

# Epidemiologiebericht Sucht 2023

## Illegale Drogen, Alkohol und Tabak

Wissenschaftlicher Bericht

---

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



# Epidemiologiebericht Sucht 2023

## Illegale Drogen, Alkohol und Tabak

Wissenschaftlicher Bericht

Autorinnen und Autoren:

Judith Anzenberger  
Deniz Akartuna  
Martin Busch  
Charlotte Klein  
Irene Schmutterer  
Tanja Schwarz  
Julian Strizek

Unter Mitarbeit von:

Kinga Bartecka-Mino  
Klaus Kellner  
Birgit Priebe

Fachliche Begleitung:

Raphael Bayer  
Franz Pietsch

Projektassistenz:

Yvonne Schatz

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

Wien, im Dezember 2023

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

Zitiervorschlag: Anzenberger, Judith; Akartuna, Deniz; Busch, Martin; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2023): Epidemiologiebericht Sucht 2023. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/11/4390

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

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

Der Umwelt zuliebe:

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

# Kurzfassung

## Hintergrund, Fragestellung und Methoden

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

## Ergebnisse

Im Bereich **illegale Drogen** liegt der risikoreiche Drogenkonsum hauptsächlich bei Opiaten/Opioiden. Diese werden vorrangig mit anderen legalen oder illegalen Suchtmitteln kombiniert. Basierend auf einer Zusammenschau aller vorliegenden Daten ist die Drogensituation relativ stabil. Bedenklich ist jedoch die rezente Entwicklung bei den drogenbezogenen Todesfällen: Diese sind insgesamt gestiegen, aber auch der Anteil der jungen Verstorbenen (unter 25 Jahren). Die genauen Ursachen hierfür lassen sich aus den Daten des Drogenmonitorings (Suchtbehandlung, Prävalenzschätzungen, Anzeigen nach SMG, gesundheitsbezogene Maßnahmen, Spitalsentlassungsdiagnosen) nicht ableiten, mögliche Erklärungen wären beispielsweise: riskanteres Konsumverhalten, Veränderung der Reinheit von Substanzen, eine neue Gruppe von Betroffenen oder Auswirkungen der Coronapandemie.

**Rauchen** ist die am weitesten verbreitete Sucht in Österreich. Etwa jede fünfte Person raucht täglich. Tabakrauchen ist in Österreich gemäß aktuellen Schätzungen für 16 Prozent aller Todesfälle verantwortlich. Der Konsum neuer Nikotinprodukte nimmt zu. Bei Erwachsenen sind es in erster Linie elektronische Inhalationsprodukte, wie E-Zigaretten und Tabakerhitzer, bei Jugendlichen Nikotinbeutel. Bei Jugendlichen hat sich der Anteil der Rauchenden seit 2002 mehr als halbiert.

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

## Schlussfolgerungen und Diskussion

Die umfassende Analyse der epidemiologischen Situation und Interpretation aktueller Trends zeigt insgesamt – mit Ausnahme der drogenbezogenen Todesfälle – eine relativ stabile Lage der Suchtproblematik. Tabakrauchen nimmt längerfristig stark ab, jedoch erhöht sich der Konsum neuer Nikotinprodukte. Der problematische Alkoholkonsum nimmt leicht ab.

## Schlüsselwörter

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

# Summary

## Background, research question and methods

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

## Findings

In the area of illegal drugs, high-risk drug use is mainly associated with opioids. These are primarily combined with other legal or illegal addictive substances. Based on an overview of all available data, the drug situation is relatively stable. However, the recent trend in drug-related deaths is cause for concern: These have risen overall, as has the proportion of young deaths (under 25). The exact causes for this cannot be deduced from the drug monitoring data (addiction treatment, prevalence estimates, hospital discharge diagnoses); possible explanations could be, for example: riskier consumption behaviour, changes in the purity of substances, a new group of affected persons or the effects of the corona pandemic.

Smoking is the most widespread addiction in Austria. According to current estimates, tobacco smoking is responsible for 16 percent of all deaths in Austria. In recent years, there has been a decline in consumption among children and adolescents: Here, the proportion of smokers has more than halved since 2002. The consumption of new nicotine products is increasing. Adults are primarily using e-cigarettes and heated tobacco products, adolescents primarily nicotine pouches.

Alcohol is the most common psychoactive substance in Austria. About one in seven people in Austria drink to an extent that endangers their health, and such behavior is twice as common among men as among women. In general, positive developments can be observed: Problematic alcohol consumption, alcohol-associated diseases and deaths have been declining for years. There has also been an overall decline in alcohol consumption among young people.

## Conclusion and discussion

The comprehensive analysis of the epidemiological situation and interpretation of current trends shows an overall stable situation of addiction problems.

## Keywords

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

# Inhalt

Kurzfassung .....	III
Summary .....	IV
Inhalt .....	V
Abbildungen.....	VII
Tabellen .....	XI
Abkürzungen.....	XII
Schlussfolgerungen und Diskussion .....	XIV
Hintergrund und Fragestellungen.....	XVII
Methoden und Datenquellen .....	XVIII
1 Kennzahlen der Drogensituation .....	1
2 Risikoreicher Drogenkonsum .....	3
2.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster .....	3
2.2 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums .....	5
2.3 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf.....	8
2.4 Am risikoreichen Drogenkonsum beteiligte Substanzen im Zeitverlauf.....	12
2.5 Alter und Geschlecht der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum .....	15
3 Drogenbezogene Behandlungen.....	19
3.1 Anzahl der behandelten Personen .....	19
3.2 Drogenkonsummuster der behandelten Personen.....	20
3.3 Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik .....	21
3.4 Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen .....	23
3.5 Verschreibungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlungen .....	27
4 Detailergebnisse aus den Behandlungseinrichtungen (DOKLI) .....	30
4.1 Soziodemografie und Lebenssituation von Menschen in Drogenbehandlung .....	32
4.1.1 Soziodemografie .....	33
4.1.2 Lebenssituation.....	34
4.2 Konsumierte Substanzen und Konsumproblematik .....	35
4.2.1 Konsumierte Substanzen .....	35
4.2.2 Konsumformen .....	39
4.3 Betreuungssituation .....	41
5 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle.....	45
5.1 Definition und Datengrundlage .....	45
5.2 Übersicht: Situation im Jahr 2022 .....	46
5.3 Trends: Gesamt, regional und nach Altersgruppen .....	47

5.4	Fokus: Altersstruktur .....	50
5.5	Nachgewiesene Substanzen.....	52
	5.5.1 Detailergebnisse 2022 .....	52
	5.5.2 Nachgewiesene Substanzen im Zeitverlauf.....	55
5.6	Substitutionsbehandlung .....	56
5.7	Auffindungssituation .....	57
6	Alkoholkonsum .....	58
6.1	Charakteristik und Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich.....	58
6.2	Problematischer Alkoholkonsum in der erwachsenen Bevölkerung .....	60
6.3	Alkoholkonsum bei Jugendlichen .....	62
6.4	Morbidität und Mortalität durch exzessiven Alkoholkonsum .....	64
7	Tabak- und verwandte Erzeugnisse .....	73
7.1	Das Konsumverhalten von Kindern und Jugendlichen.....	74
7.2	Rauchverhalten in der Bevölkerung.....	76
	7.2.1 Langfristige Entwicklungen.....	76
	7.2.2 Aktuelle Entwicklungen .....	79
	7.2.3 Elektronische Inhalationsprodukte .....	81
	7.2.4 Konsum von Nikotinbeuteln .....	82
7.3	Passivrauchen .....	82
7.4	Morbidität und Mortalität infolge Tabakkonsums.....	82
7.5	Wunsch nach Rauchstopp bzw. Reduktion des Zigarettenkonsums.....	84
	Bibliografie.....	85



# Abbildungen

Abbildung 2.1: Anteil der konsumierten Drogen in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2022 .....	4
Abbildung 2.2: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland, 2021 .....	6
Abbildung 2.3: Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden im Jahr 2021 nach Bundesland (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige).....	7
Abbildung 2.4: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien, 1999–2021 .....	9
Abbildung 2.5: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen, 1999–2021 .....	9
Abbildung 2.6: Anteil von Personen unter 25 Jahren in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2000–2022 .....	11
Abbildung 2.7: Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen, 2003–2022 .....	13
Abbildung 2.8: Drogenproblematik* im Zeitverlauf bei längerfristig Erstbehandelten in DOKLI, 2012–2022 .....	14
Abbildung 2.9: Altersverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2022 .....	16
Abbildung 2.10: Geschlechterverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2022 .....	17
Abbildung 2.11: Frauenanteil nach Altersgruppen in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2022 .....	18
Abbildung 3.1: Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung), 2022.....	21
Abbildung 3.2: Opioidabhängige Personen (in Behandlung), 1999–2021 .....	22
Abbildung 3.3: Betreute Substitutionspatientinnen und -patienten pro Ärztin bzw. Arzt in Prozent, seit 2011 .....	24
Abbildung 3.4: Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung, jeweils zum Stichtag 31. 12. in Österreich im Trend, 2011–2022.....	25

Abbildung 3.5: Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Patientin bzw. des Patienten, 2022 .....	26
Abbildung 3.6: Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Anteil der durch Allgemeinmediziner:innen versus Fachärztinnen bzw. Fachärzte betreuten Patientinnen und Patienten am Stichtag 31. 12. 2022 nach Bundesland .....	27
Abbildung 3.7: Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland, 2022 .....	28
Abbildung 3.8: Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel, 2011–2022 .....	28
Abbildung 3.9: Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter, 2022.....	29
Abbildung 4.1: Settings, in denen Personen betreut wurden, die 2022 eine Betreuung begannen.....	32
Abbildung 4.2: Personen, die 2022 eine längerfristige Betreuung begannen, nach Geschlecht und Alter.....	33
Abbildung 4.3: Anteil unter 25-jähriger Männer und Frauen, die mit einer längerfristigen Betreuung begannen, 2012–2022 .....	34
Abbildung 4.4: Konsum ausgewählter Leitdrogen (Mehrfachnennungen) bei längerfristig Betreuten, 2012–2022 .....	36
Abbildung 4.5: Drogenproblematik bei Personen, die 2022 eine längerfristige Betreuung begannen, nach Geschlecht .....	37
Abbildung 4.6: Drogenproblematik bei Personen, die 2022 eine längerfristige Betreuung begannen, nach Alter .....	38
Abbildung 4.7: Drogenproblematik bei längerfristig Betreuten, 2012–2022.....	39
Abbildung 4.8: Anteil der Personen, die 2022 mit einer längerfristigen Behandlung begannen und Opioide vorwiegend i. v. konsumieren, nach Alter und Geschlecht.....	40
Abbildung 4.9: Anteil der längerfristig betreuten Personen mit Opioidproblematik, die vorwiegend i. v. konsumieren, nach Geschlecht, 2012–2022 .....	41
Abbildung 4.10: Motivation für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2022 mit einer längerfristigen Betreuung begannen, nach Alter und Geschlecht.....	42
Abbildung 4.11: Betreuungsabbruch bei Personen, die 2022 eine Betreuung beendeten, nach Alter, Geschlecht und Setting .....	43

Abbildung 4.12: Anteil der Personen, die eine längerfristige Betreuung abgebrochen haben, 2012–2022 .....	44
Abbildung 5.1: Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2003–2022 (absolut) .....	47
Abbildung 5.2: 95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 Einwohner:innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2022, gemittelter Drei-Jahres-Wert .....	48
Abbildung 5.3: Drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Österreicher:innen im Alter von 15 bis 64 Jahren nach Region, 1993–2022, gemittelter Drei-Jahres-Wert .....	49
Abbildung 5.4: Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen nach Geschlecht, 1993–2022, gemittelter Drei-Jahres-Wert .....	50
Abbildung 5.5: Mittleres Alter bei den drogenbezogenen Todesfällen, 1993–2022, gemittelter Drei-Jahres-Wert .....	51
Abbildung 5.6: Anteil der unter 25-Jährigen an drogenbezogenen Todesfällen in Wien, Österreich ohne Wien, Österreich gesamt, 1993–2022, gemittelter Drei-Jahres-Wert .....	52
Abbildung 5.7: Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2022 .....	55
Abbildung 5.8: Anteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle, bei denen die oder der Betroffene in Substitutionsbehandlung war, an allen direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2011–2022, gemittelter Drei-Jahres-Wert .....	56
Abbildung 6.1: Konsumprävalenz Alkohol (in Prozent) nach Altersgruppen, 2020.....	59
Abbildung 6.2: Durchschnittlicher Pro-Kopf-Konsum pro Tag in Gramm Alkohol in der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren, 1955–2021 .....	60
Abbildung 6.3: Problematischer Konsum (mehr als 40 bzw. 60 Gramm Alkohol pro Tag) nach Geschlecht und Alter in Prozent, 2020.....	61
Abbildung 6.4: Durchschnittskonsum Jugendlicher pro Tag nach Geschlecht (in Gramm Alkohol), 2003–2019 .....	63
Abbildung 6.5: Verteilung von Patientinnen und Patienten mit alkoholassozierten Diagnosen auf unterschiedliche Diagnosecluster, Leistungsjahr 2021 .....	65
Abbildung 6.6: Rate der Patientinnen und Patienten mit Alkoholabhängigkeitsdiagnosen und chronischen Lebererkrankungen pro 100.000 Einwohner:innen, 2002–2021 .....	66

Abbildung 6.7: Anteil der Verstorbenen nach Alter zum Todeszeitpunkt bei alkoholassoziierten Todesursachen und bei allen Todesursachen, 2021 .....	69
Abbildung 6.8: Alkoholassoziierte Todesfälle in Prozent aller Verstorbenen nach Geschlecht, 1955–2021 .....	70
Abbildung 6.9: Anteil der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses an allen Unfällen, Verletzten und Toten im Straßenverkehr, 1961–2022 .....	71
Abbildung 7.1: Anteil des täglichen Konsums verschiedener nikotinhaltiger Erzeugnisse bei 15-Jährigen, 2002–2022 .....	75
Abbildung 7.2: Anteil der täglich Rauchenden an der Bevölkerung ab 15 Jahren, 1972–2022 .....	77
Abbildung 7.3: Durchschnittlicher täglicher Konsum von Zigaretten in der Bevölkerung, 1980–2022 .....	78
Abbildung 7.4: Veränderung des (fast) täglichen Konsums von Rauchwaren und elektronischen Inhalationsprodukten, 2004–2022 .....	80
Abbildung 7.5: Rauchstatus der Bevölkerung ab 15 Jahren im Bundesländervergleich, 2019 .....	80
Abbildung 7.6: Entwicklung der Todesfälle pro 100.000 Einwohner:innen infolge von Bronchialkarzinomen (C33 und C34, ICD-10), 1980–2021 .....	83

# Tabellen

Tabelle 1.1: Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2022 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren), in Absolutzahlen .....	1
Tabelle 1.2: Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2022 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren) pro 100.000 15- bis 64-Jährige .....	2
Tabelle 2.1: Feinkategorisierung in den Kategorien „andere Stimulanzien“ und „andere Drogen“ aller längerfristig ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen, 2022 .....	14
Tabelle 3.1: Schätzung der insgesamt wegen des Konsums illegaler Drogen behandelten Personen nach Setting im Jahr 2022 .....	20
Tabelle 6.1: Explizit in Zusammenhang mit Alkohol stehende Todesursachen und Todesursachen, die durch exzessiven Alkoholkonsum begünstigt werden, nach Geschlecht, 2021 .....	68

# Abkürzungen

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

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

# Schlussfolgerungen und Diskussion

Ziel des *Epidemiologieberichts Sucht* ist es, ein möglichst klares und verständliches Bild der Epidemiologie des risikoreichen Drogenkonsums, des problematischen Alkoholkonsums sowie des Tabak-/Nikotinkonsums in Österreich zu gewinnen. Die arbeitsanleitende Fragestellung des Berichts lautet: Wie sieht die Situation hinsichtlich Sucht in Österreich aus? Probierkonsum und Gelegenheitskonsum ohne Abhängigkeitserkrankungen in der Allgemeinbevölkerung werden jährlich vom Kompetenzzentrum Sucht in vertiefenden Berichten dargestellt. So werden diese Konsumformen neben Abhängigkeitserkrankungen beispielsweise im Handbuch Alkohol beleuchtet.

## Illegale Drogen

Risikoreicher Drogenkonsum wird in Österreich vom Opioidkonsum – meist als Mischkonsum mit anderen (legalen und illegalen) Substanzen – dominiert. Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass in Österreich 35.000 bis 40.000 Menschen von risikoreichem Opioidkonsum betroffen sind (Prävalenzschätzung). Betroffen sind vorrangig Männer (drei Viertel) und Personen ab 25 Jahren (ungefähr 90 %). Etwas weniger als die Hälfte davon lebt in Wien (Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten). Zwischen 10.500 und 16.000 Personen konsumieren vorwiegend intravenös. Es zeigt sich eine deutliche „Alterung“ der Personengruppe mit risikoreichem Opioidkonsum. Dies kann einerseits auf den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und andererseits auf die gute therapeutische Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) zurückgeführt werden. Im Jahr 2022 befanden sich 20.644 Personen in Substitutionsbehandlung. Dies entspricht etwas mehr als der Hälfte der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum (Prävalenzschätzung). Es ist gelungen, über die Jahre die Behandlungsrate von opioidabhängigen Personen massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg gewertet werden. Seit Mitte der 2010er-Jahre hat sich die Behandlungsrate jedoch nicht weiter erhöht.

Fast alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring (Substitutionsbehandlungen, Daten aus Einrichtungen der Drogenhilfe, gesundheitsbezogene Maßnahmen, Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz, Spitalsentlassungen) weisen insgesamt auf eine relativ stabile Drogensituation hin. Diese stabile Lage zeigt sich auch beim Anteil der Jüngeren, der seit Jahren stagniert. Auf diese Altersgruppe ist besonderes Augenmerk zu legen, da sie ein Indikator für die „Inzidenz“ ist (Personen, die mit einem risikoreichen Drogenkonsum beginnen). Eine Datenquelle spiegelt diesen Trend jedoch nicht wider: Es sind sowohl die drogenbezogenen Todesfälle insgesamt angestiegen (2022: 248 Fälle) als auch der Anteil der jüngeren Verstorbenen (von 18 % im Jahr 2018 auf aktuell 27 %). Die derzeitige Datenlage erlaubt keine Ursacheninterpretation. Als Erklärung bieten sich theoretisch verschiedene Hypothesen bzw. eine Kombination dieser an. Es könnte sich bei dieser Entwicklung um Folgen der Coronapandemie handeln (z. B. psychosoziale Auswirkungen wie etwa Einsamkeit, eingeschränkte Verfügbarkeit von Unterstützungs- oder Hilfsangeboten etc.), von der einige Gruppen besonders betroffen waren (z. B. Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung oder Kinder und Jugendliche). Eine weitere Möglichkeit wäre, dass sich die Reinheit der Substanzen erhöht hat und dadurch das Risiko für Überdosierungen gestiegen ist. Hier ist hervorzuheben, dass sich die Substanzgruppen bzw. -kombinationen im Wesentlichen nicht verändert haben: Es dominieren weiterhin Todesfälle, bei denen (auch) Opioide festgestellt wurden; Neue Psychoaktive



Substanzen (NPS) und stark potente Schmerzmittel wie Fentanyl bleiben weiterhin Einzelfälle. Es könnte auch ein Hinweis darauf sein, dass sich die Drogensituation bei den Jüngeren verschärft hat: durch mehr Jugendliche und junge Erwachsene, die vom risikoreichen Opioidkonsum betroffen sind, und/oder durch besonders riskant konsumierende Gruppen. Diese Entwicklungen spiegeln sich bisher nicht in den vorliegenden drogenspezifischen Behandlungszahlen. Es könnte daher sein, dass diese Gruppen keinen Kontakt zum Drogenbehandlungssystem gefunden haben. Daten aus der psychosozialen Versorgung wie beispielsweise Kinder- und Jugendpsychiatrie fließen in das Drogenmonitoring nicht ein (vgl. Kapitel Methoden und Datenquellen).

### **Tabak- und verwandte Erzeugnisse**

Rauchen ist die am weitesten verbreitete Sucht in Österreich. Etwa jede fünfte Person gibt an, täglich zu rauchen. Tabakrauchen ist in Österreich gemäß aktuellen Schätzungen für 16 Prozent aller Todesfälle verantwortlich. In den letzten Jahren ist ein Rückgang beim Tabakrauchen bei Jugendlichen zu verzeichnen: Hier hat sich der Anteil der Raucher:innen seit 2002 mehr als halbiert.

Der Konsum neuer Nikotinprodukte nimmt zu. Bei Erwachsenen sind es in erster Linie elektronische Inhalationsprodukte, wie E-Zigaretten und Tabakerhitzer, bei Jugendlichen Nikotinbeutel, die konsumiert werden. Es zeigt sich dadurch eine Verlagerung der Suchtproblematik (von Zigaretten auf andere Nikotinprodukte). Deshalb ist weiterhin nicht nur der Anteil der täglich Rauchenden zu beobachten, sondern auch der Anteil der Personen, die täglich ein tabak-/nikotinhaltiges Produkt konsumieren (unabhängig davon, ob inhalierbar oder nicht).

### **Alkohol**

Alkohol ist jene psychoaktive Substanz, mit der in Österreich die meisten Menschen Erfahrungen machen. In einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß trinken ca. 15 Prozent der Bevölkerung Alkohol. Männer sind doppelt so häufig betroffen wie Frauen. Etwa 1,5 Prozent aller Todesfälle werden explizit mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht. Die tatsächliche Zahl der Todesfälle, bei denen exzessiver Alkoholkonsum eine wesentliche Rolle gespielt hat, liegt jedoch deutlich höher. Auch von Todesfällen in Verbindung mit Alkohol sind Männer wesentlich häufiger betroffen als Frauen.

Bei jungen Menschen (Schüler:innen zwischen 14 und 17 Jahren) berichten bereits drei bis sechs Prozent ein Alkoholkonsumverhalten, das aufgrund von Konsumfrequenz oder -menge längerfristig ein Gesundheitsrisiko darstellen würde.

Im Zeitverlauf lassen sich positive Entwicklungen beobachten: Der problematische Alkoholkonsum, alkoholassoziierte Erkrankungen und Todesfälle sind seit Jahren rückläufig. Auch bei den Jugendlichen zeigt sich insgesamt ein Rückgang des Alkoholkonsums. Zu Behandlungspfaden und Behandlungsraten gibt es in Österreich noch wenige Daten.

## Situation insgesamt

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

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

# Hintergrund und Fragestellungen

Ziel des *Epidemiologieberichts Sucht* ist es, ein möglichst klares und verständliches Bild der Epidemiologie des risikoreichen Drogenkonsums, des Alkoholkonsums sowie des Tabakkonsums<sup>1</sup> in Österreich zu gewinnen. Um die Ergebnisse möglichst kompakt abzubilden, werden Detailergebnisse in einem umfangreichen Tabellenband dargestellt. Ergänzende Informationen zur Drogensituation insgesamt werden im jährlichen Bericht zur Drogensituation, zum Thema Alkohol im Handbuch Alkohol und zum Thema Tabak im Bericht Tabak- und verwandte Erzeugnisse: Zahlen und Fakten dargestellt.

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

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

---

1

Aus Gründen der Vereinfachung wird der Teil des Berichts mit dem Begriff „Tabak“ überschrieben, er umfasst jedoch nicht nur Ausführungen zu Tabak, sondern auch zu verwandten Erzeugnissen sowie Wasserpfeifen.

# Methoden und Datenquellen

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

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

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

Im Bereich der illegalen Drogen ist die Datenlage sehr gut, da es gelungen ist, nach den Vorgaben der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht ein umfassendes qualitätsgesichertes Monitoringsystem zu etablieren. Da es sich jedoch auf den illegalen Bereich bezieht, ist immer mit einer gewissen Unschärfe zu rechnen. Zudem beziehen sich viele relevante Datenquellen auf den Bereich der Suchthilfe. Personen, die hier bisher nicht andocken, werden daher von diesen Datenquellen nicht erfasst. Dies betrifft z. B. die Bereiche Kinder- und Jugendhilfe, offene Jugendarbeit und die psychosoziale Versorgung, wie etwa die Jugendpsychiatrie.

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

**Substitutionsbehandlungen (*Statistikregister eSuchtmittel*):** Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen wird vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) wahrgenommen und basierte von 1987 bis 2009 auf den Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, seither auf den Meldungen der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden. Bis zur Implementierung von *eSuchtmittel* waren diese Meldungen nicht immer lückenlos und häufig nicht zeitgerecht. Diese Einschränkung konnte mit der Inbetriebnahme von *eSuchtmittel* im Frühjahr 2011 beseitigt werden. Durch die

Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen von *eSuchtmittel* konnte die Aussagekraft der Daten wesentlich verbessert werden. Das Substitutionsregister enthält u. a. Daten in Bezug auf Beginn und Ende der Behandlung, Alter, Geschlecht und Wohnort der Behandelten, Art und Dosis des Substitutionsmedikaments und die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt. Die Daten stehen in pseudonymisierter Form im Statistikregister von *eSuchtmittel* für epidemiologische Auswertungen zur Verfügung.

**Begutachtungen nach § 12 SMG (*Statistikregister eSuchtmittel*):** Gegenstand der Suchtmitteldatenevidenz sind auch Daten der Gesundheitsbehörden, die diese in Vollziehung des Suchtmittelgesetzes (SMG) im Rahmen der gesundheitsbehördlichen Begutachtungen bei Hinweisen auf Suchtmittelmissbrauch gemäß § 12 SMG erheben. Dabei werden u. a. folgende Daten erfasst: Alter, Geschlecht, Wohnort und Drogenkonsum der begutachteten Person, der Umstand, woher die Hinweise auf vermeintlichen Suchtmittelmissbrauch stammen (z. B. Polizei, Militär), sowie das Ergebnis der Begutachtung, ob und, wenn ja, welche gesundheitsbezogene(n) Maßnahme(n) notwendig ist (sind). Bei den Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassende suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird. Daher sind Auswertungen bezüglich der Substanzen immer ohne Wien. Die Daten stehen ebenfalls in pseudonymisierter Form im Statistikregister von *eSuchtmittel* für epidemiologische Auswertungen zur Verfügung.

**Anzeigen/Anfangsverdachtsfälle SMG (*Statistikregister eSuchtmittel*):** Das Suchtmittelgesetz (SMG, BGBl I 1997/112) differenziert nach Menge und Klassifizierung (Suchtmittel, Suchtgifte<sup>2</sup> und psychotrope Stoffe<sup>3</sup>, Drogenausgangsstoffe<sup>4</sup>). Die Substanzen, die dem jeweiligen Begriff zugeordnet werden, sind in Verordnungen aufgelistet. Unterschieden wird im SMG zwischen Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG), die den unerlaubten Umgang mit Suchtgift betreffen, und Verbrechenstatbeständen, welche die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28 SMG) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a SMG) betreffen. Der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe, nach Rechtsprechung wird er jedoch regelmäßig durch andere Tathandlungen (insb. Besitz) kriminalisiert. Unter

---

2

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

3

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

4

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

Strafe stehen z. B. Erwerb, Besitz und Erzeugen von Suchtmitteln (Busch et al. 2021). Bei Verstößen gegen das SMG erfolgt eine Strafanzeige (im Weiteren „Anzeige“), außer eine Person begeht eine Straftat nach § 27 Abs. 1 und 2 ausschließlich für den eigenen persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch einer oder eines anderen, ohne dass diese Person daraus einen Vorteil gezogen hat; in diesen Fällen wird anstelle einer Anzeige dieser Umstand als Anfangsverdacht der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde mitgeteilt, welche sich im Rahmen einer Begutachtung nach § 12 SMG weiter darum kümmert (BGBl I 1997/112). Auch die Anzeigen und Anfangsverdachtsfälle stehen im pseudonymisierten Statistikregister eSuchtmittel für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung.

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

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

geschätzt. Daher kommt es ab 2015 zu einem Zeitreihenbruch. 2021 ist das aktuellste Jahr, zu dem bei Redaktionsschluss Daten zur Verfügung standen.

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

**Österreichische Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch (2004, 2008, 2015, 2020 und 2022):** Repräsentative Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch bzw. zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial wurden in Österreich jeweils in den Jahren 2004, 2008, 2015, 2020 und 2022 durchgeführt (Strizek/Uhl 2016a; Strizek et al. 2021; Strizek et al. 2023; Uhl et al. 2005c; Uhl et al. 2009). Die Vergleichbarkeit der Erhebungswellen ist durch die identische Zielgruppe (österreichische Wohnbevölkerung ab 15 Jahren), das identische Auswertungsverfahren (Gewichtung nach Alter und Geschlecht entsprechend der Bevölkerungsstatistik, Ausschlusskriterien für ungültige Angaben) sowie durch eine hohe Anzahl gleichbleibender Fragemodule weitgehend gegeben. In den Jahren 2020 und 2022 erfolgte aufgrund der Kontakteinschränkungen im Zusammenhang mit der Coronapandemie in Österreich die gesamte Erhebung mittels eines repräsentativen Online-Samples. Teilnehmer:innen für die Onlinebefragung wurden zufällig aus einem bestehenden und offline rekrutierten Sample ausgewählt und mittels E-Mail bis zu dreimal zur Teilnahme eingeladen. Vergleiche im Rahmen der Erhebung aus dem Jahr 2015 zwischen der Onlinestichprobe und der Face-to-Face-Stichprobe (unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Bildung) zeigten nur minimale Unterschiede in den Prävalenzraten unterschiedlicher Substanzen. Der Stichprobenumfang umfasste bei der Erhebung im Jahr 2004 4.546 Datensätze bei einer Response-Rate von 21 Prozent (Bruttostichprobe ca. 22.000 Personen). 2008 konnten 4.196

gültige Datensätze bei einer Response-Rate von 34,4 Prozent realisiert werden (Bruttostichprobe von ca. 12.000 Personen). In der Erhebung 2015 wurden insgesamt 4.014 gültige Datensätze erhoben und die Response-Rate für das Sample der persönlichen Interviews betrug 32 Prozent, für das Sample der Onlinebefragung 51 Prozent. In der Erhebung 2020 konnte für die erste Erhebungswelle eine Stichprobengröße von  $n = 5.963$  sowie eine Beteiligungsquote von 39 Prozent erreicht werden. 55 Prozent der Teilnehmer:innen aus der ersten Welle beteiligten sich auch an der zweiten Erhebungswelle ( $n = 3.289$ ). In der Erhebung 2022 wurden 6.420 gültige Datensätze erhoben.

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

**Health Behaviour in School-aged Children Study HBSC (2002, 2006, 2010, 2014, 2018, 2022):** Bei der HBSC-Studie handelt es sich um die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie. In der HBSC-Studie werden die selbstberichtete Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern im Alter von 11, 13 und 15 Jahren und seit 2010 auch der 17-Jährigen systematisch und wiederholt erhoben. Die Wiederholung der Erhebungen ermöglicht es, Trends im Zeitverlauf zu erfassen. Die HBSC-Studie wurde 1982 entwickelt und im Schuljahr 1983/84 erstmals umgesetzt. Österreich ist von Beginn an Teil dieses Forschungsprojekts. Seit 1986 findet die Erhebung im Vierjahresrhythmus statt. 2022 wurde auch eine eigene Erhebung zu Gesundheit unter Lehrlingen durchgeführt. Die Gesamtstichprobe umfasste im Jahr 2002 4.472, im Jahr 2006 4.096, im Jahr 2010 6.493, im Jahr 2014 5.617, im Jahr 2018 7.585 und im Jahr 2022 7.099 Mädchen und Burschen. Die Stichprobe der Lehrlingerhebung 2022 umfasste ca.



2.000 Personen. Die Teilnahmerate betrug 2002 71 Prozent, 2006 80 Prozent, 2010 72 Prozent, 2014 65 Prozent und 2018 76 Prozent (Currie et al. 2012; Dür/Mravlag 2002; Dür/Griebler 2007; Felder-Puig et al. 2019; Felder-Puig et al. 2023b; Felder-Puig et al. 2023a; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015; Teutsch et al. 2018).

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

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



# 1 Kennzahlen der Drogensituation

Tabelle 1.1:

Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2022 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren), in Absolutzahlen

Indikator/Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz Opioider Untergrenze (UG)	508	1.802	4.661	3.926	923	2.225	1.642	964	12.349	37.578
Prävalenz Opioider	845	2.228	5.173	4.792	1.140	3.419	2.830	1.402	18.634	39.029
Prävalenz Opioider Obergrenze (OG)	1.130	2.399	6.336	5.190	1.817	4.054	3.790	1.762	19.851	40.481
Personen in Substitutionsbehandlung	403	1.407	3.331	2.557	605	1.683	1.183	733	8.742	20.644
DOKLI Opioider	173	1.296	313	484	376	590	123	517	1.864	5.806
DOKLI Cannabis	102	528	353	256	64	240	141	443	595	2.730
DOKLI gesamt	300	2.001	965	1.000	523	989	467	1.229	3.233	10.834
§ 12 SMG Opioider	6	77	57	55	7	11	2	11	-	-
§ 12 SMG Cannabis	20	264	78	168	42	69	44	101	-	-
§ 12 SMG kein Bedarf	40	124	290	512	28	202	147	177	235	1.755
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	38	118	227	377	123	201	162	93	333	1.672
drogenbezogene Todesfälle	4	16	41	16	8	26	28	10	98	248

Indikator Alter und Geschlecht	< 25 Jahre	25-34 Jahre	35 Jahre und älter	Männer	Frauen
Prävalenz Opioider Untergrenze (UG)	2.452	10.469	20.847	28.992	7.644
Prävalenz Opioider	2.716	11.094	22.020	30.261	8.283
Prävalenz Opioider Obergrenze (OG)	2.979	11.719	23.193	31.531	8.922
Personen in Substitutionsbehandlung	1.053	5.364	14.227	15.465	5.179
DOKLI Opioider	644	2.051	3.111	4.231	1.575
DOKLI Cannabis	1.251	921	558	2.167	563
DOKLI gesamt	2.469	3.842	4.523	8.205	2.629
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	171	525	977	1.122	542
Opioidanzeigen SMG	525	936	922	1.962	421
drogenbezogene Todesfälle	66	68	114	195	53

**Anmerkung:** Mit Ausnahme von ICD-10 (Opioidabhängigkeit) und Prävalenz (aktuellste verfügbare Daten bzw. Schätzung für das Jahr 2021) beziehen sich alle Datenquellen auf das Jahr 2022.

**Prävalenz Opioider UG bzw. OG** = aktuellste Prävalenzschätzung des risikoreichen Opioidkonsums; aufgrund kleiner Populationsgrößen einiger Bundesländer schwanken die Werte stark und sind daher ausgesprochen unsicher. Regionale Ergebnisse sind daher mit äußerster Vorsicht zu interpretieren. Bei der Interpretation sollte immer das Intervall zwischen **Untergrenze (UG)** und **Obergrenze (OG)** der 95-Prozent-Konfidenzintervalle der letzten drei Jahre herangezogen werden (d. h. UG = niedrigster Wert / OG = höchster Wert der letzten 3 Jahre). **DOKLI – Opioider/Cannabis** = alle Personen, die in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, gesamt bzw. nach Leitdroge\*; **§ 12 SMG – Opioider / Cannabis / kein Bedarf** = Personen, für die die Begutachtung nach § 12 SMG einen behandlungsrelevanten Konsum der genannten Droge\* oder keinen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergab. Die Angaben sind unvollständig, da substanzspezifische Daten aus Wien fehlen (vgl. Kapitel Methoden und Datenquellen). **ICD-10 (Opioidabhängigkeit)** = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioider) bei Entlassungen aus stationärer Spitalsbehandlung; **Opioidanzeigen SMG** = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall aufgrund von Opioiden\*; **drogenbezogene Todesfälle** = direkt drogenbezogene Todesfälle (Summe der Bundesländer ungleich der Gesamtzahl, da bei einer Person das Bundesland unbekannt war)

\* Bei Mehrfachangaben: Auswahl einer (Leit-)Droge nach folgender Auswahllogik: „Opioider > Kokain > Stimulanzien > andere > Cannabis ohne andere Drogen“

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

Tabelle 1.2:

Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2022 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren) pro 100.000 15- bis 64-Jährige

Indikator/Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz Opioider Untergrenze (UG)	267	495	425	399	249	270	323	367	944	634
Prävalenz Opioider	444	616	470	486	307	416	555	530	1.406	658
Prävalenz Opioider Obergrenze (OG)	594	663	576	526	491	494	744	666	1.498	683
Personen in Substitutionsbehandlung	212	389	302	258	163	205	232	276	656	347
DOKLI Opioider	91	359	28	49	102	72	24	195	140	98
DOKLI Cannabis	54	146	32	26	17	29	28	167	45	46
DOKLI gesamt	158	554	88	101	141	120	92	463	243	182
§ 12 SMG Opioider	3	21	5	6	2	1	0	4	-	-
§ 12 SMG Cannabis	11	73	7	17	11	8	9	38	-	-
§ 12 SMG kein Bedarf	21	34	26	52	8	25	29	67	18	30
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	20	33	21	38	33	24	32	35	25	28
drogenbezogene Todesfälle	2	4	4	2	2	3	5	4	7	4

Indikator Alter und Geschlecht	< 25 Jahre	25-34 Jahre	35 Jahre und älter	Männer	Frauen
Prävalenz Opioider Untergrenze (UG)	260	866	552	985	256
Prävalenz Opioider	288	918	583	1.028	277
Prävalenz Opioider Obergrenze (OG)	316	969	614	1.072	299
Personen in Substitutionsbehandlung	112	442	375	526	173
DOKLI Opioider	69	169	82	144	53
DOKLI Cannabis	134	76	15	74	19
DOKLI gesamt	264	317	119	279	88
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	18	43	26	38	18
Opioidanzeigen SMG	0,6	0,8	0,2	0,7	0,1
drogenbezogene Todesfälle	7	6	3	7	2

**Anmerkung:** Mit Ausnahme von ICD-10 (Opioidabhängigkeit) und Prävalenz (aktuellste verfügbare Daten bzw. Schätzung für das Jahr 2021) beziehen sich alle Datenquellen auf das Jahr 2022.

**Prävalenz Opioider UG bzw. OG** = aktuellste Prävalenzschätzung des risikoreichen Opioidkonsums; aufgrund kleiner Populationsgrößen einiger Bundesländer schwanken die Werte stark und sind daher ausgesprochen unsicher. Regionale Ergebnisse sind daher mit äußerster Vorsicht zu interpretieren. Bei der Interpretation sollte immer das Intervall zwischen **Untergrenze (UG)** und **Obergrenze (OG)** der 95-Prozent-Konfidenzintervalle der letzten drei Jahre herangezogen werden (d. h. UG = niedrigster Wert / OG = höchster Wert der letzten 3 Jahre). **DOKLI – Opioider/Cannabis** = alle Personen, die in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, gesamt bzw. nach Leitdroge\*; **§ 12 SMG – Opioider / Cannabis / kein Bedarf** = Personen, für die die Begutachtung nach § 12 SMG einen behandlungsrelevanten Konsum der genannten Droge\* oder keinen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergab. Die Angaben sind unvollständig, da substanzspezifische Daten aus Wien fehlen (vgl. Kapitel Methoden und Datenquellen). **ICD-10 (Opioidabhängigkeit)** = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioider) bei Entlassungen aus stationärer Spitalsbehandlung; **Opioidanzeigen SMG** = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall aufgrund von Opioiden\*; **drogenbezogene Todesfälle** = direkt drogenbezogene Todesfälle (Summe der Bundesländer ungleich der Gesamtzahl, da bei einer Person das Bundesland unbekannt war)

\* Bei Mehrfachangaben: Auswahl einer (Leit-)Droge nach folgender Auswahllogik: „Opioider > Kokain > Stimulanzien > andere > Cannabis ohne andere Drogen“

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

## 2 Risikoreicher Drogenkonsum

Als risikoreich wird Drogenkonsum dann bezeichnet, wenn dieser mit körperlichen, psychischen und/oder sozialen Problemen einhergeht: „wiederholter 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“. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen (EMCDDA 2013). Zentral an dieser Definition ist, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen als solche problematisch oder unproblematisch sind.

Im vorliegenden Kapitel wird der risikoreiche Drogenkonsum anhand folgender Datenquellen (vgl. Kapitel Methoden und Datenquellen) skizziert: Behandlungsdaten (DOKLI<sup>5</sup>, Substitutionsbehandlung), die Diagnosen nach ICD-10 bei Entlassung aus stationärer Behandlung im Krankenhaus, amtsärztliche Begutachtungen nach § 12 Suchtmittelgesetz (SMG)<sup>6</sup>, Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle sowie nach dem Suchtmittelgesetz angezeigte Personen.

Es wird den Fragen nachgegangen, welche risikoreichen Konsummuster in Österreich vorherrschen, wie hoch das Ausmaß („Prävalenz“) des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich ist, welche Personen besonders betroffen sind und wie sich die Situation im Laufe der Jahre veränderte.

### 2.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster

Bildet man die Konsummuster anhand der verfügbaren Datenquellen ab, so zeigt sich vor allem im Behandlungsbereich (DOKLI, Spitalsentlassungen) eine starke Dominanz von Opioiden (vgl. Abbildung 2.1). Bei den gesundheitsbezogenen Maßnahmen und den Anzeigen zeigt sich hingegen ein hoher Anteil an Cannabis. Besonders augenscheinlich ist der hohe Anteil an (Misch-)Intoxikationen mit Opioiden bei den drogenbezogenen Todesfällen, wo bei über 90 Prozent der Fälle Opioide nachgewiesen wurden.

---

5

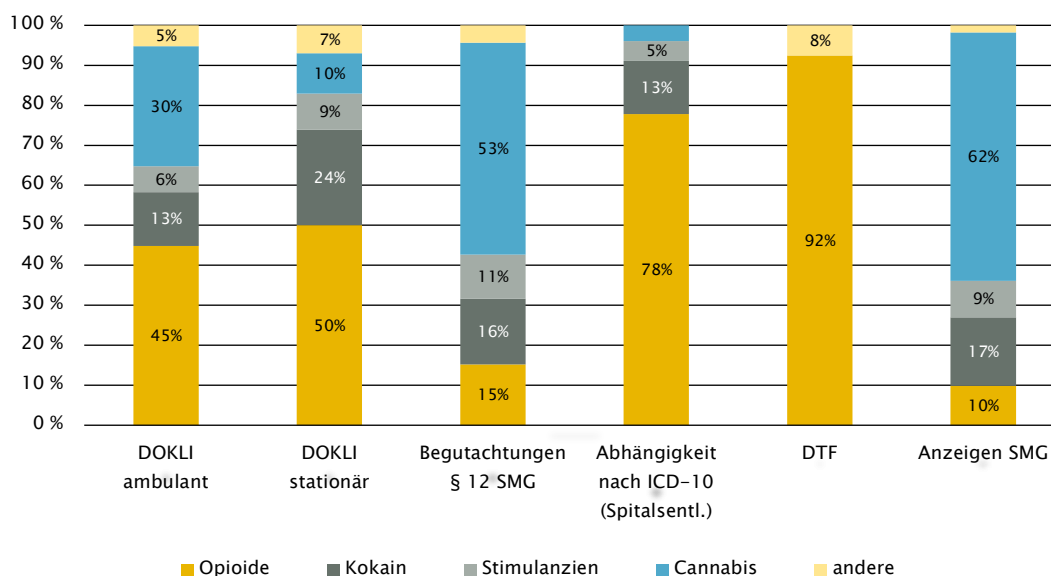
Personen, die sich in eine drogenspezifische Behandlung begeben, haben in der Regel ein Problem mit ihrem Drogenkonsum.

6

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 2.1:

Anteil der konsumierten Drogen in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2022



Legende:

**Anmerkung:** \* Bei Mehrfachangaben: Auswahl einer (Leit-)Droge nach folgender Auswahllogik: „Opioides > Kokain > Stimulanzien > andere > Cannabis ohne andere Drogen“; bei den DTF fallen alle Überdosierungen ohne Beteiligung von Opioiden in die Kategorie „andere“. **Grundgesamtheit:** Personen mit gültigen Angaben zur Droge; Datenjahr: 2022, abweichende Jahre angeführt

**DOKLI ambulant / DOKLI stationär** = Personen, die mit einer längerfristigen ambulanten (n = 3.449) / stationären (n = 792) Betreuung begonnen haben; **Begutachtungen § 12 SMG** = amtsärztliche Begutachtungen, bei denen ein behandlungsrelevanter Konsum von Drogen festgestellt wurde (n = 1.483); die Angaben sind unvollständig, da substanzspezifische Daten aus Wien fehlen (vgl. Kapitel Methoden und Datenquellen). **Abhängigkeit nach ICD-10 (Spitalsentl.):** Personen (864), die 2021 (aktuellstes verfügbares Jahr) mit einer Abhängigkeitsdiagnose nach ICD-10 (F11.2, F12.2, F14.2 und F15.2; die Kategorie „andere“ gibt es nicht) aus dem Spital entlassen wurden, die Umsetzung der Auswahllogik ist hier nicht möglich. **DTF** = direkt drogenbezogene Todesfälle mit toxikologischen Analyseergebnissen (n = 185 von insgesamt 248); **Anzeigen SMG** = Personen (n = 24.255) mit einer Anzeige / einem Anfangsverdacht wegen Suchtgift

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

In DOKLI-Einrichtungen, wo Personen mit risikoreichem Drogenkonsum andocken, werden diese zu einem großen Teil wegen der Leitdroge<sup>7</sup> Opioides betreut (vgl. Abbildung 2.1). Eine nähere Analyse der DOKLI-Daten veranschaulicht, dass der Großteil der im ambulanten und stationären Bereich wegen Opioiden betreuten Personen auch noch andere Drogen in problematischer Weise konsumiert (Busch et al. 2014).

7

Unter „Leitdrogen“ sind jene Drogen zu verstehen, die der Klientin bzw. dem Klienten aus deren bzw. dessen subjektiver Sicht die meisten Probleme verursachen. Dabei bezieht sich die Problemdefinition – angelehnt an ICD-10 – auf psychosoziale sowie gesundheitliche und nicht auf rein rechtliche Problemstellungen. In der Regel ist die Leitdroge (oder auch mehrere) auch jene Droge, die zur Inanspruchnahme der aktuellen Betreuung geführt hat.

Bei Personen, bei denen durch die Amtsärztin bzw. den Amtsarzt nach § 12 SMG Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt wird, und bei den Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz spielt der Cannabiskonsum eine zentrale Rolle (vgl. Abbildung 2.1). Auch bei den DOKLI-Daten zeigt sich, dass die zahlenmäßig zweite relevante Gruppe Personen mit ausschließlich (risikoreichem) Cannabiskonsum sind (vgl. dazu auch Abschnitt 3.2). Die vertiefende Analyse der DOKLI-Daten im Schwerpunktkapitel „Analyse der Routinedaten zum Cannabiskonsum“ im *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013* sowie jene im Jahr 2017<sup>8</sup> ergaben, dass lediglich ein Drittel der Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis vor Beginn der Behandlung hochfrequent Cannabis konsumierte und dass der Anteil von Personen, die aufgrund einer gesetzlichen Auflage in Behandlung sind, etwa zwei Drittel beträgt.

---

**Zusammenfassung:** Opioidkonsum – hauptsächlich als Mischkonsum mit anderen legalen und/oder illegalen Substanzen – macht aktuell das Gros des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich aus. Personen, die ausschließlich (d. h. als einzige Leitdroge) Cannabis konsumieren, sind die zweite zahlenmäßig relevante Klientengruppe in den österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen. Ein beträchtlicher Teil dieser Gruppe befindet sich aufgrund gesetzlicher Auflagen in Betreuung. Lediglich bei etwa einem Drittel kann von einem hochfrequenten Cannabiskonsum vor Beginn der Behandlung ausgegangen werden.

---

## 2.2 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums

Alle zwei Jahre wird die Prävalenz des risikoreichen polytoxikomanen Konsums unter Beteiligung von Opioiden für Österreich errechnet (aktuellste Schätzungen liegen für 2021 vor). Die referierten Werte wurden mittels der Capture-Recapture-Methode (CRC) basierend auf pseudonymisierten Daten aus dem Register der Substitutionsbehandlungen und auf den Anzeigen wegen Opioiden berechnet und anhand der 3-Sample-CRC-Schätzung unter Einbezug der drogenbezogenen Todesfälle mit Opioidbeteiligung für das Jahr 2020 validiert.

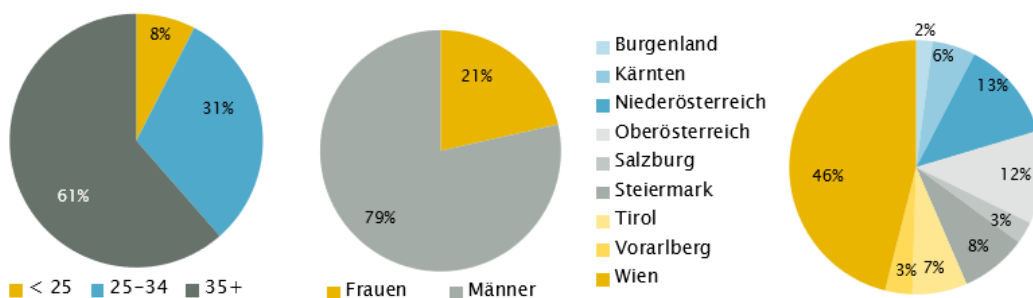
---

8

[http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12\\_Weigl\\_Cannabis\\_in\\_Osterreich\\_und\\_der\\_EU.pdf](http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12_Weigl_Cannabis_in_Osterreich_und_der_EU.pdf) [Zugriff am 14.06.2023]

Abbildung 2.2:

Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland, 2021



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

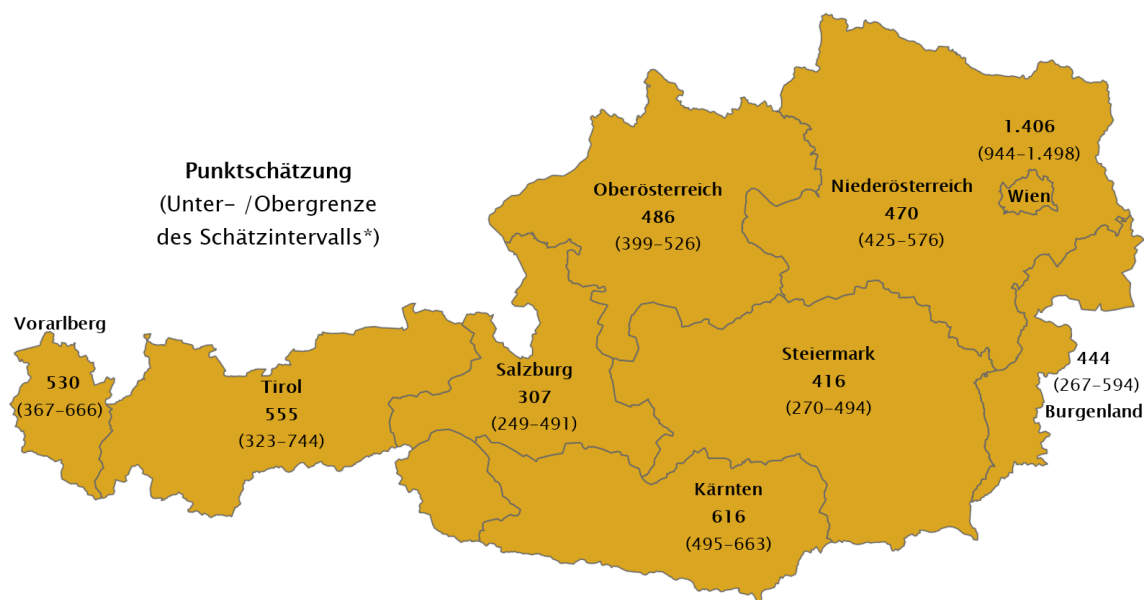
Die aktuellsten Schätzungen kommen in Österreich für die Jahre 2020 und 2021 auf eine Anzahl von 35.000 bis 40.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden (vgl. Annex, Tabelle PRÄV 1). Abbildung 2.2 gibt einen Überblick über die Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nach Alter und Geschlecht sowie nach Bundesland im Jahr 2021. Etwas über drei Viertel der Betroffenen sind Männer. Der Großteil ist 25 Jahre alt oder älter (92 %) und nahezu die Hälfte lebt in Wien (46 %).

Um das Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums (Opioid) in den Bundesländern genauer zu beschreiben, muss die Prävalenzschätzung auf die jeweilige Bevölkerungszahl in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen bezogen werden (vgl. Abbildung 2.3). Wien als einzige Großstadt Österreichs ist vom risikoreichen Drogenkonsum am stärksten betroffen, gefolgt von Kärnten, Tirol und Vorarlberg.



Abbildung 2.3:

Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden im Jahr 2021 nach Bundesland (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige)



\*Die bundeslandspezifischen Schätzungen sind mit äußerster Vorsicht zu interpretieren, da sie insbesondere bei kleineren Bundesländern aufgrund der Populationsgröße sehr unsicher sind und stark schwanken. Bei der Interpretation sollte immer das dargestellte Intervall zwischen Untergrenze (UG) und Obergrenze (OG) der 95-Prozent-Konfidenzintervalle der letzten drei Jahre herangezogen werden (d. h. UG = niedrigster Wert / OG = höchster Wert der letzten 3 Jahre).

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

Das Ausmaß des intravenösen Opioidkonsums kann hergeleitet werden, indem der Anteil der Opioidkonsumierenden, der die injizierende Applikation als vorwiegende Einnahmeform in DOKLI angibt (30 bis 40 %), auf alle Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden (Prävalenzschätzung) übertragen wird. Demnach ist davon auszugehen, dass in Österreich zwischen 10.500 und 16.000 Personen Opioide vorwiegend injizierend konsumieren.

**Zusammenfassung:** Laut rezenten Schätzungen gibt es in Österreich zwischen 35.000 und 40.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum, meist in Form von Mischkonsum mit anderen Substanzen. 46 Prozent dieser Personen leben in Wien. Wien als einzige Großstadt Österreichs<sup>9</sup> ist vom risikoreichen Drogenkonsum am stärksten betroffen, gefolgt von Kärnten, Tirol und Vorarlberg. Etwa drei Viertel sind Männer und acht Prozent sind unter 25 Jahre alt. Etwa 10.500 bis 16.000 Personen konsumieren vorwiegend intravenös.

9

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

## 2.3 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf

Die aktuellsten Schätzungen belaufen sich auf 35.000 bis 40.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum in Österreich. Prävalenzschätzungen sind ein wichtiger Indikator, um das **Ausmaß** des risikoreichen Drogenkonsums einzuschätzen und um (bei den jüngeren Altersgruppen) neue Entwicklungen/Trends abzulesen. Bei der Interpretation des Ausmaßes ist zur berücksichtigen, dass es sich bei der Opioidabhängigkeit um eine chronische Erkrankung handelt, d. h., dass Menschen häufig ein Leben lang davon betroffen bleiben. Daher kumuliert<sup>10</sup> die Anzahl der betroffenen Personen über die Jahre, da auch Personen, die z. B. vor 20 Jahren mit dem Konsum begonnen haben, weiterhin aufscheinen („Kumulationseffekt“). Dies zeigt sich auch bei der Betrachtung der Altersgruppen: Personen scheinen zuerst in der jüngsten Altersgruppe auf, werden kontinuierlich älter und werden dann in den höheren Altersgruppen sichtbar. Ein weiterer wichtiger Indikator ist die **Anzahl der jungen Personen**: Hier handelt es sich größtenteils um Personen, die neu vom risikoreichen Konsum betroffen sind (Inzidenz).

Im Zeitverlauf zeigt sich zwar insgesamt ein Anstieg der geschätzten Prävalenz, dieser ist jedoch nicht mit einer Verschärfung der Situation gleichzusetzen. In erster Linie ist er auf die Kumulation in den höheren Altersgruppen durch das lange Überleben der Betroffenen zurückzuführen („Kumulationseffekt“) (vgl. Abbildung 2.4 bzw. Abbildung 2.5). Regional betrachtet (vgl. Abbildung 2.4) wurden bis zum Jahr 2006 für Wien etwas mehr Personen mit risikoreichem Drogenkonsum geschätzt (Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten) als für die restlichen Bundesländer, ab dem Jahr 2009 drehte sich dies um. Es dürfte sich dabei um das Phänomen eines kontinuierlichen Angleichens des Drogenkonsumausmaßes zwischen der Großstadt Wien und ländlichen/kleinstädtischen Regionen handeln. Es spiegelt sich darin aber möglicherweise auch die verbesserte Versorgungslage mit Suchtbehandlung in den ländlichen Gebieten wider.

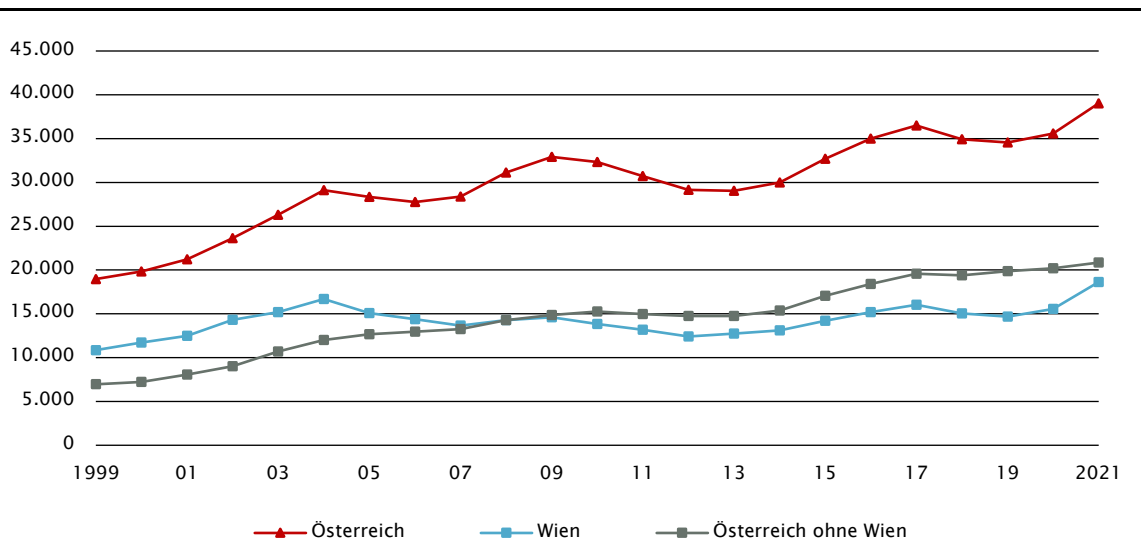
---

10

D. h., zu den bestehenden Personengruppen kommen neue Personen hinzu. Gleichzeitig bleiben die bestehenden Personen auf Dauer im System.

Abbildung 2.4:

Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien, 1999–2021

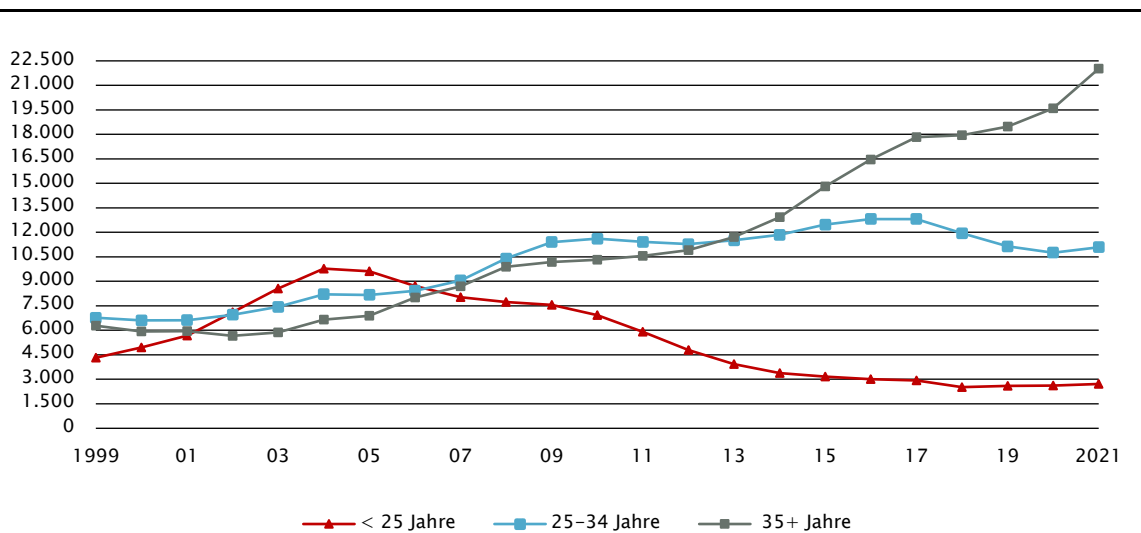


Anmerkung: Für den Zeitraum von 1999 bis 2020 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils drei Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000) herangezogen, für 2021 der Schätzwert für 2021 (aktuellste Schätzung).

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

Abbildung 2.5:

Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen, 1999–2021



Anmerkung: Für den Zeitraum von 1999 bis 2020 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000) herangezogen, für 2021 der Schätzwert für 2021 (aktuellste Schätzung).

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

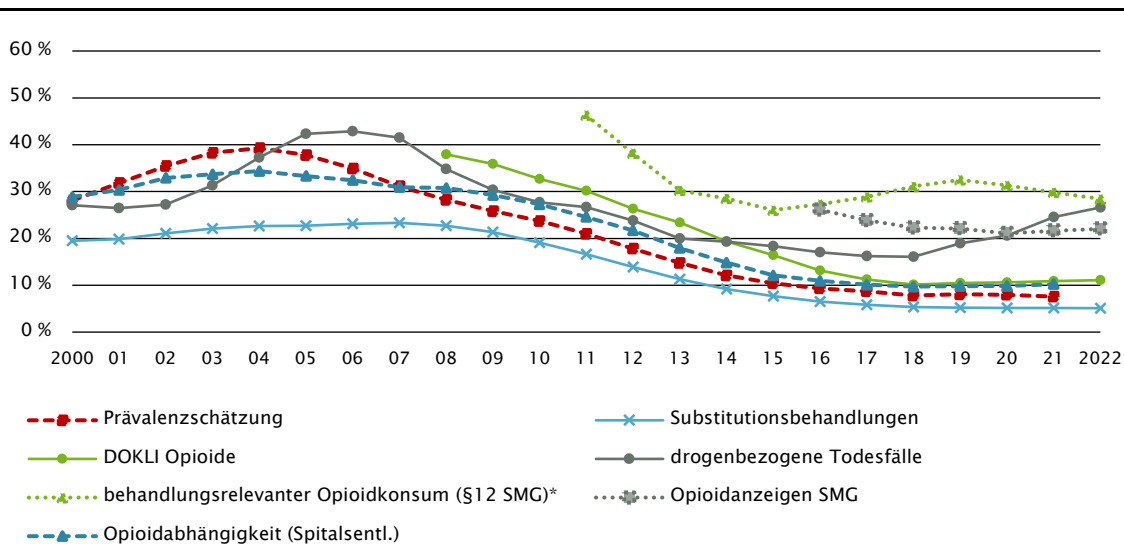
Einen vertiefenden Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen (vgl. Abbildung 2.5). Hier verdoppelte sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (unter 25-Jährige) zwischen 2000 und 2004. Dies bedeutet, dass in dieser Zeitspanne vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene vom risikoreichen Drogenkonsum betroffen waren (Inzidenz). Bis 2018 zeigt sich ein deutlicher Rückgang in dieser Altersgruppe. Seither stagnieren die Werte bei etwas unter 3.000 Personen, was als Hinweis auf eine gleichbleibende Inzidenz interpretiert werden kann.

Da die Zahlen in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen nicht ansteigen, ist der im letzten Jahrzehnt zu beobachtende Anstieg der Prävalenz nicht auf eine Verschärfung der Situation hinsichtlich Opioidproblematik zurückzuführen. Er dürfte in erster Linie durch den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben Betroffener aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) bedingt sein. Anzumerken ist jedoch, dass die Zahlen bei den unter 25-Jährigen nicht weiter zurückgehen.

Bis zur Mitte der 2000er-Jahre zeigte sich in allen Datenquellen ein Anstieg des Anteils jüngerer Personen (Prozentanteil der Personen unter 25 Jahren; vgl. Abbildung 2.6). Diesem Höchststand (von ca. 20 % bis über 40 %) folgte eine Phase der Entspannung mit sinkendem Anteil junger Menschen. Dies spricht für eine „Alterung“ der Population mit risikoreichem Drogenkonsum unter Opioidbeteiligung im letzten Jahrzehnt. Derzeit stagniert der Anteil der Personen unter 25 Jahren in fast allen Datenquellen, was die oben ausgeführte Interpretation (stabile Zahl der Einsteiger:innen) stützt. Eine abweichende Entwicklung zeigt sich allerdings beim Anteil der jungen Personen (im Alter unter 25 Jahren) bei den drogenbezogenen Todesfällen: Dieser ist in den letzten Jahren wieder gestiegen. Ob dies eventuell auf ein riskanteres Konsumverhalten und/oder auf mehr junge Personen mit risikoreichem Konsum zurückzuführen ist, ist gegenwärtig anhand der verfügbaren Daten nicht beurteilbar. Da die Behandlungszahlen dies nicht widerspiegeln, ist davon auszugehen, dass diese Gruppen keinen Kontakt zum Drogenbehandlungssystem gefunden haben.

Abbildung 2.6:

Anteil von Personen unter 25 Jahren in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2000–2022



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

**DOKLI Opiode** = alle Personen, die in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode (2018 erfolgte eine Umstellung auf die Variable „Alter zum Stichtag“, die Zeitreihe wurde daher rückwirkend neu berechnet); **behandlungsrelevanter Opioidkonsum (§ 12 SMG)** = amtsärztliche Begutachtungen nach § 12 SMG, bei denen ein behandlungsrelevanter Konsum von Opioiden festgestellt wurde; **Opioidabhängigkeit (Spitalsentl.)** = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Spitalsentlassung (jüngste verfügbare Daten); **DTF** = direkt drogenbezogene Todesfälle; **Opioidanzeigen SMG** = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Opioiden

\* Die Daten sind unvollständig: 2011/2012 ohne Kärnten; alle Jahre ohne Wien (vgl. Kapitel Methoden und Datenquellen)

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

**Zusammenfassung:** Auch wenn das geschätzte Ausmaß des risikoreichen Opioidkonsums im letzten Jahrzehnt angestiegen ist, ist von einer relativ stabilen Lage auszugehen: Hier spiegelt sich in erster Linie der chronische Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben von Personen mit dieser Erkrankung wider („Kumulationseffekt“). Dies ist auch der guten therapeutischen Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) geschuldet. Bei der Anzahl der jungen Personen mit risikoreichem Opioidkonsum (Inzidenz) zeigt sich eine gleichbleibende Lage. Auch die Mehrheit der anderen Datenquellen des Drogenmonitorings stützt die These einer insgesamt relativ stabilen Lage, da auch dort die Anteile der unter 25-Jährigen stagnieren. Lediglich bei den drogenbezogenen Todesfällen zeigt sich ein Anstieg bei den unter 25-Jährigen. Die genauen Ursachen lassen sich aus der vorliegenden Daten nicht ableiten, mögliche Erklärungen wären beispielsweise ein riskanteres Konsumverhalten oder eine neue Gruppe von Betroffenen.

## 2.4 Am risikoreichen Drogenkonsum beteiligte Substanzen im Zeitverlauf

Da im Vergleich zur Mitte der 2000er-Jahre weniger Jugendliche und junge Erwachsene in den Opioidkonsum einsteigen, stellt sich die Frage, ob dies einen langfristigen Rückgang des risikoreichen Drogenkonsums insgesamt<sup>11</sup> bedeutet oder eine Veränderung risikoreicher Konsummuster hin zum Konsum anderer Drogen. Um dies zu prüfen, können die Zeitreihe der drogenbezogenen Todesfälle nach beteiligten Substanzen und die DOKLI-Daten nach Leitdroge herangezogen werden (vgl. Abbildung 2.7 und Abbildung 2.8).

Die Substanzeanalysen bei direkt drogenbezogenen Todesfällen (vgl. Abbildung 2.7) machen Folgendes deutlich: An der Dominanz von Opioiden hat sich in den letzten Jahren nichts geändert. Kokain und sonstige Stimulanzien<sup>12</sup> werden weiterhin bei den Todesfällen deutlich seltener festgestellt als Opioiden. Im Jahr 2003 lag die Beteiligung von Kokain bei 31 Prozent und ging bis 2009 auf 13 Prozent zurück, 2022 ist dieser Wert auf 34 Prozent angestiegen. Der Anteil an sonstigen Stimulanzien bewegt sich seit Anfang der 2000er-Jahre auf niedrigem Niveau, in den letzten zehn Jahren zeigt sich tendenziell ein leichter Anstieg, 2022 betrug der Anteil 16 Prozent. Nach wie vor wird ein Konsum von Kokain und Stimulanzien vor allem in Kombination mit Opioiden festgestellt. Aus der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle lässt sich somit keine eindeutige Änderung der Konsummuster weg von Opioiden hin zu anderen Substanzen ableiten.

---

11

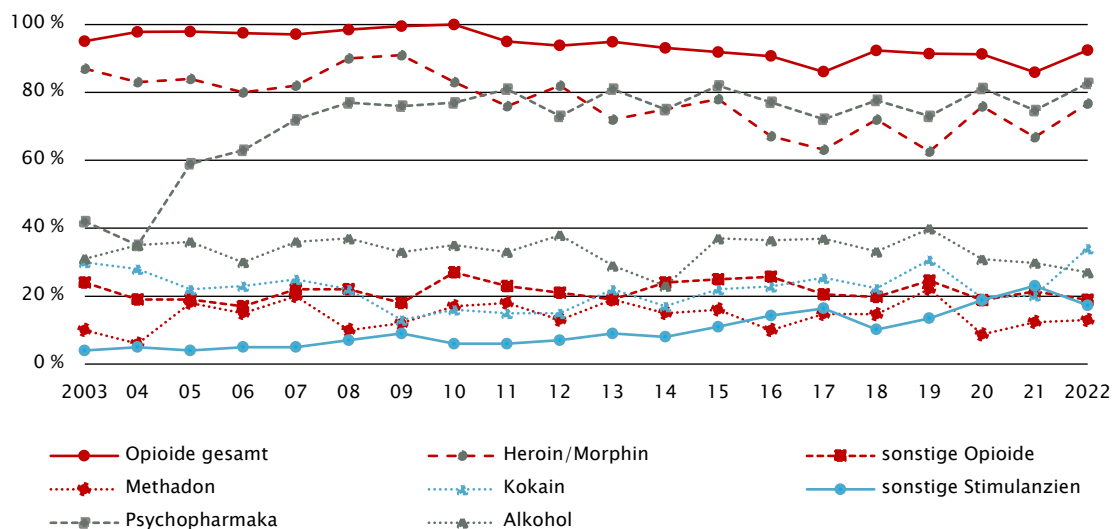
Der rezente Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle könnte jedoch ein erster Hinweis auf eine Verschärfung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden sein.

12

Stimulanzien wie z. B. (Meth-)Amphetamin, Ecstasy, Cathinone etc. exklusive Kokain

Abbildung 2.7:

Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen, 2003–2022



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

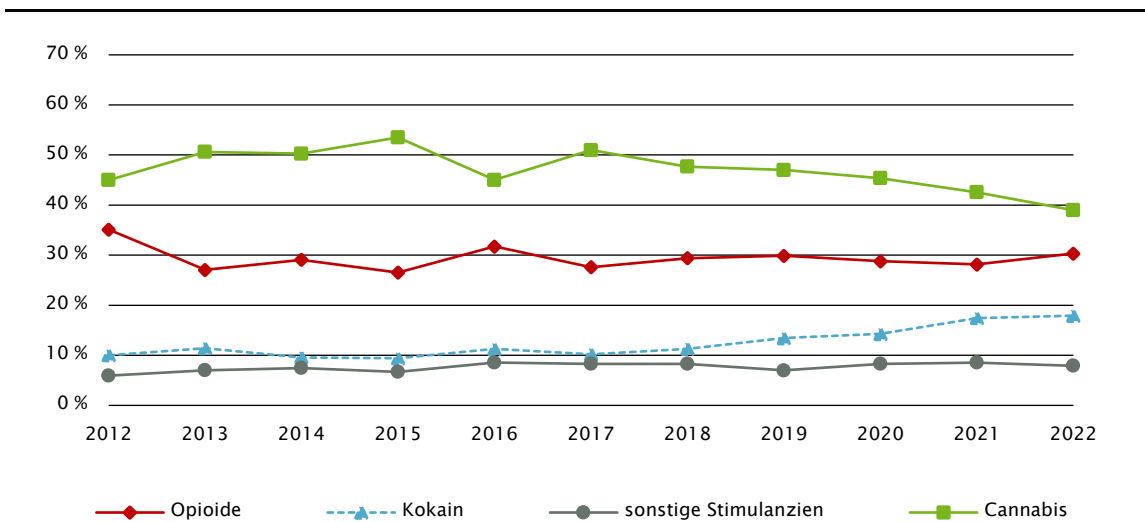
Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die DOKLI-Daten in Abbildung 2.8 zeigen die Drogenproblematik<sup>13</sup> der Klientinnen und Klienten, die sich **erstmalig** in ihrem Leben einer drogenspezifischen Behandlung unterziehen. Betrachtet man die letzten fünf Jahre, zeigt sich beim Prozentanteil von Cannabis ein leichter Rückgang, bei jenem von Kokain ein leichter Anstieg und bei Opioiden eine stabile Situation. Kokain ist mittlerweile bei etwa einem Fünftel der Erstbehandelten die Leitdroge. Bei der Interpretation der Zahlen ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Großteil der Personen in Substitutionsbehandlung nicht in DOKLI aufscheint.

13

Dargestellt wird die hierarchische Leitdroge, Erläuterungen hierzu finden sich in Abschnitt 4.2.1.

Abbildung 2.8:  
Drogenproblematik\* im Zeitverlauf bei längerfristig Erstbehandelten in DOKLI, 2012–2022



Anmerkung: \* Bei Mehrfachangaben: Auswahl einer Leitdroge („hierarchische Leitdroge“) nach folgender Auswahllogik: „Opiode > Kokain > Stimulanzien > andere > Cannabis ohne andere Drogen“; Grundgesamtheit: **Erstbehandelte** mit gültiger Angabe zur Leitdroge: Klientinnen und Klienten, die sich erstmals in ihrem Leben einer längerfristigen (ambulanten bzw. stationären) drogenspezifischen Behandlung unterzogen haben.

Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2012 bis 2022; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusätzlich zu den eben dargestellten österreichweiten Entwicklungen deutet die vertiefte Analyse (vgl. Kapitel 4 des *Epidemiologieberichts Drogen 2015*) lediglich auf lokal begrenzte Szenen mit Konsum von Stimulanzien (z. B. Methamphetamin in Oberösterreich) hin. Auch andere Substanzen wie Mephedron und Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) spielen im Rahmen des risikoreichen bzw. behandlungsrelevanten Drogenkonsums eine untergeordnete Rolle, wie Tabelle 2.1 belegt.

Tabelle 2.1:  
Feinkategorisierung in den Kategorien „andere Stimulanzien“ und „andere Drogen“ aller längerfristig ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen, 2022

Substanz	Leitdroge	Begleitdroge	Summe
andere Drogen/unbekannt	144	269	413
Methamphetamin	158	202	360
Pilze	14	181	195
Ketamin	39	160	199
Mephedron	15	54	69
GHB	9	19	28
andere synthetische Cathinone	4	16	20
Räuchermischungen	6	4	10
Fentanyl (illegal)	7	6	13

Anmerkung: Es handelt sich um Mehrfachnennungen bei Leit- und Begleitdrogen; Anzahl Personen: 11.956.

Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2022; Darstellung: GÖG/ÖBIG



---

**Zusammenfassung:** Es gibt keine Anzeichen für eine signifikante Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums hin zu anderen Substanzen. An der Dominanz von Opioiden bei drogenbezogenen Todesfällen hat sich in den letzten Jahren nichts geändert. Die Beteiligung sonstiger Stimulanzien ist zwar – auf sehr niedrigem Niveau – im Vergleich mit den frühen 2000er-Jahren tendenziell bei den drogenbezogenen Todesfällen und den Erstbehandelten in DOKLI angestiegen. Daraus lässt sich jedoch keine eindeutige Änderung der Konsummuster weg von Opioiden hin zu anderen Substanzen ableiten. Lediglich Kokain hat als Leitdroge an Bedeutung gewonnen, was sich auch bei der Beteiligung an tödlichen Überdosierungen zeigt.

---

## 2.5 Alter und Geschlecht der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, welche Personengruppen besonders häufig von risikoreichem Drogenkonsum betroffen sind. Abbildung 2.9 zeigt die Altersverteilung in den verfügbaren Datenquellen in einer Zusammenschau.<sup>14</sup>

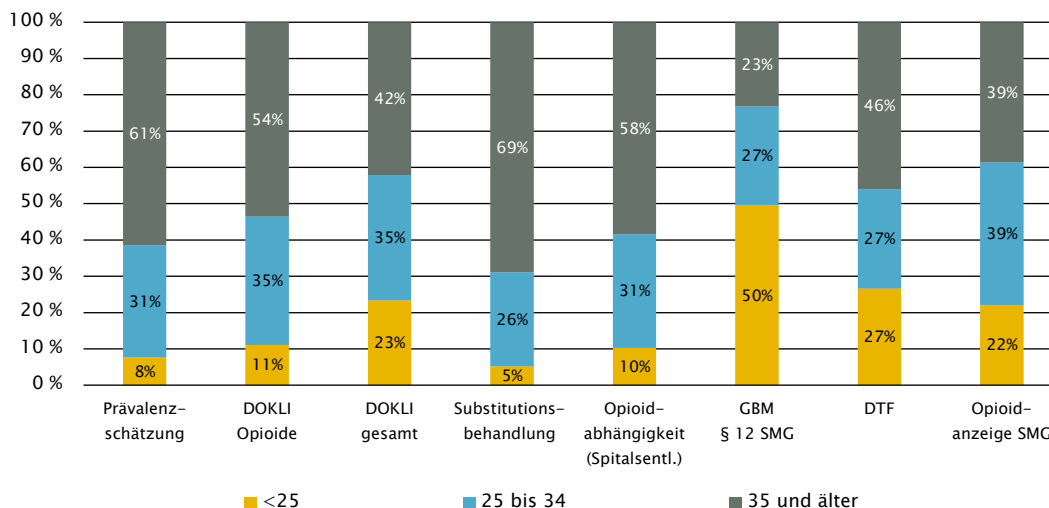
---

14

Da hier der Schwerpunkt auf risikoreichen Konsum gelegt wird, wird die Darstellung für die Behandlungsdaten DOKLI und für die Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz auf Personen mit Opioidproblematik eingeschränkt.

Abbildung 2.9:

Altersverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2022



**Anmerkung:** Prävalenzschätzung und Spitalsentlassungen beziehen sich auf das Jahr 2021 (jüngste verfügbare Daten), alle anderen Daten auf 2022; bei DOKLI und den Anzeigen wurde die Kategorie „Opiode“ aufgrund folgender Auswahllogik determiniert: „Opiode > Kokain > Stimulanzien > andere > Cannabis ohne andere Drogen“.

**Prävalenzschätzung** = geschätzte Anzahl an Personen mit risikoreichem Opioidkonsum; **DOKLI** = Alter (zum Stichtag 30. 6.) aller in DOKLI-Einrichtungen längerfristig (ambulant oder stationär) betreuten Personen; **DOKLI gesamt** (alle Drogen) / **DOKLI Opiode** (Einschränkung auf Opiode); Personen in **Substitutionsbehandlung**; **Opioidabhängigkeit (Spitalsentl.)** = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassung aus stationärer Spitalsbehandlung; **GBM § 12 SMG** = Personen, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat; **DTF** = direkt drogenbezogene Todesfälle; **Opioidanzeige SMG** = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Opioiden

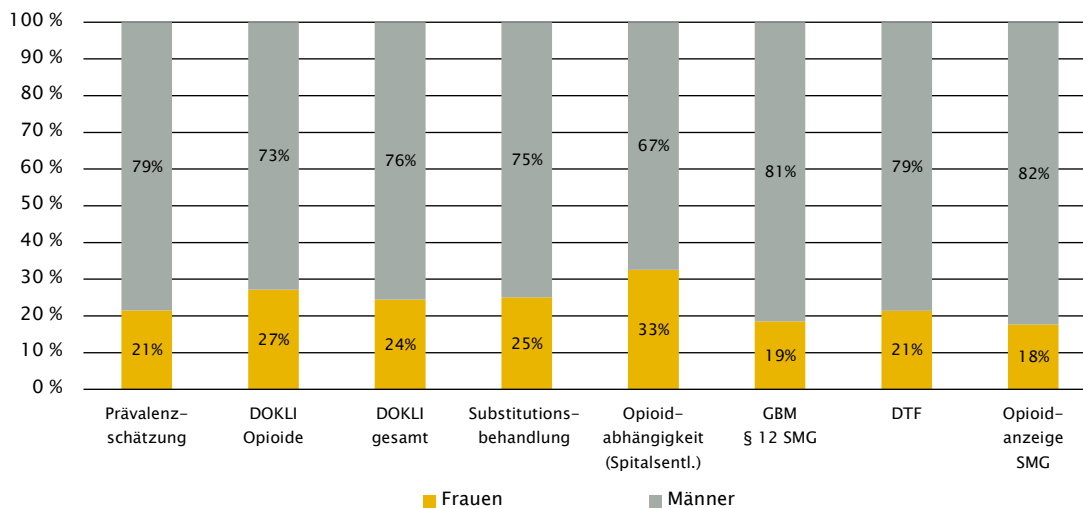
Quellen: DOKLI, BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Datenquellen (vgl. Abbildung 2.9), die sich auf Personen mit **risikoreichem Opioidkonsum** (Prävalenzschätzung, DOKLI Opiode, Spitalsentlassungen, Opioidanzeigen) beziehen, zeigen sehr deutlich, dass junge Personen den geringsten Anteil ausmachen (zwischen 5 % und 22 %). Lediglich bei den drogenbezogenen Todesfällen ist der Anteil der jungen Personen in den letzten Jahren angestiegen (2022: 27 %). Bei all diesen Datenquellen ist der Anteil der älteren Personen im Gegenzug sehr hoch (zwischen 39 % und 69 %). Bei **Personen**, für die eine Begutachtung nach § 12 SMG den **Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme** ergeben hat, ist der Anteil der jüngeren Personen deutlich höher (77 %). Bei den gesundheitsbezogenen Maßnahmen ist die Klientel insgesamt sehr jung (50 %).

**Zusammenfassung:** Die Zusammenschau verschiedener Datenquellen bezüglich des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich ergibt, dass dieser – sofern es sich um Opioidkonsum handelt – eher ältere Personen betrifft und dass der Anteil der jungen Betroffenen relativ niedrig ist. Die einzige Ausnahme stellen die drogenbezogenen Todesfälle dar.

Abbildung 2.10:

Geschlechterverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2022



**Anmerkung:** Prävalenzschätzung und Spitalsentlassungen beziehen sich auf das Jahr 2021 (jüngste verfügbare Daten), alle anderen Daten auf 2022; bei DOKLI und den Anzeigen wurde die Kategorie „Opioide“ aufgrund folgender Auswahllogik determiniert: „Opioide > Kokain > Stimulanzien > andere > Cannabis ohne andere Drogen“.

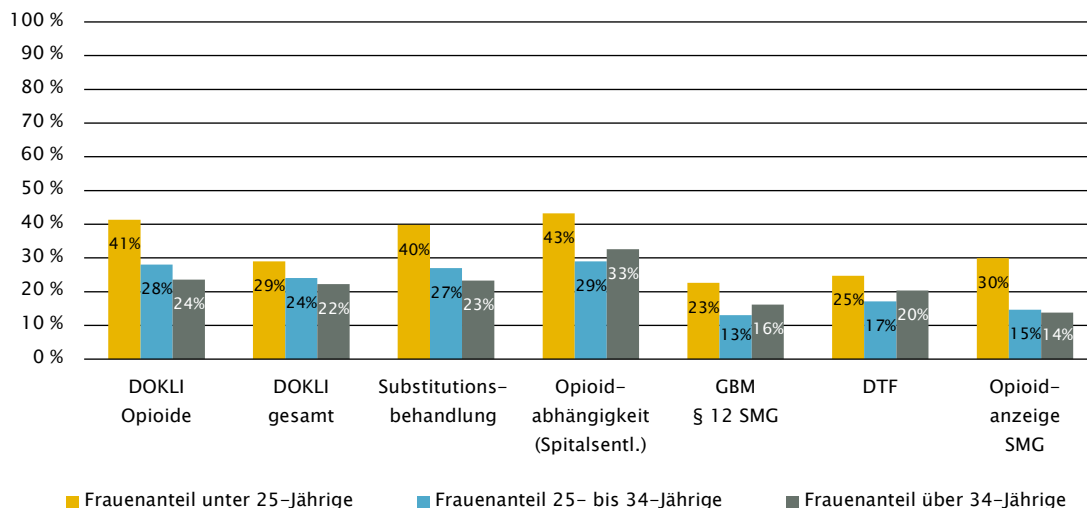
**Prävalenzschätzung** = geschätzte Anzahl an Personen mit risikoreichem Opioidkonsum; **DOKLI** = Alter (zum Stichtag 30. 6.) aller in DOKLI-Einrichtungen längerfristig (ambulant oder stationär) betreuten Personen; **DOKLI gesamt** (alle Drogen) / **DOKLI Opioide** (Einschränkung auf Opioide); Personen in **Substitutionsbehandlung**; **Opioidabhängigkeit (Spitalsentl.)** = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioide) bei Entlassung aus stationärer Spitalsbehandlung; **GBM § 12 SMG** = Personen, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat; **DTF** = direkt drogenbezogene Todesfälle; **Opioidanzeige SMG** = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Opioiden

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

Vom risikoreichen Drogen- bzw. Opioidkonsum sind vor allem Männer betroffen. Das zeigt sich über alle Datenquellen hinweg (vgl. Abbildung 2.10). Rund drei Viertel der Betroffenen in Österreich sind Männer, rund ein Viertel Frauen (vgl. Abschnitt 2.2 und vgl. Abbildung 2.2). Am höchsten ist der Frauenanteil mit 33 Prozent bei Personen, die aufgrund einer Opioidabhängigkeit im Krankenhaus behandelt wurden, am niedrigsten bei Opioidanzeigen (18%). Betrachtet man die Geschlechterverteilung in verschiedenen Altersgruppen (vgl. Abbildung 2.11), zeigt sich in den meisten Datenquellen das Phänomen, dass der Frauenanteil mit zunehmendem Alter kleiner wird: Der risikoreiche Opioidkonsum trifft jüngere Frauen stärker als ältere Frauen.

Abbildung 2.11:

Frauenanteil nach Altersgruppen in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2022



**Anmerkung:** Prävalenzschätzung und Spitalsentlassungen beziehen sich auf das Jahr 2021 (jüngste verfügbare Daten), alle anderen Daten auf 2022; bei DOKLI und den Anzeigen wurde die Kategorie „Opiode“ aufgrund folgender Auswahllogik determiniert: „Opiode > Kokain > Stimulanzien > andere > Cannabis ohne andere Drogen“.

**Prävalenzschätzung** = geschätzte Anzahl an Personen mit risikoreichem Opioidkonsum; **DOKLI** = Alter (zum Stichtag 30. 6.) aller in DOKLI-Einrichtungen längerfristig (ambulant oder stationär) betreuten Personen; **DOKLI gesamt** (alle Drogen) / **DOKLI Opiode** (Einschränkung auf Opiode); Personen in **Substitutionsbehandlung**; **Opioidabhängigkeit (Spitalsentl.)** = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassung aus stationärer Spitalsbehandlung; **GBM § 12 SMG** = Personen, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat; **DTF** = direkt drogenbezogene Todesfälle; **Opioidanzeige SMG** = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Opioiden

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

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

## 3 Drogenbezogene Behandlungen

In Österreich haben suchtkranke Personen grundsätzlich den gleichen Zugang zum gesamten Gesundheitssystem wie Personen ohne Suchterkrankung. Für drogenbezogene Behandlungen gibt es jedoch auch auf Sucht spezialisierte ambulante und/oder stationäre Einrichtungen. Der Rahmen für Substitutionsbehandlungen sowie Voraussetzungen für substituierende Ärztinnen und Ärzte sind in der Suchtgiftverordnung (BGBl. II 1997/347) definiert (vgl. auch Kapitel 1, 2 und 5 in Busch et al. 2022). Die Betreuung und Behandlung von Personen mit risikoreichem Drogenkonsum wird österreichweit durch das pseudonymisierte Statistikregister (eSuchtmittel) und durch das Behandlungsdokumentationssystem DOKLI erfasst (vgl. auch Kapitel Hintergrund und Fragestellungen und Kapitel 4). Im vorliegenden Kapitel wird die epidemiologische drogenbezogene Behandlungssituation anhand folgender Schwerpunkte skizziert: Anzahl der drogenbezogenen Behandelten (vgl. Abschnitt 3.1) und deren Drogenkonsummuster (vgl. Abschnitt 3.2), Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik (vgl. Abschnitt 3.3) sowie Versorgungslage und Versorgungspraxis im Bereich der Substitutionsbehandlungen (vgl. Abschnitte 3.4 und 3.5).

### 3.1 Anzahl der behandelten Personen

Insgesamt befanden sich im Jahr 2022 in Österreich geschätzt 27.133 Personen in drogenbezogener Behandlung.

Von diesen waren 11.931 Personen in ambulanter und 1.179 in stationärer Suchtbehandlung<sup>15,16</sup>. Zusätzlich erhielten 13.055 Personen eine Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und 968 Personen während der Haft (vgl. Tabelle 3.1).<sup>17</sup> Personen mit behandlungsrelevantem Drogenkonsum, die eine Behandlung außerhalb der Suchthilfe oder Substitutionsbehandlung in Anspruch nehmen, sind nicht dokumentiert und daher nicht inkludiert.

---

15

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

16

stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung; Schätzung aus DOKLI

17

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

Tabelle 3.1:

Schätzung der insgesamt wegen des Konsums illegaler Drogen behandelten Personen nach Setting im Jahr 2022

Setting	Anzahl der Personen
ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen) (Schätzung aus DOKLI und eSuchtmittel)	11.931
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (keine Schätzung, eSuchtmittel)	13.055
stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung* (Schätzung aus DOKLI)	1.179
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft (keine Schätzung, eSuchtmittel)	968
Suchtbehandlungen insgesamt	27.133

\* In der Regel lässt sich eine Behandlung in die Schritte Anamnese, Diagnose und Indikation, Förderung der Änderungsmotivation, Erarbeitung von gemeinsamen Zielen, Behandlungsplanung, Durchführung der Behandlung, Abschluss des therapeutischen Prozesses und Evaluation des Behandlungsergebnisses untergliedern. Reine Entgiftungen gelten daher nicht als Behandlung.

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

### Methodik der Schätzung

Die Basis der Schätzung bilden die dokumentierten Daten von Suchtbehandlungen in Österreich in den Dokumentationssystemen DOKLI und eSuchtmittel (vgl. Kapitel Hintergrund und Fragestellungen). Die Personengruppen in DOKLI und jene von eSuchtmittel überschneiden sich teilweise. Zudem können in DOKLI Doppelzählungen nur innerhalb einer Einrichtung und innerhalb Wiens (eindeutiger Identifier) ausgeschlossen werden. Außerhalb Wiens wird in DOKLI von einem Mehrfachzählungsanteil von 22 Prozent und einer Abdeckung (Coverage) von 93 Prozent im ambulanten und 71 Prozent im stationären Sektor ausgegangen.

Zusammengefasst werden für die Schätzungen folgende Faktoren berücksichtigt:

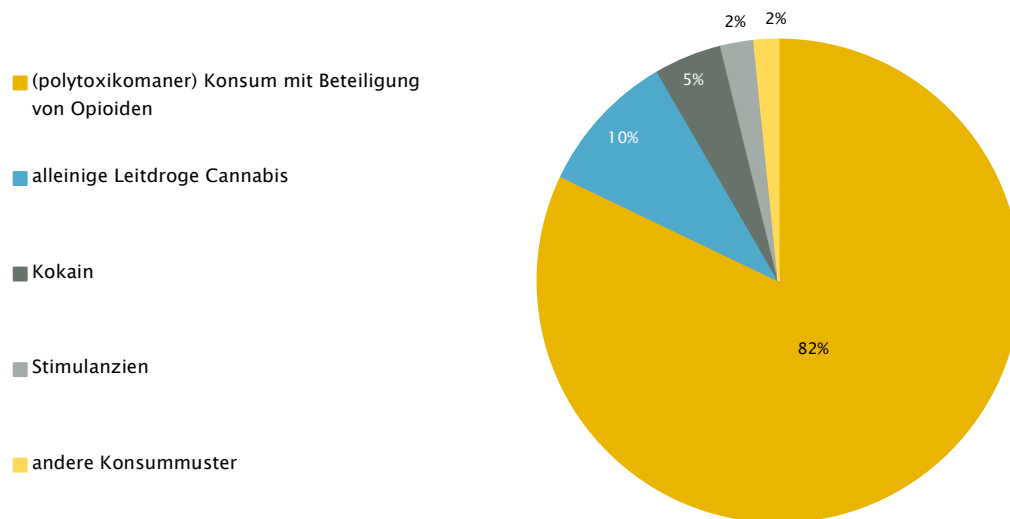
- » Überschneidungsgrad der beiden Dokumentationssysteme DOKLI und eSuchtmittel bei Personen mit Opioidproblematik: 70 Prozent
- » Mehrfachzählungen im Dokumentationssystem DOKLI (Double Counting): 22 Prozent
- » Abdeckungsgrad erfasster behandelter Personen (Coverage) in DOKLI: ambulanter Bereich 93 Prozent, stationärer Bereich 71 Prozent

## 3.2 Drogenkonsummuster der behandelten Personen

Die Analyse der Konsummuster der 27.133 Personen in drogenspezifischer Behandlung zeigt, dass der Großteil – nämlich 22.280 Personen (82 %) – Opioide, meist als Mischkonsum mit anderen (legalen und illegalen) Substanzen, konsumiert. Eine weitere zahlenmäßig relevante Gruppe stellen 2.585 (10 %) Behandelte dar, die Cannabis als alleinige Leitdroge (vgl. Fußnote 7 auf Seite 4)

angeben (vgl. Abschnitt 4.2). Kokain (1.125 Personen), Stimulanzien (601 Personen) und andere Drogen (441 Personen) stellen jeweils nur für einen kleinen Teil die Leitdroge dar (vgl. Abbildung 3.1).

Abbildung 3.1:  
Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung), 2022



Bei Mehrfachangaben: Auswahl einer Leitdroge („hierarchische Leitdroge“) nach folgender Auswahllogik: „Opiode > Kokain > Stimulanzien > andere (z. B. Halluzinogene, Tranquilizer) > Cannabis ohne andere Drogen“.

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

### 3.3 Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik

Für Personen mit Opioidproblematik ist der langfristige Verbleib in Opioid-Substitutionsbehandlung mit einer erheblichen Verringerung der Gesamtmortalität und der Mortalität durch Überdosierung verbunden. Zu den weiteren positiven Effekten zählen die Reduzierung des risikoreichen Konsums und damit im Zusammenhang stehender Beschaffungskriminalität sowie die Prävention drogenbezogener Infektionskrankheiten (Gisev et al. 2019; Ma et al. 2019; O'Connor et al. 2020; Sordo et al. 2017). In den Jahren 2020/2021 lag die Anzahl von Personen mit risikoreichem Opioidkonsum geschätzt bei 35.000 bis 40.000 (vgl. Abbildung 3.2)<sup>18</sup>. In Substitutionsbehandlung befanden sich 2020/2021 zwischen 50 und 58 Prozent der Personen mit risikoreichem

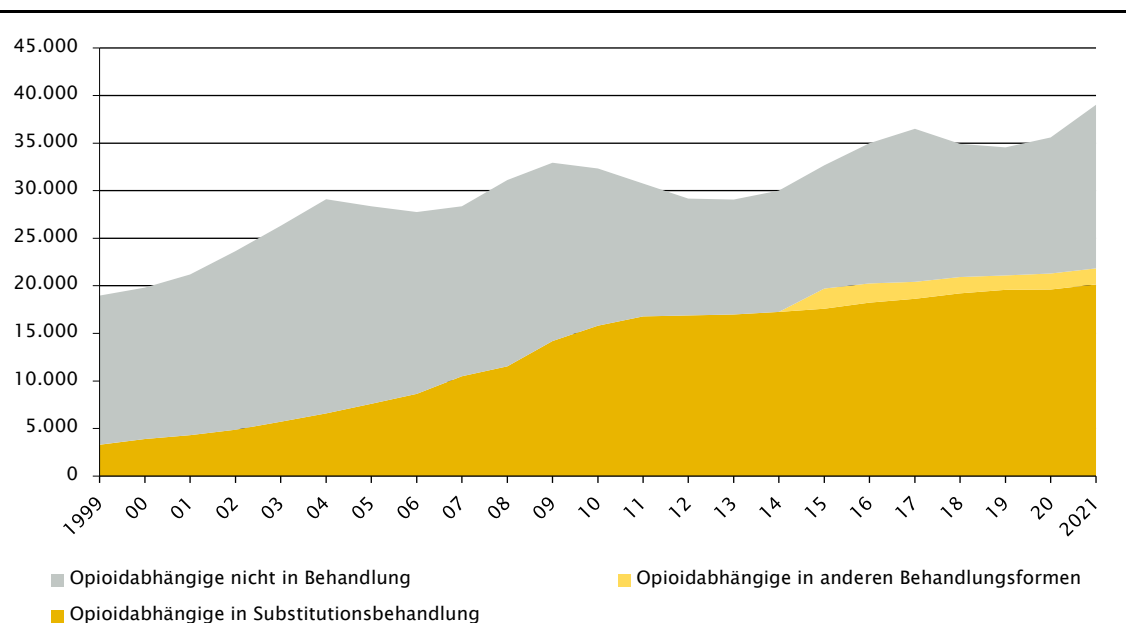
18

Grundlage der geschätzten Daten im vorliegenden Abschnitt ist die für Österreich alle zwei Jahre durchgeführte Prävalenzschätzung (vgl. Kapitel 2).

Opioidkonsum (*In-Treatment-Rate Substitution*<sup>19</sup>). Der Anteil jener Personen, die sich in einer drogenspezifischen Behandlung befanden, lag zwischen 55 und 62 Prozent (*In-Treatment-Rate insgesamt*<sup>20</sup>).

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

Abbildung 3.2:  
Opioidabhängige Personen (in Behandlung), 1999–2021



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

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

19

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

20

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



---

**Zusammenfassung:** Mehr als die Hälfte der geschätzt 35.000 bis 40.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum befindet sich in einer suchtspezifischen Behandlung. Es ist gelungen, über die Jahre die *In-Treatment-Rate Substitution* von Personen mit Opioidabhängigkeit massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg gewertet werden.

---

### 3.4 Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen

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

1. Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte<sup>21</sup>
2. Anzahl der tatsächlich in der Substitutionsbehandlung tätigen, d. h. versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte<sup>22</sup>
3. Anzahl der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen<sup>23</sup>

Im Jahr 2022 waren insgesamt 20.644 opioidabhängige Personen in Substitutionsbehandlung. Um das Verhältnis von Personen in Substitutionsbehandlung zu substituierenden Ärztinnen und Ärzten näher betrachten zu können, muss ein Stichtag herangezogen werden: Die Anzahl der für die Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte beträgt in Österreich zum Stichtag 31. 12. 2022 insgesamt 668 Mediziner:innen. Von diesen haben 607 (91 %) am Stichtag 31. 12. 2022 mindestens eine Substitutionsbehandlung durchgeführt. Österreichweit befanden sich zum Stichtag 19.276<sup>23</sup> Personen in Substitutionsbehandlung, somit kommen durchschnittlich 32 Behandelte auf eine Ärztin bzw. einen Arzt.

Die **Betreuungszahlen pro Ärztin bzw. Arzt** haben sich innerhalb der letzten Jahre nur geringfügig verändert (vgl. Abbildung 3.3). Während im Jahr 2022 170 Ärztinnen und Ärzte (28 %) jeweils nur eine(n) bis drei Patientinnen und Patienten betreuten, waren bei 103 Ärztinnen und Ärzten (17 %) jeweils vier bis zehn Personen in Substitutionsbehandlung. Die vergleichsweise geringen Betreuungszahlen pro Ärztin bzw. Arzt können dahingehend interpretiert werden, dass ein Teil der Substitutionsbehandlungen wohnortnah bei Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der Regelversorgung durchgeführt wird. Mehr als ein Drittel (36 %) aller Substitutionspatientinnen und -patienten wird

---

<sup>21</sup>

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

<sup>22</sup>

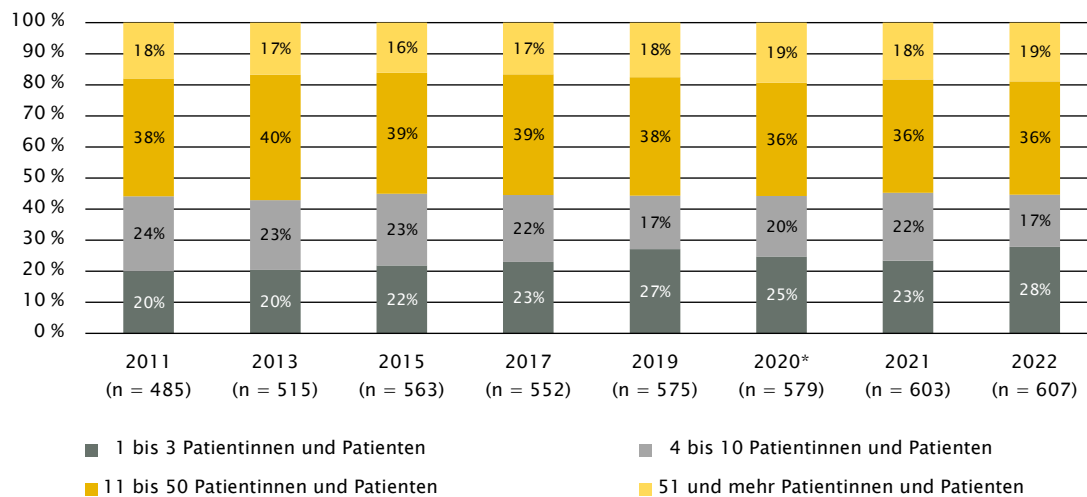
Berechnungen aus eSuchtmittel

<sup>23</sup>

vgl. Annex, Tabelle 1

hingegen von Ärztinnen und Ärzten betreut, die zwischen 11 und 50 Personen behandeln. Knapp jeder und jede fünfte Patient:in (19 %) wird in Behandlungssettings mit einer hohen Patientenfrequenz betreut ( $\geq 51$  Patientinnen und Patienten), beispielsweise in Suchthilfeinrichtungen oder bei Ärztinnen und Ärzten.

Abbildung 3.3:  
Betreute Substitutionspatientinnen und -patienten pro Ärztin bzw. Arzt\*\* in Prozent, seit 2011



Anmerkungen: Die Auswertung bezieht sich auf den Stichtag 31.12. des jeweiligen Jahres (vor dem Jahr 2014 war der Stichtag der 30.6.).

\* Aufgrund von (coronabedingt) nachgemeldeten Behandlungen wurden die Substitutionszahlen des Jahres 2020 neu berechnet.

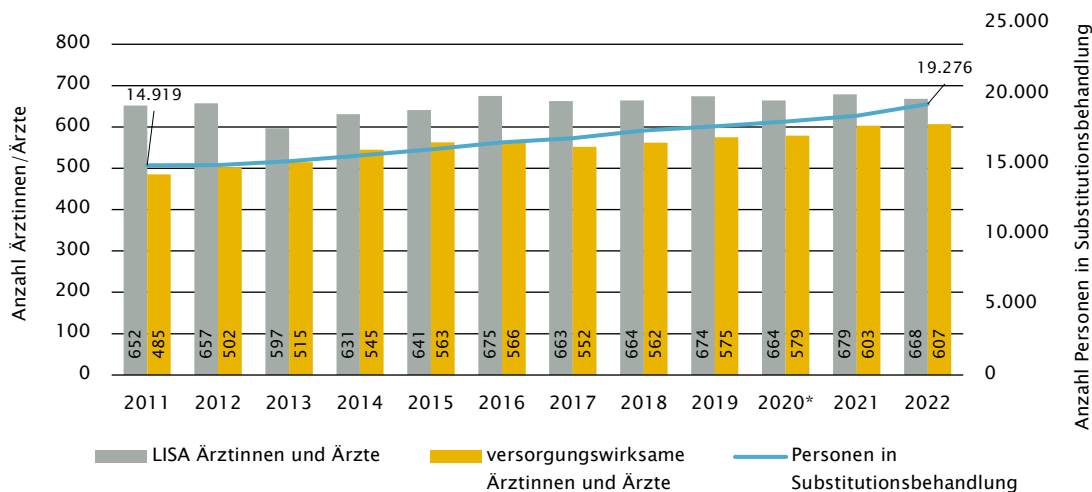
\*\* Die Auswertung bezieht sich auf alle in der Substitutionsbehandlung tätigen Ärztinnen und Ärzte, unabhängig davon, ob es sich um niedergelassene Ärztinnen und Ärzte handelt oder um solche, die in einer stationären Einrichtung tätig sind.

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

Im zeitlichen Trend hat sich die Zahl der zur Substitution qualifizierten Ärztinnen und Ärzte seit 2011 kaum erhöht: Im Jahr 2011 waren 652 Ärztinnen und Ärzte zugelassen, 2022 sind es 668. Von diesen theoretisch zugelassenen Ärztinnen und Ärzten führte nur ein Teil tatsächlich auch Substitutionsbehandlungen durch, war also tatsächlich versorgungswirksam: Im Jahr 2011 hatten 485 von 652 Ärztinnen und Ärzten mindestens eine Patientin bzw. einen Patienten, im Jahr 2022 waren dies 607 von 668 (vgl. Abbildung 3.4). Österreichweit mag dies auf den ersten Blick wie eine sichtbare Zunahme an versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzten erscheinen. Diese bundesweiten Durchschnittswerte berücksichtigen jedoch regionale Gegebenheiten nicht und können beispielsweise auf einer höheren Versorgungsdichte in städtischen Gebieten beruhen. So kann es auf regionaler Ebene (z. B. auf Bezirksebene) durchaus zu Versorgungsengpässen kommen. Insbesondere in Anbetracht der zu erwartenden Pensionierungswelle unter der Ärzteschaft ist daher mit (regionalen) Versorgungsengpässen zu rechnen (siehe auch Busch et al. 2022, Kapitel 5).

Abbildung 3.4:

Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung, jeweils zum Stichtag 31. 12. in Österreich im Trend, 2011–2022



\* Aufgrund von (coronabedingt) nachgemeldeten Behandlungen wurden die Substitutionszahlen des Jahres 2020 neu berechnet.

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

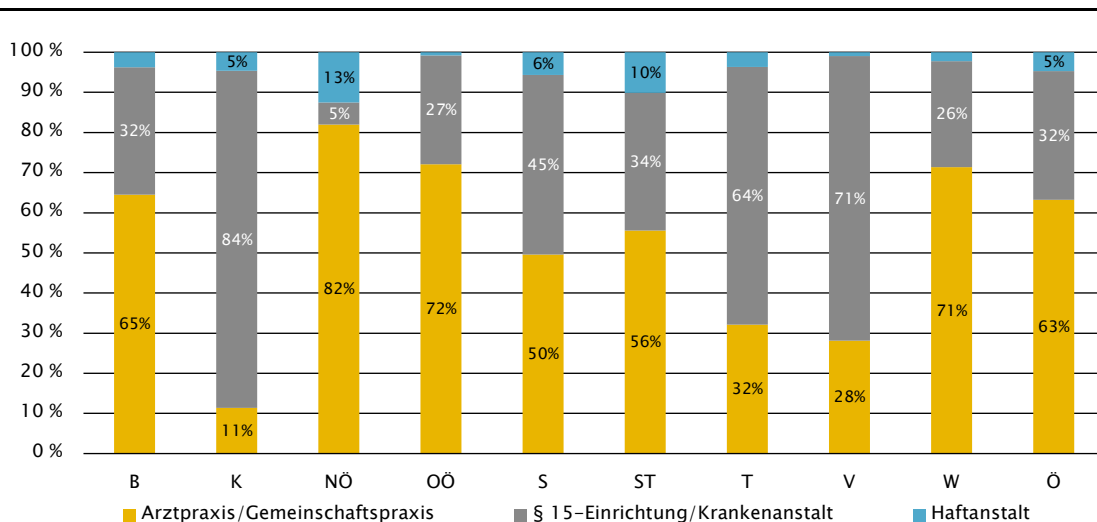
Die Substitutionsbehandlung in den Bundesländern ist unterschiedlich organisiert (vgl. Abbildung 3.5): Einige Bundesländer setzen in der Versorgung stark auf den niedergelassenen Bereich (dezentrale Versorgung), andere bieten Substitutionsbehandlung vorwiegend zentral über § 15-Einrichtungen/Krankenanstalten an. Während im Burgenland, in Niederösterreich, Oberösterreich und in Wien (über) zwei Drittel der Betroffenen in Arzt- und Gemeinschaftspraxen behandelt werden, sind es beispielsweise in Kärnten nur 11 Prozent. Besonders in Wien sind Ärztinnen und Ärzte zudem über die Bundeslandgrenze hinaus tätig, wenn beispielsweise eine Wiener Ärztin oder ein Wiener Arzt auch Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern betreut. Bezüglich Substitutionsbehandlungen in Haftanstalten sei auf den Bericht zur Drogensituation verwiesen<sup>24</sup>.

24

Im Substitutionsregister scheint eine Substitutionsbehandlung, die in einer Haftanstalt stattfindet, nicht immer als solche auf: So werden beispielsweise in Oberösterreich und Vorarlberg Substitutionsbehandlungen in Haft fast ausschließlich durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte durchgeführt und somit der Kategorie „Arztpraxis/Gemeinschaftspraxis“ zugeordnet.

Abbildung 3.5:

Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Patientin bzw. des Patienten, 2022



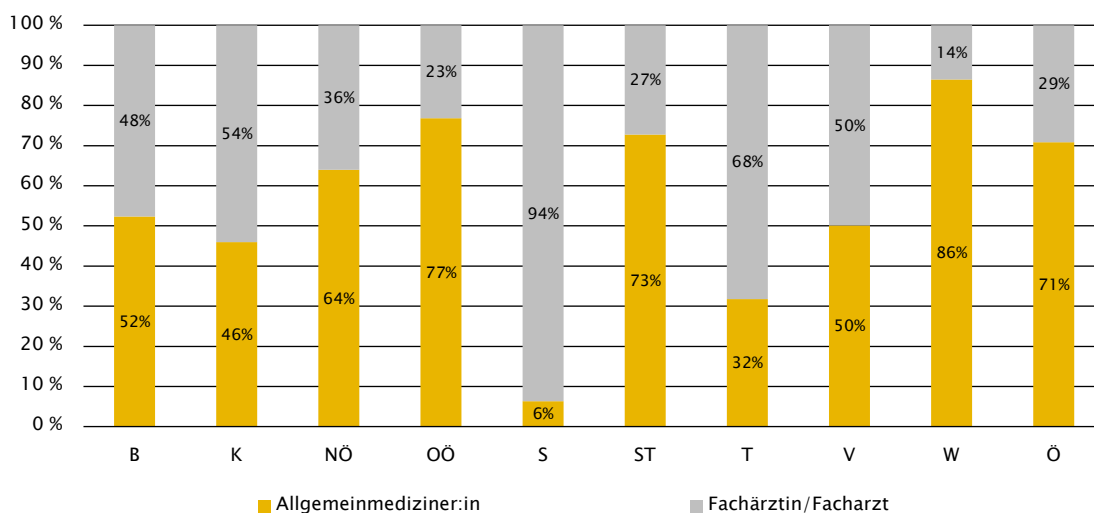
Anmerkung: Daten zum Bundesland der Haftanstalt müssen vorsichtig interpretiert werden. Zum einen entspricht das Bundesland des Haftortes nicht immer dem Bundesland vor Haftantritt, d. h. Personen verbüßen ihre Haftstrafe auch in Haftanstalten anderer Bundesländer. Dieser Umstand hängt auch mit der unterschiedlichen Anzahl an Gefängnissen pro Bundesland sowie den Charakteristika der einzelnen Haftanstalten zusammen. Beispielsweise ist nicht jede Haftanstalt auf die Suchtbehandlung (gem. § 22 StGB) oder Entwöhnungsbehandlung (gem. § 68a StVG) von Insassinnen und Insassen ausgelegt oder für die strafrechtliche Unterbringung in einem forensisch-therapeutischen Zentrum (gem. § 21 Abs. 1 und Abs. 2 StGB) zuständig. Zum anderen ist Substitution in Haft unterschiedlich organisiert und eine Substitutionsbehandlung, die in einer Haftanstalt stattfindet, scheint im Substitutionsregister nicht immer als solche auf (vgl. auch Fußnote 24).

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

Hinsichtlich der ärztlichen Betreuung von Personen in Substitutionsbehandlung spielen Allgemeinmediziner:innen eine zentrale Rolle. Der überwiegende Anteil der Substitutionspatientinnen und -patienten in Österreich wird von diesen betreut (vgl. Abbildung 3.6), wobei sich auch hier starke regionale Unterschiede zeigen. So finden beispielsweise in Salzburg über 90 Prozent der Substitutionsbehandlungen durch Fachärztinnen und Fachärzte statt, in Wien hingegen nur etwas über 10 Prozent.

Abbildung 3.6:

Versorgungslage Substitutionsbehandlung: Anteil der durch Allgemeinmediziner:innen versus Fachärztinnen bzw. Fachärzte betreuten Patientinnen und Patienten am Stichtag 31. 12. 2022 nach Bundesland



Anmerkung: Bundesland entspricht dem Meldeort der Patientin bzw. des Patienten.

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

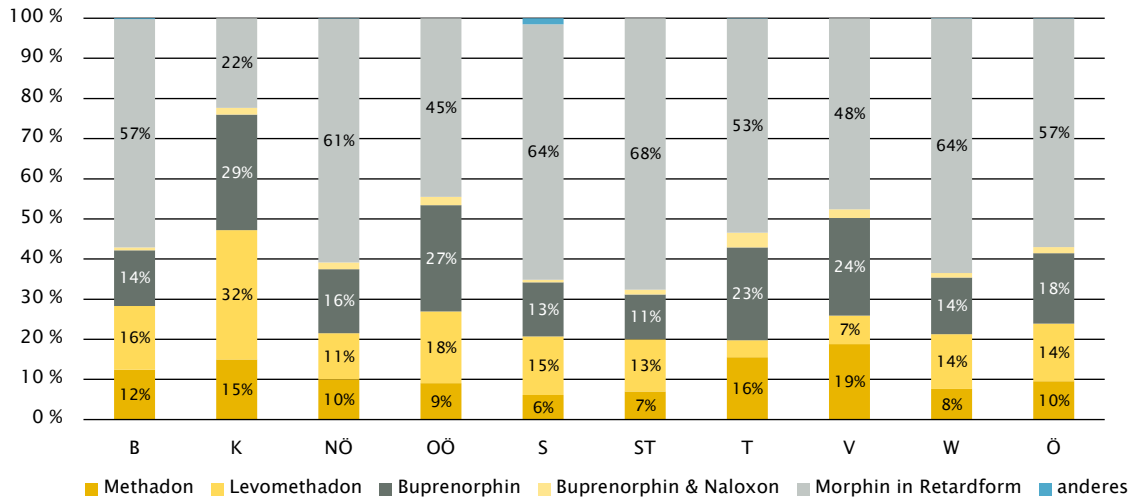
**Zusammenfassung:** Im Jahr 2022 waren insgesamt 20.644 opioidabhängige Personen in Substitutionsbehandlung. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die pro substituierender Ärztin bzw. substituierendem Arzt betreut werden, ist in Österreich nach wie vor stark unterschiedlich. Manche Ärztinnen und Ärzte betreuen sehr viele Patientinnen und Patienten. Österreichweit wird der überwiegende Anteil aller Substitutionsbehandlungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern durchgeführt. Im Zeitverlauf lässt sich keine bundesweite Verschlechterung der Versorgungslage feststellen, regionale Unterversorgungen können jedoch nicht ausgeschlossen werden.

### 3.5 Verschreibungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlungen

Österreichweit stellt Morphin in Retardform (57 %) das am häufigsten verschriebene Substitutionsmittel dar, gefolgt von Methadon (Methadon und Levomethadon erreichen gemeinsam 24 %). Auffällig ist dabei, dass die Verschreibungspraxis bundeslandabhängig sehr unterschiedlich ist. Während beispielsweise in Kärnten nur bei 22 Prozent der Behandelten Morphin in Retardform zum Einsatz kommt, ist dies in Wien, Niederösterreich, Salzburg und der Steiermark bei mehr als 60 Prozent der Behandelten der Fall (vgl. Abbildung 3.7). In den letzten Jahren hat sich österreichweit an der Verschreibungspraxis wenig geändert. Lediglich der Anteil des neu zugelassenen Levomethadon hat sich auf Kosten von Methadon erhöht (vgl. Abbildung 3.8).

Abbildung 3.7:

Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland, 2022

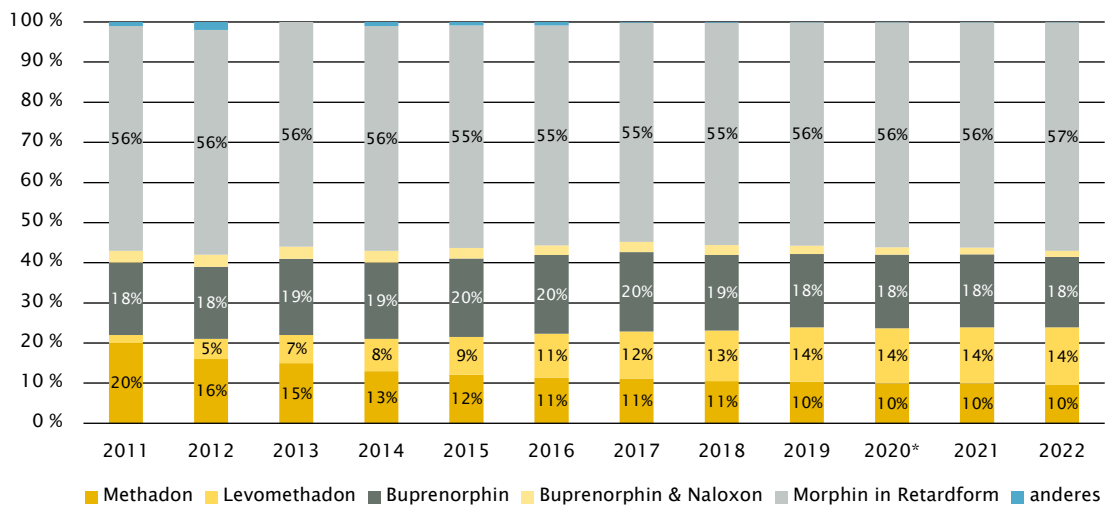


Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 20.550 der insgesamt 20.644 Personen, da bei 94 Personen keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

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

Abbildung 3.8:

Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel, 2011–2022

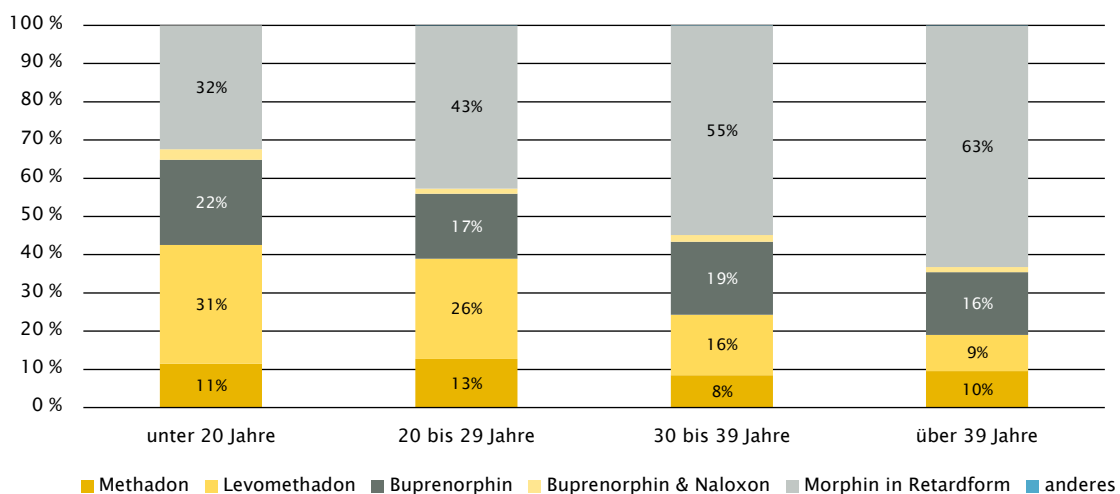


Anmerkung: Das aktuellste Substitutionsmittel des jeweiligen Jahres. \* Aufgrund von (coronabedingt) nachgemeldeten Behandlungen wurden die Substitutionszahlen des Jahres 2020 neu berechnet

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

Auch bezüglich des Alters der Behandelten lassen sich beim verordneten Substitutionsmittel Unterschiede feststellen, wenngleich sich das Substitutionsmittel im Laufe der Behandlung verändern kann. Eine Umstellung auf ein anderes Substitutionsmedikament kann aus mehreren Gründen indiziert sein, beispielsweise aufgrund von belastenden Nebenwirkungen, einer erhofften besseren psychisch stabilisierenden Eigenschaft der alternativen Substanz oder einer erhofften Distanzierung vom i. v. Konsum oder aber auch wegen der Präferenz für eine i. v. konsumierbare Substanz (ÖGABS et al. 2017). Insgesamt zeigt sich, dass bei Jüngeren Methadon und Levomethadon häufiger eingesetzt wird (vgl. Abbildung 3.9). Bei Patientinnen und Patienten im Alter ab 30 Jahren wird vermehrt Morphin in Retardform verschrieben.

Abbildung 3.9:  
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter, 2022



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 20.550 der insgesamt 20.644 Personen, da bei 94 Personen keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

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

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

## 4 Detailergebnisse aus den Behandlungseinrichtungen (DOKLI)

In Österreich gibt es ein einheitliches Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe (DOKLI), in dem insbesondere Informationen zur Lebenssituation sowie zu Konsummustern dokumentiert werden. Dies trägt zum Gesamtbild der epidemiologischen Situation bei<sup>25</sup>. Mithilfe dieser Daten kann folgenden Forschungsfragen detailliert nachgegangen werden:

- » Wer befindet sich in diesen Einrichtungen in Behandlung/Betreuung?
- » Wie ist die Lebenssituation dieser Menschen?
- » Welche Drogen konsumieren Menschen, die an das System der Drogenhilfe andocken?
- » Wegen welcher Drogen sind Menschen in Suchtbehandlungseinrichtungen?
- » Wie entwickelt sich der Konsum unterschiedlicher Substanzgruppen über die Zeit?
- » Mit welcher Motivation wird eine Behandlung/Betreuung begonnen?

---

25

Nicht erfasst werden die Substitutionsbehandlungen, die von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden (siehe Kapitel 3).



Das einheitliche Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe (DOKLI) liefert Daten für einen von fünf Schlüsselindikatoren, die die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht entwickelte, um die Situation im Bereich des risikoreichen Drogenkonsums einschätzen zu können (vgl. Kapitel Hintergrund und Fragestellungen). Nähere Informationen zu Methodik und Datenqualität finden sich im Annex des vorliegenden Berichts.

Die Daten werden in unterschiedlichen Behandlungssettings erfasst:

**Kurzfristige Kontakte:** Für Klientinnen und Klienten, bei denen es bei den ersten Kontakten nicht klar ist, ob sich ein längerfristiges Betreuungsverhältnis entwickeln wird, gelten die ersten fünf Kontakte als unverbindliche, kurzfristige Beratung = kurzfristiger Kontakt. Bei diesen Klientinnen und Klienten werden nur einige wenige Basisdaten erhoben.

**Niederschwellige Begleitung:** Von niederschwelliger Begleitung wird gesprochen, wenn Klientinnen und Klienten von niederschweligen Einrichtungen deren Angebote (Beratung, Angebote der Schadensminimierung etc.) mit einer gewissen Regelmäßigkeit in Anspruch nehmen und ihren Betreuerinnen und Betreuern namentlich oder mit Spitznamen bekannt sind (Stammklientel). Bei diesen Klientinnen und Klienten werden nur einige ausgewählte Variablen erhoben, die für das niederschwellige Setting relevant sind.

**Längerfristig ambulante oder stationäre Behandlung und Betreuung:** Von längerfristiger Behandlung/Betreuung ist zu sprechen, wenn entweder mit der Klientin bzw. dem Klienten eine entsprechende Vereinbarung (z. B. stationäre Behandlung, Substitutionsbehandlung, längerfristige psychosoziale Betreuung) getroffen wurde (dies kann auch in einer niederschweligen Einrichtung der Fall sein) oder es mit einer Klientin bzw. einem Klienten in einem Zeitraum von zwölf Monaten mehr als fünf Face-to-Face-Kontakte gibt. Bei diesen Klientinnen und Klienten wird die Vollversion des DOKLI-Fragebogens erhoben.

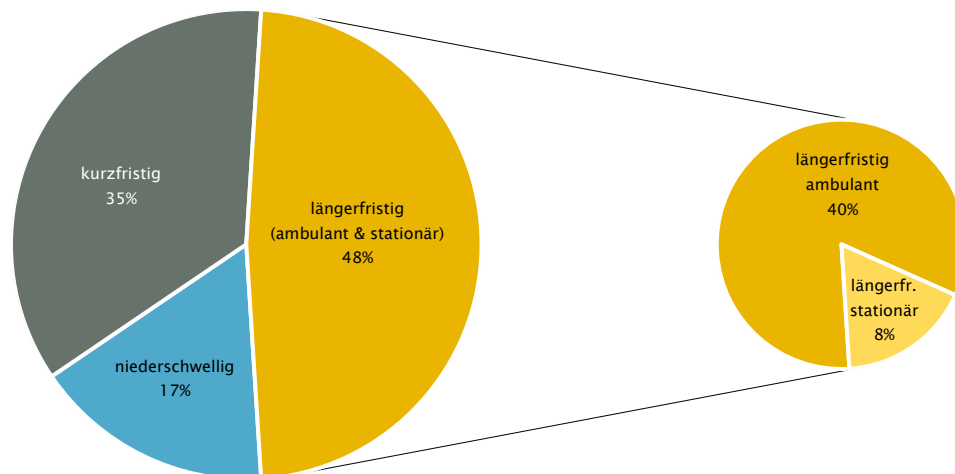
Alle nachfolgenden Auswertungen beziehen sich auf **Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2022 eine entsprechende drogenspezifische Betreuung begonnen** haben; begann eine Person in der gleichen Einrichtung mehrmals eine Betreuung im gleichen Jahr, wurde die erste ausgewählt. Wenn nicht explizit anders angemerkt, werden in diesem Kapitel Klientinnen und Klienten **in längerfristiger** (ambulanter und stationärer) **Betreuung** beschrieben.

Ein wichtiger Begriff in DOKLI ist die sogenannte „**Leitdroge**“. Unter „Leitdrogen“ sind jene Drogen zu verstehen, die der Klientin bzw. dem Klienten aus deren bzw. dessen subjektiver Sicht die meisten Probleme verursachen (Mehrfachnennungen möglich). Dabei bezieht sich die Problemdefinition – angelehnt an ICD-10 – auf psychosoziale sowie gesundheitliche und nicht auf rein rechtliche Problemstellungen.

Von allen Behandlungsbeginn in Österreich entfällt der größte Teil auf längerfristige Betreuungen (ambulant und stationär zusammen: 48 %), gefolgt von kurzfristigen Kontakten mit 35 Prozent. Aber auch die niederschwellige Betreuung macht mit nahezu 17 Prozent einen nennenswerten Anteil aus. Abbildung 4.1 zeigt gut, wie breit gefächert das in Anspruch genommene Angebot der Drogenhilfe ist. Den kleinsten Anteil macht die längerfristig stationäre Behandlung aus. In **diesem Kapitel liegt der Fokus auf längerfristigen Behandlungen/Betreuungen (ambulant und stationär)**. Auf Ergebnisse in anderen Settings wird in der Folge nur eingegangen, wenn besondere, relevante Unterschiede festgestellt wurden. Detaillierte Auswertungen nach Setting befinden sich im Annex.

Abbildung 4.1:

Settings, in denen Personen betreut wurden, die 2022 eine Betreuung begannen



Grundgesamtheit: alle Betreuten, die 2022 eine Behandlung/Betreuung begannen (n = 9.816)

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2022

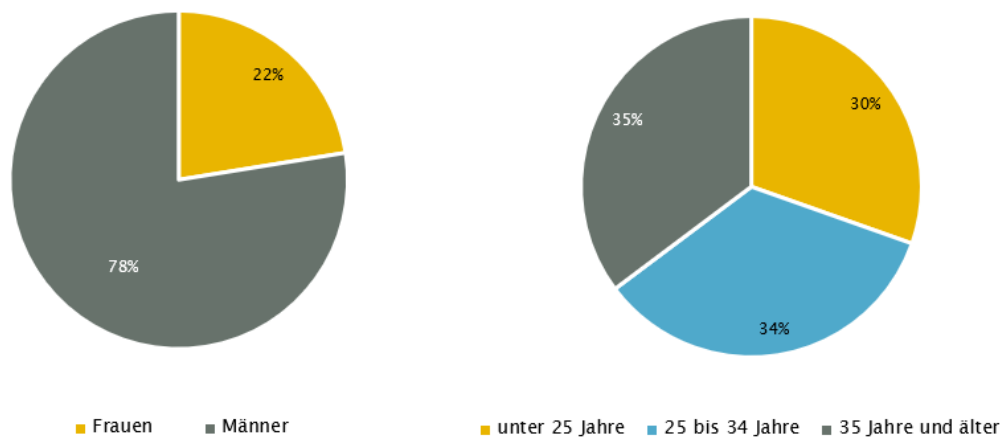
## 4.1 Soziodemografie und Lebenssituation von Menschen in Drogenbehandlung

Die Daten aus den Behandlungseinrichtungen liefern wichtige Informationen über die Lebenssituation von Menschen mit Suchtproblemen. Somit kann den Fragen nachgegangen werden, welche Personen vorrangig in Suchtbehandlung sind und in welcher Lebenssituation sie sich dort befinden. Durch die Analyse der Ergebnisse im Zeitverlauf können Entwicklungen nachvollzogen werden. Im Folgenden wird im Detail auf **Klientinnen und Klienten, die im jeweiligen Jahr eine längerfristige Betreuung** begannen, eingegangen.

## 4.1.1 Soziodemografie

Einen Überblick über die Menschen, die im Jahr 2022 eine längerfristige Betreuung in einer Drogeneinrichtung begannen, bietet Abbildung 4.2. Man sieht, dass vor allem Männer eine Betreuung in Anspruch genommen haben; Frauen machen lediglich rund ein Fünftel des Klientels aus. Jeweils rund ein Drittel der Klientinnen und Klienten sind 24 Jahre alt oder jünger, zwischen 25 und 34 Jahre alt oder ab 35 Jahre alt.

Abbildung 4.2:  
Personen, die 2022 eine längerfristige Betreuung begannen, nach Geschlecht und Alter



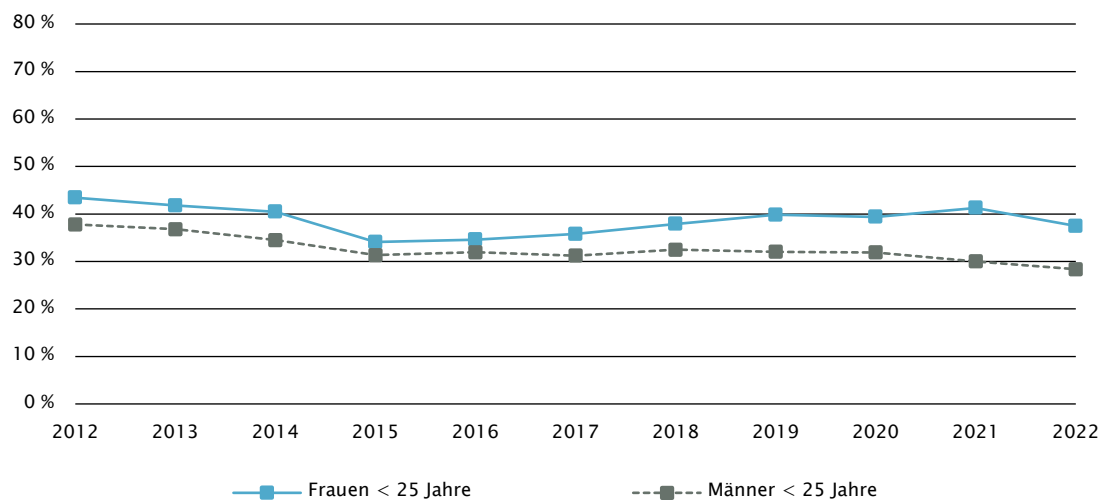
Grundgesamtheit: alle Betreuten, die 2022 eine längerfristige Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär) begannen (n = 4.709); Alter zum Stichtag

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2022

Der Anteil jüngerer Menschen ist ein guter Indikator, um zu erkennen, ob es Neueinsteiger:innen in die Drogenproblematik gibt. Hier lässt sich bei den Frauen im Zeitverlauf zwischen 2012 und 2022 kein eindeutiger Trend erkennen: Rund 40 Prozent waren jünger als 25 Jahre. Allerdings liegt der Anteil der jüngeren Frauen immer über jenem der Männer. Bei den Männern zeigt sich zwischen 2012 und 2022 ein Rückgang der Jüngeren von rund 40 auf ungefähr 30 Prozent (vgl. Abbildung 4.3).

Abbildung 4.3:

Anteil unter 25-jähriger Männer und Frauen, die mit einer längerfristigen Betreuung begannen, 2012–2022



Grundgesamtheit: Personen in längerfristiger Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär); Alter zum Stichtag; Behandlungsbeginn im jeweils dargestellten Jahr

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2012 bis 2022

## 4.1.2 Lebenssituation

Bei Interpretation der Angaben zur **Wohnsituation** ist zu berücksichtigen, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B., wenn ein oder eine Klient:in aufgrund der Suchterkrankung mangels anderer Alternativen bei den Eltern oder bei Bekannten wohnt) (DOKLI 22 im Annex). Insofern bedeutet gesichert, dass diese Personen nicht obdachlos sind, es sich aber auch nur um eine kurzfristige Momentaufnahme handeln kann. Personen in längerfristiger Betreuung geben zu über 85 Prozent an, in einer gesicherten Wohnsituation zu leben, im Bereich der niederschweligen Betreuung sind es jedoch rund 50 Prozent. Etwas weniger als die Hälfte der Personen, die über 20 Jahre alt sind, hat einen Pflichtschulabschluss als höchsten **Bildungsabschluss** und weitere 38 Prozent haben zusätzlich einen Lehrabschluss (DOKLI 78 im Annex). Im Schnitt ist ca. ein Drittel **erwerbstätig**, wobei es zwischen den Behandlungssettings große Unterschiede gibt: Weniger als zehn Prozent der Personen in stationärer Behandlung gehen einer Form der Erwerbstätigkeit nach, während dies in längerfristig ambulanter Betreuung 37 Prozent angeben (DOKLI 18 im Annex). Eine Erklärung dafür könnte sein, dass Personen mit einer langen Suchthistorie tendenziell eine höhere Bereitschaft zeigen, sich einer langfristigen stationären Therapie zu unterziehen, da dieses Behandlungssetting besser auf die Bedürfnisse dieser spezifischen Zielgruppe abgestimmt ist. Ungefähr jeder und jede zehnte Klient:in gibt an, mit mindestens einem **Kind** im gemeinsamen Haushalt zu leben (DOKLI 23 im Annex).

---

**Zusammenfassung:** Es gibt ein breit gefächertes Angebot der Drogenhilfe in Österreich. Die Betreuung findet vorrangig im längerfristigen Setting statt. Aber auch kurzfristige Kontakte und niederschwellige Angebote werden in Anspruch genommen. Männer machen einen Großteil der Personen in Drogenbehandlung aus. Wenn sich Frauen in Betreuung begeben, sind sie meist jünger als Männer. Die Wohnsituation kann in den meisten Fällen als zumindest kurzfristig gesichert angesehen werden. Ungefähr jeder und jede zehnte Klient:in gibt an, mit mindestens einem Kind im Haushalt zu leben.

---

## 4.2 Konsumierte Substanzen und Konsumproblematik

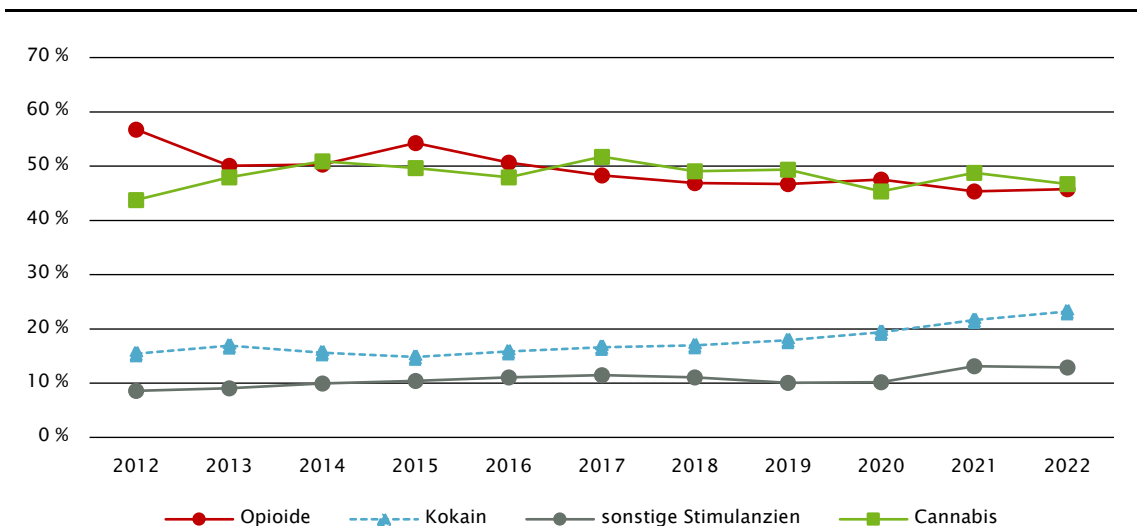
Anhand der DOKLI-Daten können die von Personen, die eine längerfristige Betreuung beginnen, aktuell konsumierten Substanzen abgeleitet und diesbezügliche Trends analysiert werden. Zentrale Fragestellungen sind, welche Substanzen am häufigsten konsumiert werden und wie sich dies im Laufe der Zeit verändert. Darüber hinaus kann untersucht werden, ob es hier Unterschiede nach Alter und Geschlecht gibt. Besonderes Augenmerk liegt auf den Leitdrogen (vgl. Fußnote 7 auf Seite 4), also auf jenen Substanzen, weswegen die Klientinnen und Klienten vorrangig in Behandlung sind.

### 4.2.1 Konsumierte Substanzen

Untersucht man die Fragestellung, welche Drogen von Menschen in längerfristiger Betreuung konsumiert werden, zeigt sich im Zeitverlauf bei den meisten Substanzen ein sehr konstantes Bild (vgl. Abbildung 4.4). Bei Interpretation der Grafik ist zu beachten, dass pro Person mehrere unterschiedliche Drogen angegeben werden können; es zeigt sich, dass Mischkonsum vorherrscht und Klientinnen und Klienten vorrangig mehrere Substanzen konsumieren. Die häufigsten Substanzen sind Opioide und Cannabis (rund 50 % geben dies an). Stimulierende Substanzen, wie Kokain und andere Stimulanzien, spielen eine geringere Rolle (23 % und 13 %).

Abbildung 4.4:

Konsum ausgewählter Leitdrogen (Mehrfachnennungen) bei längerfristig Betreuten, 2012–2022



Grundgesamtheit: Personen in längerfristiger Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär); Behandlungsbeginne;  
Leitdroge: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2012 bis 2022

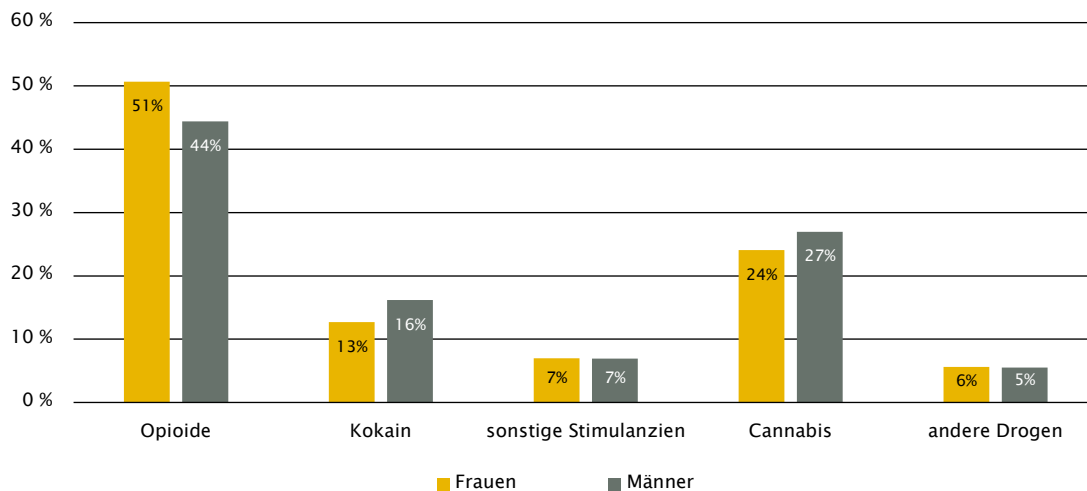
Im von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht definierten epidemiologischen Schlüsselindikator „Treatment Demand“ werden die Daten von Klientinnen und Klienten nach deren **Leitdroge** (vgl. Fußnote 7 auf Seite 4) aufgeschlüsselt. Obwohl Mischkonsum bei Klientinnen und Klienten in Behandlung üblich ist, setzt die Dokumentationsstruktur der EBDD voraus, für jede Klientin und jeden Klienten nur jeweils eine sogenannte Leitdroge zu definieren. Dies steht im Widerspruch zum DOKLI-System, bei dem im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster mehrere Drogen als Leitdrogen dokumentiert werden können. Aus diesem Grund wird für die Übermittlung der Daten an die EBDD bei Personen mit mehr als einer Leitdroge anhand einer „Leitdrogenhierarchie“ vorgegangen, bei der eine Leitdroge – die sogenannte **hierarchische Leitdroge**<sup>26</sup> – pro Person ausgewählt wird.

26

Hat beispielsweise eine Person Opiode und Cannabis als Leitdroge angegeben, werden ihr als hierarchische Leitdroge Opiode zugeordnet. Folgende Hierarchie wurde dabei herangezogen: Opiode > Kokain > Stimulanzien > andere (z. B. Tranquillizer, Halluzinogene) > Cannabis ohne andere Drogen (Details siehe Schwerpunktkapitel des DOKLI-Berichts Klientenjahrgang 2006: Busch et al. 2007). Diese Definition entspricht noch am ehesten der Vorgangsweise, nur eine Leitdroge zuzulassen (so wird mit der Möglichkeit, nur eine Leitdroge anzugeben, beispielsweise bei Problemkonsum sowohl von Opioiden als auch von Cannabis in der Regel die Wahl auf die Opiode fallen).

Betrachtet man die Drogenproblematik ausschließlich auf Basis der DOKLI-Daten<sup>27</sup> und anhand der hierarchischen Leitdroge nach Geschlecht, so zeigt sich, dass bei Frauen (51 %) und Männern (44 %) vorwiegend der Opioidkonsum vorherrscht (vgl. Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5:  
Drogenproblematik\* bei Personen, die 2022 eine längerfristige Betreuung begannen, nach Geschlecht



Grundgesamtheit: Personen in längerfristiger Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär)

\* Bei Mehrfachangaben: Auswahl einer Leitdroge („hierarchische Leitdroge“) nach folgender Auswahllogik: „Opioid > Kokain > Stimulanzien > andere > Cannabis ohne andere Drogen“

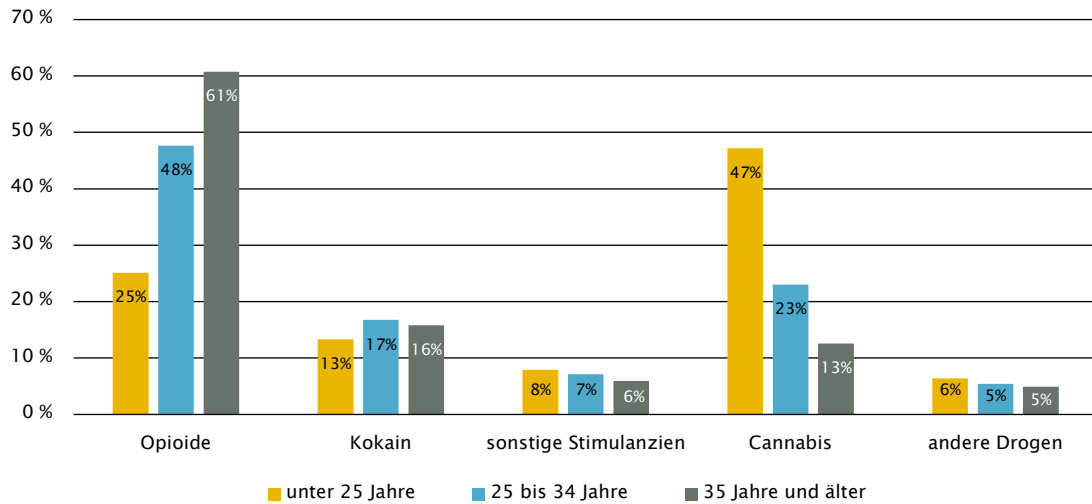
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2022

In Abbildung 4.6 zeigt sich deutlich, dass Personen, die sich in Suchtbehandlung befinden, in zunehmendem Alter (ab 35 Jahren) vorrangig Opioid konsumieren. Jüngere Menschen hingegen sind häufig auch wegen ausschließlichem Cannabiskonsum in Behandlung. 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 Therapieaufgabe zu empfehlen, wenn die Drogenproblematik noch nicht massiv ausgeprägt ist (Busch et al. 2013).

27

Diese Zahlen unterscheiden sich von der in Kapitel 3.2 ausgewiesenen Analyse, da es sich dabei um eine Schätzung der Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich handelt. Basis der Schätzung bilden die dokumentierten Daten von Suchtbehandlungen in Österreich in den Dokumentationssystemen DOKLI und eSuchtmittel (vgl. Kapitel Hintergrund und Fragestellungen).

Abbildung 4.6:  
Drogenproblematik\* bei Personen, die 2022 eine längerfristige Betreuung begannen, nach Alter



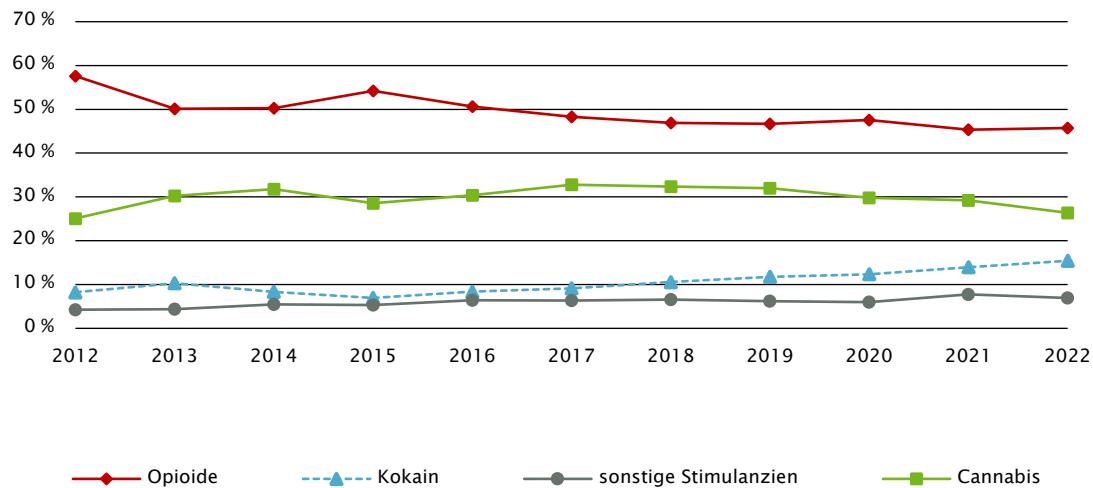
Grundgesamtheit: Personen in längerfristiger Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär); Alter zum Stichtag  
 \* Bei Mehrfachangaben: Auswahl einer Leitdroge („hierarchische Leitdroge“) nach folgender Auswahllogik: „Opiode > Kokain > Stimulanzien > andere > Cannabis ohne andere Drogen“

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2022

Der Anteil von Opioiden sinkt seit 2012 und betrifft mittlerweile etwas weniger als die Hälfte der Menschen in längerfristiger Betreuung (vgl. Abbildung 4.7). Kokain spielt in den Einrichtungen der Drogenhilfe weiterhin eine sehr geringe Rolle, der Anteil stieg 2019 aber erstmals auf knapp über zehn Prozent an.



Abbildung 4.7:  
Drogenproblematik\* bei längerfristig Betreuten, 2012–2022



Grundgesamtheit: Personen in längerfristiger Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär); Behandlungsbeginne im jeweiligen Jahr

\* Bei Mehrfachangaben: Auswahl einer Leitdroge („hierarchische Leitdroge“) nach folgender Auswahllogik: „Opiode > Kokain > Stimulanzien > andere > Cannabis ohne andere Drogen“

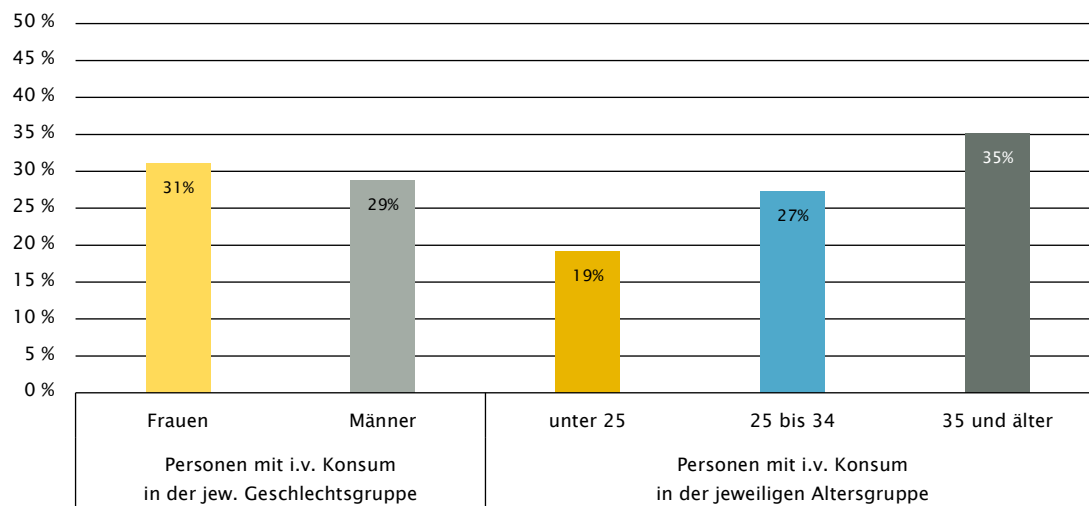
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2012 bis 2022

## 4.2.2 Konsumformen

Personen mit intravenösem Drogenkonsum haben ein erhöhtes Risiko für Infektionen wie HIV, Hepatitis B und C, Tuberkulose und Endokarditis. Auch sind Todesfälle aufgrund von Überdosierungen häufiger als beim nicht intravenösen Konsum. Neun Prozent der Menschen in längerfristiger Betreuung geben an, im letzten Monat intravenös Drogen konsumiert zu haben (nach Setting, vgl. DOKLI 26 im Annex). Da intravenöser Konsum vorrangig bei Opioidkonsumierenden vorkommt, wird in Abbildung 4.8 der Anteil der vorwiegend intravenös Konsumierenden bei allen Personen mit einer Opioidproblematik nach Alter und Geschlecht dargestellt. Ungefähr ein Drittel der Opioidkonsumierenden gibt intravenösen Konsum als vorwiegende Konsumform an. Es zeigt sich eine **Zunahme des intravenösen Konsums mit steigendem Alter**: In der Altersgruppe der über 34-Jährigen konsumiert mehr als jede:r Dritte vor Behandlungsbeginn vorwiegend intravenös (vgl. auch DOKLI 75 im Annex). Männer und Frauen konsumieren etwa gleich häufig intravenös.

Abbildung 4.8:

Anteil der Personen, die 2022 mit einer längerfristigen Behandlung begannen und Opioid\* vorwiegend i. v. konsumieren, nach Alter und Geschlecht



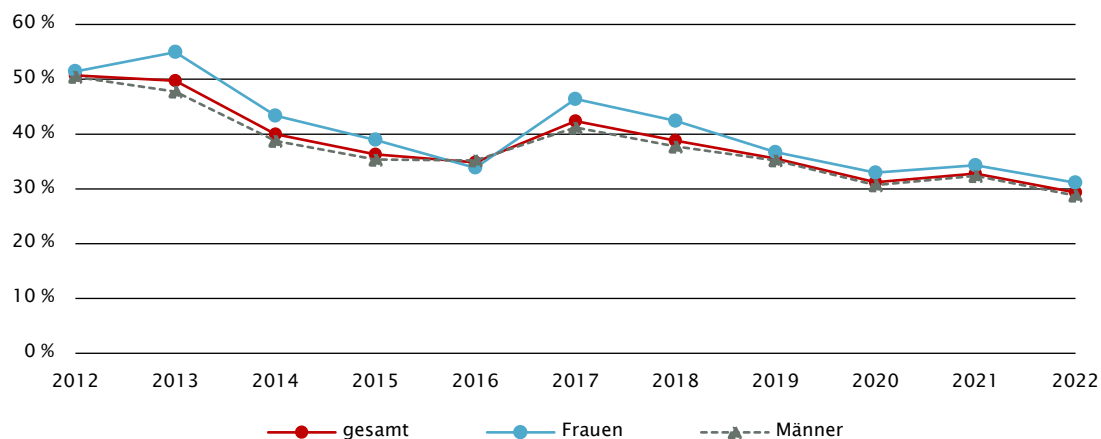
Anmerkung: längerfristige Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär); \*Personen mit mindestens einem Opioid als Leitdroge; i. v. Konsum auf „ja“, wenn mindestens eine Leitdroge aus der Gruppe der Opioid vorwiegend intravenös konsumiert wird

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2022

Im Zeitverlauf (vgl. Abbildung 4.9) zeigt sich, dass der Anteil, der vorwiegend intravenös Konsumierenden mit Opioidproblematik in den letzten Jahren gesunken ist. Während im Jahr 2012 mehr als die Hälfte (51 %) der längerfristig betreuten Personen mit Opioidproblematik vorwiegend i. v. konsumiert haben, waren es im Jahr 2022 nur 29 Prozent (vgl. DOKLI 76 im Annex).

Abbildung 4.9:

Anteil der längerfristig betreuten Personen mit Opioidproblematik\*, die vorwiegend i. v. konsumieren, nach Geschlecht, 2012–2022



Anmerkung: längerfristige Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär); Personen mit Behandlungsbeginn im jeweiligen Jahr; \*Personen mit mindestens einem Opioid als Leitdroge; i. v. Konsum auf „ja“, wenn mindestens ein Opioid vorwiegend intravenös konsumiert wird

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2012 bis 2022

Betrachtet man im Detail Personen, die angeben, Kokain zu konsumieren, ergibt sich folgendes Bild: Die häufigste **Einnahmeform von Kokain** ist das Sniffen, d. h. die nasale Applikation, mit 81 Prozent. Der intravenöse Konsum ist hier mit 14 Prozent aber ebenfalls von einem nennenswerten Ausmaß (vgl. DOKLI 77 im Annex).

**Zusammenfassung:** Opioide und Cannabis sind weiterhin die am häufigsten konsumierten Substanzen bei Personen in Drogenbehandlung und es dominiert Mischkonsum mehrerer Substanzen. Im Zeitverlauf zeigt sich, dass der Anteil der vorwiegend intravenös Konsumierenden mit Opioidproblematik in den letzten Jahren gesunken ist. Problematischer Kokainkonsum wird nach wie vor sehr selten beobachtet. Der Anteil der Personen mit Kokainkonsum in längerfristiger Betreuung steigt jedoch in den letzten Jahren leicht an. Insgesamt sind zwar weniger Frauen als Männer in Behandlung, sie konsumieren jedoch häufiger Opioide und sind jünger.

### 4.3 Betreuungssituation

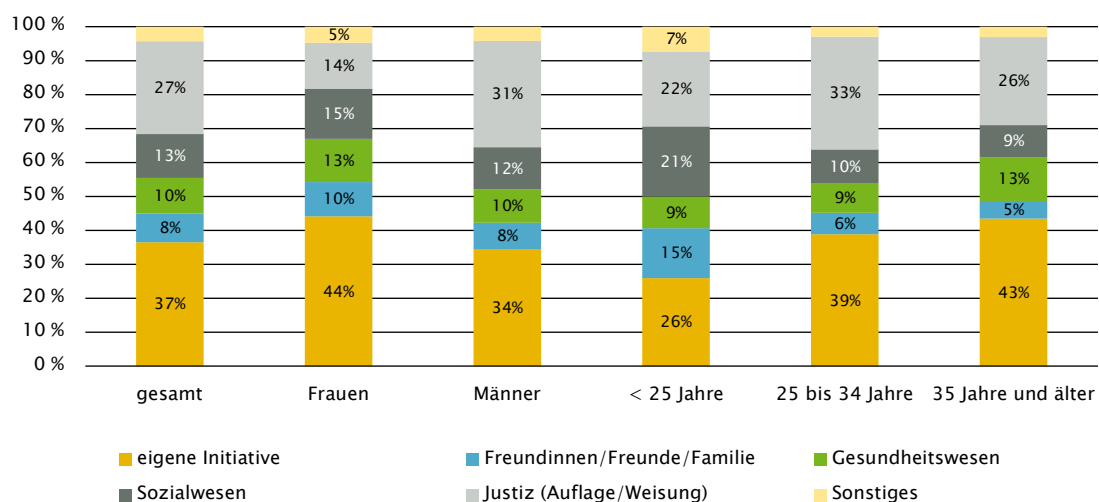
Im Folgenden wird den Fragen nachgegangen, was die Hauptmotivationen für einen Behandlungsbeginn sind, welche Personengruppen welche Einrichtungen aufsuchen und welche Personengruppen ihre Betreuung häufiger abbrechen.

Die meisten Menschen (37 %) **beginnen eine Suchtbehandlung auf eigene Initiative** hin, gefolgt von Weisungen durch die Justiz (27 %) (vgl. Abbildung 4.10). Frauen gehen häufiger auf eigene

Initiative in Behandlung und wesentlich seltener aufgrund einer gerichtlichen Weisung als Männer (vgl. DOKLI 7 im Annex). Bei Älteren stehen die eigene Motivation/Initiative sowie Weisungen durch die Justiz stark im Vordergrund. Bei Jüngeren wird der Behandlungsbeginn häufiger durch Sozialamt, Behörden oder Schule initiiert, aber auch die Kategorie Familie/Freundinnen und Freunde ist bei unter 25-Jährigen überproportional vertreten (vgl. Abbildung 4.10).

Abbildung 4.10:

Motivation für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2022 mit einer längerfristigen Betreuung begannen, nach Alter und Geschlecht



Anmerkung: längerfristige Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär); Motivation entspricht der Variable „Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme“. Die Überkategorien setzen sich folgendermaßen zusammen: Gesundheitswesen = „andere drogenspezifische Einrichtungen“, „Überweisung durch Ärztin bzw. Arzt“, „Überweisung durch Krankenhaus“; Sozialwesen = „Sozialamt, Kinder- und Jugendhilfe, Behörde“, „AMS“; Sonstiges = Sonstiges und „Schule“

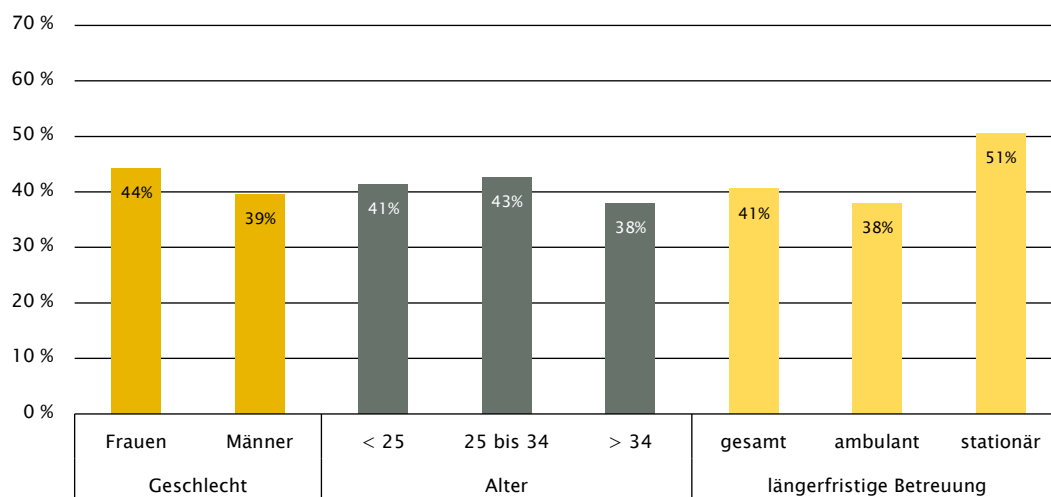
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2022

Da es sich bei Abhängigkeit um eine chronische Erkrankung handelt und eine Alterung der Personen mit problematischem Drogenkonsum beobachtet wird, ist es wenig überraschend, dass ein Großteil der Klientinnen und Klienten bereits Vorerfahrungen mit der Drogenhilfe hat. Es zeigt sich, dass kurzfristige Kontakte eher von jenen genutzt werden, die bisher noch keinen Kontakt zur Drogenhilfe hatten (50 %). Niederschwellige und längerfristige Angebote erreichen hingegen vorrangig Menschen, die bereits früher Angebote der Drogenhilfe in Anspruch genommen haben (vgl. DOKLI 3 im Annex). Bei der Analyse der Altersstruktur (vgl. DOKLI 1 im Annex) nach Setting zeigt sich, dass niederschwellige Angebote besonders stark ältere Konsumierende erreichen, kurzfristige Angebote vor allem junge.

Behandlungsunterbrechungen und -abbrüche sind bei Suchterkrankungen häufig zu beobachten und entsprechen dem Krankheitsprofil. Dennoch ist es wichtig, der Frage nachzugehen, ob einzelne Personengruppen häufiger eine Behandlung/Betreuung abbrechen, um gegebenenfalls Behandlungsangebote adaptieren zu können. Hierbei zeigt sich kein relevanter Unterschied nach Geschlecht und Altersgruppen. Der höhere Anteil an Betreuungsabbrüchen bei stationären

Angeboten kann unter anderem dadurch erklärt werden, dass diese Angebote gezielt Menschen mit langer Suchthistorie und hoher Komorbidität ansprechen (vgl. Abbildung 4.11 bzw. DOKLI 63 im Annex).

Abbildung 4.11:  
Betreuungsabbruch bei Personen, die 2022 eine Betreuung beendeten, nach Alter, Geschlecht und Setting



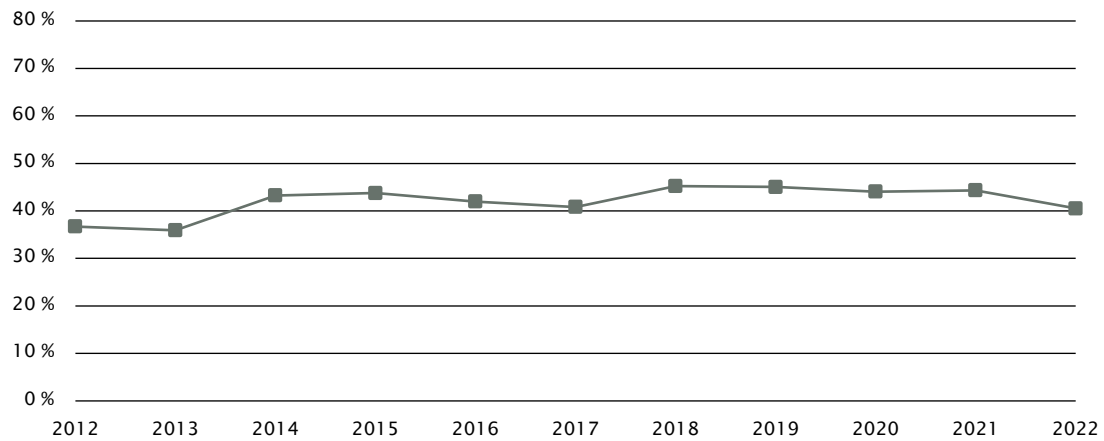
Anmerkung: Der Betreuungsausgang wird bei kurzfristigen Kontakten und niederschweligen Betreuungen nicht erhoben; nur Personen, die im Betreuungsjahr eine Behandlung beendet haben.

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2022

Im Zeitverlauf zeigen sich keine großen Veränderungen bei den Behandlungsabbrüchen (vgl. Abbildung 4.12).

Abbildung 4.12:

Anteil der Personen, die eine längerfristige Betreuung abgebrochen haben, 2012–2022



Anmerkung: längerfristige Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär); nur Personen, die im jeweiligen Jahr eine Betreuung beendet haben

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2012 bis 2022

**Zusammenfassung:** Bei der Analyse von Behandlungsbeginn zeigt sich eine „Behandlungskaskade“: Menschen mit Erstkontakt zum Behandlungssystem nutzen häufig kurzfristige Kontakte, während Klientinnen und Klienten mit längerer Suchthistorie häufiger längerfristige stationäre und niederschwellige Angebote in Anspruch nehmen. Die meisten Menschen beginnen eine Behandlung aus eigener Motivation, wobei bei jungen Menschen der Behandlungsbeginn häufiger durch das Sozialamt, Behörden oder die Schule initiiert wird. Die Behandlungsabbrüche sind im Zeitverlauf konstant geblieben.

## 5 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle

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

### 5.1 Definition und Datengrundlage

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

Die Daten der Statistik und Analyse basieren auf den dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) übermittelten polizeilichen Meldungen (über mutmaßliche drogenbezogene Todesfälle), auf Verdachtsmeldungen der Landessanitätsdirektionen der Bundesländer sowie auf Fällen, die von gerichtsmedizinischen Instituten und gerichtsmedizinischen Privatgutachterinnen bzw. -gutachtern als „Suchtgiftfälle“ übermittelt werden. Zusätzlich werden von der Statistik Austria jährlich nach Abschluss der allgemeinen Todesursachenstatistik Todesfälle mit ausgewählten suchtbefugten ICD-10-Codes übermittelt<sup>28</sup>. In die Statistik und Analyse der direkt drogenbezogenen Todesfälle fließen nur jene Fälle ein, in denen aufgrund einer durchgeführten Obduktion oder Totenbeschau (falls keine Obduktion durchgeführt wurde) von einem Kausalzusammenhang zwischen Substanzkonsum und Tod infolge einer Intoxikation auszugehen ist. Die gesetzliche Basis hierfür wird im Kapitel „Methoden und Datenquellen“ näher erläutert. Für das Jahr 2022 wurden Unterlagen von insgesamt 525 Verdachtsfällen gesichtet. Nicht in die Statistik aufgenommen wurden sieben Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft, die nicht in Österreich gemeldet waren und bei denen es auch keinerlei Hinweise gab, dass sie in Österreich ihren Lebensmittelpunkt hatten (z. B. Urlauber:in). Diese Fälle gehen daher – wie in den

---

28

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

Vorjahren – nicht in die Statistik ein, da sie keine Rückschlüsse auf die aktuelle Drogensituation in Österreich erlauben. Bei sechs weiteren Verdachtsfällen handelte es sich um Fulleichen, bei der die Gerichtsmedizin die Todesursache nicht mehr eruieren konnte. Bei vier weiteren Todesfällen konnte der oder die Gutachter:in nicht eindeutig feststellen, ob der Tod auf die vorliegende Intoxikation oder eine andere Todesursache zurückzuführen ist. Diese Fälle wurden als „nicht entscheidbar“ aus der Statistik ausgeschlossen. Ziel der Statistik und Analyse der drogenbezogenen Todesfälle ist die Darstellung des hochriskanten Drogenkonsums, die in Zusammenschau mit vier weiteren epidemiologischen Schlüsselindikatoren die Einschätzung der Drogensituation erlaubt. Personen ohne Verbindung zur „Suchtgiftszene“, die z. B. mithilfe eines verschreibungspflichtigen Opioids (ohne andere Substanzen, die im SMG oder NPSG gelistet sind) Suizid verüben, oder Schmerzpatientinnen bzw. Schmerzpatienten zählen nicht zu diesem Kontext. Fälle, bei denen (anhand einer Zusammenschau diesbezüglicher Hinweise) starke Zweifel bezüglich der Zugehörigkeit zur „Suchtgiftszene“ bestehen, werden seit dem Berichtsjahr 2017 aus der Statistik ausgeschlossen. Aus Gründen der Transparenz und zur Beobachtung der Entwicklung dieser Situation werden diese Fälle jedoch separat beschrieben (siehe auch Anzenberger et al. 2017). Im Sterbejahr 2022 wurden sechs Personen, die an einer Überdosierung durch opioidhaltige verschreibungspflichtige Schmerzmittel (z. B. Fentanyl, Tramal) ohne weitere Suchtgifte verstarben, aus der Statistik ausgeschlossen.

## 5.2 Übersicht: Situation im Jahr 2022

Insgesamt wird für das Jahr 2022 von **248 direkt drogenbezogenen Todesfällen** ausgegangen. Auf Basis von Obduktionsbefunden wurden 195 tödliche Überdosierungen verifiziert. Weitere 53 – allerdings nicht obduzierte<sup>29</sup> – Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (auf dem Totenbeschauschein gibt es eine eindeutige Todesursache wie z. B. den Texteintrag „Suchtgiftintoxikation“).

Tödliche Überdosierungen betreffen vorrangig **Männer** (79 %), die Verstorbenen waren im Schnitt 33 Jahre alt.

Um einen sinnvollen Vergleich der Bundesländerzahlen und der Zeitverläufe zu ermöglichen, wurde die Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle auf die altersmäßig relevante<sup>30</sup> Einwohnerzahl im entsprechenden Bundesland bezogen (vgl. Tabelle DRD 2 und DRD 3 im Annex).

---

29

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

30

Nach Empfehlungen der EBDD wurde als relevante Altersgruppe jene der 15- bis 64-Jährigen ausgewählt.



Für das Jahr 2022 ergibt sich für Österreich eine Rate von 4,2 Todesfällen pro 100.000 Einwohner:innen zwischen 15 und 64 Jahren (2021: 4,0). Die meisten drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner:innen finden sich in Wien<sup>31</sup> (7,4), gefolgt von Tirol (5,5).

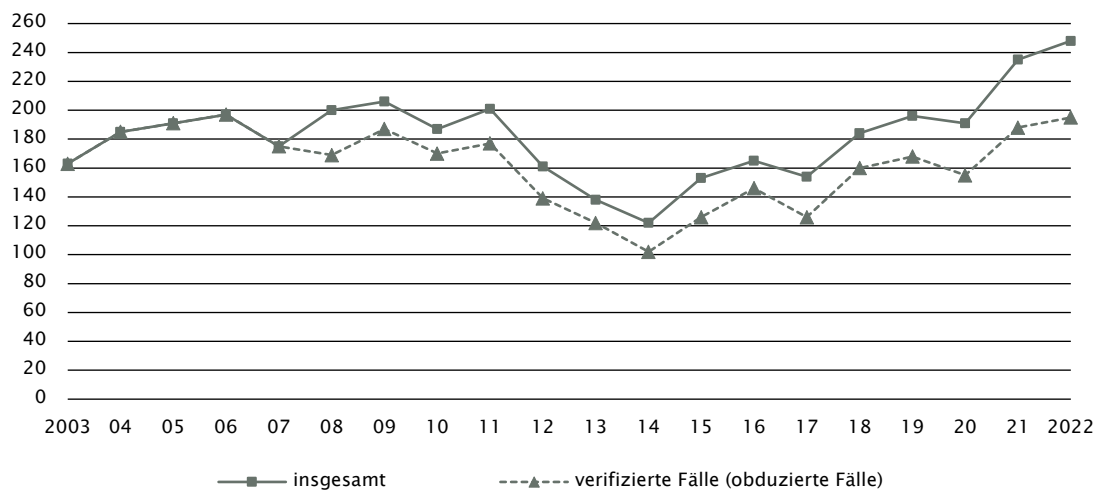
**Zusammenfassung:** Im Jahr 2022 starben insgesamt 248 Personen an einer Überdosierung. Das entspricht einer Rate von rund vier Todesfällen pro 100.000 Einwohner:innen zwischen 15 und 64 Jahren. Rund 80 Prozent der Verstorbenen waren Männer.

### 5.3 Trends: Gesamt, regional und nach Altersgruppen

Von 2011 bis 2014 zeigte sich ein Rückgang der direkt drogenbezogenen Todesfälle. Im Jahr 2014 erreichten sie den niedrigsten Wert seit über zehn Jahren (vgl. Abbildung 5.1). Seither zeigt sich ein Anstieg, der in den Jahren 2017 und 2020 nur kurz unterbrochen wurde.

Abbildung 5.1:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2003–2022 (absolut)



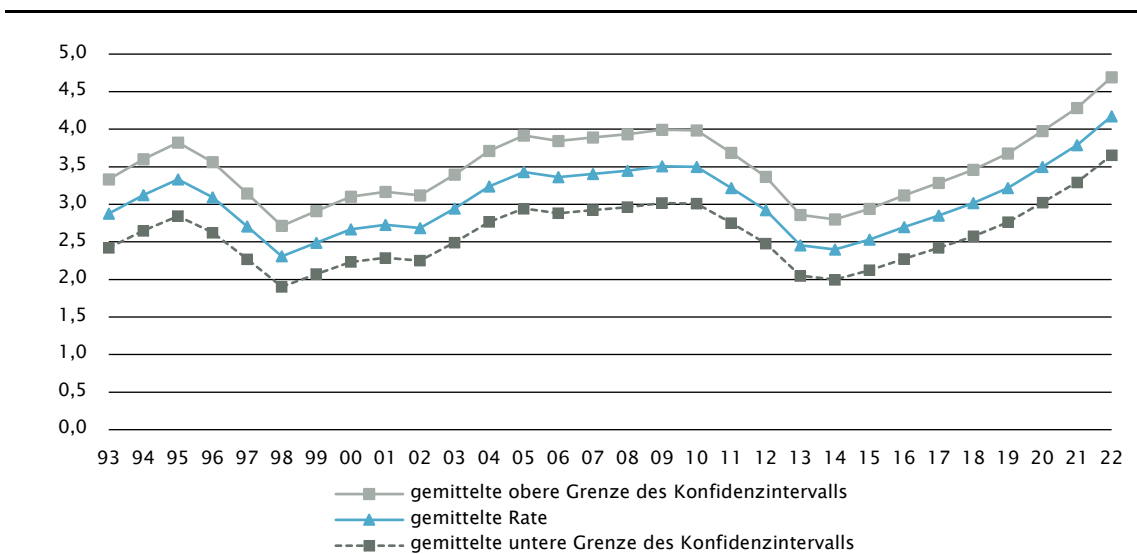
Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG

31

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

Die für drei Jahreswerte gemittelten Raten pro 100.000 Einwohner:innen in den Jahren 1993 bis 2022 sowie die obere und untere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls<sup>32</sup> veranschaulicht Abbildung 5.2. Es zeigt sich dabei eine seit den 1990er-Jahren wellenförmige Bewegung der Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle. Der letzte starke Rückgang war im Jahr 2014 zu verzeichnen (2,4 Fälle pro 100.000 Einwohner:innen). Seither ist ein stetiger Anstieg zu beobachten (4,2 Fälle pro 100.000 Einwohner:innen im Jahr 2022).

Abbildung 5.2:  
95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 Einwohner:innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2022, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert (= nicht gemittelter Jahreswert) dargestellt.

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

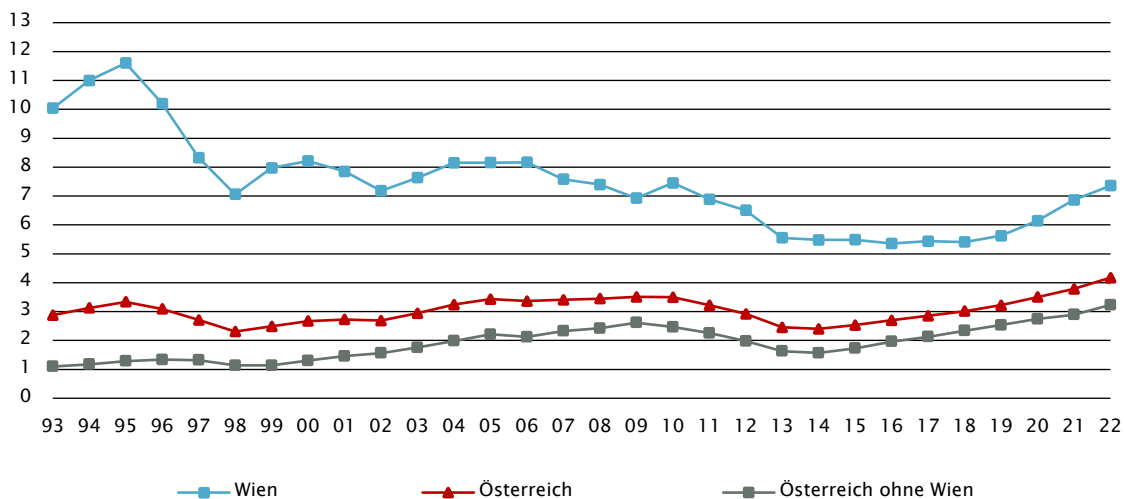
Betrachtet man die Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner:innen für die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien (vgl. Abbildung 5.3), zeigen sich in der Bundeshauptstadt ähnliche Trendverläufe wie in Gesamtösterreich. In Österreich ohne Wien zeichnet sich – retrospektiv betrachtet – eine kontinuierliche Zunahme nach dem Jahr 2014 ab, während die Zahlen in Wien stagnierten und erst mit dem Jahr 2020 wieder steigen.

32

Die gemittelten 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 das aktuellste Jahr wird jeweils der nicht geglättete Wert dargestellt.

Abbildung 5.3:

Drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Österreicher:innen im Alter von 15 bis 64 Jahren nach Region, 1993–2022, gemittelter Drei-Jahres-Wert



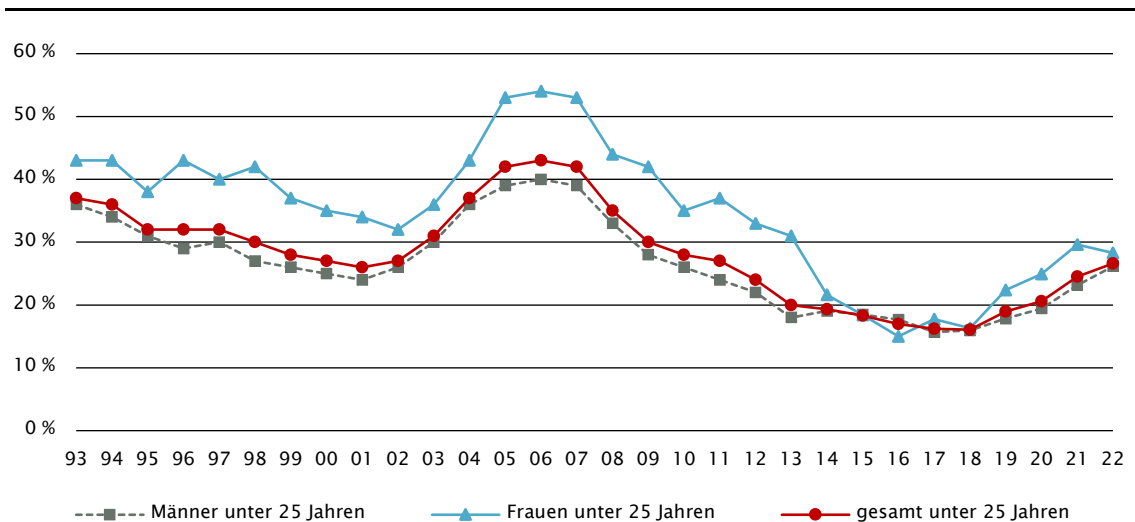
Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

Der Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle Mitte der 2000er-Jahre (vgl. Abbildung 5.3) wurde von einem steigenden Anteil drogenbezogener Todesfälle, die Personen unter 25 Jahren betreffen (vgl. Abbildung 5.4), begleitet. Seit einem Höchstwert Mitte der 2000er-Jahre sank der Anteil drogenbezogener Todesfälle, die junge Menschen betreffen, einige Jahre stark, danach nur noch minimal, aber kontinuierlich. Beginnend mit dem Jahr 2019 steigt der Anteil der Jüngeren wieder (vgl. Abbildung 5.4).

Abbildung 5.4:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen nach Geschlecht, 1993–2022, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

**Zusammenfassung:** Seit Anfang der 1990er-Jahre zeichnet sich eine wellenförmige Bewegung der drogenbezogenen Todesfälle ab: Die Spitzen waren jeweils Mitte der 1990er- und Mitte der 2000er-Jahre zu verzeichnen, wobei die Werte bis 2010 auf relativ hohem Niveau verharren. Danach sanken die Raten der drogenbezogenen Todesfälle bis zum Jahr 2014 auf einen Tiefstwert, gefolgt von einem neuerlichen Anstieg. Während bis Mitte der 1990er-Jahre in Wien bis zu zehnfach höhere Sterberaten aufgrund von Überdosierung festgestellt wurden als in den anderen Bundesländern gemeinsam, hat sich dieser Abstand im weiteren Verlauf auf ein Verhältnis von ca. 2:1 reduziert. Nachdem sich der (über drei Jahre gemittelte) Anteil der Personen unter 25 Jahren im letzten Jahrzehnt bei rund 20 Prozent einpendelte, ist rezent ein Anstieg zu beobachten.

## 5.4 Fokus: Altersstruktur

Das Durchschnittsalter (Median) der in der Statistik im Jahr 2022 erfassten Todesfälle beträgt 33 Jahre, im Vergleich zum Vorjahr (2021: 34) waren die Verstorbenen im Durchschnitt ein Jahr jünger.

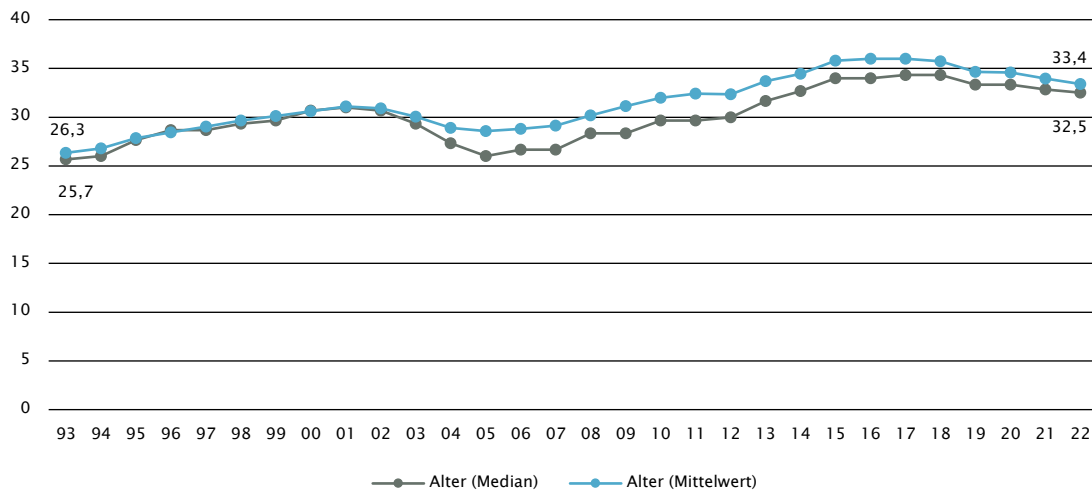
In Abschnitt 5.3 wurden die über drei Jahre gemittelten Werte der unter 25-Jährigen im Zeitverlauf dargestellt, dies ermöglicht eine gute grafische Aufbereitung und erleichtert die Trendinterpretation. Betrachtet man die Rohwerte der jeweiligen Jahre, ergibt sich für 2022 und 2021 im Vergleich folgendes Bild: Insgesamt liegt der Anteil der unter 25-Jährigen im Jahr 2022 bei 27 Prozent und

ist damit höher als im Vorjahr (23 %), das heißt im Verhältnis zu allen drogenbezogenen Todesfällen starben wieder mehr Jüngere. Im Jahr 2022 beträgt der Anteil der unter 25-Jährigen bei den Frauen 28 Prozent (2021: 29 %), bei den Männern 26 Prozent (2021: 23 %). Da die Fallzahlen bei einer Splittung in diese Subgruppen (nach Alter und Geschlecht) sehr klein werden, sind Schwankungen bei den Prozentwerten jedoch nicht sehr aussagekräftig.

Auch im Zeitverlauf sieht man in puncto Durchschnittsalter, dass die Verstorbenen rezent wieder jünger sind als in den Vorjahren: Mittelwert und Median liegen im Jahr 2022 bei einem Alter von rund 33 Jahren (Rohwert).

Abbildung 5.5:

Mittleres Alter bei den drogenbezogenen Todesfällen, 1993–2022, gemittelter Drei-Jahres-Wert



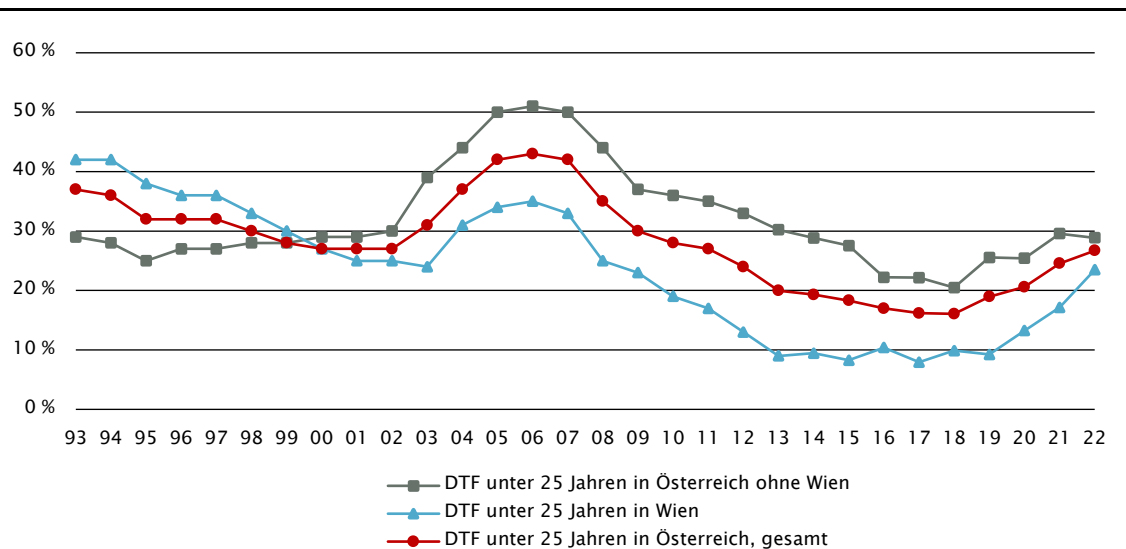
Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

**Zusammenfassung:** Das Durchschnittsalter bei den drogenbezogenen Todesfällen ist deutlich höher als Mitte der 2000er-Jahre, d. h. die Betroffenen waren in den letzten beiden Jahrzehnten zum Todeszeitpunkt älter. Rezent sinkt der Altersdurchschnitt wieder, was bedeutet, dass wieder mehr jüngere Personen versterben; im Durchschnitt sind die Verstorbenen zum Todeszeitpunkt rund 33 Jahre alt. Dies zeigt sich auch beim Anteil an Todesfällen von Personen, die jünger als 25 Jahre alt waren (insgesamt 27 %), der im Vergleich zu 2021 (23 %) wieder etwas angestiegen ist.

Abbildung 5.6:

Anteil der unter 25-Jährigen an drogenbezogenen Todesfällen in Wien, Österreich ohne Wien, Österreich gesamt, 1993–2022, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

In Abbildung 5.6 zeigt sich die Entwicklung des gemittelten Drei-Jahres-Anteils der unter 25-Jährigen an den direkt drogenbezogenen Todesfällen für Wien, Österreich ohne Wien und Gesamtösterreich. Bis zu den 2000er-Jahren war der Anteil der jüngeren Verstorbenen in Wien höher als in den anderen Bundesländern. In den Jahrzehnten nach der Jahrtausendwende war dieser Anteil in den restlichen Bundesländern höher. Seit dem Jahr 2020 steigt der Anteil der Jüngeren auch in Wien wieder an.

**Zusammenfassung:** Seit einem Anstieg Mitte der 2000er-Jahre sank der Anteil der unter 25-jährigen Personen, die an einer Überdosierung sterben, über einen relativ langen Zeitraum. In den letzten Jahren zeigt sich wieder eine Zunahme in dieser Altersgruppe.

## 5.5 Nachgewiesene Substanzen

### 5.5.1 Detailergebnisse 2022

In die nun folgende Analyse in Bezug auf die beteiligten Substanzen werden nur jene 185 Fälle aufgenommen, bei denen auf Basis einer aussagekräftigen toxikologischen Analyse eine genau spezifizierte Substanzzuweisung möglich war.

In 13 Prozent der 185 drogenbezogenen Todesfälle mit aussagekräftiger Toxikologie im Jahre 2022 wurden **ausschließlich illegale Drogen** (inklusive Neue Psychoaktive Substanzen (NPS)) festgestellt (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination). Bei der **zusätzlichen Einnahme von Psychopharmaka und/oder Alkohol** zeigt sich folgendes Bild: In 23 Prozent der Fälle wurde neben den illegalen Drogen beides nachgewiesen, in 60 Prozent der Fälle zusätzlich nur Psychopharmaka und in vier Prozent der Fälle zusätzlich nur Alkohol.

**Reine Opioidintoxikationen** (d. h. ohne weitere legale oder illegale Substanzen) waren in zehn Fällen zu verzeichnen, davon fünf ausschließlich mit Morphin und zwei Fälle mit ausschließlich Heroin. Der Anteil der reinen Opioidintoxikationen beträgt somit fünf Prozent (ähnlich wie in den Vorjahren). Die reinen Opioidintoxikationen stellen einen sehr kleinen Teil der drogenbezogenen Todesfälle dar. 161 der 185 spezifizierten toxikologischen Analysen zeigten **Mischintoxikationen mit Opioiden** (87 %), d. h., es wurde(n) ein oder mehrere Opiate in Verbindung mit Alkohol und/oder Psychopharmaka und/oder Suchtgift(en)/NPS festgestellt. **Opioide** spielten somit in **insgesamt 92 Prozent der Fälle** eine Rolle (2021: 86 %; 2020: 91 %; 2019: 91 %).

**Heroin und Morphin** sind auch im Jahr 2022 die am häufigsten festgestellten illegalen Substanzen (bei 142 Fällen wurde zumindest eine der beiden Substanzen nachgewiesen, das sind 77 %). Hinsichtlich einer Differenzierung zwischen Heroin, Morphin und Morphin in Retardform (z. B. das Substitutionsmittel Substitol®) ist Folgendes zu berücksichtigen: Es gibt keinen eindeutigen Marker, mit dem Morphin in Retardform im Körper identifiziert werden kann, daher fällt es in die Kategorie Morphin. Allerdings werden auch manche Fälle von Intoxikationen mit Heroin dieser Kategorie zugeordnet. Das hat folgenden Grund: Heroin wird im Körper ebenfalls zu Morphin abgebaut, im Harn wird jedoch im Falle von Heroinkonsum der dafür typische Marker von 6-MAM festgestellt. Die Testung nach diesem Abbaustoff erfolgt in Österreich nicht einheitlich bzw. unterscheidet sich zwischen gerichtsmedizinischen und sanitätspolizeilichen Leichenöffnungen (laut Auskunft einzelner gerichtsmedizinischer Institute ist eine Testung auf 6-MAM Standard, auch wenn deren Ergebnis in den Gutachten nicht immer explizit angegeben wird). In der Statistik können also nur jene Fälle als Heroinintoxikation ausgewiesen werden, bei denen die Testung nach dem heroinspezifischen Marker vorgenommen und im Gutachten angeführt wurde. Bei den 23 Verstorbenen handelt es sich daher um eine Mindestzahl Verstorbener mit Beteiligung von Heroin. Alle anderen Fälle werden der Kategorie Morphin zugeordnet, wobei von den 120 Fällen mit Beteiligung von Morphin lediglich fünf auf den alleinigen Konsum von Morphin (ohne weitere Suchtgifte, Alkohol oder Psychopharmaka) zurückzuführen sind.

**Methadon** wurde in 13 Prozent der Fälle, das Medikament **Fentanyl** wurde in vier Fällen (2 %) nachgewiesen. Bei **keinem Fall** wurden **opioidehaltige NPS**, d. h. Neue Psychoaktive Substanzen, die zur Gruppe der synthetischen Opioiden gehören, nachgewiesen (2018–2021: 0 Fälle; 2017: 4 Fälle). Sowohl Fentanyl als auch opioidehaltige NPS fallen in die Kategorie „sonstige Opioiden“. Insgesamt wurden **sonstige Opioiden**<sup>33</sup> in 19 Prozent der Fälle nachgewiesen (2021: 21 %; 2020: 19 %; 2019: 25 %).

---

33

zum Beispiel Fentanyl, Oxycodon, Buprenorphin, Tramadol, aber auch opioidehaltige NPS

**Kokain** wurde in 34 Prozent (n = 63) der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt, was im Vergleich zum Vorjahr (2021: 20 %, n = 36) einen Anstieg darstellt (vgl. Abbildung 5.7), in drei Fällen handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere (illegale) Substanzen.

Insgesamt wurden bei 32 Personen **sonstige Stimulanzien** (sämtliche Stimulanzien wie z. B. (Meth-)Amphetamin, Ecstasy, Cathinone etc. exklusive Kokain) nachgewiesen (17 %). Im Vergleich zum Vorjahr (23 %) sank der Anteil daher wieder etwas. Bei keinem Fall handelte es sich dabei um eine Monointoxikation, bei der keine anderen Substanzen festgestellt wurden. Ausgewählte Substanzen aus der Gruppe der sonstigen Stimulanzien werden im Folgenden beschrieben.

- » **Amphetamin** wurde bei elf Fällen nachgewiesen, und zwar nur in Kombination mit anderen (illegalen) Substanzen.
- » **Methamphetamin** wurde insgesamt bei elf Fällen festgestellt (2021: 13 Fälle; 2020: 9 Fälle; 2019: 4 Fälle). Bei allen Fällen handelte es sich um Mischintoxikationen mit anderen Substanzen.
- » **Ecstasy** (d. h. MDMA bzw. dessen Metaboliten MDA oder MDE) wurde in insgesamt elf Fällen nachgewiesen (2021: 6 Fälle; 2020: 9 Fälle; 2019: 13 Fälle). In einem Fall handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere Substanzen.

**Neue Psychoaktive Substanzen** (NPS) wurden im Jahr 2022 bei drei Personen, die an einer Überdosierung starben, nachgewiesen (2021: 4 Fälle; 2020: 0 Fälle; 2019: 1 Fall). Obwohl es sich beim Auftreten von NPS in Österreich nach wie vor um Einzelfälle handelt, muss die Situation diesbezüglich weiterhin im Rahmen des „Early Warning System“ (EWS) genau beobachtet werden.

Der Anteil der Fälle, bei denen auch **Psychopharmaka** gefunden wurden, lag im Jahr 2022 bei 83 Prozent (vgl. Abbildung 5.7). Bei diesen 153 Fällen wurden bei 81 Prozent Benzodiazepine, bei 38 Prozent Antidepressiva, bei 28 Prozent Neuroleptika und bei 37 Prozent Antiepileptika nachgewiesen. Bei jeweils weniger als zehn Prozent wurden Z-Medikamente oder andere psychoaktive Medikamente (z. B. Barbiturate) nachgewiesen. Es ist hier aber zu bedenken, dass nicht differenziert werden kann, ob die betroffene Person Psychopharmaka aufgrund einer psychiatrischen Komorbidität verschreibungskonform eingenommen hat oder ob ein Medikamentenmissbrauch vorlag.

**Alkohol** wurde bei insgesamt 27 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt. Bei fünf Prozent wurde ein hoher Promillewert (mind. 1,5 Promille) im Blut gefunden.

---

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

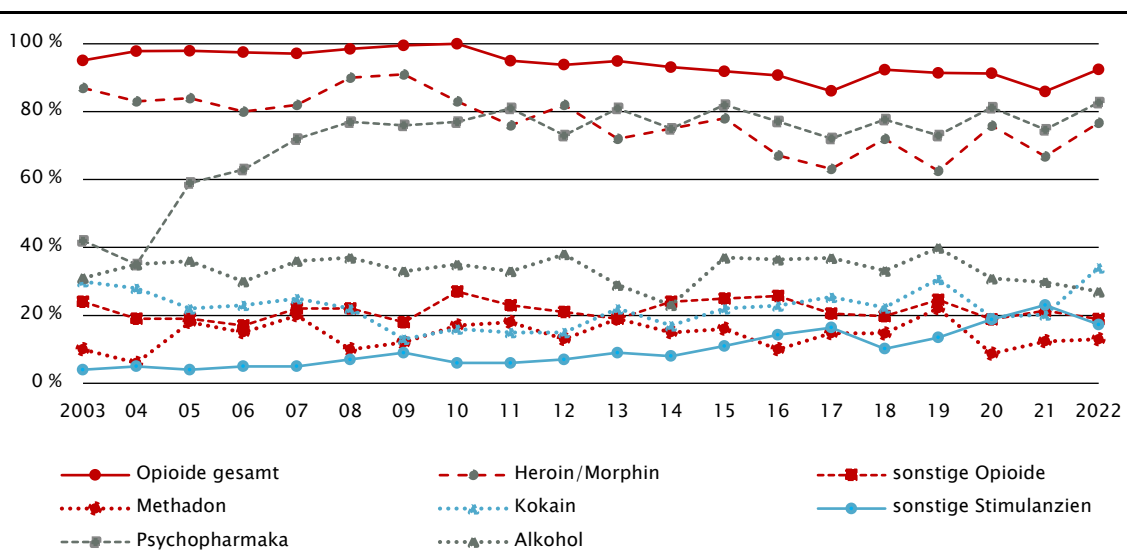
---



## 5.5.2 Nachgewiesene Substanzen im Zeitverlauf

Über den Zeitverlauf sind Opiode die Nummer eins bei den nachgewiesenen Substanzen. Daran ändert auch eine tendenzielle Abnahme zwischen 2011 und 2017 nichts. Im Jahr 2022 liegt der Anteilswert mit 92 Prozent wieder leicht über 90 Prozent (vgl. Abbildung 5.7). Die beiden Opiode Heroin und Morphin werden bei den drogenbezogenen Todesfällen am häufigsten nachgewiesen. In den letzten Jahren schwankten diese Werte etwas. Methadon und sonstige Opiode liegen deutlich unter Heroin/Morphin. Die Beteiligung von Kokain schwankt etwas, seine Werte lagen seit 2010 bei ungefähr 20 Prozent mit einem Ausreißer nach oben im Jahr 2019 und einem Höchstwert von 34 Prozent im Jahr 2022. Sonstige Stimulanzien bewegen sich seit Anfang der 2000er-Jahre auf niedrigem Niveau, in den letzten zehn Jahren zeigt sich tendenziell ein leichter Anstieg. Nach wie vor werden Kokain und sonstige Stimulanzien vor allem in Kombination mit Opioiden festgestellt. Die Anteile der Fälle, bei denen auch Psychopharmaka nachgewiesen wurden, stiegen zwischen 2004 und 2011 und pendeln sich seither zwischen 70 und 80 Prozent ein. Alkohol wurde seit 2003 in rund 30 bis 40 Prozent der Fälle nachgewiesen.

Abbildung 5.7:  
Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2022



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

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

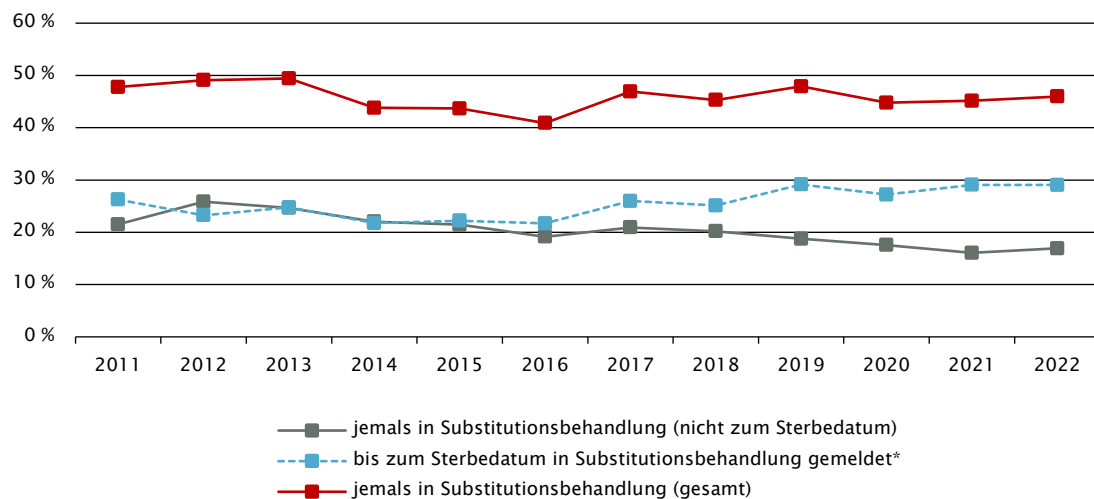
**Zusammenfassung:** An der Dominanz von Opioiden hat sich in den letzten Jahren trotz einer seit 2011 leicht abnehmenden Tendenz nichts geändert. Kokain und sonstige Stimulanzien werden weiterhin bei den Todesfällen deutlich seltener festgestellt als Opiode. Tendenziell zeigt sich bei Stimulanzien (exklusive Kokain) in den letzten zehn Jahren ein Anstieg auf niedrigem Niveau, bei Kokain zeigt sich kein klarer Trend, allerdings wurde 2022 mit 34 Prozent ein Höchstwert festgestellt. Sowohl Stimulanzien als auch Kokain werden vor allem in Kombination mit Opioiden festgestellt.

## 5.6 Substitutionsbehandlung

Von den 248 direkt drogenbezogenen Todesfällen befanden sich 72 Personen bis zu ihrem Todestag in Substitutionsbehandlung. Weitere 42 Personen waren bereits einmal in ihrem Leben in Substitutionsbehandlung. Insgesamt weniger als die Hälfte der im Jahr 2022 an einer Überdosierung Verstorbenen hatten einmal in ihrem Leben Kontakt zum Substitutionssystem.

Abbildung 5.8:

Anteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle, bei denen die oder der Betroffene in Substitutionsbehandlung war, an allen direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2011–2022, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

\* Da beim Tod einer Person in vielen Fällen keine diesbezügliche Meldung an die Bezirksverwaltungsbehörde erfolgt, fällt deren Ableben lediglich auf, wenn bei einem Fall keine Suchtgiftrezepte mehr zur (mittlerweile nachträglichen) Vidierung bei der Amtsärztin oder beim Amtsarzt einlangen. Diese(r) beendet dann die Behandlung, allerdings mit einer gewissen Verspätung. In diese Kategorie können daher auch Personen fallen, die zum Sterbedatum nicht in Substitutionsbehandlung waren.

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

## 5.7 Auffindungssituation

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

Die Mehrheit der Betroffenen wurde in einer Wohnung aufgefunden (81 %). In Hotels, Heimen, Notunterkünften u. Ä. kam es bei fünf Prozent zur Überdosierung. In sechs Prozent der Fälle waren die Auffindungsorte im öffentlichen Bereich, wie z. B. U-Bahn oder Toiletten, und bei zwei Prozent in Haftanstalten. In sechs Prozent der Fälle konnte der Auffindungsort nicht eruiert werden. Eine Person war bereits in einer Krankenanstalt, als sie die tödliche Dosis zu sich nahm.

Seit dem Todesjahr 2019 wird zusätzlich erfasst, ob die Verstorbenen bei der Intoxikation bzw. deren Auswirkungen allein waren. Bei 17 Prozent der Verstorbenen geht aus den Unterlagen hervor, dass zum Zeitpunkt der Überdosierung entweder jemand anderer in unmittelbarer Nähe war oder die bzw. der Betroffene noch lebend aufgefunden und ins Krankenhaus transportiert wurde, wo sich dann letztendlich zeigte, dass die Hilfe zu spät kam. Bei der Mehrheit der Fälle ist unklar, ob die verstorbene Person allein war (z. B., wenn zwar Personen in der gleichen Wohnung zugegen waren, jedoch in einem anderen Zimmer geschlafen haben oder wenn die Sperrverhältnisse der Wohnung so waren, dass es nicht ausgeschlossen werden kann, dass zum Todeszeitpunkt noch jemand anderer anwesend war).

---

**Zusammenfassung:** Da der weitaus größte Teil tödlicher Überdosierungen in privaten Räumlichkeiten geschieht, ist anzunehmen, dass ein Großteil des risikoreichen Drogenkonsums im (scheinbar) geschützten privaten Rahmen stattfindet. Dieser Umstand kann aber das Ausbleiben rascher Hilfe bei Intoxikationen bedeuten und so das Risiko einer tödlich verlaufenden Überdosierung erhöhen<sup>34</sup>.

---

---

34

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

## 6 Alkoholkonsum

Im folgenden Kapitel werden ausgewählte Eckdaten zum Ausmaß des Alkoholkonsums in Österreich und zu seinen gesundheitlichen Auswirkungen präsentiert<sup>35</sup>. Eine wesentliche Datenbasis zur Beschreibung des Konsumverhaltens bilden Selbstauskünfte aus Befragungen der österreichischen Wohnbevölkerung<sup>36</sup> sowie der Schüler:innen (vgl. Abschnitt 6.1 bis 6.3). Im Gegensatz zu illegalen Substanzen können Angaben zum Alkoholkonsum aus Selbstauskünften, die sich auf die gesamte Bevölkerung beziehen, durch „Wirtschaftsdaten“ (Verkauf und Produktion von alkoholischen Getränken) adjustiert werden. Angaben zu alkoholassoziierter Morbidität und Mortalität (vgl. Abschnitt 6.4) stammen aus der stationären Spitalsversorgung (Daten aus der ambulanten Versorgung stehen nicht österreichweit zur Verfügung), der Todesursachenstatistik und der Statistik der Straßenverkehrsunfälle.

### 6.1 Charakteristik und Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich

Alkohol ist jene gesundheitsgefährdende psychoaktive Substanz, mit der in Österreich die meisten Personen Erfahrungen machen. Im Gegensatz zu illegalen psychoaktiven Substanzen, aber auch im Vergleich mit Tabak handelt es sich dabei bei vielen Menschen um ein relativ konstantes Verhalten im Lebensverlauf: Viele Personen beginnen bereits in einem relativ jungen Alter, Alkohol zu konsumieren, und dieser Konsum setzt sich bis ins hohe Alter fort. Es gibt nur sehr wenige Personen, die im Laufe ihres Lebens komplett aufhören, Alkohol zu konsumieren.

Eine weitere Besonderheit ist, dass zwar in allen Altersgruppen eine deutliche Mehrheit der Personen aktuell Alkohol konsumiert (Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2020: 78 % aller Befragten haben innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol konsumiert), dies aber größtenteils nur gelegentlich. Lediglich ein relativ geringer Prozentsatz trinkt täglich oder fast täglich (Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2020: 18 % aller Befragten trinken an fünf bis sechs Tagen pro Woche Alkohol), wobei dieser Anteil mit zunehmendem Alter tendenziell ansteigt (vgl.

---

35

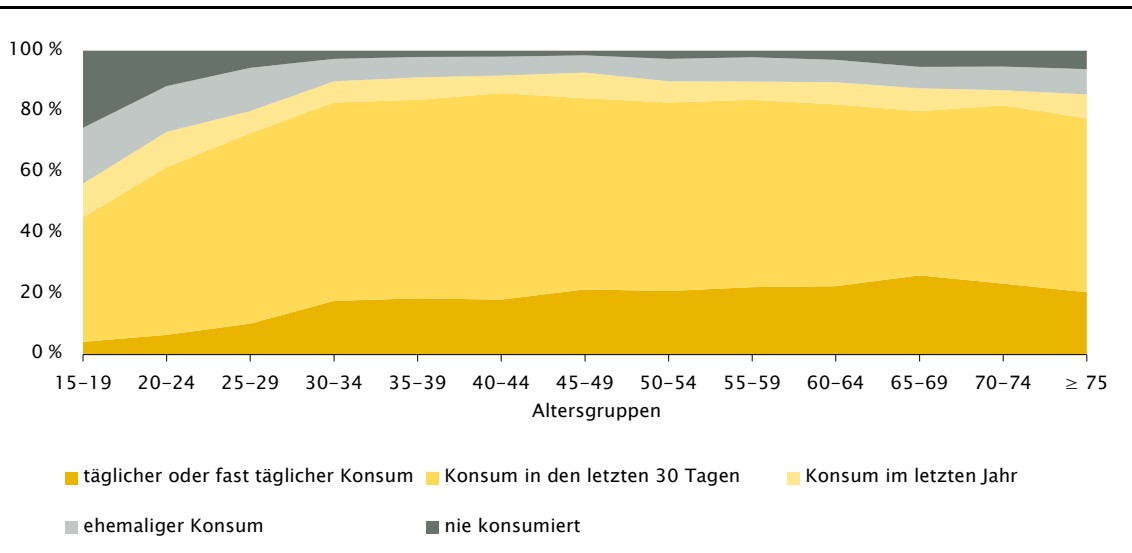
Weiterführende Ausführungen zum Thema Alkohol finden sich im *Handbuch Alkohol Österreich* (Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen, Band 2: Einrichtungen, Band 3: Gesetzliche Rahmenbedingungen, Band 4: Ausgewählte Themen).

36

Die aktuellste Bevölkerungsbefragung zu Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial wurde zwischen 2020 und 2022 in drei Wellen durchgeführt, deren Ergebnisse wurden in zwei Berichten publiziert (Strizek et al. 2021; Strizek et al. 2023). Fragen zum Alkoholkonsum wurden in der ersten (2020) und in der dritten Erhebungswelle (2022) abgefragt, wobei letztere vorrangig auf Veränderungen während der COVID-19-Pandemie abzielte und deren Ergebnisse nur eingeschränkt mit Zahlen aus vorangegangenen Studien vergleichbar sind. Aus diesem Grund werden in diesem Kapitel Zahlen aus der ersten Erhebungswelle aus dem Jahr 2020 verwendet.

Abbildung 6.1). Männer konsumieren derselben Erhebung zufolge etwa doppelt so häufig (25 %) täglich oder fast täglich Alkohol wie Frauen (12 %) (Strizek et al. 2021)<sup>37</sup>.

Abbildung 6.1:  
Konsumprävalenz Alkohol (in Prozent) nach Altersgruppen, 2020



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

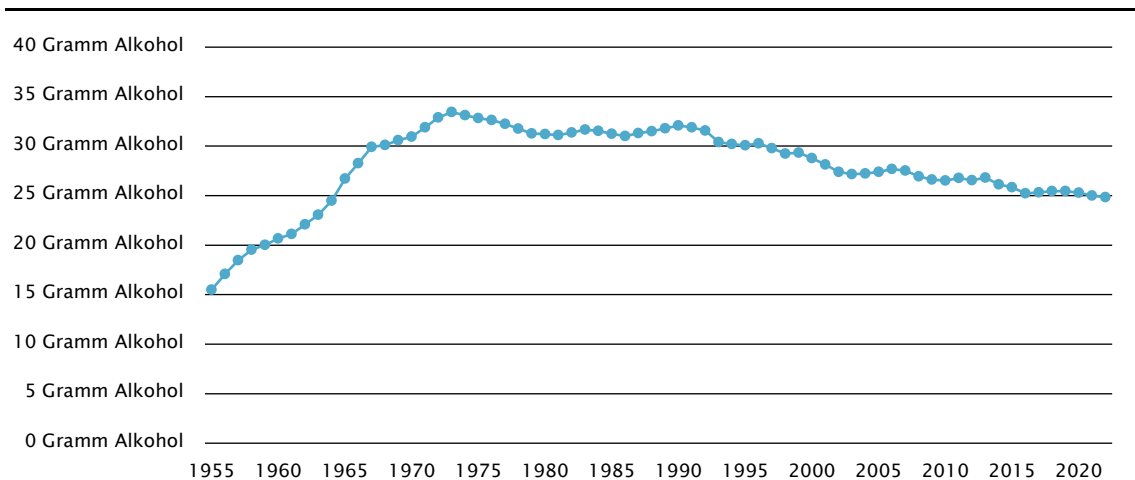
Gemessen auf Basis von Produktions- und Verkaufsstatistiken ist der durchschnittliche tägliche **Pro-Kopf-Konsum von Alkohol** in einer längerfristigen Perspektive seit den 1970er-Jahren rückläufig (vgl. Abbildung 6.2): Im Vergleich zu einem Maximum von gerundet 34 Gramm pro Tag im Jahr 1973 hat sich der durchschnittliche Konsum um über ein Viertel reduziert (2022: 25 Gramm pro Tag). In den letzten Jahren kam es nur zu geringfügigen Schwankungen des Pro-Kopf-Konsums der erwachsenen Bevölkerung und auch die COVID-19-Pandemie hat zu keinen drastischen Veränderungen geführt, die über diese Schwankungen der letzten Jahre hinausgehen. Der tägliche Pro-Kopf-Konsum im Jahr 2022 in der Bevölkerung ab 15 Jahren entspricht etwa einem großen Bier oder einem Viertelliter Wein (25 Gramm Alkohol pro Tag).

37

Die Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2019 (Klimont 2020) kommt auf deutlich niedrigere Werte (8,9 % für Männer bzw. 2,5 % für Frauen), die allerdings zum Teil dadurch zustande kommen, dass hier im Gegensatz zur Repräsentativerhebung Rohwerte und nicht „korrigierte“ Werte verwendet werden. Die Sinnhaftigkeit eines solchen Korrekturverfahrens ergibt sich dadurch, dass wiederholt und in unterschiedlichen Ländern festgestellt wurde, dass die auf Basis von Selbstangaben errechneten durchschnittlichen Alkoholkonsummengen aus unterschiedlichen Gründen nur rund 30 bis 40 Prozent des Pro-Kopf-Konsums abbilden (Rehm et al. 2004). Hinsichtlich Grundlagen und Details des Korrekturverfahrens sei auf Strizek/Uhl (2016a) verwiesen. Die Vergleichbarkeit von Indikatoren eines stärkeren oder problematischen Alkoholkonsums mit anderen Erhebungen wie etwa der Österreichischen Gesundheitsbefragung ATHIS ist dadurch stark eingeschränkt.

Abbildung 6.2:

Durchschnittlicher Pro-Kopf-Konsum pro Tag in Gramm Alkohol in der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren, 1955–2021



Quelle: Handbuch Alkohol Österreich, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen (Bachmayer et al. 2023);  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

**Zusammenfassung:** Gelegentlicher Alkoholkonsum ist weiter verbreitet als der Konsum anderer potenziell gesundheitsgefährdender psychoaktiver Substanzen und wird von den meisten Konsumentinnen und Konsumenten bis ins hohe Alter fortgeführt. Dies unterscheidet Alkohol von anderen Substanzen, deren Konsum vor allem in der Jugendzeit stattfindet. Männer trinken häufiger täglich Alkohol als Frauen. Seit den 1970er-Jahren ist die durchschnittliche Konsummenge deutlich rückläufig.

## 6.2 Problematischer Alkoholkonsum in der erwachsenen Bevölkerung

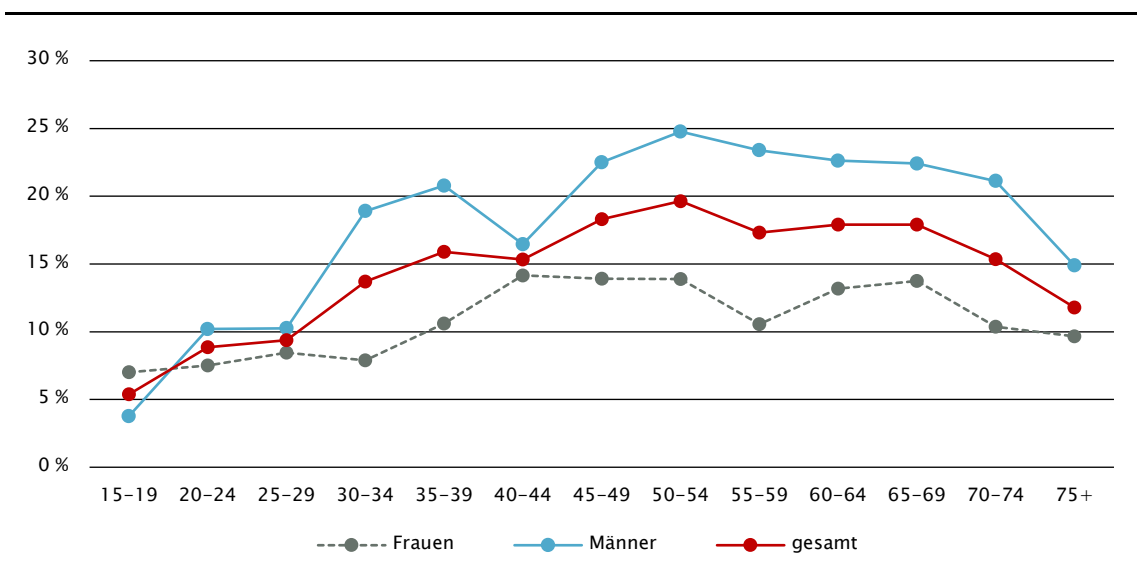
Schwerwiegende gesundheitliche Probleme durch Alkoholkonsum ergeben sich in erster Linie durch die toxische Wirkung des chronischen Missbrauchs, d. h. eines Konsums großer Mengen Alkohol über einen längeren Zeitraum hinweg, oder durch die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. In beiden Fällen trifft dieses Problem durch die Latenzzeit dieser Erkrankungen in erster Linie erwachsene Personen mittleren oder höheren Alters. Als Grenzwerte für eine Konsummenge mit deutlich erhöhtem Risiko einer Gesundheitsgefährdung werden ein täglicher Konsum in der Größenordnung von zwei großen Bier (jeweils 0,5 Liter) für Frauen und drei großen Bier für Männer

definiert<sup>38</sup> (Uhl et al. 2020). Werden diese Grenzwerte auf die korrigierten Angaben (siehe Fußnote 37) der Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2020 angewandt, zeigen 15 Prozent der Befragten (18,5 % der Männer bzw. 10,5 % der Frauen) einen **gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum**.

Deutliche Geschlechterunterschiede in Form eines erhöhten Anteils des problematischen Konsums von Männern im Vergleich zu jenem von Frauen treten ab einem Alter von 30 Jahren in fast allen Altersgruppen auf. Problematischer Alkoholkonsum steigt zudem bis ins höhere Erwachsenenalter (50 bis 60 Jahre) an und nimmt erst danach – unter anderem aufgrund der erhöhten Mortalität von Alkoholikerinnen und Alkoholikern – wieder deutlich ab (vgl. Abbildung 6.3).

Abbildung 6.3:

Problematischer Konsum (mehr als 40 bzw. 60 Gramm Alkohol pro Tag) nach Geschlecht und Alter in Prozent, 2020



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

Im längerfristigen Zeitverlauf<sup>39</sup> zeigt sich eine leichte Abnahme des Anteils an problematischen Konsumentinnen und Konsumenten von 18 Prozent im Jahr 1994 auf 15 Prozent im Jahr 2020.

38

Dies sind 40 Gramm Reinalkohol pro Tag (entspricht etwas weniger als 0,5 Liter Wein) für Frauen und 60 Gramm Reinalkohol pro Tag (entspricht 0,7 Liter Wein, wobei eine Flasche Wein 0,75 Liter enthält) für Männer.

39

auf Basis von fünf Erhebungswellen (1994, 2004, 2008, 2015, 2020) mit identen Berechnungsweisen

---

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

---

## 6.3 Alkoholkonsum bei Jugendlichen

Nur ein sehr geringer Anteil der Jugendlichen in Österreich (15 %) hat laut ESPAD-Erhebung<sup>40</sup> aus dem Jahr 2019 noch nie im Leben Alkohol getrunken (Hojni et al. 2019). Sechs von zehn der Befragten (60 %) haben im letzten Monat Alkohol konsumiert.

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

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

Im **Zeitverlauf** zeigen die ESPAD-Daten insgesamt einen Rückgang des Alkoholkonsums unter Jugendlichen: So stieg etwa der Anteil lebenszeitabstinenter Jugendlicher (von 4 % auf 15 %) und der

---

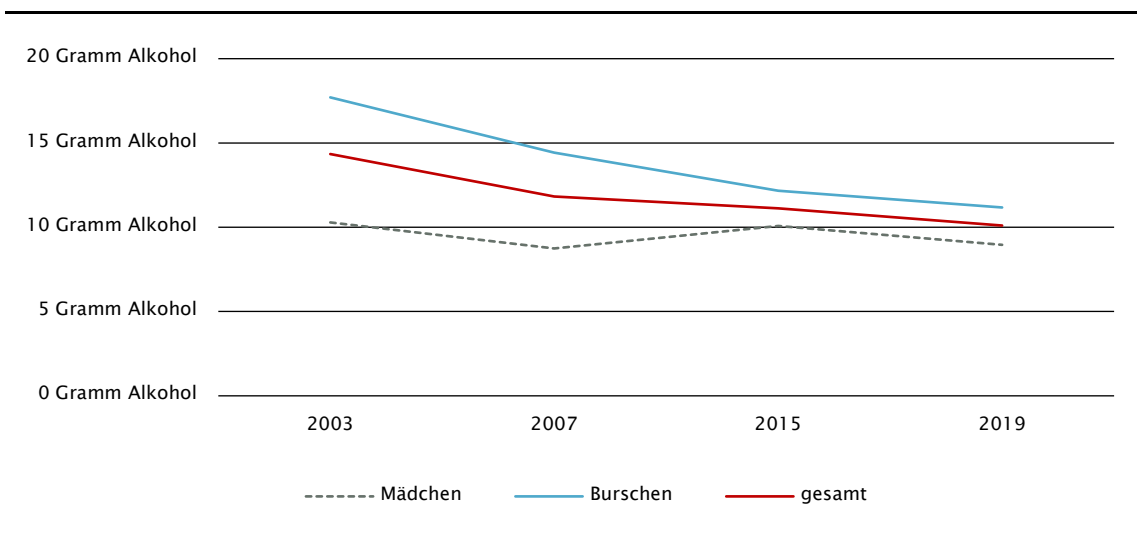
40

Daten in Bezug auf Alkoholkonsum unter Jugendlichen entstammen im Wesentlichen zwei im Vier-Jahres-Rhythmus durchgeführten Schulerhebungen, die allerdings nicht exakt dieselbe Zielgruppe erfassen. Die Erhebung European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) zielt auf Jugendliche in der 9. und 10. Schulstufe ab, die zwischen 14 und 17 Jahre alt sind (mehrheitlich 15- und 16-Jährige). Inhalt der Erhebung sind ausschließlich der Konsum von und Einstellungen zu psychoaktiven Substanzen. Die Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) befragt Schüler:innen der 5., 7., 9. und 11. Schulstufe zu Gesundheitsverhalten im Allgemeinen und beinhaltet in einem deutlich geringeren Umfang auch Fragen zu Alkohol. Referenzwerte aus der letzten Erhebungswelle von 2021/22 (Felder-Puig et al. 2023b) kommen für die am ehesten vergleichbare Zielgruppe der Schüler:innen der 9. Schulstufe auf eine geringfügig niedrigere Prävalenz in puncto Monatsprävalenz des Alkoholkonsums und auf sehr ähnliche Schätzwerte in puncto Raucherfahrung.



Anteil aktueller Konsumentinnen und Konsumenten sank (von 79 % auf 60 %). Auch der tägliche Durchschnittskonsum (vgl. Abbildung 6.4) sank im selben Zeitraum von 14 Gramm auf 10 Gramm und verdeutlicht darüber hinaus, dass sich Mädchen und Burschen in ihrem Konsumverhalten einander zunehmend angleichen (Hojni et al. 2019).<sup>41</sup> Insgesamt steht die Entwicklung in Österreich im Einklang mit Ergebnissen der internationalen Forschungsliteratur, die in einer Vielzahl (westlicher) Länder einen Rückgang des jugendlichen Alkoholkonsums beschreibt (ESPAD Group 2020), ohne dafür bislang eine konsistente und überzeugende Erklärung bieten zu können (Pape et al. 2018).

Abbildung 6.4:  
Durchschnittskonsum Jugendlicher pro Tag nach Geschlecht (in Gramm Alkohol), 2003–2019



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

**Zusammenfassung:** Die Mehrheit der befragten Jugendlichen in Österreich trinkt aktuell (also innerhalb des letzten Monats) Alkohol. Bei etwa einem Fünftel hat dies im gleichen Zeitraum auch zumindest einmal zu einer stärkeren Berausung geführt. Zwischen drei und sechs Prozent berichten ein Konsumverhalten, das längerfristig ein Gesundheitsrisiko darstellen würde. Schüler:innen aus polytechnischen Schulen und Berufsschulen trinken tendenziell genauso oft wie Schüler:innen aus weiterführenden Schulen, aber im Durchschnitt größere Mengen an Alkohol. Tendenzuell ist im Zeitraum zwischen 2003 und 2019 ein Rückgang des Alkoholkonsums Jugendlicher zu verzeichnen.

41

Ein rückläufiger Trend bei Alkoholkonsumindikatoren wird auch bei Zeitreihen auf Basis der HBSC-Erhebung festgestellt, wobei insbesondere zwischen den Erhebungen 2010 und 2014 ein starker Rückgang stattfand (Felder-Puig et al. 2023b).

## 6.4 Morbidität und Mortalität durch exzessiven Alkoholkonsum

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

In Summe erhielten im Jahr 2021 geschätzte 16.100 Personen in österreichischen Krankenanstalten eine alkoholassoziierte Hauptdiagnose (vgl. Abbildung 6.5). Das entspricht, bezogen auf die österreichische Wohnbevölkerung im Alter ab 15 Jahren, einer geschätzten Rate von 211 Personen pro 100.000 Einwohner:innen. Aufgrund des überdurchschnittlichen Schweregrads kommt chronischen Lebererkrankungen und Abhängigkeitsdiagnosen eine besondere Bedeutung zu. Von den 16.100 wegen Alkohol stationär Behandelten (vgl. Abbildung 6.5) wurden ca. 6.600 Personen wegen einer **Alkoholabhängigkeitserkrankung** behandelt<sup>42</sup>. Rund 3.300 Personen wurden in erster Linie wegen einer chronischen Lebererkrankung stationär behandelt<sup>43</sup>, wobei explizit alkoholspezifische Lebererkrankungen seltener vorkamen als alkoholunspezifische Lebererkrankungen (bei 1.400 vs. 1.900 Patientinnen und Patienten)<sup>44</sup>. Auf die restlichen Patientinnen und Patienten (5.000 und 1.200) verteilen sich die Diagnosen Alkoholrausch und Alkoholpsychosen.

---

42

Dies entspricht einer Rate von rund 86 Personen pro 100.000 Einwohner:innen (im Alter ab 15 Jahren).

43

Dies entspricht einer Rate von rund 43 Personen pro 100.000 Einwohner:innen (im Alter ab 15 Jahren).

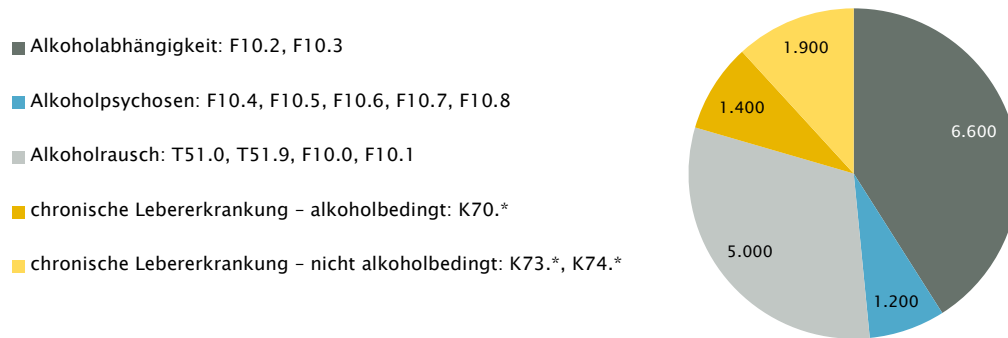
44

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

Abbildung 6.5:

Verteilung von Patientinnen und Patienten mit alkoholassozierten Diagnosen auf unterschiedliche Diagnosecluster, Leistungsjahr 2021

---



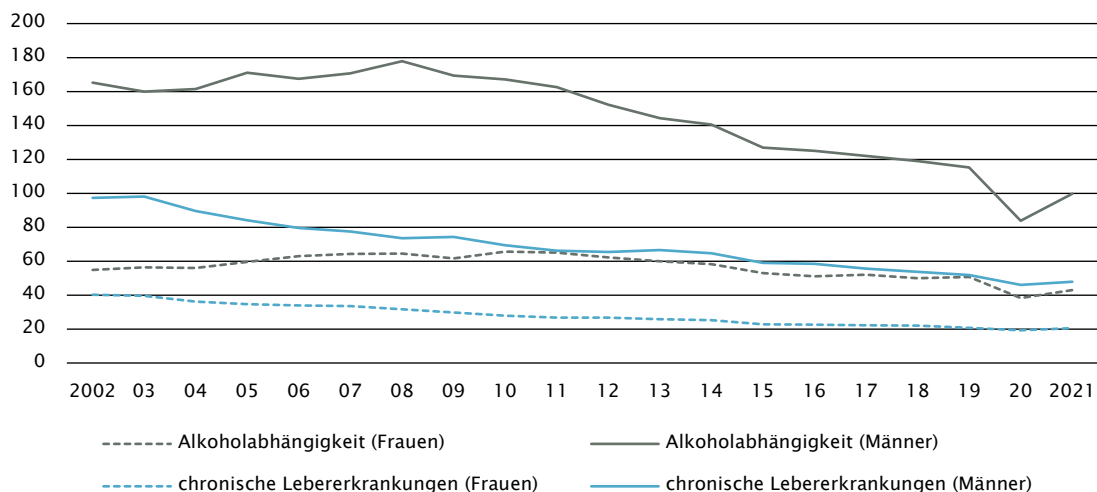
Anmerkung: Analyseeinheit sind Patientinnen und Patienten, Zuteilung zu Diagnoseclustern auf Basis der Hauptdiagnose;  
\* = Platzhalter für alle Ziffern an der vierten Stelle

---

Quellen: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten, Diagnosecluster nach Bachmayer et al. (2023); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 6.6:

Rate der Patientinnen und Patienten mit Alkoholabhängigkeitsdiagnosen und chronischen Lebererkrankungen pro 100.000 Einwohner:innen, 2002–2021



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

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

Zwischen 2002 und 2019 – also bereits vor der Coronapandemie – zeigten sich teilweise deutliche Rückgänge bei der stationären Behandlung der beiden schwerwiegendsten alkoholassoziierten Erkrankungen (vgl. Abbildung 6.6)<sup>45</sup>: Bei Männern zeigt sich ein deutlicher Rückgang bei der Rate der Abhängigkeitsdiagnosen (um ca. 30 %) sowie auch bei der Rate der chronischen Lebererkrankungen (um ca. 47 %). Bei den Frauen zeigt die Rate der Abhängigkeitsdiagnosen nur eine relativ geringe Veränderung (Rückgang um 7 %), wohingegen die Rate der Patientinnen mit Lebererkrankungen sehr deutlich abgenommen hat (Rückgang um 48 %). Werden auch Patientinnen und Patienten mit anderen alkoholassoziierten Hauptdiagnosen berücksichtigt, zeigt sich ebenso ein Rückgang bei den Betroffenen, der bei Männern deutlicher ausfällt als bei Frauen (minus 30 % bzw. minus 12 %, grafisch nicht dargestellt). Der einzige Diagnosecluster, bei dem in diesem Zeitraum ein Zuwachs (von 6 %) zu verzeichnen ist, sind Rauschdiagnosen<sup>46</sup> bei Frauen (ebenfalls grafisch nicht dargestellt).

45

Für die Beschreibung der längerfristigen Trends in diesem Absatz wird bewusst auf Zahlen aus den Jahren 2020 und 2021 verzichtet. Diese stellen infolge der Auswirkungen der Coronapandemie eine Ausnahmesituation dar und werden im folgenden Absatz beschrieben.

46

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

Infolge von Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie kam es im Jahr 2020 zu einer temporären Schließung von stationären Einrichtungen der Suchtbehandlung. Dies schlägt sich in einem deutlichen Rückgang der behandelten Patientinnen und Patienten nieder: Sowohl bei Männern als auch bei Frauen wurden im Jahr 2020 im Vergleich zu 2019 um etwa ein Fünftel weniger Personen mit alkoholassoziierten Hauptdiagnosen (Männer: -21 %, Frauen: -23 %) stationär behandelt. Im Jahr 2021 kam es wieder zu einem Anstieg alkoholassoziierten Hauptdiagnosen im Vergleich zu 2020 (Männer: +10 %, Frauen: +9 %), es wurden aber immer noch weniger Personen wegen Alkoholmissbrauch stationär behandelt als vor Beginn der Pandemie.

---

**Zusammenfassung:** Etwa 211 pro 100.000 Personen im Alter ab 15 Jahren wurden im Jahr 2021 wegen einer alkoholassoziierten Hauptdiagnose stationär behandelt. Diese Rate ist im Zeitverlauf rückläufig.

---

Unter den **explizit mit Alkoholkonsum in Verbindung**<sup>47</sup> stehenden Todesursachen nehmen „Alkoholische Lebererkrankungen“ (K70) und „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2, F10.3) mengenmäßig die zentrale Rolle ein. Im Jahr 2021 wurde bei 713 Verstorbenen die Diagnose K70 gestellt und bei 568 Verstorbenen die Diagnose F10.2 bzw. F10.3 (bei rund 92.000 Verstorbenen insgesamt). Ebenso eindeutig auf Alkoholkonsum zurückgeführt werden die – allerdings zahlenmäßig deutlich seltener kodierten – Diagnosen „Alkoholpsychose“ (F10.4, F10.5, F10.7) und „Alkoholmissbrauch“ (F10.0, F10.1).

Schwieriger gestaltet sich der Fall bei Erkrankungen, bei denen **eine begünstigende Rolle des Alkohols** angenommen wird. Dies ist jedoch nicht explizit aus der Todesursachenstatistik ablesbar, da entweder keine eindeutigen Indizien für eine Alkoholverursachung vorlagen oder diese nicht kodiert wurden. Dies betrifft in erster Linie Personen, die an einer sonstigen „Fibrose und Zirrhose der Leber“ (K74) verstorben sind (im Jahr 2021 676 Personen), und in einem geringeren Ausmaß Erkrankungen des Verdauungstrakts wie Pankreatitis und sonstige Krankheiten des Pankreas (K85.x, K86.x), Gastritis und Duodenitis (K29.x) oder Ösophagusvarizen (I85; in Summe 182 Verstorbene im Jahr 2021). Auch bei Suiziden (X60–X84) wird, vermittelt über psychiatrische Erkrankungen wie z. B. Depression, eine begünstigende Rolle von Alkohol vermutet (1.097 Verstorbene im Jahr 2021). Verlässliche Zahlen in Hinblick auf den Anteil der Todesfälle, die in diesem Bereich in Verbindung mit einem exzessiven Alkoholkonsum stehen, existieren nicht.

---

47

Bei den Todesursachen kann zwischen jenen unterschieden werden, bei denen die begünstigende Wirkung von Alkohol auf den Krankheitsverlauf explizit genannt wird, und solchen, bei denen lediglich eine begünstigende Wirkung vermutet wird, ohne dass dieser Zusammenhang explizit in den Diagnosecodes aufscheint. Die Trennung zwischen Personen, die direkt, und Personen, die indirekt alkoholbedingt frühzeitig versterben, wird zusätzlich dadurch erschwert, dass bei Hinweisen auf Alkoholabhängigkeit oder eine alkoholbedingte Folgeerkrankung (z. B. Leberzirrhose) sowie bei einer akuten Alkoholvergiftung die Diagnosecodes „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2) oder entsprechende alkoholbedingte Folgeerkrankungen (z. B. K70) gewählt werden. Akute Alkoholvergiftungen ohne Hinweis auf Alkoholabhängigkeit oder eine alkoholbedingte Folgeerkrankung sind jedenfalls verhältnismäßig selten (Diagnosecodes F10.1, T51.0, T51.9 nach ICD-10).

In Summe wurden somit 1,5<sup>48</sup> Prozent aller gerundet 92.000 Todesfälle in Österreich im Jahr 2021 explizit auf alkoholassoziierte Krankheiten zurückgeführt (vgl. Tabelle 6.1). Da ein unbekannter Anteil an alkoholassoziierten Lebererkrankungen fälschlicherweise als nicht alkoholassoziiert erfasst wird und übermäßiger Alkoholkonsum auch andere psychische und physische Erkrankungen<sup>49</sup> begünstigt oder auch zu Suizid beitragen kann, ohne dass dies in einer Todesursachenstatistik erfasst werden kann, stellt diese Zahl auf jeden Fall die Untergrenze für eine Schätzung dar.

Tabelle 6.1:

Explizit in Zusammenhang mit Alkohol stehende Todesursachen und Todesursachen, die durch exzessiven Alkoholkonsum begünstigt werden, nach Geschlecht, 2021

	Gesamt (absolut)	Gesamt (pro 10.000 Verstorbenen)	Männer (absolut)	Männer (pro 10.000 Verstorbenen)	Frauen (absolut)	Frauen (pro 10.000 Verstorbenen)
Toxische Wirkung / Alkoholmissbrauch (F10.1, T51.0, T51.9)	39	4	29	6	10	2
Alkoholische Lebererkrankung (K70.x)	713	78	524	114	189	41
Alkoholabhängigkeit (F10.2, F10.3)	568	62	441	96	127	28
Alkoholpsychose (F10.4, F10.6, F10.7, F10.9)	55	6	43	9	12	3
Fibrose und Zirrhose der Leber (K74x)	676	74	448	97	228	50
Pankreatitis und sonstige Krankheiten des Pankreas (K85.x, K86.x)	128	14	81	18	47	10
Gastritis und Duodenitis (K29.x)	35	4	20	4	15	3
Ösophagusvarizen (I85)	19	2	16	3	3	1
Suizid (X60–84)	1.097	119	877	191	220	48
Verstorbene (alle Todesursachen)	91.962	–	46.010	–	45.952	–

Quellen: Todesursachenstatistik, Statistik Austria, Auswahl der Diagnosecluster nach Bachmayer et al. (2023); Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

48

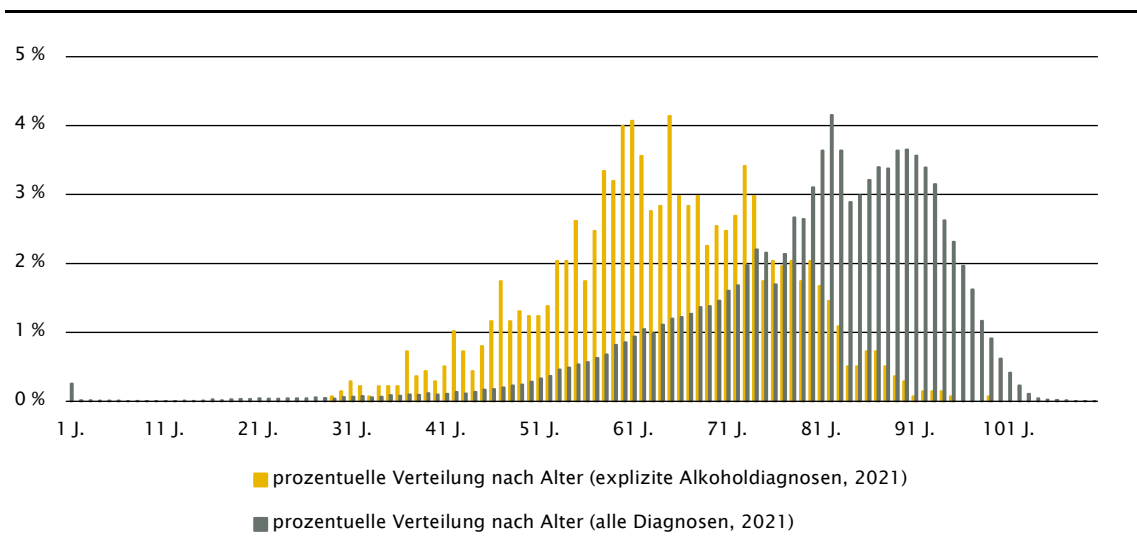
1,5 Prozent ergeben sich durch die Addition der ersten vier Werte der Spalte „Gesamt (absolut)“ aus Tabelle 6.1 dividiert durch die Gesamtzahl der Verstorbenen im Jahr 2021:  $(39 + 713 + 568 + 55) / 91.962 = 1,5$  Prozent. Würde man analog zur Darstellung in Abbildung 6.8 auch nicht alkoholassoziierte Lebererkrankungen (K74x) mitzählen, würde sich dieser Anteil auf 2,2 Prozent erhöhen. Eine ausführliche Beschreibung der Schwierigkeit in der Interpretation von alkoholassoziierten und nicht alkoholassoziierten Lebererkrankungen befindet sich im Handbuch Alkohol Österreich (Bachmayer et al. 2023).

49

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

Ein weiteres gesichertes und nicht zu vernachlässigendes Merkmal von Personen, die aufgrund einer mit exzessivem Alkoholkonsum in Verbindung gesetzten Todesursache sterben, liegt darin, dass diese Personen deutlich früher sterben als andere. Die Altersverteilung in Abbildung 6.7 zeigt sehr deutlich, dass die prozentuelle Verteilung nach Alter bei explizit alkoholbedingten Todesursachen zusammengefasst deutlich weiter nach links verschoben ist als die prozentuelle Verteilung aller Todesursachen.

Abbildung 6.7:  
Anteil der Verstorbenen nach Alter zum Todeszeitpunkt bei alkoholassoziierten Todesursachen und bei allen Todesursachen, 2021



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

Im Zeitverlauf in Abbildung 6.8 zeigt sich, dass alkoholassoziierte Todesursachen<sup>50</sup> seit den 1990er-Jahren sowohl bei Männern als auch bei Frauen tendenziell rückläufig sind. Somit tritt diese Entwicklung etwa 20 Jahre später zutage als im Falle des Pro-Kopf-Konsums, der in den 1970er-Jahren seinen Höhepunkt erreicht hat (vgl. Abbildung 6.2). Als eine mögliche Erklärung für diese Verschiebung könnte die Latenzzeit schwerwiegender Alkoholerkrankungen (z. B. Lebererkrankungen oder Alkoholabhängigkeit) dienen<sup>51</sup>. Auch die leicht rückläufigen Anteile des

50

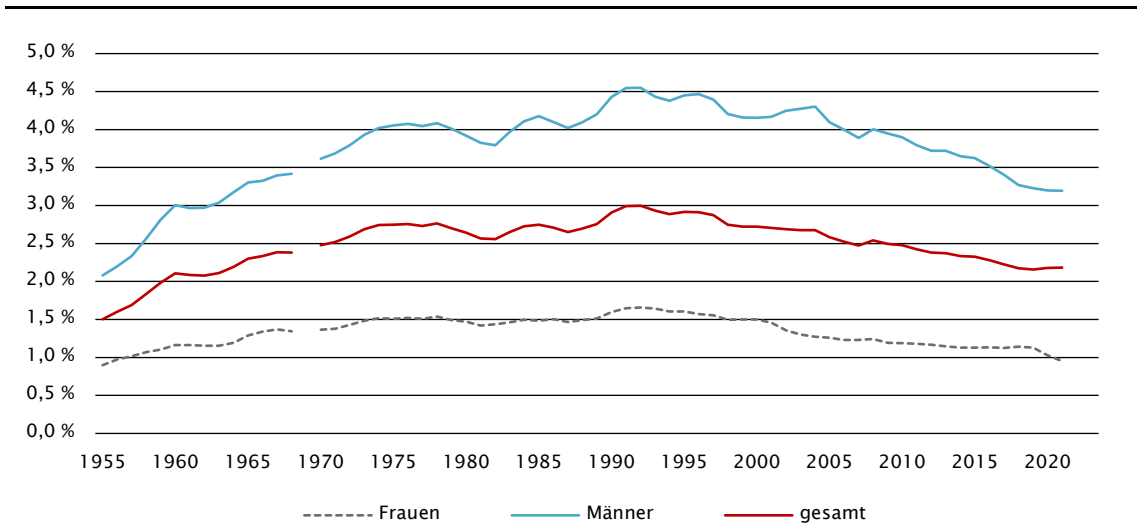
Aus den in Fußnote 44 genannten Gründen werden in der grafischen Darstellung des Zeitverlaufs sowohl alkoholspezifische als auch alkoholunspezifische Lebererkrankungen inkludiert.

51

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

problematischen Alkoholkonsums sowie der stationären Behandlung von alkoholassoziierten Erkrankungen stehen in Einklang mit diesem Ergebnis.

Abbildung 6.8:  
Alkoholassoziierte Todesfälle in Prozent aller Verstorbenen nach Geschlecht, 1955–2021



Anmerkung: Darstellung in geglätteten Mittelwerten über 3 Jahre; berücksichtigt wurden die Diagnosecodes für „Alkoholabhängigkeit“: ICD-10: F10.2, F10.3; „Alkoholpsychose“: ICD-10: F10.4, F10.5–F10.7; „Alkoholmissbrauch“: ICD-10: F10.0, F10.1; „Chronische Lebererkrankungen“ = chronische Lebererkrankung: ICD-10: K70.\*, K73.\*, K74.\*; „Alkoholvergiftung“: ICD-10: T51.0, T51.9.; \* = Platzhalter für alle Ziffern an der vierten Stelle. Aufgrund der Umstellung von ADS auf ICD-8 liegen für das Jahr 1969 keine elektronisch erfassten Zahlen vor. Im Gegensatz zur Darstellung in Tabelle 6.1 werden hier sämtliche Lebererkrankungen mitgezählt, was aufgrund des unklaren und variablen Ausmaßes an Fehlcodierungen insbesondere bei längeren Zeitreihen sowie bei internationalen Vergleichen anzuraten ist (Bachmayer et al. 2023).

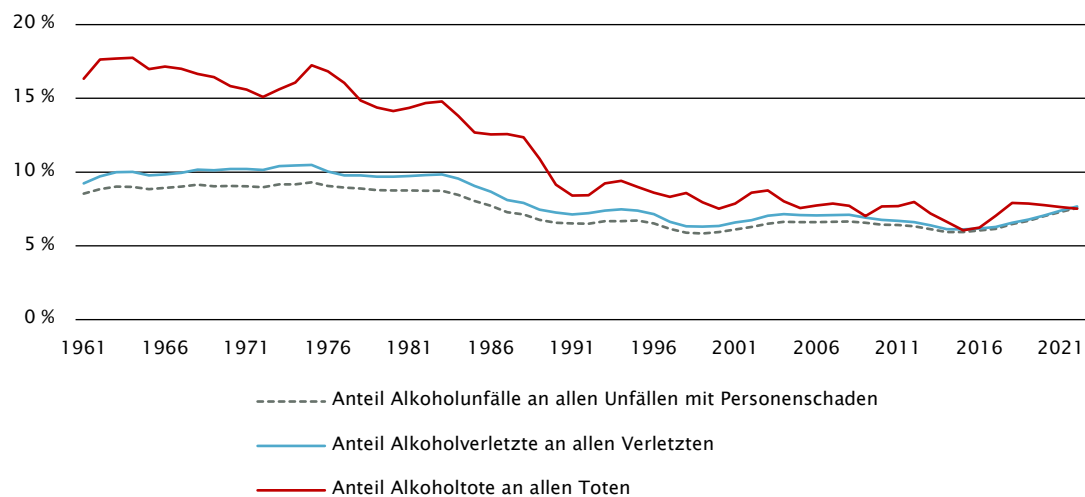
Quellen: Todesursachenstatistik, Statistik Austria, Kategorien und Daten übernommen aus Bachmayer et al. (2023); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Besonders positiv zu beurteilen ist die Entwicklung der negativen Folgen des Alkoholkonsums im Straßenverkehr. Die Anzahl an Unfällen, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses ist seit den 1970er-Jahren deutlich rückläufig. Wurden im Jahr 1971 noch 4.828 Alkoholunfälle, 7.522 Alkoholverletzte und 420 Alkoholtote verzeichnet, gab es im Jahr 2022 trotz der dreifachen Anzahl an zugelassenen Kraftfahrzeugen nur noch 2.755 Alkoholunfälle, 3.519 Alkoholverletzte und 26 Alkoholtote im Straßenverkehr. Auch der relative Anteil der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses im Straßenverkehr hat im Zeitverlauf deutlich abgenommen (vgl. Abbildung 6.9)



und lag im Jahr 2022 zwischen sieben und acht Prozent der jeweiligen Gesamtzahlen (1970er-Jahre: zwischen 9 und 17 %)<sup>52</sup>.

Abbildung 6.9:  
Anteil der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses an allen Unfällen, Verletzten und Toten im Straßenverkehr, 1961–2022



Anmerkungen: Die Grafik stellt ausschließlich die Relation von Unfällen, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses im Vergleich zur Gesamtzahl aller Unfälle, Verletzten und Toten im Straßenverkehr dar. Zusätzlich zu diesem Effekt gab es in diesem Zeitraum insgesamt – d. h. sowohl mit als auch ohne Einfluss von Alkohol – eine deutliche Zunahme der Verkehrssicherheit in Österreich (gemessen an der Zahl der Unfälle, Verletzten und Toten in Relation zum Kfz-Bestand).

Seit 2012 erfolgen die Datenerhebung und -übermittlung nicht mehr mit Unfallzählblättern, sondern elektronisch via „Unfalldatenmanagement“ (UDM); ein direkter Vergleich mit Vorjahresergebnissen ist daher nicht zulässig; Gleitmittelwerte über drei Jahre.

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

Quellen: Statistik der Verkehrsunfälle, Statistik Austria; Datenbasis übernommen aus Bachmayer et al. (2023); Darstellung: GÖG/ÖBIG

52

Anteil „Alkoholunfälle“ an allen Unfällen mit Personenschaden = 7,1 %, Anteil „Alkoholverletzte“ an allen Verletzten = 7,2 %, Anteil „Alkoholtote“ an allen Toten = 8,0 %. Durch die Mobilitätseinschränkungen im Rahmen der Pandemiebekämpfung kam es insgesamt zu einem markanten Rückgang von Verkehrsunfällen in Österreich. So sank im Jahr 2020 die Zahl der im Straßenverkehr insgesamt Verunglückten (gestorben oder verletzt) um 16 Prozent im Vergleich zu 2019. Analog dazu sank im Jahr 2020 auch die Anzahl der Unfälle mit alkoholisierten Beteiligten um 18 Prozent im Vergleich zum Vorjahr (Statistik Austria 2021). Das Verhältnis aus Unfällen oder Verunglückten mit vs. ohne Alkoholeinfluss hat sich im Vergleich zum Vorjahr jedoch nicht verändert.

---

**Zusammenfassung:** Alkoholassoziierte Todesfälle sind seit den 1990er-Jahren rückläufig. Im Jahr 2021 wurden 1,5 Prozent aller Todesfälle explizit mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht. Die tatsächliche Anzahl der Todesfälle, bei denen exzessiver Alkoholkonsum eine wesentliche Rolle gespielt hat, wird jedoch höher liegen. Männer sterben etwa drei- bis viermal so häufig an alkoholassoziierten Todesursachen wie Frauen. Unabhängig vom Geschlecht erfolgt der Tod von Personen mit alkoholassoziierten Todesursachen deutlich früher als bei anderen Personen. Die Bedeutung von Alkohol bei Straßenverkehrsunfällen ist seit den 1970er-Jahren rückläufig.

---

## 7 Tabak- und verwandte Erzeugnisse

Der Konsum von Tabak verursacht zahlreiche Krankheiten und gilt deshalb als eines der bedeutendsten vermeidbaren Gesundheitsrisiken (RKI 2008; WHO 2015). Zu seinen Spätfolgen zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, Atemwegserkrankungen wie z. B. COPD, chronische Bronchitis oder Asthma und bösartige Neubildungen wie Lungenkrebs, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs u. a. (Singer et al. 2011). Für das Jahr 2019 wird geschätzt, dass etwa 13.100 Todesfälle bzw. rund 16 Prozent aller Todesfälle auf das Rauchen von Tabak (inklusive Passivrauchen) zurückzuführen sind (Global Burden of Disease Viz Hub, jüngste verfügbare Daten). Eine detaillierte Darstellung der tabakassoziierten Mortalität findet sich in Abschnitt 7.4.

Als eine wichtige Maßnahme zur Reduktion tabakassoziiierter Erkrankungen gilt die Prävention. Insbesondere Jugendliche sollen davon abgehalten werden, mit dem Konsum von nikotin- und tabakhaltigen Produkten zu beginnen. Daher wird in Abschnitt 7.1 als Erstes auf das Konsumverhalten von Kindern und Jugendlichen eingegangen. Eine weitere wichtige Maßnahme zur Senkung der diesbezüglichen Morbidität ist die Unterstützung bei der Raucherentwöhnung. Aus diesem Grund widmet sich Abschnitt 7.5 jenen Raucherinnen und Rauchern, die den Wunsch haben, mit dem Rauchen aufzuhören oder zumindest ihren Zigarettenkonsum zu reduzieren. Diese stellen die ideale Zielgruppe für Rauchausstiegsunterstützungen dar.

In den letzten Jahren kamen immer mehr Nikotinerzeugnisse als Alternative zu Tabakzigaretten auf den Markt, so zum Beispiel elektronische Inhalationsprodukte. Bei diesen werden entweder Liquids (E-Zigaretten, E-Shishas und E-Pfeifen) oder Tabak (Tabakerhitzer) elektronisch konsumiert. Erst seit Kurzem auf dem Markt sind Nikotinbeutel. Am weitesten verbreitet unter den neuen Produkten sind E-Zigaretten: Bereits 9,6 Prozent der Österreicher:innen haben im letzten Monat zumindest einmal eine E-Zigarette konsumiert. (Strizek et al. 2023)

Als Datengrundlagen für das Konsumverhalten von Kindern und Jugendlichen werden die österreichweite HBSC-Studie<sup>53</sup> und die ESPAD-Erhebung<sup>54</sup> herangezogen. Für die Bevölkerung ab 15 Jahren wird die österreichweite Gesundheitsbefragung (ATHIS<sup>55</sup>) bzw. die Erhebungsreihe „Befragung zum Substanzgebrauch“ herangezogen.

---

53

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

54

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

55

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

## 7.1 Das Konsumverhalten von Kindern und Jugendlichen

Laut den beiden aktuellsten Schülerbefragungen, HBSC<sup>56</sup> 2022 und ESPAD<sup>57</sup> 2019, rauchen aktuell vier (HBSC 2022) bzw. zwölf Prozent (ESPAD 2019) der 15-Jährigen<sup>58</sup> täglich Zigaretten. Ein Drittel (HBSC 2022) bis knapp die Hälfte (ESPAD 2019) der 15-jährigen Schüler:innen gibt an, bereits erste Erfahrungen mit dem Rauchen von Zigaretten gemacht zu haben (Felder-Puig et al. 2023b; Strizek/Hojni 2019). In beiden Erhebungsreihen zeigt sich ein eindeutiger Rückgang in der Rauchprävalenz von Kindern und Jugendlichen in Österreich (vgl. Abbildung 7.1).

Schüler:innen aus Berufsschulen und polytechnischen Schulen berichten häufiger von Tabakkonsum als solche anderer Schulformen<sup>59</sup>. Kaum Unterschiede zeigen sich hingegen zwischen Mädchen und Burschen beim Anteil der täglich Rauchenden unter den 15-jährigen (vgl. Abbildung 7.1) (Felder-Puig et al. 2023b; Strizek/Hojni 2019).

Der tägliche Konsum von **E-Zigaretten bzw. E-Shishas** stieg laut der Schülerbefragung HBSC zwischen 2018 und 2022 kaum an (von 1,4 % auf 1,5 %). Bemerkenswert ist jedoch der selbstberichtete Konsum im letzten Monat: Hier gibt bereits nahezu jede und jeder fünfte Jugendliche (15-Jährige) an, im letzten Monat zumindest einmal E-Zigaretten bzw. E-Shishas genutzt zu haben (2018: 13,9 %, 2022: 19,2 %).

---

56

Bei der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children Study) handelt es sich um die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie, in der selbstberichtete Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern im Alter von 11, 13, 15 und (seit 2010) 17 Jahren erfragt wird. Die Gesamtstichprobe in Österreich umfasste im Jahr 2022 rund 7.100, 2018 rund 7.500, im Jahr 2014 rund 6.000, im Jahr 2010 rund 6.500, im Jahr 2006 rund 4.000 und im Jahr 2002 rund 4.500 Schüler:innen.

57

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

58

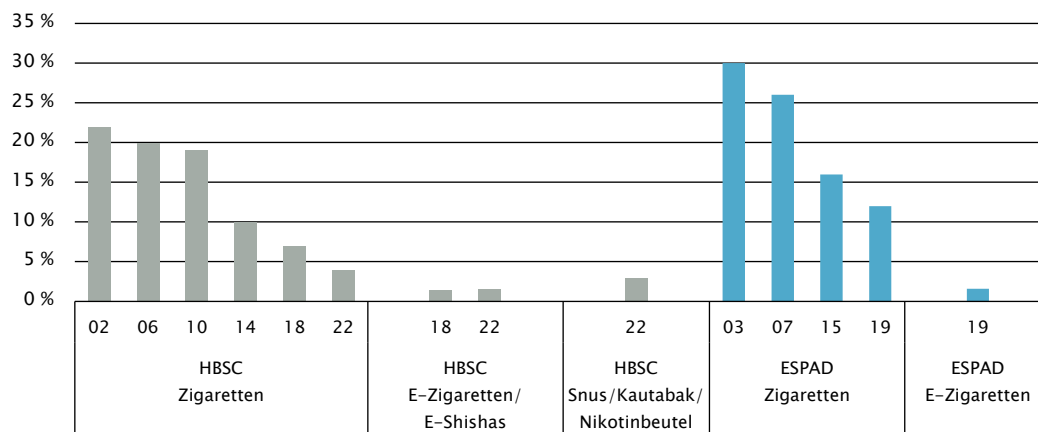
Stellvertretend für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen wird hier das bei Befragungen angegebene Verhalten von 15-Jährigen berichtet. Diese wurden ausgewählt, da sie sowohl bei der HBSC- als auch bei der ESPAD-Erhebung befragt werden und somit die Ergebnisse der beiden Erhebungsreihen eher vergleichbar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

59

So zeigt die österreichische Lehrlingsbefragung von 2022, dass 18 Prozent der Lehrlinge täglich Zigaretten rauchen (Felder-Puig et al. 2023a).

Abbildung 7.1:

Anteil des täglichen Konsums verschiedener nikotinhaltiger Erzeugnisse bei 15-Jährigen, 2002–2022



Anmerkung: Die hier dargestellten Ergebnisse zum Konsum von Zigaretten beziehen sich bei den HBSC-Studien 2002, 2006, 2010 und 2014 auf das „Rauchen von Tabak“ und bei den HBSC-Studien 2018 und 2022 sowie bei allen dargestellten Ergebnissen der ESPAD-Erhebung auf das „Rauchen von Zigaretten“.

Quellen: Dür/Griebler (2007); Felder–Puig et al. (2019); Felder–Puig et al. (2023b); Ramelow et al. (2011); Ramelow et al. (2015); Strizek et al. (2008a); Strizek/Uhl (2016b); Uhl et al. (2005b); ESPAD 2015; HBSC 2018; ESPAD 2019; HBSC 2022; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Laut der Schülerbefragung HBSC 2022 konsumieren drei Prozent der 15-Jährigen täglich Kautabak, Snus oder Nikotinbeutel (Buben: 5,1 %, Mädchen: 1,2 %). 13,1 Prozent haben im letzten Monat Kautabak, Snus oder Nikotinbeutel konsumiert (Buben: 18,7 %, Mädchen: 8,3 %).

Die meisten neuen Nikotinerzeugnisse werden häufiger von Burschen als von Mädchen konsumiert<sup>60</sup> (Felder–Puig et al. 2023b; Schmutterer 2019a; Strizek/Hojni 2019).

**Zusammenfassung:** Die Rauchprävalenz bei Kindern und Jugendlichen hat sich seit dem Jahr 2002 mehr als halbiert. Das Dampfen von E-Zigaretten und das Rauchen von Wasserpfeifen/Shishas zeigt sich kaum in Form von täglichem Konsum, sehr wohl aber beim Konsum im letzten Monat. Der Konsum von Kautabak/Snus/Nikotinbeutel ist beim täglichen Konsum relativ hoch.

60

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

## 7.2 Rauchverhalten in der Bevölkerung

### 7.2.1 Langfristige Entwicklungen

Laut den beiden aktuellsten Befragungen rauchen 20 Prozent (Befragung zum Substanzgebrauch 2022<sup>61</sup>) bzw. 21 Prozent (ATHIS<sup>62</sup> 2019) der Österreicher:innen im Alter ab 15 Jahren täglich (Klimont 2020; Strizek et al. 2023).<sup>63</sup> Der tägliche Konsum ist tendenziell rückläufig (vgl. Abbildung 7.2)<sup>64</sup>. Eine Übersicht über Ergebnisse verschiedener österreichweiter Erhebungen der Rauchprävalenz ist im Annex unter TABAK 1 und TABAK 2 zu finden.

Männer und Frauen gleichen sich in ihrem Rauchverhalten im Verlauf der Jahrzehnte an. Frauen rauchen allerdings nach wie vor etwas seltener und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Männer, sie beginnen jedoch schon früher mit dem Rauchen (vgl. Abbildung 7.2). Bei den auf das Geschlecht bezogenen, sich einander angleichenden Rauchquoten in der Gesamtbevölkerung sind Kohorteneffekte zu beobachten, d. h., dass auf Generationen mit großen Unterschieden im Rauchverhalten nach Geschlecht, zumindest seit Beginn des 20. Jahrhunderts, Generationen mit immer geringeren Unterschieden folgen (Mikrozensus 1979, 1986, 1997, ATHIS 2006/2007, 2014 und 2019)<sup>65</sup>.

---

61

Bei der österreichischen „Befragung zum Substanzgebrauch“ (2004, 2008, 2015, 2020 und 2022) handelt es sich um eine repräsentative Bevölkerungserhebung unter Personen in Privathaushalten ab 15 Jahren; es wurden dabei in den Jahren 2004, 2008 und 2014 jeweils rund 4.000, im Jahr 2020 rund 6.000 und im Jahr 2022 rund 6.700 Personen befragt.

62

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

63

Abwasseranalysen in Bezug auf Nikotin kommen auf rund 22 Prozent Raucher:innen (Oberacher/Wurzer 2022).

64

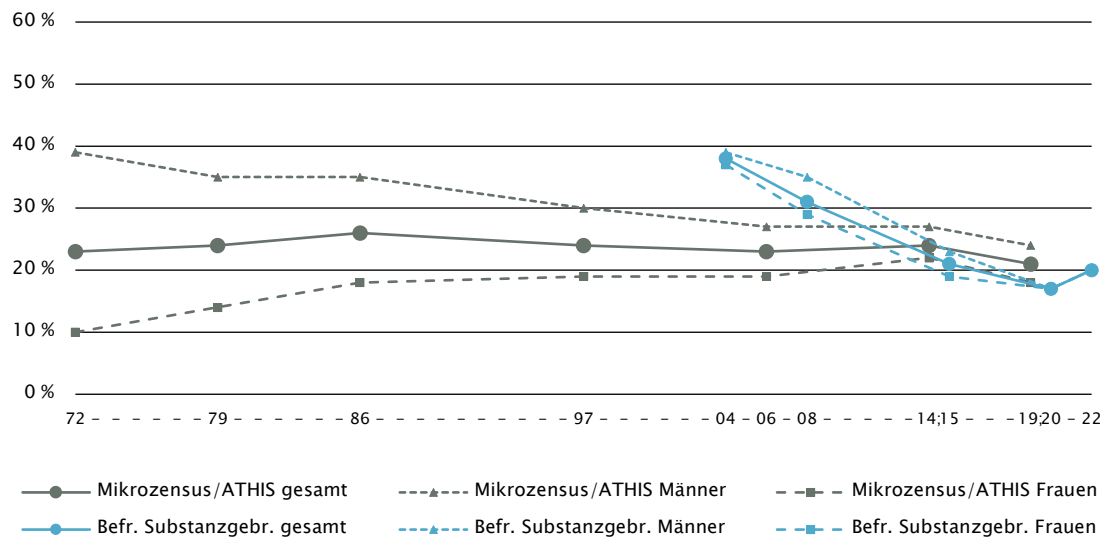
Betrachtet man die Ergebnisse der Erhebungsreihe „Befragung zum Substanzgebrauch“ (2004, 2008, 2015, 2020 und 2022), so zeigt das aktuelle Ergebnis (Veränderung von 2020 auf 2022) nach einem jahrelangen Rückgang einen Anstieg im Tabakkonsum. Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragungen der Statistik Austria (ATHIS 2006/2007, 2014 und 2019) dokumentieren gleichbleibende Werte bis 2014 mit einem anschließenden Rückgang bis 2019.

65

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

Abbildung 7.2:

Anteil der täglich Rauchenden an der Bevölkerung ab 15 Jahren, 1972–2022

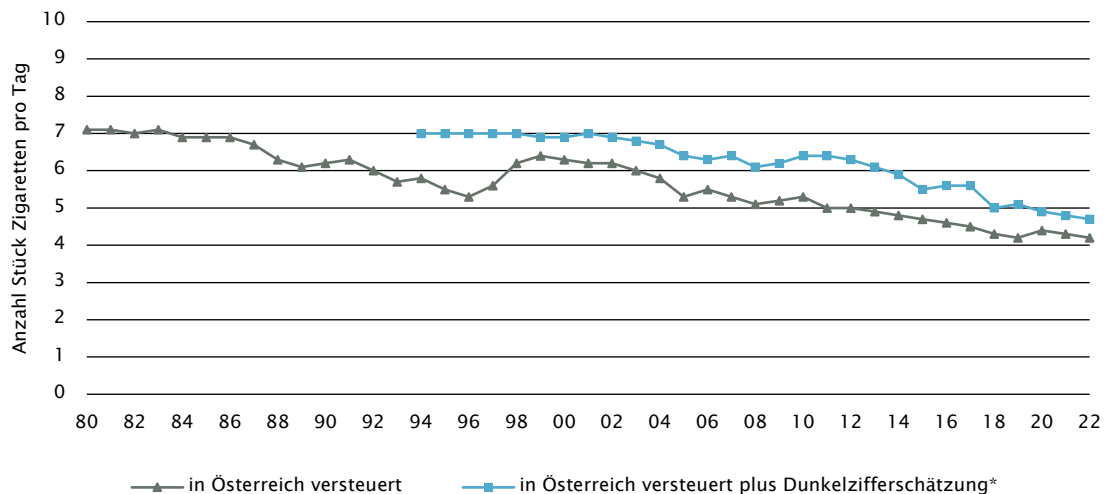


Anmerkung: Mit einem Symbol versehene Jahre stellen tatsächliche Erhebungszeitpunkte dar. Die Ergebnisse der Erhebungen im Rahmen des Mikrozensus 1972, 1979 und 1986 beziehen sich auf die Bevölkerung im Alter ab 16 Jahren. In den Befragungen über den Substanzgebrauch wurden bei der Frage nach dem aktuellen Rauchstatus die Antwortkategorien „fast täglich“ und „täglich“ unterschieden. Für die vorliegende Auswertung wurden die beiden Kategorien zur Kategorie „täglich“ zusammengefasst. In den Jahren 2020 und 2022 haben Frauen und Männer bei den Befragungen über den Substanzgebrauch die gleichen Werte in puncto tägliches Rauchen.

Quellen: Klimont/Baldaszi (2015); Klimont (2020); Strizek et al. (2009); Strizek/Uhl (2016a); Strizek et al. (2021); (Strizek et al. 2023); Uhl et al. (2005d); Urbas/Klimont (2002); Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 7.3:

Durchschnittlicher täglicher Konsum von Zigaretten in der Bevölkerung, 1980–2022



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

\*nicht bzw. nicht in Österreich versteuertes Zigaretten

Quellen: Austria Tabak (2004); BMF (2023); JTI (2008); JTI (2013); JTI (2016); JTI (2017); JTI (2018); JTI (2019); JTI (2020); JTI (2021); JTI (2022); JTI (2023); TÜV Austria CERT (2012); Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Aktuelle Verkaufszahlen und Dunkelzifferschätzungen ergeben für das Jahr 2022 einen Zigarettenkonsum von 4,2 bis 4,7 Stück pro Kopf und Tag<sup>66</sup>. Bei der geschätzten Dunkelziffer zeigt sich wie auch im letzten Jahr ein leichter Rückgang. Diese Dynamik lässt sich gut mit den pandemiebedingten Reisebeschränkungen in den Jahren 2020 und 2021 erklären. Im längerfristigen Trend zeigt sich sowohl bei den Verkaufszahlen als auch bei den Dunkelzifferschätzungen ein leichter Rückgang, etwas deutlicher seit 2010 (vgl. Abbildung 7.3)<sup>67</sup>.

Die Anzahl der Zigaretten laut Großhändlern ist seit Jahren rückläufig (von über 13 Milliarden Stück 2010 auf unter 12 Milliarden Stück 2022), eine kurze Ausnahme zeigte sich in den Pandemie Jahren 2019 und 2020, in denen ein Anstieg beobachtet wurde (vgl. TABAK 3 im Annex). Ein anderer

66

Umgerechnet entspricht das 1.515 Zigaretten pro Person (ab 15 Jahren) pro Jahr (in Österreich versteuerte Zigaretten) bzw. 1.702 Zigaretten pro Person (ab 15 Jahren) pro Jahr (in Österreich versteuerte Zigaretten plus Dunkelzifferschätzung nicht bzw. nicht in Österreich versteuertes Zigaretten).

67

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



Trend zeigt sich hingegen bei Tabakerzeugnissen zum Erhitzen: Hier stiegen die Verkaufszahlen und Umsätze von 2020 auf 2022 um mehr als das 7-Fache.

---

**Zusammenfassung:** Die Befragungsdaten und Verkaufszahlen deuten auf einen leichten Rückgang des Zigarettenkonsums in Österreich hin. Männer und Frauen gleichen sich in ihrem Rauchverhalten im Verlauf der Jahrzehnte an. Junge Männer begannen seltener als zuvor und junge Frauen öfter als zuvor mit dem Rauchen. Frauen rauchen allerdings nach wie vor etwas seltener und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Männer.

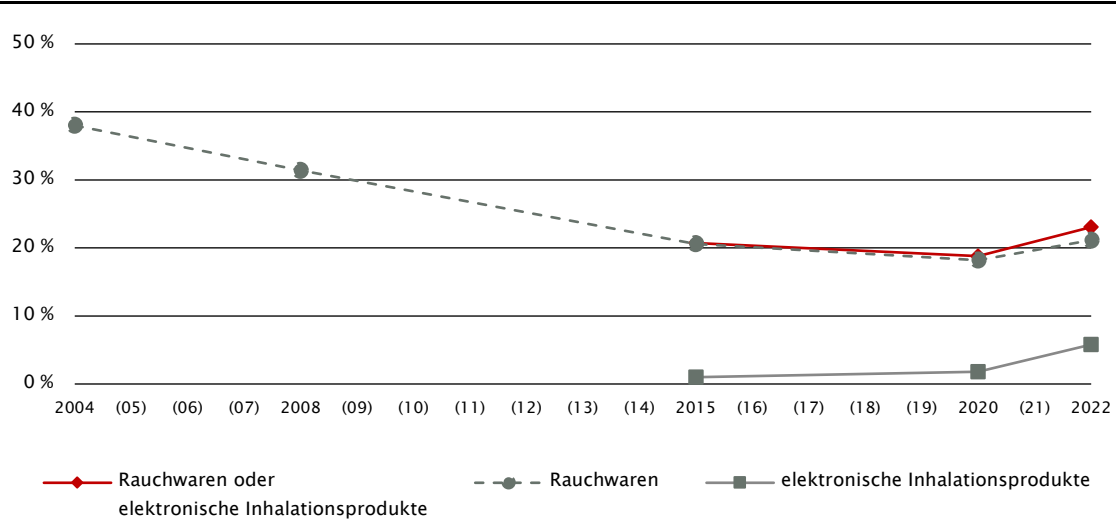
---

## 7.2.2 Aktuelle Entwicklungen

Neben dem täglichen Zigarettenkonsum ist auch der tägliche Konsum von elektronischen Inhalationsprodukten ein Indikator für eine Abhängigkeitserkrankung. Es ist daher sinnvoll, bei den aktuellen Entwicklungen Rauchen und den Konsum elektronischer Inhalationsprodukte zusammen zu betrachten. 23 Prozent der Österreicher:innen konsumieren täglich Rauchwaren oder elektronische Inhalationsprodukte. Die Zusammenschau der Produkte (vgl. Abbildung 7.4) zeigt somit wieder einen leichten Anstieg seit 2015, ist aber nach wie vor weit unter dem Niveau von 2008 (31 %).

Eine weitere wichtige aktuelle Entwicklung ist der parallele Konsum von elektronischen Inhalationsprodukten und Zigaretten („Dual Use“). So berichten beispielsweise 78 Prozent der Personen, die angeben, im letzten Jahr elektronische Inhalationsprodukte konsumiert zu haben, auch „klassische“ Rauchprodukte wie Zigaretten oder Zigarren geraucht zu haben (Strizek et al. 2023).

Abbildung 7.4:  
Veränderung des (fast) täglichen Konsums von Rauchwaren und elektronischen Inhalationsprodukten, 2004–2022

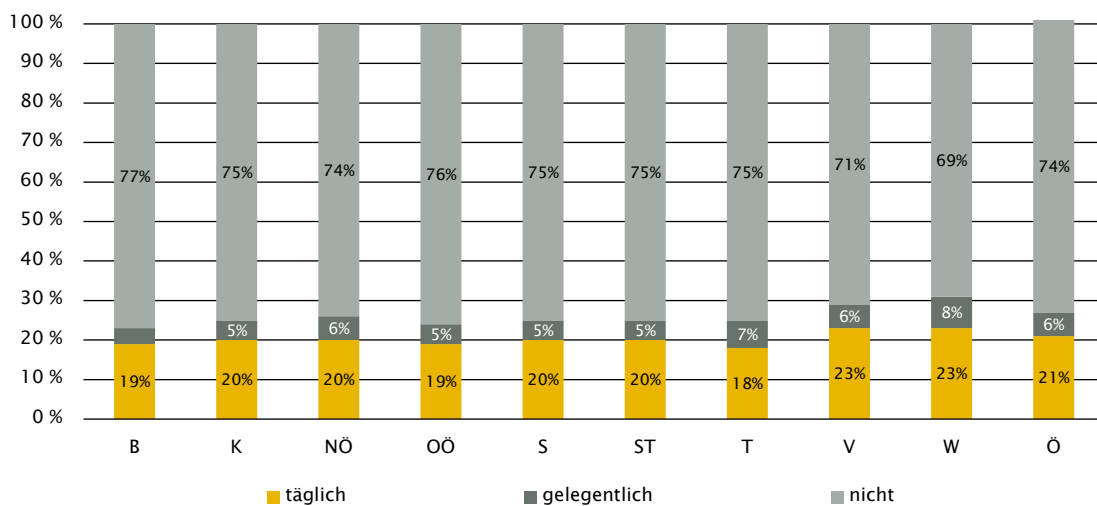


Anm.: Zu Rauchwaren zählen hier Zigaretten, Zigarren und Pfeifen.

Quelle: Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial;  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Bundesländervergleich zeigt sich, dass der Anteil der täglich Rauchenden in Wien und Vorarlberg höher ist als in den übrigen Bundesländern (vgl. Abbildung 7.5).

Abbildung 7.5:  
Rauchstatus der Bevölkerung ab 15 Jahren im Bundesländervergleich, 2019



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

Im europäischen Vergleich (EHIS 2019)<sup>68</sup> liegt Österreich bei den täglich Rauchenden mit einem Wert von 21 Prozent leicht über dem EU-27-Durchschnitt von 19 Prozent. Der EU-27-Durchschnitt bei Rauchenden gesamt (täglich und gelegentlich) liegt bei 24 Prozent (in Österreich bei 26 %). Zum Vergleich: 2014 lag Österreich sowohl bei den täglich Rauchenden als auch bei den Rauchenden gesamt noch weiter über dem damaligen EU-28-Durchschnitt (24 % vs. 19 % bei täglich Rauchenden sowie 30 % vs. 24 % bei Rauchenden gesamt).

---

**Zusammenfassung:** Der Anteil an Menschen, die täglich elektronische Inhalationsprodukte konsumieren, nimmt stetig zu. Elektronische Inhalationsprodukte werden häufig zusätzlich zu Zigaretten konsumiert. 23 Prozent der Österreicher:innen konsumieren täglich Zigaretten oder elektronische Inhalationsprodukte.

---

### 7.2.3 Elektronische Inhalationsprodukte

Elektronische Inhalationsprodukte (E-Zigaretten, E-Shishas, E-Pfeifen und Tabakerhitzer) werden von rund **sechs Prozent** der Befragten **täglich oder fast täglich** konsumiert. Elf Prozent haben elektronische Inhalationsprodukte im letzten Monat konsumiert. Im Unterschied zum Zigarettenkonsum und zum Konsum von Nikotinbeuteln zeigen sich bei den elektronischen Inhalationsprodukten keine nennenswerten Geschlechterunterschiede: Bei Männern ist der tägliche oder fast tägliche Konsum sowie der Konsum im letzten Monat nur geringfügig häufiger als bei Frauen. Wie beim Zigarettenkonsum zeigt sich auch bei elektronischen Inhalationsprodukten, dass **Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss wesentlich häufiger betroffen** sind (Befragung zum Substanzgebrauch 2022, (Strizek et al. 2023))

Seit 2015 stieg der tägliche oder fast tägliche Konsum von elektronischen Inhalationsprodukten in der Gesamtbevölkerung stark an: von einem Prozent 2015 auf 5,8 Prozent im Jahr 2022 (vgl. Abbildung 7.4).

E-Zigaretten werden von 4,4 Prozent täglich oder fast täglich konsumiert. Weitere 5,2 Prozent dampften diese in den letzten 30 Tagen. Tabakerhitzer konsumieren 2,1 Prozent täglich oder fast täglich. Weitere 1,2 Prozent konsumierten diese in den letzten 30 Tagen (Befragung zum Substanzgebrauch 2022, (Strizek et al. 2023)).

---

68

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

## 7.2.4 Konsum von Nikotinbeuteln<sup>69</sup>

1,2 Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren gab im Jahr 2022 an, täglich oder fast täglich Nikotinbeutel zu konsumieren. Ein weiteres Prozent gab an, diese Produkte in den letzten 30 Tagen gelegentlich konsumiert zu haben. Die Werte sind hier bei Männern jeweils höher als bei Frauen. In der Gruppe der 15- bis 34-Jährigen konsumieren zwei Prozent täglich oder fast täglich Nikotinbeutel. Weitere zwei Prozent konsumierten sie in den letzten 30 Tagen gelegentlich (Befragung zum Substanzgebrauch 2022; Berechnungen: GÖG) (Strizek et al. 2023).

---

**Zusammenfassung:** Seit 2015 stieg der tägliche oder fast tägliche Konsum von elektronischen Inhalationsprodukten stetig an: Elektronische Inhalationsprodukte (E-Zigaretten, E-Shishas, E-Pfeifen und Tabakerhitzer) werden von rund **sechs Prozent** der Befragten **täglich oder fast täglich** konsumiert.

---

## 7.3 Passivrauchen

Laut der Befragung zum Substanzgebrauch 2020 sind sieben Prozent der Personen im Alter ab 15 Jahren täglich mindestens eine Stunde lang bei sich zu Hause Passivrauch ausgesetzt, weitere sieben Prozent auch täglich, aber kürzer als eine Stunde pro Tag.

Männer und Frauen sind in etwa gleich häufig Passivrauch ausgesetzt. Bei jüngeren Personen ist die Passivrauchexposition häufiger als bei älteren Personen. 13 Prozent der 15- bis 34-Jährigen, sechs Prozent der 35- bis 64-Jährigen und fünf Prozent der Personen im Alter ab 65 Jahren sind mindestens eine Stunde pro Tag zu Hause Passivrauch ausgesetzt.

Ebenfalls häufiger Passivrauch ausgesetzt sind Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss. 14 Prozent der Personen mit maximal Pflichtschulabschluss, acht Prozent der Personen mit Lehr- oder BMS-/BHS-/AHS-Abschluss und fünf Prozent der Personen mit einem Hochschulabschluss (Universität oder Fachlehrgang mit Hochschulcharakter) geben an, mindestens eine Stunde pro Tag zu Hause Passivrauch ausgesetzt zu sein. (Strizek/Schwarz 2021)

## 7.4 Morbidität und Mortalität infolge Tabakkonsums

Der Konsum von Tabak verursacht zahlreiche tödliche Krankheiten und gilt deshalb als eines der bedeutendsten Gesundheitsrisiken (RKI 2008; WHO 2015). Zu den Spätfolgen des Tabakkonsums zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, Atemwegserkrankungen

---

69

Nikotinbeutel enthalten keinen Tabak, sondern vorrangig den Wirkstoff Nikotin.

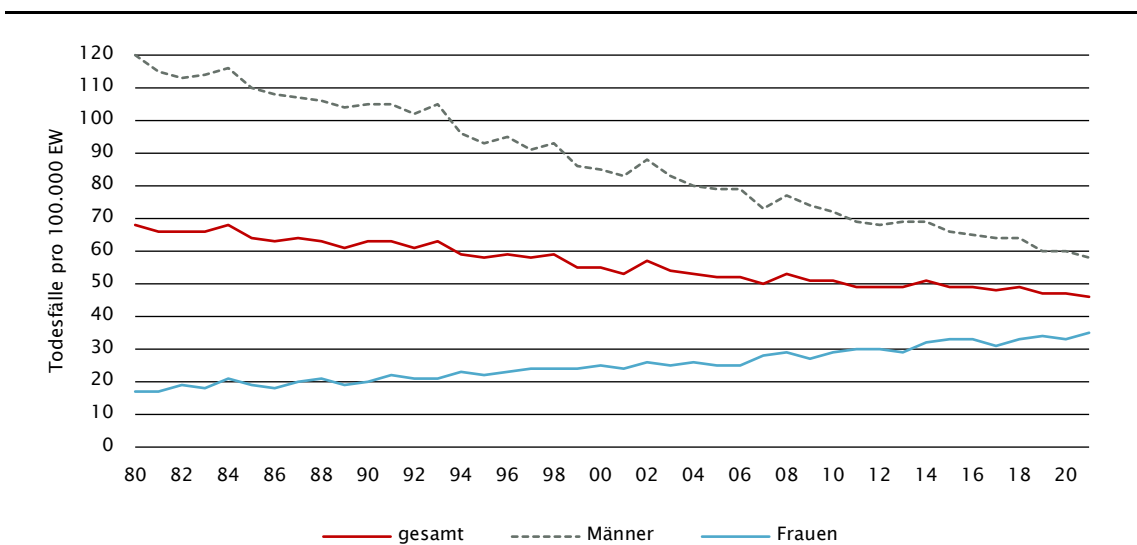
wie z. B. COPD, chronische Bronchitis oder Asthma und bösartige Neubildungen wie Lungenkrebs, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs und u. a. auch Bauchspeicheldrüsenkrebs (Singer et al. 2011).

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

Die geschlechtsspezifische Mortalität in puncto Bronchialkarzinome zeigt in den letzten Jahrzehnten einen Rückgang bei Männern und einen Anstieg bei Frauen (vgl. Abbildung 7.6) und korrespondiert zeitversetzt mit dem Verlauf des Rauchverhaltens von Männern und Frauen (vgl. Abbildung 7.2). Im Jahr 2021 starben 2.348 Männer und 1.725 Frauen infolge eines Bronchialkarzinoms (2020: 2.412 Männer, 1.635 Frauen). 26 Prozent waren unter 65 Jahre alt. 35 Prozent waren zwischen 65 und 74 Jahre alt (Statistik Austria – Todesursachenstatistik).

Abbildung 7.6:

Entwicklung der Todesfälle pro 100.000 Einwohner:innen infolge von Bronchialkarzinomen (C33 und C34, ICD-10), 1980–2021



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1980–2020 sowie Statistik des Bevölkerungsstandes 1980–2021; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Rahmen des „Global Burden of Disease“-Monitorings wurde für Österreich für das Jahr 2019 geschätzt, dass ca. 13.100 Todesfälle bzw. rund 16 Prozent aller Todesfälle auf das Rauchen von Tabak (inklusive Passivrauchen) zurückzuführen sind (Global Burden of Disease Viz Hub, [Zugriff am 30.06.2023]).

---

**Zusammenfassung:** Im Jahr 2021 verstarben 2.348 Männer und 1.725 Frauen infolge eines Bronchialkarzinoms, das großteils durch Tabakrauchen verursacht wird. 26 Prozent der Verstorbenen waren unter 65 Jahre alt. Die Werte in Bezug auf Rauchverhalten und Sterblichkeit infolge von Lungenkrebserkrankungen der Männer und der Frauen gleichen sich in den letzten Jahrzehnten immer mehr an.

---

## 7.5 Wunsch nach Rauchstopp bzw. Reduktion des Zigarettenkonsums

Laut der Befragung zum Substanzgebrauch 2022 denkt die Hälfte (51 %) der täglich oder fast täglich Rauchenden darüber nach, mit dem Rauchen aufzuhören. Weitere zehn Prozent haben diesbezüglich bereits konkrete Pläne. Der Wunsch nach einem Rauchstopp besteht für beide Geschlechter und alle Altersgruppen in einem ähnlichen Ausmaß.

Der Anteil der Rauchenden, die im Jahr zuvor erfolglos versuchten, das Rauchen aufzugeben, ist hoch. 36 Prozent der täglich Rauchenden (37 % der 15- bis 59-Jährigen und 33 % im Alter ab 60 Jahren) gaben solche missglückten Versuche in der ATHIS-Befragung 2019 an.<sup>70</sup> Das entspricht hochgerechnet ca. 570.000 Personen (rund 8 % der Bevölkerung ab 15 Jahren).

---

**Zusammenfassung:** Die Hälfte aller täglich bzw. fast täglich Rauchenden denkt darüber nach, mit dem Rauchen aufzuhören. Weitere zehn Prozent haben diesbezüglich bereits konkrete Pläne. Ein gutes Drittel der im Jahr 2019 täglich Rauchenden (etwa 570.000 Personen) versuchte im Jahr davor (2018) erfolglos, mit dem Rauchen aufzuhören.

---

---

70

Gefragt wurden hier Personen, die täglich Tabakprodukte rauchen. Die genaue Frageformulierung lautete: „Haben Sie im letzten Jahr ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?“ Bei der Befragung zum Substanzmissbrauch 2022 gaben 36 Prozent der aktuell täglich oder fast täglich Rauchenden an, in den letzten 12 Monaten einen ernsthaften Versuch unternommen zu haben, den eigenen Zigarettenkonsum zu reduzieren oder ganz mit dem Rauchen aufzuhören.

# Bibliografie

- Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Grabenhofer–Eggerth, Alexander; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Tanios, Aida (2017): Epidemiologiebericht Sucht 2017. Illegale Drogen und Tabak. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Austria Tabak (2004): Zigarettenabsatz über Austria Tabak bzw. Tobaccoland 1980–2003. Schriftliche Mitteilung. Zitiert in: Seyer, Seifried; Gschwandtner, Franz; Paulik, Richard; Schmidbauer, Rainer (2005): Vom Gebrauch der Drogen – Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich. ISP Gesellschafts- und Sozialpolitische Texte. Band 15, Linz
- Bachmayer, Sonja; Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2023): Handbuch Alkohol – Österreich: Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen. Datenjahr 2022 (in Vorbereitung). Gesundheit Österreich, Wien
- BGBl I 1997/112: Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG)
- BMF (2023): Sonderauswertung: versteuerte Zigaretten. Schriftliche Mitteilung von Elisabeth Schitzhofer am 02.05.2023
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Brotherhood, Angelina; Klein, Charlotte; Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2021): Bericht zur Drogensituation 2021. Gesundheit Österreich, Wien
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Brotherhood, Angelina; Klein, Charlotte; Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2022): Bericht zur Drogensituation 2022. Gesundheit Österreich, Wien
- Busch, Martin; Grabenhofer–Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Wirl, Charlotte (2013): Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Busch, Martin; Grabenhofer–Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Klein, Charlotte; Kerschbaum, Hans; Türscherl, Elisabeth (2014): Epidemiologiebericht Drogen 2014, Gesundheit Österreich, Wien
- Busch, Martin; Haas, Sabine; Horvath, Ilonka; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Türscherl, Elisabeth (2007): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI). Klientenjahrgang 2006. Gesundheit Österreich, Wien
- Currie, Candace; Zanotti, Cara; Morgan, Antony; Currie, Dorothy; de Looze, Margaretha; Roberts, Chris; Samdal, Oddrun; Smith, Otto R.F.; Barnekow, Vivian (2012): Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Health Policy for Children and Adolescents. Bd. 6. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013): Tabak-Abhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. Westerwall
- Dür, Wolfgang; Griebler, Robert (2007): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien
- Dür, Wolfgang; Mravlag, Katharina (2002): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 6. WHO-HBSC-Surveys 2001 und Trends seit 1990. LBIMGS, Wien
- EG 111/2005: Verordnung des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 22. Dezember 2004 zur Festlegung von Vorschriften für die Überwachung des Handels mit Drogenaustauschstoffen zwischen der Gemeinschaft und Drittländern
- EG 273/2004: Verordnung des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 11. Februar 2004 betreffend Drogenausgangsstoffe
- EMCDDA (2013): PDU (Problem drug use) revision summary
- ESPAD Group (2020): ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Luxembourg
- Felder-Puig, Rosemarie; Teutsch, Friedrich; Ramelow, Daniela; Maier, Gunter (2019): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- Felder-Puig, Rosemarie; Teutsch, Friedrich; Winkler, Roman (2023a): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Lehrlingen. Ergebnisse der Lehrlingsgesundheitsbefragung 2021/22. BMSGPK, Wien
- Felder-Puig, Rosemarie; Teutsch, Friedrich; Winkler, Roman (2023b): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22, Wien
- Gisev, Natasa; Bharat, Chrianna; Larney, Sarah; Dobbins, Timothy; Weatherburn, Don; Hickman, Matthew; Farrell, Michael; Degenhardt, Louisa (2019): The effect of entry and retention in opioid agonist treatment on contact with the criminal justice system among opioid-dependent people: a retrospective cohort study. In: The Lancet Public Health 4/7:e334-e342
- Global Burden of Disease Viz Hub [online]. Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> [Zugriff am 30.06.2023]
- GÖG/ÖBIG (2006): Bericht zur Drogensituation 2006. Gesundheit Österreich, Wien



- GÖG/ÖBIG (2010): Drogen-Monitoring Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich, Wien
- Hojni, Markus; Delcour, Jennifer; Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2019): ESPAD Österreich. Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- IFES (2011): BADO-Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2010. Institut für empirische Sozialforschung, Wien
- JTI (2008): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie der Wirtschaftskammer Österreich. Schriftliche Mitteilung von Susanne Schreiner, Wien
- JTI (2013): Studiendesign zur Zigarettenpackungsstudie der Firma CPM und Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie vom Herbst 2012. Schriftliche Mitteilung von Iris Perz, Wien
- JTI (2016): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für die Jahre 2013–2015. Schriftliche Mitteilung von Iris Perz, Wien
- JTI (2017): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für das Jahr 2016. Schriftliche Mitteilung von Iris Perz am 06.06.2017, Wien
- JTI (2018): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für das Jahr 2017. Schriftliche Mitteilung von Silvia Polan am 04.06.2018, Wien
- JTI (2019): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für die Jahre 2017 und 2018. Schriftliche Mitteilung von Silvia Polan am 05.04.2019, Wien
- JTI (2020): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für das Jahr 2019. Schriftliche Mitteilung von Silvia Polan am 21.04.2020, Wien
- JTI (2021): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für das Jahr 2020. Schriftliche Mitteilung von Silvia Polan am 08.04.2021, Wien
- JTI (2022): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für das Jahr 2022. Schriftliche Mitteilung von Silvia Polan am 12.07.2022, Wien
- JTI (2023): Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für das Jahr 2022. Schriftliche Mitteilung von Silvia Polan am 02.05.2023, Wien
- Klimont, Jeannette (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Annex. Statistik Austria, Wien
- Klimont, Jeannette; Baldaszti, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Statistik Austria, Wien
- Ma, J.; Bao, Yp Auid–Orcid; Wang, R. J.; Su, M. F.; Liu, M. X.; Li, J. Q.; Degenhardt, L.; Farrell, M.; Blow, F. C.; Ilgen, M.; Shi, J.; Lu, L. (2019): Effects of medication-assisted treatment on

- mortality among opioids users: a systematic review and meta-analysis. In: *Molecular Psychiatry* 24/12:1868–1883
- Newcomb, P. A.; Carbone, P. P. (1992): The health consequences of smoking: Cancer. In: *Medical Clinics of North America* 76/2:305–331
- O'Connor, Aisling Maire; Cousins, Grainne; Durand, Louise; Barry, Joe; Boland, Fiona (2020): Retention of patients in opioid substitution treatment: A systematic review. In: *PloS one* 15/5:e0232086
- Oberacher, Herbert; Wurzer, Elisabeth (2022): Abwassermonitoring 2022 – Untersuchung des Drogenkonsums in ausgewählten Regionen Österreichs mittels Abwasseranalysen. *Metabolomics*, Institut für Gerichtliche Medizin und Core Facility, Innsbruck
- ÖBIG (2003): Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich. Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- ÖGABS; ÖGAM; ÖGKJP, ÖGPP (Hg.) (2017): Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. 1. Auflage.
- Pape, Hilde; Rossow, Ingeborg; Brunborg, Geir Scott (2018): Adolescents drink less: How, who and why? A review of the recent research literature. In: *Drug and alcohol review* 37/1:98–114
- Ramelow, Daniela; Griebler, Robert; Hofmann, Felix; Unterweger, Katrin; Mager, Ursula; Felder-Puig, Rosemarie; Dür, Wolfgang (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Ramelow, Daniela; Teutsch, Friedrich; Hofmann, Felix; Felder-Puig, Rosemarie (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Rehm, Jürgen; Room, Robin; Monteiro, Maristela; Gmel, Gerhard; Graham, Kathryn; Rehn, Nina; Sempos, Christopher T.; Frick, Ulrich; Jernigan, David (2004): Alcohol Use. In: *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of disease due to Selected Major Risk Factors*. Hg. v. Ezzati, M et al. WHO, Geneva. S. 959–S. 1108
- RKI (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
- Schmutterer, Irene (2019a): Rauchverhalten bei Jugendlichen – aktuelle Ergebnisse der Befragungsreihen HBSC 2018 und ESPAD 2019. Factsheet. *Gesundheit Österreich*, Wien
- Schmutterer, Irene (2019b): Unterschiede im Rauchverhalten zwischen Männern und Frauen. Factsheet. *Gesundheit Österreich*, Wien
- Schmutterer, Irene; Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Bachmayer, Sonja; Puhm, Alexandra; Kobrna, Ulrike; Grimm, Gerhard; Springer, Alfred (2008): ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 2: Validierungsstudie. Ludwig-

Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG), Wien

Singer, Manfred V.; Batra, Anil; Mann, Karl (2011): Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme Verlag, Stuttgart

Sordo, Luis; Barrio, Gregorio; Bravo, Maria J.; Indave, B. Iciar; Degenhardt, Louisa; Wiessing, Lucas; Ferri, Marica; Pastor-Barriuso, Roberto (2017): Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. In: BMJ (Clinical research ed) 357/:j1550

Statistik Austria (2021): Unfälle mit Personenschaden 2020. Wien

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

Strizek, Julian; Busch, Martin; Puhm, Alexandra; Schwarz, Tanja (2023): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial: Auswertungen der dritten Erhebungswelle. Gesundheit Österreich, Wien

Strizek, Julian; Busch, Martin; Puhm, Alexandra; Schwarz, Tanja; Uhl, Alfred (2021): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Gesundheit Österreich, Wien

Strizek, Julian; Hojni, Markus (2019): ESPAD 2019. Tabellenanhang. Gesundheit Österreich, Wien

Strizek, Julian; Schwarz, Tanja (2021): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Tabellenanhang. Gesundheit Österreich, Wien

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

Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016b): ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 3: Kreuztabellen. Gesundheit Österreich, Wien

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

Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Schmutterer, Irene; Grimm, Gerhard; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2008b): ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG), Bundesministerium für Gesundheit, Wien

- Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Springer, Alfred (2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Teutsch, Friedrich; Maier, Gunter; Ramelow, Daniela; Felder-Puig, Rosemarie (2018): Dokumentation zur 10. Österreichischen HBSC-Erhebung im Schuljahr 2017/18. IfGP, Wien
- TÜV Austria CERT (2012): Bericht zur Zigarettenpackungsstudie der Firma CPM für die Wirtschaftskammer Österreich, Wien
- Uhl, Alfred; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Grimm, Gerhard; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred; Lantschik, Elke (2005a): ESPAD AUSTRIA 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Grimm, Gerhard; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred; Lantschik, Elke (2005b): ESPAD AUSTRIA 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Seidler, Dan (2001): Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. Ludwig Boltzmann Institute for Addiction Research, Wien
- Uhl, Alfred; Springer, Alfred; Kobrna, Ulrike; Gnambs, Timo; Pfarrhofer, David (2005c): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Springer, Alfred; Kobrna, Ulrike; Gnambs, Timo; Pfarrhofer, David (2005d): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Hojni, Markus (2020): Handbuch Alkohol Österreich. Band 3: Ausgewählte Themen. Gesundheit Österreich, Wien
- Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Puhm, Alexandra; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Urbas, Elfriede; Klimont, Jeannette (2002): Rauchgewohnheiten. Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997. Statistik Austria, Wien
- WHO (2015): WHO Report on the global tobacco epidemic, 2015. Raising taxes on tobacco. World Health Organization, Geneva