

Epidemiologiebericht Sucht 2016

Illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Epidemiologiebericht Sucht 2016

Illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

Martin Busch
Judith Anzenberger
Alexander Grabenhofer-Eggerth
Hans Kerschbaum
Charlotte Klein
Irene Schmutterer
Aida Tanios

Unter Mitarbeit von:

Andrea Bodenwinkler
Klaus Kellner

Fachliche Begleitung BMGF:

Johanna Schopper
Franz Pietsch

Projektassistenz:

Monika Löbau

Wien, im November 2016

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

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.....	5
1 Risikoreicher Drogenkonsum	7
1.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster-Situation 2015	7
1.2 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich 2015	11
1.3 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf.....	13
1.4 Alter und Geschlecht der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum	18
2 Drogenbezogene Behandlungen.....	22
2.1 Anzahl der behandelten Personen	22
2.2 Drogenkonsummuster der behandelten Personen.....	22
2.3 Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik	23
2.4 Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen	24
2.5 Versorgungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlungen	30
3 Kennzahlen der Drogensituation	32
4 Gebrauch und Missbrauch von Psychopharmaka.....	34
4.1 Verordnung von Psychopharmaka	34
4.2 Verordnung und Verbrauch von Benzodiazepinen.....	37
4.3 Risikoreicher/problematischer Konsum von Benzodiazepinen.....	39
4.4 Polizeiliche Anzeigen wegen Benzodiazepinen.....	44
4.5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	44
5 Detailergebnisse DOKLI.....	47
5.1 Soziodemografie.....	47
5.2 Betreuungssituation.....	49
5.3 Drogenkonsum und Drogenproblematik.....	53
5.4 Situation zu Betreuungsende.....	59
6 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle.....	62
6.1 Definition und Datengrundlage	62
6.2 Drogenbezogene Todesfälle 2015	63
6.3 Trend	64
6.4 Altersstruktur	67
6.5 Substanzen.....	67
6.6 Trend bei nachgewiesenen Substanzen	69
6.7 Region.....	70
6.8 Auffindungsort	71
7 Tabak.....	72
7.1 Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen	72
7.2 Tabakkonsum in der Bevölkerung 15+	74
7.3 Morbidität und Mortalität von Tabakkonsum	76
7.4 Versuche mit dem Rauchen aufzuhören.....	77
Bibliografie.....	79

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach beteiligten Substanzen in Österreich 2015.....	8
Abbildung 1.2:	Bei Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition im Jahr 2015 (n = 4.915) nach Bundesland und in Österreich	9
Abbildung 1.3:	Personen, die im Jahr 2014 mit einer ambulanten oder stationären drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU	10
Abbildung 1.4:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland 2015	11
Abbildung 1.5:	Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums nach Bundesländern (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige).....	12
Abbildung 1.6:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien – Zeitverlauf	13
Abbildung 1.7:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf.....	14
Abbildung 1.8:	Anteil der Personen unter 25 Jahren bei Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen und bei drogenbezogenen Todesfällen – Zeitreihe	15
Abbildung 1.9:	Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen im Zeitverlauf.....	16
Abbildung 1.10:	Leitdrogen im Zeitverlauf in DOKLI (ambulanter Bereich).....	17
Abbildung 1.11:	Altersverteilung bei Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei drogenbezogenen Todesfällen, bei Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG und beim ICD-10-Spitalsentlassungscode Opiode	18
Abbildung 1.12:	Altersverteilung von Personen, die im Jahr 2014 mit einer ambulanten oder stationären drogenbezogenen Betreuung begonnen haben, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU	19
Abbildung 1.13:	Geschlechtsverteilung bei Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei drogenbezogenen Todesfällen und Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG und bei ICD-10-Spitalsentlassungscode Opiode	20

Abbildung 1.14:	Geschlechtsverteilung von Personen, die 2014 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begonnen haben, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU	20
Abbildung 1.15:	Frauenanteil in den Altersgruppen in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei drogenbezogenen Todesfällen und Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG und bei ICD-10-Spitalsentlassungsodes Opiode	21
Abbildung 2.1:	Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung), 2015	23
Abbildung 2.2:	Opioidabhängige Personen (in Substitutionsbehandlung) – Zeitreihe.....	24
Abbildung 2.3:	Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt im Jahr 2011 bis 2015	25
Abbildung 2.4:	Im Rahmen der Substitutionsbehandlung versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte (Stichtag 31. 12. 2015) bezogen auf die Gesamtbevölkerung (15 bis 64 Jahre)	27
Abbildung 2.5:	Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten, 2015	28
Abbildung 2.6:	Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Prozentsatz der von Fachärzten/Fachärztinnen versus Allgemeinmedizinern/-medizinerinnen betreuten Klientel am 31. 12. 2015 nach Bundesländern	29
Abbildung 2.7:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland, 2015.....	30
Abbildung 2.8:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel, 2011 bis 2015.....	30
Abbildung 2.9:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter, 2015	31
Abbildung 4.1:	Entwicklung der Verordnungszahlen zu Psychopharmaka in den Jahren 2006 bis 2014, Anzahl der Verordnungen	35
Abbildung 4.2:	Entwicklung der Verordnungszahlen zu Anxiolytika sowie Hypnotika und Sedativa im Zeitverlauf, 2006 bis 2014, Anzahl der Verordnungen	35
Abbildung 4.3:	Verordnungen von Anxiolytika sowie Hypnotika und Sedativa nach Ärzteguppen im Jahr 2014.....	37
Abbildung 4.4:	Index zum Vergleich des Verbrauchs für Flunitrazepam, Zolpidem und die Gesamtmenge der Benzodiazepin; Gegenüberstellung der Jahre 2013–2015 mit 2012; Basiswerte 2012=100.....	39

Abbildung 4.5:	Anteil der Personen in längerfristigen ambulanten Betreuung, die Benzodiazepine als Problemdroge (Leit-/Begleitdroge kombiniert) angeben, nach Altersgruppen, 2010–2015 (Mehrfachnennungen möglich)	41
Abbildung 4.6:	Häufigkeit drogenbezogener Todesfälle aus dem Jahr 2015, bei denen (bestimmte) Psychopharmaka lt. toxikologischem Gutachten nachgewiesen wurden; gerundete Prozentwerte.....	42
Abbildung 4.7:	Monointoxikation mit Flunitrazepam bei Personen mit berichtetem Benzodiazepin-Abusus, 2010–2015, Anzahl der Fälle	43
Abbildung 4.8:	Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz für psychoaktive Medikamente, 2007–2015, Zahl der Anzeigen	44
Abbildung 5.1:	Anzahl der Personen, die 2015 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung	47
Abbildung 5.2:	Anteil unter 25-Jähriger bei Männern und Frauen, die mit einer längerfristigen ambulanten drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, 2006 bis 2015	48
Abbildung 5.3:	Personen, die 2015 mit einer drogenspezifischen Betreuung nach Wohnsituation und Art der Betreuung.....	49
Abbildung 5.4:	Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die im Jahr 2015 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben und zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach Alter	51
Abbildung 5.5:	Häufigste Hauptanlässe für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2015 mit einer Betreuung begonnen haben, nach Betreuungsart	52
Abbildung 5.6:	Auflage/Weisung bei Personen, die 2015 mit einer drogenspezifischen Betreuung nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik und Art der Betreuung	53
Abbildung 5.7:	Personen, die 2015 mit einer drogenspezifischen Betreuung nach „jemals intravenös Drogen konsumiert“, Geschlecht, Alter und Art der Betreuung	54
Abbildung 5.8:	Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach „jemals intravenös Drogen konsumiert“ und Jahren	54
Abbildung 5.9:	Jemals „Needle Sharing“ bei Personen, die Drogen bereits mindestens einmal intravenös konsumierten, nach Geschlecht und Alter (ambulante Betreuungen 2015)	55
Abbildung 5.10:	Personen, die im Jahr 2015 mit einer drogenspezifischen Betreuung nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung	56

Abbildung 5.11: Personen, 2015 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach hierarchischer Leitdrogendefinition (EMCDDA) und Art der Betreuung	57
Abbildung 5.12: Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach hierarchischer Leitdroge Opioide und Cannabis und Jahren	58
Abbildung 5.13: Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2015 in Österreich mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht	58
Abbildung 5.14: Dauer der Betreuung von Personen, die im Jahr 2015 ihre Betreuung beendeten, nach Setting.....	60
Abbildung 5.15: Betreuungsausgang bei Personen, die im Jahr 2015 eine Betreuung nach Betreuungsart.....	61
Abbildung 6.1: 95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 Österreicher/innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2015, geglätteter 3-Jahres-Wert	65
Abbildung 6.2: Drogenbezogene Todesfälle (DTF) pro 100.000 Österreicher/innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1994–2015, geglätteter 3-Jahres-Wert nach Region.....	66
Abbildung 6.3: Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DTF), geglätteter 3-Jahres-Wert nach Geschlecht in den Jahren 1993–2015	67
Abbildung 6.4: Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2015	69
Abbildung 6.5: Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DTF), geglätteter 3-Jahres-Wert für Wien, Österreich ohne Wien, Österreich, 1993–2015	70
Abbildung 7.1: Anteil der täglich Rauchenden an den 15-Jährigen, 2002–2015.....	73
Abbildung 7.2: Anteil der täglich Rauchenden an den 15-Jährigen im Europäischen Vergleich 2014, HBSC	73
Abbildung 7.3: Anteil der täglich Rauchenden an der Bevölkerung 15+, 1972–2015.....	74
Abbildung 7.4: Rauchstatus der Bevölkerung 15+ im Bundesländervergleich 2014	75
Abbildung 7.5: Durchschnittlicher täglicher Konsum von Zigaretten in der Bevölkerung 15+, 1980–2015	75
Abbildung 7.6: Entwicklung der Todesfälle in Folge von Bronchialkarzinomen (C34, ICD 10), 1980–2014	77
Abbildung 7.7: Täglich Rauchende, die im letzten Jahr erfolglos versucht haben mit dem Rauchen aufzuhören nach Alter und Geschlecht, 2014	78

Tabellen

Tabelle 2.1:	Schätzung der insgesamt wegen des Konsums illegaler Drogen behandelten Personen nach Setting im Jahr 2015	22
Tabelle 2.2:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt), nach Bundesland, Stichtag 31. 12. 2015	26
Tabelle 2.3:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt) nach Bundesland, Stichtag 30. 6. 2011 und am 31. 12. 2015	27
Tabelle 3.1:	Die wichtigsten Indikatoren zur Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2015 (oder die jüngsten verfügbaren Jahre), in Absolutzahlen.....	32
Tabelle 3.2:	Die wichtigsten Indikatoren zur Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2015 (oder die jüngsten verfügbaren Jahre) pro 100.000 15- bis 64-Jährige.....	33
Tabelle 5.1:	Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulantien“, und „andere Drogen“ aller 9.978 ambulant oder stationäre betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen, 2015	59

Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Um der substanzübergreifenden Sicht auf die Suchtproblematik gerecht zu werden, wurde der bislang auf illegale Drogen konzentrierte *Epidemiologiebericht Drogen* in einem ersten Schritt um das Kapitel *Tabak* erweitert und mit dem ebenfalls integrierten Schwerpunktkapitel *Psychopharmaka* in *Epidemiologiebericht Sucht - illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak* umbenannt.

Illegale Drogen

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. Aktuelle Schätzungen für die Jahre 2013 bis 2015 machen eine Anzahl zwischen 29.000 und 33.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden plausibel. Etwa die Hälfte davon lebt in Wien (Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger als in ländlichen Gebieten auf). Ein Viertel der Betroffenen ist weiblich und zehn Prozent sind unter 25 Jahre alt. Sniffen spielt beim Opioidkonsum nach wie vor eine große Rolle. 12.000 bis 17.000 Personen konsumieren vorwiegend injizierend. In Oberösterreich existiert eine lokale Methamphetaminszene.

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 eine Verringerung der Suchtproblematik hinsichtlich illegaler Drogen insgesamt oder eine Verlagerung auf andere Substanzen (Cannabis, Methamphetamin) bedeutet, kann noch nicht gesagt werden. Gemäß Prävalenzschätzung sind lediglich zehn Prozent der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum unter 25 Jahre alt (2004 waren es 40 Prozent). Die Altersstruktur hat sich somit stark verändert und es zeigt sich deutlich eine „Alterung“ der Personengruppe mit risikoreichem Opioidkonsum.

Der Frauenanteil schwankt je nach Datenquelle zwischen 14 und 31 Prozent. Hier zeigt sich das Phänomen, dass – in fast allen Datenquellen – der Frauenanteil mit dem Alter kleiner wird.

Mit 153 direkt drogenbezogenen Todesfällen im Jahr 2015 ist deren Anzahl im Vergleich zum Vorjahr (122 Fälle) angestiegen, liegt aber unter den Zahlen von 2008 bis 2011 (jeweils um 200 Fälle).

Etwa zwei Drittel der geschätzt 29.000 bis 33.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum befinden sich in Behandlung. Der Prozentsatz der Personen mit Opioidproblemen in Substitutionsbehandlung ist regional unterschiedlich und liegt für Gesamtösterreich zwischen 53 und 61 Prozent. Es ist gelungen über die Jahre die In-Treatment-Rate von Personen mit Opioidabhängigkeit massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg bewertet werden. Im Jahr 2015 befanden sich 17.599 Personen in Substitutionsbehandlung.

Die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die pro substituierende Ärztin / substituierenden Arzt betreut werden, 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. Für Ostösterreich spielt Wien in der Versorgung eine wichtige Rolle. In den anderen Bundesländern findet die Versorgung vorwiegend Bundesland intern statt. Österreichweit werden über 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 fünf Jahren hat sich kaum etwas an der Verteilung der eingesetzten Substitutionsmittel geändert.

Schwerpunktkapitel Psychopharmaka

Die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zur Verfügung gestellten Daten zu Arzneimittelverordnungen zeigen einen kontinuierlichen Aufwärtstrend für Psychopharmaka insgesamt. Die Zunahme ist auch bei separater Betrachtung der verordneten Anxiolytika sowie Hypnotika und Sedativa sichtbar – in diesen Gruppen sind die meisten Benzodiazepine enthalten. Allgemeinmediziner/innen spielen eine dominierende Rolle in der Versorgung mit Psychopharmaka.

Im Gegensatz zu den steigenden über die Sozialversicherung abgerechneten Psychopharmaka-Verschreibungen insgesamt reduziert sich das Ausmaß an jährlich von Arzneimittelherstellern bzw. –großhändlern an die inländischen Apotheken abgegebenen Benzodiazepin-haltigen Arzneimitteln.¹ Es gibt Hinweise, dass Benzodiazepine durch Benzodiazepin-ähnliche Wirkstoffe (sogenannte Z-Substanzen) wie Zolpidem ersetzt werden. Der Verbrauch des Benzodiazepins Flunitrazepam hat sich seit 2012 deutlich reduziert. Dies steht möglicherweise mit der aus dem Jahr 2012 stammenden BMGF-Leitlinie zum Umgang mit Benzodiazepinen bei Personen in Opioid-Erhaltungstherapie in Zusammenhang. Auch die durch die Novelle zur Psychotropenverordnung, BGBl. II Nr. 358/2012 eingeführte Rezeptierungspflicht auf Suchtgiftrezept ist ein möglicher Einflussfaktor.

Benzodiazepine waren im Jahr 2015 für 13 Prozent der Klientinnen/Klienten im längerfristigen ambulanten Betreuungssetting eine Leitdroge und für 31 Prozent Leit- / oder Begleitdroge (=Problem- droge). Meist bestand auch ein problematischer Konsum von Opioiden. Bei jungen Erwachsenen sind Benzodiazepine als Problemdroge rückläufig. Einerseits zeigt sich hier die sich verringende Opioidproblematik bei jungen Erwachsenen, andererseits liefert die erwähnte Leitlinie einen Erklärungsansatz. Dies gilt auch für den Rückgang von Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Bezug auf psychotrope Arzneimittel (vorwiegend Benzodiazepine).

1

Allerdings sind nicht alle verbrauchten/verordneten Benzodiazepine in den Wirkstoffgruppen Anxiolytika bzw. Hypnotika und Sedativa enthalten. Und umgekehrt enthalten die beiden Wirkstoffgruppen auch zahlreiche Substanzen, die keine Benzodiazepine sind.

Beim Großteil (82 %) der drogenbezogenen Todesfälle wurden im Jahr 2015 neben illegalen Drogen (meist Opioide) auch Psychopharmaka festgestellt, zumeist Benzodiazepine. Ein Einfluss auf den Todeseintritt lässt sich daraus nicht ableiten, da im toxikologischen Befund nur vermerkt ist, ob Psychopharmaka festgestellt wurden, aber nicht inwieweit sie zum Todesgeschehen beigetragen haben. Dass bei drogenbezogenen Todesfällen Psychopharmaka festgestellt werden, liegt auch oft an psychischen Begleiterkrankungen der Betroffenen, die mit Psychopharmaka behandelt wurden.

Die in der Vergiftungsinformationszentrale aufscheinenden Monointoxikationen mit Benzodiazepinen sind im Verhältnis mit den um ein Vielfaches höheren Verordnungszahlen für Anxiolytika sowie Hypnotika und Sedativa wenig relevant und sprechen für ein geringes Risikopotenzial dieser Substanzen hinsichtlich Intoxikationen.

Tabak

Die Rauchprävalenz bei Kindern und Jugendlichen halbierte sich seit dem Jahr 2002. Der Anteil an täglich Rauchenden von etwa einem Zehntel bei 15-Jährigen in Österreich entspricht jenem in Deutschland und liegt geringfügig über dem europäischen Schnitt. Die Verkaufszahlen deuten auf einen leichten Rückgang des Zigarettenkonsums in Österreich hin. Das Rauchverhalten von Männern und Frauen hat sich über viele Jahrzehnte zusehends angeglichen. Junge Männer begannen seltener als zuvor und junge Frauen öfter als zuvor mit dem Rauchen. Frauen rauchen allerdings nach wie vor etwas seltener und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Raucher.

Im Jahr 2014 verstarben 2.449 Männer und 1.456 Frauen in Folge eines Bronchialkarzinoms, das Großteils durch Tabakrauchen verursacht wird. Etwa ein Drittel der Verstorbenen war unter 65 Jahre alt. Rauchverhalten und Sterblichkeit in Folge von Lungenkrebserkrankungen gleichen sich zwischen Männern und Frauen in den letzten Jahrzehnten immer mehr an.

Ein Drittel der täglich Rauchenden (etwa 560.000 Personen) versuchte im letzten Jahr erfolglos mit dem Rauchen aufzuhören. Etwa die Hälfte davon sind Frauen. Der Großteil ist zwischen 30 und 59 Jahren alt.

Das GÖG-Kompetenzzentrum Sucht sammelt als zentrale Stelle sämtliche Österreich-relevanten Daten zu Sucht. Durch die langjährige Auseinandersetzung mit empirischen und strategischen Fakten im Kontext illegale Drogen, Alkohol, Tabak und Spielsucht bietet die erworbene Expertise die Möglichkeit zur ganzheitlichen Betrachtung der Suchtproblematik, wobei neben der gesundheitlichen Perspektive und gegenüber dem lediglich substanzspezifischen Zugang ein weiterer Blickwinkel gesucht wird. Der vorliegende Bericht führt alle verfügbaren Daten zu illegalen Drogen, Psychopharmaka und Tabak zusammen und gewährt damit eine Zusammenschau diverser Sucht-Aspekte. Für weiterführende Fragen steht das Team des GÖG-Kompetenzzentrums Sucht gerne zur Verfügung.

Einleitung

Um der substanzübergreifenden Sicht auf die Suchtproblematik gerecht zu werden, wurde der bislang auf illegale Drogen konzentrierte *Epidemiologiebericht Drogen* in einem ersten Schritt um das Kapitel *Tabak* erweitert und mit dem ebenfalls integrierten Schwerpunktkapitel *Psychopharmaka* in *Epidemiologiebericht Sucht – illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak* umbenannt.

Ziel des *Epidemiologieberichts Sucht – illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak* ist es ein möglichst klares und verständliches Bild zur Epidemiologie des risikoreichen Drogenkonsums, des Missbrauchs von Psychopharmaka und des Tabakkonsums in Österreich – basierend auf den verfügbaren Datenquellen – zu gewinnen. 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 zu Versorgungsstruktur und –praxis 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 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.

Zur Einschätzung des Gebrauchs/Missbrauchs von Psychopharmaka bzw. konkret von Benzodiazepinen wurden zusätzlich zu Auswertungen aus DOKLI auch Informationen zu drogenbezogenen Todesfällen herangezogen. Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (BMI/.BK) sowie – erstmals in diesem Kontext – Verwaltungsdaten des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger, statistische Daten auf Basis der Suchtmitteldokumentations- und Nachweispflicht der Arzneimittelhersteller und des Großhandels (BMGF) sowie Daten aus der Vergiftungsinformationszentrale sind weitere Datenquellen.

Im Bereich Tabak stehen Bevölkerungsbefragungen (Mikrozensus, ATHIS, Bevölkerungserhebungen zum Substanzgebrauch), Befragungen unter Schülerinnen und Schülern (HBSC, ESPAD), Verkaufsstatistiken inklusive Dunkelzifferschätzungen und die Todesursachenstatistik als Datenquellen zur Verfügung.

Eine Zusammenschau all dieser Datenquellen – ähnlich wie das Zusammensetzen eines Puzzles – zur Beschreibung der epidemiologischen Situation liefert einen erheblichen Mehrwert und wird im Rahmen des vorliegenden Berichts in systematischer Form umfassend durchgeführt.

Der *Epidemiologiebericht Sucht – illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak* ist eine Ergänzung zum jährlich im Auftrag des BMGF und der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) erstellten Bericht zur Drogensituation. Er ersetzt die früher in jeweils eigenen Berichten referierten Ergebnisse aus dem Behandlungsdokumentationssystem DOKLI und der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle.

Die ersten drei Kapitel widmen sich den zur Verfügung stehenden Datenquellen zur Epidemiologie der Drogensituation. Zusätzlich werden einige Basisparameter zur Versorgungslage und –praxis im Bereich Substitutionsbehandlung aufgezeigt. Kapitel 4 referiert das Schwerpunktthema *Psychopharmaka in Österreich*, Kapitel 5 liefert Detailergebnisse zu DOKLI, Kapitel 6 jene zu drogenbezogenen Todesfällen und Kapitel 7 beschäftigt sich mit dem Thema Tabak.

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

1 Risikoreicher Drogenkonsum

1.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster–Situation 2015

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. Amtsärztliche Begutachtungen nach § 12 SMG, wonach Konsummuster von Personen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach sich ziehen², stellen eine weitere Datenquelle dar. Informationen zu den problematischsten Konsummustern liefern die bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellten Substanzen.

Abbildung 1.1 zeigt deutlich, dass Opiode 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 andere Drogen in problematischer Weise konsumiert. Auch die toxikologischen Analysen der direkt drogenbezogenen Todesfälle zeigen, dass nur eine Minderheit (5 %) der tödlichen Überdosierungen ausschließlich auf Opiode zurückzuführen ist. In 87 Prozent der Fälle wurden neben Opioiden auch noch andere illegale Substanzen, Alkohol oder Psychopharmaka festgestellt. Überdosierungen ohne Opiode sind sehr selten (8 %).

1

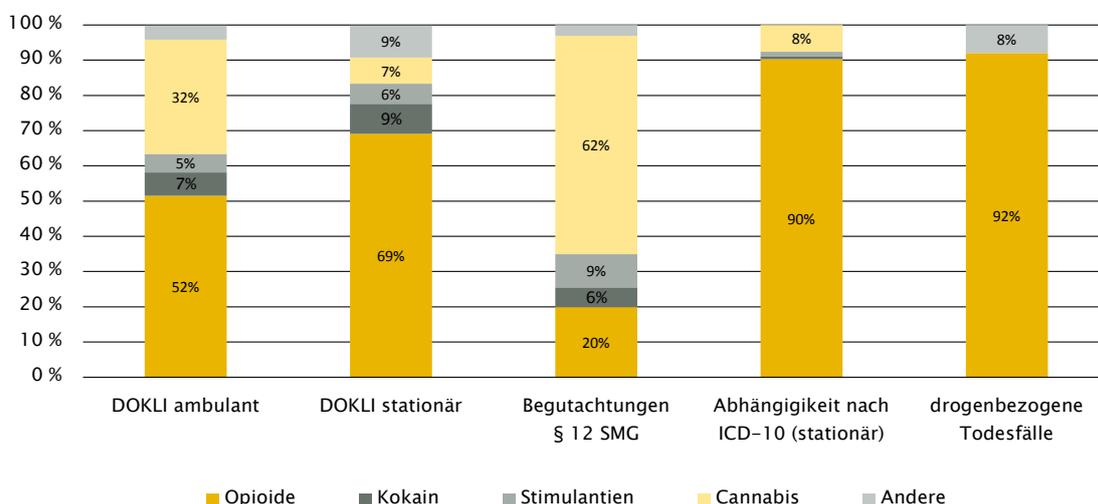
Diese Definition deckt sich mit der Definition des problematischen Drogenkonsums in Österreich. In Österreich wurde immer schon betont, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen als solche problematisch oder unproblematisch sind. Als risikoreich wird Drogenkonsum dann bezeichnet, 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 stringenter Definitionen .

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.

Abbildung 1.1:

Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach beteiligten Substanzen in Österreich 2015



Legende:

DOKLI ambulant = Personen, die 2015 mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n=3.141)

DOKLI stationär = Personen, die 2015 mit einer stationären Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n=576),

Begutachtungen § 12 SMG = amtsärztliche Begutachtungen, bei denen 2015 ein behandlungsrelevanter Konsum illegaler Drogen festgestellt wurde (n=1.935). 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=1.321) aus 2014 (aktuellste verfügbare Daten)

Drogenbezogene Todesfälle = direkt drogenbezogene Todesfälle mit toxikologischen Analyseergebnissen 2015 (n=123 von insgesamt 153)

Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opiode > 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.

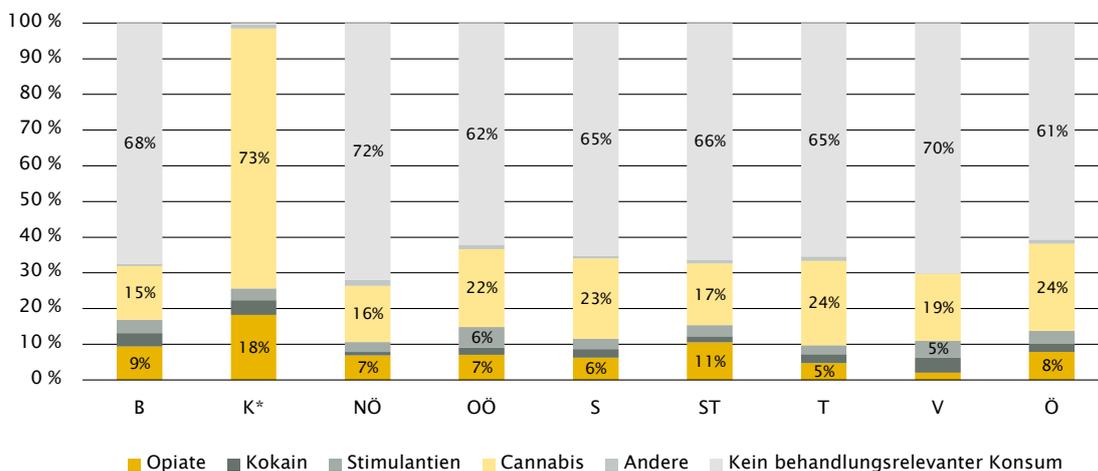
Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMGF Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

Die zweite zahlenmäßig relevante Gruppe im Behandlungsbereich (vgl. auch Abschnitt 2.2) 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:

Bei Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition im Jahr 2015 (n = 4.915) nach Bundesland und in Österreich



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

* Aus Kärnten werden Begutachtungen, in denen kein behandlungsrelevanter Drogenkonsum festgestellt wird, nicht gemeldet.

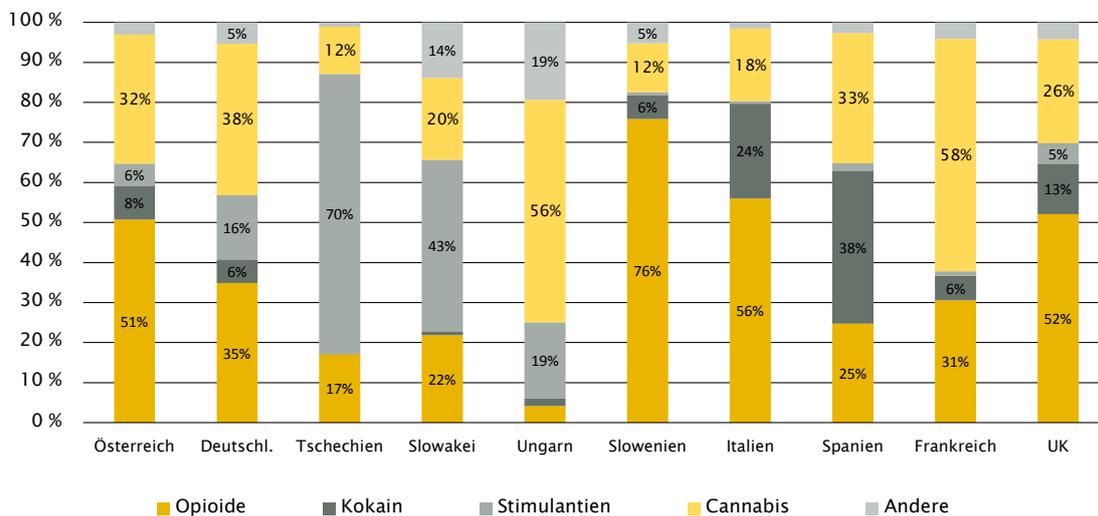
Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die vertiefende Analyse im Rahmen des Schwerpunktkapitels *Analyse der Routinedaten zum Cannabiskonsum* im Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013 führte zu nachstehender Schlussfolgerung:

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 2014 mit einer ambulanten oder stationären drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU



Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2016; 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.). Wie die Analysen zu den Konsummustern im Epidemiologiebericht Drogen des Vorjahres zeigen, ist allerdings auch in Oberösterreich eine lokale Szene von Personen mit risikoreichem Methamphetaminkonsum festzustellen.

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

1

Die Daten stammen aus dem neuen Online-Tool der EBDD <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2016>, das das Statistical Bulletin ersetzt. Die neuesten verfügbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 2014.

2

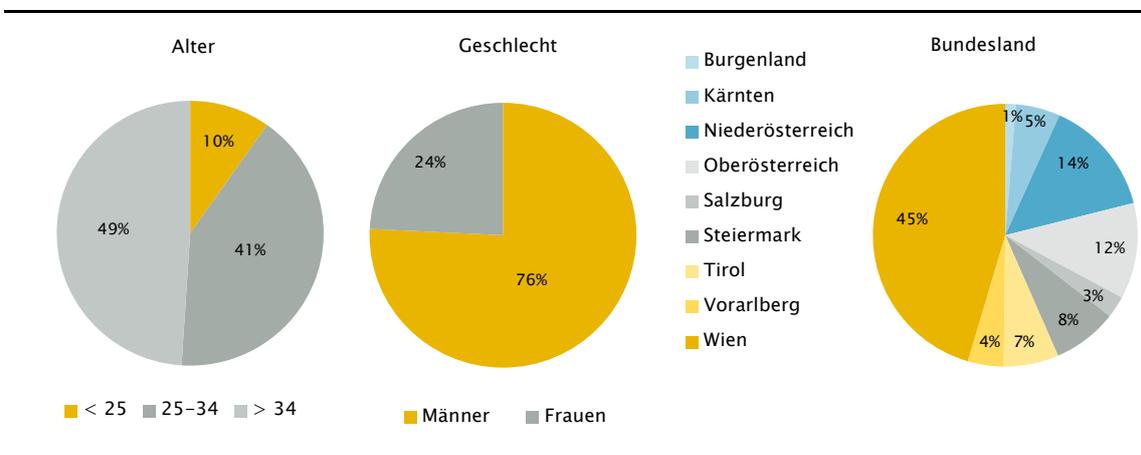
Ungarn sticht mit einem sehr großen Anteil an Personen mit Leitdroge Cannabis hervor, was jedoch in erster Linie den Umgang mit dieser Droge in Ungarn widerspiegelt. Aufgrund der restriktiven Gesetzeslage befinden sich etwa zwei Drittel der behandelten Personen im Rahmen eines „quasi compulsory treatments“ als Alternative zu rechtlichen Konsequenzen in Betreuung. Über 80 Prozent der Personen in „quasi compulsory treatments“ haben Cannabis als Leitdroge (siehe <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/hu> 7. 10. 2016).

1.2 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich 2015

Definition: Bei der Schätzung der Anzahl an Personen mit risikoreichem Drogenkonsum handelt es sich um eine Dunkelzifferschätzung, die lediglich Annäherungswerte liefern kann. Für Österreich liegen ausschließlich Schätzungen des risikoreichen polytoxikomanen Konsums unter Beteiligung von Opioiden vor. Die referierten Werte wurden mittels der Capture-Recapture-Methode (CRC) basierend auf pseudonymisierten Daten aus dem Register der Substitutionsbehandlungen und den Anzeigen wegen Opioiden berechnet und anhand der 3-Sample-CRC-Schätzung unter Einbezug der drogenbezogenen Todesfälle mit Opioidbeteiligung Opioidanteil an den vorgefundenen Substanzen für das Jahr 2013 validiert. Bei der CRC-Schätzung handelt es sich um ein von der EBDD empfohlenes, komplexes statistisches Verfahren zur Dunkelzifferschätzung.

Die aktuellsten Schätzungen kommen in Österreich für die Jahre 2014 und 2015 auf eine Anzahl von 29.000 bis 33.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden. Abbildung 1.4 zeigt die Zusammensetzung der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nach Alter und Geschlecht und nach Bundesländern.

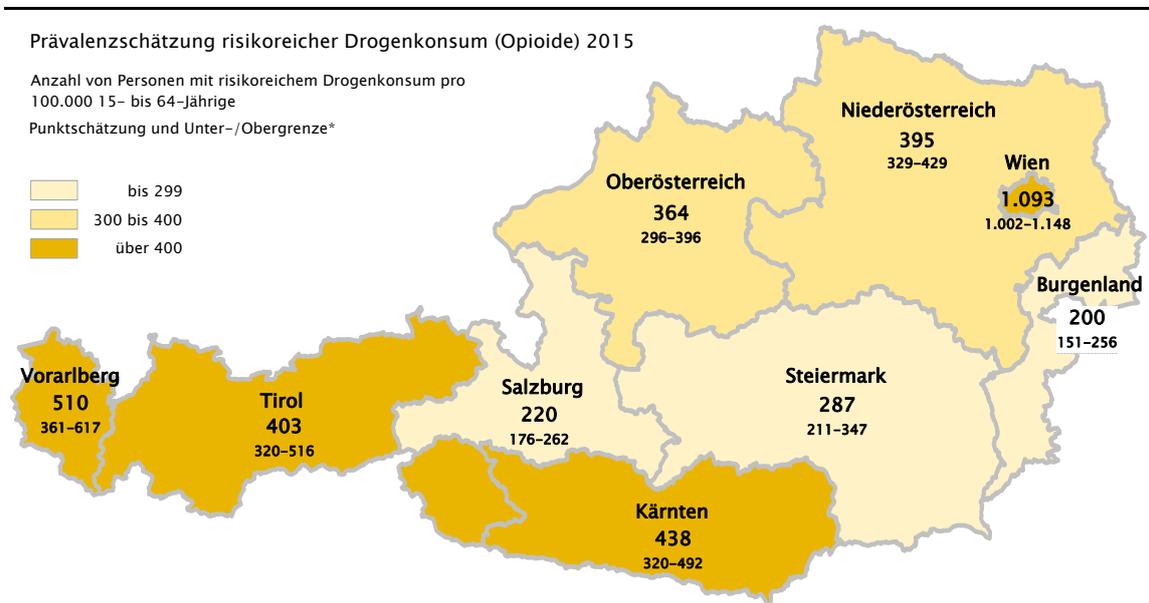
Abbildung 1.4:
Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland 2015



Quelle: Prävalenzschätzungen 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Um das Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums (Opioiden) in den Bundesländern genauer zu beschreiben, muss die Prävalenzschätzung auf die jeweilige Bevölkerungszahl in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen bezogen werden (vgl. Abbildung 1.5).

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 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Neben der Prävalenz der risikoreich mit Beteiligung von Opioiden Drogenkonsumierenden interessiert aus epidemiologischen Gründen auch die Prävalenz der injizierenden Drogenkonsumierenden. Dazu existieren keine expliziten Schätzungen. Überträgt man die Anzahl der Personen mit Leitdroge Opiode aus dem DOKLI-System, die die injizierende Applikation als vorwiegende Einnahmeform angeben (40 bis 50 %), auf alle Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden, so ist in Österreich von etwa 12.000 bis 17.000 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).

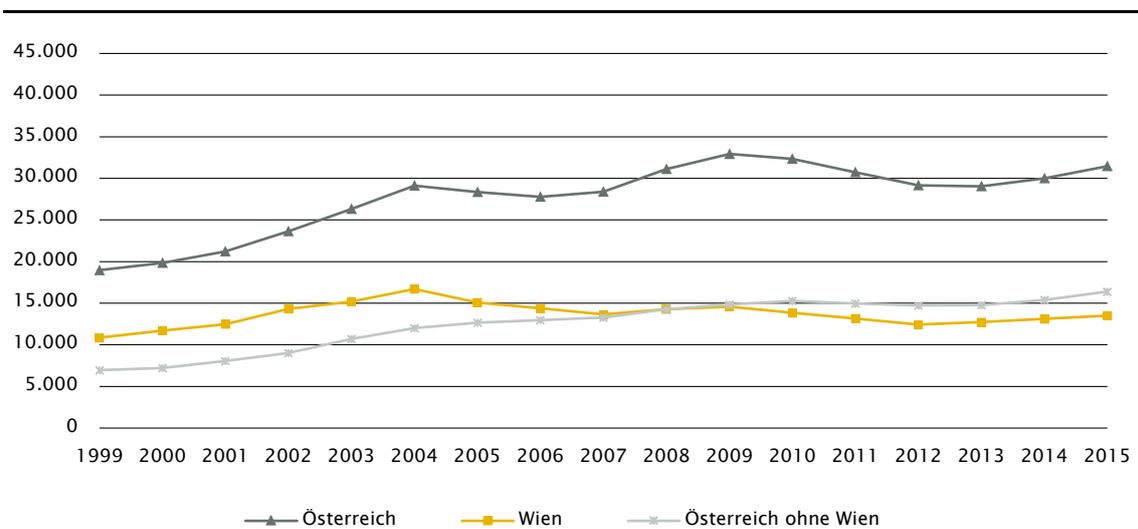
Schlussfolgerung: Aktuell gibt es in Österreich zwischen 29.000 und 33.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden. Etwa die Hälfte der Personen davon lebt in Wien. Ein Viertel ist weiblich und zehn Prozent sind unter 25 Jahre alt. Wien als einzige Großstadt Österreichs¹ ist vom Drogenproblem am stärksten betroffen, gefolgt von Vorarlberg, Kärnten und Tirol. Etwa 12.000 bis 17.000 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 relativ konstant um 30.000.

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 2014 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus 1998 bis 2000) herangezogen, für 2015 der Schätzwert für 2015

Quellen: Prävalenzschätzungen 2016, GÖG/ÖBIG 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Betrachtet man die Entwicklung für Wien² 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

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 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.

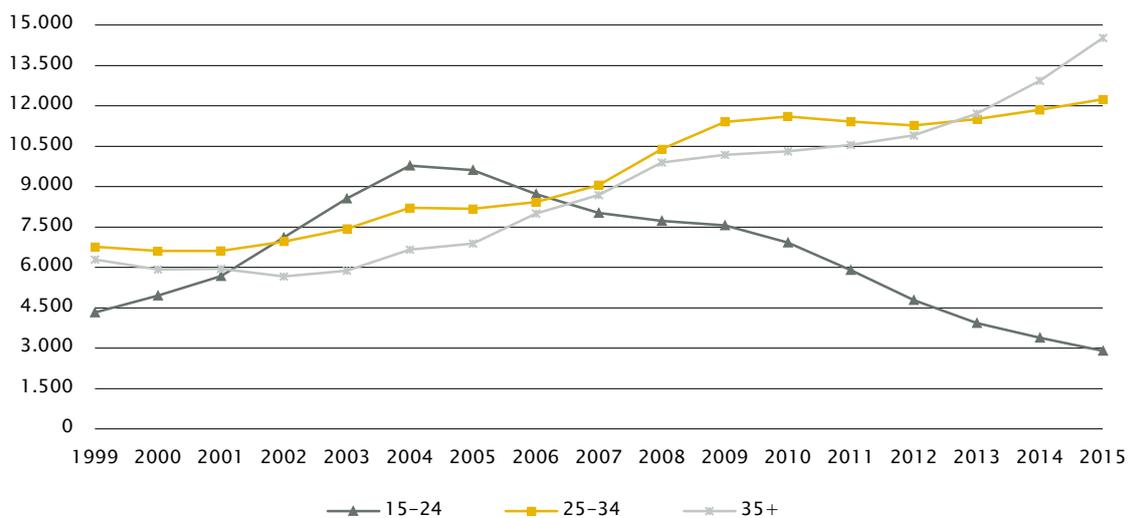
2

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

den restlichen Bundesländern, ab dem Jahr 2009 wird für Österreich ohne Wien die Prävalenz höher geschätzt. Es dürfte sich dabei um das Phänomen eines kontinuierlichen Angleichens des Drogenproblem-Ausmaßes zwischen der Großstadt Wien und ländlich/kleinstädtischen Regionen handeln (vgl. Abbildung 1.6).

Vertieften Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen (vgl. Abbildung 1.7). Hier verdoppelt sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (15- bis 24-Jährige) zwischen 2000 und 2004. Dies bedeutet, dass in dieser Zeitspanne vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene in den risikoreichen Drogenkonsum eingestiegen sind. Seither ist die Prävalenz in dieser Altersgruppe aber wieder stark rückläufig (= weniger Einsteiger/innen). Die Anzahl der Personen unter 25 Jahre reduzierte sich 2015 im Vergleich zu 2004 auf weniger als ein Drittel. Mit der Alterung der Generation „Einstieg 2000 bis 2004“, wächst die Anzahl an älteren Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (zunächst in der Altersgruppe 25 bis 34 und aktuell in der Altersgruppe über 34) kontinuierlich weiter an.

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



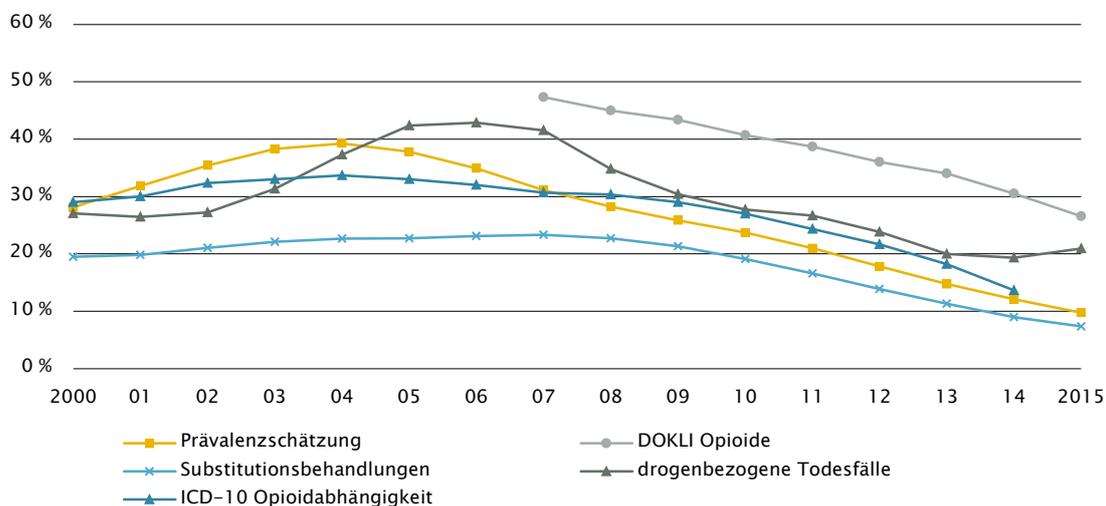
Anmerkung: für 1999 bis 2014 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus 1998 bis 2000) herangezogen, für 2015 der Schätzwert für 2015

Quellen: Prävalenzschätzungen 2016, GÖG/ÖBIG 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der deutliche Rückgang von jungen Personen mit Opioidproblematik lässt sich in allen Datenquellen des Drogenmonitorings (mit Ausnahme der drogenbezogenen Todesfälle 2015) 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



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 wird der Rohwert dargestellt.

Quellen: Busch et al. 2015, DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

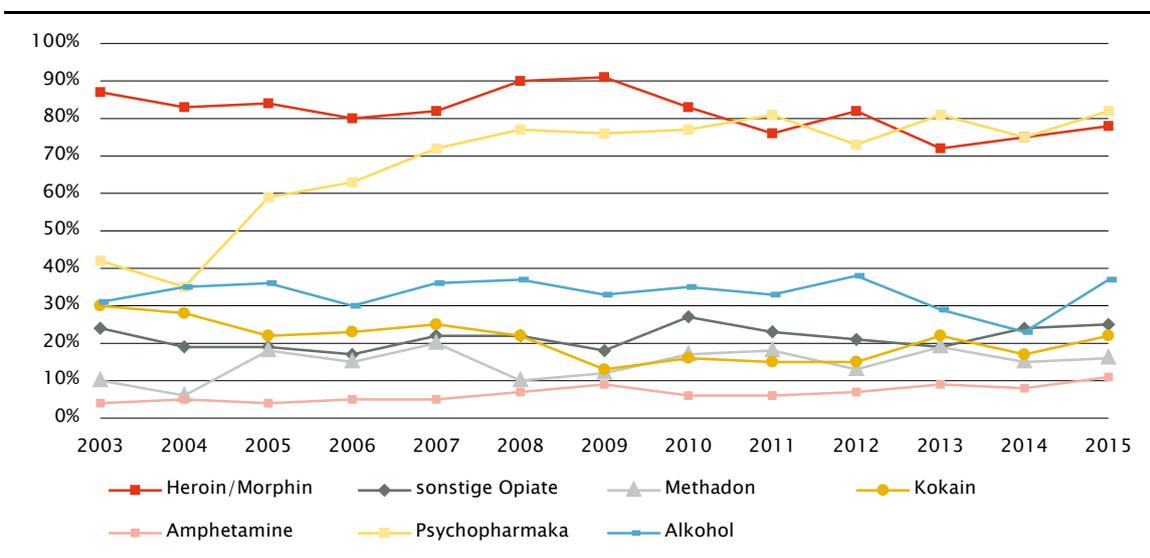
Betrachtet man die Veränderung der Altersstruktur in allen in Österreich zur Verfügung stehenden Datenquellen anhand des Prozentanteils der Personen unter 25 Jahren (vgl. Abbildung 1.8), so zeigt sich, dass dieser Prozentsatz zunächst in den Prävalenzschätzungen und dann bei den drogenbezogenen Todesfällen ansteigt. Seit etwa 2007 sinkt der Anteil an Personen unter 25 Jahren in allen Datenquellen. Dies spricht für eine in den letzten Jahren vonstattengehende „Alterung“ der Population mit risikoreichem Drogenkonsum mit Opioidbeteiligung. 2015 ist der Anteil der Personen unter 25 Jahren an den drogenbezogenen Todesfällen zwar wieder leicht gestiegen, derzeit lässt sich aber in Zusammenschau mit den anderen Datenquellen kein Trend ableiten.

Schlussfolgerung: Zwischen Beginn der 2000er Jahre und 2004/2005 stieg die Prävalenz des risikoreichen Drogenkonsums aufgrund einer erhöhten Anzahl an Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die ihren risikoreichen Drogenkonsum starteten. 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 bereits seit 2004 stagnieren, stiegen die Zahlen in den anderen Bundesländern weiter an und stagnieren erst in den letzten drei Jahren (Ausmaß des Drogenproblems gleicht sich kontinuierlich zwischen ländlichen/kleinstädtischen Regionen und der Großstadt Wien an).

Da immer weniger Jugendliche und junge Erwachsene in den Opioidkonsum einsteigen, stellt sich die Frage, ob dies einen Rückgang des risikoreichen Drogenkonsums insgesamt bedeutet oder eine Veränderung risikoreicher Konsummuster hin zum Konsum anderer Drogen. Um 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 – siehe dazu auch Kapitel 4).

Abbildung 1.9:
Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen im Zeitverlauf



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

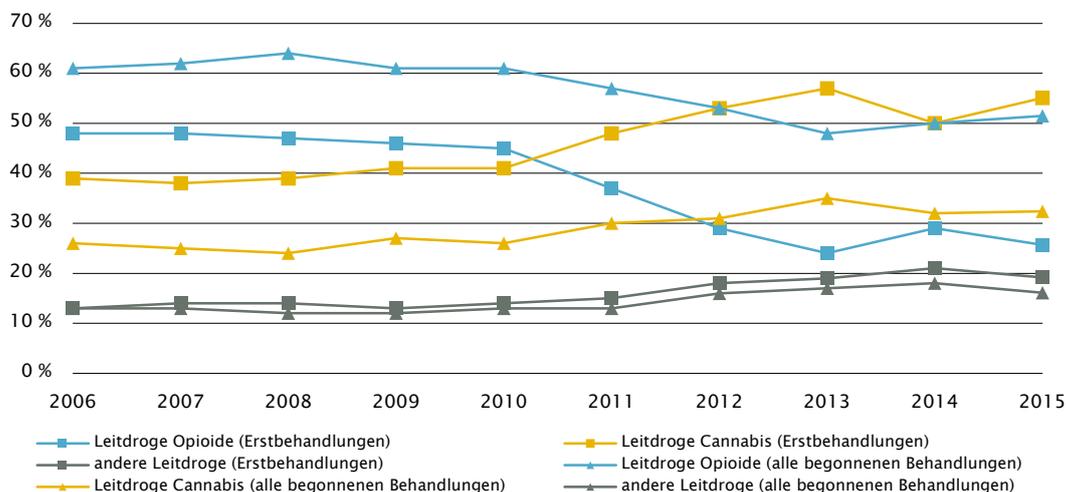
Aus der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle lässt sich somit keine Änderung der Konsummuster weg von Opioiden hin zu anderen Substanzen ableiten.

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

Die DOKLI-Daten zeigen bis zum Jahr 2013 eine deutliche Abnahme des Anteils an Opioiden und einen Anstieg bei Cannabis bzw. anderen Leitdrogen – in erster Linie Kokain und Stimulantien (vgl. Abbildung 1.10). Bei Interpretation der Zahlen ist zu berücksichtigen, dass der Großteil der Personen in Substitutionsbehandlung nicht in DOKLI aufscheint.

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

Anmerkung: Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opiode > Kokain > Stimulantien > Tranquilizer > Halluzinogene >



Cannabis)

Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2006 bis 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusätzlich zu den eben dargestellten österreichweiten Entwicklungen deutet die vertiefte Analyse (vgl. Kapitel 4 des *Epidemiologieberichts Drogen 2015*) auf lokal begrenzte Szenen mit Konsum von Stimulantien (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 aufscheinenden Klientinnen und Klienten mit Leitdroge Cannabis vor Therapiebeginn einen hochfrequenten Cannabiskonsum auf.
- » 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 auf eine lokale Szene in Oberösterreich (vgl. Kap. 4 des *Epidemiologieberichts Drogen 2015*). Bezüglich Mephedron gab es in der Steiermark eine größere Szene, dort war der risikoreiche Mephedronkonsum in den letzten Jahren jedoch wieder rückläufig¹.
- » 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 tatsächlich zutrifft, werden erst die Entwicklungen der nächsten Jahre zeigen. Insgesamt gibt es zwar relevante Anzeichen für eine Veränderung

1

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

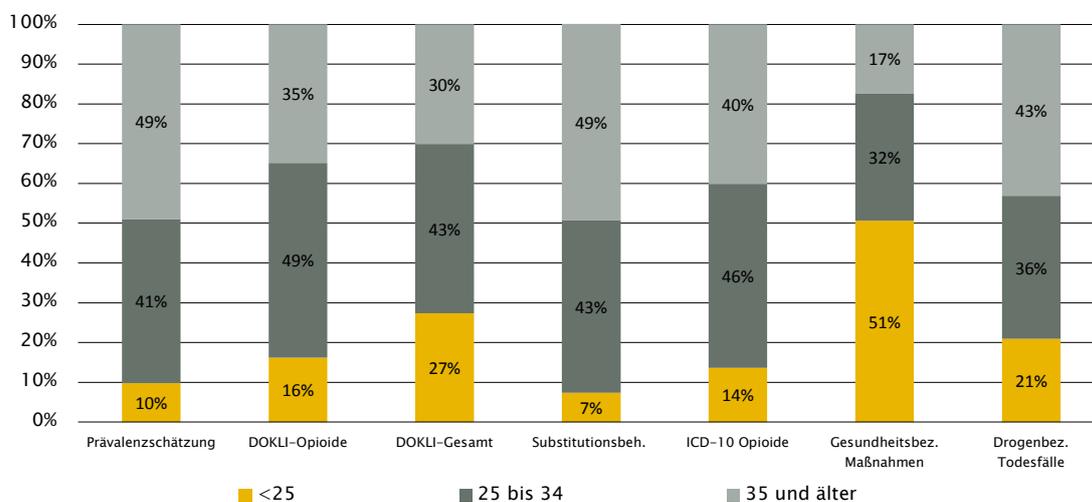
der Drogensituation, dennoch darf nicht aus den Augen verloren werden, dass Opiode nach wie vor den behandlungsrelevanten Drogenkonsum dominieren.

Schlussfolgerung: Alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring lassen auf einen starken Rückgang des risikoreichen Opioidkonsums in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre schließen (weniger Einsteiger/innen). 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 lokale Methamphetaminszene – sowohl aus dem Behandlungsbereich als auch auf Basis der Begutachtungsergebnisse nach § 12 SMG – vor.

1.4 Alter und Geschlecht der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum

Abbildung 1.11:

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



Anmerkung: **DOKLI-Opiode:** Alter zum Stichtag 30. 6. 2015 aller Personen, die im Jahr 2015 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode; **DOKLI-Gesamt:** Alter zum Stichtag 30. 6. 2015 aller im Jahr 2015 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen; **Substitutionsbeh.:** Substitutionsbehandlungen 2015; **Drogenbez. Todesfälle:** Todesfälle aufgrund von drogenbezogenen Überdosierungen 2015; **Gesundheitsbez. Maßnahmen:** Personen, für die 2015 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 2014 (jüngste verfügbare Daten).

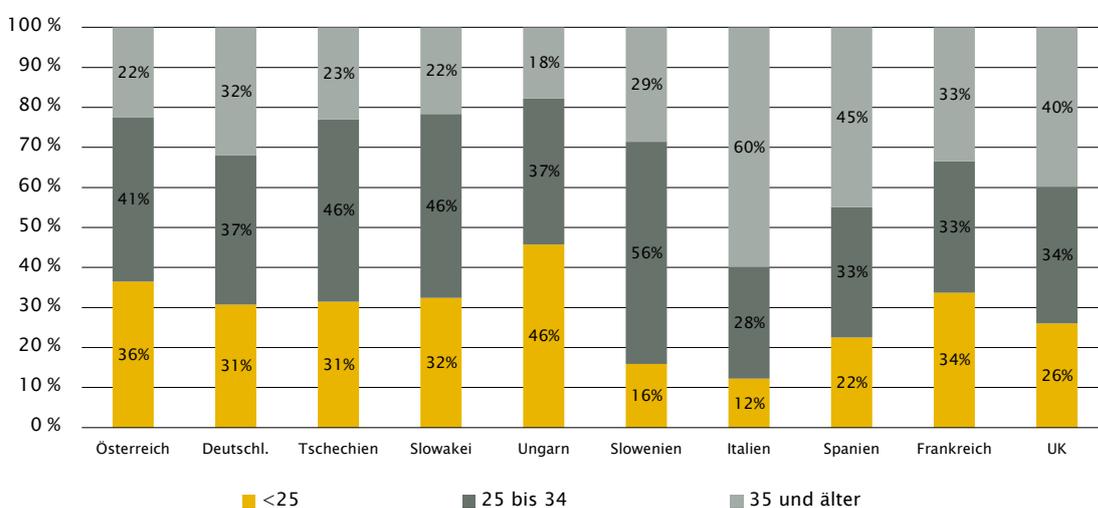
Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Altersverteilung in den für Österreich zur Verfügung stehenden Datenquellen ist recht unterschiedlich (vgl. Abbildung 1.11). Besonders jung sind Personen, für die eine Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat, gefolgt von der DOKLI-Klientel. Am ältesten sind Personen in Substitutionsbehandlung und bei der Prävalenzschätzung.

Ein Vergleich hinsichtlich Altersstruktur mit anderen EU-Ländern ist lediglich für DOKLI-Daten möglich (vgl. Abbildung 1.12).

Abbildung 1.12:

Altersverteilung von Personen, die im Jahr 2014 mit einer ambulanten oder stationären drogenbezogenen Betreuung begonnen haben, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU



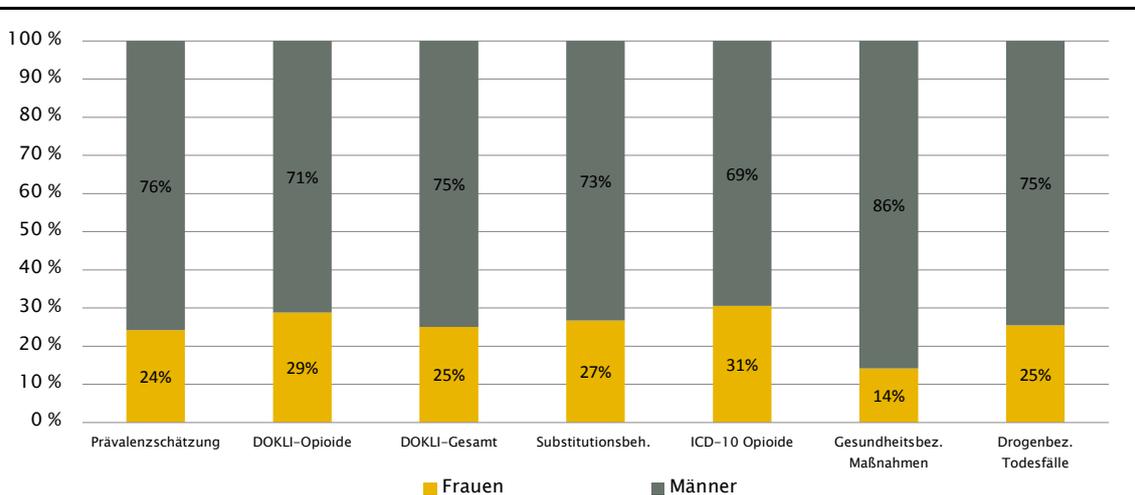
Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Schlussfolgerung: Gemäß Prävalenzschätzung sind lediglich zehn Prozent der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum unter 25 Jahre alt (2004 waren es 40 Prozent). Die Altersstruktur hat sich somit stark verändert und es lässt sich eine „Alterung“ der Personengruppe mit risikoreichem Opioidkonsum deutlich beobachten. In den übrigen Datenquellen schwankt der Anteil der 15- bis 24 Jährigen zwischen 7 und 27 Prozent. Lediglich jener Personenanteil, für den eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat, ist deutlich größer (51 Prozent).

Der Frauenanteil schwankt je nach Datenquelle zwischen 24 und 31 Prozent (vgl. Abbildung 1.13) Einzige Ausnahme sind jene Personen, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat. Hier beträgt der Frauenanteil lediglich 14 Prozent. Im Behandlungsbereich entspricht der Frauenanteil jenem in Deutschland (vgl. Abbildung 1.14).

Abbildung 1.13:

Geschlechtsverteilung 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

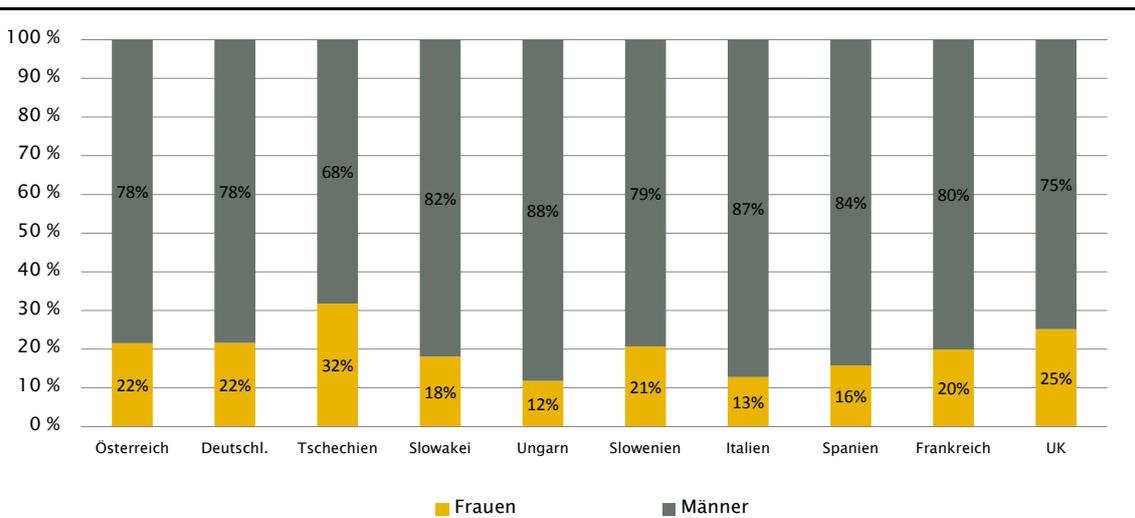


Anmerkung: **DOKLI-Opiode:** Alle Personen, die 2015 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode; **DOKLI-Gesamt:** Alle im Jahr 2015 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen. **Drogenbezogene Todesfälle:** Todesfälle aufgrund von drogenbezogenen Überdosierungen – zum Ausgleich von Zufallsschwankungen wurde der Mittelwert aus 2013 bis 2015 herangezogen. **Gesundheitsbez. Maßnahmen:** Personen, für die 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 2014

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

Abbildung 1.14:

Geschlechtsverteilung von Personen, die 2014 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begonnen haben, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU

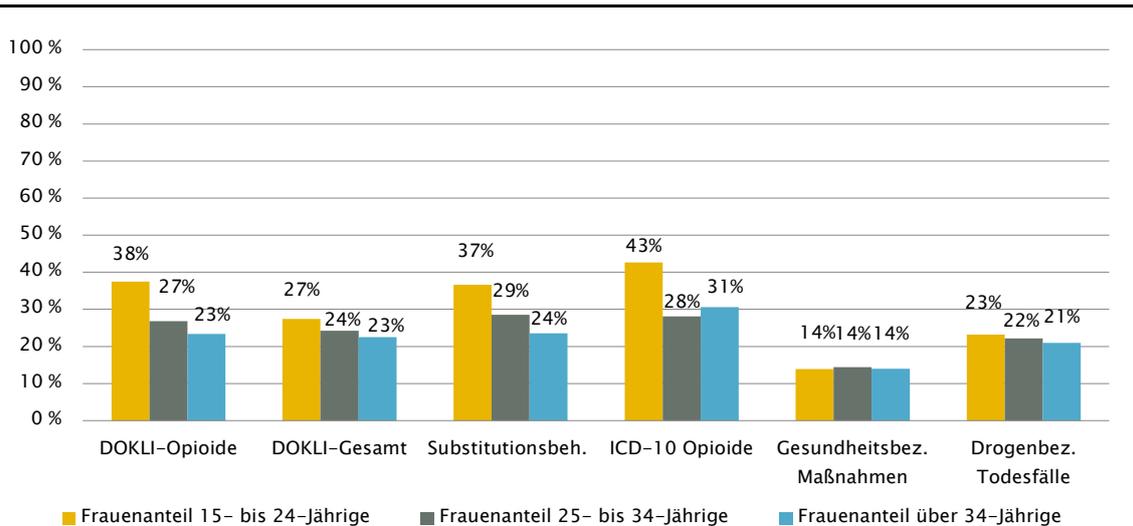


Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2016

Setzt man das Geschlecht in Bezug zum Alter, zeigt sich das Phänomen, dass – in fast allen Datenquellen – der Frauenanteil mit dem Alter kleiner wird (vgl. Abbildung 1.15).

Abbildung 1.15:

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



Anmerkung: **DOKLI-Opiode:** Alle Personen, die 2015 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode; **DOKLI-Gesamt:** Alle im Jahr 2015 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen. **Drogenbezogene Todesfälle:** Todesfälle aufgrund von drogenbezogenen Überdosierungen – zum Ausgleich von Zufallsschwankungen wurde der Mittelwert aus 2013 bis 2015 herangezogen.

Gesundheitsbez. Maßnahmen: Personen, für die 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 2014

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

Schlussfolgerung: Der Frauenanteil schwankt je nach Datenquelle zwischen 14 und 31 Prozent. Hier zeigt sich das Phänomen, dass – in fast allen Datenquellen – der Frauenanteil mit dem Alter kleiner wird.

2 Drogenbezogene Behandlungen

2.1 Anzahl der behandelten Personen

Im Jahr 2015 waren in den DOKLI-Einrichtungen insgesamt 8.781 Personen in längerfristiger ambulanter und 1.197 Personen in stationärer Behandlung. 17.599 Personen unterzogen sich laut eSuchtmittel einer Opioidsubstitutionsbehandlung. Von diesen 17.599 Personen wurden 666 in Haft behandelt und werden daher dem stationären Sektor zugezählt. Weitere 290 waren stationär aufgenommen (werden ebenfalls dem stationären Sektor zugezählt). Geht man in DOKLI von einem Mehrfachzählungs-Anteil von 22 Prozent außerhalb Wiens¹ und einer Abdeckung (Coverage) von 93 Prozent im ambulanten und 79 Prozent im stationären Sektor außerhalb Wiens (in Wien beträgt die Coverage 100 %) aus, und berücksichtigt man bezüglich Opioidabhängigen ein durchschnittliches Überschneiden von 70 Prozent des Substitutionsregisters mit DOKLI-Daten, kommt man zu einer Schätzung von insgesamt etwa 23.250 Personen in drogenspezifischer Betreuung (vgl. Tabelle 2.1). (Sozial gut integrierte) Personen mit behandlungsrelevantem Drogenkonsum, die Behandlung außerhalb der Suchthilfe in Anspruch nehmen, sind in dieser Schätzung nicht inkludiert.

Tabelle 2.1:

Schätzung der insgesamt wegen des Konsums illegaler Drogen behandelten Personen nach Setting im Jahr 2015

Setting	Anzahl der Personen
Längerfristige drogenspezifische ambulante Betreuung oder Opioidsubstitutionsbehandlung in einer nach § 15 kundgemachten Einrichtung oder Krankenanstalt	8.630
Opioidsubstitutionsbehandlung in einer Arztpraxis oder in einer Gemeinschaftspraxis	12.730
Stationäre abstinenzorientierte Behandlung oder stationäre Opioidsubstitutionsbehandlung	1.228
Opioidsubstitutionsbehandlung in Haft	666
Summe	23.254

Quelle: DOKLI Betreuungsjahrgang 2015 und eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.2 Drogenkonsummuster der behandelten Personen

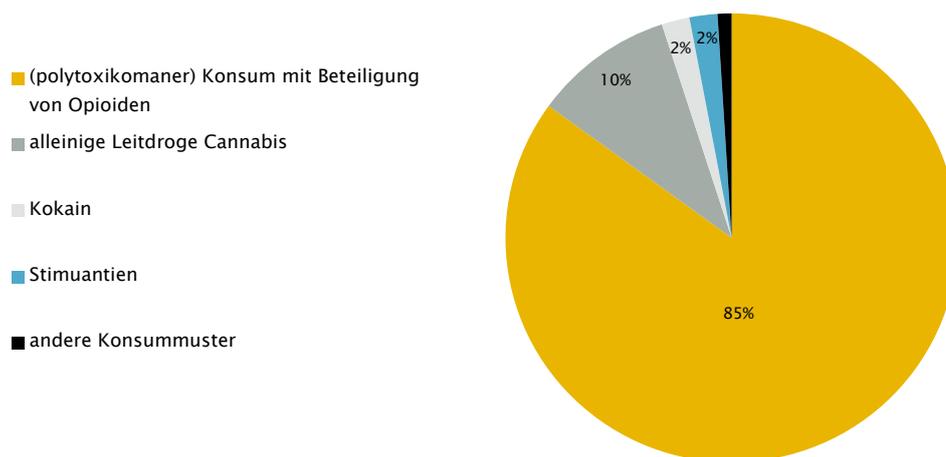
Betrachtet man die behandelten Personen nach Drogenkonsummustern, so zeigt sich, dass der weitaus größte Teil der Patientinnen und Patienten – etwa 19.700 Personen – wegen Opioidkonsums (meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster) in Behandlung ist. Die zweite große Gruppe Personen im Behandlungssystem sind Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis mit etwa

1

In Wien können Doppelzählungen mit Hilfe eines eindeutigen Identifiers ausgeschlossen werden.

2.200¹. Kokain, Stimulantien und andere Drogen stellen nur für einen kleinen Teil der behandelten Klientel die Leitdroge dar (vgl. Abbildung 2.1).

Abbildung 2.1:
Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung), 2015



Quellen: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2015, eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.3 Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik

Insgesamt 60 bis 68 Prozent der Personen mit Opioidproblematik befanden sich im Jahr 2015 in einer drogenspezifischen Behandlung, 53 Prozent bis 61 Prozent waren in Substitutionsbehandlung.

Schlussfolgerung: Etwa zwei Drittel der geschätzt 29.000 bis 33.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum befinden sich in Behandlung. Der Prozentsatz der Personen mit Opioidproblemen in Substitutionsbehandlung ist regional unterschiedlich und liegt für Gesamtösterreich zwischen 53 und 61 Prozent.

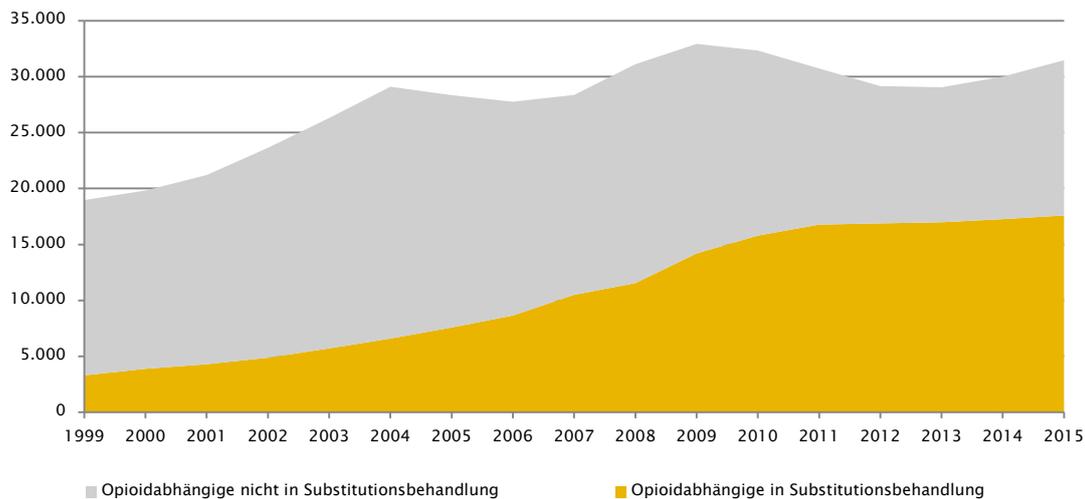
Die Substitutionsbehandlung stellt die in Österreich mit Abstand häufigste Behandlungsform bei Opioidabhängigkeit dar. Abbildung 2.2 zeigt deutlich, dass es im letzten Jahrzehnt gelungen ist, den Anteil jener Personen mit Opioidproblematik, die sich in Substitutionsbehandlung begeben,

1

Der Berechnung dieser Zahl liegt die Anzahl der im Jahr 2015 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 Mehrfachaufscheins ein und derselben Person 22 Prozent beträgt.

massiv zu erhöhen. Während sich die geschätzte Anzahl an Personen mit Drogenproblemen (Opioiden) seit 2000 lediglich um 50 Prozent erhöhte¹, hat sich die Zahl der sich in Substitutionsbehandlung Befindlichen nahezu verfünffacht und betrug 17.599 Personen im Jahr 2015.

Abbildung 2.2:
Opioidabhängige Personen (in Substitutionsbehandlung) – Zeitreihe



Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Schlussfolgerung: Es ist gelungen, über die Jahre die In-Treatment-Rate von Personen mit Opioidabhängigkeit massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg gewertet werden. 2015 befanden sich 17.599 Personen in Substitutionsbehandlung.

2.4 Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen

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

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

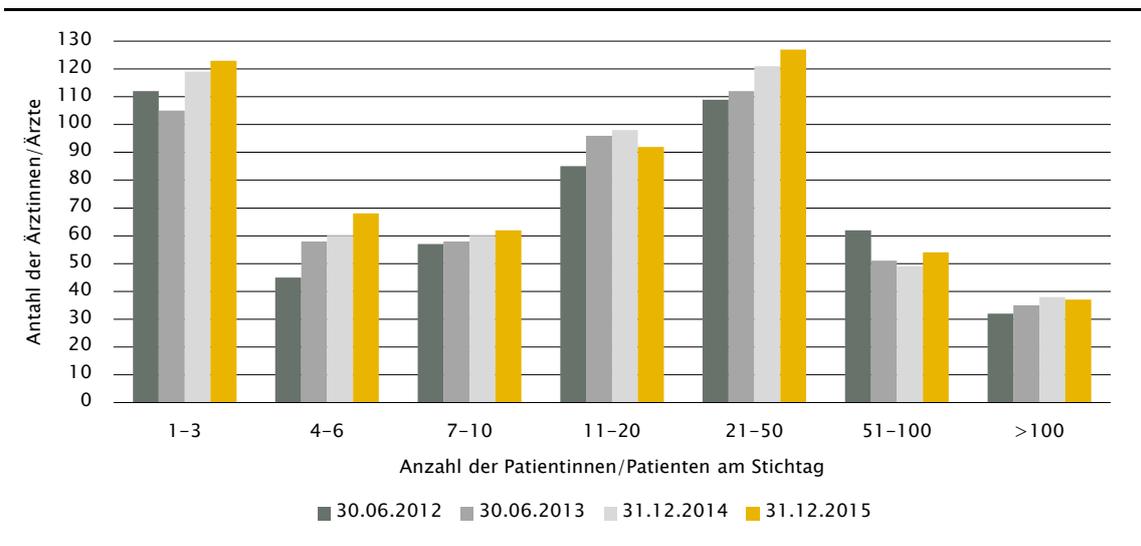
¹
Der Anstieg erfolgte im Zeitraum 1999 bis 2004

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

In der Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte waren zum Stichtag 31. 12. 2015 insgesamt 641 Mediziner/innen eingetragen. Von diesen haben 563 (88 %) am Stichtag 31. 12. 2015 auch eine Substitutionsbehandlung durchgeführt. Da sich 16.055 Personen am 31. 12. 2015 in Substitutionsbehandlung befanden, kommen somit im Schnitt 29 Behandelte auf eine Ärztin / einen Arzt. Die Betreuungszahlen pro Arzt/Ärztin streuen sehr stark. Während im Jahr 2015 191 Ärztinnen/Ärzte (34 %) jeweils bis zu 6 Patientinnen und Patienten betreuen, sind bei 91 (16 %) Ärztinnen und Ärzten jeweils über 50 Personen in Substitutionsbehandlung. (vgl. Abbildung 2.3). Das kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Teil der Substitutionsbehandlungen bei Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der (allgemeinmedizinischen) Regelversorgung durchgeführt wird, ein anderer Teil wiederum von Ärztinnen und 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 2015



Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 2.2:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt), nach Bundesland, Stichtag 31. 12. 2015

Bundesland	Personen in Substitutionsbehandlung	Ärztinnen/Ärzte – LISA*	Versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte
Burgenland	235	17	57
Kärnten	777	23	21
Niederösterreich	2.212	74	229
Oberösterreich	1.763	72	74
Salzburg	451	9	32
Steiermark	1.251	44	57
Tirol	1.057	42	37
Vorarlberg	573	12	13
Wien	7.736	365	295
Österreich	16.055	641**	563***

* 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 17 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 Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern betreut¹). In Tabelle 2.2 werden die pro Bundesland am 31. 12. 2015 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 2015 (563) leicht zugenommen. Tabelle 2.3 gibt einen Überblick über die Veränderungen hinsichtlich der Anzahl der versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte nach Bundesländern.

1

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

Tabelle 2.3:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt) nach Bundesland, Stichtag 30. 6. 2011 und am 31. 12. 2015

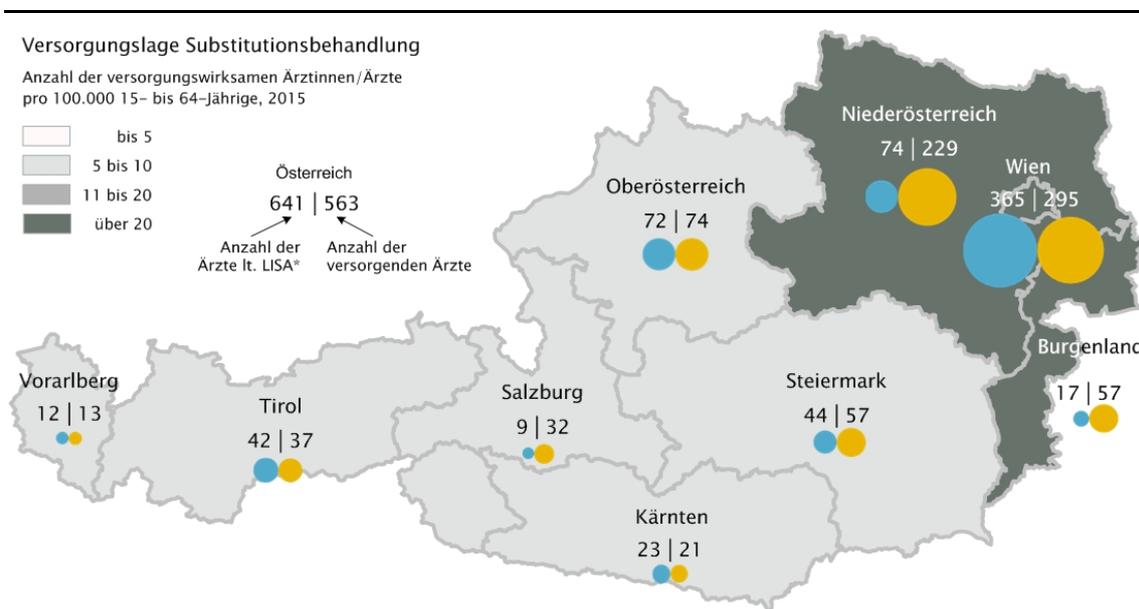
Bundesland	Versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte	
	2011	2015
Burgenland	59	57
Kärnten	9	21
Niederösterreich	191	229
Oberösterreich	68	74
Salzburg	17	32
Steiermark	50	57
Tirol	35	37
Vorarlberg	10	13
Wien	274	295
Österreich	485*	563*

* 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

Abbildung 2.4:

Im Rahmen der Substitutionsbehandlung versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte (Stichtag 31. 12. 2015) bezogen auf die Gesamtbevölkerung (15 bis 64 Jahre)



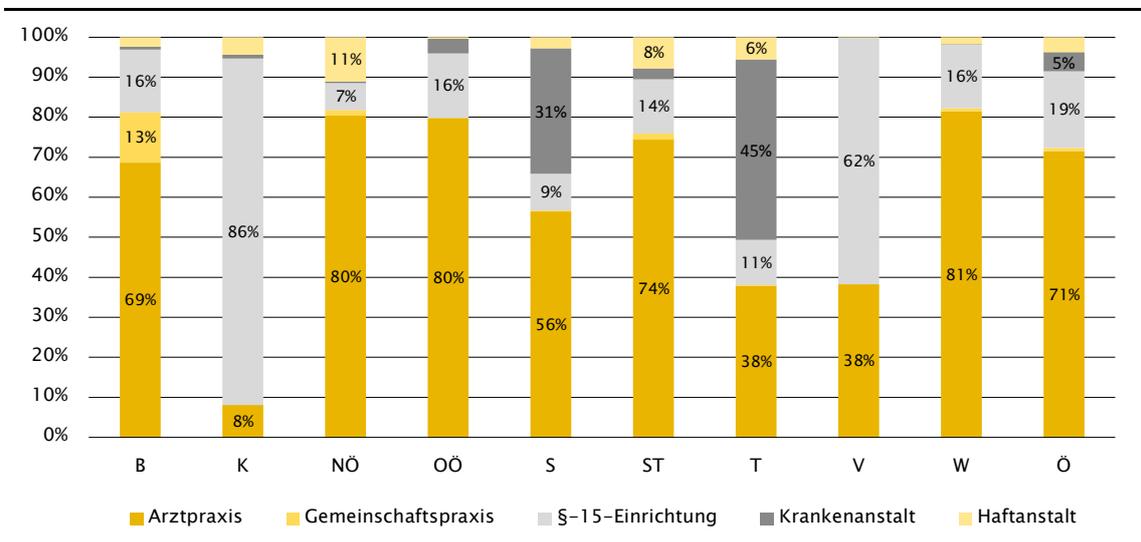
* LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte

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

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 (5) und Vorarlberg (6) die wenigsten Substitutionsbehandlungen durchführenden Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 15- bis 64-Jährige aufweisen und Burgenland (30), Wien (24) und Niederösterreich (21) die meisten. Bei Interpretation der Zahlen ist jedoch zu bedenken, dass Substitutionsbehandlung in den Bundesländern unterschiedlich organisiert ist (zentrale Stellen für Substitutionsbehandlung versus dezentrale Versorgung). Während in Kärnten, 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)

Abbildung 2.5:
Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten, 2015

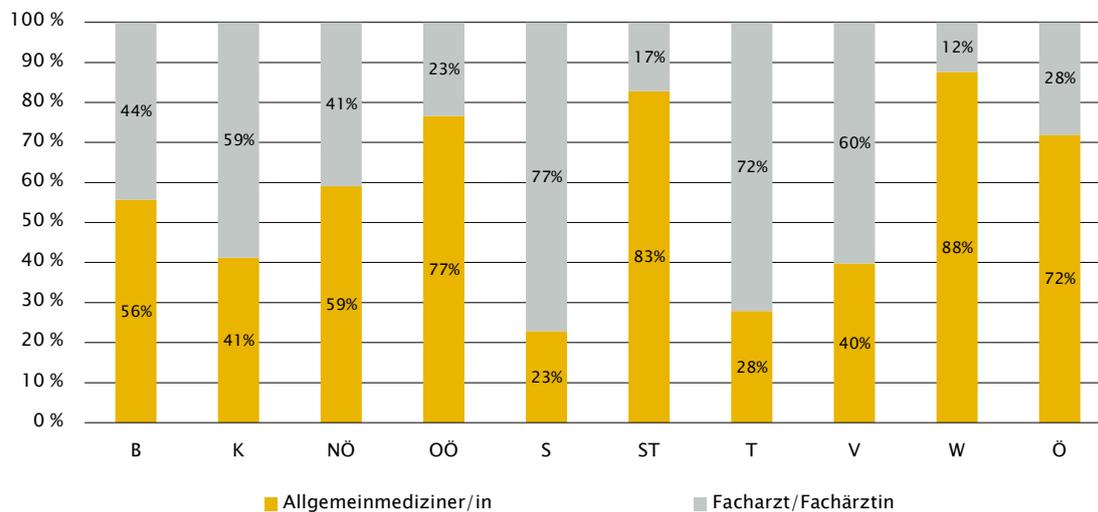


Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Verteilung der insgesamt 16.055 am Stichtag 31. 12. 2015 in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Abbildung 2.6 auf Fachärztinnen/-ärzte bzw. Allgemeinmediziner/innen ist ebenfalls im Kontext Versorgungsstruktur zu interpretieren. Insgesamt ist festzustellen, dass in Österreich Allgemeinmediziner/innen eine dominierende Rolle im Bereich Substitutionsbehandlung spielen.

Abbildung 2.6:

Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Prozentsatz der von Fachärzten/Fachärztinnen versus Allgemeinmediziner/-medizinerinnen betreuten Klientel am 31. 12. 2015 nach Bundesländern



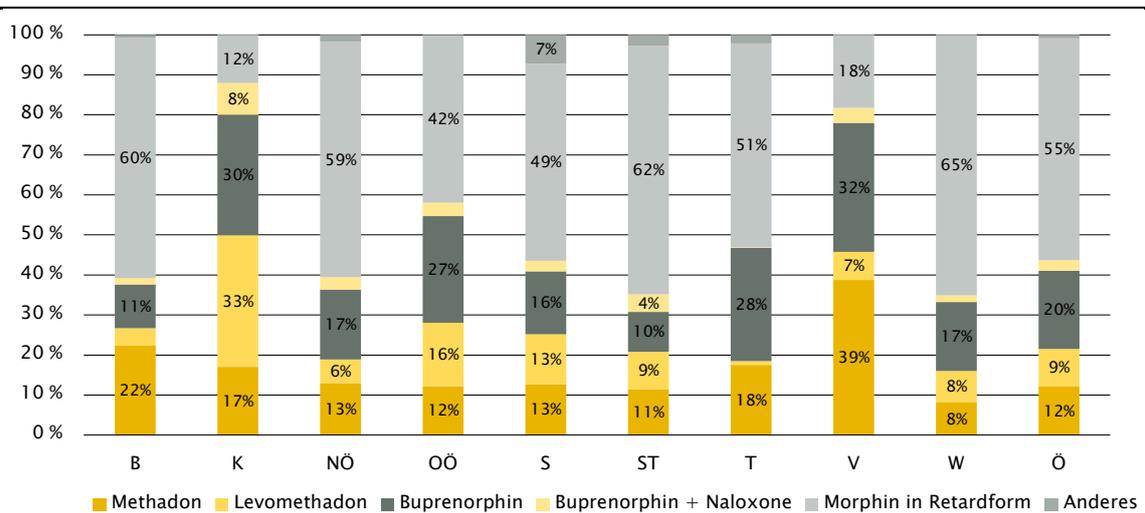
Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Schlussfolgerung: Die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die pro substituierende Ärztin / substituierenden Arzt betreut werden, 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. Für Ostösterreich spielt Wien in der Versorgung eine wichtige Rolle. In den anderen Bundesländern findet die Versorgung vorwiegend bundeslandintern statt. Österreichweit werden über 70 Prozent aller Substitutionsbehandlungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern durchgeführt.

2.5 Versorgungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlungen

Abbildung 2.7:

Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland, 2015

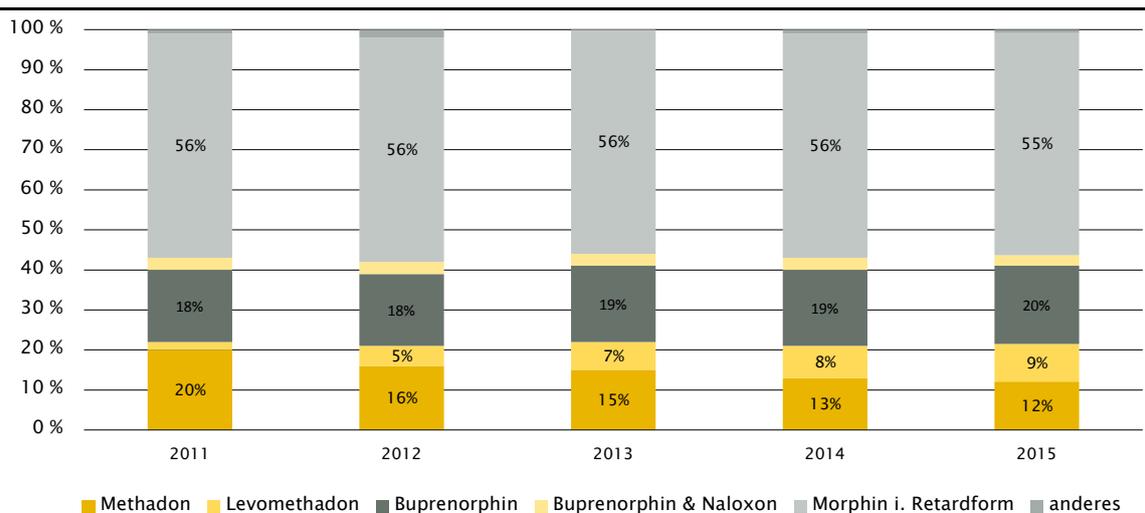


Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 17.452 der insgesamt 17.599 Personen, da bei 147 Personen (1 %) keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 2.8:

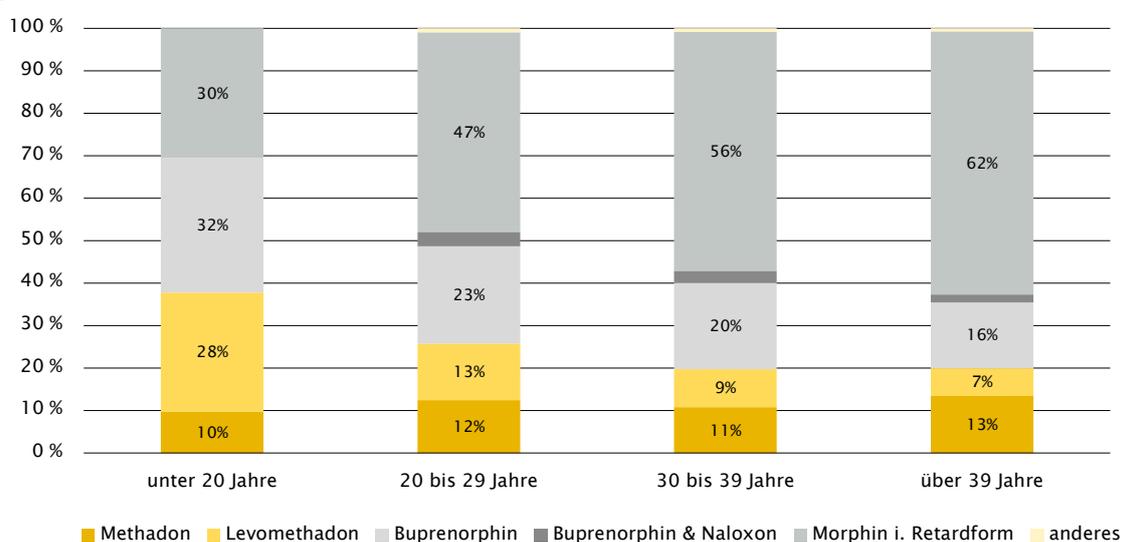
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel, 2011 bis 2015



Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Österreichweit stellt Morphin in Retardform (55 %) das am häufigsten verschriebene Substitutionsmittel dar, gefolgt von Buprenorphin (20 %) und Methadon (12 %). Auffällig ist, dass die Verschreibungspraxis bundeslandabhängig sehr unterschiedlich ist. Während beispielsweise in Vorarlberg nur bei 18 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 fünf 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, 2015



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 17.452 der insgesamt 17.599 Personen, da bei 147 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).

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 fünf Jahren hat sich kaum etwas an der Verteilung der eingesetzten Substitutionsmittel geändert.

3 Kennzahlen der Drogensituation

Tabelle 3.1:

Die wichtigsten Indikatoren zur Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2015 (oder die jüngsten verfügbaren Jahre), in Absolutzahlen

Indikator	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz Opioide UG	289	1.176	3.532	2.831	636	1.722	1.566	909	11.994	30.393
Prävalenz Opioide	383	1.612	4.267	3.512	799	2.355	2.001	1.300	13.511	31.473
Prävalenz Opioide OG	491	1.810	4.639	3.822	950	2.846	2.541	1.571	14.189	32.554
Personen in Substitutionsbehandlung	255	874	2.513	1.948	501	1.397	1.194	658	8.259	17.599
DOKLI Opioide	11	909	431	363	274	605	95	558	1.800	5.046
DOKLI Cannabis	0	446	266	124	66	334	105	474	471	2.286
DOKLI gesamt	12	1.659	912	661	415	1.168	488	1.237	3.191	9.978
§ 12 SMG Opioide	15	93	106	71	26	48	15	10	-	-
§ 12 SMG Cannabis	24	372	244	221	94	79	75	92	-	-
§ 12 SMG kein Bed.	107	157	981	469	95	285	165	231	1.465	3.955
ICD-10 (Opioidabh.)	21	112	259	303	97	157	161	60	723	1.899
Drogenbezogene Todesfälle	3	9	21	8	2	9	14	15	72	153

Indikator	Alter			Geschlecht	
	< 25	25-34	35+	Männer	Frauen
Prävalenz Opioide UG	2.631	11.701	13.553	22.023	6.785
Prävalenz Opioide	2.898	12.243	14.527	22.934	7.339
Prävalenz Opioide OG	3.166	12.786	15.501	23.845	7.893
Personen Substitutionsbehandlung	1.297	7.635	8.667	12.903	4.696
DOKLI Opioide	1.394	2.292	1.394	3.617	1.463
DOKLI Cannabis	1.382	625	291	1.892	406
DOKLI gesamt	3.664	3.905	2.409	7.480	2.498
ICD-10 (Opioidabh.)	260	883	765	1.315	584
Drogenbezogene Todesfälle	32	55	66	114	39

Anmerkung: Prävalenz Opioide UG bzw. OG: Ergebnisse der Prävalenzschätzungen des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden. Um Zufallsschwankungen über die Jahre in 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 2015 in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opioide bzw. alleiniger Leitdroge Cannabis; **§ 12 SMG – Opioide/Cannabis / kein Bed:** Personen, für die die Begutachtung nach § 12 SMG 2015 einen behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden, einen behandlungsrelevanten Konsum von Cannabis ohne andere Leitdrogen oder keinen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergab. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Wien keine Daten übermittelte. In Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert wird und nicht nach Substanzen spezifiziert. **ICD-10 (Opioidabh.):** Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioide) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung aus 2014 (aktuellste verfügbare Daten). **Drogenbezogene Todesfälle:** direkt drogenbezogene Todesfälle aufgrund von Überdosierungen 2015.

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 2015 (oder die jüngsten verfügbaren Jahre) pro 100.000 15- bis 64-Jährige

Indikator	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz Opioide UG	151,5	319,7	326,9	293,3	175,1	210,0	315,3	356,8	970,3	526,3
Prävalenz Opioide	200,2	438,3	394,9	363,8	220,1	287,2	402,9	510,3	1093,0	545,0
Prävalenz Opioide OG	256,9	492,1	429,3	395,9	261,7	347,2	511,6	616,6	1147,9	563,7
Personen Substitutions- behandlung	133,5	237,6	232,6	201,8	138,0	170,4	240,4	258,3	668,1	304,7
DOKLI Opioide	5,8	247,1	39,9	37,6	75,5	73,8	19,1	219,0	145,6	87,4
DOKLI Cannabis	0,0	121,3	24,6	12,8	18,2	40,7	21,1	186,1	38,1	39,6
DOKLI gesamt	6,3	451,1	84,4	68,5	114,3	142,5	98,3	485,6	258,1	172,8
§ 12 SMG Opioide	7,9	25,3	9,8	7,4	7,2	5,9	3,0	3,9	-	-
§ 12 SMG Cannabis	12,6	101,1	22,6	22,9	25,9	9,6	15,1	36,1	-	-
§ 12 SMG kein Bed.	56,0	42,7	90,8	48,6	26,2	34,8	33,2	90,7	118,5	68,5
ICD-10 (Opioidabh.)	10,8	30,5	24,0	31,4	26,7	19,1	32,4	23,6	58,5	32,9
Drogenbezogene Todesfälle	1,6	2,4	1,9	0,8	0,6	1,1	2,8	5,9	5,8	2,6

Indikator	Alter			Geschlecht	
	< 25	25-34	35+	Männer	Frauen
Prävalenz Opioide UG	260,4	1012,6	375,5	764,8	234,3
Prävalenz Opioide	286,9	1059,6	402,5	796,5	253,5
Prävalenz Opioide OG	313,4	1106,5	429,5	828,1	272,6
Personen Substituti- onsbehandlung	128,4	660,7	240,1	448,1	162,2
DOKLI Opioide	138,0	198,4	38,6	125,6	50,5
DOKLI Cannabis	136,8	54,1	8,1	65,7	14,0
DOKLI gesamt	362,8	337,9	66,7	259,8	86,3
ICD-10 (Opioidabh.)	25,7	76,4	21,2	45,7	20,2
Drogenbezogene Todesfälle	3,2	4,8	1,8	4,0	1,3

Anmerkung: Prävalenz Opioide UG bzw. OG: Ergebnisse der Prävalenzschätzungen des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden. Um Zufallsschwankungen über die Jahre in 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 2015 in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opioide bzw. alleiniger Leitdroge Cannabis; **§ 12 SMG – Opioide/Cannabis / kein Bed:** Personen, für die die Begutachtung nach § 12 SMG 2015 einen behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden, einen behandlungsrelevanten Konsum von Cannabis ohne andere Leitdrogen oder keinen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergab. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Wien keine Daten übermittelt hat. Bei Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert wird und nicht nach Substanzen spezifiziert. **ICD-10 (Opioidabh.):** Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioide) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung aus 2014 (aktuellste verfügbare Daten). **Drogenbezogene Todesfälle:** direkt drogenbezogene Todesfälle aufgrund von Überdosierungen 2015.

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

4 Gebrauch und Missbrauch von Psychopharmaka

Psychopharmaka spielen in der Therapie verschiedenster Beschwerden eine wichtige Rolle. Es handelt sich hierbei um Arzneimittel mit psychoaktiver Wirkung. Als psychoaktiv werden jene Substanzen verstanden, deren Einnahme psychische Prozesse, also Kognition oder Affekt, beeinflussen (vgl. WHO o.J.). Häufig wird für diese Wirkung auch der Begriff „psychotrop“ verwendet. Nach der WHO bedeutet dieser jedoch in einem engeren Sinne auch die signifikante Beeinflussung des zentralen Nervensystems.

Psychopharmaka sind in mehrere Wirkgruppen unterteilt, von Antidepressiva über Antipsychotika und Anxiolytika bis hin zu Hypnotika und Sedativa u.a.m. Abseits medizinischer Indikationen werden psychotrope Arzneimittel auch missbräuchlich konsumiert. Bei manchen Psychopharmaka besteht die Möglichkeit einer Abhängigkeit, v.a. bei nicht ordnungsgemäßer Verwendung. Neben allgemeinen Daten zum (risikoreichen/problematischen) Konsum von Psychopharmaka in Österreich wird in diesem Kapitel auch genauer auf die Rolle der Benzodiazepine eingegangen, da diese eine gewisse Rolle beim polytoxikomanen Drogenkonsum spielen.

4.1 Verordnung von Psychopharmaka¹

Die Verordnungen² von Psychopharmaka zeigen im bezifferbaren Zeitraum einen gleichmäßigen Aufwärtstrend von 8,9 Mio. Verordnungen 2006 bis rund 12,3 Mio. Verordnungen im Jahr 2014 (Abbildung 4.1). Da aus diesen Zahlen nicht ersichtlich wird, inwieweit es sich um Erst-/ Folgeverordnungen handelt, sind mehrere Erklärungen für diese Entwicklung plausibel: Neben einer Zunahme an Empfängerinnen/Empfängern von Verordnungen, ist auch eine höhere Anzahl an Verordnungen pro Empfänger/in denkbar. Zudem können veränderte Packungsgrößen bei häufig verordneten Psychopharmaka eine Rolle spielen.

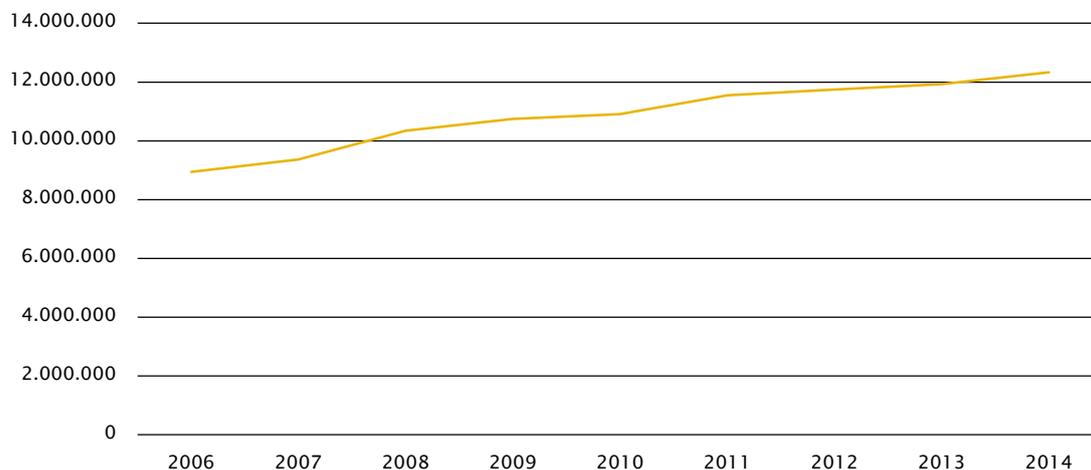
1

Unter „Psychopharmaka“ werden hier folgende Gruppen subsumiert: Antipsychotika (ATC-Code: N05A), Anxiolytika (N05B), Hypnotika und Sedativa (N05C), Antidepressiva (N06A), Psychostimulanzien, Arzneimittel für die Behandlung von ADHD sowie Nootropika (N06B), Psycholeptika u. Psychoanaleptika in Kombination (N06C), Arzneimittel zur Behandlung von Suchterkrankungen (N07B).

2

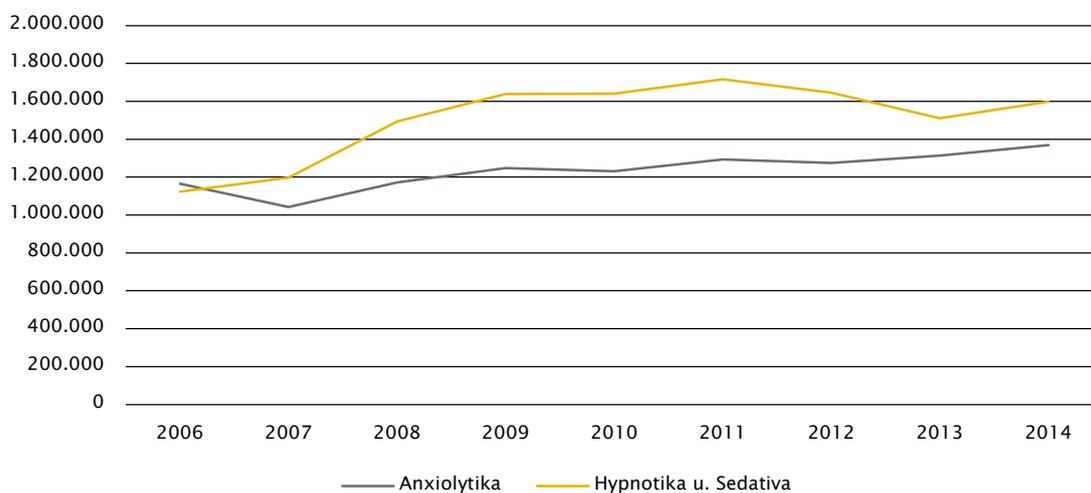
Die Verordnungszahlen aus der *Maschinellen Heilmittelabrechnung* beziehen sich auf den niedergelassenen Bereich. Bei vielen Psychopharmaka ist von einer tatsächlichen größeren Zahl an eingelösten Verordnungen auszugehen – gerade im Bereich der Benzodiazepine liegen die meisten Verkaufspreise unter der Erstattungsgrenze und werden somit nicht erfasst. Auch Generika oder veränderte Packungsgrößen können Zahlenschwankungen erklären. Dennoch ermöglichen die Daten einen guten Überblick über die Entwicklung der Verordnungen in einem längeren Zeitraum (Grabenhofer–Eggerth/Sator in Vorbereitung).

Abbildung 4.1:
Entwicklung der Verordnungszahlen zu Psychopharmaka in den Jahren 2006 bis 2014,
Anzahl der Verordnungen



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Darstellung: GÖG/ÖBIG

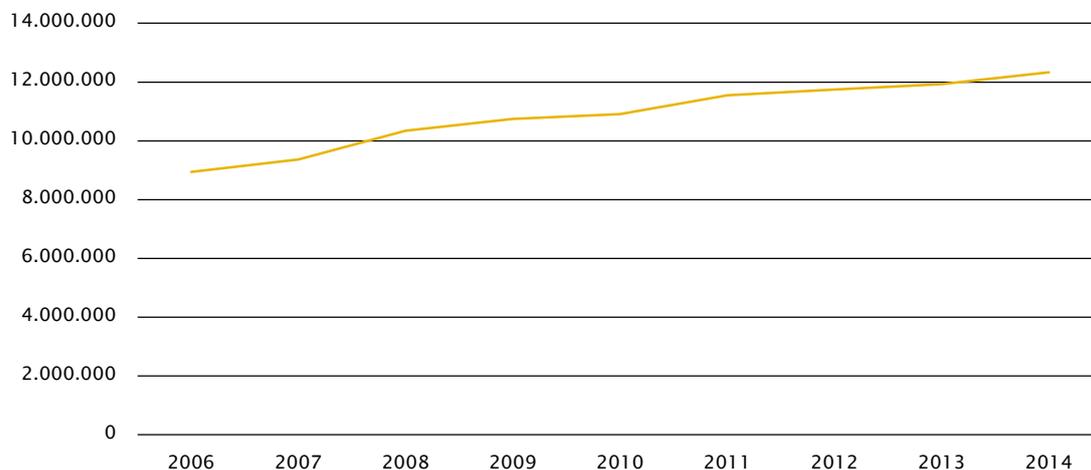
Abbildung 4.2:
Entwicklung der Verordnungszahlen zu Anxiolytika sowie Hypnotika und Sedativa im Zeitverlauf,
2006 bis 2014, Anzahl der Verordnungen



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 4.1:

Entwicklung der Verordnungszahlen zu Psychopharmaka in den Jahren 2006 bis 2014, Anzahl der Verordnungen



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 4.2 zeigt die Entwicklung der Verordnungszahlen zu Anxiolytika sowie Hypnotika und Sedativa in Österreich über die Jahre 2006 bis 2014 (Grabenhofer-Eggerth/Sator in Vorbereitung, 38). Diese beiden Gruppen beinhalten einen großen Teil der Benzodiazepine sowie Benzodiazepin-ähnliche Wirkstoffe (z. B. Zolpidem)¹. Hier wird ersichtlich, dass Anxiolytika seltener als Hypnotika und Sedativa verschrieben werden, wobei die Verordnungszahlen seit 2006 bei beiden Gruppen zugenommen haben und im Jahr 2014 bei rund 1,4 Mio. (Anxiolytika) bzw. 1,6 Mio. Verschreibungen (Hypnotika und Sedativa) lagen.

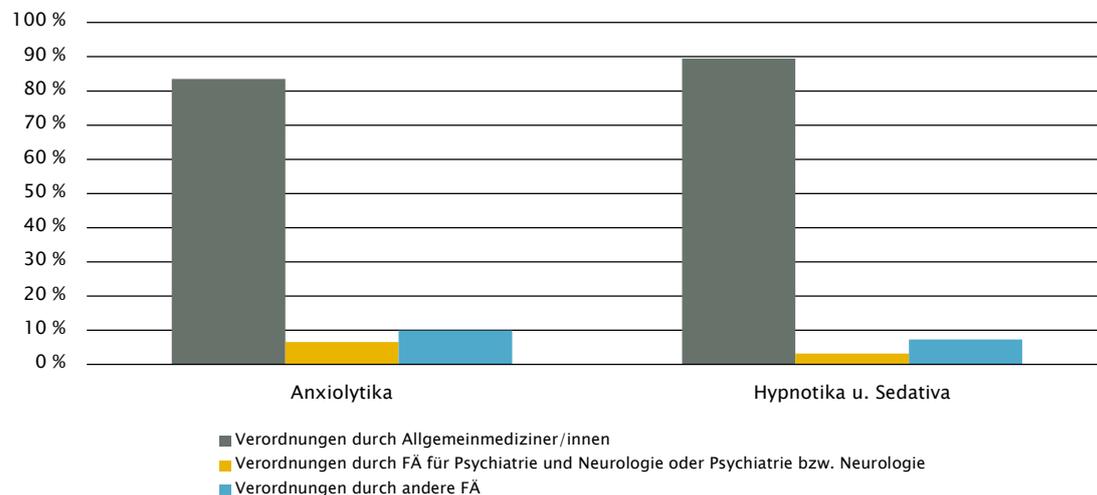
Psychopharmaka werden zum größten Teil (ca. 78 Prozent) von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern verschrieben. Auch, wenn man die Untergruppen Anxiolytika sowie Hypnotika und Sedativa betrachtet, zeigt sich diese Vorrangstellung. Offen bleibt dabei die Frage, ob es sich dabei eher um Folgeverordnungen handelt und Erstverordnungen vorwiegend Fachärztinnen/-ärzte verschreiben. Verordnungen aus anderen Facharztgruppen als jener für Psychiatrie erreichen insgesamt einen größeren Anteil als Verordnungen von Psychiatern und Psychiaterinnen (vgl. Abbildung 4.3 (Grabenhofer-Eggerth/Sator in Vorbereitung)).

¹

Allerdings sind nicht alle verbrauchten/verordneten Benzodiazepine in den Wirkstoffgruppen Anxiolytika bzw. Hypnotika und Sedativa enthalten und umgekehrt enthalten die beiden Wirkstoffgruppen auch zahlreiche Substanzen, die keine Benzodiazepine sind.

Abbildung 4.3:

Verordnungen von Anxiolytika sowie Hypnotika und Sedativa nach Ärztgruppen im Jahr 2014



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Schlussfolgerung: Die Verordnungsdaten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger zeigen einen kontinuierlichen Aufwärtstrend für Psychopharmaka insgesamt. Der Anstieg ist auch bei separater Betrachtung der verordneten Anxiolytika sowie Hypnotika und Sedativa sichtbar. Allgemeinmediziner/innen spielen in der Versorgung mit Psychopharmaka eine dominierende Rolle.

4.2 Verordnung und Verbrauch von Benzodiazepinen

Benzodiazepine zählen zu psychotropen Stoffen im Sinne der Psychotropenverordnung. Konkret handelt es sich um synthetische Substanzen mit dämpfender Wirkung auf das Zentralnervensystem. Sie werden in der Medizin etwa bei Angststörungen, Schlafproblemen und Alkoholentzug eingesetzt, aber auch missbräuchlich verwendet (vgl. EMCDDA 2013; vgl. EMCDDA 2015).

Benzodiazepine werden in Österreich über „normale“ Kassen- oder Privatrezepte verschrieben. Eine Ausnahme betrifft das Benzodiazepin Flunitrazepam, das seit 2012 aufgrund des hohen Suchtpotenzials nur über ein Suchtgiftrezept als Einzelverschreibung verordnet werden kann. Seit Juni 2015 ist der Fernabsatz (Versandhandel) mit Arzneimitteln durch autorisierte Online-Apotheken in den EU-Mitgliedstaaten gestattet. Grundlage dafür ist die EU-Fälschungsrichtlinie RL 2011/62/EU. Autorisierte österreichische (Versand-)Apotheken können rezeptfreie Arzneimittel

verkaufen. Wirkstoffe aus der Psychotropenverordnung können in Österreich aufgrund der Rezeptpflicht nicht legal über den Online-Versand bezogen werden, daher spielen Online-Apotheken keine Rolle im legalen Benzodiazepin-Bezug.

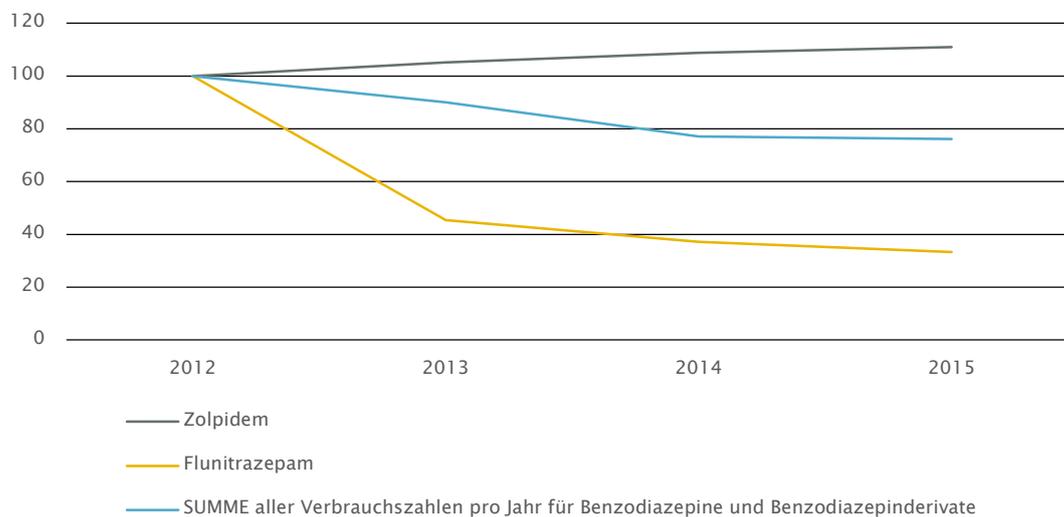
Im Zusammenhang mit der (internationalen) Kontrolle des legalen Verkehrs mit kontrollierten Wirkstoffen und Arzneimitteln sind den an der legalen Herstellung und Inverkehrbringung von Suchtmitteln Beteiligten substanzbezogene Dokumentationspflichten auferlegt. Arzneimittelhersteller und -großhändler haben darüber hinaus auch jährliche Nachweispflichten an die Behörde (Art und Mengen). Aus diesen, vom BMGF an die internationale Kontrollbehörde (International Narcotics Control Board der Vereinten Nationen, INCB) zu meldenden Daten errechnet sich unter anderem auch der Inlandsverbrauch der einzelnen, der Psychotropenverordnung unterliegenden Substanzen aus der Gruppe der Benzodiazepine. Das sind jene Mengen der einzelnen Wirksubstanzen, die pro Jahr in Österreich von den Arzneimittelherstellern bzw. -großhändlern an die inländischen Apotheken abgegeben werden. Die häufigste Substanz ist in diesem Zusammenhang Oxazepam.

Seit 2012 ist der Anteil an Flunitrazepam in den Verbrauchszahlen stark zurückgegangen: Während im Jahr 2010 noch 16 kg gemeldet wurden, waren es 2014 nur noch rund 5 kg. Diese Veränderungen können mit der im Jahr 2012 veröffentlichten *Leitlinie des Bundesministers für Gesundheit zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden* sowie der Rezeptierungspflicht von Flunitrazepam als Suchtgift in Zusammenhang gebracht werden. Nach Einschätzung von Expertinnen/Experten könnte dies mit ein Grund für den zunehmenden Gebrauch/Missbrauch der sogenannten Z-Substanzen wie Zolpidem sein (vgl. Tanios 2016). Hierbei handelt es sich um Substanzen, die in ihrer Wirkung den Benzodiazepinen ähnlich sind.

Abbildung 4.4 stellt die Entwicklung des Verbrauchs von Zolpidem (Benzodiazepin-ähnliche Substanz) jener von Flunitrazepam bzw. Benzodiazepinen seit 2012 indexbasiert gegenüber. Während sich bei Flunitrazepam und der Summe aller Benzodiazepine ein Rückgang zeigt, steigt der Verbrauch von Zolpidem an.

Abbildung 4.4:

Index zum Vergleich des Verbrauchs für Flunitrazepam, Zolpidem und die Gesamtmenge der Benzodiazepin¹; Gegenüberstellung der Jahre 2013–2015 mit 2012; Basiswerte 2012=100



Quelle: BMGF; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Schlussfolgerung: Der Verbrauch von Benzodiazepinen ist in Österreich rückläufig. Es gibt Hinweise, dass diese durch sogenannte Z-Substanzen wie Zolpidem (Benzodiazepin-ähnliche Wirkstoffe) ersetzt werden. Der Verbrauch des Benzodiazepins Flunitrazepam hat sich seit 2012 deutlich reduziert. Dies kann mit der Leitlinie des BMGF zum Umgang mit Benzodiazepinen bei Personen in Opioid-Erhaltungstherapie aus 2012 in Zusammenhang gebracht werden. Auch die durch die Novelle zur Psychotropenverordnung, BGBl. II Nr. 358/2012 eingeführte Rezeptierungspflicht auf Suchtgiftrezept wird als möglicher Einflussfaktor gesehen.

4.3 Risikoreicher/problematischer Konsum von Benzodiazepinen

Benzodiazepine werden im Rahmen von ärztlichen Verordnungen (bei Missbrauch häufig über mehrere Ärztinnen/Ärzte), aber auch über den Schwarzmarkt oder das Internet bezogen. Beim Internetbezug ist von illegalen Praktiken auszugehen. Die EMCDDA äußert zunehmende Besorgnis zum Missbrauch von Benzodiazepinen in der Allgemeinbevölkerung und hier v. a. bei älteren Menschen. In diesem Zusammenhang stellen Personen mit Opioidabhängigkeit eine besonders vulnerable Zielgruppe mit häufigem Auftreten von Benzodiazepin-Missbrauch dar. Langzeit-Effekte

¹ Ohne Zolpidem, das kein Benzodiazepin ist, aber ähnlich wirkt

wie übermäßige Sedierung, Depression und Probleme mit dem Immunsystem werden immer wieder mit dem Gebrauch/Missbrauch von Benzodiazepinen in Verbindung gebracht. Zudem können eine falsche Einnahme wie zu hohe Dosen, zu rasches Absetzen der Substanzen oder Abhängigkeit diverse Nebenwirkungen nach sich ziehen (EMCDDA 2015). Die EMCDDA weist darauf hin, dass die Benzodiazepine Diazepam, Clonazepam, Alprazolam, Oxazepam und Flunitrazepam in einschlägigen Studien bzw. in Berichten zu drogenbezogenen Todesfällen am häufigsten vertreten sind. Im europaweiten Vergleich zeigt sich, dass Klientinnen/Klienten in Suchtbehandlung in Irland, Finnland und Rumänien mit über fünf Prozent am häufigsten Benzodiazepine als alleinige Leitdroge angeben (ebd.). Seit einigen Jahren werden auch Benzodiazepine, die nicht in den UN-Suchtmittelkonventionen erfasst sind, als neue psychoaktive Substanzen identifiziert. In den Jahren 2009 bis 2015 wurden dem EU-Frühwarnsystem dreizehn neue psychoaktive Substanzen gemeldet, die den Benzodiazepinen zugeordnet werden. Derzeit werden von der EMCDDA vierzehn Benzodiazepine dieser Art beobachtet. Diese Substanzen dienen unter anderem der Herstellung gefälschter Arzneimittel für den Verkauf in Europa (EMCDDA 2016).

Im Behandlungsdokumentationssystem DOKLI werden Benzodiazepine als Leitdroge und Problem- droge (Leit-/Begleitdroge kombiniert) erfasst. Für die Interpretation ist zu berücksichtigen, dass bei Angabe von Leit- bzw. Problemdrogen Mehrfachnennungen möglich sind (zur Definition von Leit- und Begleitdroge siehe Abschnitt 5.3).

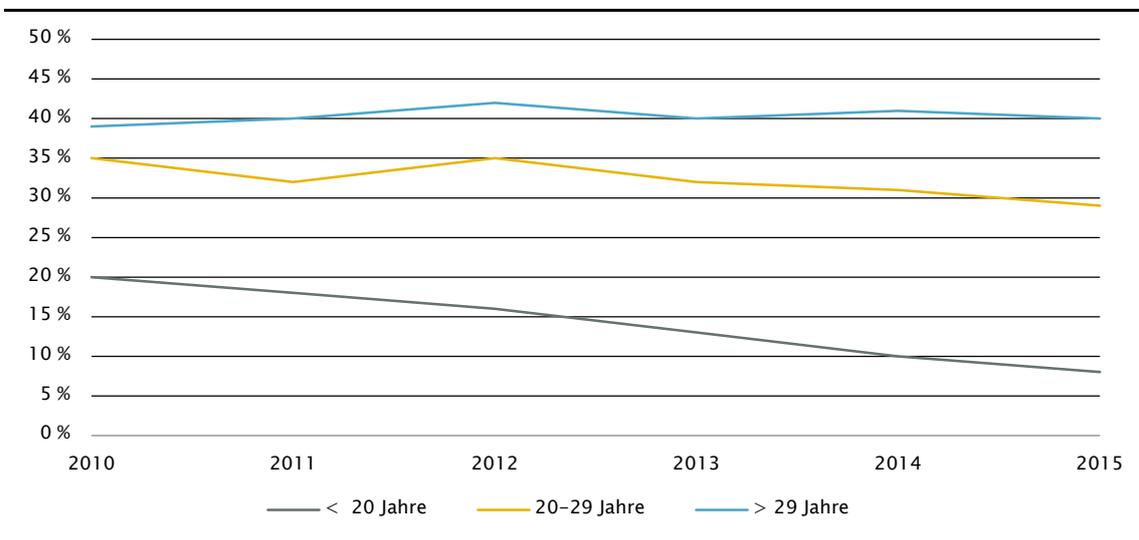
Insgesamt gaben 13 Prozent aller Klientinnen/Klienten, die 2015 eine längerfristige ambulante Betreuung begannen, Benzodiazepine als Leitdroge an. Dabei ist jedoch zu beachten, dass 95 Prozent dieser Personen auch Opiate als Leitdroge nannten. Frauen nennen Benzodiazepine mit 17 Prozent deutlich öfter als Männer (12 Prozent).

Werden Leit- und Begleitdrogen kombiniert (Problemdrogen), so erhöht sich der Anteil an Nennungen im Jahr 2015 auf 31 Prozent. Auch hier ist zu beachten, dass von allen Personen, die im Jahr 2015 Benzodiazepine als Problemdroge angaben, 80 Prozent Opiate als (weitere) Leitdroge nannten. Frauen gaben mit 38 Prozent Benzodiazepine deutlich häufiger als Problemdroge an als Männer, von denen 29 Prozent Entsprechendes äußerten.

Seit dem Jahr 2010 ist ein deutlicher Rückgang der Beteiligung von Benzodiazepinen an den Problemdrogen in der jüngsten Altersgruppe von 20 auf acht Prozent zu verzeichnen (vgl. Abbildung 4.5) Bei den 20- bis 29-Jährigen kam es zu einem leichten Rückgang, bei den über 29-Jährigen gab es nur geringe Schwankungen.

Abbildung 4.5:

Anteil der Personen in längerfristigen ambulanten Betreuung, die Benzodiazepine als Problem- (Leit-/Begleitdroge kombiniert) angeben, nach Altersgruppen, 2010–2015 (Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: DOKLI-Auswertung, GÖG/ÖBIG, Betreuungsjahre 2010–2015

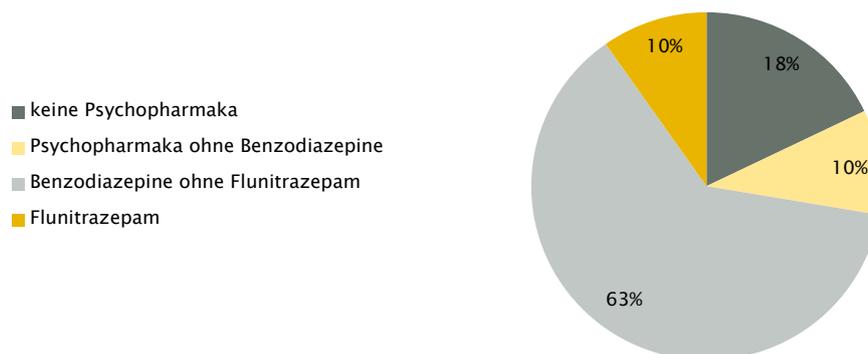
Da Benzodiazepine als Problem- droge in den DOKLI-Daten meist in Kombination mit Opioiden auftreten, spiegelt sich hier einerseits die Verringerung der Opioidproblematik bei den jungen Erwachsenen (vgl. Abschnitt 1.3) wider. Andererseits kann dieser Rückgang auch mit der „*Leitlinie zum Umgang mit Benzodiazepinen bei Personen in Opioid-Erhaltungstherapie*“ (siehe Abschnitt 4.2) in Zusammenhang stehen, die 2012 veröffentlicht wurde.

Schlussfolgerung: Benzodiazepine waren im Jahr 2015 bei 13 Prozent der Klientinnen/Klienten im längerfristigen ambulanten Behandlungssetting eine Leitdroge und bei 31 Prozent Leit- / oder Begleitdroge (=Problem- droge). Meist (95 % bei der Leitdroge, 80 % bei der Problem- droge) besteht auch problematischer Konsum von Opioiden. Bei jungen Erwachsenen ist die Nennung von Benzodiazepin als Problem- droge rückläufig. Einerseits zeigt sich hier die Verringerung der Opioid- problematik bei jungen Erwachsenen. Andererseits kann dieser Rückgang auch mit der „*Leitlinie des Bundesministers für Gesundheit zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden*“ in Zusammenhang stehen.

Jene drogenbezogenen Todesfälle aus dem Jahr 2015, für die ein toxikologisches Gutachten vorliegt, wurden dahingehend analysiert, ob Benzodiazepine oder andere Psychopharmaka gefunden wurden. Positive Ergebnisse in der toxikologischen Untersuchung geben jedoch keinen Hinweis darauf, ob die jeweiligen Substanzen in Zusammenhang mit dem Todeseintritt stehen oder nicht. Dass bei drogenbezogenen Todesfällen Psychopharmaka festgestellt werden, liegt auch daran, dass bei den Betroffenen oft psychische Begleiterkrankungen vorliegen, die mit Psychopharmaka behandelt werden. Von den 123 Fällen mit toxikologischem Gutachten aus dem Jahr 2015 wurden

bei 101 Verstorbenen auch psychoaktive Arzneimittel festgestellt, davon wurden bei 89 Todesfällen Benzodiazepine vorgefunden (z. B. im Blut oder zentralen Nervensystem). In zwölf Fällen wurde Flunitrazepam in irgendeiner Weise (z. B. im Blut) nachgewiesen (vgl. Abbildung 4.6).

Abbildung 4.6:
Häufigkeit drogenbezogener Todesfälle aus dem Jahr 2015, bei denen (bestimmte) Psychopharmaka lt. toxikologischem Gutachten nachgewiesen wurden; gerundete Prozentwerte



Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Berechnung & Darstellung: GÖG/ÖBIG

Schlussfolgerung: Beim Großteil (82 %) der drogenbezogenen Todesfälle wurden im Jahr 2015 neben illegalen Drogen (meist Opioide) auch Psychopharmaka festgestellt, zumeist Benzodiazepine. Ein Einfluss auf den Todeseintritt lässt sich daraus nicht ableiten, da im toxikologischen Befund nur vermerkt ist, ob Psychopharmaka festgestellt wurden, aber nicht inwieweit sie zum Todesgeschehen beigetragen haben. Dass bei drogenbezogenen Todesfällen Psychopharmaka festgestellt werden, liegt auch oft an psychischen Begleiterkrankungen der Betroffenen, die mit Psychopharmaka behandelt wurden.

Eine Beurteilung von Notfällen in Zusammenhang mit Benzodiazepinen¹ aus einer anderen Perspektive ermöglichen die Daten zu Anrufen bei der Vergiftungsinformationszentrale (VIZ)². Bei den Mono-Intoxikationen (eine dokumentierte Substanz) wurden von 2010 bis 2015 hinsichtlich Benzodiazepinen 1.916 Betroffene ab zwölf Jahren verzeichnet. Dem gegenüber stehen 15,6 Mio. Verordnungen von Anxiolytika sowie Hypnotika und Sedativa allein im Zeitraum 2010–2014, sowie rund 25.000 Anrufe³ bei der Vergiftungsinformationszentrale insgesamt pro Jahr.

¹ Einschließlich ähnlich wirkenden Substanzen wie Zolpidem und Zopiclon.

² Die österreichische Vergiftungsinformationszentrale ist über ein Notruf-Telefon rund um die Uhr erreichbar. Toxikologisch geschultes Personal berät bei Vergiftungsverdacht und unterstützt die Entscheidung, ob ärztliche Hilfe notwendig ist. Auch Informationsleistungen für Ärztinnen/Ärzte und medizinisches Fachpersonal werden erbracht.

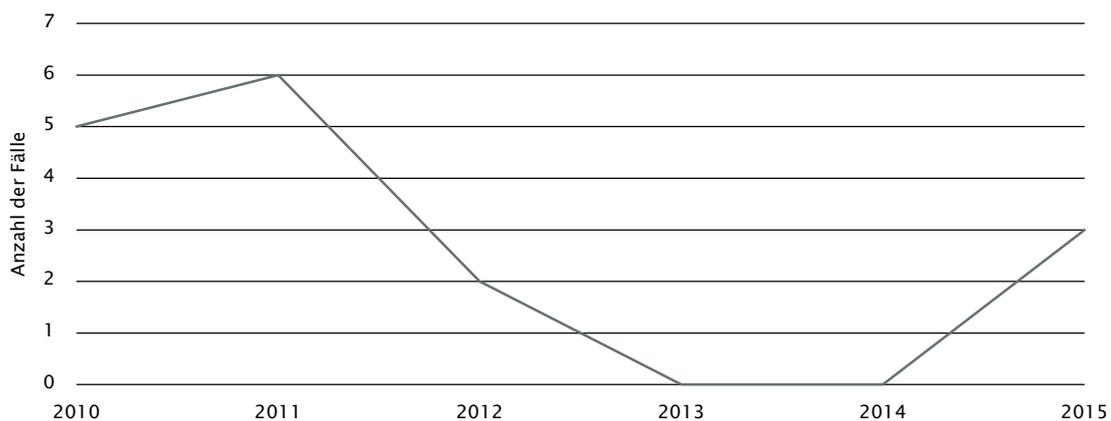
³ Teilweise gibt es mehrere Anrufe pro Person mit Verdacht auf Intoxikation.

Von den 1.916 Personen erhielten dabei insgesamt 41 die Kategorie „Abusus“¹. In dieser für den Sucht-Kontext relevanten Gruppe waren die Patientinnen/Patienten in 29 Fällen männlich. Das Alter konnte nur in etwa der Hälfte der Fälle erfasst werden und lag im Durchschnitt bei 30 Jahren. Hinsichtlich der Auswirkungen ist festzuhalten, dass in vier Fällen eine medizinische Beobachtung oder Behandlung erfolgte, in 26 Fällen keine Intoxikation festgestellt wurde und in elf Fällen keine eindeutige Diagnose möglich war. Es ist also von einer in diesem Zusammenhang eher geringen Bedeutung von Benzodiazepinen bei Monointoxikationen von Personen mit berichtetem Abusus auszugehen.

Die Anzahl der Personen mit Benzodiazepin-Abusus variiert von drei dokumentierten Fällen im Jahr 2013 bis zu zwölf Fällen im Jahr 2015. Über die Jahre 2010 bis 2015 betrachtet ist Flunitrazepam mit 16 Fällen die häufigste Substanz bei der Untergruppe „Monointoxikationen von Personen mit Benzodiazepin-Abusus“, gefolgt von Oxazepam mit zwölf Nennungen. Von 2010 bis 2012 gab es dreizehn Fälle in dieser Gruppe, von 2013 bis 2015 drei (vgl. Abbildung 4.7).

Abbildung 4.7:

Monointoxikation mit Flunitrazepam bei Personen mit berichtetem Benzodiazepin-Abusus, 2010–2015, Anzahl der Fälle



Quelle: Vergiftungsinformationszentrale; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Schlussfolgerung: Die bei der Vergiftungsinformationszentrale aufscheinenden Monointoxikationen mit Benzodiazepinen sind im Vergleich mit den um ein Vielfaches höheren Verordnungszahlen für Anxiolytika sowie Hypnotika und Sedativa wenig relevant und sprechen für ein geringes Risikopotenzial dieser Substanzen.

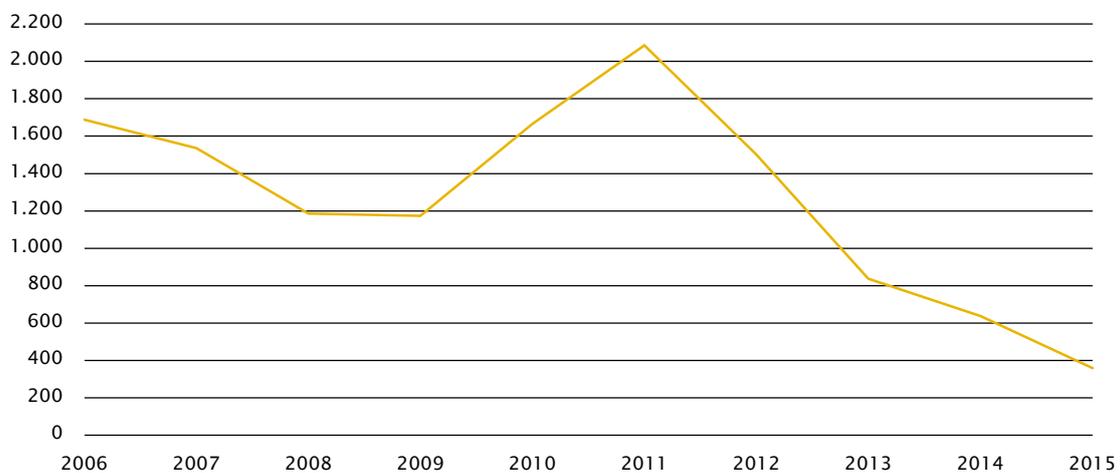
1

Es ist hier jedoch von einem Underreporting auszugehen.

4.4 Polizeiliche Anzeigen wegen Benzodiazepinen

Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz zeigen für psychotrope Arzneimittel¹ einen kontinuierlichen Rückgang in den letzten fünf Jahren von über 2.000 im Jahr 2011 auf unter 400 im Jahr 2015. Im Vergleich dazu ist die Zahl der Anzeigen wegen Cannabis im selben Zeitraum um rund 52 Prozent auf 27.127 gestiegen (Weigl M. et al. in Vorbereitung). Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Anzeigenzahlen von Aktivitäten der Exekutive – wie etwa Schwerpunktaktionen – beeinflusst werden.

Abbildung 4.8:
Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz für psychoaktive Medikamente, 2007–2015, Zahl der Anzeigen



Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Schlussfolgerung: Die Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz sind für psychotrope Arzneimittel (größtenteils Benzodiazepine) seit 2011 um fast 83 Prozent gesunken.

4.5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Mit den vom Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger zur Verfügung gestellten Daten zu Arzneimittelverordnungen, den Verbrauchszahlen für psychotrope Medikamente (zur Verfügung gestellt durch BMGF) und den Daten aus der Vergiftungsinformationszentrale wur-

¹

Zum Großteil handelt es sich dabei um Benzodiazepine

den für das Schwerpunktkapitel Psychopharmaka drei neue Datenquellen genutzt. Die Kombination mit den DOKLI-Daten, den Daten zu drogenbezogenen Todesfällen und den polizeilichen Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz erlaubt einen groben Überblick über Trends und Entwicklungen der letzten Jahre in Bezug auf Verordnungs- bzw. (problematische) Konsummuster.

Die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zur Verfügung gestellten Daten zu Arzneimittelverordnungen zeigen einen kontinuierlichen Aufwärtstrend für Psychopharmaka insgesamt. Die Zunahme ist auch bei separater Betrachtung der verordneten Anxiolytika sowie Hypnotika und Sedativa sichtbar – in diesen Gruppen sind die meisten Benzodiazepine enthalten. Allgemeinmediziner/innen spielen eine dominierende Rolle in der Versorgung mit Psychopharmaka.

Die Verordnungszahlen des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger zeigen einen kontinuierlichen Aufwärtstrend für Psychopharmakaverschreibungen insgesamt. Die Zunahme ist auch bei separater Betrachtung der verordneten Anxiolytika sowie Hypnotika und Sedativa sichtbar – in diesen Gruppen sind die meisten Benzodiazepine enthalten. Allgemeinmediziner/innen spielen eine dominierende Rolle in der Versorgung mit Psychopharmaka.

Im Gegensatz zu den steigenden über die Sozialversicherung abgerechneten Psychopharmakaverschreibungen insgesamt reduziert sich das Ausmaß an jährlich von Arzneimittelherstellern bzw. –großhändlern an die inländischen Apotheken abgegebenen Benzodiazepin-haltigen Arzneimitteln.¹ Es gibt Hinweise, dass Benzodiazepine durch Benzodiazepin-ähnliche Wirkstoffe (sogenannte Z-Substanzen) wie Zolpidem ersetzt werden. Der Verbrauch des Benzodiazepins Flunitrazepam hat sich seit 2012 deutlich reduziert. Dies steht möglicherweise mit der aus dem Jahr 2012 stammenden BMGF-Leitlinie zum Umgang mit Benzodiazepinen bei Personen in Opioid-Erhaltungstherapie in Zusammenhang. Auch die durch die Novelle zur Psychotropenverordnung, BGBl. II Nr. 358/2012 eingeführte Rezeptierungspflicht auf Suchtgiftrezept kann möglicher Einflussfaktor sein.

Benzodiazepine waren im Jahr 2015 für 13 Prozent der Klientinnen/Klienten im längerfristigen ambulanten Betreuungsetting eine Leitdroge und für 31 Prozent Leit- / oder Begleitdroge (=Problemdroge). Meist bestand auch ein problematischer Konsum von Opioiden. Bei jungen Erwachsenen sind Benzodiazepine als Problemdroge rückläufig. Einerseits zeigt sich hier die sich verringernde Opioidproblematik bei jungen Erwachsenen, andererseits liefert die erwähnte Leitlinie einen Erklärungsansatz. Dies gilt auch für den Rückgang von Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Bezug auf psychotrope Arzneimittel (vorwiegend Benzodiazepine).

Beim Großteil (82 %) der drogenbezogenen Todesfälle wurden im Jahr 2015 neben illegalen Drogen (meist Opiode) auch Psychopharmaka festgestellt, zumeist Benzodiazepine. Ein Einfluss auf den

1

Allerdings sind nicht alle verbrauchten/verordneten Benzodiazepine in den Wirkstoffgruppen Anxiolytika bzw. Hypnotika und Sedativa enthalten. Und umgekehrt enthalten die beiden Wirkstoffgruppen auch zahlreiche Substanzen, die keine Benzodiazepine sind.

Todeseintritt lässt sich daraus nicht ableiten, da im toxikologischen Befund nur vermerkt ist, ob Psychopharmaka festgestellt wurden, aber nicht inwieweit sie zum Todesgeschehen beigetragen haben. Dass bei drogenbezogenen Todesfällen Psychopharmaka festgestellt werden, liegt auch oft an psychischen Begleiterkrankungen der Betroffenen, die mit Psychopharmaka behandelt wurden.

Die in der Vergiftungsinformationszentrale aufscheinenden Monointoxikationen mit Benzodiazepinen sind im Verhältnis mit den um ein Vielfaches höheren Verordnungszahlen für Anxiolytika sowie Hypnotika und Sedativa wenig relevant und sprechen für ein geringes Risikopotenzial dieser Substanzen hinsichtlich Intoxikationen.

5 Detailergebnisse DOKLI

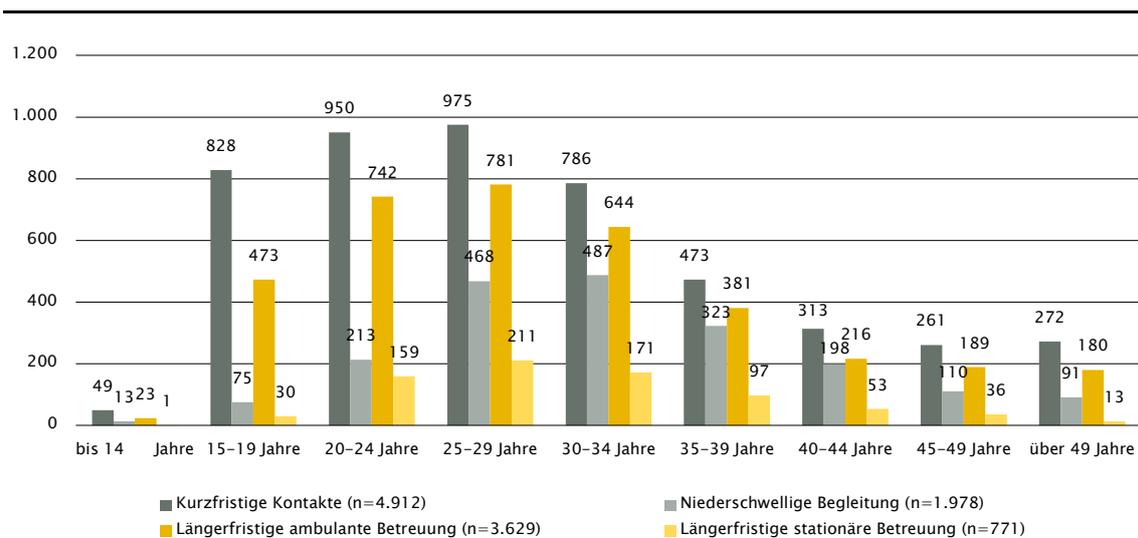
Hinweise zur Datenqualität und zu möglichen Einschränkungen der Interpretierbarkeit der Daten finden sich im Annex des vorliegenden Berichts.

5.1 Soziodemografie

Je nach Setting sind zwischen vier (in langfristiger stationärer Betreuung) und 18 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen 35 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 48 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 2015 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung

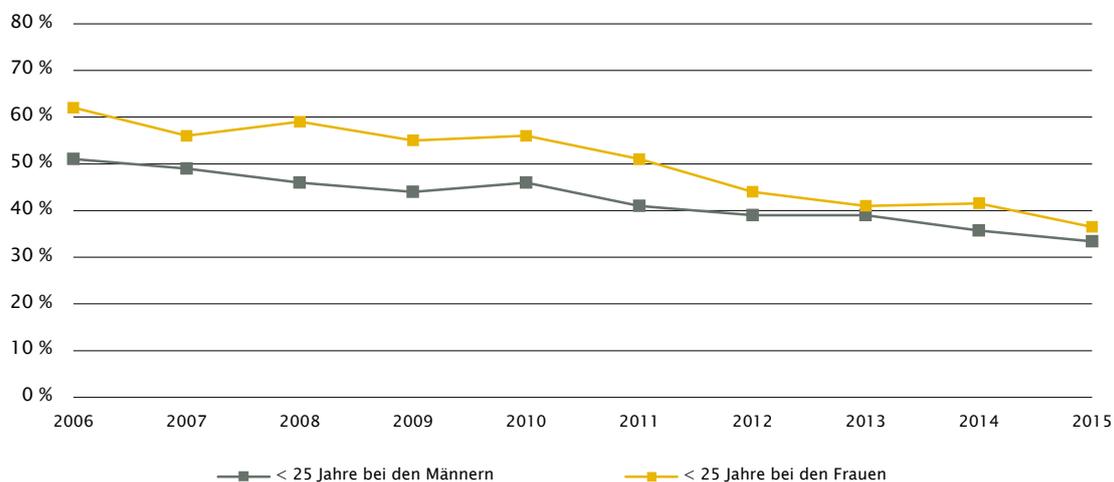


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2015

Betrachtet man die Gruppe der Personen im Alter von unter 25 Jahren, so zeigt sich, dass der Anteil dieser Gruppe im ambulanten Bereich tendenziell abgenommen hat. Im Jahr 2006 betrug der Frauenanteil in dieser Altersgruppe noch 62 Prozent, 2015 waren hingegen nur mehr 36 Prozent der Frauen, die mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, unter 25 Jahre alt. Bei den Männern machten die entsprechenden Anteile 51 Prozent bzw. 33 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 2015



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2015

Der Anteil an Frauen beträgt je nach Setting zwischen 20 (in längerfristig stationärer Betreuung) und 26 (in niederschwelliger Begleitung) Prozent.

Als Lebensmittelpunkt geben die etwas über 40 Prozent der längerfristig ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten Wien¹ an. Auch ist zu beobachten, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der in Wien (lebenden) Betreuten deutlich steigt (vgl. DOKLI 20 und 21 im Annex).

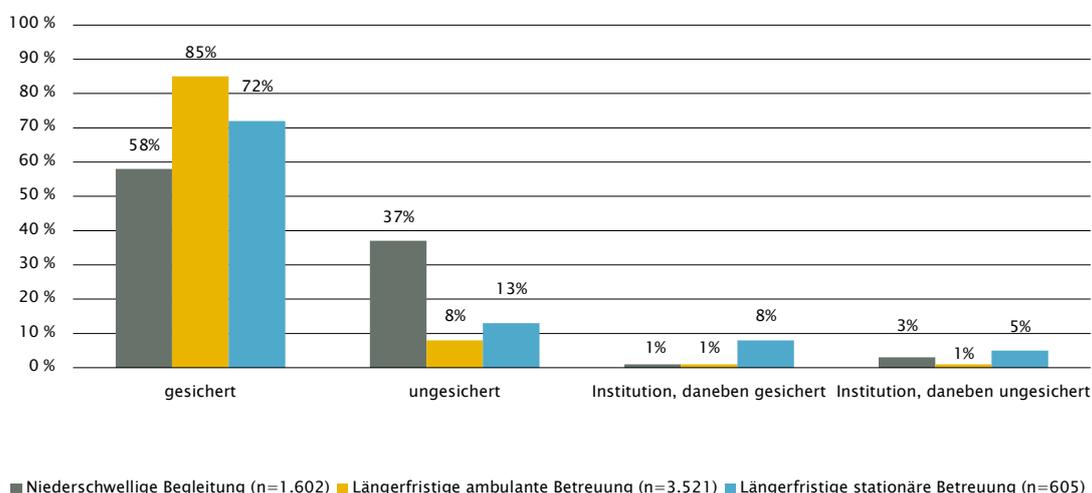
Versorgepflichtige Kinder hat etwa ein Viertel der betreuten Frauen und Männer (vgl. DOKLI 15 im Annex). Etwas weniger als 90 Prozent der Klientel sind österreichische Staatsbürger. Während Obdachlosigkeit für das Gros der längerfristig Betreuten kein unmittelbares Problem darzustellen scheint, zeigt etwa ein Drittel der Klientel im niederschweligen Betreuungsbereich große Defizite hinsichtlich der Wohnsituation (vgl. vgl. Abbildung 5.3 und DOKLI 22 im Annex). Bei Interpretation der Angaben zur Wohnsituation ist aber zu beachten, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B. wenn die Klientin oder der Klient aufgrund ihrer bzw. seiner Suchterkrankung mangels anderer Alternativen bei den Eltern wohnt).

1

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

Abbildung 5.3:

Personen, die 2015 mit einer drogenspezifischen Betreuung nach Wohnsituation und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2015

46 Prozent (in längerfristiger ambulanter Betreuung) und 44 Prozent (in längerfristiger stationärer Betreuung) der Klientel im Alter von über 20 Jahren nennen als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Pflichtschulabschluss. Wie in der Gesamtbevölkerung haben Männer – besonders jene in ambulanter Betreuung – häufiger als Frauen einen Lehrabschluss als höchste Ausbildungsstufe (vgl. DOKLI 17 im Annex).

Der Anteil an erwerbstätigen Klientinnen und Klienten ist im stationären Bereich am geringsten (8 %). Die meisten dieser Personen sind arbeitslos (63 %) gemeldet bzw. „nicht erwerbstätig und sonstige Form des Lebensunterhalts unbekannt“ (32 %) (DOKLI 18 im Annex). Dies könnte bedeuten, dass vor allem Personen mit massiven und oft langjährigen Drogenproblemen, für die häufig keine berufliche Eingliederung aktuell 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.

Die Zahl derer, die bedarfsorientierte Mindestsicherung beziehen, steigt mit dem Alter leicht an (vgl. DOKLI 19 im Annex).

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 Zusam-

menhang 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 in österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen erfassten Klientinnen und Klienten sind ausschließlich wegen Drogenproblematik in Betreuung. Am deutlichsten wird dies bei den längerfristigen stationären Betreuungen (79 %) und den längerfristigen ambulanten Betreuungen (62 %), am geringsten ausgeprägt ist dies im Bereich der kurzfristigen Kontakte (51 %). Neben Drogen haben „Alkohol“ bzw. „Alkohol und Sonstiges“ als zusätzliche Betreuungsschwerpunkte eine gewisse Relevanz (vgl. DOKLI 2 im Annex).

Viele der betreuten Personen haben bereits Erfahrung mit der Drogenhilfe: 64 Prozent der niederschwellig begleiteten Personen, 59 Prozent der längerfristig ambulant Betreuten, 51 Prozent der Klientinnen und Klienten in längerfristiger stationärer Behandlung und 48 Prozent der Personen mit kurzfristigen Kontakten haben bereits früher Angebote der Drogenhilfe in Anspruch genommen (vgl. DOKLI 3 im Annex).

Im niederschweligen Setting sind 70 Prozent der Klientinnen und Klienten zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung, im längerfristigen ambulanten Setting sind es 35 Prozent und im längerfristigen stationären Setting sind es 47 Prozent (bei kurzfristigen Kontakten wird diese Variable nicht erhoben); Substitutionsbehandlungen, die erst im Zuge der Betreuung begonnen werden, wurden nicht erfasst (vgl. DOKLI 4 im Annex). Jemals in Substitutionsbehandlung waren im niederschweligen Bereich 93 Prozent der Personen, im stationären Setting 66 Prozent und im längerfristigen ambulanten Setting 50 Prozent (vgl. DOKLI 5 im Annex). Im ambulanten Bereich ist der Frauenanteil, der bereits in Substitutionsbehandlung war, etwas höher als bei den Männern. Es gibt große Unterschiede nach Bundesland: Während beispielsweise in den Vorarlberger¹ und Tiroler Einrichtungen nur 13 bzw. 8 Prozent der ambulant längerfristig betreuten Klientel zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung ist, sind es in den steirischen, Salzburger, Kärntner und Wiener Einrichtungen über 30 Prozent (vgl. DOKLI 74 im Annex) – diese Verteilungen unterliegen über die Jahre aber recht großen Schwankungen.

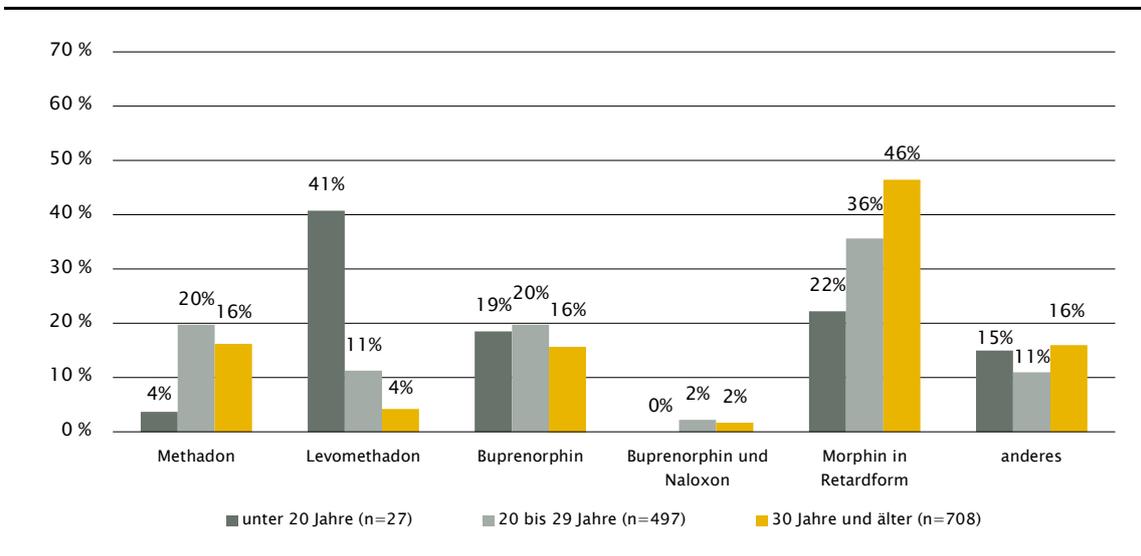
Als häufigstes Substitutionsmittel findet sich in allen Betreuungsformen Morphin in Retardform (Anteil zwischen 42 % und 70 %, im Vergleich dazu: Methadon-Anteil zwischen 17 % und 19 % – vgl. DOKLI 6 im Annex). Levomethadon spielt in erster Linie in der jüngsten Altersgruppe eine gewisse Rolle (vgl. Abbildung 5.4), einschränkend ist anzumerken, dass die Zahl der unter 20-Jährigen in Substitutionsbehandlung sehr gering ist (n=27).

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.

Abbildung 5.4:

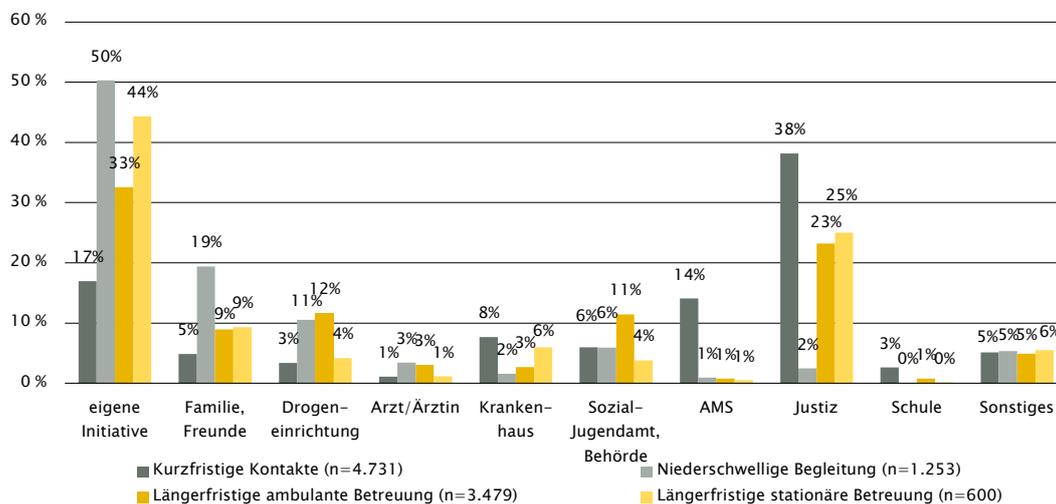
Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die im Jahr 2015 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben und zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach Alter



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2015

Der Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme mit der Drogenhilfeeinrichtung ist je nach Betreuungsform unterschiedlich: Zur stationären Behandlung und in eine niederschwellige Begleitung führte 44 bzw. 50 Prozent der Klientinnen und Klienten zentral die eigene Initiative (vgl. DOKLI 7 und DOKLI 8 im Annex). In andere Betreuungsformen führte die eigene Initiative mit einem Anteil zwischen 17 und 33 Prozent. Häufig stellt auch ein Justizzusammenhang den Hauptanstoß dar, außer zur Inanspruchnahme einer niederschweligen Begleitung. Hier 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 Betreuung in Anspruch nehmen als jene mit leichterem Problematik.

Abbildung 5.5:
Häufigste Hauptanlässe für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2015 mit einer Betreuung begonnen haben, nach Betreuungsart

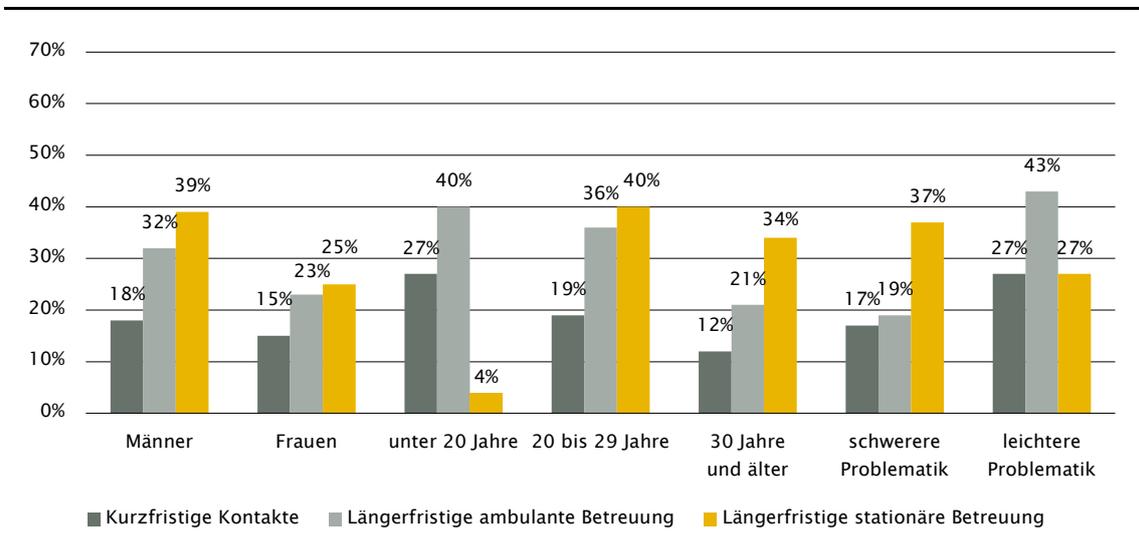


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2015

Für 17 Prozent (bei Kurzkontakten) bzw. 30 Prozent (in ambulanten Betreuungen) bzw. 36 Prozent (stationär) der Klientinnen und Klienten besteht eine Auflage oder Weisung bezüglich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (vgl. DOKLI 9 im Annex). 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 deutlich (vgl. DOKLI 10 im Annex). 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 im Annex) schlagend wird. Personen mit schwererer Drogenproblematik haben – vor allem in längerfristigen ambulanten Betreuungen – deutlich seltener eine Auflage oder Weisung bezüglich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme als jene mit leichterem Problematik (vgl. Abbildung 5.6). Dies erscheint auf den ersten Blick etwas überraschend, könnte aber damit erklärt werden, dass vor allem bei jungen Drogenkonsumierenden die Gesundheitsbehörden aus präventiven Überlegungen dazu tendieren, auch dann eine Auflage zu empfehlen, wenn die Drogenproblematik noch nicht massiv ausgeprägt 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 2015 mit einer drogenspezifischen Betreuung nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik und Art der Betreuung



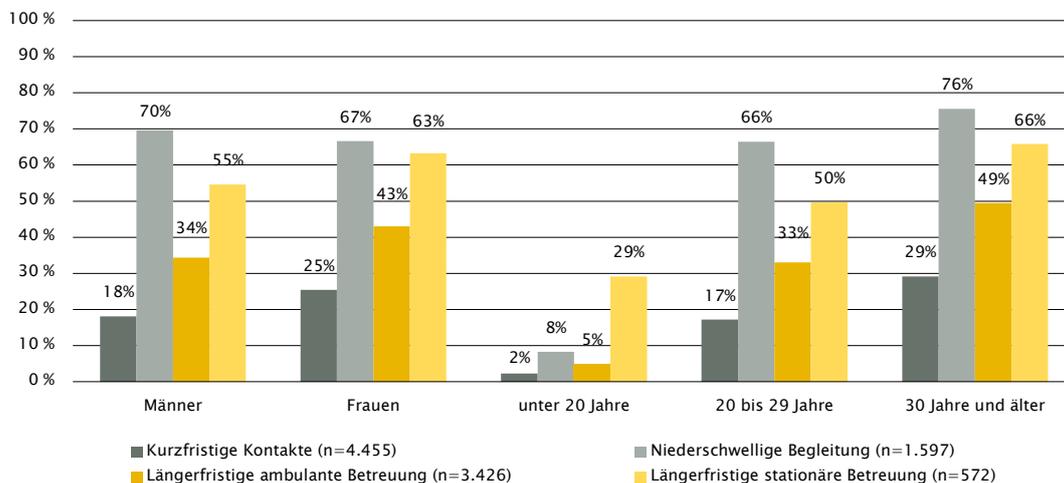
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2015

5.3 Drogenkonsum und Drogenproblematik

Der Anteil an Personen mit intravenösem Konsum (bezogen auf die Lebenszeit) erweist sich je nach Setting sehr unterschiedlich (bei kurzfristigen Kontakten: 29 %, in niederschwelliger Begleitung: 76 %, in ambulanter längerfristiger Betreuung: 36 %, in stationärer Betreuung: 57 % – vgl. DOKLI 24 im Annex). Generell nimmt der Anteil an Personen mit intravenösem Drogenkonsum (i.v. Konsum) mit dem Alter zu (vgl. DOKLI 25 im Annex). Insgesamt – mit Ausnahme des niederschweligen Settings – ist der Anteil an Personen, die bereits intravenös Drogen konsumiert haben, bei den Frauen höher als bei den Männern (vgl. DOKLI 24 im Annex und Abbildung 5.7). Detailanalysen zum intravenösen Drogenkonsum finden sich im Schwerpunktkapitel des DOKLI-Berichts zum Betreuungsjahrgang 2007.

Abbildung 5.7:

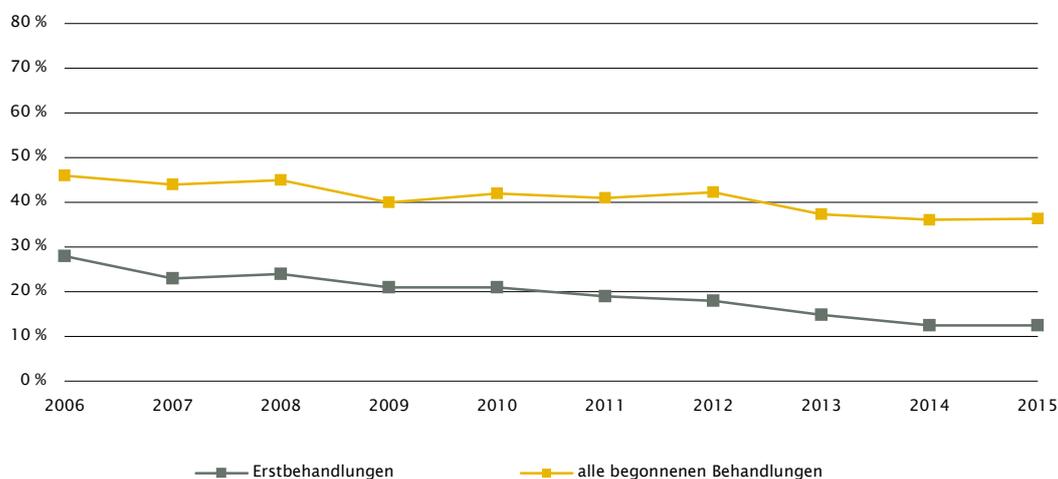
Personen, die 2015 mit einer drogenspezifischen Betreuung nach „jemals intravenös Drogen konsumiert“, Geschlecht, Alter und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2015

Abbildung 5.8:

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



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2006 bis 2015

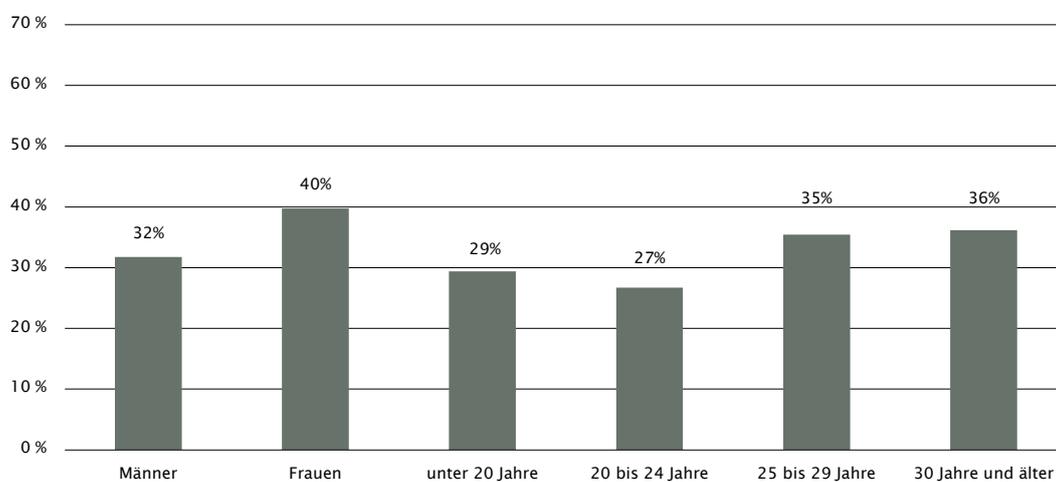
Der Anteil der Personen, die bereits einmal intravenös Drogen konsumiert haben, an den Klientinnen und Klienten, die mit einer ambulanten Betreuung beginnen, hat sich über die Jahre verringert. Diese Tendenz ist bei Personen in Erstbehandlungen etwas stärker ausgeprägt als bei allen

Personen, die im entsprechenden Jahr eine ambulante Betreuung in Anspruch nehmen (vgl. Abbildung 5.8).

Seit dem Jahr 2014 werden in DOKLI auch Daten zum „Needle Sharing“ (gemeinsames Benutzen von Spritzen) erhoben. Die Daten beziehen sich auf Österreich ohne Wien¹. Im ambulanten Bereich geben im Jahr 2015 34 Prozent der Personen mit intravenösem Drogenkonsum an bereits einmal eine gebrauchte Spritze verwendet zu haben, im stationären Bereich 32 Prozent. Allerdings liegt das „Needle Sharing“ bei den meisten Personen länger als ein Jahr zurück (ambulanter Bereich: 78 %; stationärer Bereich: 54 %).

Abbildung 5.9:

Jemals „Needle Sharing“ bei Personen, die Drogen bereits mindestens einmal intravenös konsumierten, nach Geschlecht und Alter (ambulante Betreuungen 2015)



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2015

Frauen geben „Needle Sharing“ etwas öfter an als Männer. Bezüglich Alter zeigt sich der erwartete Trend, dass die Häufigkeit von „Needle Sharing“ mit dem Alter zunimmt.

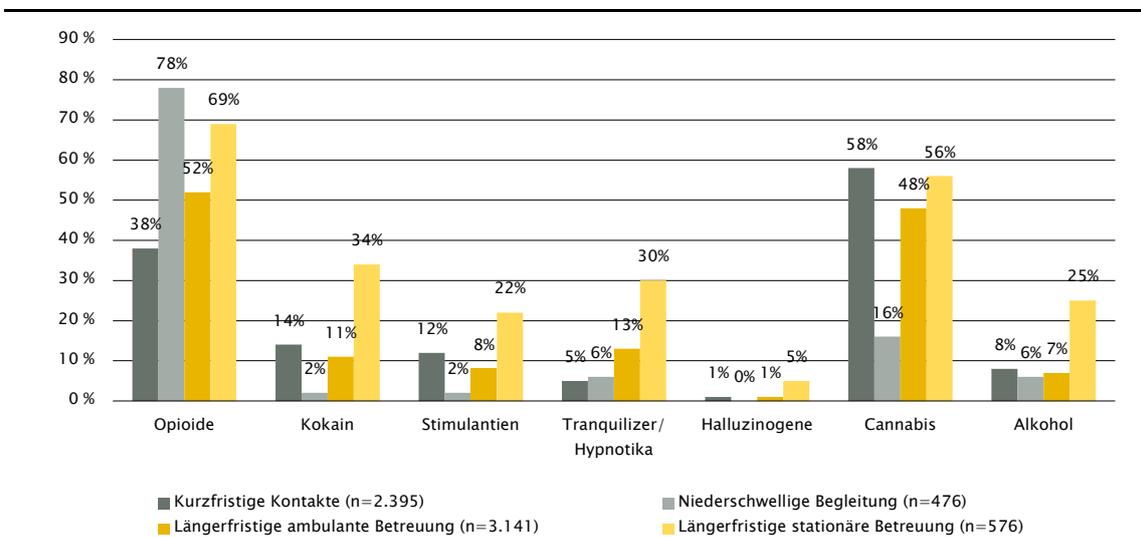
Der nun folgenden **substanzspezifischen Darstellung von Drogenkonsum und Drogenproblematik** müssen einige relevante Definitionen vorangestellt werden. Unter Leitdroge ist jene Droge zu verstehen, die der Klientin / dem Klienten aus deren/dessen subjektiver Sicht die meisten Probleme verursacht. Dabei bezieht sich die Problemdefinition – angelehnt an ICD-10 auf psychosoziale 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.

1

In der Wiener DOKU-Neu wird diese Variable nicht erhoben.

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

Abbildung 5.10:
Personen, die im Jahr 2015 mit einer drogenspezifischen Betreuung nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2015

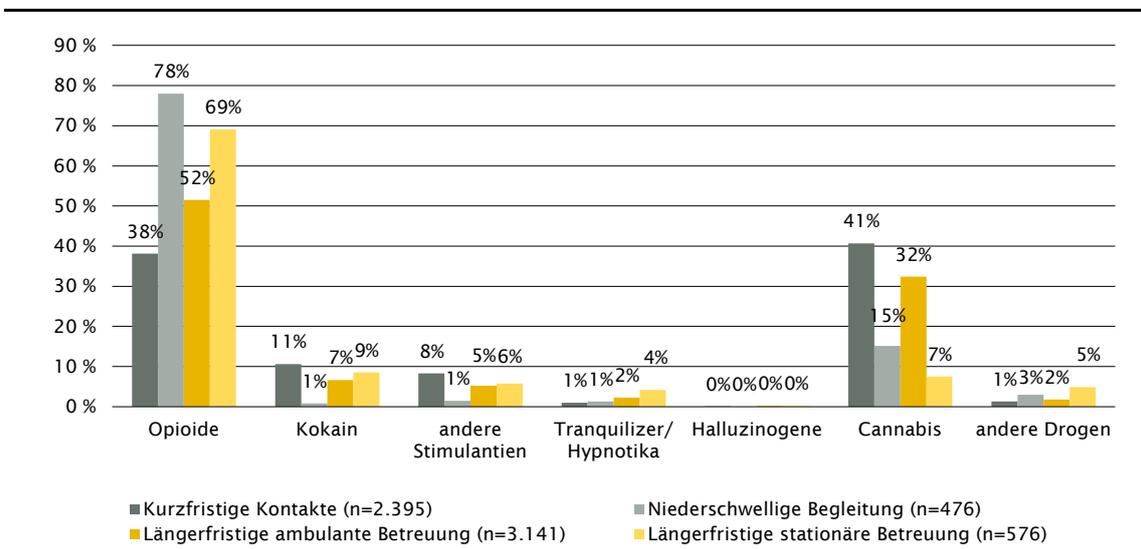
Opiode und Cannabis spielen in allen Betreuungssettings – mit Ausnahme des niederschweligen Bereichs, wo es ausschließlich Opiode sind – eine dominierende Rolle als Leitdroge (vgl. Abbildung 5.10 und DOKLI 28 im Annex). Zum hohen Prozentsatz von Cannabis als Leitdroge siehe Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013.

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 anhand einer „Leitdrogenhierarchie“ vorgegangen. Hat beispielsweise eine Person Opiode und Cannabis als Leitdroge angegeben, werden ihr als Leitdroge Opiode zugeordnet. Fol-

gende Hierarchie wurde herangezogen: Opioide > Kokain > Stimulantien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis (Details siehe Schwerpunktkapitel des DOKLI-Berichts Klientenjahrgang 2006. Diese Definition entspricht noch am ehesten der Vorgangsweise, nur eine Leitdroge zuzulassen (so wird mit der Möglichkeit nur eine Leitdroge anzugeben beispielsweise bei Problemkonsum von sowohl Opioiden als auch Cannabis in der Regel die Wahl auf Opioide fallen).

Abbildung 5.11 zeigt das Ergebnis der hierarchischen Leitdrogenzuordnung. Diese Darstellung verdeutlicht, dass fast alle anderen Leitdrogen außer Cannabis sehr oft in Kombination mit Opioiden angegeben werden und Cannabis in 32 Prozent der ambulanten Betreuungen und in 7 Prozent der stationären Betreuungen als alleinige Leitdroge genannt wird (zu Cannabis siehe auch Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013).

Abbildung 5.11:
Personen, 2015 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach hierarchischer Leitdrogendefinition (EMCDDA) und Art der Betreuung

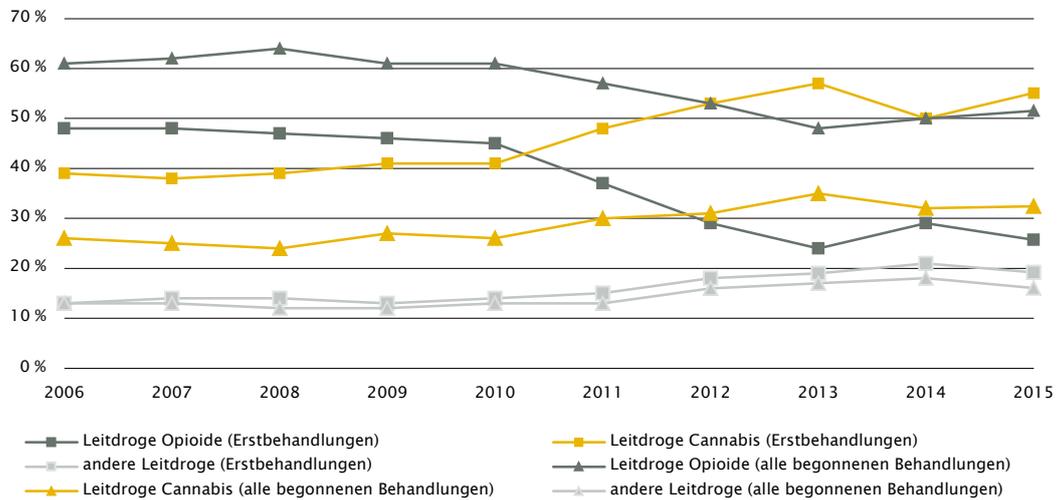


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2015

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

Abbildung 5.12:

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

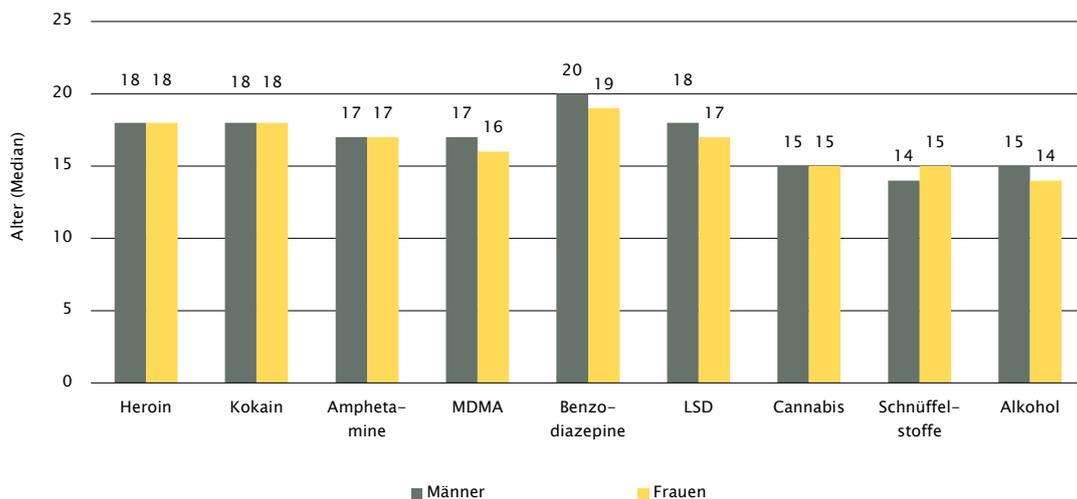


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertungen 2006 bis 2015

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

Abbildung 5.13:

Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2015 in Österreich mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2015

Der Altersmedian liegt beim Erstkonsum der meisten Drogen zwischen 17 und 20 Jahren. Nur Cannabis, Schnüffelstoffe und Alkohol werden beim Erstkonsum von noch Jüngeren probiert (vgl. Abbildung 5.13).

Personen in längerfristiger ambulanter Betreuung nannten am häufigsten Sniffen (46 %) als vorwiegende Einnahmeform von Heroin, gefolgt von intravenösem Konsum (33 %). Im stationären Setting erreichen die entsprechenden Werte 54 und 21 Prozent. Dieses interessante Ergebnis wurde im Rahmen des Schwerpunktkapitels des DOKLI-Berichts zum Klientenjahrgang 2007 vertiefend analysiert und auch publiziert (Busch und Eggerth 2010). Es wurden Hinweise gefunden, dass ein nicht unerheblicher Teil von Heroinkonsumierenden über die nasale Applikation in den Konsum ein- und erst nach einiger Zeit (wenn überhaupt) auf den intravenösen Drogenkonsum umsteigt. Möglichkeiten hinsichtlich präventiver Maßnahmen, die sich daraus ergeben, werden ebenfalls im DOKLI-Bericht des Betreuungsjahrgangs 2007 ausführlich dargestellt.

Die inhaltliche Detailanalyse der offenen Textangaben zu nicht standardmäßig in DOKLI erfassten Drogen zeigt, dass Methamphetamin, „andere Naturdrogen“ und Mephedron am häufigsten als Leitdrogen genannt werden, 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 9.978 ambulant oder stationäre betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen, 2015

Substanz	Leitdroge	Begleitdroge	Summe
Methamphetamin	104	128	232
Mephedron	26	127	153
Andere synthetische Cathinone	14	11	25
Räuchermischungen	2	8	10
Pilze	10	249	259
andere Naturdrogen	41	221	262
GHB	6	9	15
Ketamin	7	49	56

Anmerkung: Es handelt sich um Mehrfachnennungen

Quelle: DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2015; Darstellung: GÖG/ÖBIG

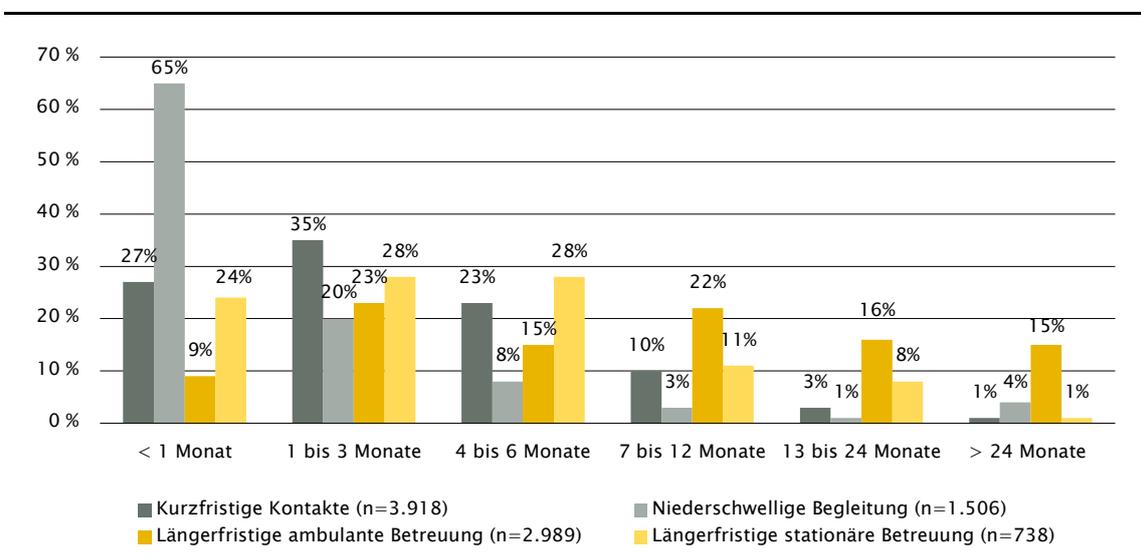
5.4 Situation zu Betreuungsende

Im Jahr 2015 beendeten 3.942 (63 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine kurzfristige Betreuung, 1.504 (56 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine niederschwellige, 3.000 (34 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine längerfristige ambulante und 739 (62 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine stationäre Betreuung.

Der Großteil (62 %) der beendeten kurzfristigen Betreuungen erstreckt sich lediglich über drei Monate, was aber in der Definition dieses Settings begründet ist. Auch der Großteil der erfassten

Betreuungen im stationären Setting dauert maximal drei Monate (52 %). Dies dürfte auch die Realität in der stationären Drogenhilfe mit einer großen Anzahl an Betreuungsabbrüchen (55 %) widerspiegeln. Im längerfristigen ambulanten Bereich läuft für 37 Prozent der Klientel die Betreuung über vier bis zwölf Monate und für weitere 31 Prozent länger als ein Jahr. Im niederschweligen Bereich dauern 84 Prozent der Betreuungen nicht länger als drei Monate (vgl. DOKLI 60 im Annex und Abbildung 5.14). Bei Interpretation dieser Ergebnisse ist jedenfalls zu beachten, dass kurze Betreuungsdauern teilweise auch methodisch verursacht werden: Im DOKLI-System müssen Betreuungssequenzen von Klientinnen und Klienten, die ohne entsprechende Abmachung länger als sechs Monate nicht in der Einrichtung erscheinen, abgeschlossen werden. Im Wiener *DOKU neu*-System gilt diesbezüglich eine Frist von drei Monaten. Betreuungsdauer-Daten sollten daher mit Vorsicht betrachtet werden.

Abbildung 5.14:
Dauer der Betreuung von Personen, die im Jahr 2015 ihre Betreuung beendeten, nach Setting

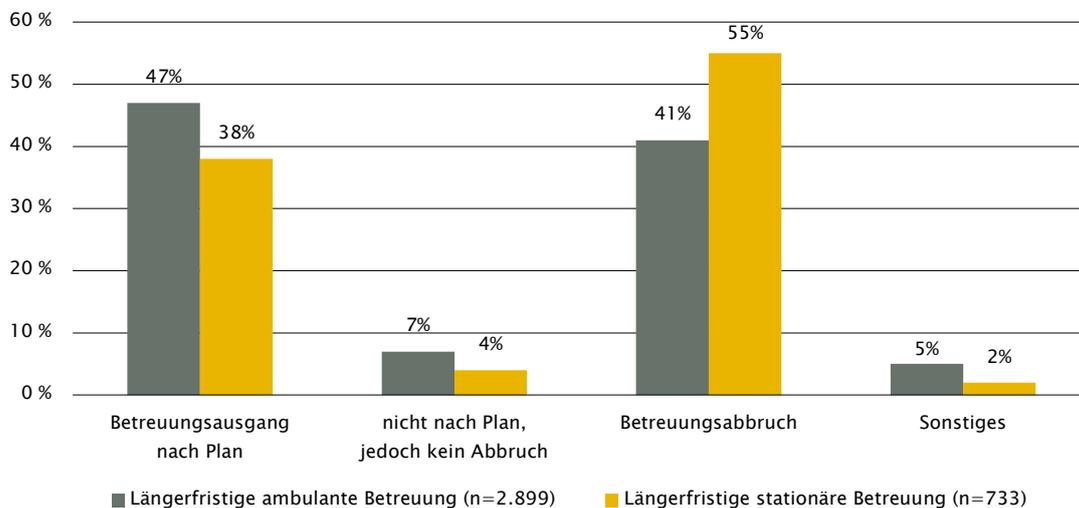


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2015

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

Abbildung 5.15:

Betreuungsausgang bei Personen, die im Jahr 2015 eine Betreuung nach Betreuungsart



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2015

47 Prozent der ambulanten und 38 Prozent der stationären Betreuungen enden nach Plan (vgl. DOKLI 63 im Annex und Abbildung 5.15). Im stationären Bereich werden 55 Prozent der Behandlungen abgebrochen, im ambulanten Bereich beläuft sich der Abbruchanteil auf 41 Prozent (vgl. DOKLI 63 im Annex).

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 56 Prozent der Betreuungen das Land die Kosten, 30 Prozent der abgeschlossenen Betreuungen weisen keinen fallbezogenen Kostenträger aus (vgl. DOKLI 61 im Annex), womit weitgehend der zum Betreuungsbeginn geplante Kostenträger erhalten bleibt (vgl. DOKLI 13 im Annex). Die Daten sind allerdings aufgrund der unterschiedlichen Grundgesamtheiten nicht direkt vergleichbar. Im stationären Bereich haben das Land, die Justiz und die Sozialversicherung (55 % bzw. 35 % und 17 % 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* (NPS) im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetzes (NPSG, BGBl. I Nr. 146/2011). 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 (EMCDDA) 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 und Frauen (BMGF) 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 BMGF bei der Statistik Österreich die Totenbeschauscheine eingeholt.
- » Zusätzlich zu den polizeilichen Meldungen wird auch eine extra angeforderte Liste der Statistik Austria über die in der allgemeinen Todesursachenstatistik als Drogentodesfall vermerkten Fälle für die Statistik herangezogen.

Die Daten der Statistik und Analyse basieren auf den dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen übermittelten polizeilichen Meldungen (über mutmaßliche drogenbezogene Todesfälle), Obduktionsergebnissen und Totenbeschauscheinen. Für das Jahr 2015 wurden insgesamt Daten von 364 Personen (polizeiliche Meldungen, Obduktionsergebnisse oder Totenbeschauscheine) gesichtet. In die Statistik und Analyse der direkt 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.

Drei Personen, die 2015 an einer Suchtmittelintoxikation verstarben, hatten eine ausländische Staatsbürgerschaft und waren nicht in Österreich gemeldet. Bei einer Person war die Identifikation und somit Staatszuordnung nicht möglich. Diese Fälle gehen daher – wie in den Vorjahren – nicht in die Statistik ein, da sie keine Rückschlüsse auf die aktuelle Drogensituation in Österreich erlauben. In zwei weiteren Verdachtsfällen handelte es sich um Fautleichen, bei denen die Feststellung der Todesursache nicht möglich war.

6.2 Drogenbezogene Todesfälle 2015

Insgesamt wurden für das Jahr 2015 auf Basis von Obduktionsbefunden 126 tödliche Überdosierungen verifiziert. Weitere 27 – allerdings nicht obduzierte – Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (Todesursache „Suchtgiftintoxikation“ auf dem Totenbeschauschein nach bloß äußerer Befundung der Leiche)¹. In Summe wird daher für das Jahr 2015 von 153 auf eine Überdosierung zurückzuführenden Todesfällen (=direkt drogenbezogene Todesfälle) ausgegangen.

Drogenbezogene Todesfälle betreffen vorrangig **Männer** (75 Prozent der Verstorbenen) und sind im Schnitt (gruppiertes Median) 32,9 Jahre alt. Die meisten drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner/innen finden sich in **Wien**².

Um einen sinnvollen Vergleich der Bundesländerzahlen und der Zeitverläufe zu ermöglichen, wurde die Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle auf die altersmäßig relevante Einwohnerzahl im entsprechenden Bundesland bezogen. Nach Empfehlungen der EMCCDA wurde als relevante Altersgruppe die Gruppe der 15– bis 64-Jährigen ausgewählt. Für das Jahr 2015 ergibt sich eine Rate von 2,6 Todesfällen pro 100.000 Einwohner/innen zwischen 15 und 64 Jahren für Gesamtösterreich.

Bei 90 der insgesamt 123 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 Ob-

1

In diesen Fällen wurde keine Obduktion zur Klärung der Todesursache angeordnet, sondern aufgrund von Indizien und Umständen am Auffindungsort der Leiche von einer tödlichen Überdosierung ohne Fremdverschulden ausgegangen. Diese Fälle sind im medizinischen Sinne nicht als drogenbezogene Todesfälle verifiziert (z. B. keine Analyse auf Suchtgift im Blut). Diese Fälle werden (dem europäischen Standard entsprechend) den drogenbezogenen Todesfällen hinzugezählt. Damit sind auch längerfristige Trendaussagen möglich (bis 2008 wurden praktisch alle Verstorbenen mit Verdacht auf drogenbezogene Überdosierung obduziert).

2

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

duktionsbefund und entsprechende toxikologische Analyse). In 33 der 123 Fälle 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). Bei 22 der 123 Personen lag ein schwer reduzierter gesundheitlicher Zustand (z. B. Kachexie) vor. In neun Fällen aller direkt drogenbezogenen Todesfälle handelt es sich nachweislich um Suizide, d. h., es wurde z. B. ein Abschiedsbrief hinterlassen.

25,5 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle betrafen Frauen. Dieser Anteil liegt etwas über dem Durchschnitt der letzten Jahre.

6.3 Trend

Abbildung 6.1 veranschaulicht die für drei Jahreswerte geglätteten Raten von 1991 bis 2015 und die obere und untere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls¹.

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 gibt es einen Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle, der danach auf gleichbleibend hohem Niveau verharrt. Zwischen 2010 und 2014 gibt es einen stärkeren Rückgang auf 2,1 direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner/innen im Jahr 2014. Im Jahr 2015 ist ein neuerlicher Anstieg auf 2,6 Fälle pro 100.000 Einwohner/innen zu verzeichnen. Ob dies eine Trendwende darstellt oder es sich um einen Ausreißer handelt, wird sich in den Folgejahren zeigen.

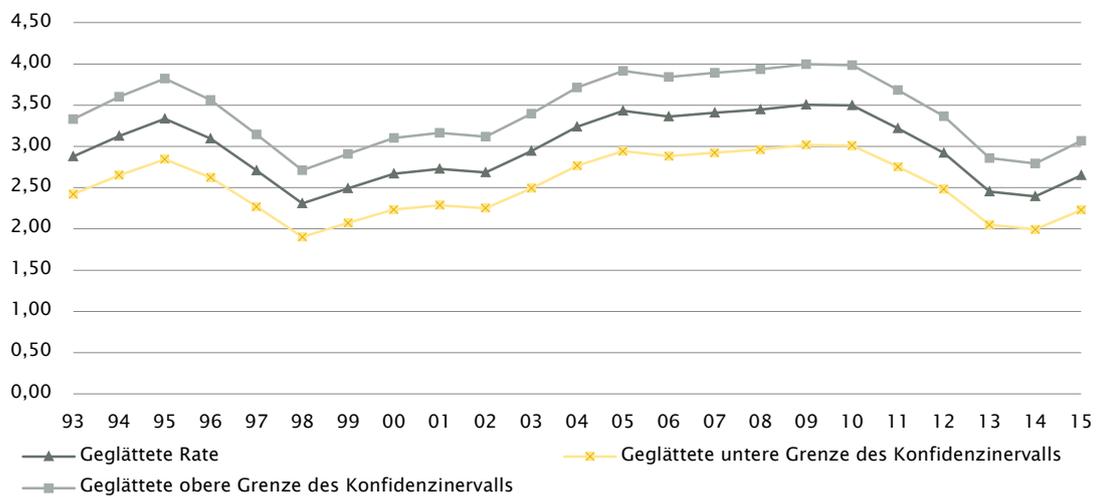
Betrachtet man die Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner/innen für die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen für Gesamtösterreich, Wien und Österreich ohne Wien (vgl. Abbildung 6.2) zeigen sich in der Bundeshauptstadt ähnliche Trendverläufe wie für Gesamtösterreich. Man sieht jedoch eindeutig, dass der Anstieg am Anfang der 1990er Jahre in Wien wesentlich stärker ausgeprägt war als in den übrigen Bundesländern.

1

Die geglätteten Raten stellen den Mittelwert von drei Jahren dar, um Zufallsschwankungen auszugleichen, d. h. 3,2 direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner/innen für 2011 ist der Mittelwert aus den Jahren 2010, 2011 und 2012. Für 2015 wird der nicht geglättete Wert dargestellt.

Abbildung 6.1:

95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 Österreicher/innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2015, geglätteter 3-Jahres-Wert

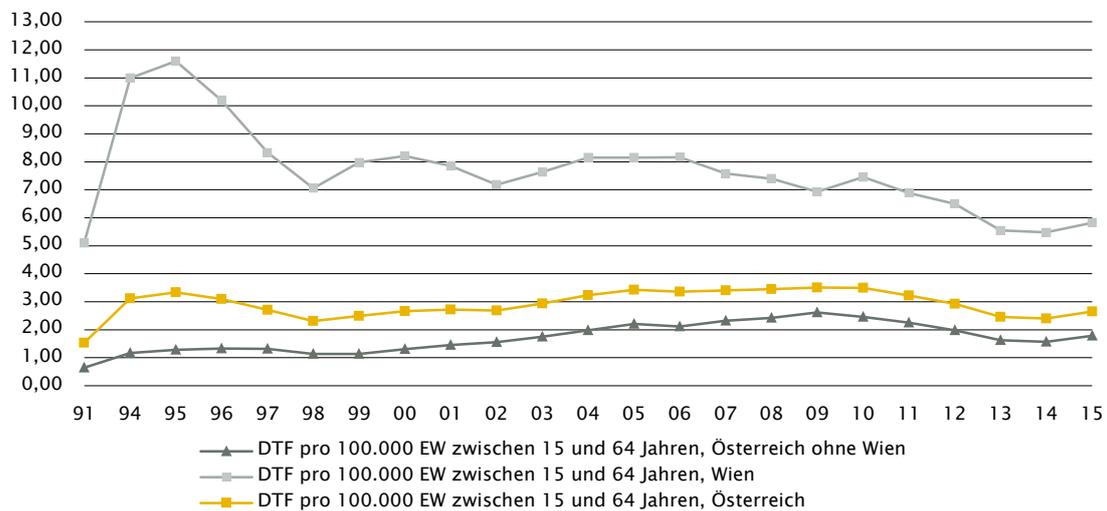


2015-Wert nicht geglättet

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

Abbildung 6.2:

Drogenbezogene Todesfälle (DTF) pro 100.000 Österreicher/innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1994–2015, geglätteter 3-Jahres-Wert nach Region¹



2015-Werte nicht geglättet

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

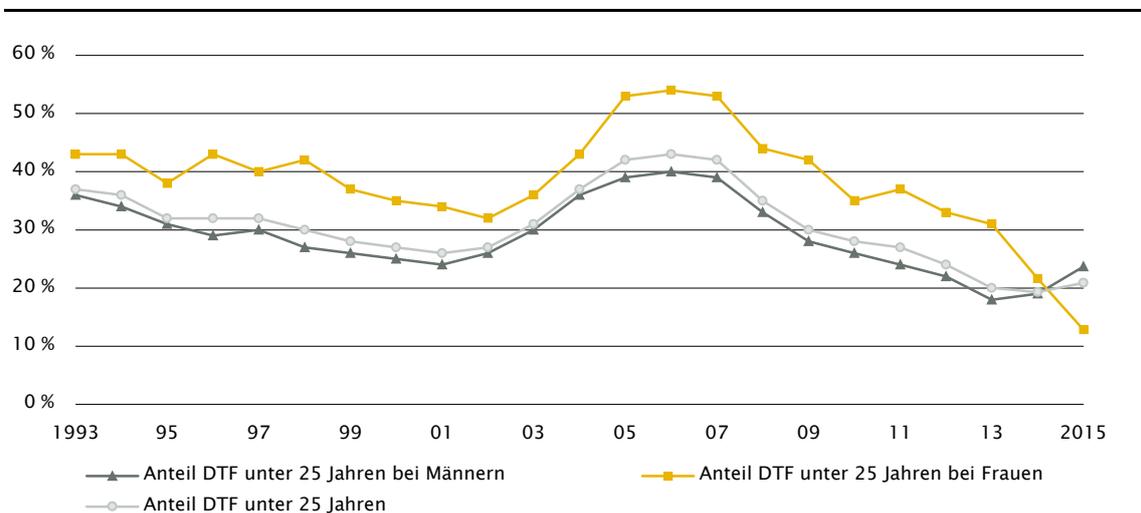
Der Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle in den 1990er Jahren (Abbildung 6.1) wurde von einem steigenden Anteil drogenbezogener Todesfälle, die Personen unter 25 Jahre betreffen (Abbildung 6.3), begleitet. Dies wiederholte sich auch zu Beginn der 2000er Jahre. Seit einem Höchstwert Mitte der 2000er Jahre ist der Anteil drogenbezogener Todesfälle, die junge Menschen betreffen, bis 2013 wieder stark gesunken. Mit 2015 ist der Anteil an dieser Altersgruppe insgesamt wieder etwas gestiegen. Dies trifft allerdings nicht für die Frauen zu, deren Anteil an unter 25-jährigen 2015 weiter stark gesunken ist (vgl. Abbildung 6.3).

¹

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

Abbildung 6.3:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DTF), geglätteter 3-Jahres-Wert nach Geschlecht in den Jahren 1993–2015



2015-Werte 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 2015 erfassten Todesopfer beträgt 33 Jahre (2014: 36; 2013: 32). Der gruppierte Median¹ liegt bei 32,9 Jahren (2014: 34,8; 2013: 32,0).

Bei den Frauen ist der Anteil der unter 25-Jährigen (13 %) im Vergleich zum letzten Jahr deutlich niedriger – auch im Vergleich zu den Männern (24 %).

6.5 Substanzen

In die nun folgende Analyse nach beteiligten Substanzen werden nur jene 123 Fälle aufgenommen, in denen auf Basis einer aussagekräftigen toxikologischen Analyse eine genau spezifizierte Substanzzuweisung möglich war.

In elf Prozent der 123 drogenbezogenen Todesfälle mit aussagekräftiger Toxikologie im Jahre 2015 wurden ausschließlich illegale Drogen festgestellt (eine Droge allein oder mehrere Drogen

¹

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

in Kombination). Zusätzlich nachgewiesen wurden in 53 Prozent der Fälle auch Psychopharmaka, in sieben Prozent der Fälle auch Alkohol und in 29 Prozent beides – Alkohol und Psychopharmaka.

Reine Opioid-Intoxikationen (d. h. keine weiteren legalen oder illegalen Substanzen) waren in sechs Fällen zu verzeichnen, davon drei ausschließlich mit Morphin. Der Anteil der reinen Opioid-Intoxikationen an den direkt drogenbezogenen Todesfällen beträgt somit fünf Prozent (2014: 10 %; 2013: 8 %). Die reinen Opioid-Intoxikationen stellen einen sehr kleinen Teil der drogenbezogenen Todesfälle dar.

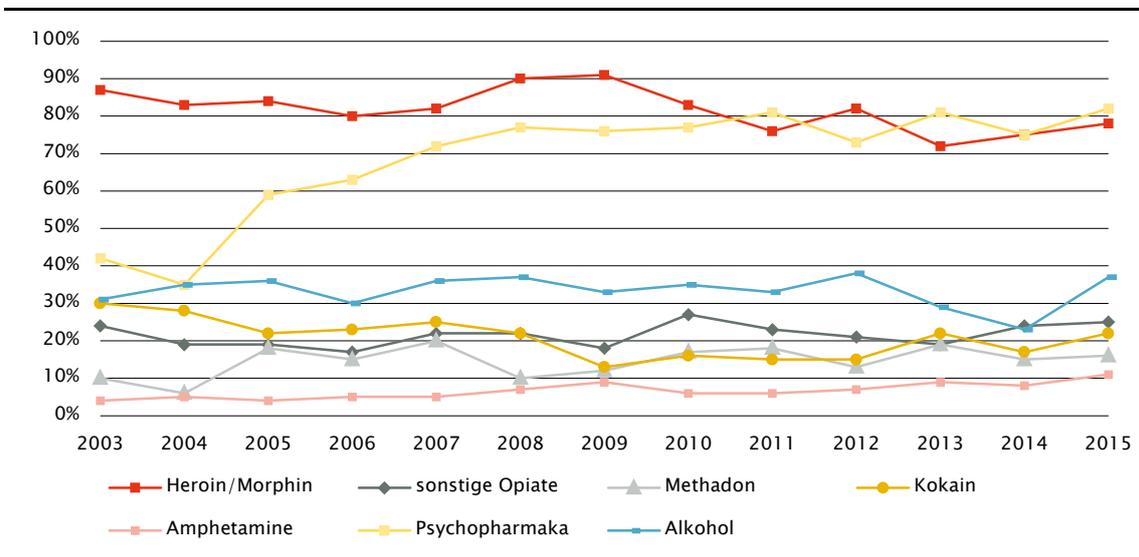
Im Jahr 2015 spielten in insgesamt 92 Prozent der Fälle Opiode eine Rolle (Beteiligung von Opioiden an den Intoxikationen mit bekannter toxikologischer Analyse: 2014: 93 %; 2013: 95 %). 107 der 123 spezifizierten toxikologischen Analysen (87 %) zeigten **Mischintoxikationen mit Opioiden** (2014: 83 %; 2013: 87 %), d. h., es wurde(n) ein Suchtgift / mehrere Suchtgifte (inkl. Opioiden) in Verbindung mit Alkohol und/oder Psychopharmaka festgestellt.

Bei 14 Personen wurden Amphetamine (inkl. Ecstasy) nachgewiesen. Bei acht dieser Fälle in Kombination mit Opiaten und teilweise anderen Suchtmitteln. In einem dieser Fälle wurde als einziges Suchtmittel PMMA nachgewiesen. Auf sehr niedrigem Niveau zeigt sich ein Anstieg der Beteiligung von MDMA. Drei Personen verstarben 2015 an einer reinen Ecstasy-Intoxikation und eine Person an einer Ecstasy-Intoxikation in Kombination mit psychoaktiven Arzneimitteln. Bei einer weiteren Person wurde MDMA in letaler Konzentration nachgewiesen, allerdings handelt es sich um eine Mischintoxikation mit Morphin, Kokain und psychoaktiven Arzneimitteln. Insgesamt spielte Ecstasy bei sieben Todesfällen eine Rolle und war in fünf Fällen toxisch bis letal. Diese Fälle dürften in Zusammenhang mit verstärkt im Umlauf befindlichen Ecstasy-Tabletten mit sehr hoher Dosierung stehen. (2014: 2x Monointoxikation, 1x Mischintoxikation, 2013: 4x Mischintoxikation, 2012: 1x Monointoxikation, 4x Mischintoxikation), 2011: 4x Mischintoxikation). In zwei Fällen wurde neben anderen Suchtgiften auch Methamphetamin gefunden (2012: 2 Fälle, 2013: 1 Fall, 2014: 4 Fälle), bei einem weiteren Fall war Methamphetamin das einzige illegale Suchtmittel (in Kombination mit Alkohol).

Im Jahr 2015 waren bei keiner Person, die an einer Überdosierung starb, eine *neue psychoaktive Substanz* (NPS) beteiligt. NPS wurde nur in einem Verdachtsfall nachgewiesen, wobei es sich hierbei um eine Faulleiche handelt, bei der die Todesursache nicht feststellbar war (diese wurde daher nicht in die Statistik einbezogen). NPS spielen im Rahmen tödlich verlaufender Intoxikationen daher nach wie vor kaum eine Rolle.

6.6 Trend bei nachgewiesenen Substanzen

Abbildung 6.4:
Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2015



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

Heroin und Morphin sind auch im Jahr 2015 die am häufigsten festgestellten illegalen Substanzen (96 Fälle). 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 von Heroinkonsum festgestellt. Die Testung nach diesem Abbaustoff erfolgt in Österreich nicht einheitlich bzw. unterscheidet sich zwischen gerichtsmedizinischen und sanitätspolizeilichen Leichenöffnungen (laut Auskunft einzelner gerichtsmedizinischer Institute ist eine Testung auf 6-MAM Standard, auch wenn deren Ergebnis in den Gutachten nicht immer explizit angegeben wird). In der Statistik können also nur jene Fälle als Heroinintoxikation ausgewiesen werden, bei denen die Testung nach dem heroinspezifischen Marker durch und im Gutachten angeführt wurde. Mit 17 Verstorbenen handelt es sich daher um eine Mindestzahl der Verstorbenen mit Beteiligung von Heroin (reine Heroinintoxikation: 2 Fälle). Alle anderen Fälle werden der Kategorie Morphin zugeordnet, wobei von den 79 Fällen mit Beteiligung von Morphin lediglich drei auf den alleinigen Konsum von Morphin (ohne weitere Suchtgifte, Alkohol oder Psychopharmaka) zurückzuführen sind.

Der Anteil der Fälle, in denen auch Psychopharmaka gefunden wurden, hat sich von 47 Prozent 2002 auf 82 Prozent im Jahr 2015 erhöht (Abbildung 6.4 – siehe auch Kapitel 4).

Kokain wurde in 22 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt (2014: 17 %; 2013: 22 %). (Abbildung 6.4). Methadon wurde in 16 Prozent der Fälle nachgewiesen (2014: 15 %) und sonstige Opioide (wie z. B. Codein, Buprenorphin) in 25 Prozent (2014: 24 %).

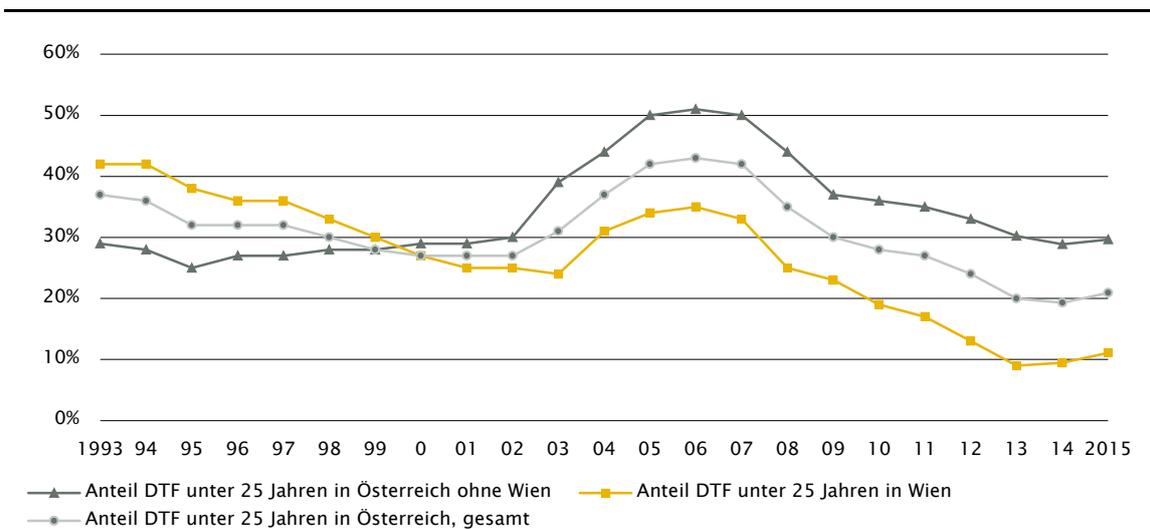
Alkohol wurde bei insgesamt 27 Prozent (2014: 23 %) der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt. Bei sieben Prozent der Verstorbenen wurde ein hoher Promillewert (über 1,5 Promille) im Blut gefunden (2014: 9 %).

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 (5,8 pro 100.000 Einwohner/innen zwischen 15 und 64 Jahren; vgl. Abbildung 6.2). Der hohe Anteil in Wien ist in Relation zur Anzahl an Problemkonsumenten/-konsumentinnen in Wien als einziger Großstadt Österreichs zu sehen¹.

Abbildung 6.5:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DTF), geglätteter 3-Jahres-Wert für Wien, Österreich ohne Wien, Österreich, 1993–2015



2015-Werte nicht geglättet

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

1

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

Abbildung 6.5 zeigt die Entwicklung des Anteils der unter 25-Jährigen an den direkt drogenbezogenen Todesfällen für Wien, Österreich ohne Bundeshauptstadt und Gesamtösterreich. Während zu Beginn der 1990er Jahre Wien einen überdurchschnittlich hohen Anteil junger Personen bei den drogenbezogenen Todesfällen aufwies, ist dieser Anteil seit Beginn der Jahrtausendwende in den restlichen Bundesländern wesentlich höher und lag Mitte der 2000er Jahre bei 50 Prozent (im Vergleich zu unter 30 Prozent zu Beginn der 2000er Jahre). Seitdem zeigt sich bis 2014 insgesamt ein rückläufiger Trend. 2015 sind die Anteile wieder geringfügig gestiegen. Ob es sich dabei um einen neuen Trend oder Ausreißer handelt, werden die nächsten Jahre zeigen.

6.8 Auffindungsort

Der Auffindungsort Verstorbener liefert wichtige Informationen zum örtlichen 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 setzt sich auch im Jahr 2015 fort (69 %). In Hotels, Jugendherbergen oder Notunterkünften wie Männerheimen verstarb ein Prozent. In zehn Prozent der Fälle war keine Kategorisierung möglich, weil der Auffindungsort nicht eruiert werden konnte. In vier Prozent der Fälle verstarben die Personen an öffentlichen Orten wie U-Bahn oder Toiletten und in zwei Prozent in Haftanstalten. 14 Prozent verstarben in Krankenhäusern. Da der weitaus größte Teil der tödlichen Überdosierungen in privaten Räumlichkeiten geschieht, ist anzunehmen, dass ein Großteil des risikoreichen Drogenkonsums im (scheinbar) geschützten privaten Rahmen stattfindet. Dieser Umstand kann aber das Ausbleiben rascher Hilfe bei Intoxikationen bedeuten und damit das Risiko einer tödlich verlaufenden Überdosierung erhöhen¹.

1

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

7 Tabak

98,5 Prozent der täglich Rauchenden konsumieren Zigaretten. Die restlichen 1,5 Prozent rauchen zumeist Zigarren, Pfeifentabak oder andere Produkte wie z. B. Shisha (Klimont/Baldaszi 2015). Lediglich 0,5 Prozent der Altersgruppe ab 15 Jahre konsumieren rauchfreie Tabakprodukte täglich oder fast täglich. Ein weiteres Prozent greift gelegentlich (30-Tage-Prävalenz) zu rauchfreien Tabakprodukten (Strizek/Uhl 2016). Elektronische Rauchwaren werden von einem Prozent der Altersgruppe ab 15 Jahre täglich oder fast täglich konsumiert (Strizek/Uhl 2016). Die nachfolgenden Kapitel decken somit den weitaus größten Teil des Tabakkonsums in Österreich ab.

7.1 Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen

Die nachfolgenden Ergebnisse zum Tabakkonsum von Kindern und Jugendlichen beziehen sich in der HBSC-Studie¹ auf das Rauchen von Tabak und im ESPAD² auf das Rauchen von Zigaretten. Die Ergebnisse zum Tabakkonsum in der Bevölkerung 15+ beziehen sich auf das Rauchen von Tabak. Da es kaum Daten zum Konsum von E-Zigaretten gibt, können diese nur bedingt berücksichtigt werden.

Laut den beiden Schülerbefragungen HBSC und ESPAD rauchen aktuell 10 (HBSC 2014) bzw. 16 Prozent (ESPAD 2015) der 15-Jährigen täglich. Etwas weniger als die Hälfte der 15-jährigen Schüler/innen gibt an bereits erste Erfahrungen mit dem Rauchen von Tabak gemacht zu haben (HBSC 2014: 43 %, ESPAD 2015: 49 % (Ramelow et al. 2015; Strizek et al. 2016)).

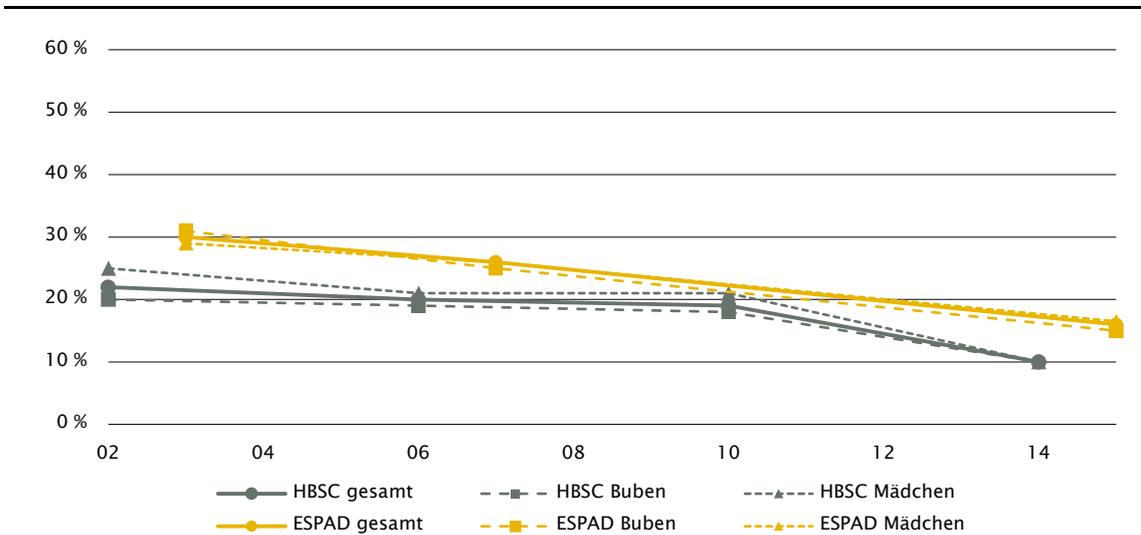
In beiden Erhebungsreihen zeigt sich ein eindeutiger Rückgang in der Rauchprävalenz von Kindern und Jugendlichen in Österreich (vgl. Abbildung 7.1). Im Europäischen Vergleich liegt Österreich nach diesem Rückgang aktuell gleichauf mit Deutschland und leicht über dem europäischen Durchschnitt (vgl. Abbildung 7.2) (WHO 2016).

Schüler/innen aus Berufsschulen und Polytechnischen Schulen berichten häufiger von Tabakkonsum als Schüler/innen anderer Schulformen. Ebenfalls häufiger rauchen Schüler/innen aus kleinen Gemeinden (< 5.000 EW). Keine Unterschiede zwischen 15-jährigen Burschen und Mädchen zeigen sich beim Anteil der täglich Rauchenden (vgl. Abbildung 7.1) (Ramelow et al. 2015; Strizek et al. 2016).

1
Health Behaviour in School-aged Children Study

2
European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

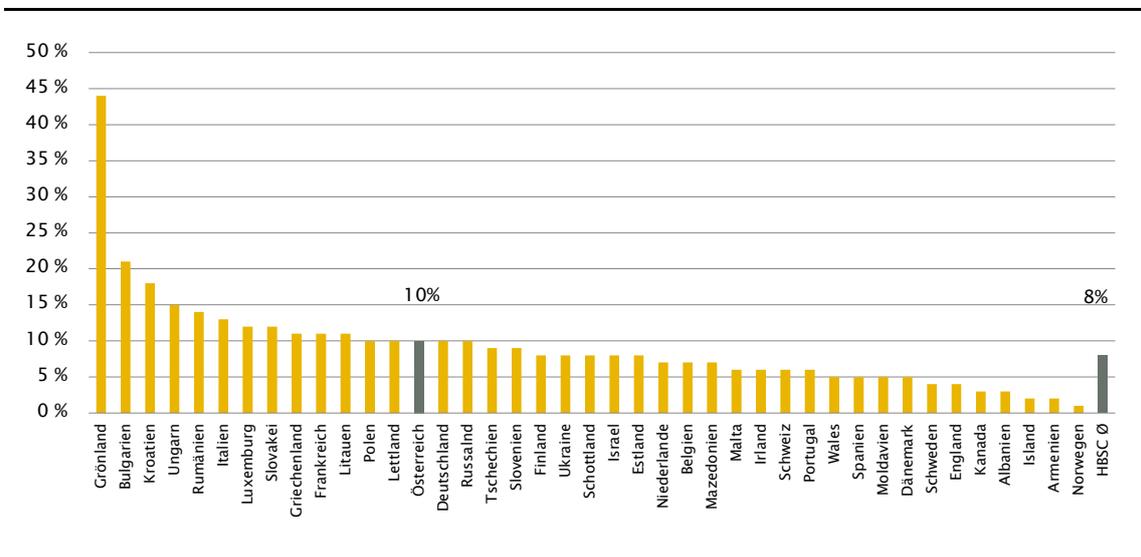
Abbildung 7.1:
Anteil der täglich Rauchenden an den 15-Jährigen, 2002–2015



Anmerkung: Mit einem Symbol versehene Jahre stellen tatsächliche Erhebungszeitpunkte dar.

Quellen: Dür/Griebler (2007); Ramelow et al. (2011); Ramelow et al. (2015); Strizek et al. (2008); Strizek et al. (2016); Uhl, Alfred et al. (2005); ESPAD 2015; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 7.2:
Anteil der täglich Rauchenden an den 15-Jährigen im Europäischen Vergleich 2014, HBSC



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

Schlussfolgerung: Die Rauchprävalenz bei Kindern und Jugendlichen halbierte sich seit dem Jahr 2002. Der Anteil an täglich Rauchenden von etwa einem Zehntel bei 15-Jährigen in Österreich entspricht jenem in Deutschland und liegt geringfügig über dem europäischen Schnitt.

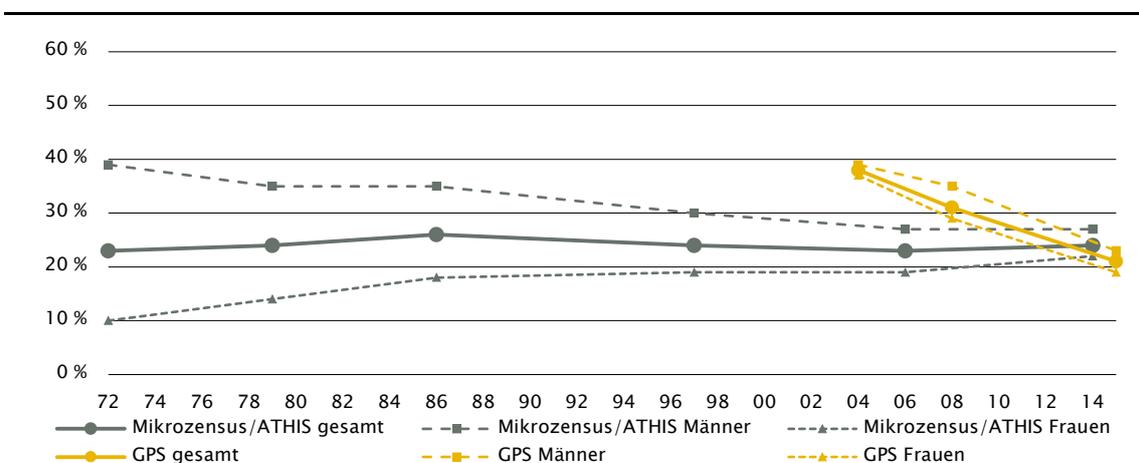
7.2 Tabakkonsum in der Bevölkerung 15+

Laut den beiden aktuellsten Befragungen zum Rauchverhalten in der Bevölkerung rauchen 21 (GPS¹ 2015) bzw. 24 Prozent (ATHIS² 2014) der Altersgruppe 15+ täglich (Klimont/Baldaszi 2015; Strizek/Uhl 2016).

Betrachtet man die Ergebnisse der Erhebungsreihe GPS (2004, 2008 und 2014), so zeigt das aktuelle Ergebnis einen eindeutigen Rückgang im Tabakkonsum. Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragungen der Statistik Austria (ATHIS 2006/07 und 2014) dokumentieren gleichbleibende Werte über diese Zeitspanne (vgl. Abbildung 7.3).

Das Rauchverhalten von Männern und Frauen gleicht sich im Verlauf der Jahrzehnte an. Frauen rauchen allerdings nach wie vor etwas seltener und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Männer (vgl. Abbildung 7.3). Bei den sich auf das Geschlecht bezogenen angleichenden Rauchquoten in der Gesamtbevölkerung sind Kohorteneffekte zu beobachten. D. h., dass auf Generationen mit großen Unterschieden im Rauchverhalten nach Geschlecht, zumindest seit Beginn des 20. Jahrhunderts Generationen mit immer geringeren Unterschieden folgen (Mikrozensus 1979, 1986, 1997, ATHIS 2006/07).

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



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

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

1

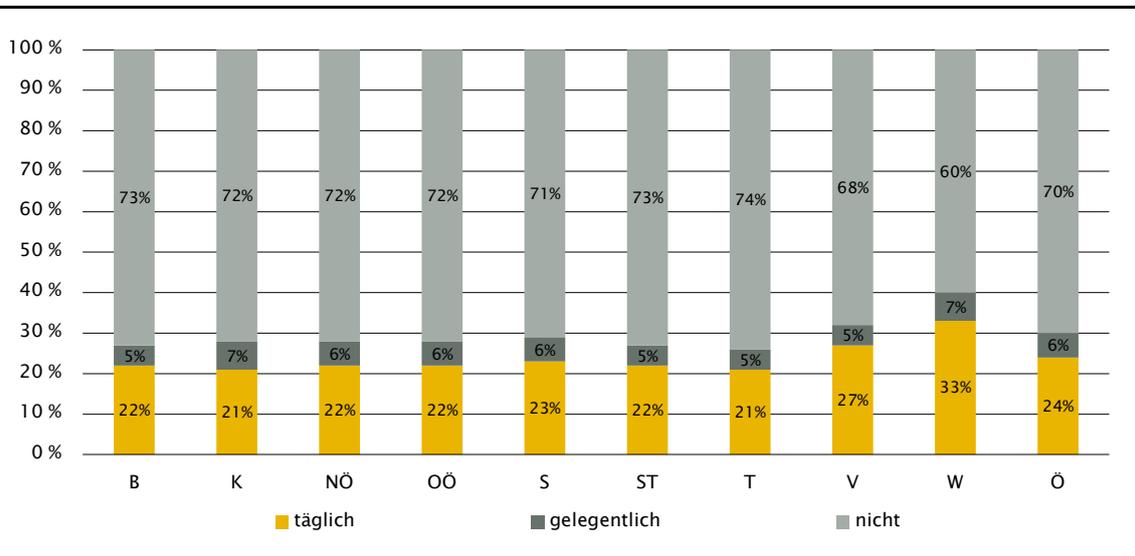
Mit GPS wird eine Reihe von Bevölkerungsbefragungen zum Substanzkonsum abgekürzt.

2

Austrian Health Information Survey, Österreichische Gesundheitsbefragung

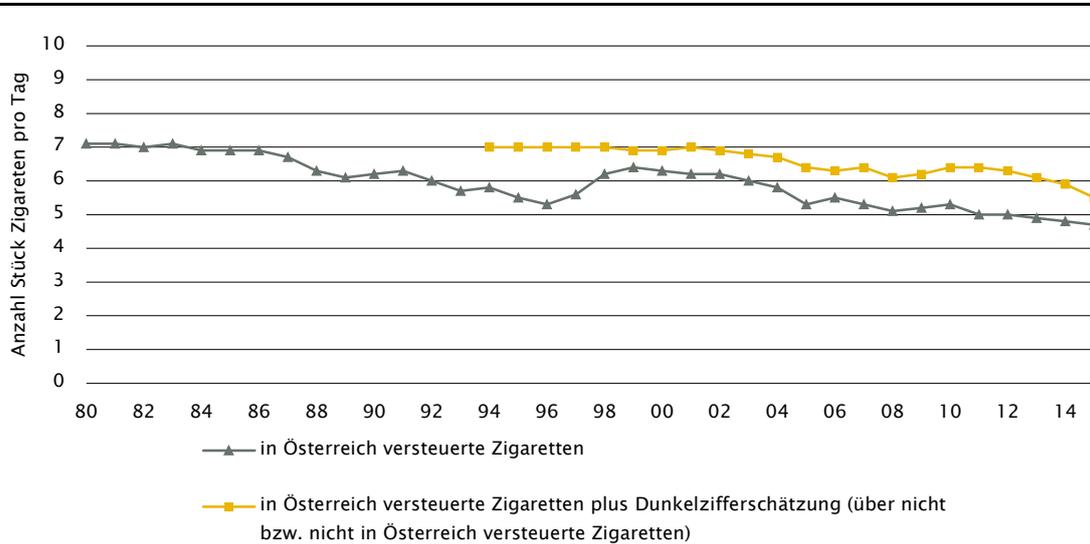
Im Bundesländervergleich zeigt sich, dass der Anteil der täglich Rauchenden in Wien und Vorarlberg höher ist als in den übrigen Bundesländern (vgl. Abbildung 7.4).

Abbildung 7.4:
Rauchstatus der Bevölkerung 15+ im Bundesländervergleich 2014



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

Abbildung 7.5:
Durchschnittlicher täglicher Konsum von Zigaretten in der Bevölkerung 15+, 1980–2015



Anmerkung: Zur Berechnung wurde die jährliche Wohnbevölkerung im Jahresdurchschnitt herangezogen.

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

Aktuelle Verkaufszahlen und Dunkelzifferschätzungen ergeben für das Jahr 2015 einen Zigarettenkonsum von 4,7 bis 5,5 Stück pro Kopf und Tag, was im Vergleich zum Vorjahr einen leichten Rückgang darstellt. Ein leichter Rückgang zeigt sich auch im längerfristigen Trend; etwas deutlicher im Zeitraum von 2010 bis 2015 (vgl. Abbildung 7.5)¹.

Schlussfolgerung: Die Verkaufszahlen deuten auf einen leichten Rückgang des Zigarettenkonsums in Österreich hin. Das Rauchverhalten von Männern und Frauen hat sich über viele Jahrzehnte zusehends angeglichen. Junge Männer begannen seltener als zuvor und junge Frauen öfter als zuvor mit dem Rauchen. Frauen rauchen allerdings nach wie vor etwas seltener und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Raucher.

7.3 Morbidität und Mortalität von Tabakkonsum

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

Bei Todesfällen in Folge von Lungenkrebs (Bronchialkarzinom) waren 90 Prozent der Männer Raucher und 80 Prozent der Frauen Raucherinnen (Newcomb/Carbonne 1992).

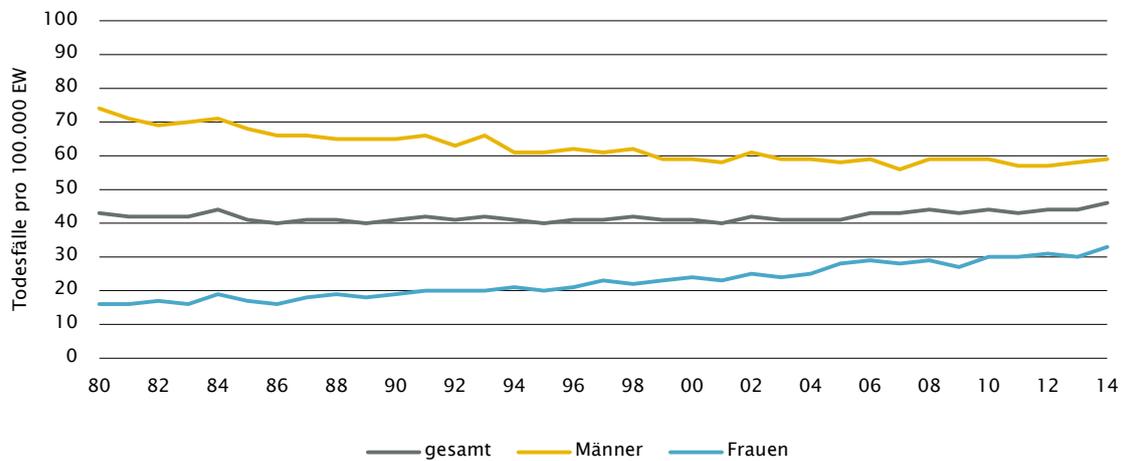
Die geschlechtsspezifische Mortalität hinsichtlich Bronchialkarzinomen zeigt in den letzten Jahrzehnten einen Rückgang bei Männern und einen Anstieg bei Frauen (vgl. Abbildung 7.6) und korrespondiert mit dem Verlauf des Rauchverhaltens von Männern und Frauen (vgl. Abbildung 7.3). 2014 sind 2.449 Männer und 1.456 Frauen in Folge eines Bronchialkarzinoms gestorben. Etwa ein Drittel war unter 65 Jahre alt (Statistik Austria – Todesursachenstatistik).

1

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

Abbildung 7.6:

Entwicklung der Todesfälle in Folge von Bronchialkarzinomen (C34, ICD 10), 1980–2014



Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1980–2014; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Schlussfolgerung: Im Jahr 2014 verstarben 2.449 Männer und 1.456 Frauen in Folge eines Bronchialkarzinoms, das Großteils durch Tabakrauchen verursacht wird. Etwa ein Drittel der Verstorbenen war unter 65 Jahre alt. Rauchverhalten und Sterblichkeit in Folge von Lungenkreberkrankungen gleichen sich zwischen Männern und Frauen in den letzten Jahrzehnten immer mehr an.

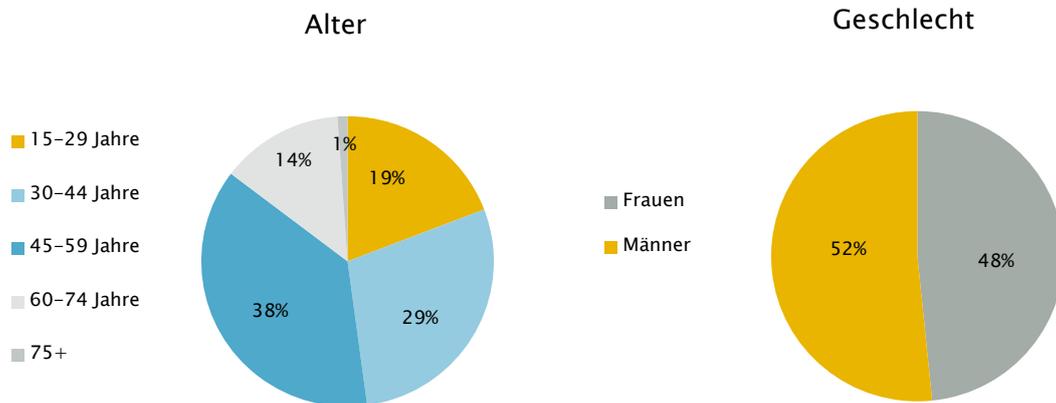
7.4 Versuche mit dem Rauchen aufzuhören

Der Anteil an Rauchenden, die im letzten Jahr erfolglos versuchten das Rauchen aufzugeben, ist hoch. 32 Prozent der täglich Rauchenden (31 % der 15- bis 59-Jährigen und 41 % im Alter 60+) gaben dies in der ATHIS-Befragung 2014 an. Dies entspricht hochgerechnet ca. 560.000 Personen (rund 8 % der Bevölkerung 15+). Etwa die Hälfte davon sind Frauen; der Großteil ist zwischen 30 und 59 Jahren alt (vgl. Abbildung 7.7).

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

Abbildung 7.7:

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



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

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

Schlussfolgerung: Ein Drittel der täglich Rauchenden (etwa 560.000 Personen) versuchte im letzten Jahr erfolglos mit dem Rauchen aufzuhören. Etwa die Hälfte davon sind Frauen. Der Großteil ist zwischen 30 und 59 Jahren alt.

Bibliografie

Austria Tabak (2004): Zigarettenabsatz über Austria Tabak bzw. Tobaccoland 1980–2003. Schriftliche Mitteilung. Wien, zitiert in: Seyer, Seifried; Gschwandtner, Franz; Paulik, Richard; Schmidbauer, Rainer (2005): Vom Gebrauch der Drogen – Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich. ISP Gesellschafts- und Sozialpolitische Texte, Band 15, Linz

BMF (2016): Sonderauswertung: versteuerte Zigaretten. Schriftliche Mitteilung von Anton Panholzer

Dür, Wolfgang; Griebler, Robert (2007): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO–HBSC–Survey 2006. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien

EMCDDA (2013): Benzodiazepine [Online]. EMCDDA [Zugriff am 15.07.2016]

EMCDDA (2015): The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe. Perspectives on Drugs, hg. v. EMCDDA

Grabenhofer–Eggerth, A.; Sator, M. (in Vorbereitung): Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung – Inanspruchnahme und Finanzierung. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Gesundheit Österreich GmbH

JTI (2008): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie der Wirtschaftskammer Österreich. Schriftliche Mitteilung von Susanne Schreiner, Wien

JTI (2013): Studiendesign zur Zigarettenpackungsstudie der Firma CPM und Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie vom Herbst 2012. Schriftliche Mitteilung von Iris Perz, Wien

JTI (2016): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für die Jahre 2013–2015. Schriftliche Mitteilung von Iris Perz, Wien

Klimont, Jeannette; Baldaszi, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. STATISTIK AUSTRIA, Wien

Newcomb, P. A.; Carbone, P. P. (1992): The health consequences of smoking. In: Cancer. Med.Clin.North.Am., 76, 305–331, zitiert in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2013): Tabak–Abhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 2

Ramelow, Daniela; Griebler, Robert; Hofmann, Felix; Unterweger, Katrin; Mager, Ursula; Felder-Puig, Rosemarie; Dür, Wolfgang (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Ramelow, Daniela; Teutsch, Friedrich; Hofmann, Felix; Felder-Puig, Rosemarie (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

RKI (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin

Singer, M. V.; Batra, A.; Mann, K. (2011): Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme Verlag, Stuttgart

Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Schmutterer, Irene; Grimm, Gerhard; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2008): ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 4: Kreuztabellen. Hg. v. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG). Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Springer, Alfred (2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008, Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Strizek, Julian; Anzenberger, Judith; Kadlik, Andrea; Schmutterer, Irene; Uhl, Alfred (2016): ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien

Tanios, Aida (2016): Protokoll der Expertenrunde zum Psychopharmakakonsum in Österreich, unveröffentlicht

TÜV Austria CERT (2012): Bericht zur Zigarettenpackungsstudie der Firma CPM für die Wirtschaftskammer Österreich, Wien

Uhl, A.; Springer, A.; Kobrna, U.; Gnambs, T.; Pfarrhofer, D. (2005): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Erhebung 2004, Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

Uhl, Alfred; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Grimm, Gerhard; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred; Lantschik, Elke (2005): ESPAD AUSTRIA 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

Urbas, Elfriede; Klimont, Jeannette (2002): Rauchgewohnheiten. Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997. Statistik Austria, Wien

Weigl Marion et al. (in Vorbereitung): Bericht zur Drogensituation 2016. Gesundheit Österreich, Wien

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

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

WHO (o.J.): Lexicon of alcohol and drug terms [Online]. World Health Organization [Zugriff am 27.07.2015]