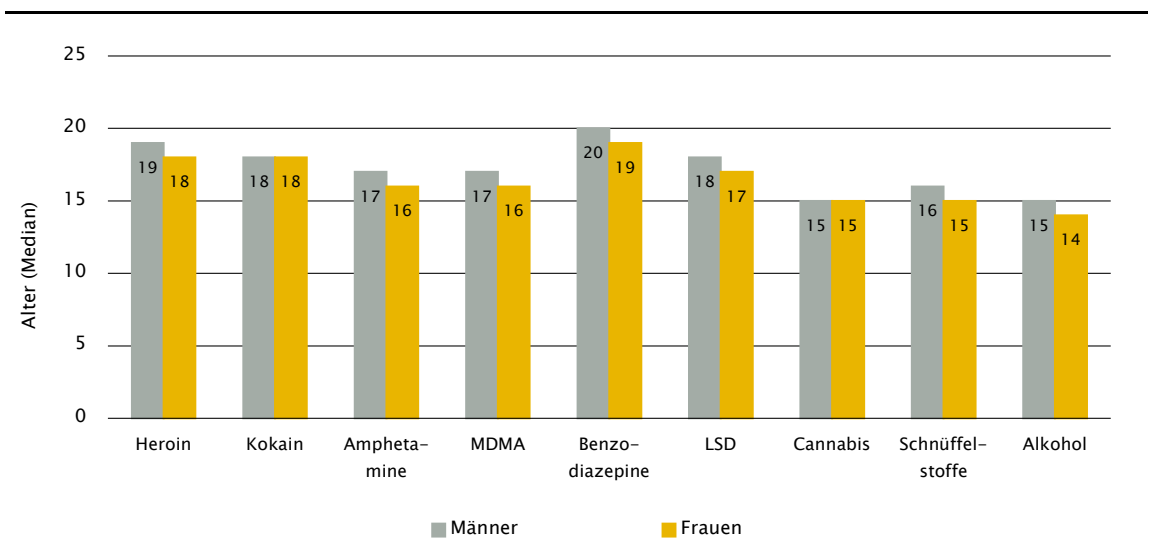


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertungen 2009 bis 2018

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

Abbildung 5.13:

Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2018 in Österreich mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begannen, nach Substanzen und Geschlecht



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2018

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

Personen in längerfristiger ambulanter Betreuung nannten am häufigsten Sniffen (45 %) als vorwiegende Einnahmeform von Heroin, gefolgt von intravenösem Konsum (32 %). Im stationären Setting erreichen die entsprechenden Werte 50 und 34 Prozent. Dieses interessante Ergebnis wurde im Rahmen des Schwerpunktkapitels des DOKLI-Berichts zum Klientenjahrgang 2007 vertiefend analysiert und auch publiziert (Busch/Eggerth 2010). Es wurden Hinweise gefunden, dass ein nicht unerheblicher Teil von Heroinkonsumierenden über die nasale Applikation in den Konsum ein- und erst nach einiger Zeit (wenn überhaupt) auf den intravenösen Drogenkonsum umsteigt. Möglichkeiten hinsichtlich präventiver Maßnahmen, die sich daraus ergeben, werden ebenfalls im DOKLI-Bericht über den Betreuungsjahrgang 2007 ausführlich dargestellt.

Die inhaltliche Detailanalyse der offenen Textangaben zu nicht standardmäßig in DOKLI erfassten Drogen zeigt, dass „andere Naturdrogen“, Methamphetamin und Pilze am häufigsten als Leitdrogen genannt werden, insgesamt aber hinsichtlich ihrer numerischen Größe kaum ins Gewicht fallen (vgl. Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1:

Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulanzien“ und „andere Drogen“ aller 10.878 ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen, 2018

Substanz	Leitdroge	Begleitdroge	Summe
andere Naturdrogen	83	263	346
Methamphetamin	120	174	294
Pilze	15	167	182
Ketamin	29	99	128
Mephedron	16	29	45
GHB	8	19	27
andere synthetische Cathinone	6	11	17
Räuchermischungen	4	9	13
Fentanyl (illegal)	3	5	8

Anmerkung: Es handelt sich um Mehrfachnennungen.

Quelle: DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2018; 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 65 Prozent. Intravenöser Drogenkonsum nimmt mit dem Alter aufgrund der Lebenszeitprävalenz zu, und in fast allen Betreuungssettings ist der Anteil i. v. Konsumierender bei den Frauen höher. Die häufigste Einnahmeform von Heroin ist Sniffen, gefolgt von Injizieren, wobei die Zahlen je nach Betreuungssetting variieren. Opioide und Cannabis spielen in allen Betreuungssettings – mit Ausnahme des niederschweligen Bereichs, in dem es fast ausschließlich die Opioide sind – eine dominierende Rolle als

Leitdroge. Die Zeitreihe der hierarchischen Leitdrogen bei Personen am Beginn einer ambulanten Betreuung zeigt jedoch bis zum Jahr 2013 eine Abnahme bei den Opioiden und eine Zunahme bei Cannabis. Seit 2013 setzt sich dieser Trend nicht eindeutig fort. Drogen wie Kokain und andere Stimulanzien weisen seit 2012 – im Vergleich zu den Vorjahren – etwas höhere Prozentanteile auf, sind nun aber seit mehreren Jahren stabil. Ob dies eine längerfristige Veränderung des risikoreichen Drogenkonsums bedeutet oder ob nun auch – unabhängig von den konsumierten Drogen – weniger problematische Fälle in drogenspezifische Behandlung aufgenommen werden, ist an den Zahlen nicht eindeutig ablesbar. Der Altersmedian liegt beim Erstkonsum der meisten Drogen zwischen 17 und 20 Jahren. Eine Ausnahme bilden hier Alkohol, Schnüffelstoffe und Cannabis, bei denen der Median zwischen 14 und 16 Jahren liegt.

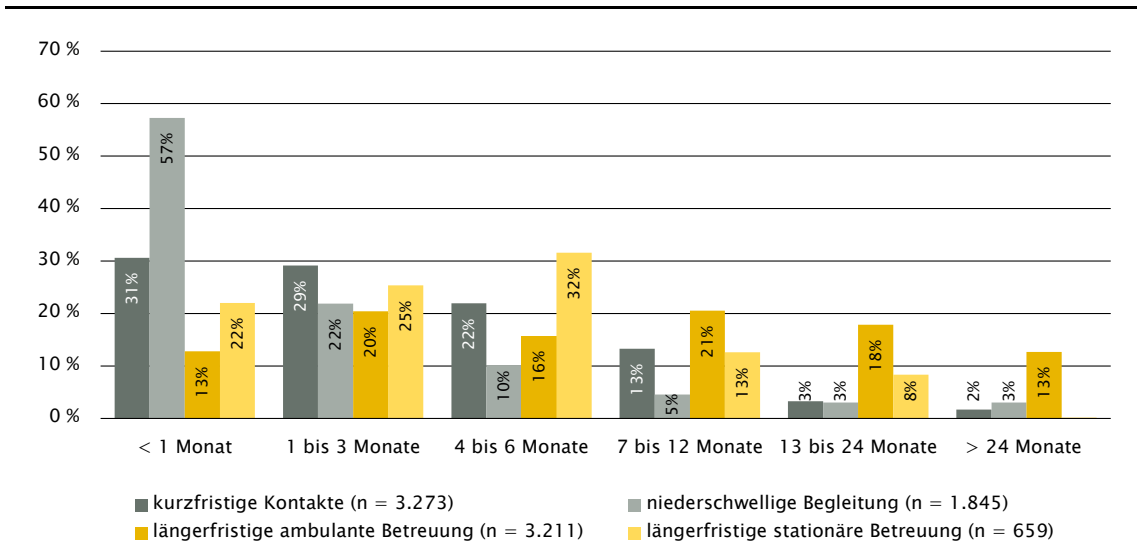
5.4 Situation zu Betreuungsende

Im Jahr 2018 beendeten 3.335 (59 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine kurzfristige Betreuung, 1.845 (64 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine niederschwellige, 3.266 (33 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine längerfristige ambulante und 659 (61 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine stationäre Betreuung.

Der Großteil (60 %) der beendeten kurzfristigen Betreuungen erstreckte sich lediglich über drei Monate, was aber in der Definition dieses Settings begründet ist. Auch die meisten der erfassten Betreuungen im stationären Setting dauerten maximal drei Monate (47 %). Dies dürfte auch die Realität in der stationären Drogenhilfe mit einer großen Anzahl an Betreuungsabbrüchen (55 %) widerspiegeln. Im längerfristigen ambulanten Bereich lief für 36 Prozent der Klientel die Betreuung über vier bis zwölf Monate und für weitere 31 Prozent länger als ein Jahr. Im niederschweligen Bereich dauerten 79 Prozent der Betreuungen bis zu drei Monate (vgl. DOKLI 60 im Annex und Abbildung 5.14). Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist jedenfalls zu beachten, dass kurze Betreuungsdauern teilweise auch methodisch verursacht werden: Im DOKLI-System müssen Betreuungssequenzen von Klientinnen und Klienten, die ohne entsprechende Abmachung länger als sechs Monate nicht in der Einrichtung erscheinen, abgeschlossen werden. Im Wiener DOKU-neu-System gilt diesbezüglich eine Frist von drei Monaten. Daten in puncto Betreuungsdauer sollten daher mit Vorsicht betrachtet werden.

Abbildung 5.14:

Dauer der Betreuung von Personen, die im Jahr 2018 ihre Betreuung beendeten, nach Setting

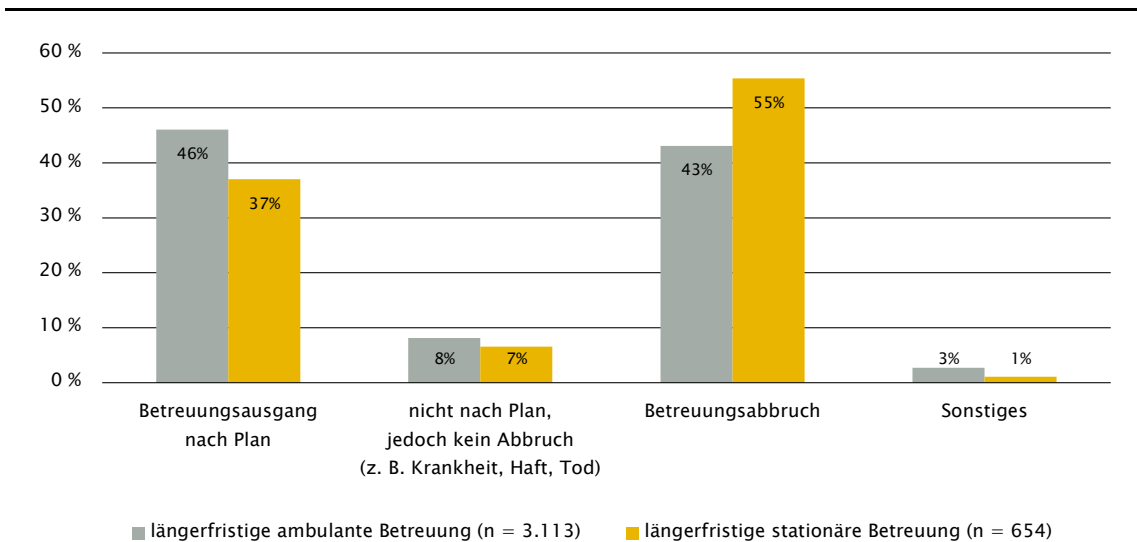


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2018

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

Abbildung 5.15:

Betreuungsausgang bei Personen, die im Jahr 2018 eine Betreuung beendeten, nach Betreuungsart



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2018

46 Prozent der ambulanten und 37 Prozent der stationären Betreuungen enden nach Plan (vgl. DOKLI 63 im Annex und Abbildung 5.15). Im stationären Bereich werden 55 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 46 Prozent der Betreuungen das Land die Kosten, 27 Prozent der abgeschlossenen Betreuungen weisen keinen fallbezogenen Kostenträger aus (vgl. DOKLI 61 im Annex), womit weitgehend der zu Betreuungsbeginn geplante Kostenträger erhalten bleibt (vgl. DOKLI 13 im Annex). Die Daten sind allerdings aufgrund der unterschiedlichen Grundgesamtheiten nicht direkt vergleichbar. Im stationären Bereich haben das Land, die Justiz und die Sozialversicherung (58 % bzw. 34 % und 15 % bei Mehrfachnennungen) die größte Relevanz als Kostenträger. Der geplante und der tatsächliche Kostenträger entsprechen einander weitgehend auch im stationären Bereich.

Zusammenfassung: Die Betreuungen dauern je nach Setting unterschiedlich lang, was teilweise im Setting selbst (z. B. bei kurzfristigen Kontakten) oder in den hohen Abbruchraten (55 %) 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 46 Prozent der längerfristigen ambulanten und 37 Prozent der stationären Betreuungen. Auch die Kostenträger unterscheiden sich nach dem Setting.

6 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle

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

6.1 Definition und Datengrundlage

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

Die Daten der Statistik und Analyse basieren auf den dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMSGK) übermittelten polizeilichen Meldungen (über mutmaßliche drogenbezogene Todesfälle), auf Verdachtsmeldungen der Landessanitätsdirektionen der Bundesländer sowie auf Fällen, die von gerichtsmedizinischen Instituten und gerichtsmedizinischen Privatgutachtern/-gutachterinnen als „Suchtgiftfälle“ übermittelt werden. Zusätzlich werden von der Statistik Austria jährlich nach Abschluss der allgemeinen Todesursachenstatistik Todesfälle mit ausgewählten suchtbefugten ICD-10-Codes übermittelt³⁰. 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 2018 wurden insgesamt Unterlagen von 361 Verdachtsfällen gesichtet. Nicht in die Statistik aufgenommen wurden vier Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft, die nicht in Österreich

30

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

gemeldet waren, bei denen es auch keinerlei Hinweise gab, dass sie in Österreich ihren Lebensmittelpunkt hatten (z. B. Urlauber/-innen). Diese Fälle gehen daher – wie in den Vorjahren – nicht in die Statistik ein, da sie keine Rückschlüsse auf die aktuelle Drogensituation in Österreich erlauben. Bei einem weiteren Verdachtsfall handelte es sich um eine Faulleiche, bei der die Gerichtsmedizin die Todesursache nicht mehr eruieren konnte.

In der Arbeitsgruppe³¹ „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 2018 wurden daher drei Personen, die an einer Überdosierung durch opioidhaltige verschreibungspflichtige Schmerzmittel (z. B. Fentanyl, Tramal) ohne weitere Suchtgifte verstarben, aus der Statistik ausgeschlossen.

6.2 Übersicht: Situation im Jahr 2018

Insgesamt wurden für das Jahr 2018 auf Basis von Obduktionsbefunden 160 tödliche Überdosierungen verifiziert. Weitere 24 – allerdings nicht obduzierte³² – 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 2018 von **184 direkt drogenbezogenen Todesfällen** ausgegangen.

31

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

32

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

Tödliche Überdosierungen betreffen vorrangig **Männer** (rund drei Viertel der Verstorbenen), die Verstorbenen waren im Schnitt (gruppiertes Median³³) 34,2 Jahre alt. Die meisten drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen finden sich in **Kärnten** (6,6), gefolgt von Wien (6,1). In absoluten Zahlen gesehen hat Wien im Vergleich zu den anderen Bundesländern jedoch die meisten drogenbezogenen Todesfälle³⁴.

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 2018 ergibt sich für Gesamtösterreich eine Rate von 3,1 Todesfällen pro 100.000 Einwohner/-innen zwischen 15 und 64 Jahren (2017: 2,6).

Bei 129 der insgesamt 157 durch ein Obduktionsgutachten inklusive ausführlicher toxikologischer Analyse verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle wurde auf Basis der gerichtsmedizinischen Obduktionsgutachten festgestellt, dass diese Personen unmittelbar an einer Überdosierung verstorben sind. Das heißt, dass es bei diesen Menschen infolge der hohen Toxizität der Substanz(en) zu einem funktionellen, protrahierten, zentralen Erstickensterben kam, das mit Herz- und Atemstillstand (zentrales Herz-Kreislauf-Versagen) endete (z. B. Hirnödem, Lungenödem etc.). In 27 der 157 Fälle trat der Tod durch eine im Zuge des Suchtmittelkonsums hervorgerufene weitere tödliche Ursache (Sekundärfolge) wie z. B. vom zentralen Nervensystem ausgelöstes Erbrechen mit Ersticken am Erbrochenen (die Hauptbronchien wurden verschlossen) ein, oder es kam infolge des Einatmens von Mageninhalt zu einer tödlichen Lungenentzündung (Aspirationspneumonie). Bei einer Person war aufgrund des Zustands der Leiche nicht mehr feststellbar, ob es sich um eine Sekundärfolge gehandelt hat oder nicht. In drei Fällen aller direkt drogenbezogenen Todesfälle (184) handelt es sich nachweislich um Suizide, d. h., es wurde z. B. ein Abschiedsbrief hinterlassen.

Zusammenfassung: Im Jahr 2018 starben insgesamt 184 Personen an einer Überdosierung. Das entspricht einer Rate von 3,1 Todesfällen pro 100.000 Einwohner/-innen zwischen 15 und 64 Jahren. Die meisten direkt drogenbezogenen Todesfälle pro Einwohner/-innen erfolgten in Kärnten (6,6), gefolgt von Wien (6,1). Etwa drei Viertel der Verstorbenen waren Männer. Ungefähr 80 Prozent der Betroffenen verstarben unmittelbar an den Folgen der hohen Toxizität, in etwa 20 Prozent an Sekundärfolgen der Überdosierung.

33

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).

34

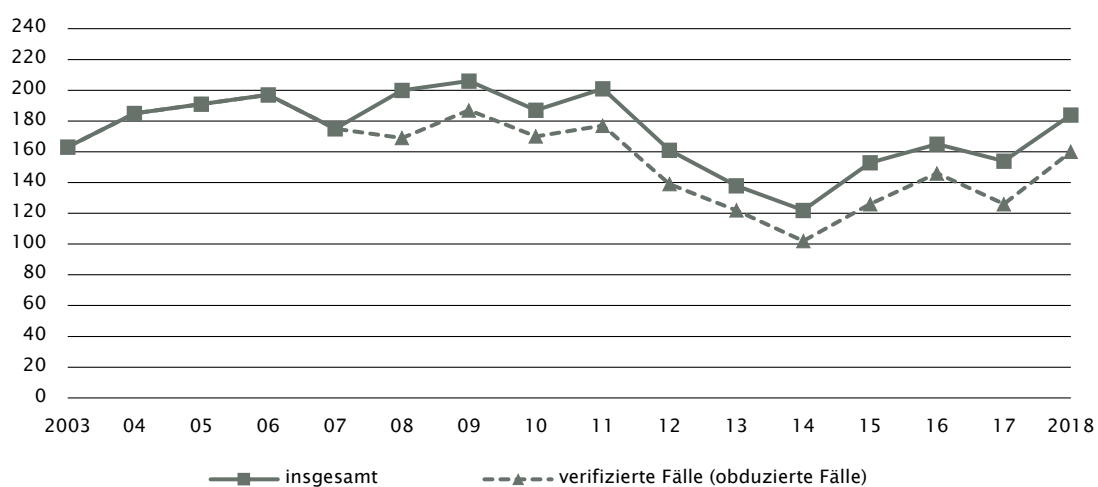
Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

6.3 Trends: Gesamt, regional und nach Altersgruppen

Von 2011 bis 2014 zeigt sich ein Rückgang der direkt drogenbezogenen Todesfälle. Im Jahr 2014 erreichten sie den niedrigsten Wert seit über zehn Jahren (vgl. Abbildung 6.1). Seither ist wieder ein Anstieg zu beobachten, der nur von einem neuerlichen Sinken im Jahr 2017 unterbrochen wurde.

Abbildung 6.1:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2003–2018 (absolut)



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

Die für drei Jahreswerte geglätteten Raten von 1993 bis 2018 sowie die obere und untere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls³⁵ veranschaulicht Abbildung 6.2.

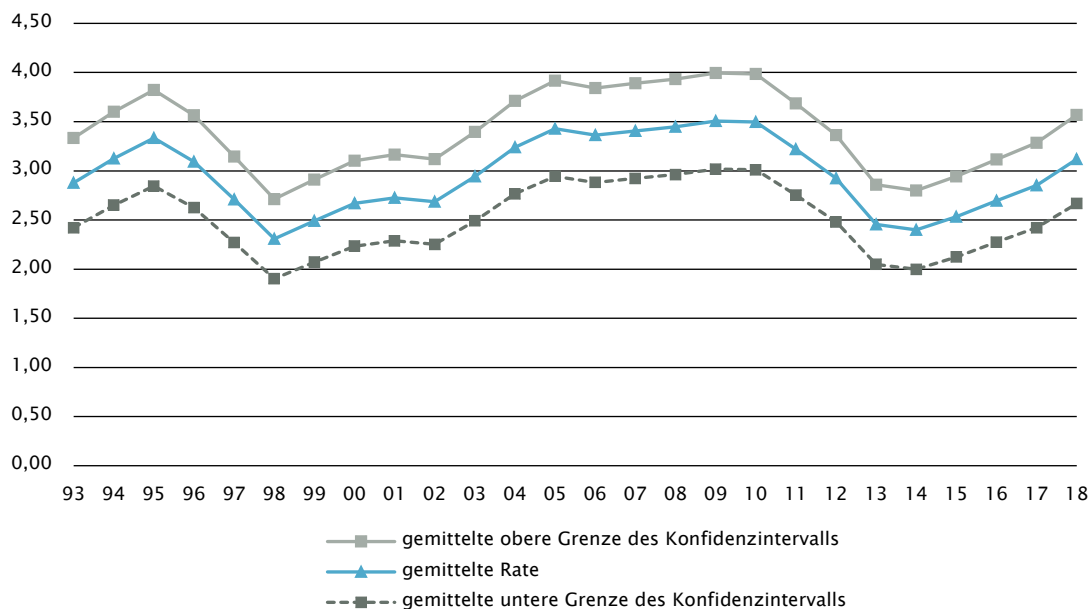
Es zeigt sich ein klarer und signifikanter Anstieg zu Beginn der 1990er-Jahre, gefolgt von sinkenden Raten ab Mitte der 1990er-Jahre. Von Beginn der 2000er-Jahre bis zu deren Mitte gibt es einen Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle, die danach auf gleichbleibend hohem Niveau verharren. Zwischen 2010 und 2014 gibt es einen stärkeren Rückgang auf gemittelt 2,4 direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen im Jahr 2014. Danach setzt sich die zu beobachtende wellenförmige Bewegung fort und die Rate steigt mit 3,1 Fällen pro 100.000 Einwohner/-innen (Rohwert) im Jahr 2018 erneut an.

35

Die geglätteten Raten stellen den Mittelwert von drei Jahren dar, um Zufallsschwankungen auszugleichen, d. h., 3,2 direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen für 2011 ist der Mittelwert aus den Jahren 2010, 2011 und 2012. Für 2018 wird der nichtgeglättete Wert dargestellt.

Abbildung 6.2:

95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993-2018, gemittelter Drei-Jahres-Wert



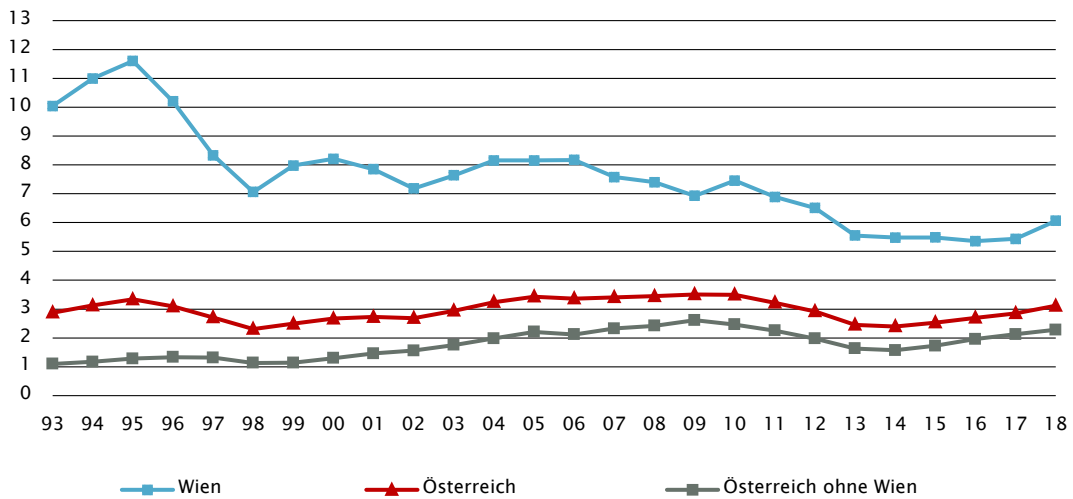
Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

Betrachtet man die Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen für die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen für Gesamtösterreich, Wien und Österreich ohne Wien (vgl. Abbildung 6.3), 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 6.3:

Drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Österreicher/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2018, gemittelter Drei-Jahres-Wert nach Region



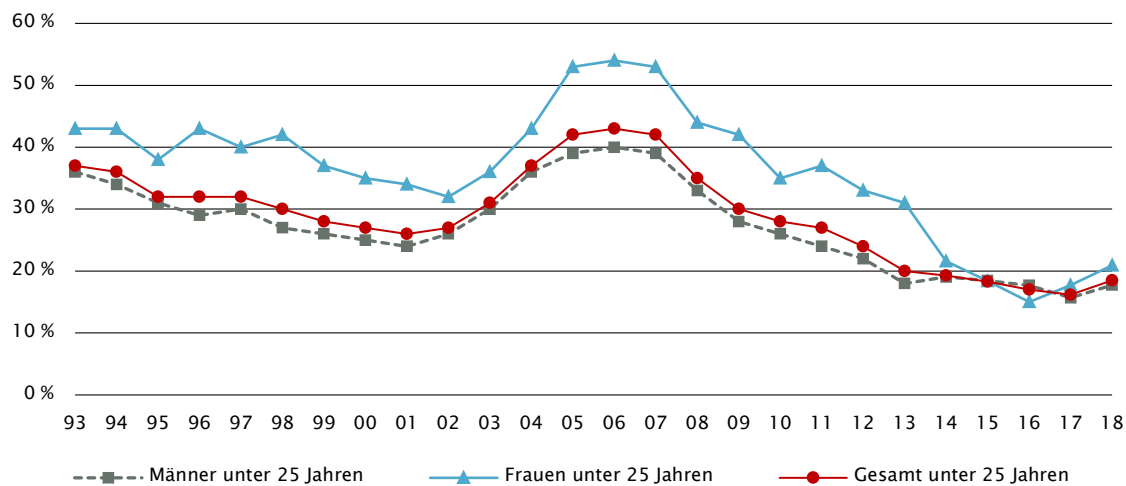
Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

Der Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle Mitte 2000er-Jahren (Abbildung 6.2) wurde von einem steigenden Anteil drogenbezogener Todesfälle, die Personen unter 25 Jahren betreffen (Abbildung 6.4), begleitet. Seit einem Höchstwert Mitte der 2000er-Jahre ist der Anteil drogenbezogener Todesfälle, die junge Menschen betreffen, bis 2013 wieder stark gesunken. Seit 2014 liegen die gemittelten Werte bei rund 20 Prozent (vgl. Abbildung 6.4).

Abbildung 6.4:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen, gemittelter Drei-Jahres-Wert nach Geschlecht in den Jahren 1993–2018



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 Mitte der 1990er- und 2000er-Jahre zu verzeichnen, wobei die Werte bis 2010 auf relativ hohem Niveau verharrten. Zwischen 2010 und 2014 sanken die Raten der drogenbezogenen Todesfälle insgesamt auf einen Tiefstwert, gefolgt von einem neuerlichen Anstieg. Während bis Mitte der 1990er-Jahre in Wien bis zu zehnfach höhere Sterberaten festgestellt wurden als in den anderen Bundesländern gemeinsam, hat sich dieser Abstand im weiteren Verlauf auf ein Dreifaches 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 rund 20 Prozent ein.

6.4 Fokus: Altersstruktur

Das Durchschnittsalter (gruppiertes Median) der in der Statistik im Jahr 2018 erfassten Todesopfer beträgt 34,2 Jahre (2017: 34,9; 2016: 34,1; 2015: 32,9; 2014: 34,8).

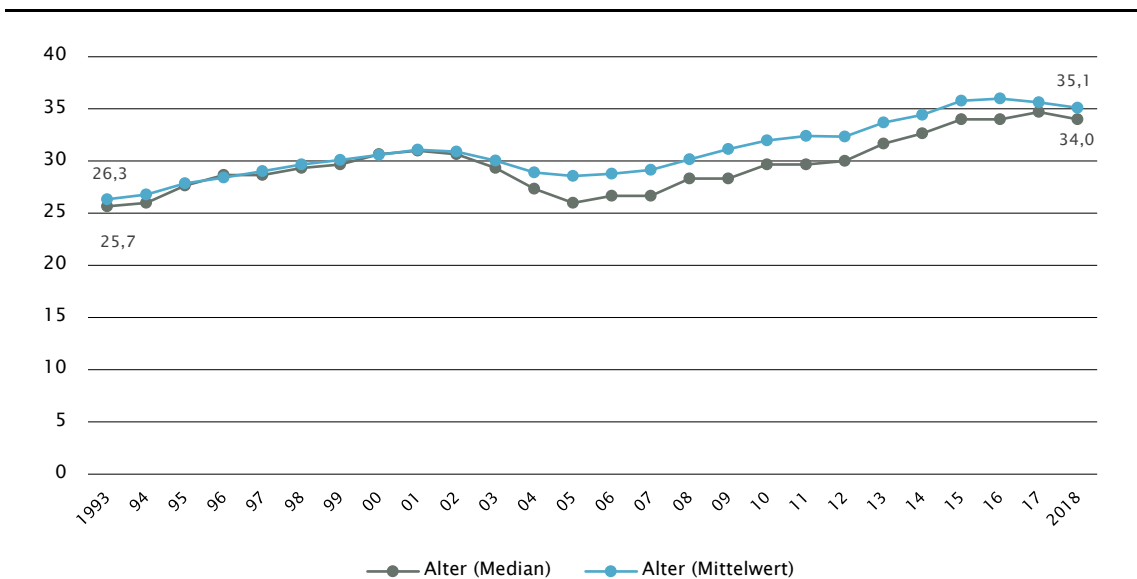
In Abschnitt 6.3 wurden die über 3 Jahre gemittelten Werte der unter 25-Jährigen im Zeitverlauf dargestellt, dies ermöglicht eine gute graphische Aufbereitung und erleichterte Trendinterpretation. Betrachtet man die Rohwerte der jeweiligen Jahre ergibt sich für 2018 und 2017 zum Vergleich folgendes Bild: Insgesamt liegt der Anteil der unter 25-Jährigen 2018 bei 18 Prozent und ist im Vergleich zum Vorjahr (15 %) etwas gestiegen. Relativierend muss dazu gesagt werden, dass der Anteil von 15 % im Vorjahr der niedrigste Wert seit den 1990er-Jahren war. Bei den Frauen

beträgt der Anteil der unter 25-Jährigen im Jahr 2018 21 Prozent, bei den Männern 18 Prozent. Da die Fallzahlen bei einer Splittung in Subgruppen sehr klein werden, schwanken die Rohwerte relativ stark.

Im Zeitverlauf sieht man, dass das Durchschnittsalter seit Anfang der 1990er-Jahre langsam, aber stetig zunimmt. D. h., die Tatsache, dass die Kohorte der risikoreich Konsumierenden altert, zeigt sich auch bei den drogenbezogenen Todesfällen. Bis Anfang der 2000er-Jahre liegen Median und arithmetisches Mittel (Mittelwert) eng zusammen. Der Median ist robuster, d. h., Ausreißer nach unten (sehr junge Menschen) oder oben (sehr alte Menschen) beeinflussen ihn nicht so sehr, wie sie das arithmetische Mittel beeinflussen. Der im Vergleich zum Median³⁶ höher liegende Mittelwert ab Mitte der 2000er-Jahre deutet darauf hin, dass es vermehrt Personen gibt, die deutlich älter sind als der Durchschnitt. Der Mittelwert liegt im Jahr 2018 bei einem Alter von knapp 35 Jahren (Rohwert), der Median bei 34 Jahren (Rohwert).

Abbildung 6.5:

Mittleres Alter bei den drogenbezogenen Todesfällen, gemittelter Drei-Jahres-Wert in den Jahren 1993-2018



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

Zusammenfassung: Das Durchschnittsalter der Personen, die an einer Überdosierung verstorben sind, ist seit 1993 um fast 10 Jahre gestiegen. Im Vergleich zum Vorjahr ist das durchschnittliche Alter jedoch wieder etwas gesunken und es gibt auch etwas mehr Todesfälle von Personen, die

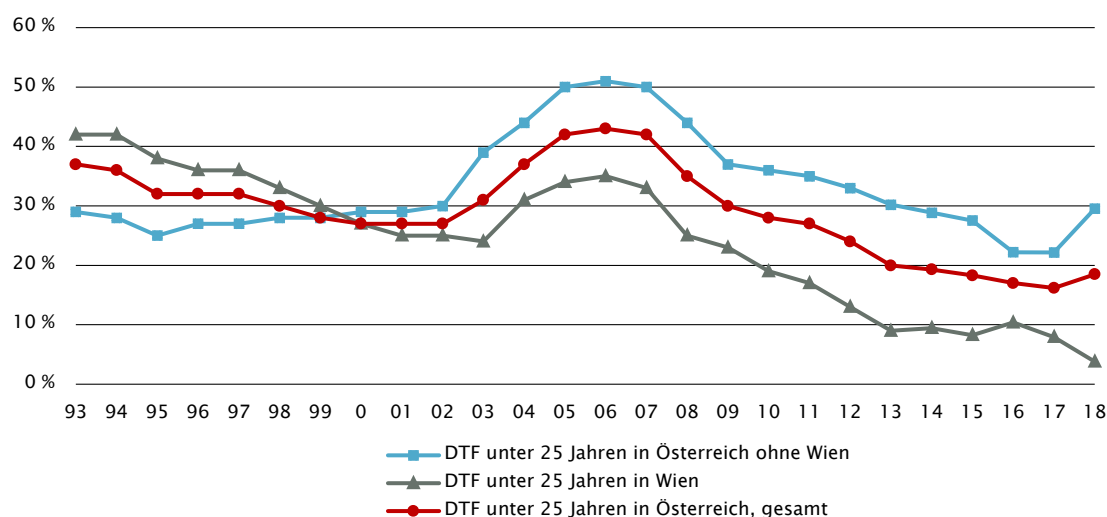
36

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

jünger als 25 Jahre alt waren (insgesamt 18 %). Ob es sich dabei um eine Trendwende handelt, kann erst der 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 Einwohner/-innen zwischen 15 und 64 Jahren) wieder. Am häufigsten verstarben Personen der relevanten Altersgruppe in Kärnten mit 6,6 Verstorbenen, gefolgt von Wien mit 6,1 Verstorbenen pro 100.000 Einwohner/-innen. Der hohe Anteil in Wien ist in Relation zur Anzahl der Problemkonsumenten/-konsumentinnen in Wien als mit Abstand größte Stadt Österreichs zu sehen³⁷. In Österreich gesamt liegt die Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährigen bei 3,1. Die Verschärfung der Situation in Kärnten zeichnet sich schon etwas länger ab. Die Gründe hierfür sollten vertiefend erforscht werden.

Abbildung 6.6:
Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen, gemittelter Drei-Jahres-Wert für Wien, Österreich ohne Wien, Österreich, 1993-2018



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

In Abbildung 6.6 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 wesentlich höher und lag Mitte der 2000er-Jahre bei 50 Prozent (im Vergleich zu unter 30 Prozent zu Beginn der 2000er-Jahre). Seitdem zeigte sich

37

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

insgesamt ein rückläufiger Trend. Seit 2016 zeigt sich eine gewisse Trendwende: Während in Wien die Anteile der Jungen zurückgehen, nehmen sie in den restlichen Bundesländern wieder zu.

Zusammenfassung: Der Anteil der unter 25-jährigen Personen, die an einer Überdosierung sterben, steigt in Österreich wieder leicht an. Der Anteil in Wien hat 2018 einen neuen Tiefstand erreicht. Die insgesamt leicht steigenden Zahlen sind daher auf Österreich ohne Wien zurückzuführen. Ob diese Ergebnisse auf einen neuen Trend hinweisen oder nicht, wird erst der Zeitverlauf zeigen.

6.5 Nachgewiesene Substanzen

6.5.1 Detailergebnisse 2018

In die nun folgende Analyse in Bezug auf die beteiligten Substanzen werden nur jene 157 Fälle aufgenommen, bei denen auf Basis einer aussagekräftigen toxikologischen Analyse eine genau spezifizierte Substanzzuweisung möglich war.

In 13 Prozent der 157 drogenbezogenen Todesfälle mit aussagekräftiger Toxikologie im Jahre 2018 wurden **ausschließlich illegale Drogen** (inklusive NPS) festgestellt (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination). In 54 Prozent der Fälle wurden neben illegalen Drogen bzw. NPS Psychopharmaka nachgewiesen, in 9 Prozent der Fälle Alkohol und in 24 Prozent beides – Alkohol und Psychopharmaka.

Reine Opioidintoxikationen (d. h. keine weiteren legalen oder illegalen Substanzen) waren in neun Fällen zu verzeichnen, davon fünf ausschließlich mit Morphin und einer mit Heroin. Der Anteil der reinen Opioidintoxikationen beträgt somit sechs Prozent (2017: 7 %; 2016: 5 %; 2015: 5 %; 2014: 10 %). Die reinen Opioidintoxikationen stellen einen sehr kleinen Teil der drogenbezogenen Todesfälle dar. 136 der 157 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) festgestellt. **Opioide** spielten somit in **insgesamt 92 Prozent der Fälle** eine Rolle (2017: 86 %; 2016: 91 %; 2015: 92 %; 2014: 93 %).

Heroin und Morphin sind auch im Jahr 2018 die am häufigsten festgestellten illegalen Substanzen (bei 113 Fällen wurde zumindest eine der beiden Substanzen nachgewiesen, das sind 72 %). Hinsichtlich einer Differenzierung zwischen Heroin, Morphin, Morphin in Retardform (z. B. das Substitutionsmittel Substitol®) ist Folgendes zu berücksichtigen: Es gibt keinen eindeutigen Marker, mit dem Morphin in Retardform im Körper identifiziert werden kann, daher fällt es in die Kategorie Morphin. Allerdings werden auch manche Fälle von Intoxikationen mit Heroin dieser Kategorie zugeordnet. Das hat folgenden Grund: Heroin wird im Körper ebenfalls zu Morphin abgebaut, im Harn wird jedoch im Falle von Heroinkonsum der dafür typische Marker von 6-MAM festgestellt. Die Testung nach diesem Abbaustoff erfolgt in Österreich nicht einheitlich bzw. unterscheidet sich

zwischen gerichtsmedizinischen und sanitätspolizeilichen Leichenöffnungen (laut Auskunft einzelner gerichtsmedizinischer Institute ist eine Testung auf 6-MAM Standard, auch wenn deren Ergebnis in den Gutachten nicht immer explizit angegeben wird). In der Statistik können also nur jene Fälle als Heroinintoxikation ausgewiesen werden, bei denen die Testung nach dem heroinspezifischen Marker vorgenommen und im Gutachten angeführt wurde. Bei den 24 Verstorbenen handelt es sich daher um eine Mindestzahl Verstorbener mit Beteiligung von Heroin (reine Heroinintoxikation: 1 Fall). Alle anderen Fälle werden der Kategorie Morphin zugeordnet, wobei von den 89 Fällen mit Beteiligung von Morphin lediglich fünf auf den alleinigen Konsum von Morphin (ohne weitere Suchtgifte, Alkohol oder Psychopharmaka) zurückzuführen sind.

Methadon wurde in 15 Prozent der Fälle nachgewiesen (2017: 15 %; 2016: 10 %; 2015: 16 %; 2014: 15 %), **sonstige Opioide** (wie z. B. Fentanyl, Buprenorphin, opioidhaltige NPS) in 20 Prozent (2017: 20 %; 2016: 26 %; 2015: 25 %; 2014: 24 %). **Fentanyl** wurde in fünf Fällen nachgewiesen. **Opioidhaltige NPS** (d. h. NPS, die zur Gruppe der synthetischen Opioide gehören) wurden im Jahr 2018 bei **keinem Fall** nachgewiesen (2017: 4 Fälle).

Kokain wurde in 22 Prozent (n = 35) der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt (2017: 25 %; 2016: 23 %; 2015: 22 %; 2014: 17 %; vgl. Abbildung 6.7), in keinem einzigen Fall handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere (illegale) Substanzen.

Bei 16 Personen wurden **sonstige Stimulanzien** (sämtliche Stimulanzien exklusive Kokain) nachgewiesen (10 %). Im Vergleich zum Vorjahr (16 %) ist der Anteil daher wieder gesunken. Bei neun dieser Fälle wurden mehrere Suchtgifte (inklusive Opiate) nachgewiesen, bei zwei Fällen mehrere Suchtgifte (ohne Opiate) – größtenteils auch Alkohol und/oder Psychopharmaka. Bei insgesamt fünf Fällen wurde nur ein Suchtgift / NPS festgestellt, wobei es sich nur bei zwei Fällen um eine Monointoxikation handelt, bei denen weder Alkohol noch Psychopharmaka 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 sieben Fällen nachgewiesen (2017: 9 Fälle; 2016: 10 Fälle; 2015: 7 Fälle; 2014: 3 Fälle; 2013: 4 Fälle; 2012: 5 Fälle; 2011: 4 Fälle). In zwei Fällen handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere Substanzen, in einem Fall um eine Intoxikation in Kombination mit Alkohol und in vier Fällen waren u. a. Opiate beteiligt. In vier der sieben Fälle war die nachgewiesene Menge im toxischen Bereich. Diese Fälle dürften in Zusammenhang mit verstärkt im Umlauf befindlichen Ecstasy-Tabletten mit sehr hoher Dosierung stehen.
- » **Methamphetamin** wurde insgesamt bei drei Fällen festgestellt (2017: 11 Fälle; 2016: 5 Fälle; 2015: 3 Fälle; 2014: 4 Fälle; 2013: 1 Fall; 2012: 2 Fälle). Bei allen drei Fällen handelte es sich um Mischintoxikationen mit anderen illegalen bzw. auch legalen Substanzen.
- » **NPS** der Kategorie **Stimulanzien** wurden in einem Fall nachgewiesen, und zwar in Kombination mit Psychopharmaka. Es handelte sich dabei um die Substanz Clephedron, die der Gruppe der Cathinone zugeordnet wird.
- » In je einem Fall wurde neben anderen (illegalen) Substanzen **Mephedron** sowie **Methylphenidat** (Wirkstoff von z. B. Ritalin) nachgewiesen.

Neue psychoaktive Substanzen (NPS) wurden im Jahr 2018 insgesamt bei fünf Personen, die an einer Überdosierung starben, nachgewiesen (2017: 9 Fälle; 2016: 2 Fälle). NPS der Gruppe der synthetischen Opiode wurden keine nachgewiesen, NPS des Typs Stimulanzien bei einer Person („Clephedron“), NPS des Typs Cannabinoide („5f-adb“) bzw. sonstige NPS („Ketamin“) bei jeweils zwei Personen. In keinem Fall handelte es sich um eine Monointoxikation ohne andere legale oder illegale Substanzen. Im Vergleich zum Vorjahr gibt es weniger NPS-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 78 Prozent im Jahr 2018 erhöht (vgl. Abbildung 6.7). Insgesamt wurden bei den Fällen, bei denen Psychopharmaka nachgewiesen wurden (122), bei 89 Prozent Benzodiazepine, bei 38 Prozent Antidepressiva, bei 33 Prozent Neuroleptika und bei 27 % Antiepileptika nachgewiesen. Bei jeweils weniger als zehn Prozent wurden Z-Medikamente oder andere psychoaktive Medikamente (z. B. Barbiturate) nachgewiesen.

Alkohol wurde bei insgesamt 33 Prozent (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 (2017: 7 %; 2016: 4 %; 2015: 7 %; 2014: 9 %).

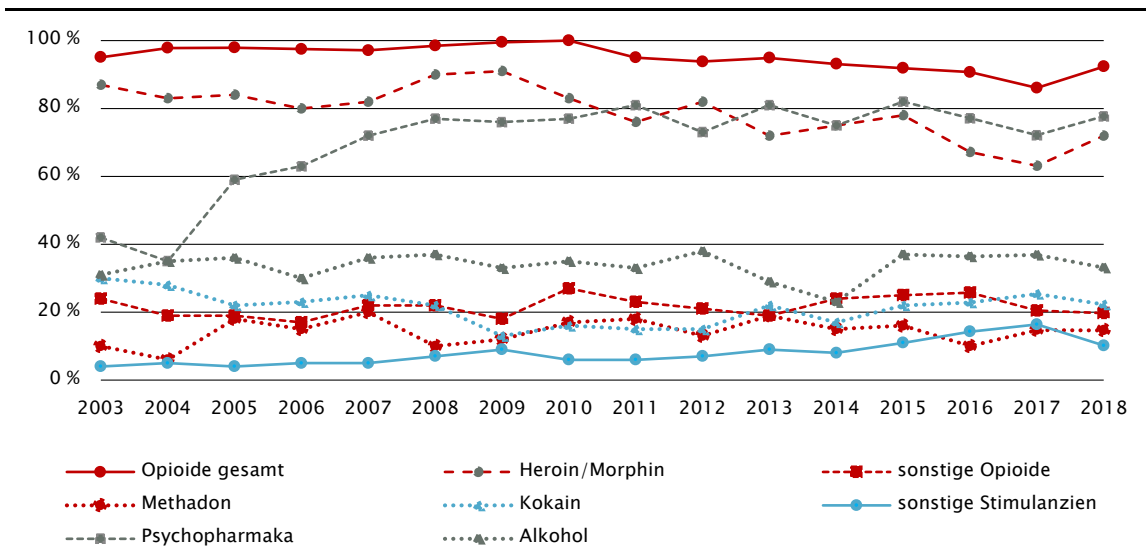
Zusammenfassung: Mischintoxikationen, d. h. die Kombination mehrerer legaler und/oder illegaler Substanzen sind für einen Großteil der Todesfälle verantwortlich. Opiode sind bei den nachgewiesenen Substanzen nach wie vor die Nummer eins. Insgesamt sind die todesursächlichen Konsummuster daher ähnlich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

6.5.2 Nachgewiesene Substanzen im Zeitverlauf

Über den Zeitverlauf sind Opiode die Nummer eins bei den nachgewiesenen Substanzen. Daran ändert auch eine tendenzielle Abnahme in den Jahren 2011 bis 2017 nichts. Dem niedrigsten Anteil mit 86 Prozent aller Todesfälle im Jahr 2017 folgt 2018 wieder ein Anstieg auf 92 Prozent (vgl. Abbildung 6.7). Die beiden Opiode Heroin und Morphin werden bei den drogenbezogenen Todesfällen am häufigsten nachgewiesen. Das merkbare Sinken der Anteile seit dem Jahr 2015 scheint auch hier mit einem deutlichen Anstieg im Jahr 2018 durchbrochen zu sein. Methadon und sonstige Opiate liegen deutlich unter Heroin/Morphin und schwanken in den meisten Jahren um die 20 Prozent. Die Beteiligung von Kokain war 2003 mit 30 Prozent am höchsten und ging bis 2009 auf 13 Prozent zurück. Seither schwankt sein Wert um die 20 Prozent. Sonstige Stimulanzien bewegen sich seit Anfang der 2000er-Jahre auf niedrigem Niveau, der leichte Anstieg der letzten Jahre geht 2018 wieder etwas zurück. Die Anteile der Psychopharmaka stiegen zwischen 2004 und 2011 und pendeln sich seither bei ca. 80 Prozent ein, im Jahr 2018 wurden sie bei 78 Prozent der

Fälle nachgewiesen. Alkohol wurde seit 2003 in rund 30 bis 40 Prozent der Fälle nachgewiesen, nur im Jahr 2014 sank der Wert kurzfristig unter 30 Prozent.

Abbildung 6.7:
Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2018



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 (z. B. U-47700).

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

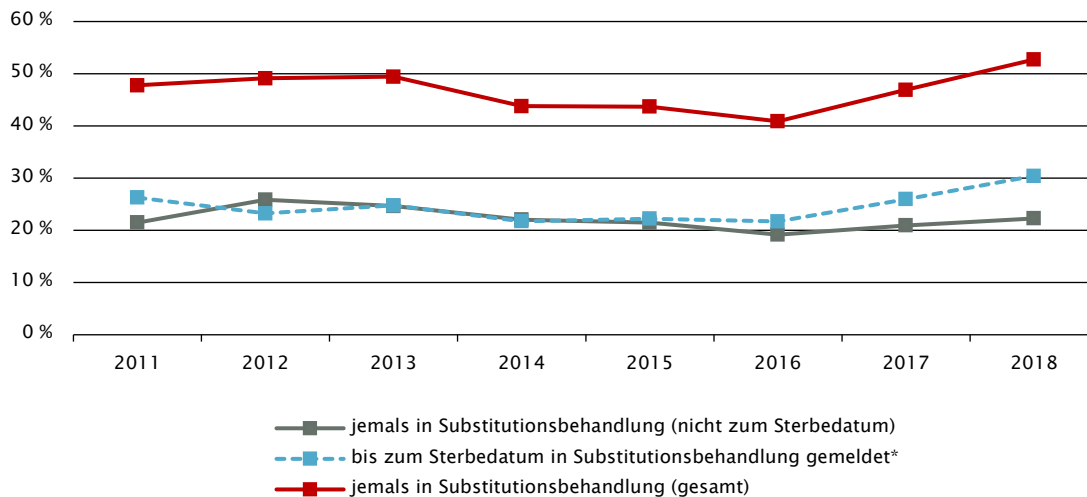
Zusammenfassung: An der Dominanz von Opioiden hat sich in den letzten Jahren nichts geändert, die tendenzielle Abnahme, die seit 2011 zu beobachten war, setzt sich 2018 nicht fort. Kokain und andere Stimulanzien werden weiterhin deutlich seltener bei den Todesfällen festgestellt als Opiode. Stimulanzien (exklusive Kokain) stiegen bis 2017 auf niedrigem Niveau etwas an, sind aber 2018 wieder etwas rückläufig.

6.6 Substitutionsbehandlung

Von den 184 direkt drogenbezogenen Todesfällen befanden sich 56 Personen bis zu ihrem Todestag in Substitutionsbehandlung. Weitere 41 waren bereits einmal in ihrem Leben in Substitutionsbehandlung. Rund die Hälfte der im Jahr 2018 an Überdosierung Verstorbenen hatten einmal in ihrem Leben Kontakt zum Substitutionssystem.

Abbildung 6.8:

Anteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle, bei denen die/der Betroffene in Substitutionsbehandlung war, an allen direkt drogenbezogenen Todesfällen 2011–2018, gemittelter Drei-Jahres-Wert in Prozent



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

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

6.7 Auffindungsort

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 (73 %). In Hotels, Heimen, Notunterkünften u. ä. kam es bei zwölf Prozent zur Überdosierung. In fünf Prozent der Fälle waren die Auffindungsorte im öffentlichen Bereich wie z. B. U-Bahn oder Toiletten und bei drei Prozent in Haftanstalten. Eine Person wurde in einem Aufenthaltsraum eines Krankenhauses tot aufgefunden. In sechs Prozent der Fälle konnte der Auffindungsort nicht eruiert werden.

Zusammenfassung: Da der weitaus größte Teil tödlicher Überdosierungen in privaten Räumlichkeiten geschieht, ist anzunehmen, dass ein Großteil des risikoreichen Drogenkonsums im (scheinbar) geschützten privaten Rahmen stattfindet. Dieser Umstand kann aber das Ausbleiben rascher Hilfe bei Intoxikationen bedeuten und so das Risiko einer tödlich verlaufenden Überdosierung erhöhen³⁸.

38

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

7 Tabak- und verwandte Erzeugnisse

Der Konsum von Tabak verursacht zahlreiche Krankheiten und gilt deshalb als eines der bedeutendsten vermeidbaren Gesundheitsrisiken (RKI 2008; WHO 2015). Zu seinen Spätfolgen zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, Atemwegserkrankungen wie z. B. COPD, chronische Bronchitis oder Asthma und bösartige Neubildungen wie Lungenkrebs, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs u. a. (Singer et al. 2011). Für das Jahr 2016 wird geschätzt, dass 10.200 Todesfälle bzw. 13 Prozent aller Todesfälle auf das Rauchen von Tabak (inklusive Passivrauchen) zurückzuführen sind (Global Burden of Disease Results Tool). Eine genaue Darstellung der tabakassoziierten Mortalität findet sich in Abschnitt 7.5.

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

Das Spektrum an Tabakerzeugnissen bzw. verwandten Erzeugnissen hat sich in den letzten Jahren erweitert. Nach wie vor sind Zigaretten die beliebteste Art, Tabak zu konsumieren, denn 98,5 Prozent der täglich Rauchenden konsumieren Zigaretten (Klimont/Baldaszi 2015). Die nachfolgenden Abschnitte (7.1 und 7.2) fokussieren auf den Tabakkonsum³⁹. Rauchfreie Tabakerzeugnisse⁴⁰, Wasserpfeifen / Shishas sowie E-Zigaretten werden in Abschnitt 7.3 dargestellt, sie werden in Österreich jedoch vergleichsweise selten konsumiert und es gibt auch wenige Datenquellen dazu (Strizek/Uhl 2016b).

Als Datengrundlagen in Bezug auf das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen werden die österreichweite HBSC-Studie⁴¹ und die ESPAD-Erhebung⁴² herangezogen. Für die Bevölkerung ab

39

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

40

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

41

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

42

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

15 Jahren wird die österreichweite Gesundheitsbefragung (ATHIS⁴³) bzw. die Erhebungsreihe „Befragung zum Substanzgebrauch“ herangezogen.

7.1 Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen

Laut den beiden aktuellsten Schülerbefragungen, HBSC⁴⁴ 2018 und ESPAD⁴⁵ 2015, rauchen aktuell 7 (HBSC 2018) bzw. 16 Prozent (ESPAD 2015) der 15-Jährigen⁴⁶ täglich. Ein Drittel (HBSC 2018) bis die Hälfte (ESPAD 2015) der 15-jährigen Schüler/-innen gibt an, bereits erste Erfahrungen mit dem Rauchen von Zigaretten gemacht zu haben (Felder-Puig et al. 2019; Strizek/Uhl 2016c).

In beiden Erhebungsreihen zeigt sich ein eindeutiger Rückgang in der Rauchprävalenz von Kindern und Jugendlichen in Österreich (vgl. Abbildung 7.1). Im Europäischen Vergleich liegt Österreich nach diesem Rückgang allerdings nach wie vor leicht (HBSC 2014) bzw. deutlich (ESPAD 2015)⁴⁷ über dem Durchschnitt (vgl. Abbildung 7.2) (The ESPAD Group 2016; WHO 2016).

Schüler/-innen aus Berufsschulen und polytechnischen Schulen berichten häufiger von Tabakkonsum als solche anderer Schulformen. Ebenfalls häufiger rauchen Schüler/-innen aus kleinen Gemeinden (< 5.000 EW). Keine Unterschiede zeigen sich hingegen beim Anteil der täglich Rauchenden zwischen 15-jährigen Burschen und Mädchen (vgl. Abbildung 7.1) (Felder-Puig et al. 2019; Strizek/Uhl 2016c).

43

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

44

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

45

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

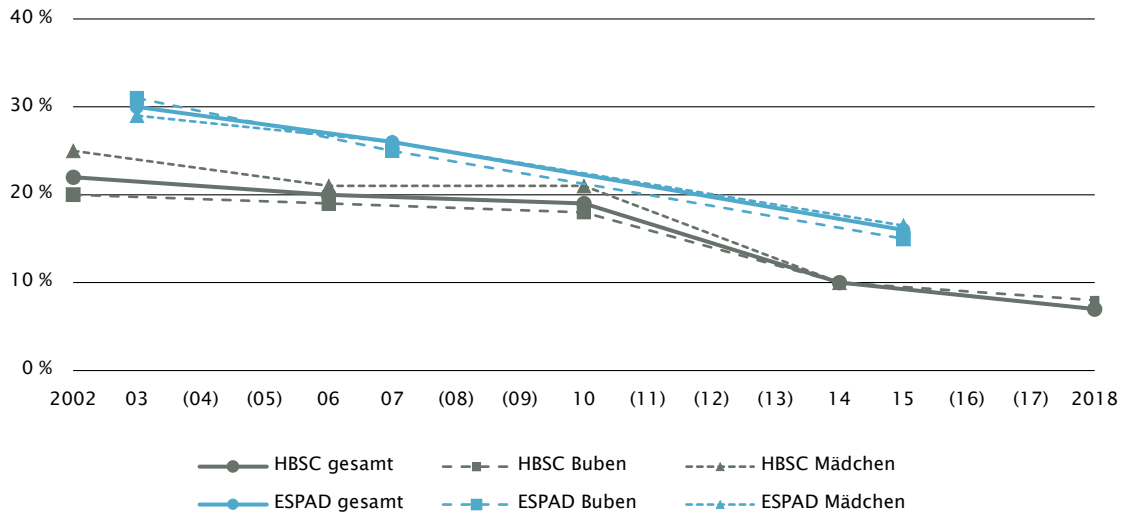
46

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.

47

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

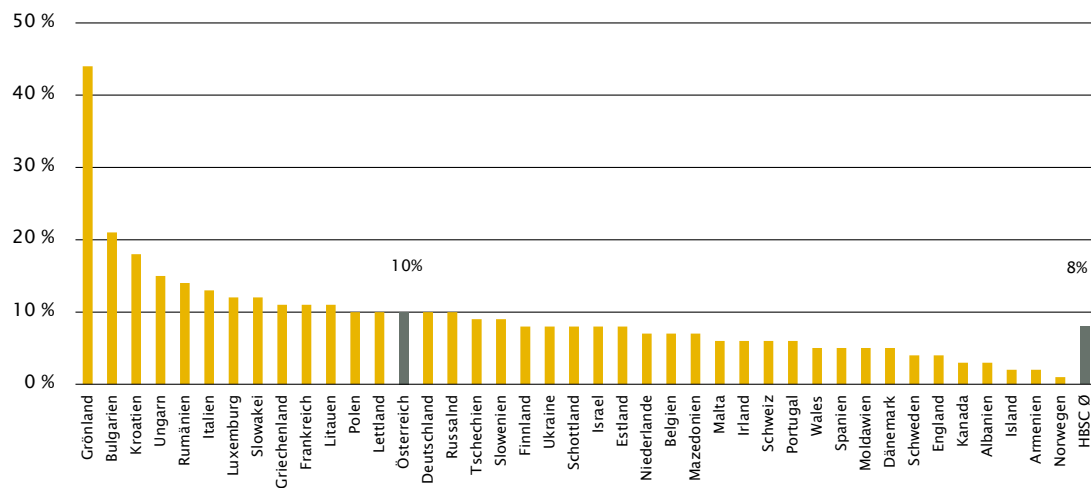
Abbildung 7.1:
Anteil der täglich rauchenden 15-Jährigen, 2002-2018



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

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

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



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

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

7.2 Tabakkonsum in der Bevölkerung ab 15 Jahren

Laut den beiden aktuellsten Befragungen in Hinblick auf das Rauchverhalten in der Bevölkerung rauchen 21 Prozent (Befragung zum Substanzgebrauch 2015) bzw. 24 Prozent (ATHIS⁴⁸ 2014) der Altersgruppe 15+ täglich (Klimont/Baldaszi 2015; Strizek/Uhl 2016b).

Betrachtet man die Ergebnisse der Erhebungsreihe „Befragung zum Substanzgebrauch“ (2004, 2008 und 2015)⁴⁹, so zeigt das aktuelle Ergebnis einen eindeutigen Rückgang im Tabakkonsum. Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragungen der Statistik Austria (ATHIS 2006/2007 und 2014) dokumentieren gleichbleibende Werte über diese Zeitspanne (vgl. Abbildung 7.3).

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

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 7.3). Bei den auf das Geschlecht bezogenen sich einander angleichenden Rauchquoten in der Gesamtbevölkerung sind Kohorteneffekte zu beobachten, d. h., dass auf Generationen mit großen Unterschieden im Rauchverhalten nach Geschlecht, zumindest seit Beginn des 20. Jahrhunderts, Generationen mit immer geringeren Unterschieden folgen (Mikrozensus 1979, 1986, 1997, ATHIS 2006/2007).

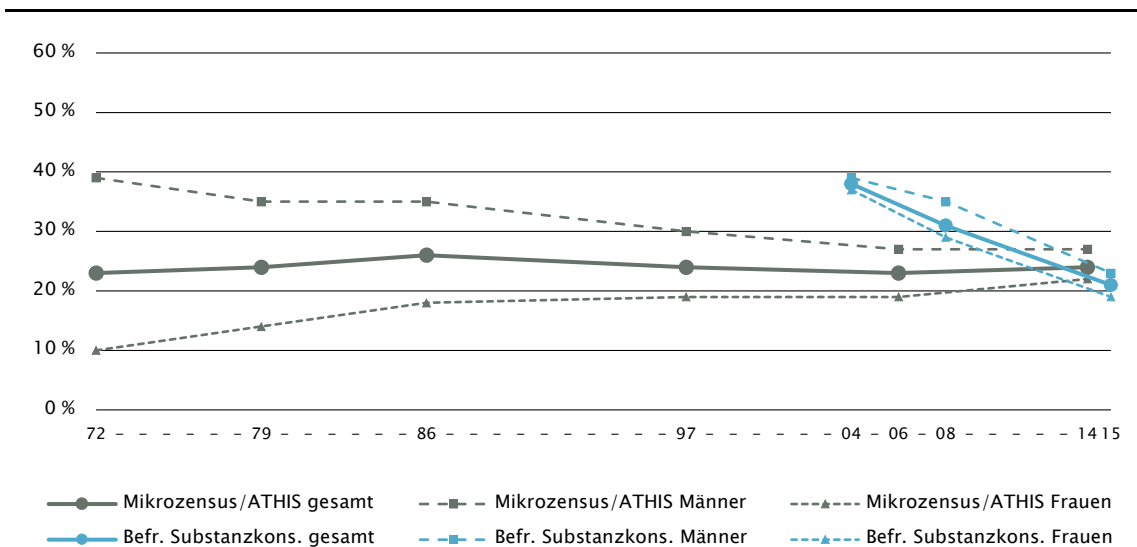
48

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

49

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

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

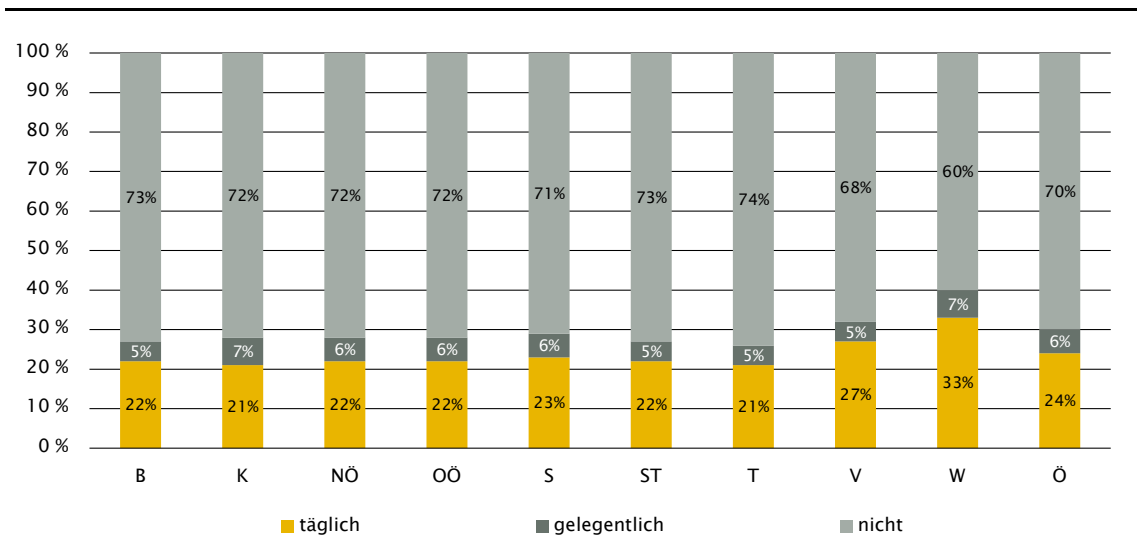


Anmerkung: Mit einem Symbol versehene Jahre stellen tatsächliche Erhebungszeitpunkte dar. Die Ergebnisse der Erhebungen im Rahmen des Mikrozensus 1972, 1979 und 1986 beziehen sich auf die Bevölkerung 16+. In den Befragungen über den Substanzgebrauch wurden bei der Frage nach dem aktuellen Rauchstatus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

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

Im Bundesländervergleich zeigt sich, dass der Anteil der täglich Rauchenden in Wien und Vorarlberg höher ist als in den übrigen Bundesländern (vgl. Abbildung 7.4).

Abbildung 7.4:
Rauchstatus der Bevölkerung 15+ im Bundesländervergleich 2014

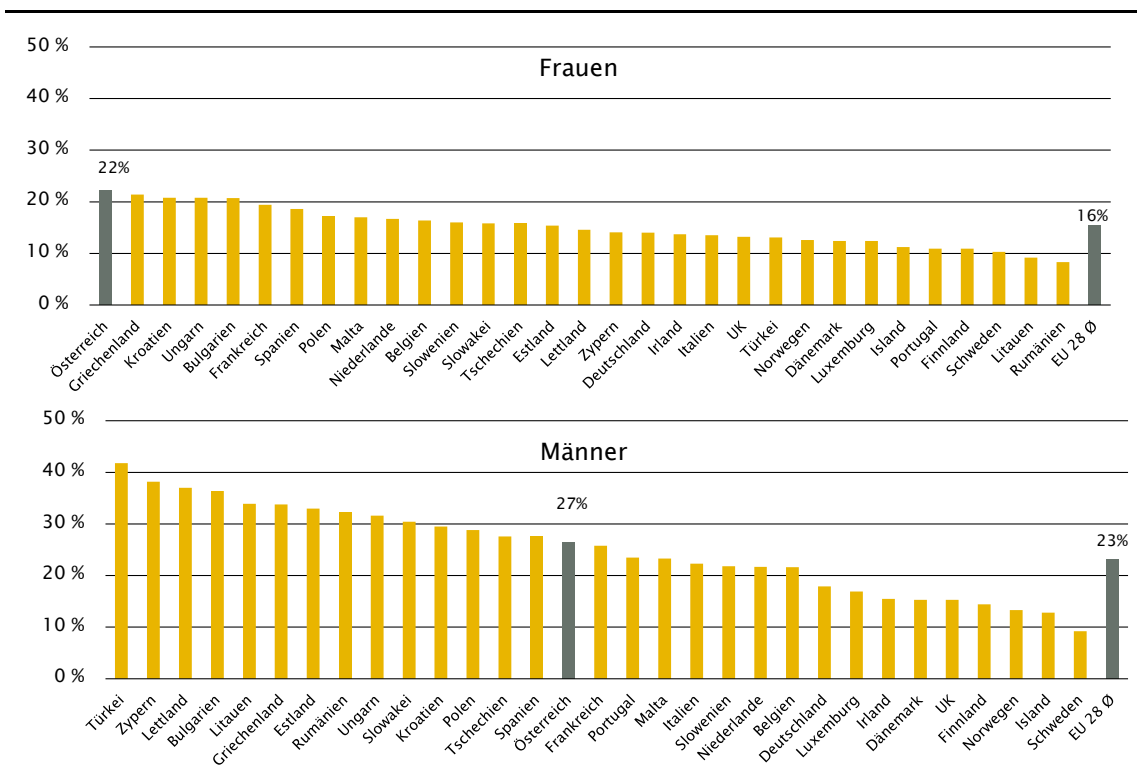


Quelle: ATHIS 2014; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

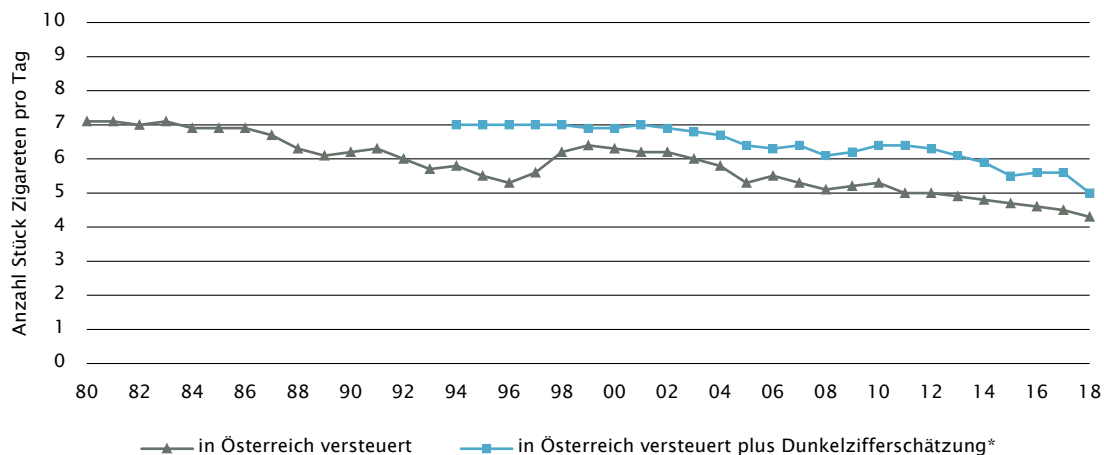
Betrachtet man die täglich Rauchenden im europäischen Vergleich getrennt nach Geschlecht, so zeigt sich, dass Österreich bei den täglich rauchenden Frauen mit 22 Prozent an erster Stelle steht (EU-28-Durchschnitt bei Frauen: 16 %). Bei den täglich rauchenden Männern liegt Österreich mit 27 Prozent im europäischen Mittelfeld und über dem EU-28-Durchschnitt von 23 Prozent (vgl. Abbildung 7.5).

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



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

Abbildung 7.6:
Durchschnittlicher täglicher Konsum von Zigaretten in der Bevölkerung 15+, 1980–2018



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

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

Aktuelle Verkaufszahlen und Dunkelzifferschätzungen ergeben für das Jahr 2018 einen Zigarettenkonsum von 4,3 bis 5 Stück pro Kopf und Tag. Bei den Verkaufszahlen zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr erneut ein Rückgang, bei der geschätzten Dunkelziffer zeigt sich ebenfalls ein Rückgang. Im längerfristigen Trend zeigt sich sowohl bei den Verkaufszahlen als auch bei den Dunkelzifferschätzungen ein leichter Rückgang, etwas deutlicher seit 2010 (vgl. Abbildung 7.6)⁵⁰.

Die Umsatzstatistik von Großhändlern zeigt zwischen 2009 und 2018 einen Anstieg bei Pfeifentabaken. Ein Rückgang zeigt sich bei Zigaretten. Bei Kautabaken zeigte sich zunächst – vermutlich als Folge verschärfter Rauchverbote – ein starker Anstieg von 2009 bis 2016. Daraufhin folgte – als direkte Reaktion auf das Verbot des Inverkehrbringens von Kautabaken – ein abrupter Rückgang von 2016 auf 2017⁵¹ (vgl. TABAK 3 im Annex).

50

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.

51

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

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

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

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

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

Wasserpfeifen/Shishas

Lediglich 0,3 Prozent der Bevölkerung 15+ gaben 2015 an, täglich oder fast täglich Wasserpfeife oder Shisha zu rauchen (Befragung zum Substanzgebrauch 2015). Weitere 2,3 Prozent gaben an, diese in den letzten 30 Tagen gelegentlich/sporadisch geraucht zu haben. Die Werte sind bei Männern jeweils höher als bei Frauen. Am höchsten ist der Anteil der täglich Wasserpfeifen bzw. Shishas Rauchenden mit einem Prozent bei den 20- bis 24-Jährigen (Strizek/Uhl 2016a). Bei Kindern und Jugendlichen wurde der tägliche Konsum von Wasserpfeife bzw. Shisha im Rahmen von ESPAD und HBSC bisher noch nicht abgefragt. Bei der diesbezüglichen Monatsprävalenz zeigt sich jedoch bei ESPAD, dass sie bei Jugendlichen schon nahe an die Monatsprävalenz von Zigaretten heranreicht (15-Jährige: 19 % Wasserpfeife / Shisha, 24 % Zigaretten). Auch bei HBSC 2018 zeigt sich zumindest bei Buben, dass die Monatsprävalenz von Wasserpfeifen bzw. Shishas an die von Zigaretten heranreicht (15-Jährige bzw. 9. Schulstufe: 22 % Shisha vs. 18 % Zigaretten). Bei Mädchen liegt laut HBSC 2018 die Monatsprävalenz von Wasserpfeifen bzw. Shishas unter der von Zigaretten (15-Jährige bzw. 9. Schulstufe: 14 % Shisha vs. 20 % Zigaretten) (Felder-Puig et al. 2019; Strizek/Uhl 2016c).

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

Vor allem in den nachfolgenden Generationen ist die Lebenszeitprävalenz sehr hoch (ESPAD 2015 15-Jährige: 50 %, 16-Jährige: 62 %; HBSC 2018 15-Jährige bzw. Schüler und Schülerinnen der 9. Schulstufe: 40 % der Buben und 33 % der Mädchen, 17-Jährige bzw. Schüler und Schülerinnen der 11. Schulstufe: 60 % der Buben und 50 % der Mädchen). Zudem zeigt sich bei HBSC 2018, dass bei Schülerinnen und Schülern der 9. und 11. Schulstufe (15- und 17-Jährige) die Lebenszeitprävalenz von Wasserpfeifen bzw. Shishas bei Mädchen an die von Zigaretten heranreicht und bei Buben die Lebenszeitprävalenz von Zigaretten klar übersteigt (Buben 40 bzw. 60 % bei Shishas vs. 34 bzw. 47 % bei Zigaretten) (Felder-Puig et al. 2019; Strizek/Uhl 2016c). Am höchsten ist die Lebenszeitprävalenz mit 71 Prozent zurzeit bei den 20- bis 24-Jährigen (Strizek/Uhl 2016a).

E-Zigaretten, E-Shishas, E-Pfeifen

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

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

Bei der letzten ESPAD-Erhebung (2015) gaben 30 Prozent der 15-jährigen Schülerinnen und Schüler an, bereits einmal eine E-Zigarette probiert zu haben. Sechs Prozent gaben an, in den letzten 30 Tagen E-Zigarette gedampft zu haben. Bei HBSC 2018 gaben 44 Prozent der 15-jährigen Schüler (9. Schulstufe) und 31 Prozent der 15-jährigen Schülerinnen an, bereits einmal eine E-Zigarette probiert zu haben. 20 Prozent der Buben und elf Prozent der Mädchen gaben an, in den letzten 30 Tagen E-Zigarette gedampft zu haben. Der tägliche Konsum wurde bei beiden Erhebungsreihen noch nicht abgefragt (Felder-Puig et al. 2019; Strizek/Uhl 2016c).

Konsum von rauchfreien Tabakerzeugnissen

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

Ergebnisse der Eurobarometerbefragungen bezüglich der Lebenszeitprävalenz rauchfreier Tabakerzeugnisse (Kautabak, Schnupftabak oder Snus) zeigen für Österreicherinnen und Österreicher (15+) zwischen 2009 und 2017 keinen klaren Trend. Die Ergebnisse liegen zwischen 10 und

17 Prozent (2009: 11 %, 2012: 17 %, 2015: 10 %, 2017: 12 %) (European Commission 2010; European Commission 2012; European Commission 2015; European Commission 2017).

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

Zusammenfassung: Zwar probieren immer mehr Personen (vor allem die jungen Generationen) Wasserpfeifen / Shishas bzw. E-Zigaretten und dergleichen aus, der tägliche und auch der regelmäßige Konsum in der Bevölkerung ab 15 Jahren sind jedoch gering. Ebenfalls gering sind der tägliche und auch der regelmäßige Konsum rauchfreier Tabakerzeugnisse. Bei den Schülerinnen und Schülern (ESPAD, HBSC) wurde der tägliche Konsum von Wasserpfeifen / Shishas und E-Zigaretten bisher noch nicht abgefragt. Ergebnisse in Betreff der Monatsprävalenz zeigen, dass etwa ein Fünftel der 15-Jährigen in den letzten 30 Tagen Wasserpfeife / Shisha geraucht hat. Etwa ein Sechstel hat in diesem Zeitraum E-Zigarette gedampft. Der Konsum rauchfreier Tabakerzeugnisse wurde bei Schülerinnen und Schülern (ESPAD, HBSC) noch nicht abgefragt. Sowohl Wasserpfeifen bzw. Shishas als auch E-Zigaretten werden von Buben und Männern häufiger konsumiert als von Mädchen und Frauen.

7.4 Passivrauchen

Laut ATHIS-Befragung 2014 sind 15 Prozent der Personen im Alter von 15 Jahren und älter täglich mindestens eine Stunde Passivrauch ausgesetzt, weitere 14 Prozent weniger als eine Stunde pro Tag.⁵²

Männer sind häufiger als Frauen Passivrauch ausgesetzt. 17 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen sind mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt, weitere 17 Prozent der Männer und 10 Prozent der Frauen weniger als eine Stunde pro Tag. Bei jüngeren Personen ist die Passivrauchexposition häufiger als bei älteren Personen. 22 Prozent der 15- bis 29-Jährigen, 16 Prozent der 30- bis 59-Jährigen und 6 Prozent der Personen 60+ sind mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt.

Ebenfalls häufiger Passivrauch ausgesetzt sind Personen mit Migrationshintergrund (beide Eltern im Ausland geboren), Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss und Personen mit niedrigerem Haushaltseinkommen. 22 Prozent der Personen mit Migrationshintergrund und 13 Prozent der Personen ohne Migrationshintergrund (jeweils 15 Jahre und älter) geben an, mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt zu sein. 16 Prozent der Personen mit maximal Pflicht-

52

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.

schulabschluss, 15 Prozent der Personen mit Lehr- oder BMS-Abschluss und 8 Prozent der Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (jeweils 30 Jahre und älter) geben an, mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt zu sein. 15 Prozent der Personen mit einem Haushaltseinkommen unter dem 1. Quintil und 12 Prozent der Personen mit einem Haushaltseinkommen zwischen dem 4. und dem 5. Quintil (jeweils 30 Jahre und älter) geben an, mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt zu sein.

Im Europäischen Vergleich (EU-28 exkl. Irland) liegt Österreich – laut EHIS 2014⁵³ – bei der Passivrauchexposition (mindestens eine Stunde täglich) mit 15 Prozent deutlich über dem europäischen Durchschnitt von 11 Prozent und weist die fünftöchste Prävalenz auf (Eurostat – European Health Interview Survey 2014, abgefragt 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).

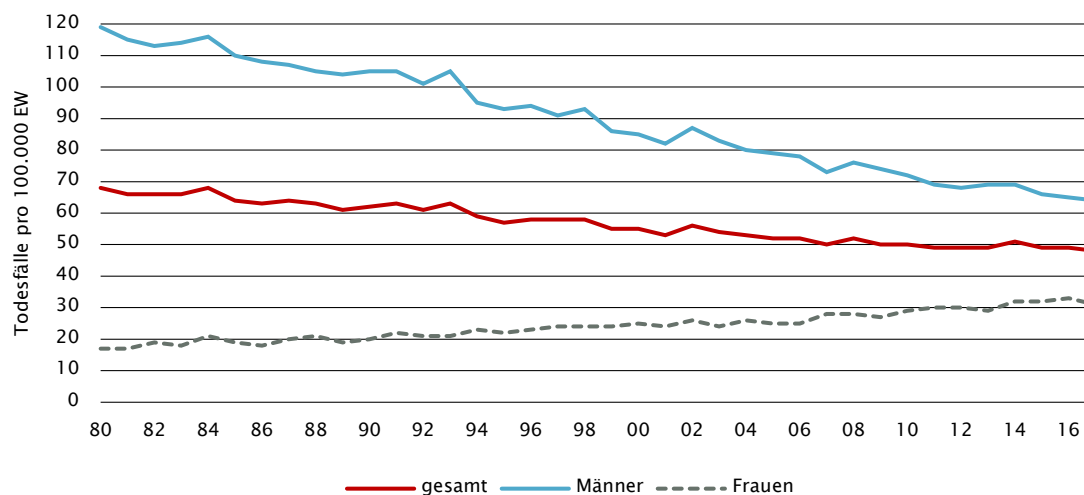
Die geschlechtsspezifische Mortalität hinsichtlich Bronchialkarzinomen zeigt in den letzten Jahrzehnten einen Rückgang bei Männern und einen Anstieg bei Frauen (vgl. Abbildung 7.7) und korrespondiert mit dem Verlauf des Rauchverhaltens von Männern und Frauen (vgl. Abbildung 7.3). 2017 sind 2.402 Männer und 1.472 Frauen infolge eines Bronchialkarzinoms gestorben (2016 bei Männern: 2.414, bei Frauen: 1.534). 30 Prozent waren unter 65 Jahre alt (Statistik Austria – Todesursachenstatistik).

53

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 7.7:

Entwicklung der Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen infolge von Bronchialkarzinomen (C34, ICD 10), 1980-2017



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1980–2017 sowie Statistik des Bevölkerungsstandes 1980–2017; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Rahmen des „Global Burden of Disease“-Monitorings wird für Österreich für das Jahr 2017 geschätzt, dass ca. 12.100 Todesfälle bzw. 15 Prozent aller Todesfälle auf das Rauchen von Tabak (inklusive Passivrauchen) zurückzuführen sind ((Global Burden of Disease Viz Hub), abgerufen am 03. 04. 2019).

Zusammenfassung: Im Jahr 2017 verstarben 2.402 Männer und 1.472 Frauen infolge eines Bronchialkarzinoms, das großteils durch Tabakrauchen verursacht wird. 30 Prozent der Verstorbenen waren unter 65 Jahre alt. Die Werte hinsichtlich Rauchverhalten und Sterblichkeit infolge von Lungenerkrankungen der Männer und der Frauen gleichen sich in den letzten Jahrzehnten einander immer mehr an.

7.6 Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören

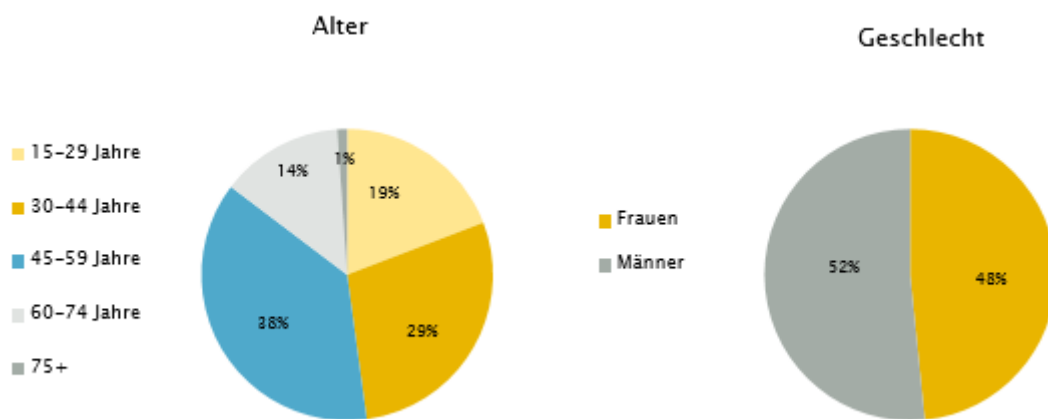
Der Anteil der Rauchenden, die im letzten Jahr erfolglos versuchten, das Rauchen aufzugeben, ist hoch. 32 Prozent der täglich Rauchenden (31 % der 15- bis 59-Jährigen und 41 % im Alter 60+)

gaben dies in der ATHIS-Befragung 2014 an.⁵⁴ Das entspricht hochgerechnet ca. 560.000 Personen (rund 8 % der Bevölkerung 15+). Etwa die Hälfte davon sind Frauen; der Großteil ist zwischen 30 und 59 Jahre alt (vgl. Abbildung 7.8).

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

Abbildung 7.8:

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



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

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

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

54

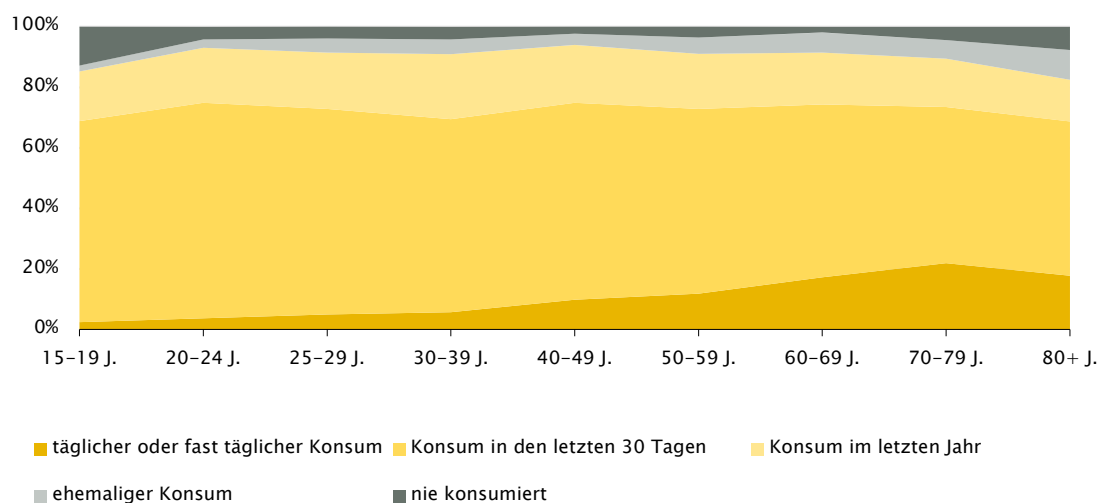
Gefragt wurden hier Personen, die täglich Tabak rauchen. Die genaue Frageformulierung lautete: „Haben Sie im letzten Jahr ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?“

8 Alkoholkonsum

8.1 Charakteristik und Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich

Alkohol⁵⁵ 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 täglich⁵⁶ tut, wobei dieser Anteil tendenziell mit zunehmendem Alter ansteigt (vgl. Abbildung 8.1).

Abbildung 8.1:
Konsumprävalenz Alkohol nach Altersgruppen



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

55

Das vorliegende Kapitel wurde dem Epidemiologiebericht Sucht 2018 entnommen, eine Aktualisierung ist für 2020 geplant. 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).

56

definiert als Alkoholkonsum an 5 bis 6 Tagen pro Woche

Laut der Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2015 (Strizek/Uhl 2016b) haben über alle Altersgruppen hinweg etwa 14 Prozent der Befragten in den letzten zwölf Monaten **täglich oder fast täglich** Alkohol getrunken, wobei dies Männer deutlich häufiger tun (ca. 21 %) als Frauen (7 %). Die Gesundheitsbefragung ATHIS (Klimont/Baldaszi 2015) kommt auf deutlich niedrigere Werte (13 % für Männer bzw. 4 % für Frauen), die allerdings zum Teil dadurch zustande kommen, dass hier im Gegensatz zur Repräsentativerhebung Rohwerte und nicht „korrigierte“ Werte⁵⁷ verwendet werden.

Etwa ein Viertel aller Frauen (25 %) und ein Achtel aller Männer (12 %) in Österreich lebte laut Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch in den letzten zwölf Monaten **alkoholabstinent oder zumindest fast abstinent**⁵⁸, wobei hier die österreichische Gesundheitsbefragung auf sehr ähnliche Werte (12 % der Männer und 22 % der Frauen) kommt. Vollkommen abstinent lebten laut Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch sieben Prozent der männlichen und elf Prozent der weiblichen Befragten.

Gemessen auf Basis von Produktions- und Verkaufsstatistiken, ist der durchschnittliche **Pro-Kopf-Konsum von Alkohol** in einer längerfristigen Perspektive seit den 1970er-Jahren rückläufig (vgl. Abbildung 8.2). Im Jahr 2016 wurden in der Bevölkerung ab 15 Jahren pro Kopf etwa 25 Gramm Alkohol pro Tag konsumiert. Diese Menge entspricht etwas mehr als einem großen Bier oder einem Viertelliter Wein.

57

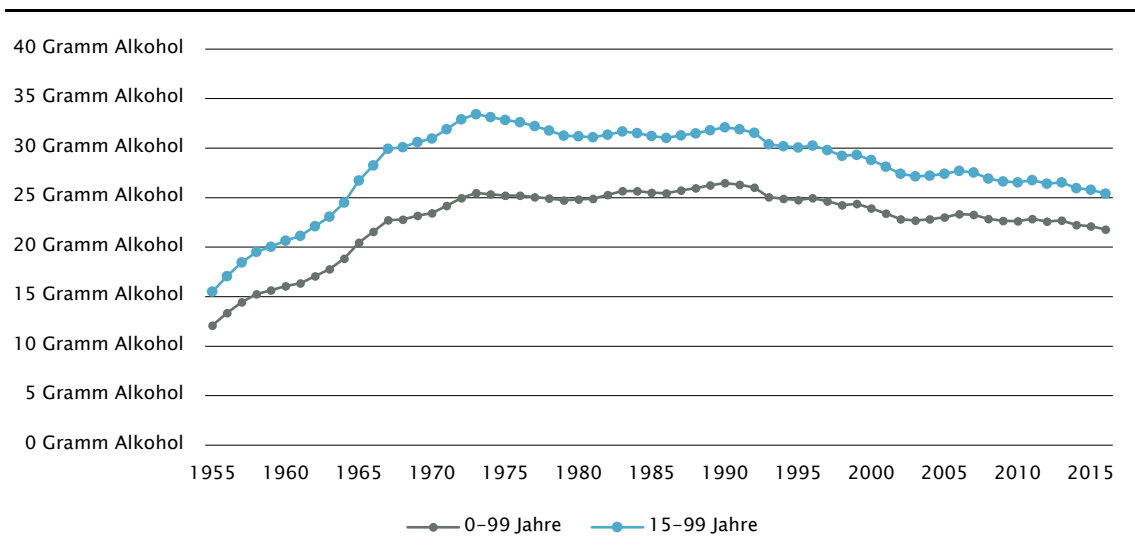
Die Sinnhaftigkeit eines solchen Korrekturverfahrens ergibt sich dadurch, dass wiederholt und in unterschiedlichen Ländern festgestellt wurde, dass die auf Basis von Selbstangaben errechneten durchschnittlichen Alkoholkonsummengen aus unterschiedlichen Gründen nur rund 30 bis 40 Prozent des Pro-Kopf-Konsums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

58

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

Abbildung 8.2:

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



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

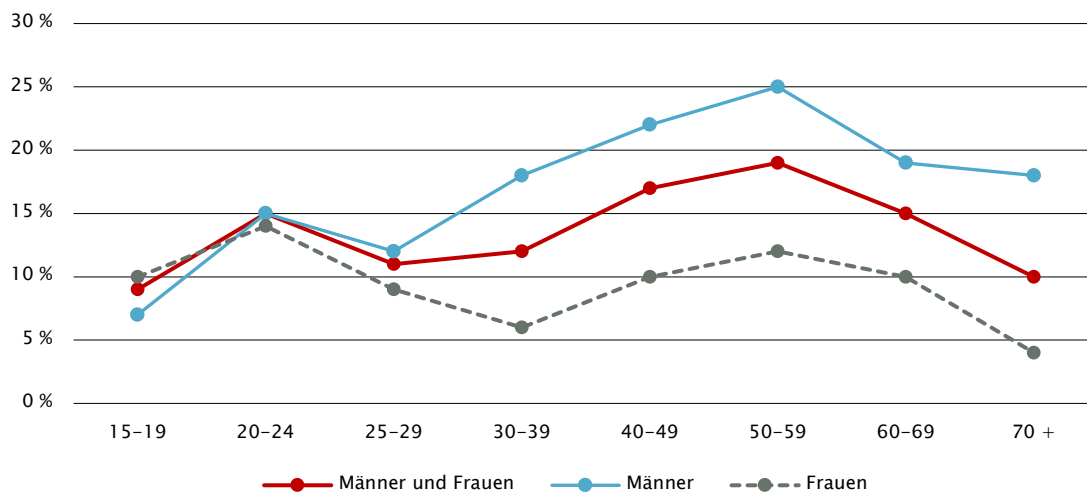
Zusammenfassung: Alkoholkonsum ist weiter verbreitet und findet sozial integrierter statt als der Konsum anderer gesundheitsgefährdender psychoaktiver Substanzen, er findet bei vielen Menschen bis ins hohe Alter statt. Männer trinken häufiger täglich Alkohol als Frauen. Seit den 1970er-Jahren ist die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

8.2 Problematischer Alkoholkonsum in der erwachsenen Bevölkerung

Probleme durch Alkoholkonsum ergeben sich in erster Linie durch die toxische Wirkung des chronischen Missbrauchs, d. h. eines Konsums großer Mengen Alkohol über einen längeren Zeitraum hinweg, oder durch die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. In beiden Fällen trifft dieses Problem durch die Latenzzeit dieser Erkrankungen in erster Linie erwachsene Personen. Als Grenzwerte für eine Konsummenge, die mit einem deutlich erhöhten Risiko einer Gesundheitsgefährdung für gesunde erwachsene Personen verbunden ist, werden in Österreich seit vielen Jahren ein täglicher Konsum von 40 Gramm Reinalkohol für Frauen bzw. 60 Gramm Reinalkohol für Männer definiert (Uhl et al. 2009a). Werden diese Grenzwerte auf die korrigierten Angaben (siehe Fußnote 57) der Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2015 angewandt, zeigt jede(r) siebte Österreicher/-in (19 % der Männer bzw. 9 % der Frauen) einen **gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum**. Abbildung 8.3 verdeutlicht nicht nur die enormen Geschlechtsunterschiede, sondern auch, dass problematischer Alkoholkonsum bis ins höhere Erwachsenenalter (50 bis 60 Jahre) ansteigt und erst danach – unter anderem aufgrund der erhöhten Mortalität von Alkoholikern/Alkoholikerinnen – wieder deutlich abnimmt.

Abbildung 8.3:

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



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

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

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

8.3 Alkoholkonsum bei Jugendlichen

Auch unter 14- bis 17-jährigen Jugendlichen hat laut ESPAD-Erhebung⁵⁹ von 2015 (Strizek et al. 2016) die große Mehrheit (88 %) zumindest schon einmal im Leben Alkohol getrunken. Etwa zwei

59

Daten in Bezug auf Alkoholkonsum unter Jugendlichen entstammen im Wesentlichen zwei im Vier-Jahres-Rhythmus durchgeführten Schulerhebungen, die allerdings nicht exakt dieselbe Zielgruppe erfassen. Die Erhebung European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) zielt auch auf Jugendliche in der 9. und 10. Schulstufe ab, die zwischen 14 und 17 Jahre alt sind, aber größtenteils auf 15- und 16-jährige Schüler/-innen. Inhalt der Erhebung sind ausschließlich der Konsum von und Einstellungen zu psychoaktiven Substanzen. Die Erhebung Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) zielt unabhängig von der Schulstufe auf 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler/-innen ab und hat allgemeine Aspekte des Gesundheitsverhaltens zum Inhalt.

Drittel der befragten Schüler/-innen (67 %) haben in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert. Referenzwerte aus der HBSC-Studie von 2014 (Ramelow et al. 2015) kommen auf etwas niedrigere Werte⁶⁰.

20 Prozent der bei ESPAD befragten Jugendlichen berichten davon, in den letzten 30 Tagen mindestens einmal stärker berauscht gewesen zu sein, ein ähnlicher Wert (gerundet 19 %) ergibt sich auch bei den 15-jährigen Schülern/Schülerinnen der HBSC-Erhebung. **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 Konsumerfahrenheit sein können. Etwa vier Prozent der Befragten geben allerdings an, dass sie in den letzten 30 Tagen dreimal oder häufiger stark berauscht waren. Auch andere Indikatoren eines **potenziell problematischen Alkoholkonsums** aus der ESPAD-Studie weisen darauf hin, dass etwa vier bis sechs Prozent der befragten Schüler/-innen ein Konsumverhalten zeigen, dass aufgrund von Konsumfrequenz (Konsum an 20 von 30 Tagen) und Konsummenge (mehr als 40 bzw. 60 Gramm Alkohol pro Tag) längerfristig mit einem relevanten Gesundheitsrisiko verbunden ist.

In Summe fallen Geschlechtsunterschiede im Alkoholkonsumverhalten sowohl laut ESPAD als auch laut HSBC bei Jugendlichen entschieden weniger eindeutig aus, als dies bei erwachsenen Personen der Fall ist. Deutlicher fallen hingegen laut ESPAD 2015 **Unterschiede zwischen Schultypen** sowie Unterschiede zwischen ländlichen und urbanen Regionen⁶¹ aus. Schüler/-innen aus polytechnischen Schulen und Berufsschulen trinken deutlich häufiger und risikoreicher als jene aus weiterführenden Schulen, ebenso wie Schüler/-innen aus ländlichen Regionen häufiger und risikoreicher Alkohol konsumieren als solche in urbanen Regionen (Strizek et al. 2016).

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

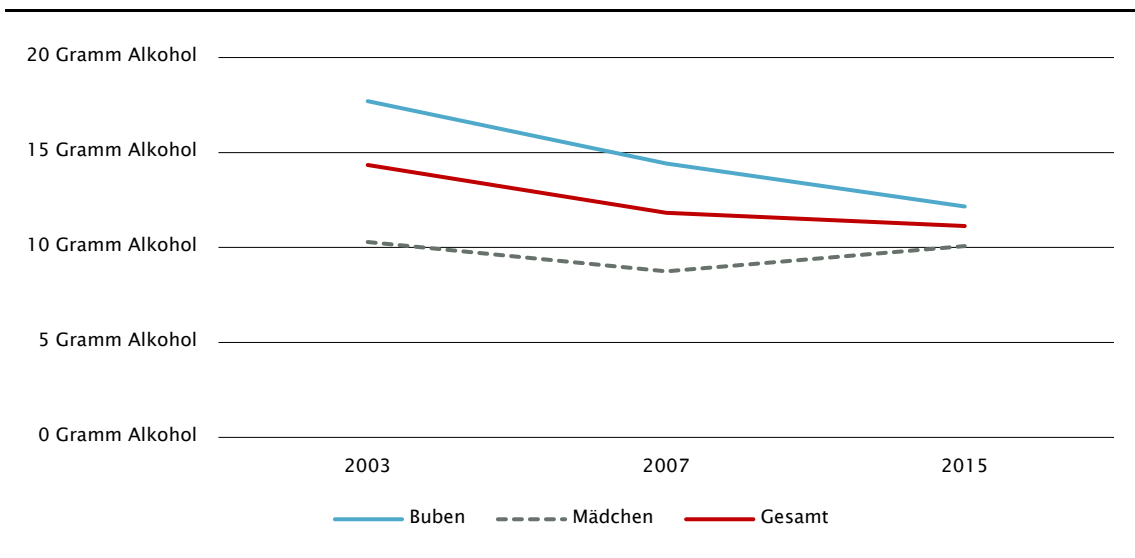
60

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

61

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

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



Quelle: ESPAD 2015 (Strizek/Uhl 2016b); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Die Mehrheit der Jugendlichen in Österreich trinkt aktuell (also innerhalb der letzten 30 Tage) Alkohol, bei etwa einem Fünftel hat dies im gleichen Zeitraum auch zumindest einmal zu einer stärkeren Berausung geführt. Etwa fünf Prozent der Schüler/-innen zwischen 14 und 17 Jahren berichten ein Konsumverhalten, das längerfristig ein Gesundheitsrisiko darstellen würde. Zwischen einzelnen Schultypen zeigen sich große Unterschiede, im Zeitraum zwischen 2003 und 2015 ist tendenziell ein Rückgang des Alkoholkonsums Jugendlicher zu verzeichnen.

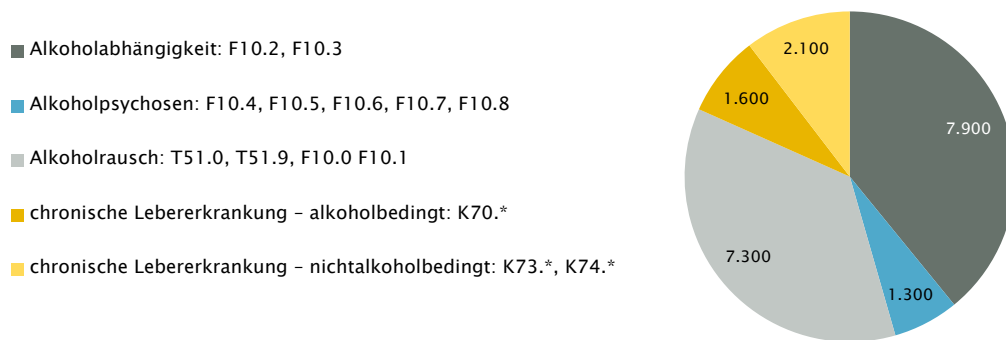
8.4 Morbidität und Mortalität durch exzessiven Alkoholkonsum

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

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

nern/Einwohnerinnen entspricht. Geschätzte 3.700 Personen (0,05 % oder 50 von 100.000 erwachsenen Einwohnern/Einwohnerinnen) wurden in erster Linie wegen einer chronischen Lebererkrankung stationär behandelt, wobei etwas weniger als deren Hälfte wegen einer explizit alkoholspezifischen Lebererkrankung und etwas mehr als die Hälfte wegen einer alkoholunspezifischen Lebererkrankung behandelt wurde⁶².

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



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

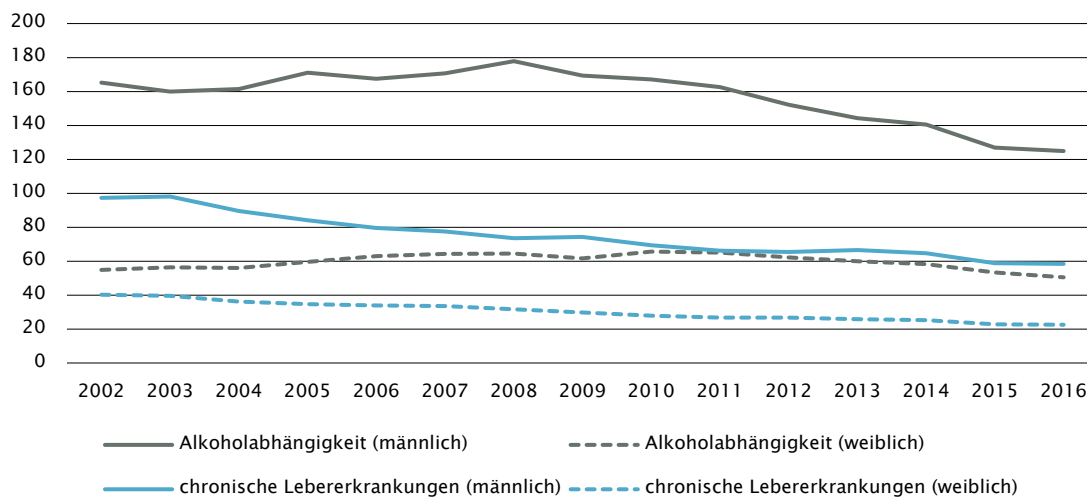
Quelle: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (Statistik Austria, 2017),
Diagnosecluster nach Bachmayer et al. (2018); Darstellung: GÖG/ÖBIG

62

Da immer wieder Zweifel an der korrekten Codierung geäußert werden und die Diagnostik regionalen und zeitlichen Einflüssen unterworfen ist, werden speziell für Zeitreihen und internationale Vergleiche Leberzirrhosen gesammelt dargestellt.

Abbildung 8.6:

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



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

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

Diese beiden schwerwiegendsten alkoholassoziierten Erkrankungen haben in den **letzten 15 Jahren** deutlich abgenommen (vgl. Abbildung 8.6): Im Zeitverlauf von 2002 bis 2016 ist sowohl bei den Abhängigkeitsdiagnosen (Rückgang von ca. 25 %) als auch bei den chronischen Lebererkrankungen ein deutlicher Rückgang unter männlichen Patienten zu verzeichnen (Rückgang um ca. 40 %). Die Rate von Patientinnen mit Abhängigkeitsdiagnosen zeigt jedoch nur eine relativ geringe Veränderung (Rückgang um 8 %), wohingegen die Rate der Patientinnen mit Lebererkrankungen wiederum sehr deutlich abgenommen hat (Rückgang um 44 %). Werden auch Patienten/Patientinnen mit anderen alkoholassoziierten Hauptdiagnosen berücksichtigt, zeigt sich ebenso ein Rückgang bei den Betroffenen, der bei Männern deutlicher ausfällt als bei Frauen (minus 22 % bzw. minus 9 %). Rauschdiagnosen⁶³ bei Patientinnen sind der einzige Diagnosecluster, für den im Zeitraum von 2002 bis 2016 ein Zuwachs von zwölf Prozent zu verzeichnen ist.

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

63

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

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

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

Unter den **explizit mit Alkoholkonsum in Verbindung** stehenden Todesursachen nehmen „Alkoholische Lebererkrankungen“ (K70) und „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2, F10.3) mengenmäßig die zentrale Rolle ein. Im Jahr 2016 wurde bei 630 Verstorbenen die Diagnose K70 gestellt und bei 451 Verstorbenen die Diagnose F10.2 bzw. F10.3 (bei knapp über 80.000 Verstorbenen insgesamt). Ebenso eindeutig auf Alkoholkonsum zurückgeführt werden die – allerdings zahlenmäßig deutlich seltener kodierte – Diagnosen „Alkoholpsychose“ (F10.4, F10.5, F10.7) und „Alkoholmissbrauch“ (F10.0, F10.1).

Schwieriger gestaltet sich der Fall bei Erkrankungen, bei denen **eine begünstigende Rolle des Alkohols** angenommen wird, was aber nicht an der Todesursachenstatistik ablesbar ist, weil keine eindeutigen Indizien für eine Alkoholverursachung vorlagen oder diese nicht kodiert wurden. Dies betrifft in erster Linie Personen, die an einer sonstigen „Fibrose und Zirrhose der Leber“ (K74) verstorben sind (im Jahr 2016 743 Personen), und in einem geringeren Ausmaß Erkrankungen des Verdauungstrakts wie Pankreatitis und sonstige Krankheiten des Pankreas (K85.x, K86.x), Gastritis und Duodenitis (K29.x) oder Ösophagusvarizen (I85; in Summe 153 Verstorbene im Jahr 2016). Auch bei Suiziden (X60–X84) wird, vermittelt über psychiatrische Erkrankungen wie z. B. Depression, eine begünstigende Rolle von Alkohol vermutet (1.198 Verstorbene im Jahr 2016). Verlässliche Zahlen in Hinblick auf den Anteil der Todesfälle, die in diesem Bereich in Verbindung mit einem exzessiven Alkoholkonsum stehen, existieren nicht.

In Summe wurden somit bei knapp über 80.000 Todesfällen in Österreich im Jahr 2016 1,4⁶⁴ Prozent aller Todesfälle explizit auf alkoholasoziierte Krankheiten zurückgeführt (vgl. Tabelle 8.1). Da übermäßiger Alkoholkonsum auch andere psychische und physische Erkrankungen⁶⁵ 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.

64

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

65

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

Tabelle 8.1:

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

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

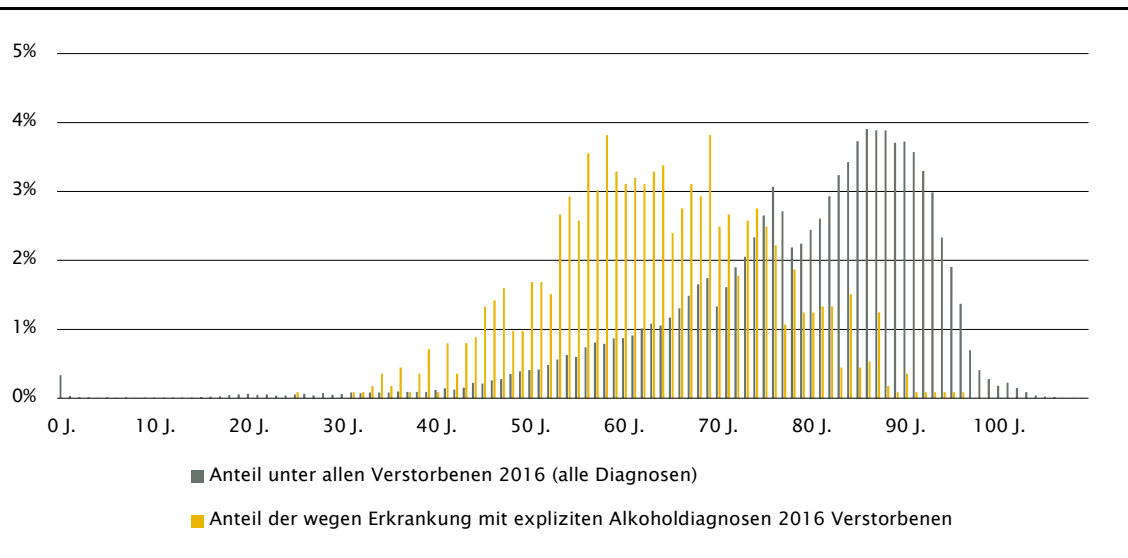
Quelle: Todesursachenstatistik, Statistik Austria, Auswahl der Diagnosecluster nach Bachmayer et al. (2018);
Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

Ein weiteres gesichertes und nicht zu vernachlässigendes Merkmal von Personen, die aufgrund einer mit exzessivem Alkoholkonsum in Verbindung gesetzten Todesursache sterben, liegt darin, dass diese Personen **deutlich früher** sterben als andere (vgl. Abbildung 8.7).

Abbildung 8.7:

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



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

Im **Zeitverlauf** in Abbildung 8.8 zeigt sich, dass alkoholassozierte Todesursachen⁶⁶ seit den 1990er-Jahren sowohl bei Männern als auch bei Frauen tendenziell rückläufig sind. Somit tritt diese Entwicklung etwa 20 Jahre später zutage als im Falle des Pro-Kopf-Konsums, der in den 1970er-Jahren seinen Höhepunkt erreicht hat (vgl. Abbildung 8.2). Als eine mögliche Erklärung für diese Verschiebung könnte die Latenzzeit schwerwiegender Alkoholkrankungen wie Lebererkrankungen oder einer Alkoholabhängigkeit dienen⁶⁷.

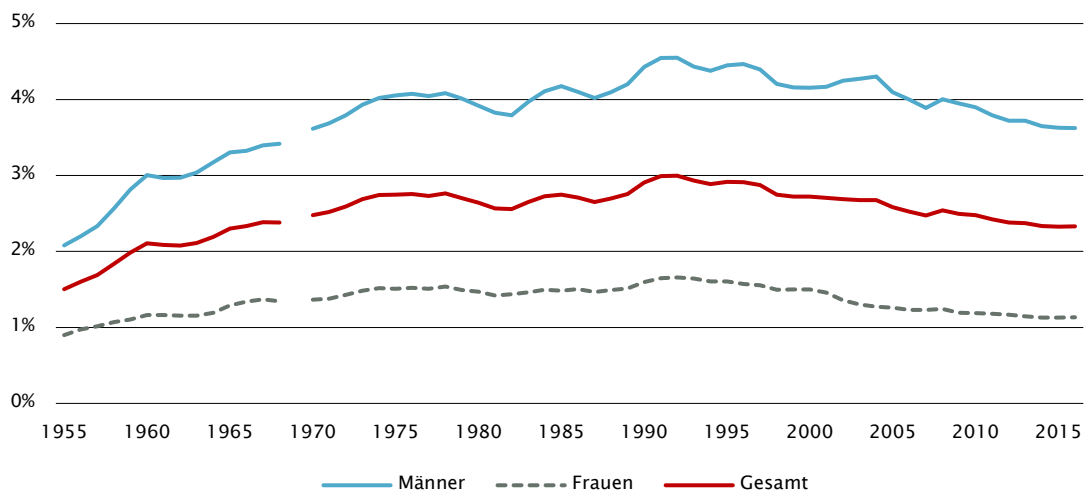
66

Aus den in Fußnote 62 genannten Gründen werden in der grafischen Darstellung des Zeitverlaufs sowohl alkoholspezifische als auch alkoholunspezifische Lebererkrankungen inkludiert.

67

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

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



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

Quelle: Todesursachenstatistik, Statistik Austria, Kategorien und Daten übernommen aus Bachmayer et al. (2018);
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Positiv zu beurteilen ist die Entwicklung der negativen Folgen durch Alkoholkonsum im Bereich Straßenverkehr. Der Anteil der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses ist seit den 1960er-Jahren deutlich rückläufig (vgl. Abbildung 8.9). Im Jahr 2016 gab es 2.361 Alkoholunfälle, 3.055 Alkoholverletzte und 22 Alkoholtote im Straßenverkehr. Damit lag der Anteil der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses im Straßenverkehr zwischen fünf und sechs Prozent der jeweiligen Gesamtzahlen⁶⁸.

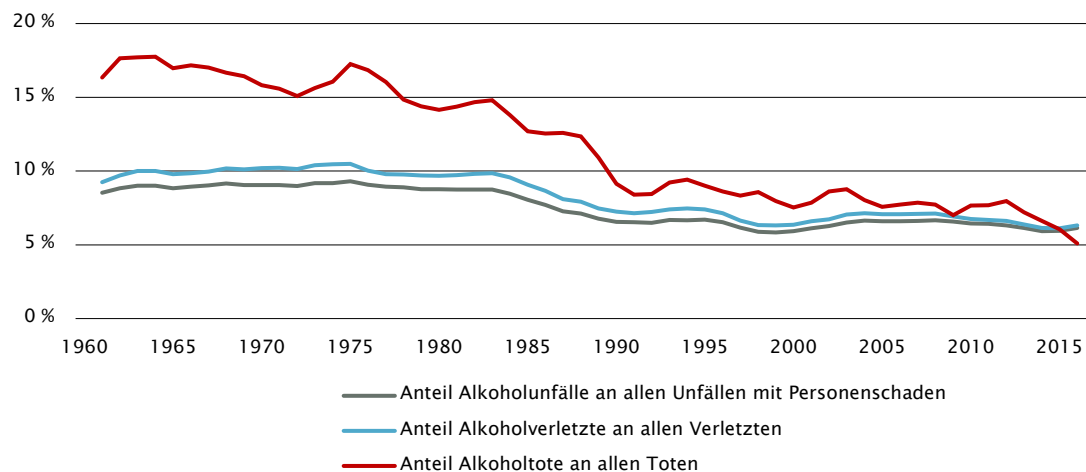
Zusammenfassung: Alkoholassoziierte Todesfälle sind seit den 1990er-Jahren rückläufig. Im Jahr 2016 wurden 1,4 Prozent aller Todesfälle explizit mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht. Die tatsächliche Anzahl der Todesfälle, bei denen exzessiver Alkoholkonsum eine wesentliche Rolle gespielt hat, wird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

68

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

Abbildung 8.9:

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



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

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

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

Bibliografie

- Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Strizek, J.; Tanios, Aida (2018): Epidemiologiebericht Sucht 2018 Illegale Drogen und Tabak. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Tanios, Aida (2017): Epidemiologiebericht Sucht 2017 Illegale Drogen und Tabak. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Austria Tabak (2004): Zigarettenabsatz über Austria Tabak bzw. Tobaccoland 1980–2003. Schriftliche Mitteilung. Wien, zitiert in: Seyer, Seifried; Gschwandtner, Franz; Paulik, Richard; Schmidbauer, Rainer (2005): Vom Gebrauch der Drogen – Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich. ISP Gesellschafts- und Sozialpolitische Texte, Band 15, Linz.
- Bachi, Keren; Sierra, Salvador; Volkow, Nora D.; Goldstein, Rita Z.; Alia-Klein, Nelly (2017): Is biological aging accelerated in drug addiction? In: Current Opinion in Behavioral Sciences 13/:34–39
- Bachmayer, Sonja; Uhl, Alfred; Strizek, Julian (2018): Handbuch Alkohol – Österreich, Band 1: Statistiken und Berchnungsgrundlagen 2017. Aufl. 6. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- BMF (2019): Sonderauswertung: versteuerte Zigaretten. Schriftliche Mitteilung von Anton Panholzer am 12.04.2019
- BMGF (2017): Gleichstellung in Zahlen. Gender Index 2017. Eine Zusammenstellung wichtiger geschlechterspezifischer Daten und Statistiken. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Türscherl, Elisabeth (2015): Epidemiologiebericht Drogen 2015. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Busch, Martin; Eggerth, Alexander (2010): Nasaler Heroinkonsum in Österreich. In: Sucht 56/6:414–422
- Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Wirl, Charlotte (2013): Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH
- Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Klein, Charlotte; Kerschbaum, Hans; Türscherl, Elisabeth (2014): Epidemiologiebericht Drogen 2014, Wien
- Busch, Martin; Haas, Sabine; Horvath, Ilonka; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Türscherl, Elisabeth (2007): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI). Klientenjahrgang 2006. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

- Busch, Martin; Haas, Sabine; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Türscherl, Elisabeth (2008): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI). Klientenjahrgang 2007. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Currie, Candace; Zanotti, Cara; Morgan, Antony; Currie, Dorothy; de Looze, Margaretha; Roberts, Chris; Samdal, Oddrun; Smith, Otto R.F; Barnekow, Vivian (2012): Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (hbsc) study: international report from the 2009/2010 survey. (Health Policy for Children and Adolescents, No 6). Hg. v. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013): Tabak-Abhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. Bd. 2. Hg. v. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- Dowling, Gayathri J. ; Weiss, Susan R. B.; Condon, P. Timothy (2008): Drugs of abuse and the aging brain. In: Neuropsychopharmacology 2008/33:209-218
- Dür, Wolfgang; Griebler, Robert (2007): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien
- Dür, Wolfgang; Mravlag, Katharina (2002): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 6. WHO-HBSC-Surveys 2001 und Trends seit 1990. LBIMGS, Wien
- EMCDDA (2013): PDU (Problem drug use) revision summary
- European Commission (2010): Special Eurobarometer 332. Tobacco. Report. Fieldwork Oct. 2009. European Commission, Brüssel
- European Commission (2012): Special Eurobarometer 385. Attitudes of Europeans towards Tobacco. Report. Fieldwork Feb. – Mar. 2012. European Commission, Brüssel
- European Commission (2015): Special Eurobarometer 429. Attitudes of Europeans towards Tobacco. Report. Fieldwork Nov. – Dec. 2014. European Commission, Brüssel
- European Commission (2017): Special Eurobarometer 458. Report. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Fieldwork Mar. 2017. European Commission, Brüssel
- Felder-Puig, Rosemarie; Teutsch, Friedrich; Ramelow, Daniela; Maier, Gunter (2019): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018 Wien
- Global Burden of Disease Viz Hub [Online]. Institute for Health Metrics and Evaluation. University of Washington. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> [Zugriff am 03.04.2019]
- GÖG/ÖBIG (2006): Bericht zur Drogensituation 2006. Hg. v. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

- GÖG/ÖBIG (2010): Drogen-Monitoring Auswertungsergebnisse 2004–2009. Hg. v. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- IFES (2012): BADO-Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2011. Hg. v. GmbH, Institut für empirische Sozialforschung, Wien
- Johnston, Lauren; Liddell, Dave; Browne, Katie; Priyadarshi, Saket (2017): Responding to the needs of ageing drug users. Hg. v. EMCDDA
- 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
- Klimont, Jeannette; Baldaszi, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. STATISTIK AUSTRIA, Wien
- Mathers, Bradley Michael; Degenhardt, Louisa; Bucello, Chiara; Lemon, James; Wiessing, Lucas; Hickman, Mathew (2013): Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. In: Bull World Health Organ 91/2:102–123
- Newcomb, P. A.; Carbonne, P. P. (1992): The health consequences of smoking: Cancer. In: Medical Clinics of North America 76/2:305–331
- ÖBIG (2003): Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich. Projektbericht 2001–2003. Hg. v. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- Ramelow, Daniela; Griebler, Robert; Hofmann, Felix; Unterweger, Katrin; Mager, Ursula; Felder-Puig, Rosemarie; Dür, Wolfgang (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Ramelow, Daniela; Teutsch, Friedrich; Hofmann, Felix; Felder-Puig, Rosemarie (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

- Rehm, Jürgen; Room, Robin; Monteiro, Maristela; Gmel, Gerhard; Graham, Kathryn; Rehn, Nina; Sempos, Christopher T.; Frick, Ulrich; Jernigan, David (2004): Alcohol Use. In: Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of disease due to Selected Major Risk Factors. Hg. v. Ezzati, M et al. WHO, Geneva. S. 1108–959
- RKI (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert–Koch–Institut, Berlin
- Schmutterer, Irene; Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Bachmayer, Sonja; Puhm, Alexandra; Kobrna, Ulrike; Grimm, Gerhard; Springer, Alfred (2008): ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 2: Validierungsstudie. Ludwig–Boltzmann–Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial– und Gesundheitspsychologie (ISG), Wien
- Singer, Manfred V.; Batra, Anil; Mann, Karl (2011): Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme Verlag, Stuttgart
- Strizek, Julian; Anzenberger, Judith; Kadlik, Andrea; Schmutterer, Irene; Uhl, Alfred (2016): ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016a): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015. Band 3: Kreuztabellen. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016b): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016c): ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 3: Kreuztabellen. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Schmutterer, Irene; Grimm, Gerhard; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2008a): ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Hg. v. Ludwig–Boltzmann–Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial– und Gesundheitspsychologie (ISG). Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Schmutterer, Irene; Grimm, Gerhard; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2008b): ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 4: Kreuztabellen. Hg. v. Ludwig–Boltzmann–Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial– und Gesundheitspsychologie (ISG). Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Springer, Alfred (2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- 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; Bachmayer, S.; Kobrna, U.; Puhm, A.; Springer, A.; Kopf, N.; Beiglböck, W.; Eisenbach-Stangl, I.; Preinsperger, W.; Musalek, M. (2009a): Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends. 3. überarbeitete und ergänzte Aufl., Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Uhl, Alfred; Bachmayer, S.; Strizek, J. (2017): Handbuch Alkohol – Österreich, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen. Aufl. 7. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Uhl, Alfred; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Grimm, Gerhard; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred; Lantschik, Elke (2005a): ESPAD AUSTRIA 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Grimm, Gerhard; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred; Lantschik, Elke (2005b): ESPAD AUSTRIA 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Seidler, Dan (2001): Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. Hg. v. Ludwig Boltzmann Institute for Addiction Research, Wien
- Uhl, Alfred; Springer, A.; Kobrna, U.; Gnams, T.; Pfarrhofer, D. (2005c): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Springer, A.; Kobrna, U.; Gnams, T.; Pfarrhofer, D. (2005d): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Puhm, Alexandra; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2009b): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Urbas, Elfriede; Klimont, Jeannette (2002): Rauchgewohnheiten. Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997. Statistik Austria, Wien
- Vogt, Irmgard (2009): Lebenslagen und Gesundheit älterer Drogenabhängiger: Ein Literaturbericht. In: Suchttherapie 2009/10:17–24
- WHO (2015): WHO Report on the global tobacco epidemic, 2015. Raising taxes on tobacco. WHO, Genf

WHO (2016): Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young peoples's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report

WHO (2018): ICD-10, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision - WHO-Ausgabe, Band 2, Regelwerk. . Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

