

Epidemiologiebericht Drogen 2014

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Epidemiologiebericht Drogen 2014

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

Martin Busch
Alexander Grabenhofer-Eggerth
Klaus Kellner
Hans Kerschbaum
Charlotte Klein
Elisabeth Türscherl

Unter Mitarbeit von:

Andrea Bodenwinkler
Marion Weigl

Fachliche Begleitung BMG:
Johanna Schopper

Projektassistenz:
Monika Löbau

Wien, im September 2014
Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

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

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt

Inhalt

Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen.....	1
Einleitung.....	3
1 Risikoreicher Drogenkonsum.....	4
1.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster-Situation 2014.....	4
1.2 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich 2013.....	8
1.3 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf.....	10
1.4 Altersstruktur der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum.....	16
2 Drogenbezogene Behandlungen.....	18
2.1 Anzahl der behandelten Personen.....	18
2.2 Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen.....	20
2.3 Versorgungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlungen.....	25
2.4 Stabilität von Personen in Substitutionsbehandlung.....	28
3 Kennzahlen der Drogensituation.....	30
4 Vertiefende Analysen zu Konsummustern.....	32
4.1 Personen mit Leitdroge Opioide.....	32
4.2 Exkurs Konsum von Methamphetamin.....	34
5 Detailergebnisse DOKLI.....	37
5.1 Soziodemografie.....	37
5.2 Betreuungssituation.....	40
5.3 Drogenkonsum und Drogenproblematik.....	43
5.4 Situation zu Betreuungsende.....	49
6 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle.....	52
6.1 Definition und Datengrundlage.....	52
6.2 Drogenbezogene Todesfälle 2013.....	53
6.3 Trend.....	54
6.4 Altersstruktur.....	56
6.5 Substanzen.....	57
6.6 Trend der nachgewiesenen Substanzen.....	58
6.7 Region.....	59
6.8 Substitutionsbehandlung.....	60
6.9 Auffindungsort.....	60
Bibliografie.....	61

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach beteiligten Substanzen in Österreich 2013 in Prozent	5
Abbildung 1.2:	Behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition bei Begutachtungen nach § 12 SMG im Jahr 2013 (n =3.366) nach Bundesland, in Prozent	6
Abbildung 1.3:	Personen, die im Jahr 2012 mit einer ambulanten drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU, in Prozent	7
Abbildung 1.4:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland 2013	8
Abbildung 1.5:	Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums nach Bundesländern (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige).....	9
Abbildung 1.6:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien – Zeitverlauf	10
Abbildung 1.7:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf	11
Abbildung 1.8:	Anteil der Personen unter 25 Jahren bei Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen und bei drogenbezogenen Todesfällen Zeitreihe (gleitender Mittelwert), in Prozent.....	12
Abbildung 1.9:	Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen im Zeitverlauf, in Prozent	13
Abbildung 1.10:	Leitdrogen im Zeitverlauf in DOKLI (ambulanter Bereich), in Prozent	14
Abbildung 1.11:	Altersverteilung bei Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei drogenbezogenen Todesfällen und Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG und bei ICD-10-Spitalsentlassungsodes Opiode, in Prozent	16
Abbildung 1.12:	Altersverteilung von Personen, die im Jahr 2012 mit einer ambulanten oder stationären drogenbezogenen Betreuung begonnen haben, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU, in Prozent	17

Abbildung 2.1:	Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung) 2013	19
Abbildung 2.2:	Entwicklung der Anzahl an Personen in Substitutionsbehandlung und der geschätzten Anzahl an Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (Index - 1999 = 100 %)	19
Abbildung 2.3:	Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt im Jahr 2011 bis 2013	21
Abbildung 2.4:	Im Rahmen der Substitutionsbehandlung versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte (Stichtag 30. 6. 2013) bezogen auf die Gesamtbevölkerung (15 bis 64 Jahre)	23
Abbildung 2.5:	Versorgungslage Substitutionsbehandlung - Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten 2013 in Prozent	23
Abbildung 2.6:	Versorgungslage Substitutionsbehandlung - Prozentsatz der von Fachärzten/Fachärztinnen versus Allgemeinmediziner/-medizinerinnen betreuten Klientel am 30.6.2013 nach Bundesländern	24
Abbildung 2.7:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland 2013 in Prozent	25
Abbildung 2.8:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland 2013 in Prozent	25
Abbildung 2.9:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter 2013 in Prozent	26
Abbildung 2.10:	Diversifikation hinsichtlich der Verschreibung unterschiedlicher Substitutionsmittel 2013	27
Abbildung 2.11:	Behandlungsdauer zum 1. 1. 2013 und Prozentsatz einer Anzeige wegen Opioiden im Jahr 2013	28
Abbildung 2.12:	Behandlungsdauer zum 1. 1. 2013 und Prozentsatz von Personen ohne Anzeige wegen Opioiden in den Jahren 2009 bis 2013	29
Abbildung 4.1:	Personen mit Leitdroge Opiate, die 2013 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben nach Anzahl der behandlungsrelevanten Drogen in Prozent	33
Abbildung 4.2:	Konsummuster von Personen mit Leit- oder Begleitdroge Methamphetamin, 2013	35
Abbildung 5.1:	Anzahl der Personen, die 2013 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung	37

Abbildung 5.2:	Anteil unter 25-Jähriger bei Männern und Frauen, die mit einer längerfristigen ambulanten drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, 2006 bis 2013.....	38
Abbildung 5.3:	Personen, die 2013 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung, in Prozent.....	39
Abbildung 5.4:	Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die im Jahr 2013 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben und zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach dem Alter (n=464), in Prozent.....	41
Abbildung 5.5:	Häufigste Hauptanlässe für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2013 mit einer Betreuung begonnen haben, nach Betreuungsart, in Prozent.....	42
Abbildung 5.6:	Auflage/Weisung bei Personen, die 2013 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik und Art der Betreuung, in Prozent.....	43
Abbildung 5.7:	Personen, die 2013 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach „jemals intravenös Drogen konsumiert“, Geschlecht, Alter und Art der Betreuung in Prozent.....	44
Abbildung 5.8:	Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach „jemals intravenös Drogen konsumiert“ und Jahren in Prozent.....	44
Abbildung 5.9:	Personen, die im Jahr 2013 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung, in Prozent.....	45
Abbildung 5.10:	Personen, die 2013 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, nach Problemdrogen und Leitdrogen, in Prozent.....	46
Abbildung 5.11:	Personen, die 2013 mit einer längerfristigen ambulanten bzw. stationären Betreuung begonnen haben, nach hierarchischer Leitdrogendefinition (EMCDDA), in Prozent.....	47
Abbildung 5.12:	Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach hierarchischer Leitdroge Opioide und Cannabis und Jahren.....	47
Abbildung 5.13:	Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2013 in Österreich mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht.....	48
Abbildung 5.14:	Dauer der Betreuung von Personen, die im Jahr 2013 ihre Betreuung beendeten, nach Setting, in Prozent.....	50

Abbildung 5.15:	Betreuungsausgang bei Personen, die im Jahr 2013 eine Betreuung beendet haben, nach Betreuungsart, in Prozent.....	50
Abbildung 6.1:	95-%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 EW zw. 15 und 64 Jahre 1992–2013, geglätteter 3-Jahres-Wert	54
Abbildung 6.2:	Drogenbezogene Todesfälle (DTF) pro 100.000 EW zw. 15 und 64 Jahren 1993–2013, geglätteter 3-Jahres-Wert nach Region	55
Abbildung 6.3:	Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DFT), geglätteter 3-Jahres-Wert nach Geschlecht in den Jahren 1992–2013	56
Abbildung 6.4:	Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen 2003–2013, in Prozent	58
Abbildung 6.5:	Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DFT), geglätteter 3-Jahres-Wert für Wien, Österreich ohne Wien, Österreich, 1992–2013, in Prozent.....	59

Tabellen

Tabelle 2.1:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt), nach Bundesland, Stichtag 30. 6. 2013	21
Tabelle 2.2:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt), nach Bundesland, Stichtag 30. 6. 2011 und am 30.6.2013	22
Tabelle 3.1:	Die wichtigsten Indikatoren zur Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2013, in Absolutzahlen.....	30
Tabelle 3.2:	Die wichtigsten Indikatoren zur Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2013 pro 100.000 15- bis 64-Jährige.....	31
Tabelle 4.1:	Merkmale der Personengruppe mit Leitdroge Opiate (in Prozent; n=1.138)	33
Tabelle 4.2:	Ausgewählte Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulantien“ und „andere Drogen“ aller 9.043 ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen 2013	35

Tabelle 4.3: Bei amtsärztlichen Begutachtungen nach SMG § 12 festgestellter behandlungsrelevanter und nicht behandlungsrelevanter Konsum von Amphetaminen 2013	36
Tabelle 5.1: Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulantien“, und „andere Drogen“ aller 9.043 ambulant oder stationäre betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Ein- richtungen 2013	49

Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Opioidkonsum – meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster – macht aktuell das Gros des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich aus. Etwa 85 Prozent aller Personen in drogenspezifischer Betreuung werden wegen Opioidkonsums behandelt. Aktuell gibt es zwischen 28.000 und 29.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden. Etwa die Hälfte davon lebt in Wien (Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten). Ein Viertel der Betroffenen ist weiblich und 15 Prozent sind unter 25 Jahre alt. Sniffen spielt beim Opioidkonsum nach wie vor eine große Rolle. 11.000 bis 15.000 Personen konsumieren vorwiegend injizierend. Analysen zu den Konsummustern aus DOKLI bestätigen, dass es sich beim risikoreichen Opiatkonsum in der Regel um einen polytoxikomanen Substanzkonsum handelt. Der behandlungsrelevante Konsum von bis zu sechs Drogen pro Person ist keine Seltenheit.

Alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring lassen auf einen starken Rückgang des risikoreichen Opioidkonsums in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre schließen (weniger Einsteigerinnen und Einsteiger). Wie nachhaltig diese Entwicklung ist und ob dies einen Rückgang der Suchtproblematik hinsichtlich illegaler Drogen insgesamt oder eine Verlagerung auf andere Substanzen (Cannabis, Methamphetamin) bedeutet, kann noch nicht gesagt werden.

Aus Oberösterreich liegen Hinweise – sowohl aus dem Behandlungsbereich als auch auf Basis der Begutachtungsergebnisse nach § 12 SMG – auf eine wachsende lokale Methamphetaminszene vor. Die Daten aus dem Behandlungsbereich deuten darauf, dass Methamphetamin im Rahmen des multiplen Substanzkonsums (zusätzlich sind Opioide und/oder Kokain und/oder Cannabis behandlungsrelevant) konsumiert wird. Es ist zu überlegen, ob der risikoreiche Methamphetaminkonsum durch das bestehende Betreuungsangebot ausreichend abgedeckt ist.

Die Zahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle für das Jahr 2013 beträgt 138 und ist somit im Vergleich zu den Vorjahren (2012 161) weiter stark zurückgegangen. Neben dem allgemeinen Rückgang der drogenbezogenen Todesfälle ist positiv hervorzuheben, dass auch der Anteil der Personen unter 25 Jahre weiter gesunken ist. Betrug dieser im Jahr 2004 noch 43 Prozent, lag er 2013 bei 18 Prozent. Dies dürfte in erster Linie auf die bereits oben erwähnte geringere Anzahl an Einsteigerinnen und Einsteigern in den Opioidkonsum zurückzuführen sein.

Etwa zwei Drittel der geschätzt 28.000 bis 29.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum befinden sich in Behandlung. Der Prozentsatz der Personen mit Opioidproblemen in Substitutionsbehandlung ist regional unterschiedlich und liegt mit 16.989 Personen für Gesamtösterreich bei etwa 60 Prozent. Die In-Treatment-Rate hat sich somit weiter erhöht, was als großer Erfolg gesehen werden kann.

Die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die pro substituierende Ärztin / substituierenden Arzt betreut wird, ist nach wie vor stark unterschiedlich. Auch die Relation zwischen der Anzahl versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und der Anzahl 15- bis 64-Jähriger unterscheidet sich

in den Bundesländern. Manche Ärztinnen und Ärzte betreuen sehr viele Klientinnen und Klienten. In Ostösterreich spielt Wien in der Versorgung eine wichtige Rolle – etwa ein Drittel der niederösterreichischen und etwa ein Viertel der burgenländischen Klientinnen und Klienten werden in Wien betreut. In den anderen Bundesländern findet die Versorgung bundeslandintern statt. Österreichweit werden etwa 70 Prozent aller Substitutionsbehandlungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern durchgeführt.

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 drei Jahren hat sich kaum etwas an der Verteilung der eingesetzten Substitutionsmittel geändert. Etwas weniger als ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte mit fünf oder mehr Klientinnen und Klienten setzt eine breite Palette von Substitutionsmitteln ein. Indikationsstellungen, welche Substanz für welche Klientel am besten geeignet ist, sollten diskutiert werden.

Analysen von Anzeigen bei Personen in Substitutionsbehandlung ergeben, dass einerseits von einer mit Behandlungsdauer steigenden kriminalitätspräventiven Wirkung der Substitutionsbehandlung ausgegangen werden kann, andererseits spiegelt sich auch der chronische Charakter der Opioidabhängigkeit in den Anzeigen nach sehr langer Behandlungsdauer wider.

Einleitung

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

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

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

In den ersten drei Kapiteln wird eine Zusammenschau der zur Verfügung stehenden Datenquellen zur Epidemiologie der Drogensituation geboten. Zusätzlich werden einige neue Ergebnisse zu Versorgungslage, Versorgungspraxis und Stabilität im Bereich Substitutionsbehandlung referiert. In Kapitel 4 wird das Schwerpunktthema „Vertiefende Analysen zu Konsummustern“ abgehandelt, Kapitel 5 liefert die Detailergebnisse zu DOKLI und Kapitel 6 jene zu den drogenbezogenen Todesfällen.

Die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen finden sich am Beginn des Berichts (Seite 1).

1 Risikoreicher Drogenkonsum

1.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster–Situation 2014

Definition: Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der 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, verstanden¹.

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. Auch die Spitalsentlassungscodes nach ICD-10 bieten einen Einblick in die drogenspezifischen Haupt- und Nebendiagnosen im stationären Bereich. Eine weitere Datenquelle stellen die Konsummuster von Personen dar, bei denen eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG ergibt, dass Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme besteht². Informationen zu den problematischsten Konsummustern liefern die bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellten Substanzen.

Abbildung 1.1 zeigt deutlich, dass Opioide als Leitdroge in Österreich dominieren. Eine nähere Analyse der Konsummuster zeigt, dass der Großteil der wegen Opioiden betreuten Personen im ambulanten und stationären Bereich auch noch einen Problemkonsum anderer Drogen aufweist (vgl. Kap. 4). Auch die toxikologischen Analysen der direkt drogenbezogenen Todesfälle zeigen, dass nur eine Minderheit (8 %) der tödlichen Überdosierungen ausschließlich auf Opioide zurückzuführen sind. In 87 Prozent der Fälle wurden neben Opioiden auch noch andere illegale

1

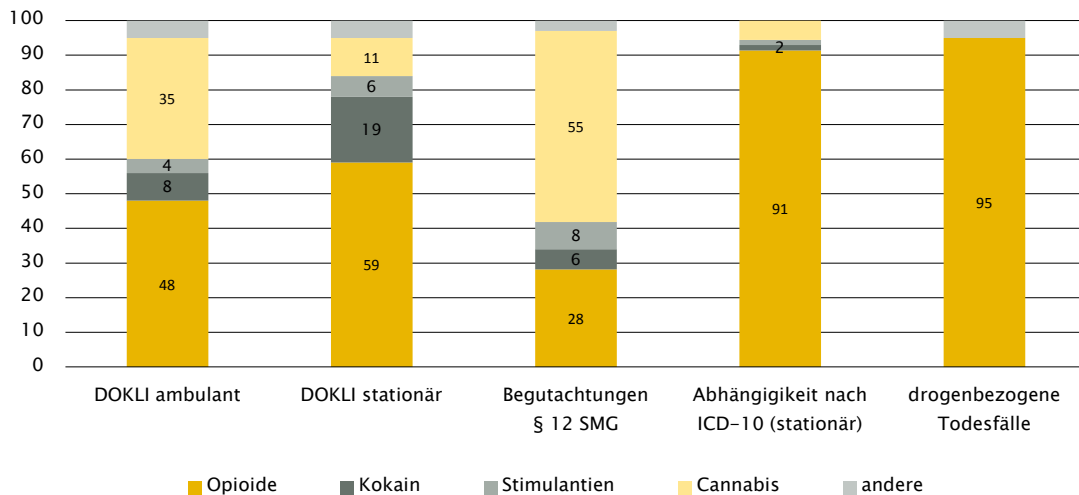
Diese Definition deckt sich mit der Definition des problematischen Drogenkonsums in Österreich. In Österreich wurde immer schon betont, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen als solche problematisch oder unproblematisch sind. Als risikoreich wird Drogenkonsum dann bezeichnet, 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 von problematischem Drogenkonsum (problem drug use) der EBDD lautete „injizierender Konsum oder länger dauernder bzw. regelmäßiger Konsum von Opioiden, Kokain und/oder Amphetamin“. Der Hintergrund für die Änderung der Definition und der Begrifflichkeit (von problem drug use zu high risk drug use) ist einerseits der Einbezug zusätzlicher Substanzen (z. B. Cannabis, Methamphetamin) und andererseits stringendere Definitionen (EMCDDA 2013)

2

Einschränkend muss dazu aber angemerkt werden, dass gesetzliche Regelungen (wie z. B. die Hinwirkung auf gesundheitsbezogene Maßnahmen) dazu führen können, dass Personen ohne risikoreichen Drogenkonsum eine drogenspezifische Betreuung beginnen, um rechtliche Konsequenzen eines an sich 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.

Substanzen, Alkohol oder Psychopharmaka festgestellt. Überdosierungen ohne Opioide sind sehr selten (5 %).

Abbildung 1.1:
 Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach beteiligten Substanzen in Österreich 2013 in Prozent



Legende:

DOKLI ambulant = Personen, die 2013 mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n=2.372)

DOKLI stationär = Personen, die 2013 mit einer stationären Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n=554),

Begutachtungen § 12 SMG = amtsärztliche Begutachtungen, bei denen 2013 ein behandlungsrelevanter Konsum illegaler Drogen festgestellt wurde (n=1.617). 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 wird und nicht nach Substanzen spezifiziert.

Abhängigkeit nach ICD-10 (stationär): Prozentverteilung der Hauptdiagnosen von Abhängigkeit von Opioiden, Kokain, Stimulantien und Cannabis (F11.2, F12.2, F14.2 und F15.2) nach ICD-10 bei Spitalsentlassungen (n=1.029) aus 2012 (aktuellste verfügbare Daten)

Drogenbezogene Todesfälle = direkt drogenbezogene Todesfälle mit Toxikologie 2013 (n=119 von insgesamt 138)

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

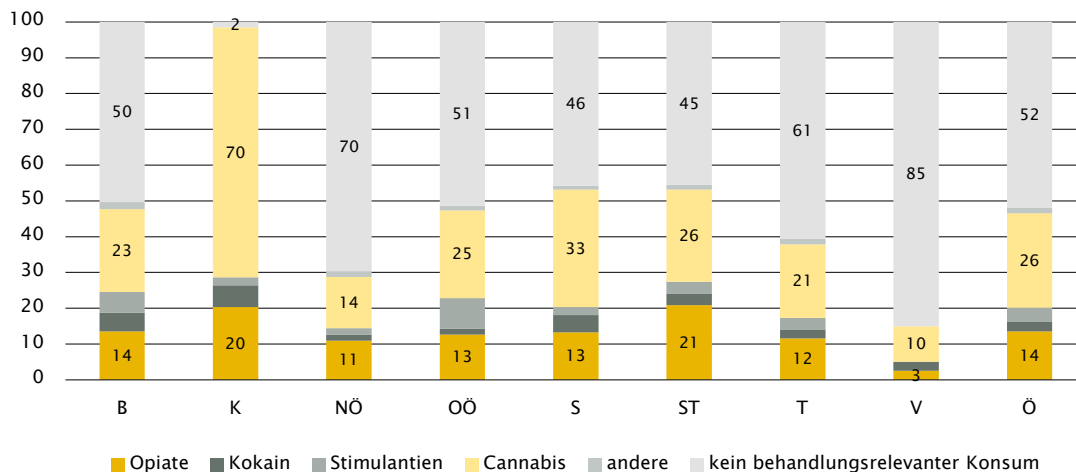
Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMG Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

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

Abbildung 1.2:

Behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition bei Begutachtungen nach § 12 SMG im Jahr 2013 (n = 3.366) nach Bundesland, in Prozent



Anmerkung: Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opiode > Kokain > Stimulantien > andere (Halluzinogene, Tranquilizer) > Cannabis); 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 wird und nicht nach Substanzen spezifiziert.

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

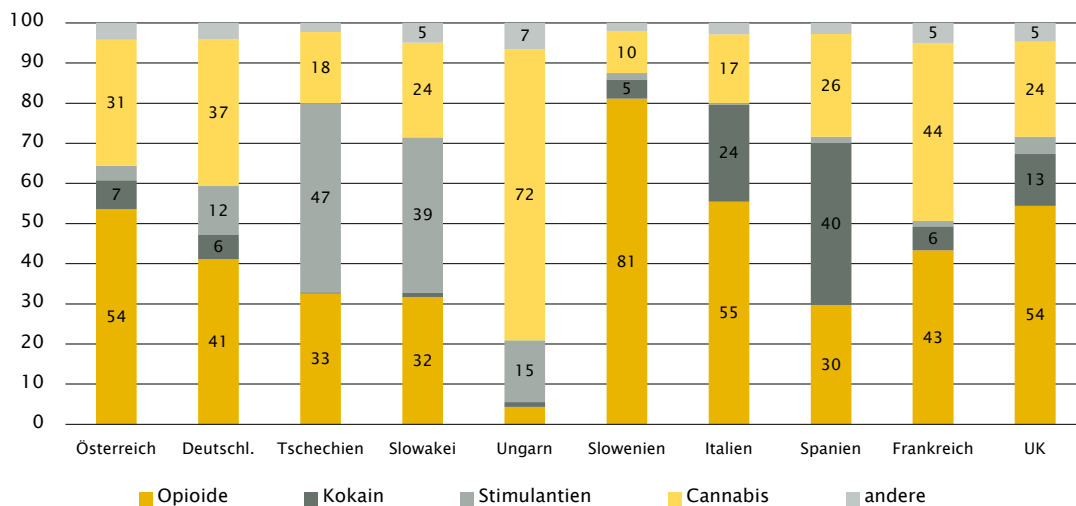
Der Bundesländervergleich der Begutachtungsergebnisse in Abbildung 1.2 zeigt zwischen den Bundesländern große Unterschiede in den Begutachtungsergebnissen. Dies ist ein Indiz für Unterschiede in der Begutachtungspraxis. Je seltener kein Behandlungsbedarf festgestellt wird, desto größer ist der Anteil von Cannabis als Leitdroge (z. B. Kärnten, Salzburg). Dies legt die Vermutung nahe, dass die Beurteilung, ob ein Konsum von Cannabis als behandlungsrelevant eingeschätzt wird, nicht unabhängig vom Bundesland bzw. vom Begutachtenden ist.

Die vertiefende Analyse im Rahmen des Schwerpunktkapitels „Analyse der Routinedaten zum Cannabiskonsum“ im Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013 führte zu nachstehender Schlussfolgerung (GÖG/ÖBIG 2013b):

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

Abbildung 1.3:

Personen, die im Jahr 2012 mit einer ambulanten drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU, in Prozent



Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Polytoxikomaner Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden und (risikoreicher) Konsum von Cannabis sind die in Österreich mit Abstand am häufigsten vertretenen Konsummuster im Behandlungsbereich. Der internationale Vergleich zeigt, dass dies nicht in allen EU-Ländern in gleichem Ausmaß der Fall ist¹. So spielt in den beiden Nachbarländern Tschechien und der Slowakei traditionell Methamphetamin eine wichtige Rolle und in Italien und Spanien Kokain² (vgl. Abbildung 1.3). Wie die Analysen zu den Konsummustern in Kapitel 4 zeigen, ist allerdings auch in Oberösterreich eine lokale Szene von Personen mit risikoreichem Methamphetaminkonsum beobachten.

Schlussfolgerung: Risikoreiche Drogenkonsummuster sind regional unterschiedlich. Im Gegensatz zu Österreich sind in manchen (Nachbar)-Ländern der EU auch andere Leitdrogen als Opiode und Cannabis im Betreuungssystem von Relevanz. In Oberösterreich lässt sich eine lokale Szene mit risikoreichem Methamphetaminkonsum beobachten.

1

Die Daten stammen aus dem neuen Online-Tool der EBDD <http://www.emcdda.europa.eu/data/2014> welches das Statistical Bulletin ersetzt.

2

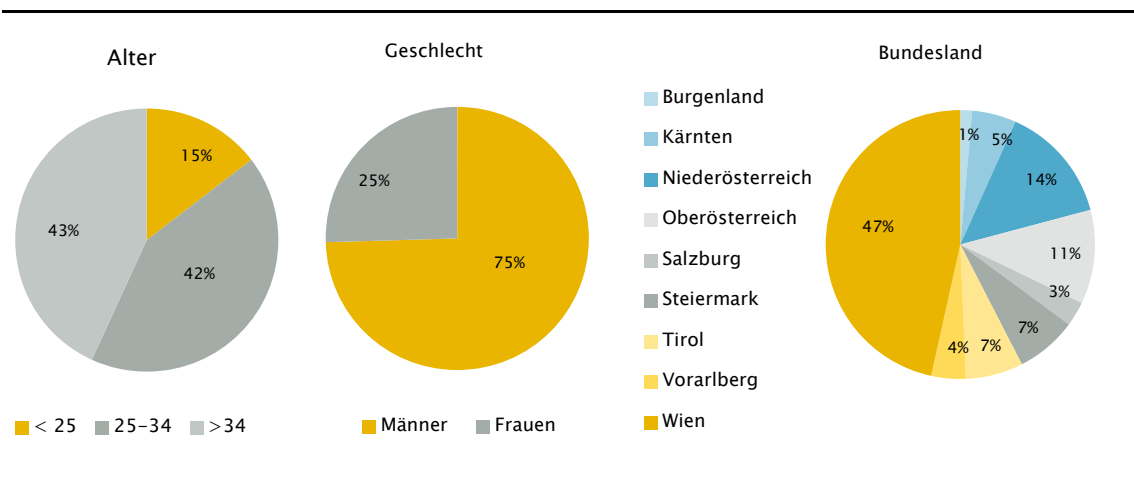
Ungarn sticht mit einem sehr großen Anteil von Personen mit Leitdroge Cannabis hervor, was jedoch in erster Linie den restriktiven Umgang mit dieser Droge in Ungarn widerspiegelt. Aufgrund der restriktiven Gesetzeslage in Ungarn befinden sich etwa zwei Drittel der behandelten Personen im Rahmen eines „quasi compulsory treatments“ als Alternative zu rechtlichen Konsequenzen in Betreuung. Über 80 Prozent der Personen in „quasi compulsory treatment“ haben Cannabis als Leitdroge (siehe <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/hu> 10. 1. 2013)

1.2 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich 2013

Definition: Bei der Schätzung der Anzahl an Personen mit hochriskantem Drogenkonsum handelt es sich um eine Dunkelzifferschätzung, die lediglich Annäherungswerte liefern kann. Für Österreich liegen ausschließlich Schätzungen des hochriskanten 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 den Anzeigen wegen Opioiden berechnet und anhand der 3-Sample-CRC-Schätzung unter Einbezug der drogenbezogenen Todesfälle mit Opioidbeteiligung für das Jahr 2012 validiert. Bei der CRC-Schätzung handelt es sich um ein von der EBDD empfohlenes, komplexes statistisches Verfahren zur Dunkelzifferschätzung.

Aktuelle Schätzungen kommen auf eine Anzahl von 28.000 bis 29.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden in Österreich für die Jahre 2012 und 2013. Abbildung 1.4 zeigt die Zusammensetzung der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nach Alter und Geschlecht und, nach Bundesländern.

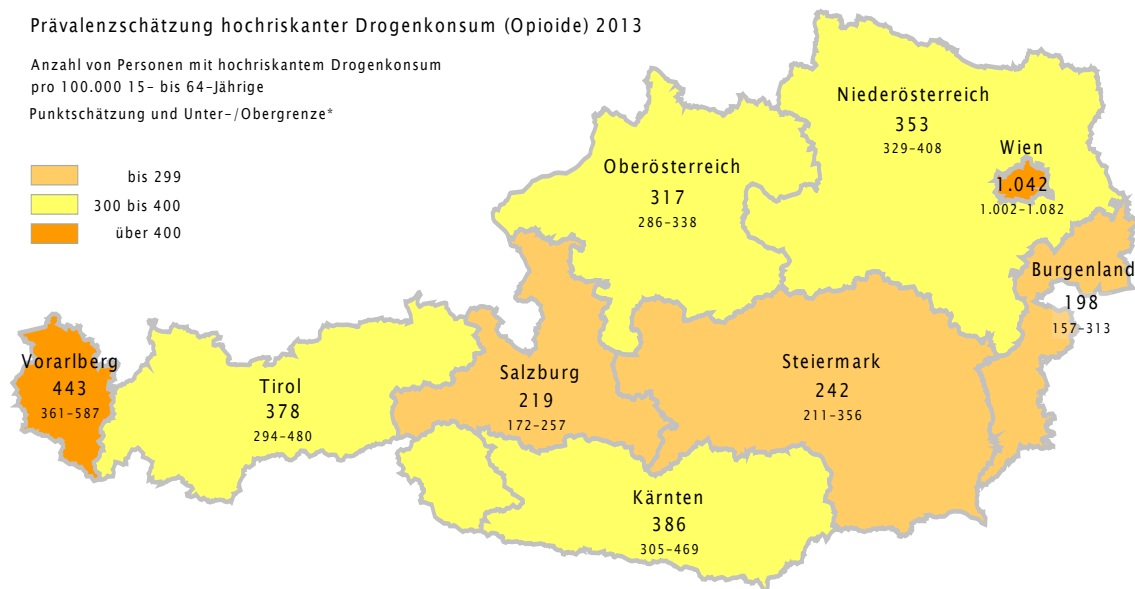
Abbildung 1.4:
Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland 2013



Quelle: Prävalenzschätzungen 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Um das Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums (Opioid) 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).

Abbildung 1.5:
Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums nach Bundesländern
(Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige)



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

Quelle: Prävalenzschätzungen 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Neben der Prävalenz des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opiaten interessiert aus epidemiologischen Gründen auch die Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums. Dazu existieren keine expliziten Schätzungen. Überträgt man die Anzahl der Personen mit Leitdroge Opiate aus dem DOKLI-System, die die injizierende Applikation als vorwiegende Einnahmeform angeben (40 bis 50 %), auf alle Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten, so ist in Österreich von etwa 11.000 bis 15.000 Personen mit vorwiegend injizierendem Konsum auszugehen. Bei diesen Zahlen dürfte es sich aber um eine Obergrenze handeln, da anzunehmen ist, dass Personen mit injizierendem Konsum eher mit einer drogenspezifischen Betreuung beginnen (schwerere Drogenproblematik).

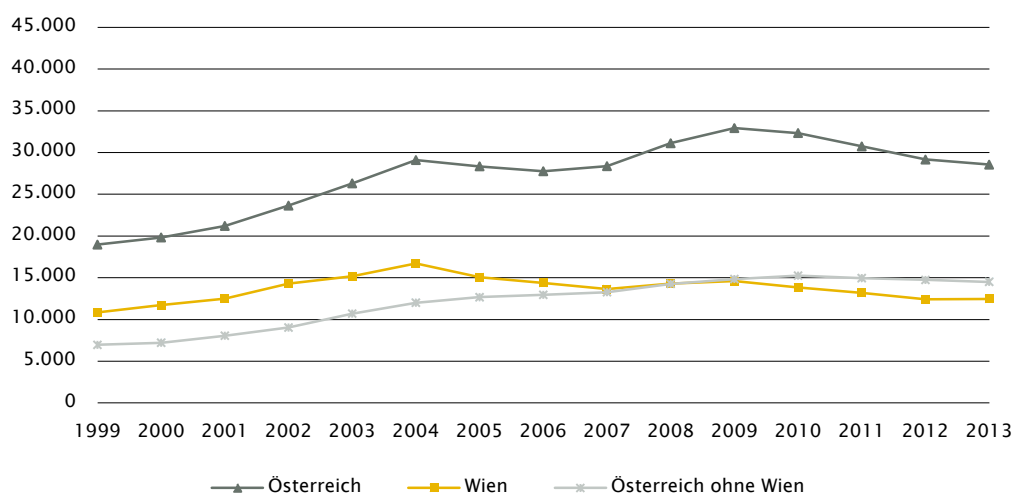
Schlussfolgerung: Aktuell gibt es zwischen 28.000 und 29.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden in Österreich. Etwa die Hälfte davon lebt in Wien. Ein Viertel der Betroffenen ist weiblich und 15 Prozent sind unter 25 Jahre alt. Wien als einzige Großstadt Österreichs¹ ist vom Drogenproblem am stärksten betroffen, gefolgt von Vorarlberg Kärnten und Tirol. Etwa 11.000 bis 15.000 Personen konsumieren vorwiegend intravenös.

¹ Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

1.3 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf

Der Verlauf der geschätzten Prävalenz¹ des risikoreichen Drogenkonsums zeigt einen steilen Anstieg Anfang der 2000er Jahre auf fast 30.000 Personen in den Jahren 2004/2005. Seither schwanken die Werte um 30.000 bzw. ist seit 2009 ein leichter Rückgang der Prävalenz zu beobachten.

Abbildung 1.6:
Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien – Zeitverlauf



Anmerkung: für 1999 bis 2012 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus 1998 bis 2000) herangezogen, für 2013 der Schätzwert für 2013

Quellen: Prävalenzschätzungen 2014, GÖG/ÖBIG 2013; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

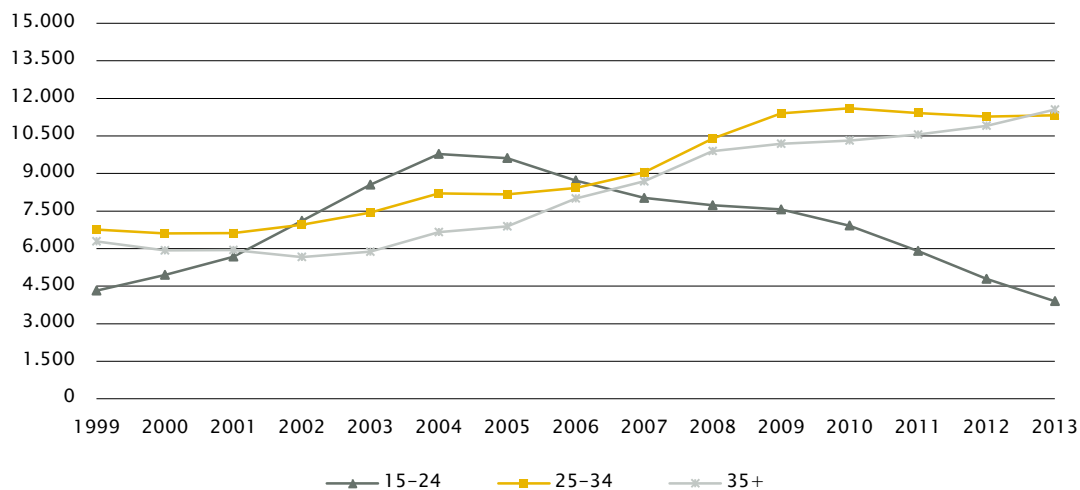
1

Die Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden wurde lange Zeit durch das „Ghost Case“-Problem im Register der Substitutionsbehandlungen erschwert. Personen, deren Behandlungsende nicht gemeldet wurde, verblieben fälschlicherweise als in Betreuung stehend im Register. Dieser Fehler vergrößerte sich kumulativ über die Jahre bis 2007, in dem erste Korrekturmaßnahmen im Register der Substitutionsbehandlungen durchgeführt wurden. Mit eSuchtmittel konnte das „Ghost Case“-Problem endgültig beseitigt werden. Für die Schätzungen mit Daten aus früheren Jahren muss jedoch eine für das Jahr 2004 anhand einer Zusatzstudie ermittelte „Ghost Case“-Korrektur (GÖG/ÖBIG 2010) durchgeführt werden. Um den „Ghost Case“-Fehler in der Zeitreihe auszugleichen, wurden für die Jahre 1999 und 2000 unkorrigierte Schätzungen, für 2001 und 2007 der Mittelwert aus korrigierter und unkorrigierter Schätzung und ab 2008 unkorrigierte Schätzungen auf Basis von eSuchtmittel herangezogen.

Betrachtet man die Entwicklung für Wien¹ und Österreich ohne Wien getrennt, so zeigt sich ein differenziertes Bild. Während in Wien die Werte bis 2004 anstiegen und seither stagnieren, stiegen in Österreich ohne Wien die Prävalenzen weiter an und stagnieren erst in den letzten Jahren. Bis 2009 wurden für Wien etwas mehr Personen mit risikoreichem Drogenkonsum geschätzt als in den restlichen Bundesländern, ab dem Jahr 2009 wird für Österreich ohne Wien die Prävalenz höher geschätzt. Es dürfte sich dabei um das Phänomen der kontinuierlichen Angleichung des Ausmaßes des Drogenproblems zwischen der Großstadt Wien und ländlich/kleinstädtischen Regionen handeln (vgl. Abbildung 1.6).

Einen vertiefenden 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). Die Anzahl der Personen unter 25 Jahre hat sich 2013 im Vergleich zu 2004 mehr als halbiert. Mit der Alterung der Generation „Einstieg 2000 bis 2004“, wächst die Anzahl an älteren Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (insbesondere in der Altersgruppe 25 bis 34) kontinuierlich weiter an.

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



Anmerkung: für 1999 bis 2012 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus 1998 bis 2000) herangezogen, für 2013 der Schätzwert für 2013

Quellen: Prävalenzschätzungen 2014, GÖG/ÖBIG 2013; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

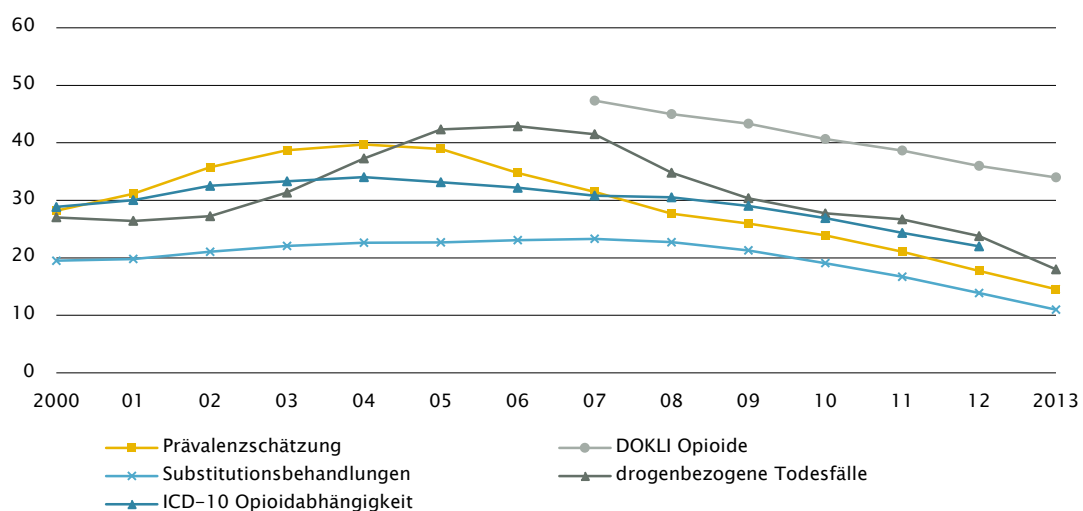
¹ Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

Schlussfolgerung: Zwischen Beginn der 2000er Jahre und 2004/2005 gab es eine steigende Prävalenz des risikoreichen Drogenkonsums aufgrund einer erhöhten Anzahl an Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die mit einem risikoreichen Drogenkonsum begonnen haben. Mittlerweile ist die Anzahl junger Personen mit risikoreichem Drogenkonsum aber wieder rückläufig. Dies ist ein Indiz, dass aktuell immer weniger Personen in den risikoreichen Opioidkonsum einsteigen. Während in Wien die Prävalenzzahlen seit 2004 stagnieren, stiegen die Zahlen in den anderen Bundesländern weiter an und stagnieren erst in den letzten drei Jahren (kontinuierlichen Angleichung des Ausmaßes des Drogenproblems zwischen ländlichen/kleinstädtischen Regionen und der Großstadt Wien).

Der deutliche Rückgang von jungen Personen mit Opioidproblematik lässt sich in allen Datenquellen des Drogenmonitorings beobachten (vgl. Abbildung 1.8) und deckt sich auch mit Berichten aus der Praxis.

Abbildung 1.8:

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



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

Quellen: Prävalenzschätzungen 2014, GÖG/ÖBIG 2013d, DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

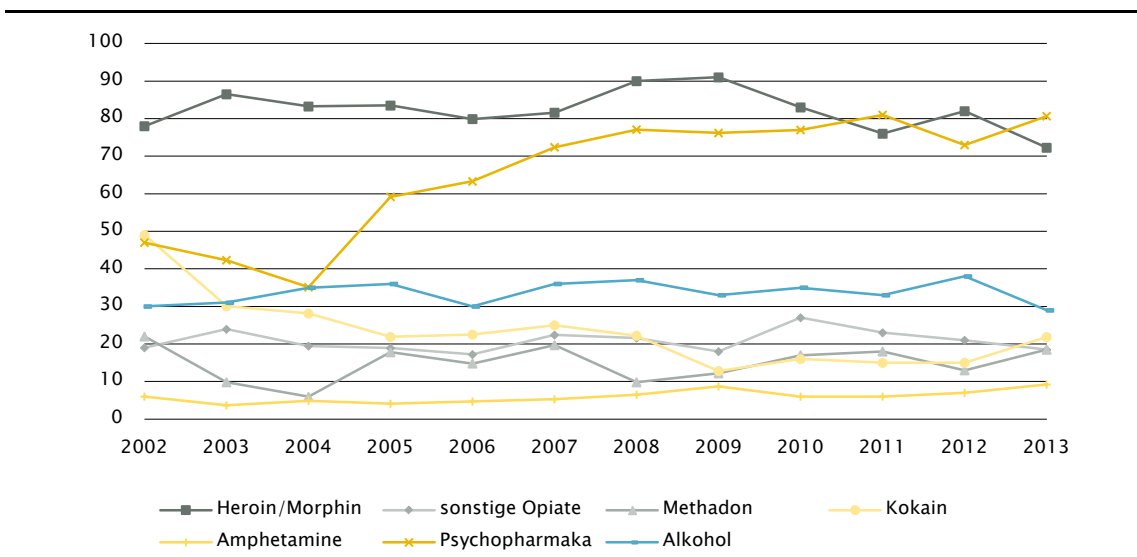
Betrachtet man die Veränderung der Altersstruktur in allen in Österreich zur Verfügung stehenden Datenquellen anhand des Prozentanteils der Personen unter 25 Jahren (vgl. Abbildung 1.8), so zeigt sich, dass dieser zunächst in den Prävalenzschätzungen und dann bei den drogenbezogenen Todesfällen ansteigt. Seit etwa 2007 sinkt der Anteil der Personen unter 25 Jahren in allen

Datenquellen. Dies spricht für eine „Alterung“ der Population mit risikoreichem Drogenkonsum mit Opioidbeteiligung in den letzten Jahren.

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 der risikoreichen Konsummuster zu anderen Drogen hin. Um diese Hypothese zu überprüfen, können die Zeitreihe der drogenbezogenen Todesfälle nach beteiligten Substanzen und die DOKLI-Daten nach Leitdroge herangezogen werden.

Die Substanzeanalysen bei direkt drogenbezogenen Todesfällen zeigen neben der stabil bleibenden eindeutigen Dominanz von Opioiden eine starke Zunahme von Psychopharmaka bis 2008 (vgl. Abbildung 1.9).

Abbildung 1.9:
Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen im Zeitverlauf, in Prozent



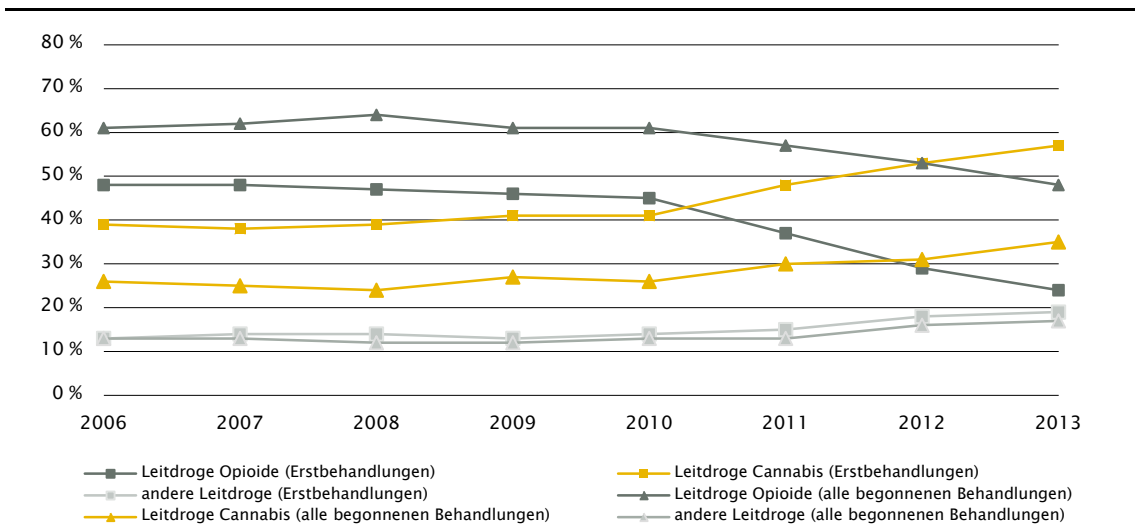
Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Schlussfolgerung: An der Dominanz von Opioiden bei drogenbezogenen Todesfällen hat sich in den letzten Jahren nichts geändert. In den hochproblematischen Konsummustern ist die steigende Bedeutung von Psychopharmaka (z. B. Benzodiazepin) feststellbar.

Aus der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle lässt sich somit keine Änderung der Konsummuster weg von Opioiden hin zu anderen Substanzen ableiten. Die insgesamt rückläufige Zahl der drogenbezogenen Todesfälle (vgl. Kap. 6) kann sowohl ein Indiz für einen Rückgang des risikoreichen Drogenkonsums insgesamt sein als auch ein Indiz für die Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums hin zu Substanzen mit geringerem Risiko für tödliche Überdosierungen.

Die DOKLI-Daten zeigen in den letzten Jahren eine deutliche Abnahme des Anteils von Opioiden und einen Anstieg bei Cannabis bzw. anderen Leitdrogen (in erster Linie Kokain und Stimulantien (vgl. Abbildung 1.10). Bei der Interpretation der Zahlen ist jedoch zu berücksichtigen, dass der Großteil der Personen in Substitutionsbehandlung nicht in DOKLI aufscheidet.

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



Anmerkung: Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opioid > Kokain > Stimulantien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis)

Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2005 bis 2013; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusätzlich zu den eben dargestellten österreichweiten Entwicklungen legt die vertiefte Analyse der Konsummuster (vgl. Abschnitt 4.2) lokal begrenzte aber wachsende Szenen mit Konsum von Stimulantien nahe (z. B. Methamphetamin in Oberösterreich). Die Datenlage lässt somit mehrere Hypothesen zu:

- » Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich verlagert sich in Richtung Cannabis. Allerdings weist nur etwa ein Drittel der in DOKLI aufscheidenden Klientinnen und Klienten mit Leitdroge Cannabis vor Therapiebeginn einen hochfrequenten Cannabiskonsum auf (GÖG/ÖBIG 2013b).
- » Der Rückgang des risikoreichen Konsums mit Beteiligung von Opioiden ist dadurch zu erklären, dass eine Verlagerung in Richtung Stimulantien wie Methamphetamin oder Mephedron stattfindet. Insbesondere hinsichtlich Methamphetamin gibt es Hinweise für eine lokale Szene in Oberösterreich (vgl. Kap. 4). Bezüglich Mephedron gab es in der Steiermark eine größere Szene (GÖG/ÖBIG 2012), dort war der risikoreiche Mephedronkonsum in den letzten Jahren jedoch wieder rückläufig¹.

1

Für den oft in diesem Zusammenhang diskutierten Anstieg des risikoreichen Konsums von *neuen psychoaktiven Substanzen* gibt es derzeit keine Hinweise im Drogenmonitoring.

- » Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich geht insgesamt zurück. Der Anstieg des Anteils mit Leitdroge Cannabis in DOKLI ist dadurch zu erklären, dass auch weniger problematische Fälle aufgrund frei werdender Kapazitäten in Betreuung genommen werden können.

Welche der drei Hypothesen in welchem Ausmaß zutreffend ist, werden erst die Entwicklungen der nächsten Jahre zeigen. Insgesamt gibt es zwar relevante Anzeichen für eine Veränderung der Drogensituation, dennoch darf nicht aus den Augen verloren werden, dass Opioide nach wie vor den behandlungsrelevanten Drogenkonsum dominieren.

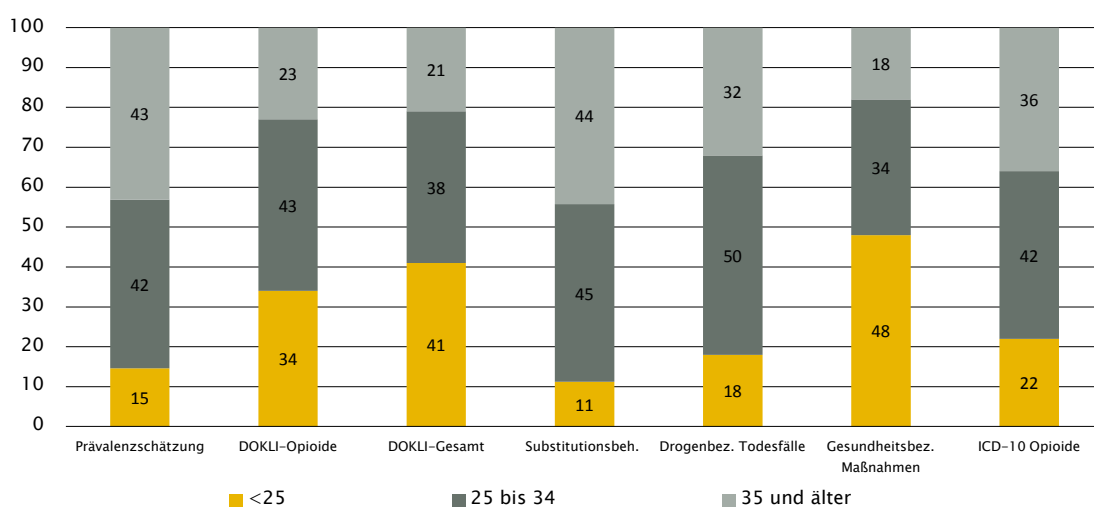
Schlussfolgerung: Alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring lassen auf einen starken Rückgang des risikoreichen Opioidkonsums in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre schließen (weniger Einsteigerinnen und Einsteiger). Wie nachhaltig diese Entwicklung ist und ob dies einen Rückgang der Suchtproblematik hinsichtlich illegaler Drogen insgesamt oder eine Verlagerung auf andere Substanzen (Cannabis, Methamphetamin) bedeutet, kann noch nicht gesagt werden. Aus Oberösterreich liegen Hinweise auf eine wachsende lokale Methamphetaminszene – sowohl aus dem Behandlungsbereich als auch auf Basis der Begutachtungsergebnisse nach § 12 SMG – vor.

1.4 Altersstruktur der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum

Die Altersverteilung in den für Österreich zur Verfügung stehenden Datenquellen ist recht unterschiedlich (vgl. Abbildung 1.11).

Abbildung 1.11:

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



Anmerkung: **DOKLI-Opiode:** Alle Personen, die im Jahr 2013 in DOKLI-Einrichtungen betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode; **DOKLI-Gesamt:** Alle im Jahr 2012 in DOKLI-Einrichtungen betreuten Personen; **Substitutionsbeh.:** Substitutionsbehandlungen 2013; **Drogenbez. Todesfälle:** Todesfälle aufgrund von drogenbezogenen Überdosierungen; **Gesundheitsbez. Maßnahmen:** Personen, bei denen eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat. **ICD-10 (Opiode):** Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung aus 2012.

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

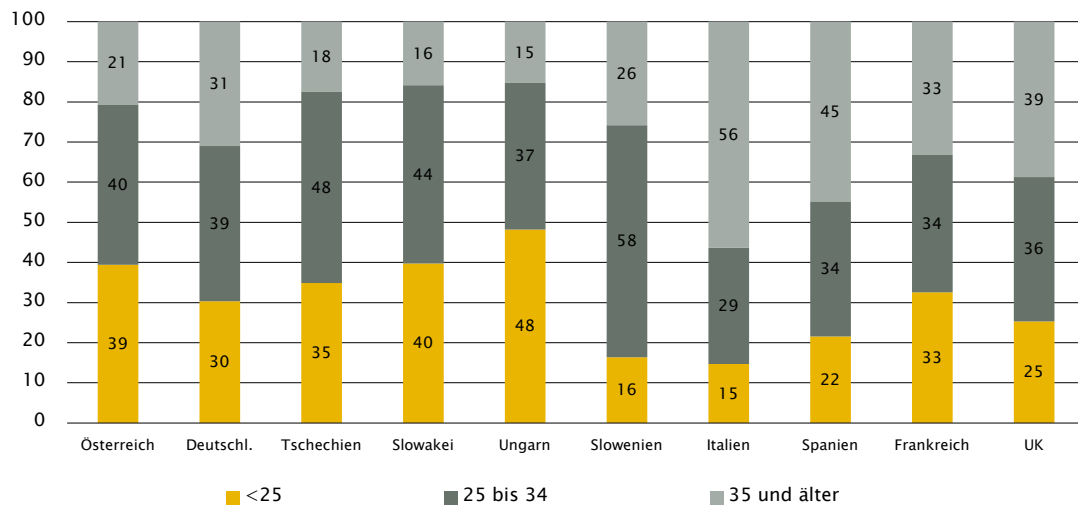
Während die drogenbezogenen Todesfälle etwa der Altersstruktur in den Prävalenzschätzungen entsprechen, ist die DOKLI-Klientel jünger und die Personen in Substitutionsbehandlung sind älter. Besonders jung sind Personen, bei denen eine Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen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

Ein Vergleich hinsichtlich Altersstruktur mit anderen Ländern der EU ist lediglich für die DOKLI-Daten möglich. Hier zeigt sich, dass die in den DOKLI-Einrichtungen behandelte Population im internationalen Vergleich etwas jünger ist (vgl. Abbildung 1.12). Dies ist vermutlich auf den vermehrten Einstieg junger Personen in den Opioidkonsum um das Jahr 2004 bedingt, was insgesamt eine Senkung des Altersschnitts verursacht hat. Dieses Senken des Altersschnitts ist (mit-)

verantwortlich dafür, dass der Anteil der Personen unter 25 Jahren im österreichischen Behandlungssystem im EU-Vergleich immer noch etwas höher ist.

Abbildung 1.12:

Altersverteilung von Personen, die im Jahr 2012 mit einer ambulanten oder stationären drogenbezogenen Betreuung begonnen haben, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU, in Prozent



Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Schlussfolgerung: Die sich in Österreich in drogenspezifischer ambulanter oder stationärer Behandlung befindlichen Personen sind im europäischen Vergleich jung. Dies ist (zum Teil) darauf zurückzuführen, dass von Beginn der 2000er Jahre bis 2004/2005 vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene in den risikoreichen Drogenkonsum eingestiegen sind.

2 Drogenbezogene Behandlungen

2.1 Anzahl der behandelten Personen

Von den geschätzt etwa 28.000 bis 29.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (mit Beteiligung von Opioiden) befanden sich 16.989 im Jahr 2013 in Substitutionsbehandlung. In am Behandlungsdokumentationssystem DOKLI beteiligten Einrichtungen wurden im Jahr 2013 insgesamt 4.583 Personen ambulant oder stationär betreut. Unter Berücksichtigung von Mehrfachbehandlungen in den DOKLI-Einrichtungen, des Anteils der nicht an DOKLI beteiligten Einrichtungen und der Tatsache, dass etwa die Hälfte der in den DOKLI-Einrichtungen betreuten Klientel auch im Substitutionsregister aufscheint, gelangt man zu einer Schätzung von etwa 19.000 Personen, die sich in Österreich wegen risikoreichen Drogenkonsums (mit Beteiligung von Opioiden) in Betreuung befinden.

Schlussfolgerung: Etwa zwei Drittel der geschätzt 28.000 bis 29.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum befindet sich in Behandlung. Der Prozentsatz der Personen mit Opioidproblemen in Substitutionsbehandlung ist regional unterschiedlich und liegt für Gesamtösterreich bei etwa 60 Prozent.

Die zweite große Gruppe von Personen im Behandlungssystem sind Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis, diese macht in etwa 2.000¹ Personen aus. Dazu kommen noch Personen, die nicht den beiden großen Gruppen (polytoxikomaner Konsum mit Beteiligung von Opioiden bzw. alleinige Leitdroge Cannabis) zuzuordnen sind. Die Größe dieser Gruppe beträgt etwa 1.200² Personen (vgl. auch Abbildung 2.1).

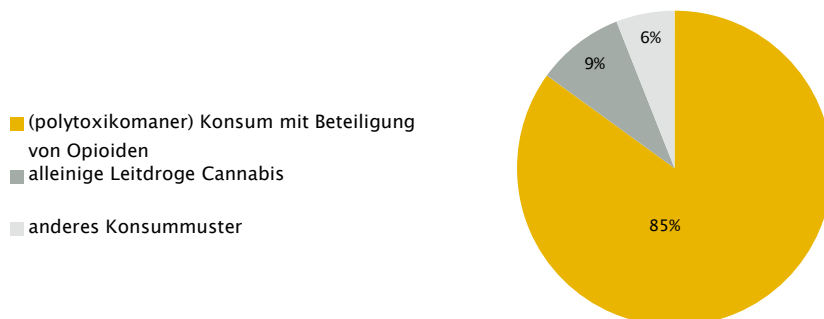
1

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

2

Der Berechnung dieser Zahl liegt die Anzahl der im Jahr 2013 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen mit Leitdroge Kokain (ohne Opioide), Stimulantien (ohne Kokain und Opioide) und anderen Drogen (ohne Opioide, Kokain und Stimulantien) zugrunde und die Annahme, dass DOKLI 93 Prozent des ambulanten und 79 Prozent des stationären Sektors drogenspezifischer Behandlungen abdeckt und zwischen den Drogeneneinrichtungen 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) 2013

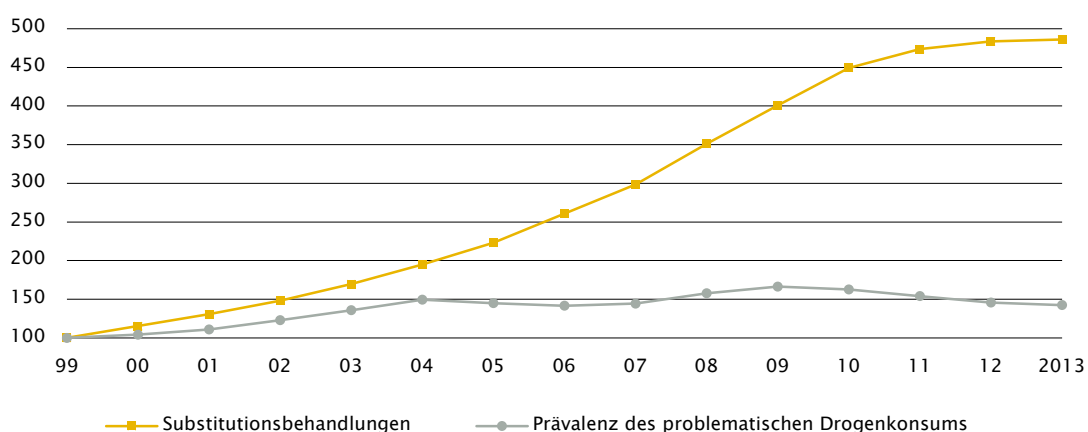


Anmerkung: Zur Definition der Konsummuster siehe Seite 18

Quellen: DOKLI-Auswertung; Betreuungsjahr 2013, eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Substitutionsbehandlung stellt die in Österreich mit Abstand häufigste Behandlungsform der Opioidabhängigkeit dar. Abbildung 2.2 zeigt deutlich, dass es im letzten Jahrzehnt gelungen ist, den Anteil an Personen mit risikoreichem Drogenkonsum, die sich in Substitutionsbehandlung befinden, massiv zu erhöhen. Während sich die geschätzte Anzahl an Personen mit Drogenproblemen (Opiode) lediglich um 50 Prozent erhöhte¹, hat sich die Zahl der sich in Substitutionsbehandlung Befindlichen nahezu verfünffacht und betrug 2013 16.989 Personen.

Abbildung 2.2:
Entwicklung der Anzahl an Personen in Substitutionsbehandlung und der geschätzten Anzahl an Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (Index - 1999 = 100 %)



Quellen: Prävalenzschätzungen 2014, GÖG/ÖBIG 2013b, eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

¹
Der Anstieg erfolgte im Zeitraum 1999 bis 2004

Schlussfolgerung: Es ist gelungen, über die Jahre die In-Treatment-Rate von Personen mit Opioidabhängigkeit massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg bewertet werden. Derzeit befinden sich 16.989 Personen in Substitutionsbehandlung.

2.2 Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen

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

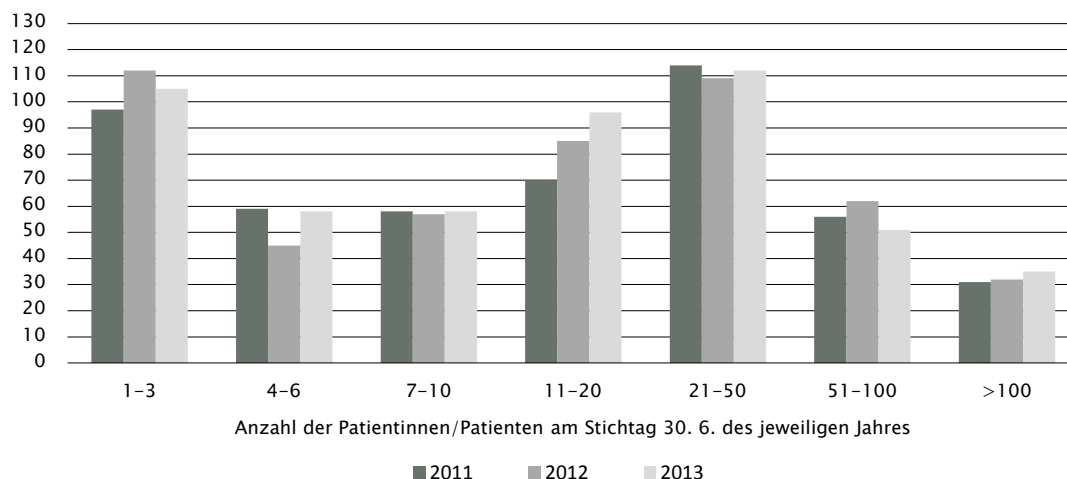
1. Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte
2. Anzahl der tatsächlich in der Substitutionsbehandlung tätigen (=versorgungswirksamen) Ärztinnen und Ärzte
3. Anzahl der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen

Die Anzahl der für die Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte kann der – basierend auf der „Weiterbildungsverordnung zur Substitutionsbehandlung“ im BMG geführten „Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzte und Ärztinnen“ (LISA) entnommen werden. Alle anderen Indikatoren stammen aus dem pseudonymisierten Register der Substitutionsbehandlungen.

In der Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte waren zum Stichtag 30. 6. 2013 insgesamt 597 Mediziner/innen eingetragen. Von diesen haben 515 (86 %) am Stichtag 30. 6. 2013 auch eine Substitutionsbehandlung durchgeführt. Da sich 15.206 Personen am 30. 6. 2013 in Substitutionsbehandlung befanden, kommen somit im Schnitt 30 Behandelte auf eine Ärztin / einen Arzt. Die Betreuungszahlen pro Arzt/Ärztin streuen sehr stark. Während 163 Ärztinnen/Ärzte (32 Prozent) jeweils bis 6 Patientinnen und Patienten betreuen, sind bei 86 (17 Prozent) Ärztinnen/Ärzten jeweils über 50 Personen in Substitutionsbehandlung (vgl. Abbildung 2.3). Das kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Teil der Substitutionsbehandlungen bei Ärztinnen/Ärzten im Rahmen der (allgemeinmedizinischen) Regelversorgung durchgeführt wird, ein anderer Teil wiederum von Ärztinnen/Ärzten, die sich auf Substitutionsbehandlung spezialisiert haben.

Abbildung 2.3:

Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt im Jahr 2011 bis 2013



Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 2.1:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt), nach Bundesland, Stichtag 30. 6. 2013

Bundesland	Personen in Substitutionsbehandlung	Ärztinnen/Ärzte-LISA*	Versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte
Burgenland	192	17	52
Kärnten	585	16	18
Niederösterreich	2.058	66	202
Oberösterreich	1.554	70	73
Salzburg	414	10	20
Steiermark	1.134	36	43
Tirol	1.008	34	35
Vorarlberg	502	11	11
Wien	7.759	352	276
Österreich	15.206	597**	515***

* 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 LISA insgesamt 15 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: eSuchtmittel und LISA Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

tientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern betreut¹. In Tabelle 2.1 werden die pro Bundesland am 30. 6. 2013 in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen der Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten bzw. in der Substitutionsbehandlung versorgungsrelevanten Ärztinnen/Ärzte gegenübergestellt. Dabei ergeben sich große regionale Unterschiede.

Insgesamt hat die Anzahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte von 2011 (485) auf 2013 (515) leicht zugenommen. Tabelle 2.2 gibt einen Überblick über die Veränderungen hinsichtlich der Anzahl der versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte nach Bundesländern.

Tabelle 2.2:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt), nach Bundesland, Stichtag 30. 6. 2011 und am 30.6.2013

Bundesland	Versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte	
	2011	2013
Burgenland	59	52
Kärnten	9	18
Niederösterreich	191	202
Oberösterreich	68	73
Salzburg	17	20
Steiermark	50	43
Tirol	35	35
Vorarlberg	10	11
Wien	274	276
Österreich	485*	515*

* 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

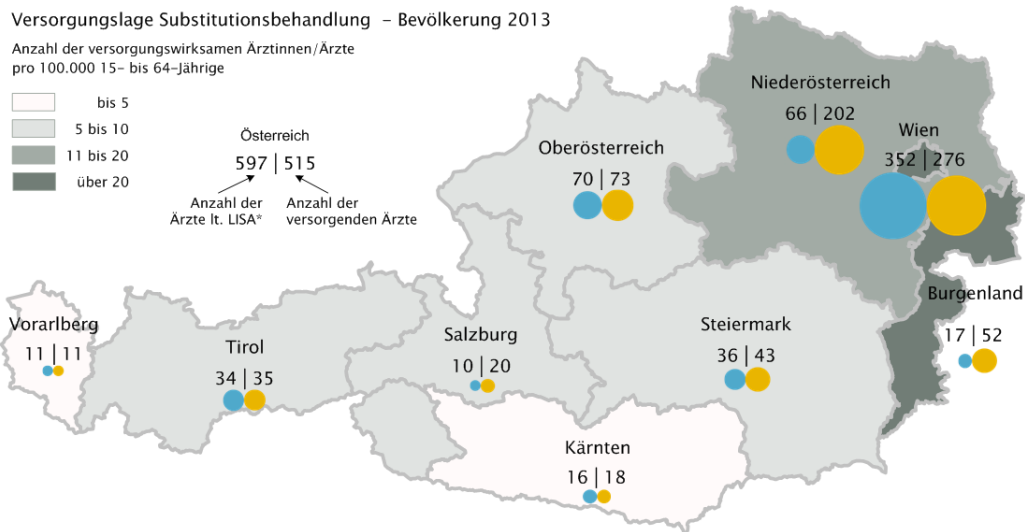
Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung:GÖG/ÖBIG

Bezieht man die Anzahl der versorgungswirksamen Ärztinnen/Ärzte auf die Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahre (vgl. Abbildung 2.4) lassen sich grobe Hinweise auf die Passung von Angebot und Nachfrage im Bereich Substitutionsbehandlung herausarbeiten. Dabei zeigt sich, dass Kärnten und Vorarlberg die wenigsten substituierenden Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 15- bis 64-Jährige aufweisen und Burgenland, Wien und Niederösterreich die meisten. Bei der Interpretation der Zahlen ist jedoch zu bedenken, dass die Substitutionsbehandlung in den Bundesländern unterschiedlich organisiert ist (zentrale Stellen für die Substitutionsbehandlung versus dezentrale Versorgung). Während in Kärnten, Salzburg, Tirol und Vorarlberg ein relativ großer Teil der Personen in Einrichtungen (§15 Einrichtung oder Krankenanstalt) betreut wird, wird in den anderen Bundesländern weit über die Hälfte der Personen in Substitutionsbehandlung in Arztpraxen versorgt (vgl. Abbildung 2.5)

1

Besonders in Wien werden viele Klientinnen und Klienten aus Niederösterreich und dem Burgenland betreut. Etwa ein Drittel der am 30.6.2013 in Niederösterreich gemeldeten 2.058 Personen und etwa ein Viertel der 192 im Burgenland gemeldeten Personen in Substitutionsbehandlung wurden in Wiener Arztpraxen betreut.

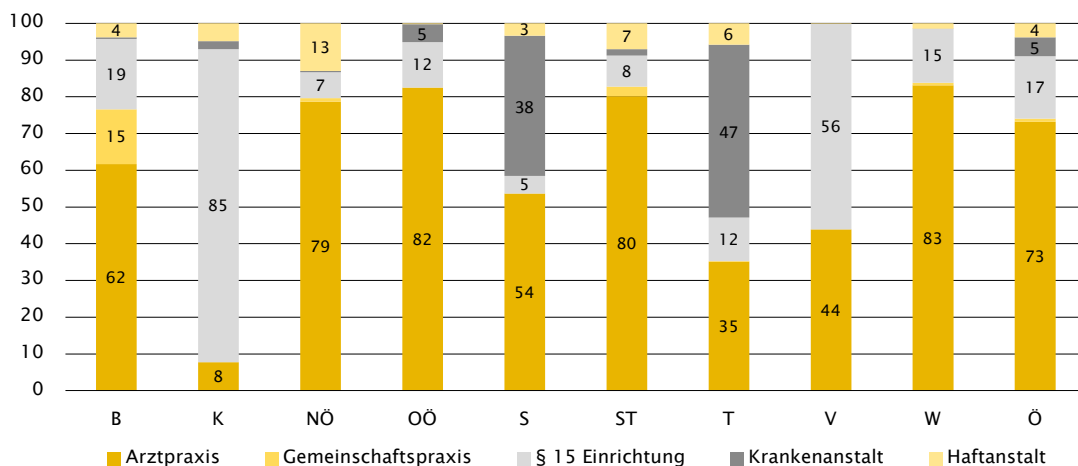
Abbildung 2.4:
Im Rahmen der Substitutionsbehandlung versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte
(Stichtag 30. 6. 2013) bezogen auf die Gesamtbevölkerung (15 bis 64 Jahre)



* LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte

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

Abbildung 2.5:
Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Art der Behandlungsstelle nach Meldeort
der Klientin / des Klienten 2013 in Prozent

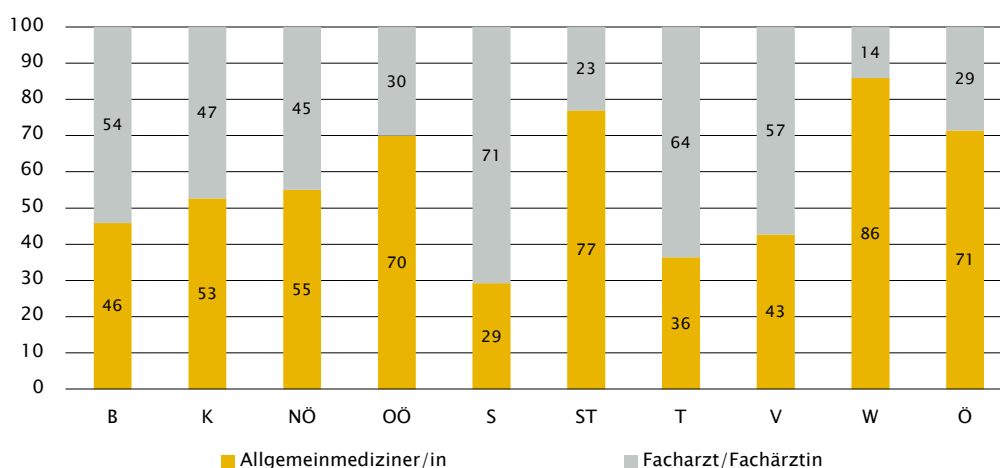


Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ebenso in Zusammenhang mit der Versorgungsstruktur sind die Zahlen in Abbildung 2.6 zur Verteilung der insgesamt 15.206 am Stichtag 30. 6. 2013 in Substitutionsbehandlung befindli-

chen Personen auf Fachärztinnen/Fachärzte bzw. Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner zu interpretieren. Insgesamt kann gesagt werden, dass Allgemeinmedizinerinnen/ Allgemeinmediziner im Bereich der Substitutionsbehandlung in Österreich eine dominierende Rolle spielen.

Abbildung 2.6:
Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Prozentsatz der von Fachärzten/Fachärztinnen versus Allgemeinmedizinern/-medizinerinnen betreuten Klientel am 30.6.2013 nach Bundesländern

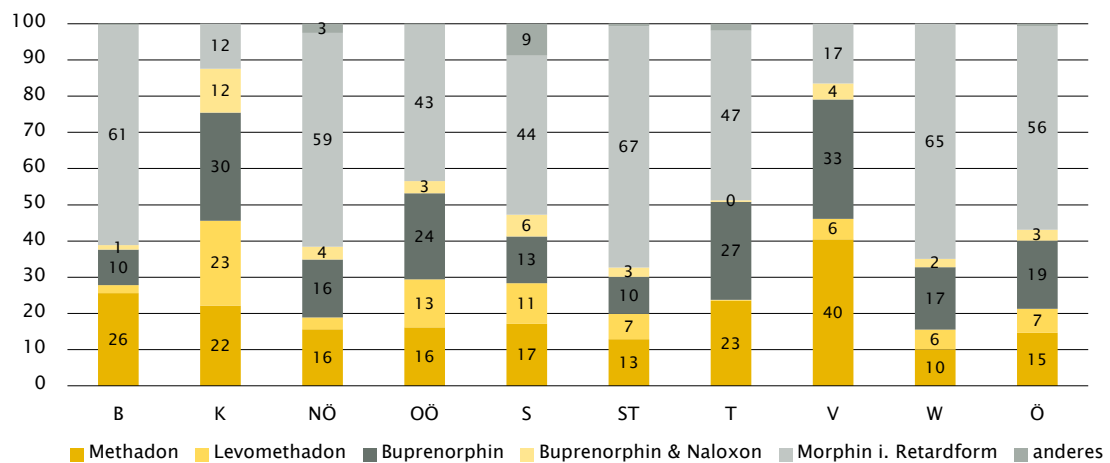


Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Schlussfolgerung: Die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die pro substituierende Ärztin / substituierenden Arzt betreut wird, ist nach wie vor stark unterschiedlich. Auch die Relation zwischen der Anzahl versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und der Anzahl 15- bis 64-Jähriger unterscheidet sich in den Bundesländern. Manche Ärztinnen und Ärzte betreuen sehr viele Klientinnen und Klienten. In Ostösterreich spielt Wien in der Versorgung eine wichtige Rolle – etwa ein Drittel der niederösterreichischen und etwa ein Viertel der burgenländischen Klientinnen und Klienten werden in Wien betreut. In den anderen Bundesländern findet die Versorgung bundeslandintern statt. Österreichweit werden etwa 70 Prozent aller Substitutionsbehandlungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern durchgeführt.

2.3 Versorgungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlungen

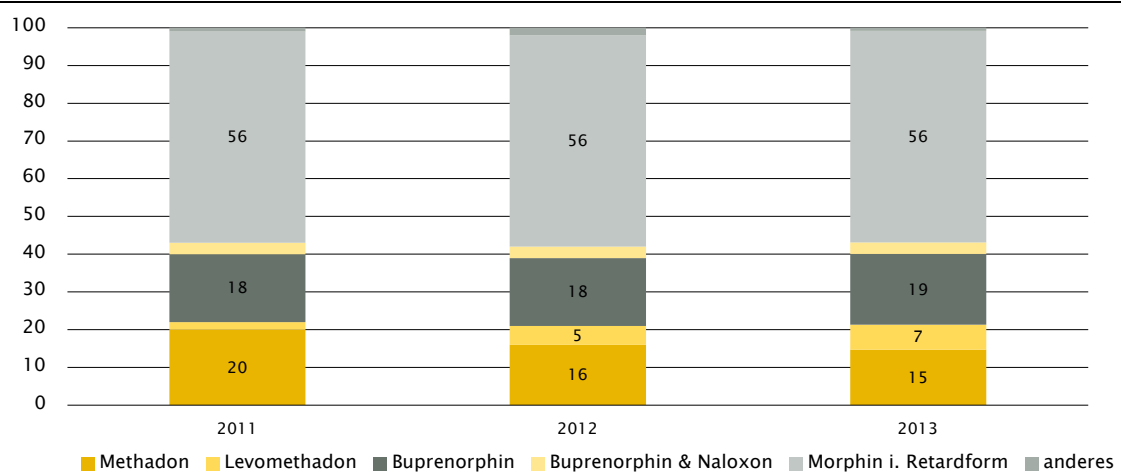
Abbildung 2.7:
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland 2013 in Prozent



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 16.786 der insgesamt 16.989 Personen, da bei 203 Personen (1 %) 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: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 2.8:
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland 2013 in Prozent

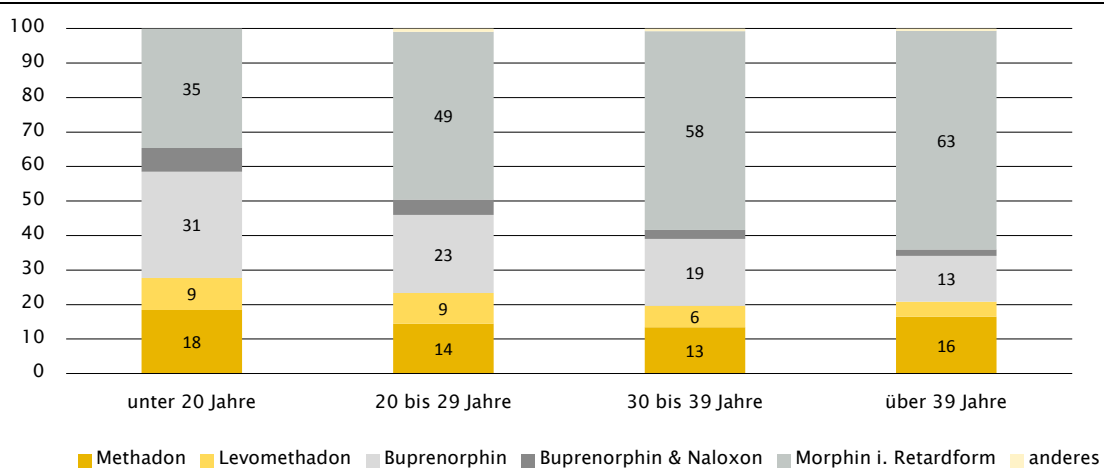


Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 16.786 der insgesamt 16.989 Personen, da bei 203 Personen (1 %) keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Österreichweit stellt Morphin in Retardform (56 %) das am häufigsten verschriebene Substitutionsmittel dar, gefolgt von Buprenorphin (19 %) und Methadon (15 %). Auffällig ist, dass die Verschreibungspraxis bundeslandabhängig sehr unterschiedlich ist. Während beispielsweise in Vorarlberg nur bei 17 Prozent der Behandelten Morphin in Retardform zum Einsatz kommt, ist dies in Wien bei 65 Prozent der Behandelten der Fall (vgl. Abbildung 2.7). In den letzten drei Jahren hat sich österreichweit an der Verschreibungspraxis wenig geändert. Lediglich der Anteil des neu zugelassenen Levomethadons hat sich auf Kosten von Methadon erhöht (vgl. Abbildung 2.8)

Abbildung 2.9:
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter 2013 in Prozent



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 16.786 der insgesamt 16.989 Personen, da bei 203 Personen (1 %) keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

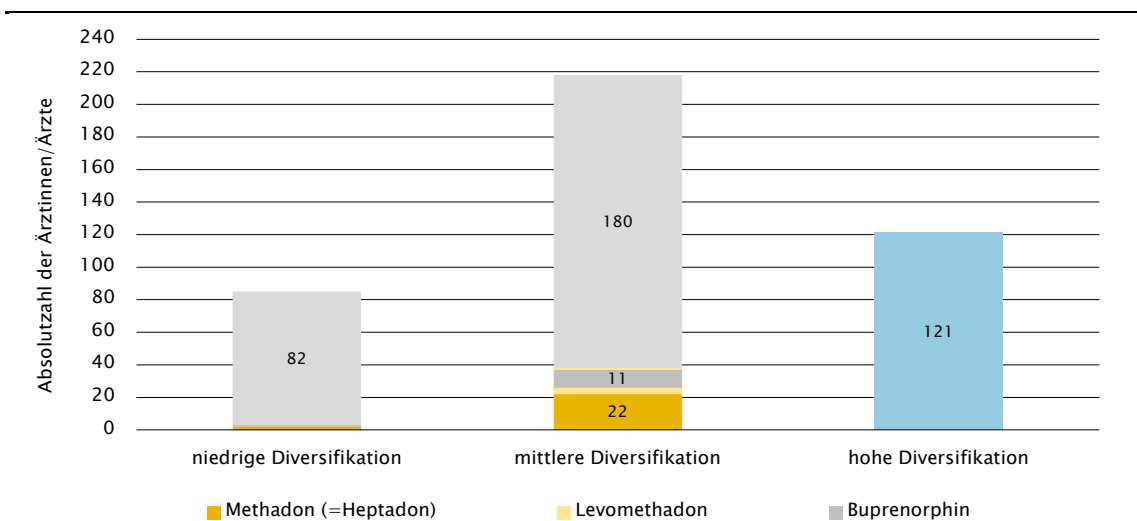
Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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 (vgl. Abbildung 2.9).

Grobe Aussagen zur Diversifikation von Substitutionsmitteln lassen sich auf Basis einer Spezialanalyse bei allen Ärztinnen bzw. Ärzten mit fünf oder mehr Patientinnen bzw. Patienten treffen. Eine Diversifikation der Substitutionsmittel hat im Wesentlichen den Vorteil, aus einer Palette verschiedener Möglichkeiten das für die individuelle Situation am geeignetste auswählen zu können. Aus Abbildung 2.10 ist ersichtlich, dass sehr viele Ärztinnen und Ärzte bei einem Großteil ihrer Patientinnen und Patienten das gleiche Substitutionsmittel einsetzen: Etwa die Hälfte (n=218) verordnet einem Großteil der Klientinnen und Klienten (49 bis 79 %) jeweils das gleiche Mittel (meist Morphin in Retardform) und zeigt somit eine mittlere Diversifikation. Ein Fünftel der Ärztinnen und Ärzte (n= 85) verordnet fast allen Klientinnen und Klienten (>79 %) das gleiche Substitutionsmittel (ebenfalls großteils Morphin in Retardform), was einer niedrigen Diversifikation entspricht. Weniger als ein Drittel der Ärztinnen/Ärzte (n=121) greift auf eine breite Palette

an Substitutionsmittel zurück (keines der verfügbaren Substitutionsmittel wird bei mehr als 49 Prozent der Klientinnen und Klienten verschrieben) und nutzt damit die Diversifikation aus. Dies lässt verschiedene Interpretationen zu: es könnte z. B. das jeweils am häufigsten eingesetzte Substitutionsmittel (Morphin in Retardform) als den anderen deutlich überlegen bewertet und deshalb bevorzugt eingesetzt werden. Es könnte aber auch ein Zeichen für eine unterschiedliche Einschätzung und Auswahl der passenden Substitutionsmittel sein.

Abbildung 2.10:
Diversifikation hinsichtlich der Verschreibung unterschiedlicher Substitutionsmittel 2013



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 16.786 der insgesamt 16.989 Personen, da bei 203 Personen (1 %) keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein. Hinweis zum Lesen der Grafik: 82 Ärztinnen und Ärzte verordnen 80 oder mehr Prozent der KlientInnen und Klienten Morphin in Retardform, 22 Ärztinnen und Ärzte verordnen 49 bis 79 Prozent der Klientinnen und Klienten Methadon, usw. 121 Ärztinnen und Ärzte diversifizieren sehr stark – d. h. sie verordnen keines der verfügbaren Substitutionsmedikamente mehr als der Hälfte ihrer Klientel.

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

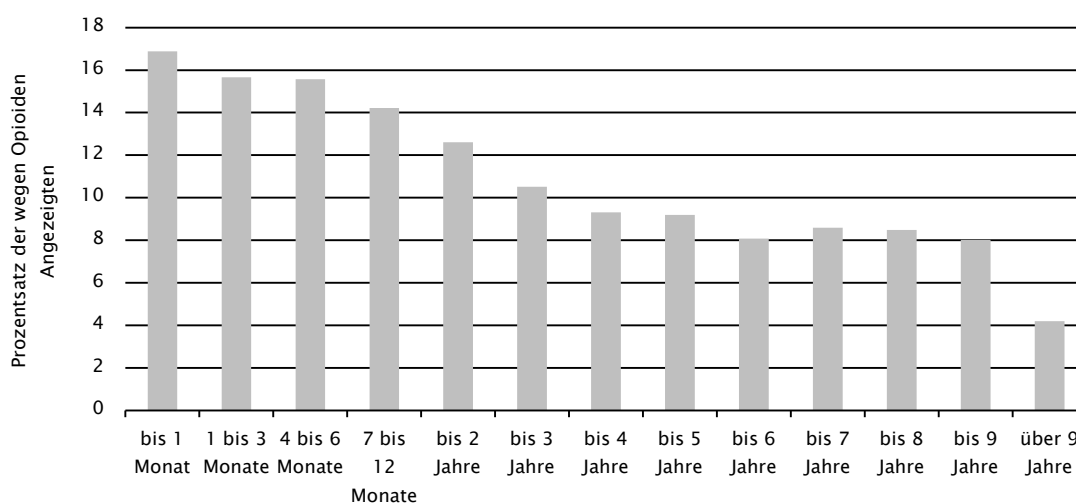
Schlussfolgerung: Die Verschreibung der unterschiedlichen Substitutionsmittel variiert von Bundesland zu Bundesland. Dies zeigt sich insbesondere im regional uneinheitlichen Einsatz von Morphin in Retardform. In den letzten drei Jahren hat sich kaum etwas an der Verteilung der eingesetzten Substitutionsmittel geändert. Etwas weniger als ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte mit fünf oder mehr Klientinnen und Klienten setzt eine breite Palette von Substitutionsmitteln ein. Indikationsstellungen, welche Substanz für welche Klientel am besten geeignet ist, sollten diskutiert werden.

2.4 Stabilität von Personen in Substitutionsbehandlung

Im letzten Jahr wurden die Haltequoten in Substitutionsbehandlung als Indikator für die Stabilisierung von Personen mit Opioidproblemen ausführlich dargestellt (GÖG/ÖBIG 2013b). Ein weiterer Indikator für die Stabilisierung stellt das Vorliegen von Anzeigen wegen Opioiden dar. Geht man davon aus, dass die Substitutionsbehandlung dazu führt, den Opioidabhängigen aus dem kriminellen Umfeld der Drogenbeschaffung zu bringen, müsste sich die Wahrscheinlichkeit einer Anzeige wegen Opioiden mit zunehmender Behandlungsdauer (Stabilisierung) verringern.

Im Jahr 2013 wurden insgesamt 10 Prozent aller in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen wegen Opioiden angezeigt (2010 bis 2012 jeweils 11 oder 12 %). In der nachfolgenden Auswertung wurde die Tatsache, ob im Jahr 2013 eine Anzeige wegen Opioiden erfolgt ist (Beobachtungszeitraum 2013) in Zusammenhang mit der Behandlungsdauer zum 1. 1. 2013 gestellt. Es zeigt sich zum einen, dass die Wahrscheinlichkeit einer Anzeige mit der Behandlungsdauer deutlich abnimmt, zum anderen, dass aber auch ein kleiner Teil mit sehr langer Behandlungsdauer angezeigt wurde (vgl. Abbildung 2.11).

Abbildung 2.11:
Behandlungsdauer zum 1. 1. 2013 und Prozentsatz einer Anzeige wegen Opioiden im Jahr 2013



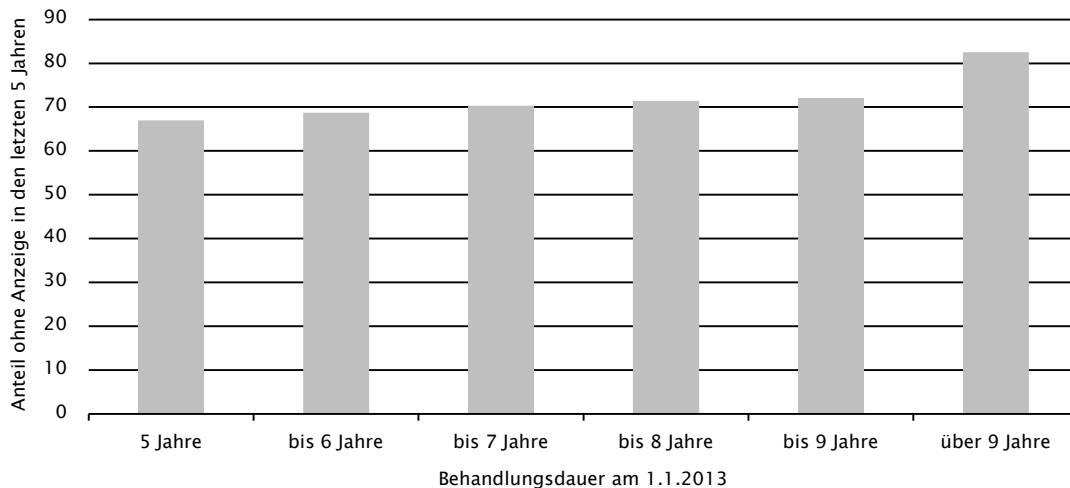
Hinweis zum Lesen der Grafik: Es wird der Prozentsatz der Personen dargestellt, der im Jahr 2013 wegen Opioiden angezeigten Personen; Beispiel: Von jenen Personen, die am 1. 1. 2013 unter einem Monat in Behandlung waren (n=237), wurden 2013 17 Prozent angezeigt, von jenen Personen, die am 1. 1. 2013 bereits über neun Jahre in Behandlung waren (n=3.501) wurden 2013 vier Prozent wegen Opioiden angezeigt. Behandlungsdauer zum 1. 1. 2013 bedeutet, dass eine Betreuungssequenz vorliegt, die nicht länger als 32 Tage unterbrochen wurde.

Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Dies kann einerseits als Beleg hinsichtlich einer kriminalitätspräventiven Wirkung der Substitutionsbehandlung interpretiert werden, andererseits spiegelt sich auch der chronische Charakter der Opioidabhängigkeit in den Anzeigen nach sehr langer Behandlungsdauer wider.

Um einen längeren Beobachtungszeitraum hinsichtlich der Anzeigen zu ermöglichen wurde für die nachfolgende Auswertung berücksichtigt, ob in den letzten 5 Jahren eine Anzeige wegen Opioiden erfolgte.

Abbildung 2.12:
Behandlungsdauer zum 1. 1. 2013 und Prozentsatz von Personen ohne Anzeige wegen Opioiden in den Jahren 2009 bis 2013



Hinweis zum Lesen der Grafik: Es wird der Prozentsatz der Personen dargestellt, der in den letzten 5 Jahren nicht wegen Opioiden angezeigt wurde; Beispiel: Von jenen Personen, die am 1. 1. 2013 fünf Jahre in Behandlung waren (n=1.033), liegt im Zeitraum 2009 bis 2013 bei 67 Prozent keine Anzeige wegen Opioiden vor. Von jenen Personen, die am 1. 1. 2013 bereits über neun Jahre in Behandlung waren (n=3.501) liegt im Zeitraum 2009 bis 2013 bei 83 Prozent keine Anzeige wegen Opioiden vor. Behandlungsdauer zum 1. 1. 2013 bedeutet, dass eine Betreuungssequenz vorliegt, die nicht länger als 32 Tage unterbrochen wurde.

Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Es zeigt sich, dass bei einer Behandlungsdauer von über neun Jahren (bezogen auf den 1. 1. 2013) 83 Prozent in den letzten fünf Jahren nicht wegen Opioiden polizeilich auffällig waren (keine Anzeige wegen Opioiden). Bei einer Behandlungsdauer von fünf Jahren beläuft sich der Anteil auf 67 Prozent (vgl. Abbildung 2.12).

Bei allen diesen Analysen ist zu bedenken, dass die Behandlungsdauer auch von Selektionseffekten beeinflusst wird (sehr instabile Personen brechen die Behandlung ab). In Zusammenschau mit den hohen Haltequoten (GÖG/ÖBIG 2013b) und der hohen In-Treatment-Rate (vgl. Abschnitt 2.1) kann aber dennoch von einer kriminalitätspräventiven Wirkung der Substitutionsbehandlung ausgegangen werden.

Schlussfolgerung: Es kann einerseits von einer mit Behandlungsdauer steigenden kriminalitätspräventiven Wirkung der Substitutionsbehandlung ausgegangen werden, andererseits spiegelt sich auch der chronische Charakter der Opioidabhängigkeit in den Anzeigen nach sehr langer Behandlungsdauer wider.

3 Kennzahlen der Drogensituation

Tabelle 3.1:

Die wichtigsten Indikatoren zur Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2013, in Absolutzahlen

Indikator	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz UG	301	1.138	3.532	2.732	620	1.722	1.436	909	11.994	27.790
Prävalenz	381	1.423	3.788	3.030	788	1.972	1.847	1.115	12.471	28.550
Prävalenz OG	598	1.749	4.370	3.229	924	2.911	2.336	1.476	12.948	29.311
Personen Substitutions- behandlung	235	708	2.402	1.794	477	1.272	1.159	635	8.307	16.989
DOKLI Opioide	52	773	501	461	313	578	142	525	1.223	4.568
DOKLI Cannabis	32	347	230	195	77	310	179	394	324	2.088
DOKLI gesamt	102	1.341	957	856	500	1.120	470	1.159	2.479	9.043
§ 12 SMG Opioide	21	81	130	94	36	60	32	1	-	-
§ 12 SMG Cannabis	36	278	170	183	89	74	57	4	-	-
§ 12 SMG kein Bed.	75	82	725	256	116	121	133	17	1.634	3.159
ICD-10 (Opioidabh.)	18	79	129	323	106	105	189	72	603	1.628
Drogenbezogene Todesfälle	1	7	19	14	4	6	14	10	63	138

Indikator	Alter			Geschlecht	
	< 25	25-34	35+	Männer	Frauen
Prävalenz UG	3.635	10.935	10.915	19.704	6.547
Prävalenz	3.901	11.321	11.552	20.341	6.949
Prävalenz OG	4.166	11.707	12.190	20.978	7.351
Personen Substituti- onsbehandlung	1.909	7.571	7.509	12.325	4.664
DOKLI Opioide	1.540	1.970	1.073	3.226	1.357
DOKLI Cannabis	1.296	520	275	1.701	390
DOKLI gesamt	3.694	3.393	1.956	6.729	2.314
ICD-10 (Opioidabh.)	357	683	588	1.091	537
Drogenbezogene To- desfälle	25	69	44	113	25

Anmerkung: Prävalenz UG bzw. OG: Um Zufallsschwankungen über die Jahre bei den Bundeslandsschätzungen auszugleichen, werden als Untergrenze der kleinste Wert des 95%-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze der höchste Wert herangezogen. **DOKLI Opioide/Cannabis:** Alle Personen, die 2013 in DOKLI-Einrichtungen betreut wurden, mit der Leitdroge Opioide bzw. alleiniger Leitdroge Cannabis; **§ 12 SMG Opioide/Cannabis:** Personen, bei denen die Begutachtung nach § 12 SMG einen behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden bzw. einen behandlungsrelevanten Konsum von Cannabis ohne andere Leitdrogen ergab. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Wien keine Daten übermittelt hat. Bei den Wiener Begutachtungen wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert wird und nicht nach Substanzen spezifiziert. **ICD-10 (Opioidabh.):** Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioide) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung aus 2012. **Drogenbezogene Todesfälle:** direkt drogenbezogene Todesfälle aufgrund von Überdosierungen

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

Tabelle 3.2:

Die wichtigsten Indikatoren zur Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2013 pro 100.000 15- bis 64-Jährige

Indikator	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz UG	156,8	308,7	328,7	285,8	172,2	211,0	293,5	360,8	1002,0	487,1
Prävalenz	198,5	386,0	352,6	317,0	218,8	241,7	377,5	442,6	1041,9	500,4
Prävalenz OG	311,5	469,0	407,7	337,8	256,6	355,9	479,8	586,7	1081,7	605,5
Personen Substitutions- behandlung	122,4	192,0	223,6	187,7	132,5	155,9	236,9	252,1	694,0	297,8
DOKLI Opioide	27,1	209,7	46,6	48,2	86,9	70,8	29,0	208,4	102,2	80,1
DOKLI Cannabis	16,7	94,1	21,4	20,4	21,4	38,0	36,6	156,4	27,1	36,6
DOKLI gesamt	53,1	363,7	89,1	89,5	138,8	137,3	96,1	460,1	207,1	158,5
§ 12 SMG Opioide	10,9	22,0	12,1	9,8	10,0	7,4	6,5	0,4	-	-
§ 12 SMG Cannabis	18,8	75,4	15,8	19,1	24,7	9,1	11,7	1,6	-	-
§ 12 SMG kein Bed.	39,1	22,2	67,5	26,8	32,2	14,8	27,2	6,7	136,5	55,4
ICD-10 (Opioidabh.)	9,4	21,4	12,0	33,8	29,4	12,9	38,6	28,6	50,4	28,5
Drogenbezogene Todesfälle	1,0	2,0	3,0	2,0	2,7	0,9	2,9	2,8	6,0	2,8

Indikator	Alter			Geschlecht	
	< 25	25-34	35+	Männer	Frauen
Prävalenz UG	358,0	976,2	304,8	688,7	229,2
Prävalenz	384,2	1.010,7	322,5	711,0	243,3
Prävalenz OG	410,3	1.045,2	340,4	733,2	257,4
Personen Substituti- onsbehandlung	188,0	675,9	209,7	430,8	163,3
DOKLI Opioide	151,7	175,9	30,0	112,8	47,5
DOKLI Cannabis	127,6	46,4	7,7	59,5	13,7
DOKLI gesamt	363,8	302,9	54,6	235,2	81,0
ICD-10 (Opioidabh.)	35,2	61,0	16,4	38,1	18,8
Drogenbezogene To- desfälle	3,6	5,8	1,7	4,6	1,0

Anmerkung: Prävalenz UG bzw. OG: Um Zufallsschwankungen über die Jahre bei den Bundeslandschätzungen auszugleichen, werden als Untergrenze der kleinste Wert des 95%-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze der höchste Wert herangezogen. **DOKLI Opioide/Cannabis:** Alle Personen, die 2013 in DOKLI-Einrichtungen betreut wurden, mit der Leitdroge Opioide bzw. alleiniger Leitdroge Cannabis; **§ 12 SMG Opioide/Cannabis:** Personen, bei denen die Begutachtung nach § 12 SMG einen behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden bzw. einen behandlungsrelevanten Konsum von Cannabis ohne andere Leitdrogen ergab. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Wien keine Daten übermittelt hat. Bei den Wiener Begutachtungen wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert wird und nicht nach Substanzen spezifiziert. **ICD-10 (Opioidabh.):** Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioide) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung aus 2012. **Drogenbezogene Todesfälle:** direkt drogenbezogene Todesfälle aufgrund von Überdosierungen

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

4 Vertiefende Analysen zu Konsummustern

4.1 Personen mit Leitdroge Opiode

Konsummuster bei Personen mit Leitdroge Opiate

Betrachtet man die Angaben der 2.333 Personen, die im Jahr 2013 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben und bei denen Angaben zu einer illegalen Substanz als Leitdroge¹ vorliegen, fällt auf, dass fast 85 Prozent der Nennungen auf nur zwei Substanzen entfallen. 48,8 Prozent entfallen auf die Leitdroge „Opiate“, 35,3 Prozent auf Cannabis, alle anderen Substanzen spielen mit unter 10 Prozent eine untergeordnete Rolle. Die Gruppe der Cannabiskonsumenten wurde bereits im Epidemiologiebericht Drogen 2012 (GÖG/ÖBIG 2013b) eingehend beschrieben. Im vorliegenden Kapitel wird daher der Fokus auf die Gruppe der Personen mit Leitdroge Opiate gerichtet.

Im Jahr 2013 begannen insgesamt 1.138 Personen wegen der Leitdroge Opiate mit einer (dokumentierten) längerfristigen ambulanten Betreuung. 71 Prozent der Personen waren männlich, 27 Prozent der Personen waren jünger als 25 Jahre und rund 75 Prozent hatten davor schon einmal Angebote der Drogenhilfe in Anspruch genommen. Bei 21 Prozent lag eine Auflage der Justiz oder der Gesundheitsbehörde vor, rund 46 Prozent gaben die eigene Initiative als Hauptanstoß für das Aufsuchen der Betreuung an. Bei nur 16 Prozent war ein Justizzusammenhang der Hauptanstoß. Die häufigste genannte höchste abgeschlossene Ausbildung ist die Pflichtschule (48 %), gefolgt von der Lehrabschlussprüfung (33 %), nur etwa 23 Prozent der Personen ist erwerbstätig (siehe auch Tabelle 4.1). Etwa 60 Prozent waren zu Beginn der aktuellen Betreuungssequenz in Substitutionsbehandlung, 66 Prozent haben zumindest einmal in ihrem Leben Drogen intravenös konsumiert. Der erste Heroinkonsum erfolgt bei rund 42 Prozent der Personen vor dem 18. Lebensjahr.

1

Definition Leit- und Begleitdroge

Tabelle 4.1:

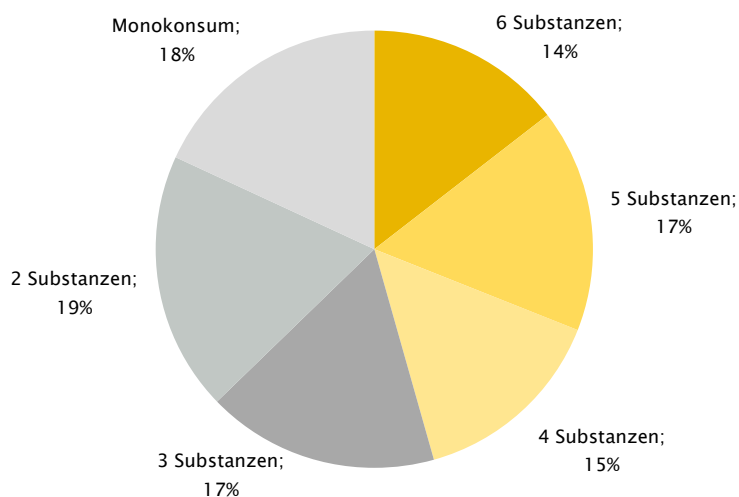
Merkmale der Personengruppe mit Leitdroge Opiate (in Prozent; n=1.138)

Variablenausprägung	Prozentanteil
Männlich	71 %
unter 25 Jahre	27 %
25 bis 34 Jahre	47 %
35 Jahre und älter	26 %
schon Angebote der Drogenhilfe in Anspruch genommen	75 %
Hauptanstoß eig. Initiative	46 %
Hauptanstoß Justiz	16 %
Auflage ja	21 %
Pflichtschule als höchste Ausbildung	48 %
Lehrabschlussprüfung als höchste Ausbildung	33 %
Erwerbstätig	23 %
in Substitutionsbehandlung	60 %
Jemals i.v. konsumiert	66 %

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013

Abbildung 4.1:

Personen mit Leitdroge Opiate, die 2013 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben nach Anzahl der behandlungsrelevanten Drogen in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013

Wie bereits in Kapitel 1 beschrieben ist bei Personen mit risikoreichem Opiatkonsum selten von einem Monokonsum, sondern in der Regel von einem multiplen Substanzkonsum auszugehen. Dies bestätigt sich auch in der vorliegenden Analyse. Bei lediglich 18 Prozent der Personen mit Leitdroge Opiate finden sich keine Angaben zu einer weiteren Leit- oder Begleitdroge. Bei

34 Prozent liegt neben Opiaten zumindest eine weitere Leitdroge vor, bei den restlichen 48 Prozent liegt neben Opiaten zumindest eine Begleitdroge vor (vgl. Abbildung 4.1). Betrachtet man nun die große Gruppe jener Personen (n=932), die neben dem Opiatkonsum noch andere Leit- oder Begleitdrogen aufweisen, so zeigt sich, dass der behandlungsrelevante Konsum von bis zu sechs Drogen pro Person keine Seltenheit ist.

Insgesamt ergab die Auswertung 26 verschiedene Substanzkombinationen, das häufigste Muster ist Opiate, Kokain, Stimulanzien, Tranquilizer, Halluzinogene und Cannabis (17,7 %) gefolgt von Opiate, Kokain, Stimulanzien, Tranquilizer und Cannabis (12,8 %). An dritter Stelle liegt die Kombination Opiate und Cannabis (11,7 %) gefolgt von Opiate, Kokain, Tranquilizer und Cannabis (9,3 %). Diese vier Kombinationen von Problemstoffen alleine machen über 50 Prozent der 26 gefundenen Kombinationen aus. Ob hinter diesen dokumentierten Substanzkombinationen allerdings tatsächlich unterschiedliche Personengruppen mit spezifischen Konsummustern stehen, kann anhand der Daten aus einem Routinedokumentationssystem wie DOKLI nicht beantwortet werden und müsste in vertiefenden Studien geklärt werden.

Schlussfolgerung: Bei ambulant betreuten Personen mit risikoreichem Opiatkonsum handelt es sich in der Regel um einen multiplen Substanzkonsum. Der behandlungsrelevante Konsum von bis zu sechs Drogen pro Person ist keine Seltenheit.

4.2 Exkurs Konsum von Methamphetamin

Medial gab es im letzten Jahr immer wieder Berichte über lokale Szenen (vor allem in Oberösterreich) hinsichtlich des Konsums von Methamphetamin. Aus diesem Grund wurden die Daten des Drogenmonitorings hinsichtlich dieser Fragestellung analysiert.

Zum Zweck einer vertiefenden Analyse der DOKLI-Daten (ambulant und stationär) hinsichtlich des behandlungsrelevanten Konsums von Methamphetamin wurden alle Angaben in den Drogenkategorien „andere Stimulantien“ und „andere Drogen“ herangezogen. Methamphetamin, andere Stimulantien (ohne Spezifizierung) und Mephedron sind die häufigsten Nennungen hinsichtlich Stimulantien in den oben angeführten Drogenkategorien (siehe auch Tabelle 5.1).

Aus Tabelle 4.2 ist ersichtlich, dass Methamphetamin als Leit- und Begleitdroge fast ausschließlich in Oberösterreich eine gewisse Rolle spielt. Insgesamt geben 76 Personen in Oberösterreich (9 % aller in Oberösterreich Betreuten) Methamphetamin als Leit- oder Begleitdroge an. Mephedron geben in Kärnten sieben Prozent und in der Steiermark drei Prozent der DOKLI-Klientinnen und Klienten als Leit- oder Begleitdroge an. Diese Ergebnisse deuten auf lokale Szenen hinsichtlich der beiden Drogen hin. Auch in Wien geben sieben Prozent andere Stimulanzien als Leit- oder Begleitdroge an, es kann aber nicht spezifiziert werden, um welche Stimulantien es sich handelt.

Tabelle 4.2:

Ausgewählte Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulantien“ und „andere Drogen“ aller 9.043 ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen 2013

Bundesland	Methamphetamin			Mephedron			andere Stimulantien ohne Spezifizierung**		
	LD*	BD*	SU*	LD*	BD*	SU*	LD*	BD*	SU*
Burgenland	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Kärnten	0	11	11	16	78	94	2	3	5
Niederösterreich	2	3	5	6	1	7	1	4	5
Oberösterreich	40	36	76	0	2	2	5	23	28
Salzburg	3	0	3	0	1	1	0	5	5
Steiermark	2	6	8	11	22	33	14	9	23
Tirol	1	6	7	2	12	14	1	4	5
Vorarlberg	1	3	4	0	1	1	0	0	0
Wien	0	13	13	1	21	22	25	157	182
Summe	49	78	127	36	138	174	48	206	254

Anmerkung:

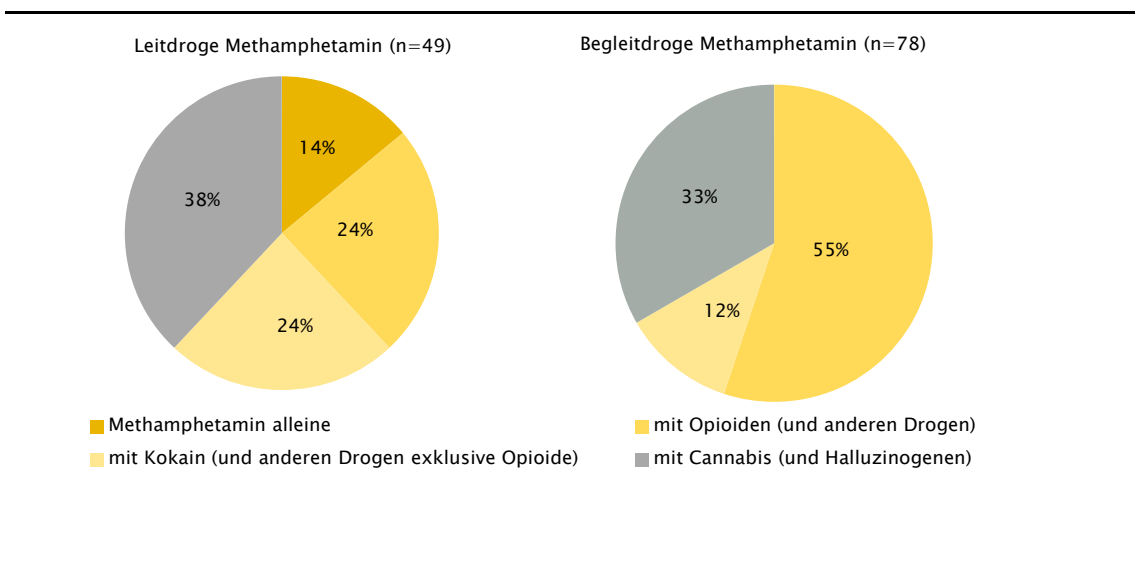
* LD = Leitdroge, BD = Begleitdroge, SU = Summe aus Leit- und Begleitdroge

** Mit anderen Stimulantien ohne Spezifizierung ist gemeint, dass zwar die Kategorie „andere Stimulantien“ angekreuzt wurde, jedoch keine Angabe zur Art des Stimulantiums gemacht wurde. Andere Stimulantien exkludieren Kokain, Crack, Amphetamin und MDMA
Mehrfachnennungen möglich

Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 4.2:

Konsummuster von Personen mit Leit- oder Begleitdroge Methamphetamin, 2013



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013

Im Anschluss wurden die Konsummuster jener 127 Personen, die Methamphetamin als Leit- oder Begleitdroge angegeben hatten, einer Detailanalyse unterzogen. Dabei zeigt sich, dass es

kaum Personen mit Monokonsum von Methamphetamin im Behandlungsbereich gibt. Lediglich fünf Personen nennen Methamphetamin als alleinige Leitdroge (ohne behandlungsrelevanten Konsum einer anderen Droge). Sehr oft tritt Methamphetaminkonsum im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster mit Beteiligung von Opioiden auf. Eine weitere Gruppe kombiniert Methamphetamin mit Kokain und anderen Drogen (exklusive Opiode). Ein häufiges Konsummuster ist auch die Kombination mit Cannabis (und Halluzinogenen) – siehe dazu Abbildung 4.2). Hinsichtlich der Einnahmeform von Methamphetamin zeigt sich, dass über zwei Drittel der Personen Sniffen, ein Fünftel orale Einnahme und lediglich 5 bzw. 7 Prozent Injizieren bzw. Rauchen an-gibt.

Auch die Daten zu den Begutachtungen nach § 12 SMG geben Hinweise auf eine lokale Methamphetaminszene in Oberösterreich. Bereits Abbildung 1.2 auf Seite 6 zeigt, dass in Oberösterreich der Anteil von Stimulantien als Leitdroge mit neun Prozent am höchsten ist. Dieser Anteil ist in den letzten drei Jahren gestiegen (2011: 1 %, 2012: 3 %). Wird keine hierarchische Leitdrogengedefinition vorgenommen (d. h. es gibt bei der Leitdroge Mehrfachnennungen), so zeigt sich, dass in Oberösterreich bei 84 der insgesamt 792 Begutachtungen ein behandlungsrelevanter Konsum von Amphetaminen¹ festgestellt wurde. Das sind über die Hälfte aller begutachteten Personen mit Leitdroge Amphetamin in Österreich. Bei 26 der 84 Begutachtungen mit Ergebnis behandlungsrelevanter Amphetaminkonsum wurde auch ein behandlungsrelevanter Konsum von Opioiden oder Kokain festgestellt. Zusätzlich wurde von den Amtsärztinnen und Amtsärzten in 126 Fällen ein nicht behandlungsrelevanter Konsum von Amphetaminen diagnostiziert (vgl. Tabelle 4.3).

Tabelle 4.3:

Bei amtsärztlichen Begutachtungen nach SMG § 12 festgestellter behandlungsrelevanter und nicht behandlungsrelevanter Konsum von Amphetaminen 2013

Amphetaminkonsum	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	Ö
behandlungsrelevant	8	17	17	84	9	17	11	1	164
nicht behandlungsrelevant	6	9	62	126	13	8	5	1	230
Gesamt	14	26	79	210	22	25	16	2	394

Anmerkung: Bei den Wiener Begutachtungen wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert wird und nicht nach Substanzen spezifiziert. Deswegen liegen aus Wien keine Daten vor.

Quelle: eSuchtmittel; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Schlussfolgerung: Aufgrund konsistenter Hinweise aus DOKLI und den Begutachtungsergebnissen nach § 12 SMG ist von einer lokalen Szene mit risikoreichem Konsum von Methamphetamin – meist im Rahmen des polytoxikomanen Drogenkonsums in Oberösterreich auszugehen. Die DOKLI-Daten lassen außerdem auf kleine, lokale Konsumszenen von Mephedron in der Steiermark und Kärnten schließen.

1

Da es die Kategorie „Methamphetamin“ in der Datenerfassung nicht gibt, wird von den Amtsärztinnen und Amtsärzten bei einem behandlungsrelevanten Konsum von Methamphetamin die Überkategorie Amphetamin angekreuzt.

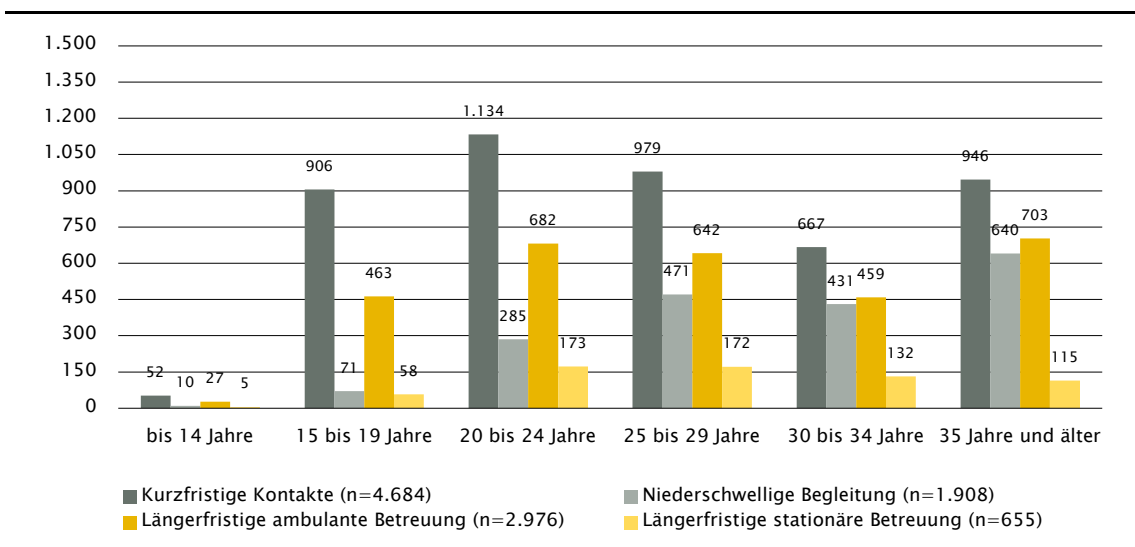
5 Detailergebnisse DOKLI

Hinweise zur Datenqualität und zu möglichen Einschränkungen der Interpretierbarkeit der Daten finden sich im Annex des vorliegenden Berichts.

5.1 Soziodemografie

Je nach Setting sind zwischen 4 (in niederschwelliger Begleitung) und 20 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen 40 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 53 Prozent (in langfristigen stationären Betreuungen) der Klientel sind in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre zu finden (siehe Abbildung 5.1).

Abbildung 5.1:
Anzahl der Personen, die 2013 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung

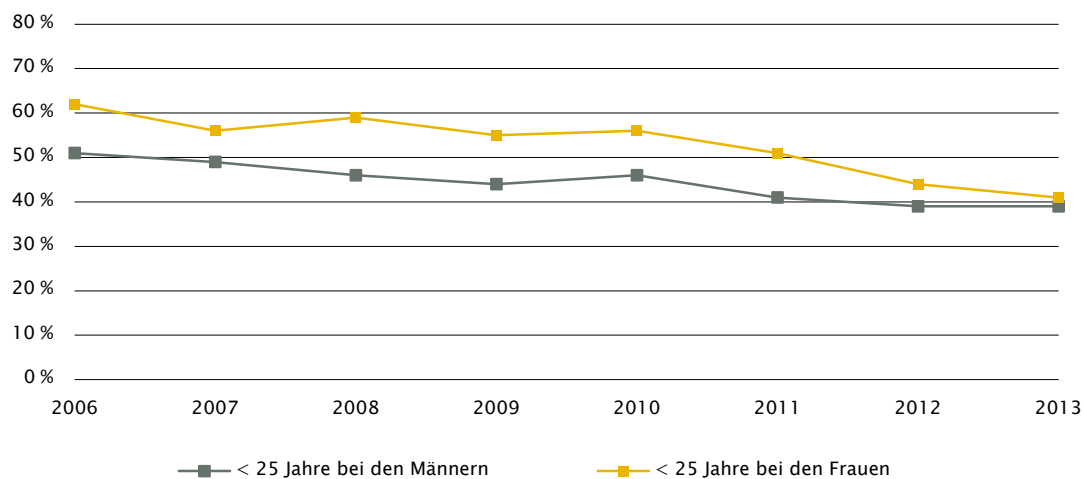


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013

Betrachtet man die Gruppe der Personen im Alter von unter 25 Jahren, so zeigt sich, dass der Anteil dieser Gruppe im ambulanten Bereich über die Jahre tendenziell abgenommen hat. Im Jahr 2006 betrug der Anteil dieser Altersgruppe bei den Frauen noch 62 Prozent, 2013 waren hingegen nur mehr 41 Prozent der Frauen, die mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, unter 25 Jahre alt. Bei den Männern machten die entsprechenden Anteile 51 Prozent bzw. 39 Prozent aus (vgl. Abbildung 5.2). Dies kann als Hinweis auf eine „Alterung“ der Klientel der ambulanten Drogenhilfe interpretiert werden.

Abbildung 5.2:

Anteil unter 25-Jähriger bei Männern und Frauen, die mit einer längerfristigen ambulanten drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, 2006 bis 2013



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013

Der Anteil an Frauen beträgt je nach Setting zwischen 19 (in längerfristig stationärer Betreuung) und 26 (in niederschwelliger Begleitung) Prozent.

Als Lebensmittelpunkt geben die meisten längerfristig ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten Wien¹ an. Auch lässt sich beobachten, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der in Wien (lebenden) Betreuten deutlich steigt (vgl. DOKLI 20 und 21).

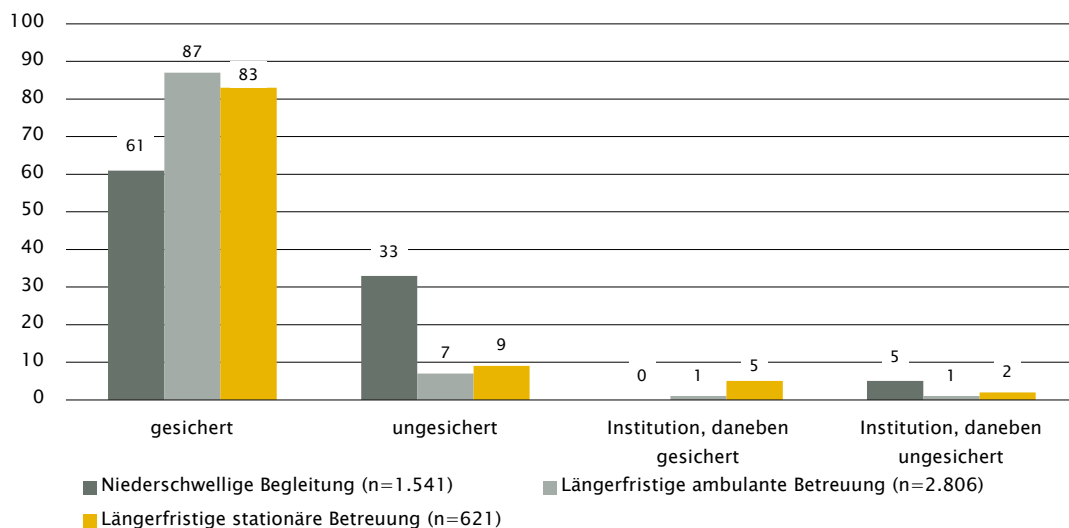
Versorgepflichtige Kinder hat etwa ein Viertel der betreuten Frauen und Männer (vgl. DOKLI 15). Etwa 90 Prozent der Klientel sind österreichische Staatsbürger. Im Betreuungsjahr 2013 gaben 61 Prozent (2012: 50 %) der Personen in niederschwelliger Begleitung an, in einer gesicherten Wohnsituation (d. h. gesichert oder in Institution und daneben gesichert) zu leben. Für die Gruppe mit schwererer Drogenproblematik liegt dieser Wert bei 57 Prozent. Dagegen geben fast 90 Prozent aus der Gruppe der längerfristig betreuten Personen eine gesicherte Wohnsituation an (d. h. gesichert oder in Institution und daneben gesichert; vgl. Abbildung 5.3 und DOKLI 22).

1

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

Abbildung 5.3:

Personen, die 2013 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013

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

Zwischen 45 Prozent (in längerfristiger ambulanter Betreuung) und 54 Prozent (in längerfristiger stationärer Betreuung) der Klientel nennen als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Pflichtschulabschluss. Wie in der Gesamtbevölkerung haben Männer – besonders jene in ambulanter Betreuung – häufiger einen Lehrabschluss als höchste Ausbildungsstufe als Frauen (vgl. DOKLI 17).

Der Anteil an erwerbstätigen Klientinnen und Klienten ist im stationären Bereich am geringsten (4 %). Die meisten dieser Personen geben sonstige Beschäftigungen (40 %; Haushalt, Umschulung etc.) an bzw. sind arbeitslos (37 %) gemeldet (DOKLI 18). Dies könnte bedeuten, dass vor allem Personen mit massiven und oft langjährigen Drogenproblemen, für die häufig keine berufliche Eingliederung mehr möglich ist, in stationärer Behandlung sind. Mit ein Grund könnte aber auch sein, dass Personen, die keine Arbeit haben, sich eher für eine längerfristige stationäre Betreuung entscheiden bzw. umgekehrt, Personen mit aufrechtem Arbeitsverhältnis damit eher zu vereinbarende ambulante Betreuungen bevorzugen.

Während in den Vorjahren zu beobachten war, dass in jeder Art der Betreuung/Begleitung Arbeitslosigkeit von Frauen wesentlich seltener genannt wird, ist dieser Unterschied seit dem Betreuungsjahr 2011 – außer 2013 bei Frauen in niederschwelliger Betreuung – nicht mehr fest-

zustellen. Weiterhin gilt, dass – in jeder Art der Betreuung – Frauen eher die bedarfsorientierte Mindestsicherung (früher Sozialhilfe) beziehen als Männer (vgl. DOKLI 18). Die Zahl derer, die bedarfsorientierte Mindestsicherung beziehen, steigt mit dem Alter, ausgenommen jene Personen in niederschwelliger Begleitung, die allerdings am häufigsten die bedarfsorientierte Mindestsicherung beziehen. (vgl. DOKLI 19).

5.2 Betreuungssituation

Neben dem Betreuungsschwerpunkt „Drogenproblematik“, der für alle im DOKLI-System erfassten Klientinnen und Klienten angekreuzt werden musste und der sich auf Problematiken im Zusammenhang mit illegalen Drogen bezieht, konnten ergänzend auch noch „Alkoholproblematik“, „Medikamentenproblematik“ oder „sonstiger Betreuungsschwerpunkt“ vermerkt werden, sofern neben dem illegalen Drogenkonsum auch noch andere Problematiken im Zentrum der Betreuung standen. Der Großteil der erfassten Klientinnen und Klienten der österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen sind ausschließlich wegen Drogenproblematik in Betreuung. Am deutlichsten wird dies bei den längerfristigen stationären Betreuungen (80 %) und den längerfristigen ambulanten Betreuungen (65 %), am geringsten ausgeprägt ist dies im Bereich der niederschweligen Begleitung (58 %). Neben Drogen haben Alkohol bzw. Alkohol und Sonstiges als zusätzliche Betreuungsschwerpunkte eine gewisse Relevanz (vgl. DOKLI 2).

Deutliche Unterschiede nach Betreuungsform finden sich in der bisherigen Inanspruchnahme von Angeboten der Drogenhilfe. Viele der betreuten Personen haben bereits Erfahrung mit der Drogenhilfe: 64 Prozent der Klientinnen und Klienten in längerfristiger stationärer Behandlung, je 55 Prozent der längerfristig ambulant Betreuten und der Personen mit kurzfristigen Kontakten und die Hälfte der niederschwellig begleiteten Personen haben bereits früher Angebote der Drogenhilfe in Anspruch genommen (vgl. DOKLI 3).

Im niederschweligen Setting sind 87 Prozent der Klientinnen und Klienten zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung, im längerfristigen ambulanten sind es 32 und im stationären Setting nur rund 20 Prozent (bei kurzfristigen Kontakten wird diese Variable nicht erhoben); Substitutionsbehandlungen, die erst im Zuge der Betreuung begonnen werden, wurden nicht erfasst (vgl. DOKLI 4). Jemals in Substitutionsbehandlung waren im niederschweligen Bereich 94 Prozent der Personen, im längerfristigen ambulanten 49 und im stationären Setting 39 Prozent (vgl. DOKLI 5). Der Anteil der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen steigt kontinuierlich mit dem Alter. Im ambulanten und stationären Bereich ist der Anteil bei den Frauen etwas höher als bei den Männern. Weiters gibt es große Unterschiede nach Bundesland: Während beispielsweise in den Vorarlberger¹ und Tiroler Einrichtungen nur rund 10 Prozent der ambulant längerfristig betreuten Klientel zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung ist, sind es in den

1

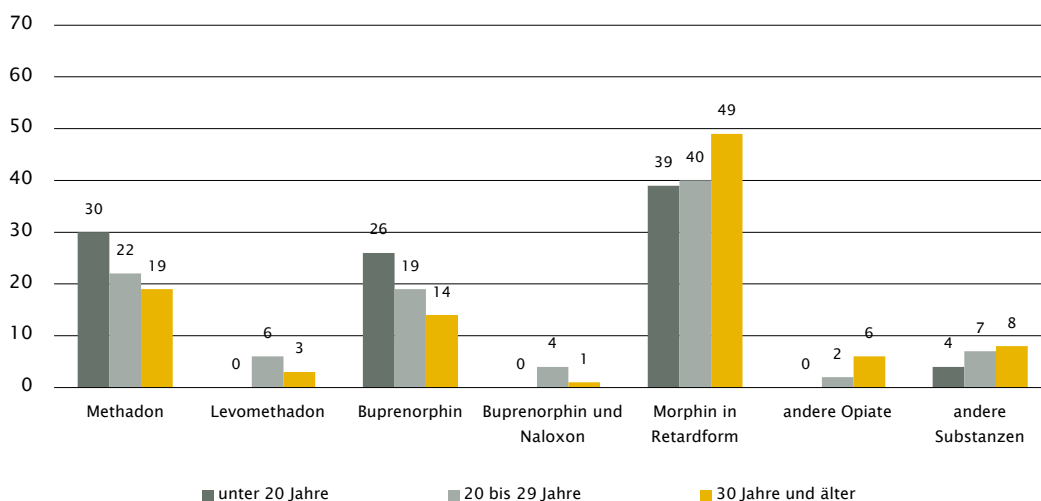
In Vorarlberg ist der geringe Prozentsatz dadurch zu erklären, dass die Substitutionsbehandlung zumeist in den ambulanten Einrichtungen begonnen wird, weshalb die Personen beim Ausfüllen der DOKLI Daten noch nicht in Substitutionsbehandlung sind sondern diese gerade erst beginnen.

steirischen, Salzburger, Kärntner und Wiener Einrichtungen rund 40 Prozent (vgl. DOKLI 74) – diese Verteilungen unterliegen aber über die Jahre recht großen Schwankungen.

Als Substitutionsmittel findet sich in allen Gruppen am häufigsten Morphin in Retardform (Anteil zwischen 50 % und 65 %, im Vergleich dazu: Methadon-Anteil zwischen 21 % und 28 % – vgl. DOKLI 6). Buprenorphin spielt in erster Linie bei den jüngeren Altersgruppen eine gewisse Rolle (vgl. Abbildung 5.4).

Abbildung 5.4:

Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die im Jahr 2013 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben und zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach dem Alter (n=464), in Prozent

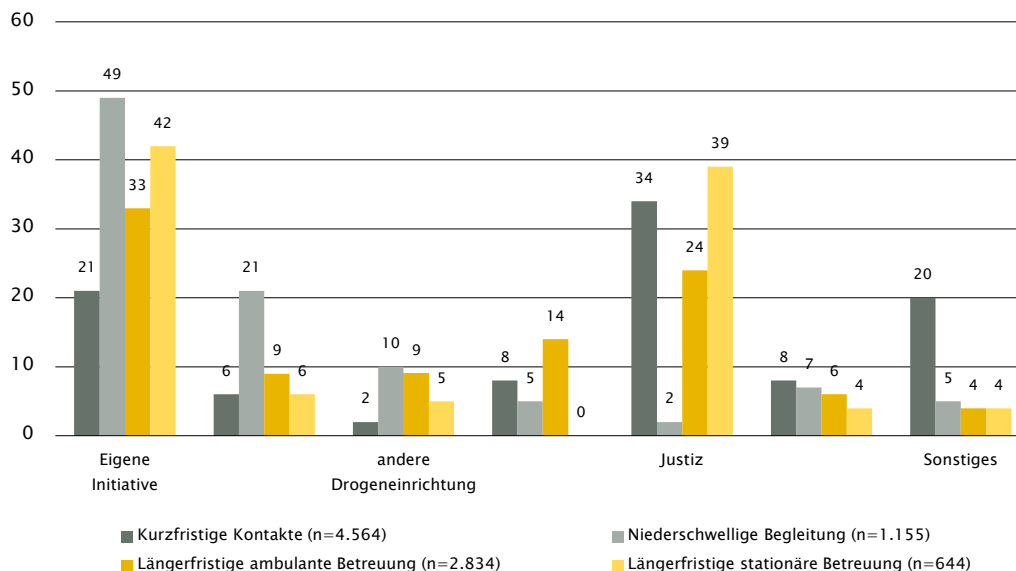


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013

Der Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme mit der Drogenhilfeeinrichtung ist je nach Betreuungsform unterschiedlich: Zur stationären Behandlung und in eine niederschwellige Begleitung führte für 42 bzw. 49 Prozent der Klientinnen und Klienten zentral die eigene Initiative (vgl. DOKLI 7 und DOKLI 8). In andere Betreuungsformen führte die eigene Initiative mit einem Anteil zwischen 20 und 31 Prozent. Häufig stellt ein Justizzusammenhang den Hauptanstoß dar, außer für die Inanspruchnahme einer niederschweligen Begleitung, dabei spielen Familie und Freunde/Freundinnen und die Vermittlung von anderen Einrichtungen eine gewisse Rolle (vgl. Abbildung 5.5). Auffällig ist, dass Personen mit schwererer Drogenproblematik (außer im stationären Bereich) häufiger aus eigener Initiative kommen als jene mit leichterem Problematik.

Abbildung 5.5:

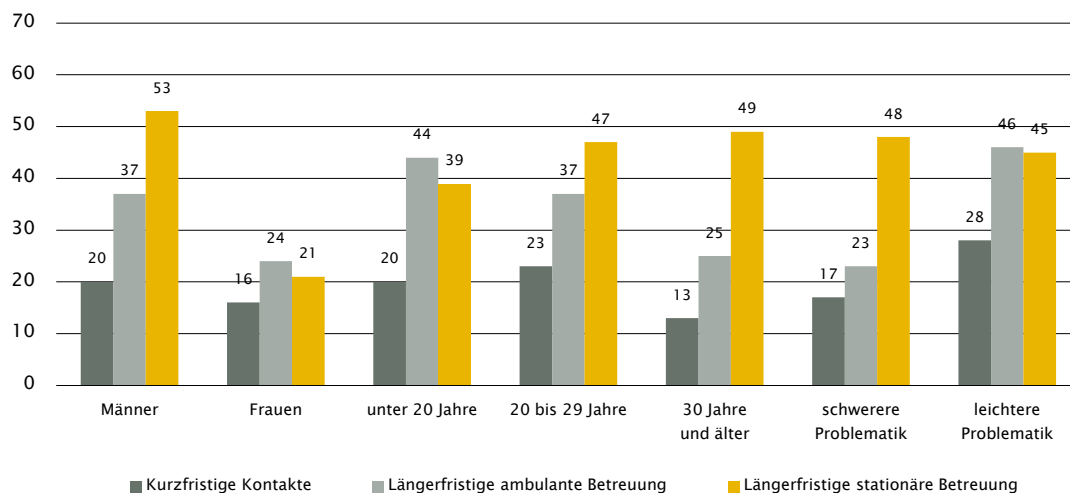
Häufigste Hauptanlässe für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2013 mit einer Betreuung begonnen haben, nach Betreuungsart, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013

Für 19 Prozent (bei Kurzkontakten) bzw. 34 Prozent (in ambulanten Betreuungen) bzw. 47 Prozent (stationär) der Klientinnen und Klienten besteht eine Auflage oder Weisung bezüglich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (vgl. DOKLI 9). Frauen nehmen deutlich seltener aufgrund einer Auflage/Weisung Kontakt mit einer Drogeneinrichtung auf als Männer. Im ambulanten Bereich (längerfristige Betreuungen wie Kurzkontakte) sinkt die Häufigkeit der Kontaktaufnahmen aufgrund einer Auflage/Weisung mit dem Alter (vgl. DOKLI 10). Nicht überraschend sind vor allem § 35 SMG, § 12 SMG und § 13 SMG in der jüngsten Altersgruppe von Relevanz, während in den älteren § 39 SMG (vgl. DOKLI 12) schlagend wird. Personen mit schwererer Drogenproblematik haben – vor allem bei den längerfristigen ambulanten Betreuungen – deutlich seltener eine Auflage oder Weisung bezüglich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme als jene mit leichter Problematisierung (vgl. Abbildung 5.6). Dies erscheint auf den ersten Blick etwas überraschend, könnte aber damit erklärt werden, dass vor allem bei jungen Drogenkonsumierenden die Gesundheitsbehörden aus präventiven Überlegungen dazu tendieren, auch dann eine Auflage zu empfehlen, wenn die Drogenproblematik noch nicht massiv ausgebildet ist. Dies würde auch mit dem höheren Anteil an Auflagen/Weisungen in der jüngsten Altersgruppe im Einklang stehen.

Abbildung 5.6:
 Auflage/Weisung bei Personen, die 2013 mit einer drogenspezifischen Betreuung
 begonnen haben, nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik
 und Art der Betreuung, in Prozent



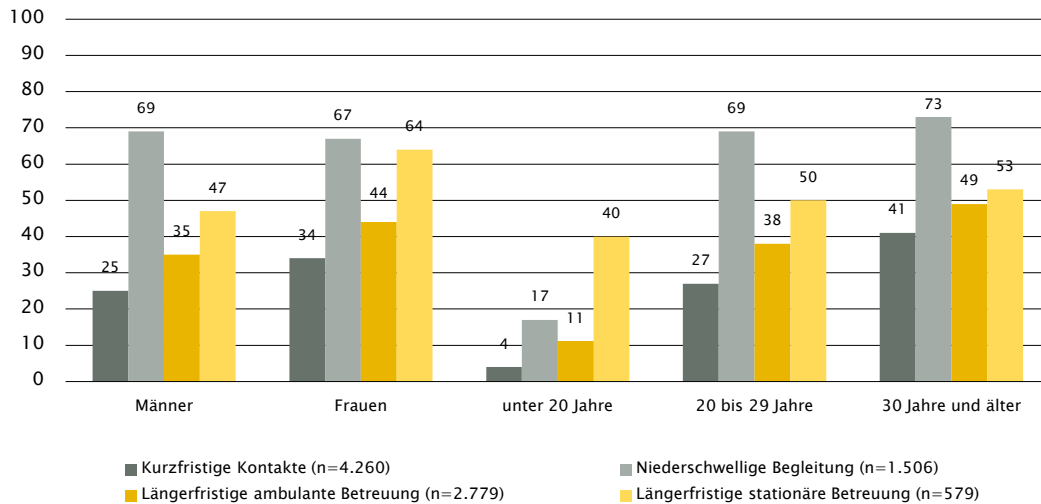
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013

5.3 Drogenkonsum und Drogenproblematik

Der Anteil an Personen mit intravenösem Konsum (bezogen auf die Lebenszeit) erweist sich nach Setting sehr unterschiedlich (bei kurzfristigen Kontakten: 27 %, in niederschwelliger Begleitung: 69 %, in ambulanter längerfristiger Betreuung: 37 %, in stationärer Betreuung: 50 % – vgl. DOKLI 24). Generell nimmt der Anteil an Personen mit i.v. Konsum mit dem Alter zu (vgl. DOKLI 25). Überall – mit Ausnahme des niederschweligen Bereichs – ist der Anteil an Personen, die bereits intravenös Drogen konsumiert haben, bei den Frauen höher als bei den Männern (vgl. DOKLI 24 und Abbildung 5.7). Detailanalysen zum intravenösen Drogenkonsum finden sich im Schwerpunkt Kapitel des DOKLI-Berichts zum Klientenjahrgang 2007 (GÖG/ÖBIG 2008).

Abbildung 5.7:

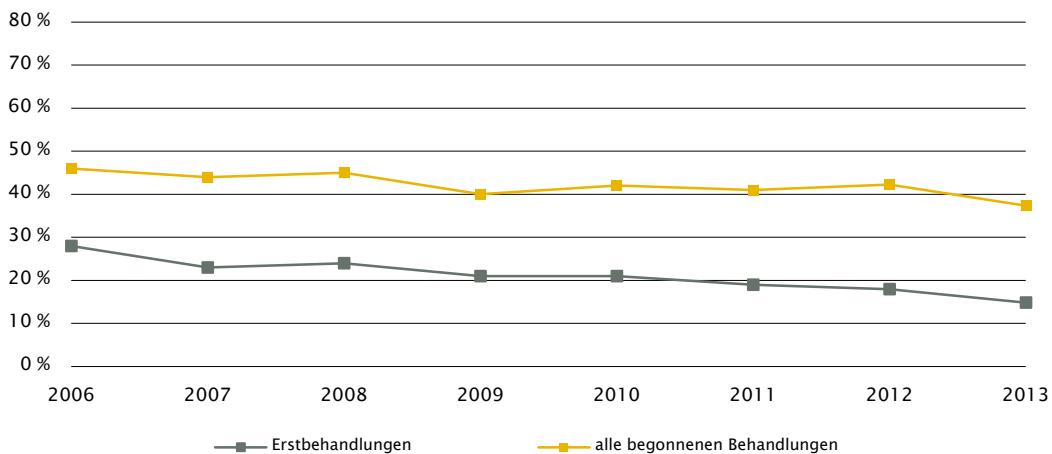
Personen, die 2013 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach „jemals intravenös Drogen konsumiert“, Geschlecht, Alter und Art der Betreuung in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013

Abbildung 5.8:

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

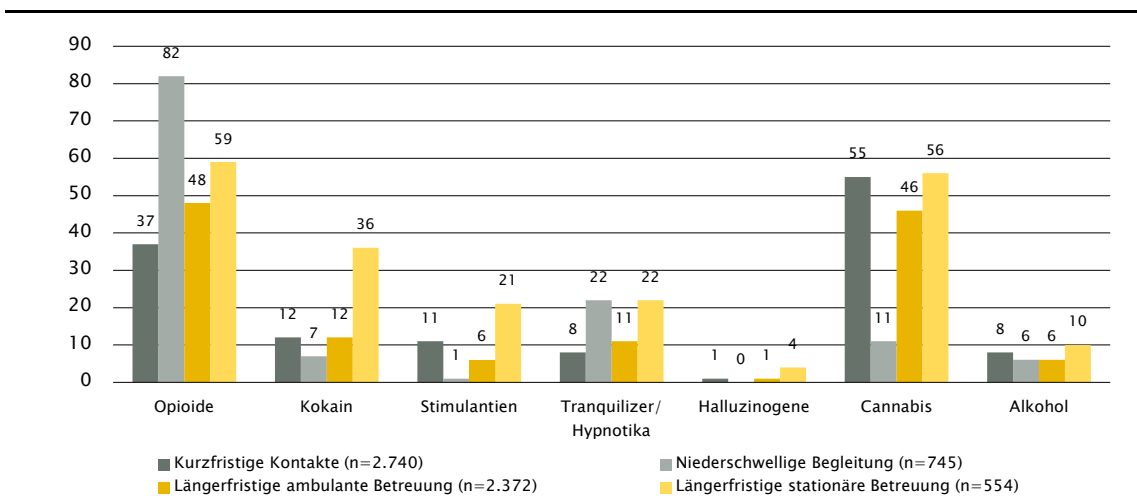


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013

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

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 und 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.

Abbildung 5.9:
Personen, die im Jahr 2013 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung, in Prozent



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

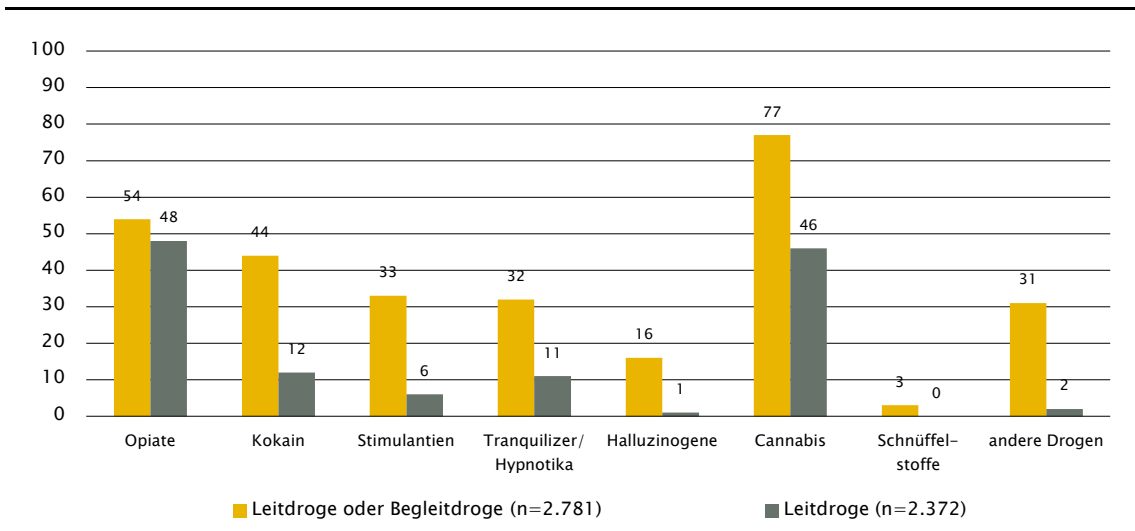
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013

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

Opiode spielen in allen Betreuungssettings außer bei den kurzfristigen Kontakten, wo Cannabis an erster Stelle liegt, eine dominierende Rolle als Leitdroge, gefolgt von Cannabis, Tranquilizern/Hypnotika und Kokain. Stimulantien und Halluzinogene werden sehr selten als Leitdrogen genannt (vgl. Abbildung 5.9 und DOKLI 28). Zum hohen Prozentsatz von Cannabis als Leitdroge siehe Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013 (GÖG/ÖBIG 2013b).

Abbildung 5.10:

Personen, die 2013 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, nach Problem- und Leitdrogen, in Prozent



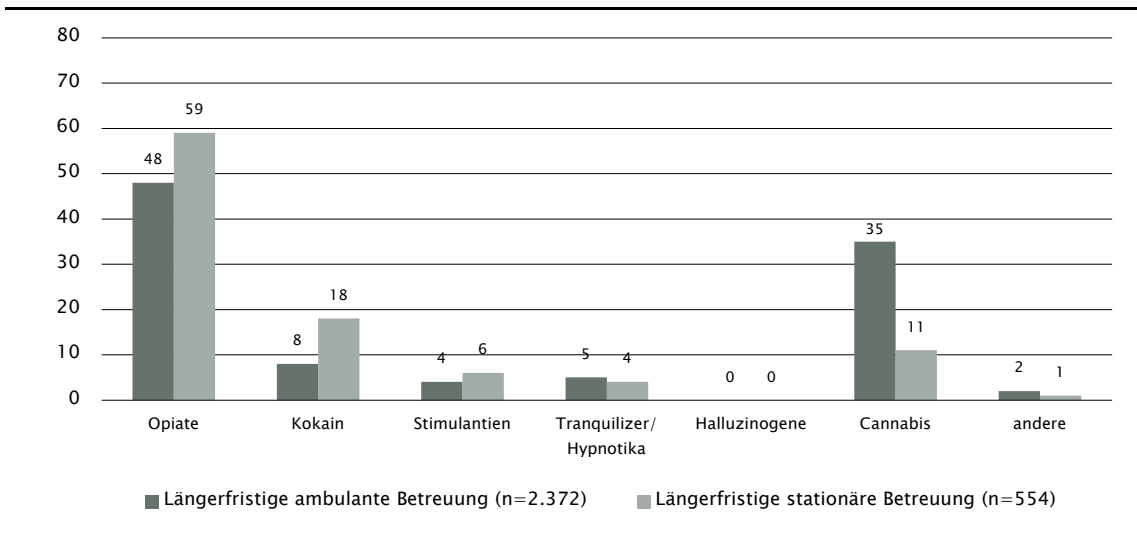
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013

Im von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) definierten epidemiologischen Schlüsselindikator „treatment demand“ werden die Daten von Klientinnen und Klienten nach ihrer 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 EMCDDA bei Personen mit mehr als einer Leitdroge mittels einer „Leitdrogenhierarchie“ vorgegangen. Hat beispielsweise eine Person Opioide und Cannabis als Leitdroge angegeben, werden ihr als Leitdroge Opioide zugeordnet. Folgende Hierarchie wurde herangezogen: Opioide > Kokain > Stimulantien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis (Details siehe Schwerpunktkapitel des DOKLI-Berichts Klientenjahrgang 2006 –(GÖG/ÖBIG 2007). Diese Definition entspricht noch am ehesten der Vorgangsweise, nur eine Leitdroge zuzulassen (so wird beispielsweise bei Vorliegen eines Problemkonsums von Opioiden und von Cannabis, gäbe es die Möglichkeit nur eine Leitdroge anzugeben, in der Regel die Wahl auf Opioide fallen). Abbildung 5.11 zeigt das Ergebnis der hierarchischen Leitdrogenzuordnung für die längerfristigen ambulanten und stationären Betreuungen.

Diese Darstellung verdeutlicht, dass fast alle anderen Leitdrogen außer Cannabis sehr oft in Kombination mit Opioiden angegeben werden und Cannabis bei 35 Prozent der ambulanten Betreuungen und bei 11 Prozent der stationären Betreuungen als alleinige Leitdroge angegeben wird (zu Cannabis siehe auch Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013).

Abbildung 5.11:

Personen, die 2013 mit einer längerfristigen ambulanten bzw. stationären Betreuung begonnen haben, nach hierarchischer Leitdrogendefinition (EMCDDA), in Prozent

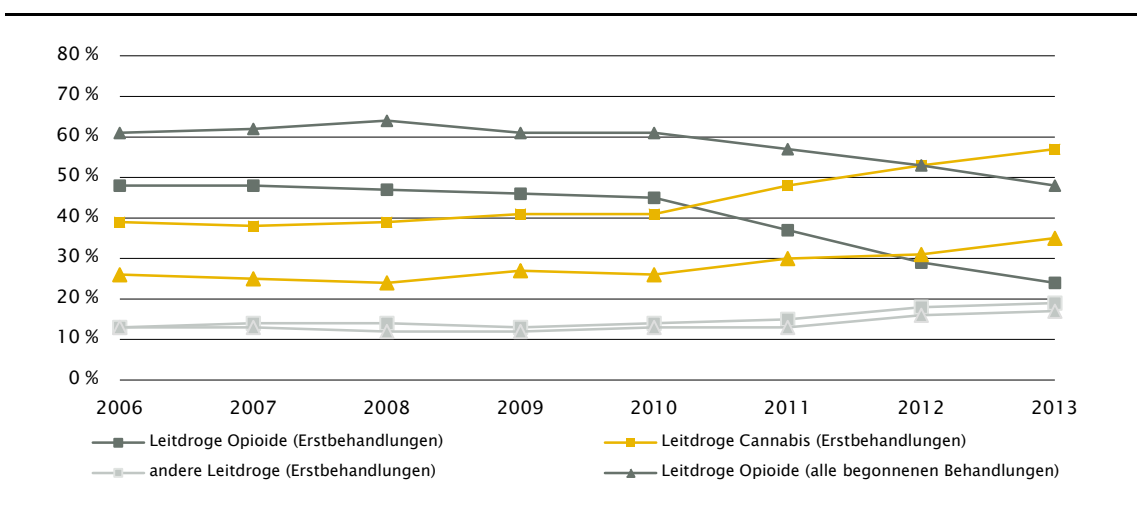


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013

Betrachtet man die Zeitreihe zu Cannabis und Opioiden als Leitdroge anhand der EMCDDA-Definition, so zeigt sich über die Jahre eine Abnahme bei Opioiden und eine Zunahme bei Cannabis. Dieser Sachverhalt ist bei Personen in Erstbehandlungen etwas stärker ausgeprägt als bei allen Personen, die im entsprechenden Jahr mit einer Betreuung begonnen haben (vgl. Abbildung 5.12). Es ist aber zu beachten, dass der weitaus größte Teil von Personen in Substitutionsbehandlung nicht in DOKLI aufscheint.

Abbildung 5.12:

Personen, die (erstmal) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach hierarchischer Leitdroge Opioiden und Cannabis und Jahren



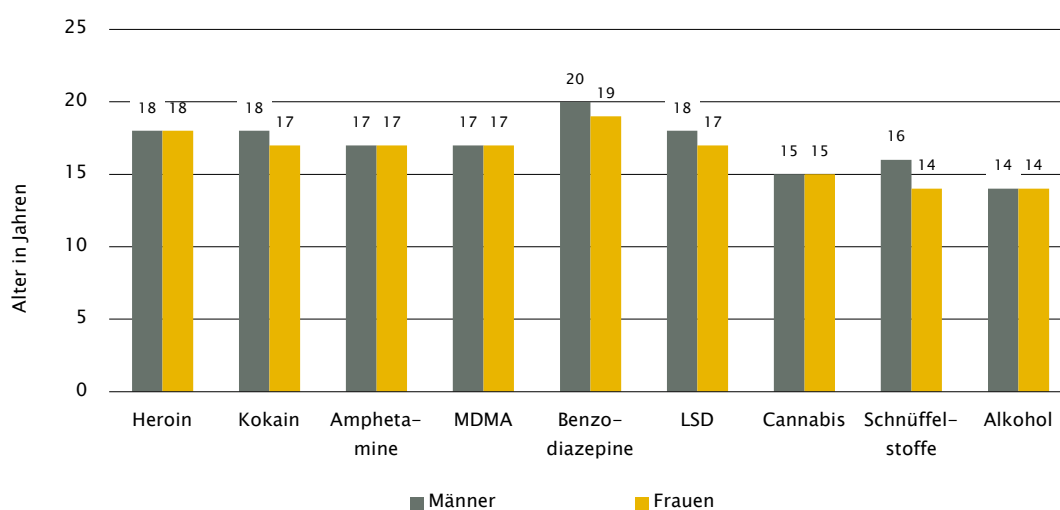
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertungen 2006 bis 2013

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

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

Abbildung 5.13:

Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2013 in Österreich mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2013

Bei Personen in längerfristiger ambulanter Betreuung stellt weiterhin Sniffen (46 %) die am häufigsten genannte vorwiegende Einnahmeform von Heroin dar, gefolgt von intravenösem Konsum (41 %). Im stationären Setting erreichen die entsprechenden Werte 20 und 46 Prozent. Dieses interessante Ergebnis wurde im Rahmen des Schwerpunktkapitels des DOKLI-Berichts zum Klientenjahrgang 2007 (GÖG/ÖBIG 2008) vertiefend analysiert und auch von Busch und Eggerth (2010) weiter beschrieben. Es konnten Hinweise gefunden werden, die zeigen, dass ein nicht unerheblicher Teil von Heroinkonsumierenden über die nasale Applikation in den Konsum ein- und erst nach einiger Zeit (wenn überhaupt) auf den intravenösen Drogenkonsum umsteigt. Die Möglichkeiten hinsichtlich präventiver Maßnahmen, die sich daraus ergeben, werden ebenfalls im Bericht des Klientenjahrgangs 2007 ausführlich dargestellt.

Eine inhaltliche Detailanalyse der offenen Angaben zu anderen Stimulantien und anderen Drogen ergab, dass Nikotin, Methamphetamin, andere Stimulantien (ohne Spezifizierung) die häufigsten Nennungen als Leitdrogen darstellen, insgesamt aber von der numerischen Größe her kaum ins Gewicht fallen.

Tabelle 5.1:

Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulantien“, und „andere Drogen“ aller 9.043 ambulant oder stationäre betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen 2013

Substanz	Leitdroge	Begleitdroge	Summe
Nikotin	70	1.285	1.355
Methamphetamin	50	78	128
andere Stimulantien (ohne Spezifizierung)	48	207	255
Mephedron	36	138	174
Research Chemicals	21	21	42
Pilze	14	248	262
sonstiges	6	16	22
GHB	4	5	9
Ketamin	4	36	40
Kräutermischungen	2	13	15
andere Naturdrogen	1	21	22
4-MEC	1	0	1
Steroide	0	17	17

Anmerkung: Es handelt sich um Mehrfachnennungen

Quelle: DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

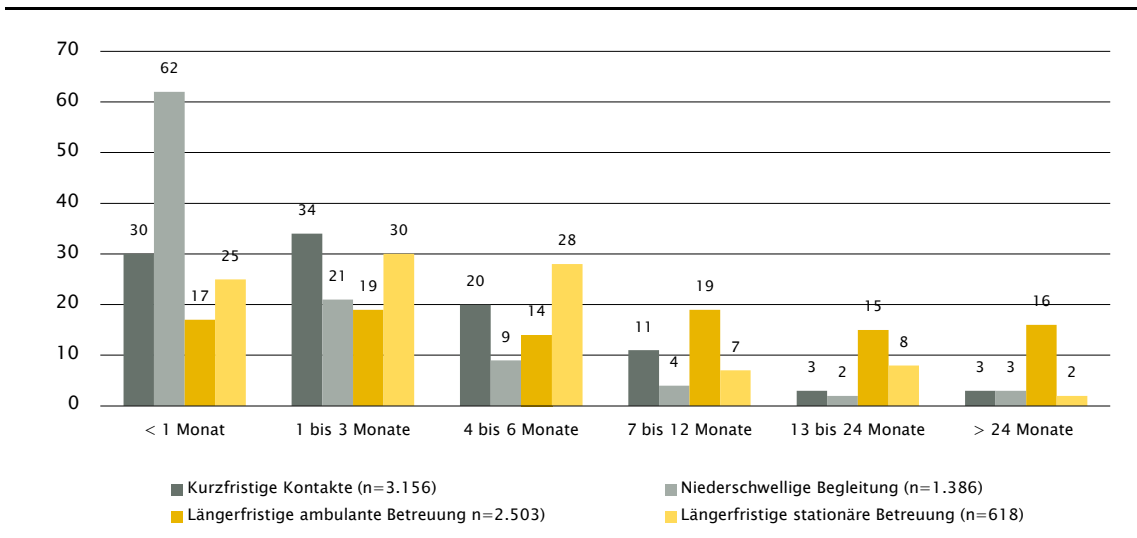
5.4 Situation zu Betreuungsende

Im Jahr 2013 beendeten 3.156 (55 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine kurzfristige Betreuung, 1.386 (54 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine niederschwellige, 2.503 (31 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine längerfristige ambulante und 618 (65 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine stationäre Betreuung.

Dass der Großteil (64 %) der beendeten kurzfristigen Betreuungen nicht länger als drei Monate umfasst, liegt in der Definition dieses Settings. Auch der Großteil der erfassten Betreuungen im stationären Setting dauert maximal drei Monate (55 %). Dies dürfte die Realität in der stationären Drogenhilfe mit einer großen Anzahl an Betreuungsabbrüchen (40 %) widerspiegeln. Im längerfristigen ambulanten Bereich läuft für 52 Prozent der Klientel die Betreuungsdauer vier bis zwölf Monate und für weitere 31 Prozent länger als ein Jahr. Im niederschweligen Bereich dauern 83 Prozent der Betreuungen nicht länger als drei Monate (vgl. DOKLI 60 und Abbildung 5.14). Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist jedoch zu beachten, dass eine kurze Betreuungsdauer teilweise auch methodisch verursacht wird: Im DOKLI-System müssen Betreuungssequenzen von Klientinnen und Klienten, die ohne entsprechende Abmachung länger als sechs Monate nicht in der Einrichtung erscheinen, abgeschlossen werden. Im Wiener *DOKU neu*-System gilt diesbezüglich eine Frist von drei Monaten. Die Daten zur Betreuungsdauer sollten daher nur mit Vorsicht betrachtet werden.

Abbildung 5.14:

Dauer der Betreuung von Personen, die im Jahr 2013 ihre Betreuung beendeten, nach Setting, in Prozent

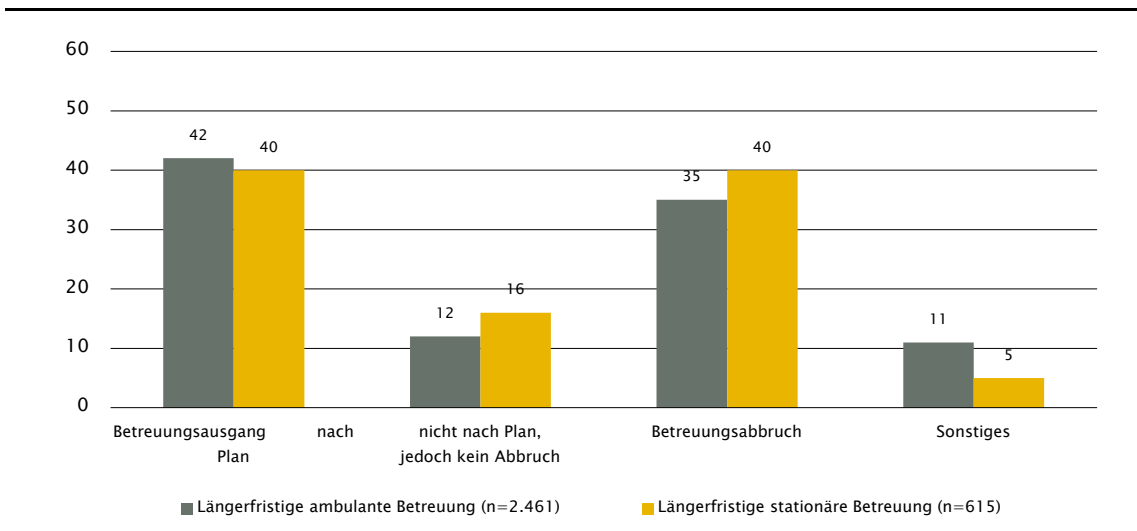


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013

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

Abbildung 5.15:

Betreuungsausgang bei Personen, die im Jahr 2013 eine Betreuung beendet haben, nach Betreuungsart, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013

42 Prozent der ambulanten und 40 Prozent der stationären Betreuungen enden nach Plan (vgl. DOKLI 63 und Abbildung 5.15). Im stationären Bereich werden 40 Prozent der Behandlungen ab-

gebrochen, im ambulanten Bereich beläuft sich der Abbruchanteil auf 35 Prozent (vgl. DOKLI 63).

Die Kostenträger unterscheiden sich – im Einklang mit den Finanzierungsregelungen – nach Setting. Im ambulanten Bereich – der zumeist durch Jahressubventionen und nicht durch Einzelfallverrechnungen finanziert wird – trägt bei 47 Prozent der Betreuungen die Kosten das Land, 37 Prozent der abgeschlossenen Betreuungen weisen keinen fallbezogenen Kostenträger aus (vgl. DOKLI 61), womit weitgehend der zum Betreuungsbeginn geplante Kostenträger erhalten bleibt (vgl. DOKLI 13). Die Daten sind allerdings aufgrund der unterschiedlichen Grundgesamtheiten nicht direkt vergleichbar. Im stationären Bereich haben das Land, die Justiz und die Sozialversicherung (48 % bzw. 41 % und 21 % bei Mehrfachnennungen) die größte Relevanz als Kostenträger. Geplanter und tatsächlicher Kostenträger entsprechen einander weitgehend auch im stationären Bereich.

6 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle

6.1 Definition und Datengrundlage

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

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

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

Die Daten der Statistik und Analyse basieren auf den dem Bundesministerium für Gesundheit übermittelten polizeilichen Meldungen (über mutmaßliche drogenbezogene Todesfälle), Obduktionsergebnissen und Totenbeschauscheinen. Für das Jahr 2013 wurden insgesamt 347 polizeiliche Meldungen, Obduktionsergebnisse oder Totenbeschauscheine gesichtet. In die Statistik und Analyse der direkten drogenbezogenen Todesfälle fließen nur jene Fälle ein, in denen aufgrund einer durchgeführten Obduktion oder Totenbeschau von einem Kausalzusammenhang zwischen Substanzkonsum und Tod infolge von Überdosierung auszugehen ist.

1

2013 verstarb keine Person an Neuen psychoaktiven Substanzen ohne Beteiligung von Suchtgiften.

Eine Person, die 2013 an einer Suchtmittelintoxikation verstarb, war nicht in Österreich gemeldet. Dieser Fall geht daher – wie in den Vorjahren – nicht in die Statistik ein, da er keine Rückschlüsse auf die aktuelle Drogensituation in Österreich erlaubt.

6.2 Drogenbezogene Todesfälle 2013

Insgesamt wurden für das Jahr 2013 auf Basis von Obduktionsbefunden 122 tödliche Überdosierungen verifiziert. Weitere 16, allerdings nicht obduzierte Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (Todesursache „Suchtgiftintoxikation“ auf dem Totenbeschauschein nach bloß äußerer Befundung der Leiche). In Summe wird daher für das Jahr 2013 von 138 Todesfällen ausgegangen, die direkt auf eine Überdosierung zurückzuführen sind.

Drogenbezogene Todesfälle sind vorrangig **männlich** (über 80 Prozent der Verstorbenen) und durchschnittlich (Median) 30 Jahre alt. Die meisten drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner/in finden sich in **Wien**¹. Somit entspricht der durchschnittliche drogenbezogene Todesfall in Bezug auf Geschlecht, Alter und Region dem **durchschnittlichen risikoreich Opiatkonsumierenden** (vgl. Kapitel 1).

Um einen sinnvollen Vergleich der Bundesländerzahlen und der Zeitverläufe zu ermöglichen, wurde die Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle auf die altersmäßig relevante Einwohnerzahl im entsprechenden Bundesland bezogen. Nach Empfehlungen der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) wurde als relevante Altersgruppe die Gruppe der 15- bis 64-Jährigen ausgewählt. Für das Jahr 2013 ergibt sich eine Rate von 2,4 Todesfällen pro 100.000 Einwohner/innen zwischen 15 und 64 Jahren für Gesamtösterreich.

Bei 90 der insgesamt 119 durch ein Obduktionsgutachten inklusive ausführlicher toxikologischer Analyse verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle wurde auf Basis der gerichtsmedizinischen Obduktionsgutachten festgestellt, dass diese Personen unmittelbar an einer Überdosierung verstarben. Das heißt, dass es bei diesen Menschen infolge der hohen Toxizität der Substanz(en) zu einem funktionellen, protrahierten, zentralen Erstickungssterben kam, das mit Herz- und Atemstillstand (zentrales Herz-Kreislauf-Versagen) endete (Hirnödem, Lungenödem etc. im Obduktionsbefund und entsprechende toxikologische Analyse). In 29 Fällen trat der unmittelbare Tod durch eine im Zuge des Suchtmittelkonsums hervorgerufene weitere tödliche Ursache (Sekundärfolge), wie z. B. vom zentralen Nervensystem ausgelöstes Erbrechen mit Ersticken am Erbrochenen (die Hauptbronchien wurden verschlossen) ein oder es kam infolge des Einatmens von Mageninhalt zu einer tödlichen Lungenentzündung (Aspirationspneumonie). In 19 Fällen lag ein schwer reduzierter gesundheitlicher Zustand (z. B. Kachexie) vor. In sieben Fällen handelt es sich nachweislich um Suizide, d. h., es wurde ein Abschiedsbrief hinterlassen.

1

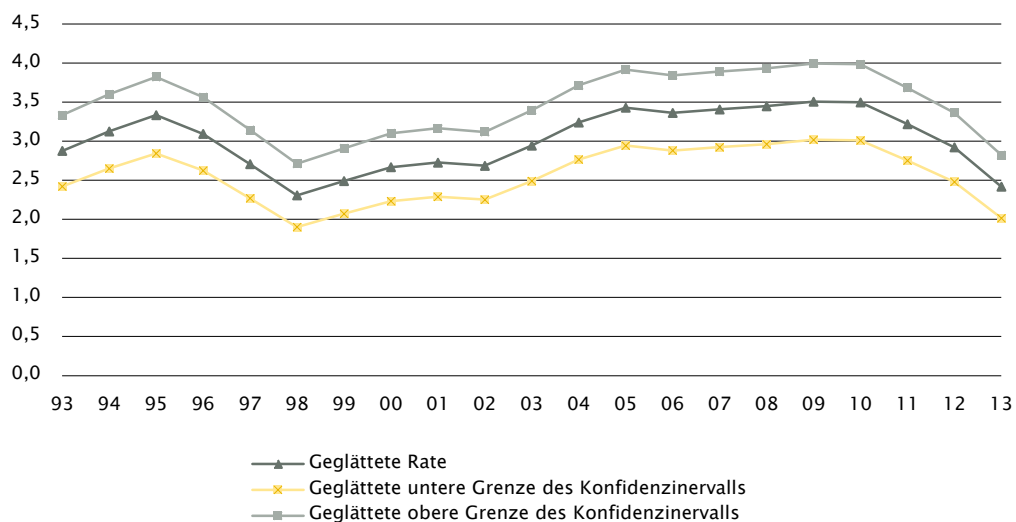
Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

18 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle betrafen Frauen. Dieser Anteil entspricht dem Durchschnitt der letzten Jahre und dem **Frauenanteil** bei Personen mit risikoreichem Opioidkonsum (vgl. Kapitel 1.2).

6.3 Trend

Abbildung 6.1 gibt die für drei Jahreswerte geglätteten Raten von 1991 bis 2013 und die obere und untere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls wieder¹. Es zeigt sich ein klarer und signifikanter Anstieg zu Beginn der 1990er Jahre, gefolgt von sinkenden Raten ab Mitte der 1990er Jahre. Von Beginn der 2000er Jahre bis Mitte der 2000er Jahre wird wieder ein Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt und die Rate verharrte danach auf gleichbleibend hohem Niveau. Seit 2010 kann ein stärkerer Rückgang auf 2,4 direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner/innen im Jahr 2013 festgestellt werden.

Abbildung 6.1:
95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 EW zw. 15 und 64 Jahre
1992–2013, geglätteter 3-Jahres-Wert



2013-Wert nicht geglättet

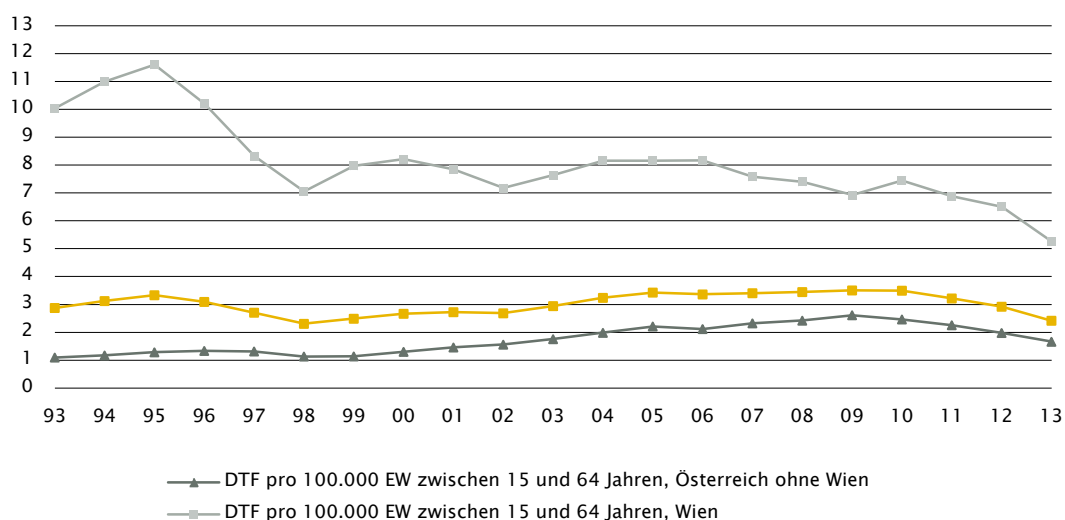
Quellen: ST.AT – Statistik des Bevölkerungsstandes: Drogenbezogene Todesfälle, Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

1

Sterberaten werden hier als Zufallsvariablen über den Zeitverlauf betrachtet. Es wird von einer Poissonverteilung für die Anzahl der Todesfälle ausgegangen und die Varianz errechnet sich: Anzahl der Verstorbenen/Bevölkerung² (vgl. Statistik Austria 2011a). Die geglätteten Raten stellen den Mittelwert von drei Jahren dar, um einzelne Schwankungen zu glätten, d. h. 3,2 direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner/innen für 2011 ist der Mittelwert aus den Jahren 2010, 2011 und 2012. Für 2013 wird der nicht geglättete Wert dargestellt.

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

Abbildung 6.2:
Drogenbezogene Todesfälle (DTF) pro 100.000 EW zw. 15 und 64 Jahren 1993–2013, geglätteter 3-Jahres-Wert nach Region¹



2013-Wert nicht geglättet

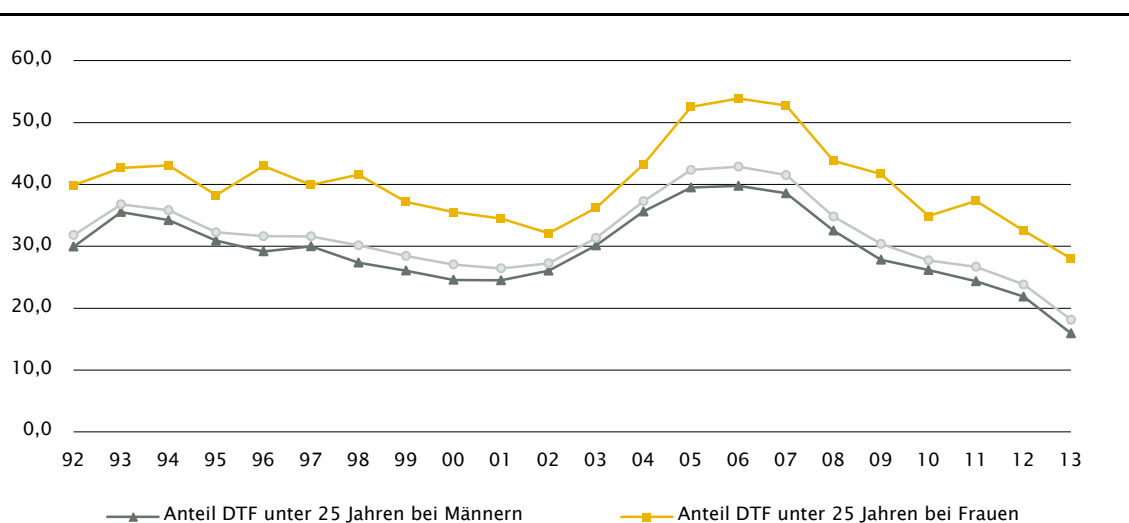
Quellen: ST.AT – Statistik des Bevölkerungsstandes: Drogenbezogene Todesfälle, Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle in den 1990er Jahren (Abbildung 6.1) wurde von einem Anstieg des Anteils junger drogenbezogener Todesfälle (

¹ Seit 2008 gehen auch Suchtgiftintoxikationen laut Totenbeschau ohne Verifizierung durch eine Obduktion in die Statistik ein.

Abbildung 6.3) begleitet. Dies wiederholte sich auch zu Beginn der 2000er Jahre. Seit einem Höchstwert Mitte der 2000er Jahre ist der Anteil junger drogenbezogener Todesfälle wieder stark gesunken. Der Rückgang 2013 (Abbildung 6.1) geht ebenfalls mit einem Rückgang des Anteils junger Personen (unter 25 Jahren) an den direkten drogenbezogenen Todesfällen einher (Abbildung 6.3) – siehe dazu auch Abschnitt 1.3).

Abbildung 6.3:
Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DTF), geglätteter 3-Jahres-Wert nach Geschlecht in den Jahren 1992–2013



2013-Wert nicht geglättet

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

6.4 Altersstruktur

Das Durchschnittsalter der in der Statistik im Jahr 2013 erfassten Todesopfer beträgt 32 Jahre (2012: 33). Der gruppierte Median¹ liegt bei 30,0 Jahren (2012: 30,0).

Die Altersverteilung der drogenbezogenen Todesfälle entspricht in etwa jener der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (vgl. Kap. 1.2).

Bei den Frauen ist der Anteil der unter 25-Jährigen im letzten Jahr (28 %) höher als bei Männern (16 %). Dies kann aber nicht so interpretiert werden, dass junge Frauen ein höheres Sterberisiko haben, sondern kann auch die Altersstruktur bei weiblichen Opioidkonsumierenden widerspiegeln.

¹

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

6.5 Substanzen

In die nun folgende Analyse nach beteiligten Substanzen werden nur jene Fälle aufgenommen, in denen auf Basis einer aussagekräftigen toxikologischen Analyse eine genau spezifizierte Substanzzuweisung möglich war (z. B. im Jahr 2013 119 Fälle).

In 13 Prozent der 119 drogenbezogenen Todesfälle mit aussagekräftiger Toxikologie im Jahre 2013 wurden ausschließlich illegale Drogen festgestellt (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination). Zusätzlich nachgewiesen wurden bei 61 Prozent der Fälle auch Psychopharmaka, bei 6 Prozent der Fälle auch Alkohol und zu 20 Prozent beides – Alkohol und Psychopharmaka.

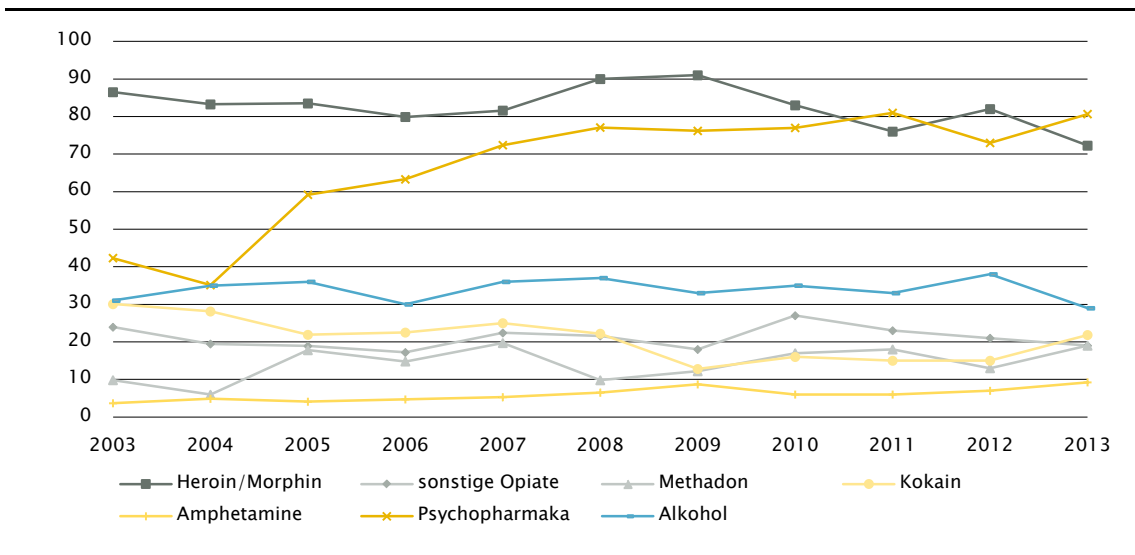
Reine Opioid-Intoxikationen (d. h. keine weiteren legalen oder illegalen Substanzen) waren in 10 Fällen zu verzeichnen, davon 7 ausschließlich mit Morphin. Der Anteil der reinen Opioid-Intoxikationen an den direkten Drogentodesfällen beträgt 8 Prozent (2012: 8 %). Die reinen Opioid-Intoxikationen stellen einen sehr kleinen Teil der drogenbezogenen Todesfälle dar.

Im Jahr 2013 waren in 95 Prozent der Fälle Opioide beteiligt (Beteiligung von Opioiden an den Intoxikationen mit bekannter toxikologischer Analyse: 2012: 94 %). 103 der 119 spezifizierten toxikologischen Analysen (87 %) zeigten **Mischintoxikationen mit Opioiden** (2012: 85 %), d. h., es wurde(n) ein Suchtgift / mehrere Suchtgifte (inkl. Opioiden) in Verbindung mit Alkohol und/oder Psychopharmaka festgestellt.

2013 verstarb keine Person an *neuen psychoaktiven Substanzen* ohne Beteiligung von Suchtgiften. In 3 Fällen wurden *neue psychoaktive Substanzen* (GBL bzw. MDPV, 4-Fluoramphetamin) in Kombination mit Suchtgiften (Methamphetamin, Morphin) im Blut festgestellt.

6.6 Trend der nachgewiesenen Substanzen

Abbildung 6.4:
Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen 2003–2013, in Prozent



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

Heroin und Morphin stellen auch im Jahr 2013 die am häufigsten festgestellten illegalen Substanzen dar (86 Fälle) und wurden in den letzten Jahren bei 72 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle identifiziert. Hinsichtlich einer Differenzierung zwischen Heroin, Morphin, Morphin in Retardform (z. B. das Substitutionsmittel Substitol®) ist Folgendes zu berücksichtigen: Es gibt keinen eindeutigen Marker mit dem Morphin in Retardform im Körper identifiziert werden kann, daher fällt es in die Kategorie Morphin. Allerdings werden auch manche Fälle von Intoxikationen mit Heroin dieser Kategorie zugeordnet. Das hat folgenden Grund: Heroin wird im Körper ebenfalls zu Morphin abgebaut, im Harn wird jedoch der typische Marker von 6-MAM im Falle eines Heroin-Konsums festgestellt. Die Testung nach diesem Abbaustoff erfolgt in Österreich nicht einheitlich bzw. unterscheidet sich zwischen gerichtsmedizinischen und sanitätspolizeilichen Leichenöffnungen (laut Auskunft einzelner gerichtsmedizinischer Institute ist eine Testung auf 6-MAM Standard, auch wenn deren Ergebnis in den Gutachten nicht immer explizit angegeben wird).

Der Anteil der Fälle mit Psychopharmaka hat sich von 47 Prozent 2002 auf 81 Prozent im Jahr 2011 erhöht und beträgt auch 2013 81 Prozent (Abbildung 6.4).

Kokain wurde in 22 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt (2012: 15 %). Somit ist Kokain nach Morphin die am zweithäufigsten nachgewiesene illegale Substanz (Abbildung 6.4).

Methadon wurde in 19 Prozent der Fälle nachgewiesen und sonstige Opiode (wie z. B. Codein, Buprenorphin) in 19 Prozent.

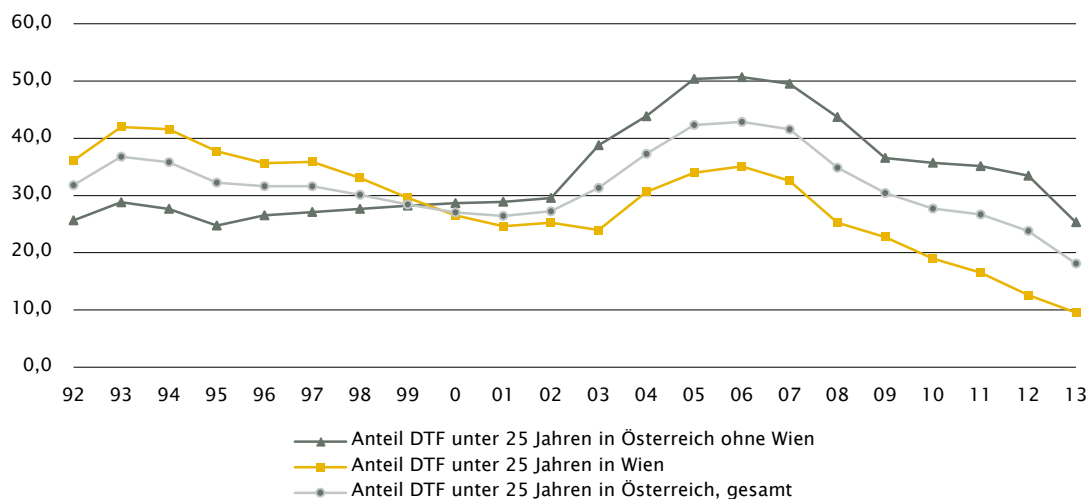
Alkohol wurde bei insgesamt 29 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt. Bei 6 Prozent der Verstorbenen wurde ein hoher Promillewert (über 1,5 Promille) im Blut nachgewiesen.

6.7 Region

Tabelle DRD 2 und DRD 3 im Annex geben die Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle nach Bundesländern (in absoluten Werten und Raten pro 100.000 Einwohner) wieder. Am häufigsten verstarben Personen der relevanten Altersgruppe in Wien (5,3 pro 100.000 Einwohner/innen zwischen 15 und 64 Jahren; vgl. Abbildung 6.2). Der hohe Anteil in Wien ist in Relation zur Anzahl an Problemkonsumenten/-konsumentinnen in Wien als einziger Großstadt Österreichs zu sehen¹. In Bezug auf den Konsum von Substanzen und den **Frauenanteil** zeigen sich **keine signifikanten regionalen Unterschiede** in den letzten drei Jahren.

Abbildung 6.5:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DTF), geglätteter 3-Jahres-Wert für Wien, Österreich ohne Wien, Österreich, 1992–2013, in Prozent



2013-Wert nicht geglättet

Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

¹

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

lag der Anteil der jungen Menschen bei den drogenbezogenen Todesfällen (unter 25 Jahren) in Wien 2013 unter 10 Prozent.

6.8 Substitutionsbehandlung

Von den 138 drogenbezogenen Todesfällen standen 34 Personen bis zum Tage ihres Todes in einer aufrechten Substitutionsbehandlung. Weitere 35 waren bereits einmal in ihrem Leben in Substitutionsbehandlung. Somit kann davon ausgegangen werden, dass zumindest die Hälfte der Verstorbenen (drogenbezogenen Todesfälle) einmal in ihrem Leben Kontakt zum Betreuungssystem hatten.

Stellt man die Entwicklung der zwei Indikatoren „drogenbezogene Todesfälle“ und Prävalenz des risikoreichen Drogenkonsums“ einander gegenüber, so zeigt sich, dass die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle stark mit der Prävalenz des risikoreichen Drogenkonsum korreliert (GÖG/ÖBIG 2013b).

6.9 Auffindungsort

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

Bereits die erste Analyse im Jahr 2005 zeigte, dass die Mehrheit der Personen in einer Wohnung verstarb. Dies setzte sich auch im Jahr 2013 fort (74 %). In Hotels, Jugendherbergen oder Notunterkünften wie Männerheimen verstarb ein Prozent. In vier Prozent der Fälle war keine Kategorisierung möglich, weil der Auffindungsort nicht eruiert werden konnte. In vier Prozent der Fälle verstarben die Personen in Haftanstalten. An öffentlichen Orten wie U-Bahn oder Toiletten verstarben ebenfalls vier Prozent. Neun Prozent verstarben in Krankenhäusern.

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

1

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

Bibliografie

Busch, M., Eggerth, A. (2010): Nasaler Heroinkonsum in Österreich. In: Sucht Jg.56/H.6:414–422

EMCDDA (2013): PDU (Problem drug use) revision summary.

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

GÖG/ÖBIG (2008): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI). Klientenjahrgang 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

GÖG/ÖBIG (2010): Drogen-Monitoring – Auswertungsergebnisse 2004–2009. Wien

GÖG/ÖBIG (2012): Bericht zur Drogensituation 2012. Wien

GÖG/ÖBIG (2013a): DOKLI 2.1 – Basismanual, Version 1.0. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

GÖG/ÖBIG (2013b): Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Wien