

# Epidemiologiebericht Drogen 2015

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

---

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit



# Epidemiologiebericht Drogen 2015

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

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

Unter Mitarbeit von:

Andrea Bodenwinkler  
Aida Tanios  
Marion Weigl

Fachliche Begleitung BMG:  
Johanna Schopper

Projektassistenz:  
Monika Löbau

Wien, im November 2015  
Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

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

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt

# Inhalt

Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen.....	1
Einleitung.....	3
1 Risikoreicher Drogenkonsum .....	5
1.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster-Situation 2014 .....	5
1.2 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich 2013 .....	9
1.3 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf.....	11
1.4 Altersstruktur der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum.....	15
2 Drogenbezogene Behandlungen.....	17
2.1 Anzahl der behandelten Personen .....	17
2.2 Drogenkonsummuster der behandelten Personen.....	17
2.3 Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik .....	18
2.4 Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen .....	19
2.5 Versorgungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlungen .....	25
3 Kennzahlen der Drogensituation .....	27
4 Konsum von Stimulantien .....	29
4.1 Definition von Stimulantien .....	29
4.2 Stimulantien in Österreich.....	30
5 Detailergebnisse DOKLI.....	38
5.1 Soziodemografie.....	38
5.2 Betreuungssituation .....	41
5.3 Drogenkonsum und Drogenproblematik.....	44
5.4 Situation zu Betreuungsende.....	50
6 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle.....	53
6.1 Definition und Datengrundlage .....	53
6.2 Drogenbezogene Todesfälle 2014 .....	54
6.3 Trend .....	55
6.4 Altersstruktur .....	58
6.5 Substanzen.....	58
6.6 Trend der nachgewiesenen Substanzen .....	60
6.7 Region .....	61
6.8 Substitutionsbehandlung .....	62
6.9 Auffindungsort .....	63
Bibliografie.....	64

# Abbildungen

Abbildung 1.1:	Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach beteiligten Substanzen in Österreich 2014 in Prozent.....	6
Abbildung 1.2:	Bei Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition im Jahr 2014 (n =4.485) nach Bundesland und in Österreich, in Prozent.....	7
Abbildung 1.3:	Personen, die im Jahr 2013 mit einer ambulanten oder stationären drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU, in Prozent .....	8
Abbildung 1.4:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland 2013 .....	9
Abbildung 1.5:	Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums nach Bundesländern (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige).....	10
Abbildung 1.6:	Anteil der Personen unter 25 Jahren bei Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen und bei drogenbezogenen Todesfällen Zeitreihe (gleitender Mittelwert), in Prozent.....	11
Abbildung 1.7:	Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen im Zeitverlauf, in Prozent .....	12
Abbildung 1.8:	Leitdrogen im Zeitverlauf in DOKLI (ambulanter Bereich), in Prozent.....	13
Abbildung 1.9:	Altersverteilung bei Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei drogenbezogenen Todesfällen und Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG und bei ICD-10-Spitalsentlassungsodes Opiode, in Prozent .....	15
Abbildung 1.10:	Altersverteilung von Personen, die im Jahr 2013 mit einer ambulanten oder stationären drogenbezogenen Betreuung begonnen haben, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU, in Prozent .....	16
Abbildung 2.1:	Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung) 2014 .....	18
Abbildung 2.2:	Opioidabhängige Personen (in Substitutionsbehandlung) – Zeitreihe .....	19

Abbildung 2.3:	Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt im Jahr 2011 bis 2014 .....	20
Abbildung 2.4:	Im Rahmen der Substitutionsbehandlung versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte (Stichtag 31. 12. 2014) bezogen auf die Gesamtbevölkerung (15 bis 64 Jahre) .....	22
Abbildung 2.5:	Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten 2014 in Prozent .....	23
Abbildung 2.6:	Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Prozentsatz der von Fachärzten/Fachärztinnen versus Allgemeinmediziner/-medizinerinnen betreuten Klientel am 31. 12. 2014 nach Bundesländern .....	24
Abbildung 2.7:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland 2014 in Prozent .....	25
Abbildung 2.8:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel 2011 bis 2014 in Prozent .....	25
Abbildung 2.9:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter 2014 in Prozent .....	26
Abbildung 4.1:	Stimulantien: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz bzw. Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) in Österreich nach Art der Substanz, 2002-2014 .....	30
Abbildung 4.2:	Stimulantien als Leitdroge jener Personen, die mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, in Prozent im Zeitverlauf .....	33
Abbildung 4.3:	Stimulantien als Leit- oder Begleitdroge jener Personen, die mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, in Prozent im Zeitverlauf .....	33
Abbildung 4.4:	Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Stimulantien im Zeitverlauf, in Prozent .....	35
Abbildung 4.5:	checkit!-Thematisierung von neuen psychoaktiven Substanzen und Mephedron je Setting (in Prozent) 2011 bis 2014 .....	37
Abbildung 5.1:	Anzahl der Personen, die 2014 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung .....	38
Abbildung 5.2:	Anteil unter 25-Jähriger bei Männern und Frauen, die mit einer längerfristigen ambulanten drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, 2006 bis 2014 .....	39

Abbildung 5.3:	Personen, die 2014 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung, in Prozent.....	40
Abbildung 5.4:	Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die im Jahr 2014 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben und zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach Alter, in Prozent.....	42
Abbildung 5.5:	Häufigste Hauptanlässe für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2014 mit einer Betreuung begonnen haben, nach Betreuungsart, in Prozent.....	43
Abbildung 5.6:	Auflage/Weisung bei Personen, die 2014 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik und Art der Betreuung, in Prozent.....	44
Abbildung 5.7:	Personen, die 2014 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach „jemals intravenös Drogen konsumiert“, Geschlecht, Alter und Art der Betreuung in Prozent .....	45
Abbildung 5.8:	Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach „jemals intravenös Drogen konsumiert“ und Jahren in Prozent.....	45
Abbildung 5.9:	Jemals „Needle Sharing“ bei Personen, die bereits mindestens einmal intravenös Drogen konsumiert haben, nach Geschlecht und Alter in Prozent (ambulante Betreuungen 2014).....	46
Abbildung 5.10:	Personen, die im Jahr 2014 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung, in Prozent.....	47
Abbildung 5.11:	Personen, die 2014 mit einer längerfristigen ambulanten bzw. stationären Betreuung begonnen haben, nach hierarchischer Leitdrogendefinition (EMCDDA), in Prozent.....	48
Abbildung 5.12:	Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach hierarchischer Leitdroge Opioid und Cannabis und Jahren .....	49
Abbildung 5.13:	Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2014 in Österreich mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht.....	49
Abbildung 5.14:	Dauer der Betreuung von Personen, die im Jahr 2014 ihre Betreuung beendeten, nach Setting, in Prozent.....	51
Abbildung 5.15:	Betreuungsausgang bei Personen, die im Jahr 2014 eine Betreuung beendet haben, nach Betreuungsart, in Prozent.....	52



Abbildung 6.1:	95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 EW zw. 15 und 64 Jahre 1993–2014, geglätteter 3-Jahres-Wert.....	56
Abbildung 6.2:	Drogenbezogene Todesfälle (DTF) pro 100.000 EW zw. 15 und 64 Jahren 1994–2014, geglätteter 3-Jahres-Wert nach Region .....	57
Abbildung 6.3:	Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DFT), geglätteter 3-Jahres-Wert nach Geschlecht in den Jahren 1993–2014 .....	58
Abbildung 6.4:	Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen 2003–2014, in Prozent .....	60
Abbildung 6.5:	Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DFT), geglätteter 3-Jahres-Wert für Wien, Österreich ohne Wien, Österreich, 1993–2014, in Prozent.....	61
Abbildung 6.6:	Anteil der Personen in Substitutionsbehandlung an direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2010 – 2014, in Prozent .....	62

## Tabellen

Tabelle 2.1:	Schätzung der insgesamt wegen des Konsums illegaler Drogen behandelten Personen nach Setting im Jahr 2014 .....	17
Tabelle 2.2:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt), nach Bundesland, Stichtag 31. 12. 2014 .....	21
Tabelle 2.3:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt) nach Bundesland, Stichtag 30. 6. 2011 und am 31. 12. 2014 .....	22
Tabelle 3.1:	Die wichtigsten Indikatoren zur Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2014 (oder die jüngsten verfügbaren Jahr), in Absolutzahlen.....	27
Tabelle 3.2:	Die wichtigsten Indikatoren zur Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2014 (oder die jüngsten verfügbaren Jahr) pro 100.000 15- bis 64-Jährige.....	28
Tabelle 4.1:	Anzeigen wegen illegaler Stimulantien und Neuer Psychoaktiver Substanzen 2014 nach Bundesländern absolut und pro 100.000 15- bis 64-Jährige.....	31

Tabelle 4.2:	In den Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter Konsum von Stimulantien im Jahr 2014 nach Bundesländern (ohne Wien) absolut und pro 100.000 15- bis 64-Jährige.....	32
Tabelle 4.3:	Stimulantien als Leit- oder Begleitdroge bei allen im Jahr 2014 ambulant oder stationär in DOKLI-Einrichtungen betreuten Personen mit Angabe zur Leitdroge (n=8.174) nach Bundesländern absolut und pro 100.000 15- bis 64-Jährige (Mehrfachnennungen).....	34
Tabelle 4.4:	Inhaltsstoffe der von checkit! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy (Tablettenform) gekauften Proben, in Prozent (2005-2014) .....	36
Tabelle 5.1:	Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulantien“, und „andere Drogen“ aller 9.397 ambulant oder stationäre betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen 2014 .....	50

# Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Opioidkonsum – meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster – macht aktuell das Gros des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich aus. Etwa 85 Prozent aller Personen in drogenspezifischer Betreuung werden wegen Opioidkonsums behandelt. Aktuell gibt es zwischen 28.000 und 29.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden. Etwa die Hälfte davon lebt in Wien (Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten). Ein Viertel der Betroffenen ist weiblich und 15 Prozent sind unter 25 Jahre alt. Sniffen spielt beim Opioidkonsum nach wie vor eine große Rolle. 11.000 bis 15.000 Personen konsumieren vorwiegend injizierend.

Stimulantien spielen als Leitdroge bislang eine sehr untergeordnete Rolle. Es gibt jedoch Hinweise aus dem Behandlungsbereich, dass sie im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster (meist in Kombination mit Opioiden) als Begleitdrogen an Bedeutung gewinnen. Regionale Häufungen bestimmter Substanzen z. B. Methamphetamin in Oberösterreich oder Mephedron in Kärnten und der Steiermark deuten auf lokale Heterogenität hinsichtlich der Bedeutung bestimmter Stimulantien hin.

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

Die Zahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle für das Jahr 2014 beträgt 122 und ist somit im Vergleich zu den Vorjahren (z. B. 2012 161) weiter zurückgegangen. Neben dem Rückgang an drogenbezogenen Todesfällen ist auch der Anteil an Personen unter 25 Jahre an den Todesfällen gesunken. Betrug dieser im Jahr 2004 noch 43 Prozent, lag er 2014 bei 19 Prozent. Dies dürfte in erster Linie auf die bereits oben erwähnte geringere Anzahl an Einsteigerinnen und Einsteigern in den Opioidkonsum zurückzuführen sein.

Etwa zwei Drittel der geschätzt 28.000 bis 29.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum befinden sich in Behandlung. Der Prozentsatz der Personen mit Opioidproblemen in Substitutionsbehandlung ist regional unterschiedlich und liegt mit 17.272 Personen für Gesamtösterreich bei etwa 60 Prozent. Die In-Treatment-Rate hat sich über die Jahre erhöht, was als großer Erfolg gesehen werden kann.

Die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die pro substituierende Ärztin / substituierenden Arzt betreut wird, ist nach wie vor stark unterschiedlich. Auch die Relation zwischen der Anzahlversorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und der Anzahl 15- bis 64-Jähriger unterscheidet sich in den Bundesländern. Manche Ärztinnen und Ärzte betreuen sehr viele Klientinnen und Klienten. Österreichweit werden etwa 70 Prozent aller Substitutionsbehandlungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizинern durchgeführt.

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

Erstmals liegen auch Daten zum „Needle Sharing“ vor. Etwa ein Drittel der Personen, die bereits einmal intravenös Drogen konsumiert haben, gibt an, bereits einmal eine von einer anderen Person gebrauchte Spritze verwendet zu haben. Die Wahrscheinlichkeit dafür steigt mit dem Lebensalter bzw. der Dauer des Drogenkonsums.

# Einleitung

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

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

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

In den ersten drei Kapiteln wird eine Zusammenschau der zur Verfügung stehenden Datenquellen zur Epidemiologie der Drogensituation geboten. Zusätzlich werden einige Basisparameter zu Versorgungslage und Versorgungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlung referiert. Kapitel 4 widmet sich dem Schwerpunktthema „Stimulantien in Österreich“, Kapitel 5 liefert Detailergebnisse zu DOKLI und Kapitel 6 jene zu drogenbezogenen Todesfällen.

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



# 1 Risikoreicher Drogenkonsum

## 1.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster–Situation 2014

**Definition:** Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der EBDD der „wiederholte Drogenkonsum, welcher Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko einen solchen Schaden zu erleiden aussetzt, verstanden<sup>1</sup>.

Schlüsse hinsichtlich risikoreicher Konsummuster können indirekt aus Behandlungsdaten (DOKLI) gezogen werden. Personen, die sich in eine drogenspezifische Behandlung begeben, haben in der Regel ein Problem mit ihrem Drogenkonsum. Auch die Spitalsentlassungscodes nach ICD–10 bieten einen Einblick in die drogenspezifischen Haupt– und Nebendiagnosen im stationären Bereich. Amtsärztliche Begutachtungen nach § 12 SMG, wonach Konsummuster von Personen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach sich ziehen<sup>2</sup>, stellen eine weitere Datenquelle dar. Informationen zu den problematischsten Konsummustern liefern die bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellten Substanzen.

Abbildung 1.1 zeigt deutlich, dass Opioide als Leitdroge in Österreich dominieren. Eine nähere Analyse der Konsummuster zeigt, dass der Großteil der wegen Opioiden betreuten Personen im ambulanten und stationären Bereich auch noch andere Drogen in problematischer Weise konsumiert (Busch et al. 2014). Auch die toxikologischen Analysen der direkt drogenbezogenen Todesfälle zeigen, dass nur eine Minderheit (10 %) der tödlichen Überdosierungen ausschließlich auf Opioide zurückzuführen ist. In 83 Prozent der Fälle wurden neben Opioiden auch noch andere

---

1

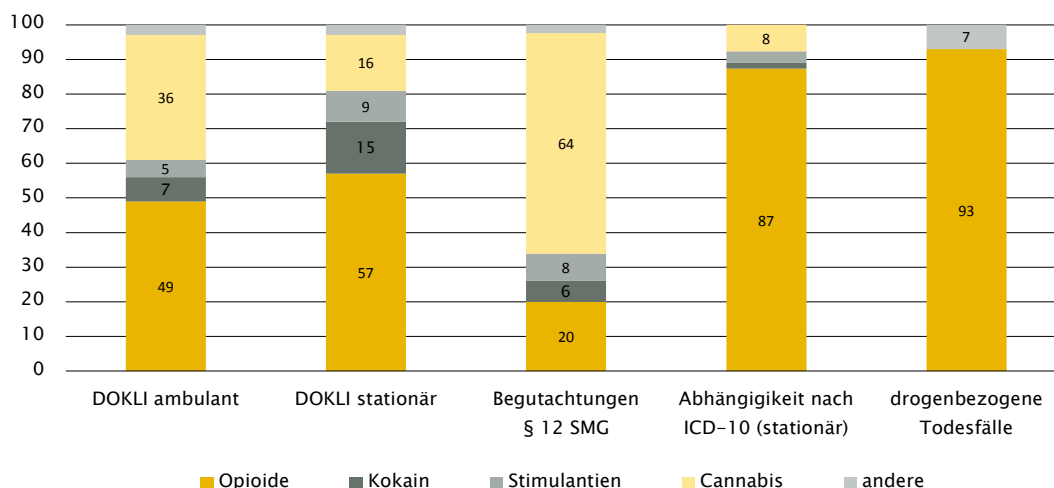
Diese Definition deckt sich mit der Definition des problematischen Drogenkonsums in Österreich. In Österreich wurde immer schon betont, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen als solche problematisch oder unproblematisch sind. Als risikoreich wird Drogenkonsum dann bezeichnet,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

2

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

illegale Substanzen, Alkohol oder Psychopharmaka festgestellt. Überdosierungen ohne Opiode sind sehr selten (7 %).

Abbildung 1.1:  
Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach beteiligten Substanzen in Österreich 2014 in Prozent



Legende:

**DOKLI ambulant** = Personen, die 2014 mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n=2.759)

**DOKLI stationär** = Personen, die 2014 mit einer stationären Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n=695),

**Begutachtungen § 12 SMG** = amtsärztliche Begutachtungen, bei denen 2014 ein behandlungsrelevanter Konsum illegaler Drogen festgestellt wurde (n=1.909). Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Daten aus Wien fehlen. Bei den Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert wird und nicht nach Substanzen spezifiziert.

**Abhängigkeit nach ICD-10 (stationär)**: Prozentverteilung der Hauptdiagnosen von Abhängigkeit von Opioiden, Kokain, Stimulantien und Cannabis (F11.2, F12.2, F14.2 und F15.2) nach ICD-10 bei Spitalsentlassungen (n=1.002) aus 2013 (aktuellste verfügbare Daten)

**Drogenbezogene Todesfälle** = direkt drogenbezogene Todesfälle mit toxikologischen Analyseergebnissen 2014 (n=102 von insgesamt 122)

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

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

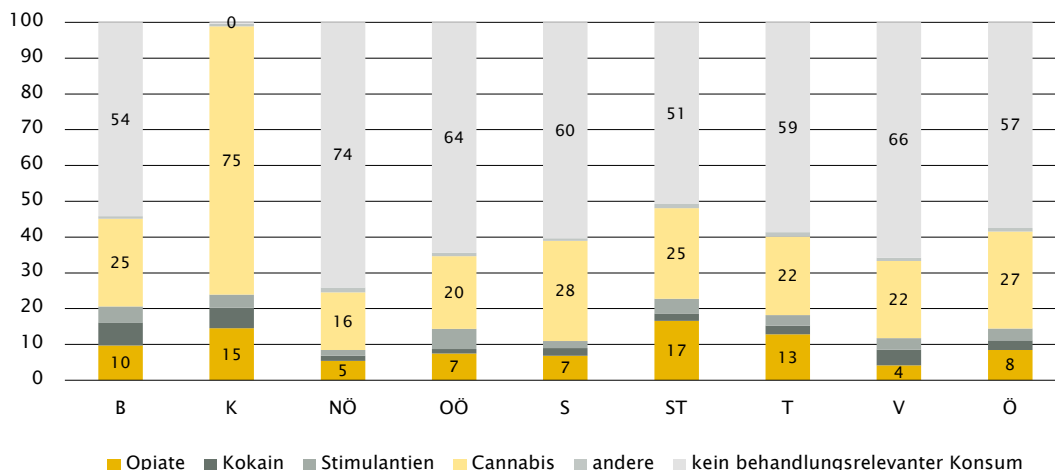
**Schlussfolgerung:** Opioidkonsum – meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster – macht aktuell das Gros des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich aus.

Die zweite zahlenmäßig relevante Gruppe im Behandlungsbereich (vgl. auch Abschnitt 2.2) sind Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis ohne risikoreichen Konsum anderer Drogen. Dieser Anteil ist auch bei Personen, bei denen durch den Amtsarzt nach § 12 SMG der Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt wird, sehr groß (siehe Abbildung 1.2).



Abbildung 1.2:

Bei Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition im Jahr 2014 (n =4.485) nach Bundesland und in Österreich, in Prozent



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

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

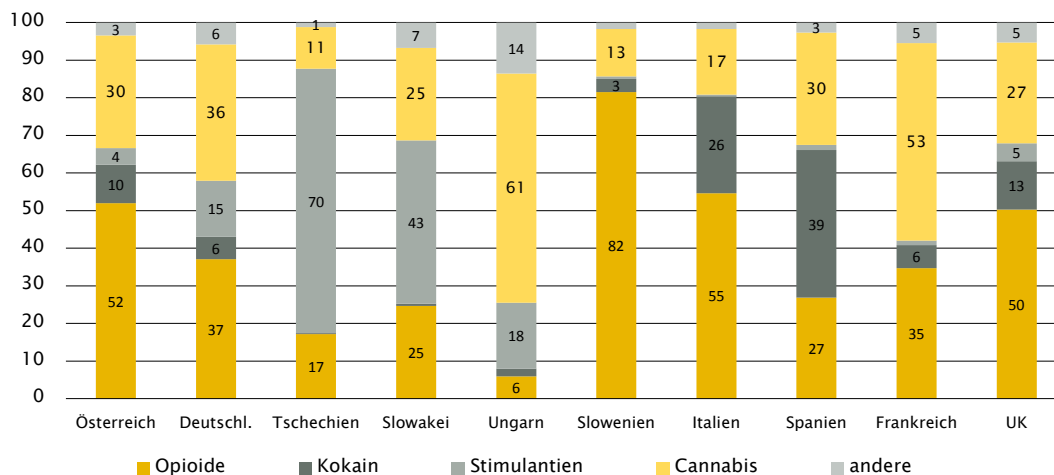
Die Begutachtungsergebnisse in Abbildung 1.2 verdeutlichen zwischen den Bundesländern große Unterschiede. Dies ist ein Indiz für Unterschiede in der Begutachtungspraxis. Je seltener kein Behandlungsbedarf festgestellt wird, desto größer ist der Anteil an Cannabis als Leitdroge (z. B. Kärnten). Dies legt die Vermutung nahe, dass die Einschätzung von eventuell behandlungsrelevantem Cannabis-Konsum auch von Bundesland bzw. Begutachtenden abhängig ist.

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

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

Abbildung 1.3:

Personen, die im Jahr 2013 mit einer ambulanten oder stationären drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU, in Prozent



Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Polytoxikomaner Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden und (risikoreicher) Konsum von Cannabis sind die in Österreich mit Abstand am häufigsten vertretenen Konsummuster im Behandlungsbereich. Der internationale Vergleich zeigt, dass dies nicht in allen EU-Ländern in gleichem Ausmaß der Fall ist<sup>1</sup>. So spielt in den beiden Nachbarländern Tschechien und der Slowakei traditionell Methamphetamin eine wichtige Rolle und in Italien und Spanien Kokain<sup>2</sup> (vgl. Abbildung 1.3). Wie die Analysen zu den Konsummustern in Kapitel 4 zeigen, ist allerdings auch in Oberösterreich eine lokale Szene von Personen mit risikoreichem Methamphetaminkonsum festzustellen.

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

1

Die Daten stammen aus dem neuen Online-Tool der EBDD <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2015>, das das Statistical Bulletin ersetzt. Die neuesten verfügbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 2013.

2

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

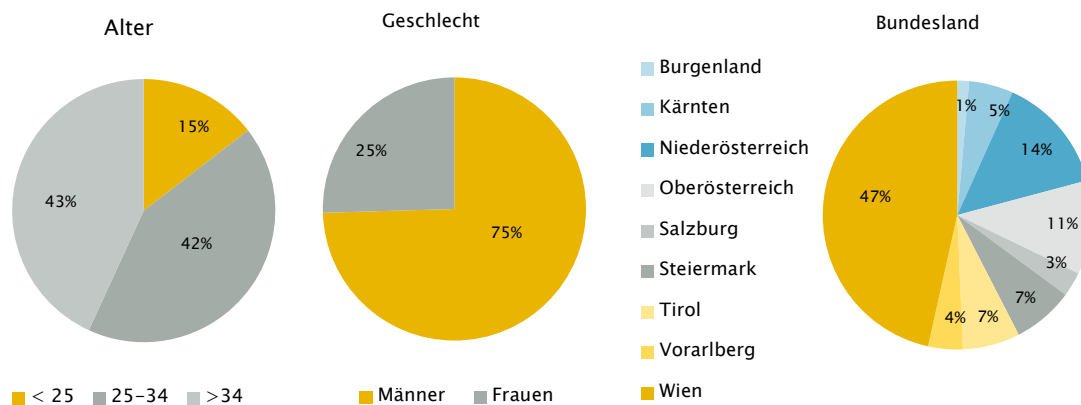
## 1.2 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich 2013

**Definition:** Bei der Schätzung der Anzahl an Personen mit hochriskantem Drogenkonsum handelt es sich um eine Dunkelzifferschätzung, die lediglich Annäherungswerte liefern kann. Für Österreich liegen ausschließlich Schätzungen des hochriskanten polytoxikomanen Konsums unter Beteiligung von Opioiden vor. Die referierten Werte wurden mittels der Capture-Recapture-Methode (CRC) basierend auf pseudonymisierten Daten aus dem Register der Substitutionsbehandlungen und den Anzeigen wegen Opioiden berechnet und anhand der 3-Sample-CRC-Schätzung unter Einbezug der drogenbezogenen Todesfälle mit Opioidbeteiligung für das Jahr 2012 validiert. Bei der CRC-Schätzung handelt es sich um ein von der EBDD empfohlenes, komplexes statistisches Verfahren zur Dunkelzifferschätzung.

Die aktuellsten Schätzungen kommen auf eine Anzahl von 28.000 bis 29.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden in Österreich für die Jahre 2012 und 2013 (Busch et al. 2014). Abbildung 1.4 zeigt die Zusammensetzung der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nach Alter und Geschlecht und nach Bundesländern.

Abbildung 1.4:

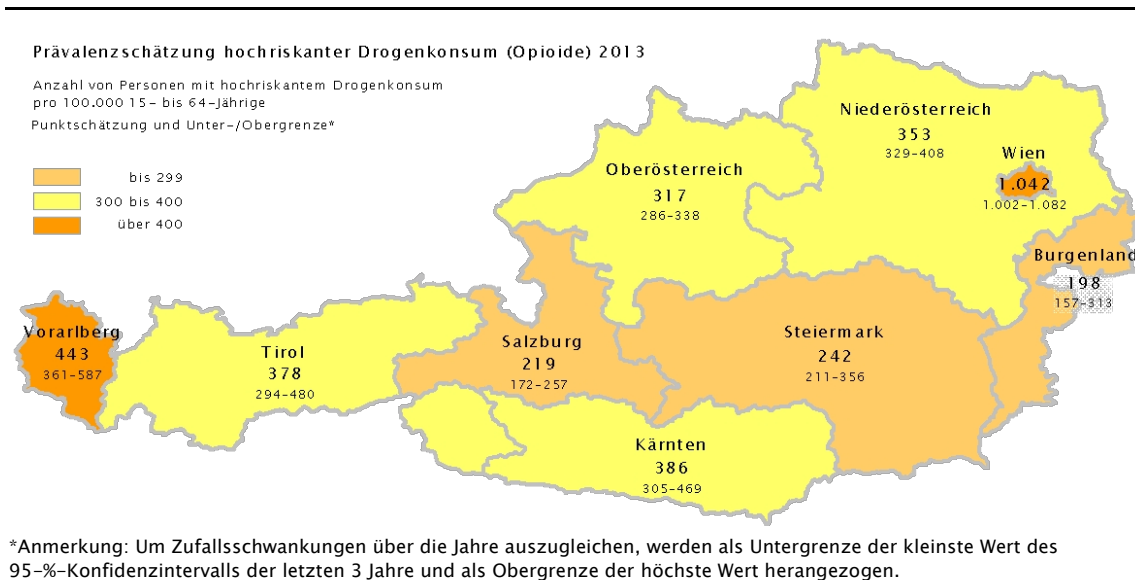
Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland 2013



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

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

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



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

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

**Schlussfolgerung:** Aktuell gibt es zwischen 28.000 und 29.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden in Österreich. Etwa die Hälfte davon lebt in Wien. Ein Viertel der Betroffenen ist weiblich und 15 Prozent sind unter 25 Jahre alt. Wien als einzige Großstadt Österreichs<sup>1</sup> ist vom Drogenproblem am stärksten betroffen, gefolgt von Vorarlberg Kärnten und Tirol. Etwa 11.000 bis 15.000 Personen konsumieren vorwiegend intravenös.

<sup>1</sup>  
Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

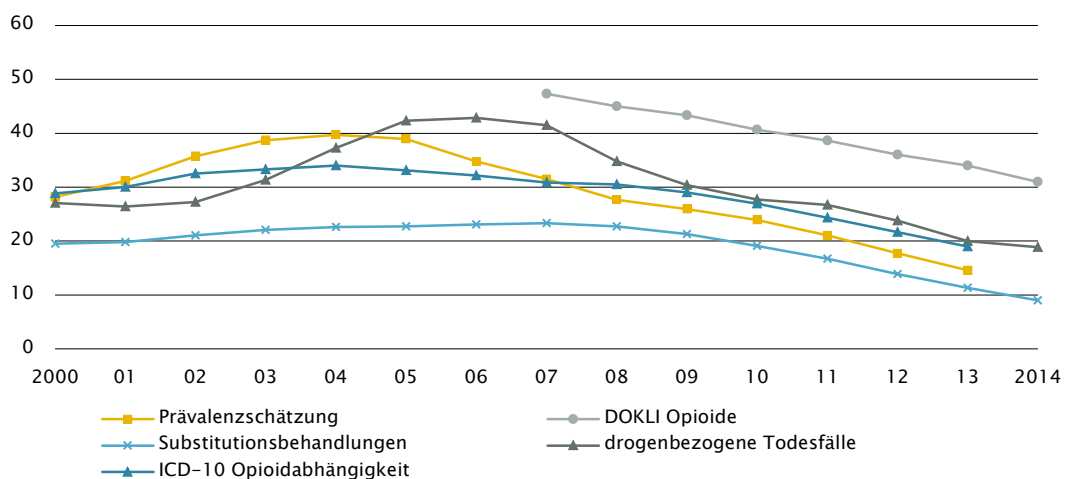
## 1.3 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf

Der Verlauf der geschätzten Prävalenz hinsichtlich risikoreichen Drogenkonsums zeigt einen steilen Anstieg Anfang der 2000er Jahre auf fast 30.000 Personen in den Jahren 2004/2005. Seither schwanken die Werte um 30.000 bzw. ist seit 2009 ein leichter Rückgang der Prävalenz zu beobachten. Die detaillierte Analyse des Zeitverlaufs im Epidemiologiebericht Drogen 2014 (Busch et al. 2014) kommt zu nachfolgender Schlussfolgerung.

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

Abbildung 1.6:

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



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

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

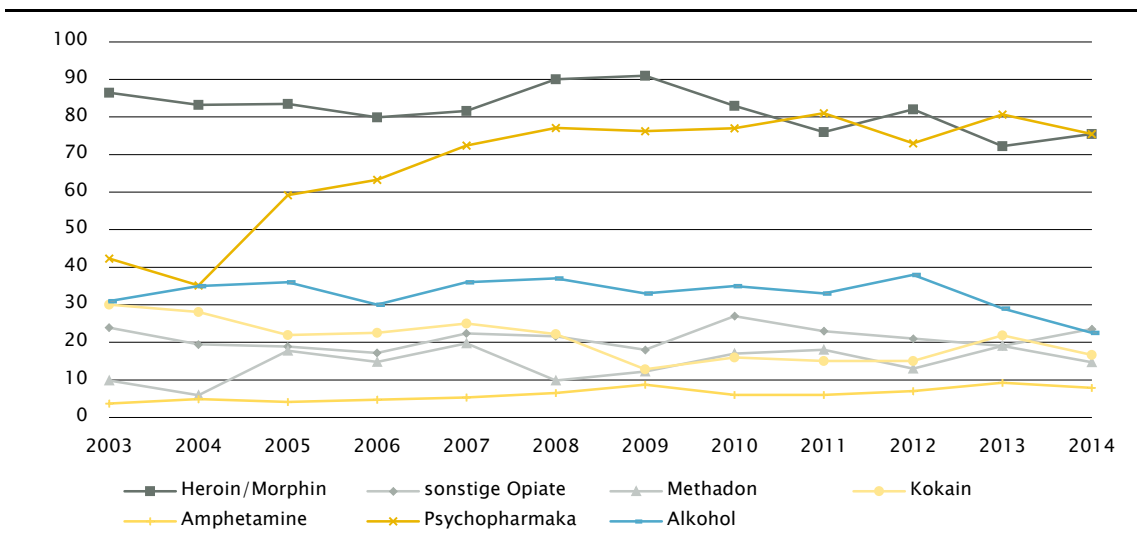
Der deutliche Rückgang der Anzahl an jungen Personen mit Opioidproblematik lässt sich in allen Datenquellen des Drogenmonitorings beobachten (vgl. Abbildung 1.6) und deckt sich auch mit Berichten aus der Praxis.

Betrachtet man die Veränderung der Altersstruktur in allen in Österreich zur Verfügung stehenden Datenquellen anhand des Prozentanteils der Personen unter 25 Jahren (vgl. Abbildung 1.6), so zeigt sich, dass dieser Prozentsatz zunächst in den Prävalenzschätzungen und dann bei den drogenbezogenen Todesfällen ansteigt. Seit etwa 2007 sinkt der Anteil der Personen unter 25 Jahren in allen Datenquellen. Dies spricht für eine „Alterung“ der Population mit risikoreichem Drogenkonsum mit Opioidbeteiligung in den letzten Jahren.

Da immer weniger Jugendliche und junge Erwachsene in den Opioidkonsum einsteigen, stellt sich die Frage, ob dies einen Rückgang des risikoreichen Drogenkonsums insgesamt bedeutet oder eine Veränderung der risikoreichen Konsummuster zu anderen Drogen hin. Um diese Hypothese zu überprüfen, können die Zeitreihe der drogenbezogenen Todesfälle nach beteiligten Substanzen und die DOKLI-Daten nach Leitdroge herangezogen werden.

Die Substanzenanalysen bei direkt drogenbezogenen Todesfällen zeigen neben der stabil bleibenden eindeutigen Dominanz von Opioiden eine starke Zunahme von Psychopharmaka bis 2008 (vgl. Abbildung 1.7).

Abbildung 1.7:  
Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen im Zeitverlauf, in Prozent



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

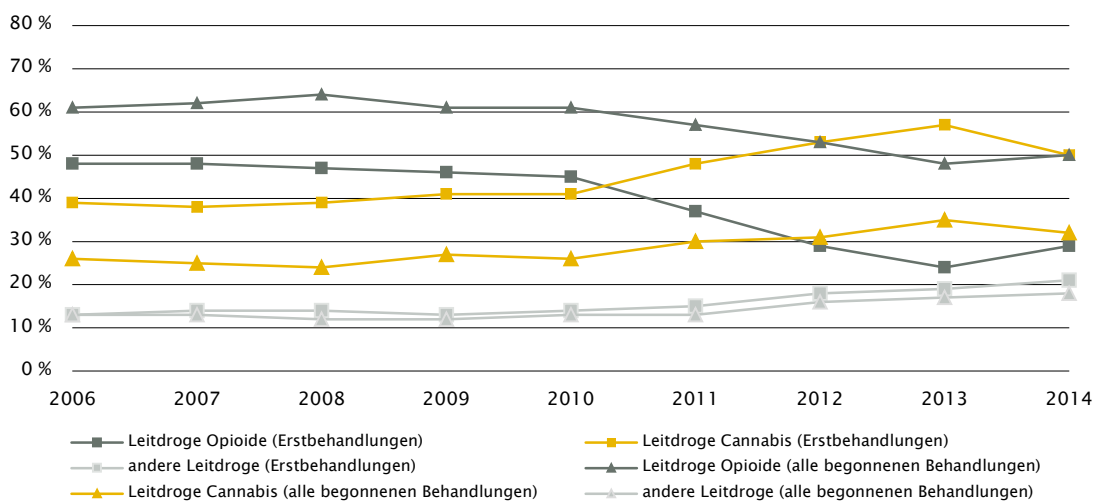
Aus der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle lässt sich somit keine Änderung der Konsummuster weg von Opioiden hin zu anderen Substanzen ableiten. Die insgesamt rückläufige Zahl der

drogenbezogenen Todesfälle (vgl. Kap. 6) kann sowohl ein Indiz für einen Rückgang des risikoreichen Drogenkonsums insgesamt sein als auch ein Indiz für die Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums hin zu Substanzen mit geringerem Risiko für tödliche Überdosierungen.

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

Die DOKLI-Daten zeigen in den letzten Jahren eine deutliche Abnahme des Anteils von Opioiden und einen Anstieg bei Cannabis bzw. anderen Leitdrogen (in erster Linie Kokain und Stimulantien), wobei sich dieser Trend 2014 nicht fortgesetzt hat (vgl. Abbildung 1.8). Bei der Interpretation der Zahlen ist jedoch zu berücksichtigen, dass der Großteil der Personen in Substitutionsbehandlung nicht in DOKLI aufscheint.

Abbildung 1.8:  
Leitdrogen im Zeitverlauf in DOKLI (ambulanter Bereich), in Prozent



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

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

Zusätzlich zu den eben dargestellten österreichweiten Entwicklungen deutet die vertiefte Analyse (vgl. Kapitel 4) auf lokal begrenzte Szenen mit Konsum von Stimulantien (z. B. Methamphetamin in Oberösterreich). Die Datenlage lässt somit mehrere Hypothesen zu:

- » Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich verlagert sich in Richtung Cannabis. Allerdings weist nur etwa ein Drittel der in DOKLI aufscheinenden Klientinnen und Klienten mit Leitdroge Cannabis vor Therapiebeginn einen hochfrequenten Cannabiskonsum auf (GÖG/ÖBIG 2013a).
- » Der Rückgang des risikoreichen Konsums mit Beteiligung von Opioiden ist dadurch zu erklären, dass eine Verlagerung in Richtung Stimulantien wie Methamphetamin oder Mephedron

stattfindet. Insbesondere hinsichtlich Methamphetamin gibt es Hinweise für eine lokale Szene in Oberösterreich (vgl. Kap. 4). Bezüglich Mephedron gab es in der Steiermark eine größere Szene (GÖG/ÖBIG 2012), dort war der risikoreiche Mephedronkonsum in den letzten Jahren jedoch wieder rückläufig<sup>1</sup>.

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

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

---

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

---

---

1

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

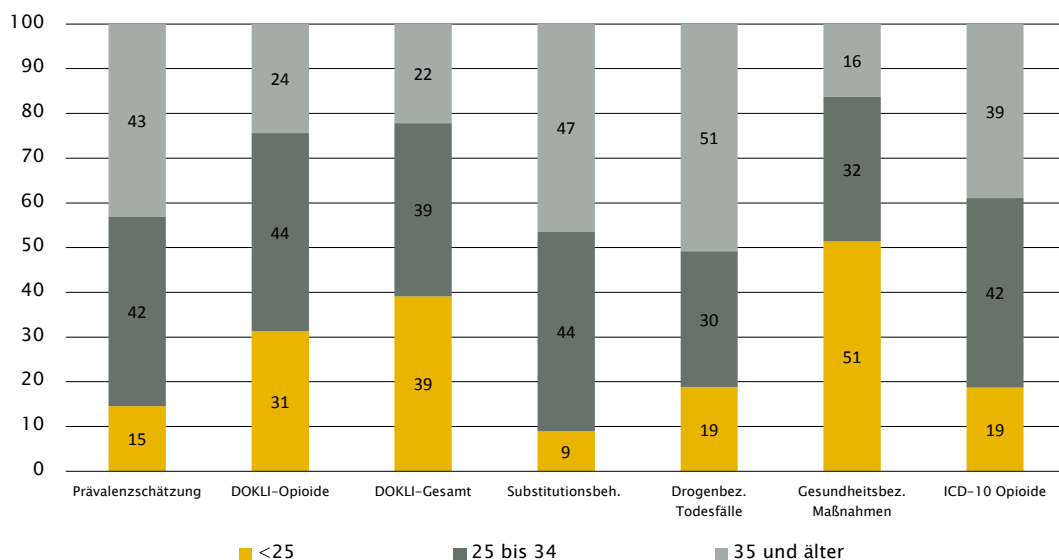


## 1.4 Altersstruktur der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum

Die Altersverteilung in den für Österreich zur Verfügung stehenden Datenquellen ist recht unterschiedlich (vgl. Abbildung 1.9).

Abbildung 1.9:

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



Anmerkung: **DOKLI-Opioiden:** Alle Personen, die im Jahr 2014 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opioiden; **DOKLI-Gesamt:** Alle im Jahr 2014 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen; **Substitutionsbeh.:** Substitutionsbehandlungen 2014; **Drogenbez. Todesfälle:** Todesfälle aufgrund von drogenbezogenen Überdosierungen 2014

**Gesundheitsbez. Maßnahmen:** Personen, bei denen 2014 eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat. **ICD-10 (Opioiden):** Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioiden) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung aus 2013 (jüngste verfügbare Daten).

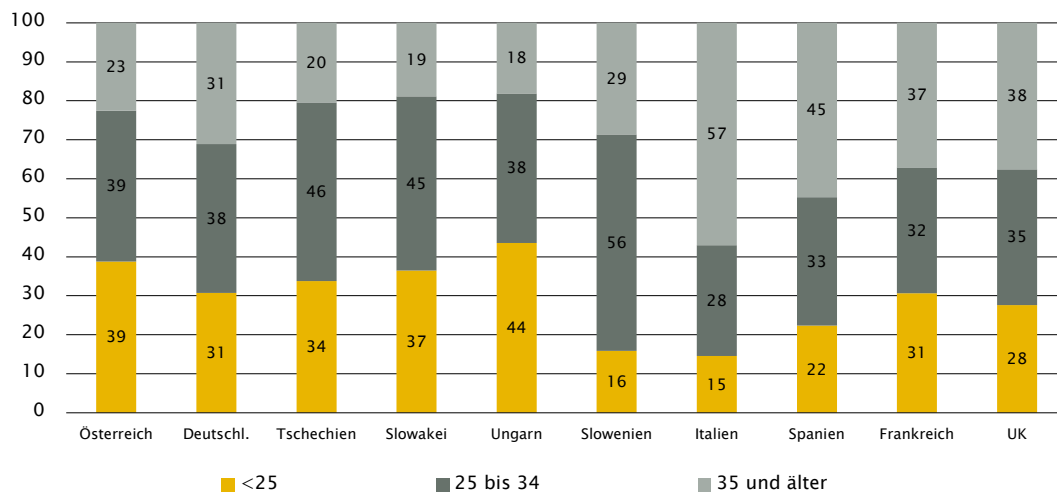
Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

Ein Vergleich hinsichtlich Altersstruktur mit anderen EU-Ländern ist lediglich für DOKLI-Daten möglich. Hier zeigt sich, dass die in den DOKLI-Einrichtungen behandelte Population im internationalen Vergleich geringfügig jünger ist (vgl. Abbildung 1.10). Dies ist vermutlich auf den vermehrten Einstieg junger Personen in den Opioidkonsum um das Jahr 2004 bedingt, was insgesamt eine Senkung des Altersschnitts verursacht hat. Dieses Senken des Altersschnitts ist (mit-) verantwortlich dafür, dass im EU-Vergleich der Anteil der Personen unter 25 Jahren im österreichischen Behandlungssystem immer noch etwas höher ist.

Abbildung 1.10:

Altersverteilung von Personen, die im Jahr 2013 mit einer ambulanten oder stationären drogenbezogenen Betreuung begonnen haben, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU, in Prozent



Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

**Schlussfolgerung:** Die sich in Österreich in drogenspezifischer ambulanter oder stationärer Behandlung befindlichen Personen sind im europäischen Vergleich tendenziell jünger. Dies ist (zum Teil) darauf zurückzuführen, dass von Beginn der 2000er Jahre bis 2004/2005 vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene in den risikoreichen Drogenkonsum eingestiegen sind. Dieses Phänomen war in den letzten Jahren ausgeprägter, mittlerweile hat sich die Altersstruktur in Österreich zum Teil angeglichen.

## 2 Drogenbezogene Behandlungen

### 2.1 Anzahl der behandelten Personen

Im Jahr 2014 waren in den DOKLI-Einrichtungen insgesamt 8.220 Personen in längerfristiger ambulanter und 1.174 Personen in stationärer Behandlung. 17.272 Personen unterzogen sich laut eSuchtmittel einer Opioidsubstitutionsbehandlung. Von diesen 17.272 Personen wurden 663 in Haft behandelt und werden daher dem stationären Sektor zugezählt. Weitere 290 der 17.272 Personen waren stationär aufgenommen (werden ebenfalls dem stationären Sektor zugezählt). Geht man in DOKLI von einem Mehrfachzählungs-Anteil von 22 Prozent außerhalb Wiens<sup>1</sup> und einer Abdeckung (Coverage) von 93 Prozent außerhalb Wiens (in Wien beträgt die Coverage 100 %) aus und berücksichtigt man bezüglich Opioidabhängigen ein durchschnittliches Überschneiden von Substitutionsregister mit DOKLI-Daten von 70 Prozent kommt man zu einer Schätzung von insgesamt etwa 23.000 Personen in drogenspezifischer Betreuung (vgl. Tabelle 2.1). (Sozial gut integrierte) Personen mit behandlungsrelevantem Drogenkonsum, die Behandlung außerhalb der Suchthilfe in Anspruch nehmen, sind in dieser Schätzung nicht inkludiert.

Tabelle 2.1:

Schätzung der insgesamt wegen des Konsums illegaler Drogen behandelten Personen nach Setting im Jahr 2014

Setting	Anzahl der Personen
Längerfristige drogenspezifische ambulante Betreuung oder Opioidsubstitutionsbehandlung in einer nach § 15 kundgemachten Einrichtung oder Krankenanstalt	8.176
Opioidsubstitutionsbehandlung in einer Arztpraxis oder in einer Gemeinschaftspraxis	12.671
Stationäre abstinenzorientierte Behandlung oder stationäre Opioidsubstitutionsbehandlung	1.202
Opioidsubstitutionsbehandlung in Haft	653
<b>Summe</b>	<b>22.702</b>

Quelle: DOKLI Betreuungsjahrgang 2014 und eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### 2.2 Drogenkonsummuster der behandelten Personen

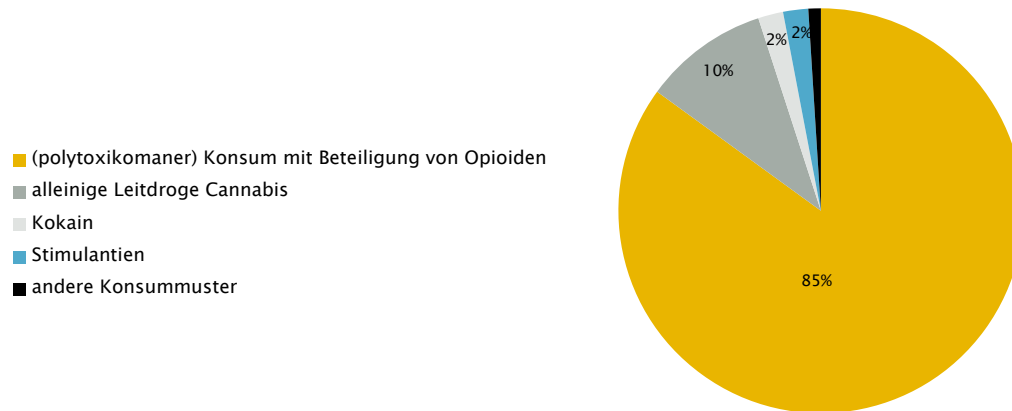
Betrachtet man die behandelten Personen nach Drogenkonsummustern, so zeigt sich, dass der weitaus größte Teil der Patientinnen und Patienten – etwa 19.500 Personen – wegen Opioidkonsums (meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster) in Behandlung ist. Die zweite große Gruppe von Personen im Behandlungssystem sind Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis,

<sup>1</sup>

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

diese macht in etwa 2.000<sup>1</sup> Personen aus. Kokain, Stimulantien und andere Drogen stellen nur für einen kleinen Teil der behandelten Klientel die Leitdroge dar (vgl. Abbildung 2.1).

Abbildung 2.1:  
Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung) 2014



Quellen: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014, eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 2.3 Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik

Im Vorjahr durchgeführte Analysen für die geschätzt etwa 28.000 bis 29.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden kamen zu nachfolgender Schlussfolgerung:

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

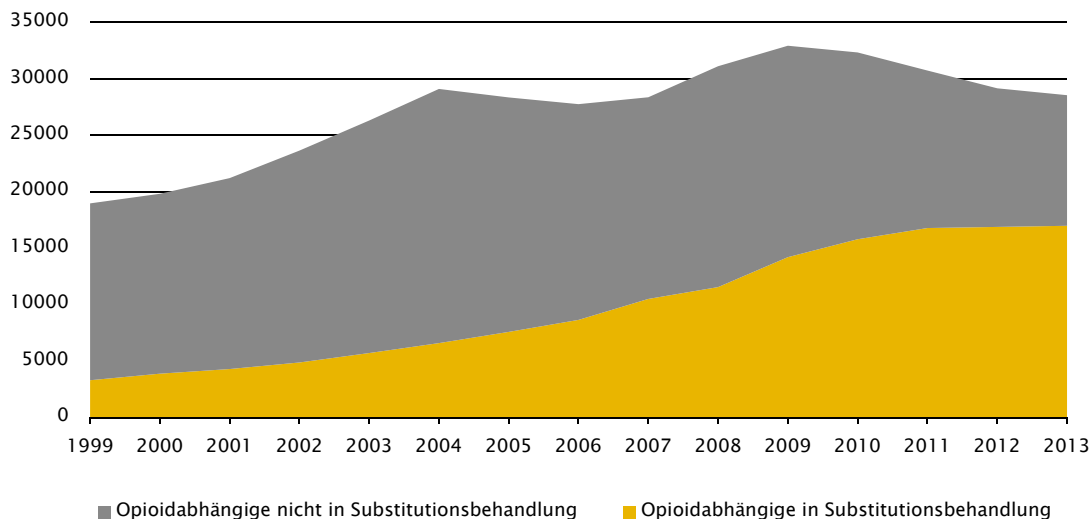
Die Substitutionsbehandlung stellt die in Österreich mit Abstand häufigste Behandlungsform der Opioidabhängigkeit dar. Abbildung 2.2 zeigt deutlich, dass es im letzten Jahrzehnt gelungen ist, den Anteil jener Personen, die sich mit risikoreichem Drogenkonsum in Substitutionsbehandlung

1

Der Berechnung dieser Zahl liegt die Anzahl der im Jahr 2014 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis zugrunde und die Annahme, dass DOKLI 93 Prozent des ambulanten und 79 Prozent des stationären Sektors drogenspezifischer Behandlungen abdeckt und zwischen den Drogeneinrichtungen außerhalb Wiens die Rate des Mehrfachaufscheins ein und derselben Person 22 Prozent beträgt.

begeben, massiv zu erhöhen. Während sich die geschätzte Anzahl an Personen mit Drogenproblemen (Opioiden) seit 2000 lediglich um 50 Prozent erhöhte<sup>1</sup>, hat sich die Zahl der sich in Substitutionsbehandlung Befindlichen nahezu verfünffacht und betrug 2014 17.272 Personen.

Abbildung 2.2:  
Opioidabhängige Personen (in Substitutionsbehandlung) – Zeitreihe



Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

**Schlussfolgerung:** Es ist gelungen, über die Jahre die In-Treatment-Rate von Personen mit Opioidabhängigkeit massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg bewertet werden. Derzeit befinden sich 17.272 Personen in Substitutionsbehandlung.

## 2.4 Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen

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

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

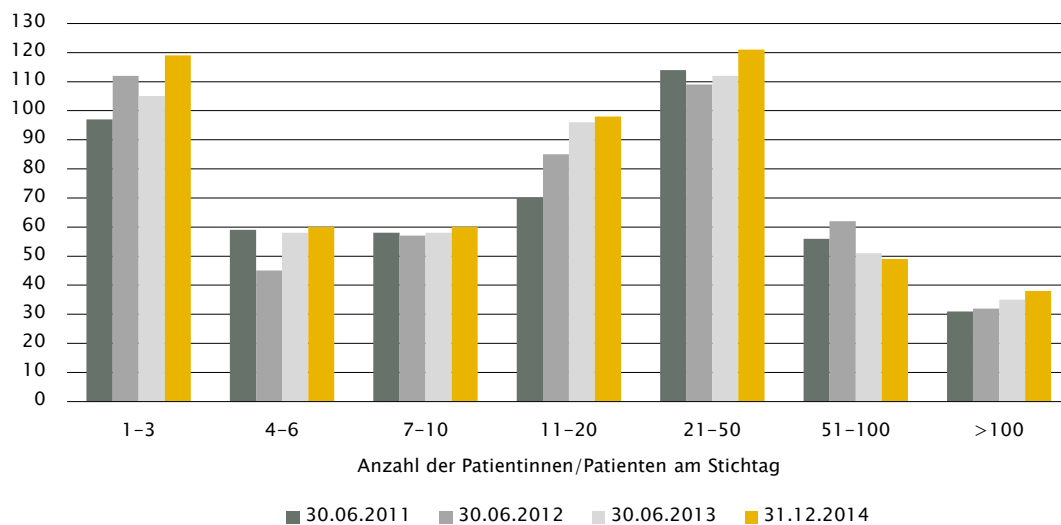
<sup>1</sup>  
Der Anstieg erfolgte im Zeitraum 1999 bis 2004

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

In der Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte waren zum Stichtag 31. 12. 2014 insgesamt 613 Mediziner/innen eingetragen. Von diesen haben 545 (89 %) am Stichtag 31. 12. 2014 auch eine Substitutionsbehandlung durchgeführt. Da sich 15.614 Personen am 31. 12. 2014 in Substitutionsbehandlung befanden, kommen somit im Schnitt 29 Behandelte auf eine Ärztin / einen Arzt. Die Betreuungszahlen pro Arzt/Ärztin streuen sehr stark. Während 179 Ärztinnen/Ärzte (33 Prozent) jeweils bis 6 Patientinnen und Patienten betreuen, sind bei 87 (16 Prozent) Ärztinnen/Ärzten jeweils über 50 Personen in Substitutionsbehandlung (vgl. Abbildung 2.3). Das kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Teil der Substitutionsbehandlungen bei Ärztinnen/Ärzten im Rahmen der (allgemeinmedizinischen) Regelversorgung durchgeführt wird, ein anderer Teil wiederum von Ärztinnen/Ärzten, die sich auf Substitutionsbehandlung spezialisiert haben.

Abbildung 2.3:

Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt im Jahr 2011 bis 2014



Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 2.2:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt), nach Bundesland, Stichtag 31. 12. 2014

Bundesland	Personen in Substitutionsbehandlung	Ärztinnen/Ärzte – LISA*	Versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte
Burgenland	212	17	55
Kärnten	701	21	21
Niederösterreich	2.109	69	219
Oberösterreich	1.662	71	74
Salzburg	449	9	25
Steiermark	1.221	36	54
Tirol	1.071	34	38
Vorarlberg	541	10	11
Wien	7.648	359	279
Österreich	15.614	631**	545***

\* LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte

\*\* Die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte entspricht nicht der Summe der Ärztinnen und Ärzte der Bundesländer, weil in LISA insgesamt 5 Ärztinnen und Ärzte in zwei Bundesländern Praxisadressen haben.

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

Quellen: eSuchtmittel und LISA. Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bei bundeslandspezifischen Vergleichen hinsichtlich der Behandlungsstruktur ist zu berücksichtigen, dass z. B. besonders in Wien Ärztinnen und Ärzte über die Bundeslandgrenzen hinaus versorgungswirksam werden (wenn beispielsweise eine Wiener Ärztin oder ein Wiener Arzt auch Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern betreut<sup>1</sup>. In Tabelle 2.2 werden die pro Bundesland am 31. 12. 2014 in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen der Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten bzw. in der Substitutionsbehandlung versorgungsrelevanten Ärztinnen/Ärzte gegenübergestellt. Dabei ergeben sich große regionale Unterschiede.

Insgesamt hat die Anzahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte von 2011 (485) auf 2014 (545) leicht zugenommen. Tabelle 2.3 gibt einen Überblick über die Veränderungen hinsichtlich der Anzahl der versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte nach Bundesländern.

1

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

Tabelle 2.3:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt) nach Bundesland, Stichtag 30. 6. 2011 und am 31. 12. 2014

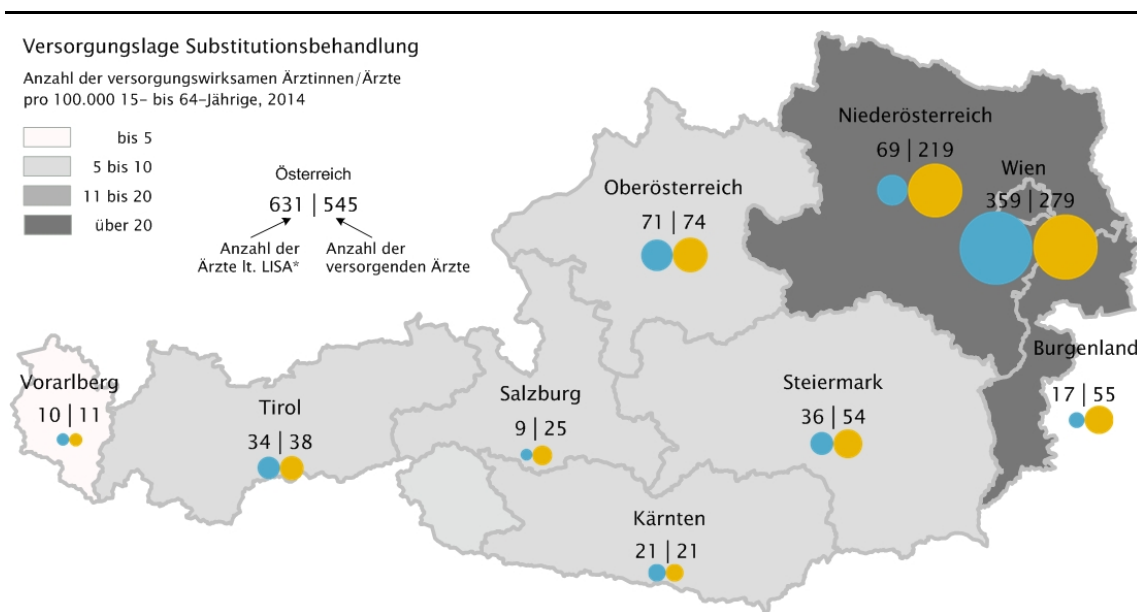
Bundesland	Versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte	
	2011	2014
Burgenland	59	55
Kärnten	9	21
Niederösterreich	191	219
Oberösterreich	68	74
Salzburg	17	25
Steiermark	50	54
Tirol	35	38
Vorarlberg	10	11
Wien	274	279
Österreich	485*	545*

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

Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung:GÖG/ÖBIG

Abbildung 2.4:

Im Rahmen der Substitutionsbehandlung versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte (Stichtag 31. 12. 2014) bezogen auf die Gesamtbevölkerung (15 bis 64 Jahre)



\* LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte

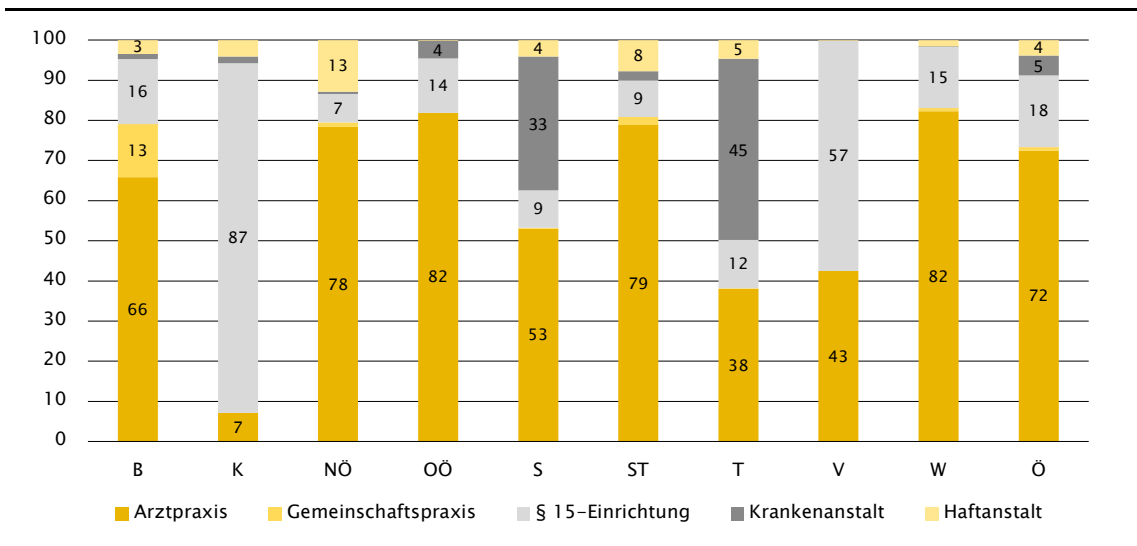
Quellen: Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte (LISA) und eSuchtmittel  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bezieht man die Anzahl der versorgungswirksamen Ärztinnen/Ärzte auf die Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahre (vgl. Abbildung 2.4) lassen sich grobe Hinweise auf die Passung von Angebot



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

Abbildung 2.5:  
Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten 2014 in Prozent

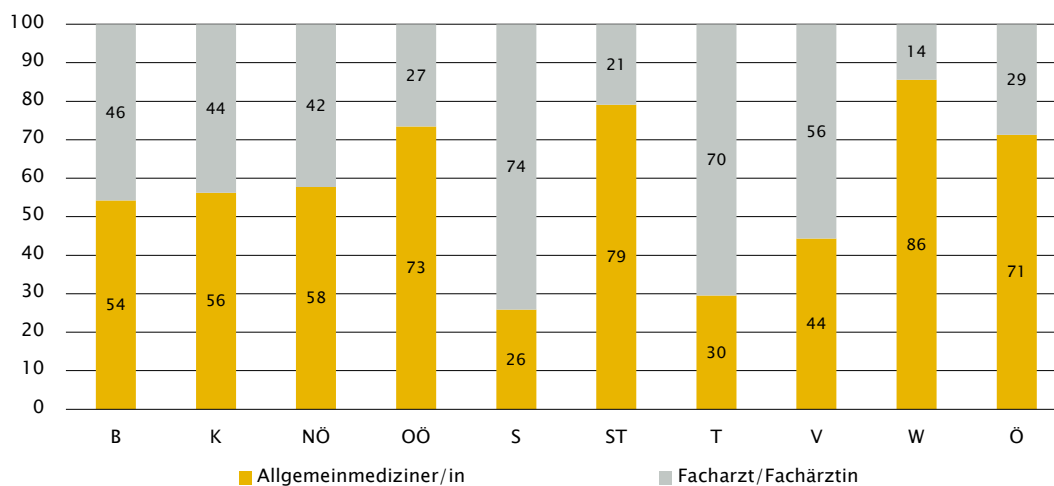


Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Verteilung der insgesamt 15.614 am Stichtag 31. 12. 2014 in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Abbildung 2.6 auf Fachärztinnen/-ärzte bzw. Allgemeinmediziner/innen ist ebenfalls im Kontext Versorgungsstruktur zu interpretieren. Insgesamt ist festzustellen, dass in Österreich Allgemeinmediziner/innen eine dominierende Rolle im Bereich Substitutionsbehandlung spielen.

Abbildung 2.6:

Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Prozentsatz der von Fachärzten/Fachärztinnen versus Allgemeinmediziner/-medizinerinnen betreuten Klientel am 31. 12. 2014 nach Bundesländern



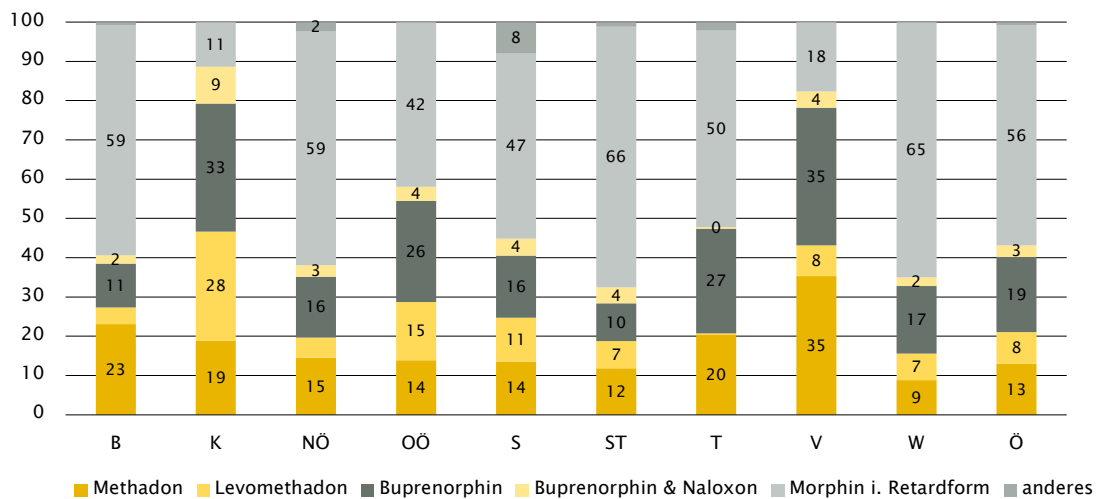
Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

## 2.5 Versorgungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlungen

Abbildung 2.7:

Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland 2014 in Prozent

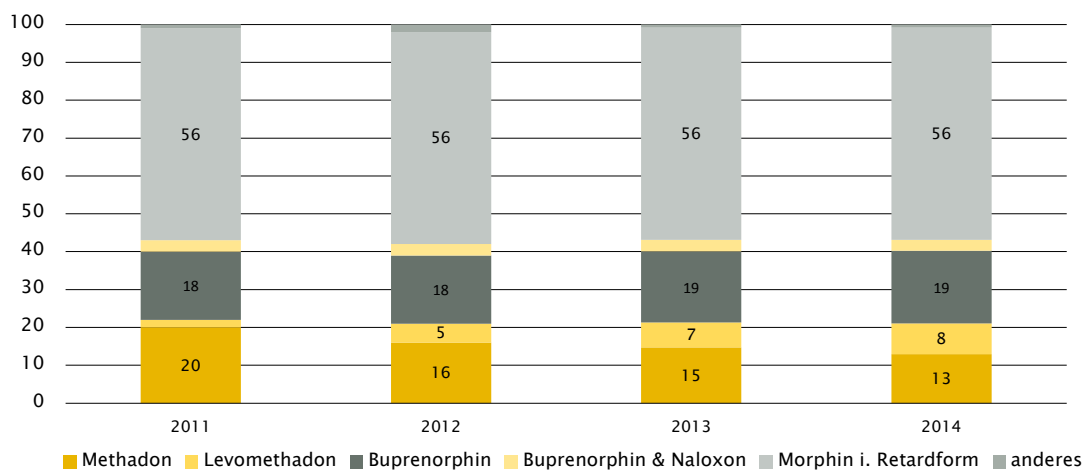


Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 17.115 der insgesamt 17.272 Personen, da bei 157 Personen (1 %) keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 2.8:

Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel 2011 bis 2014 in Prozent

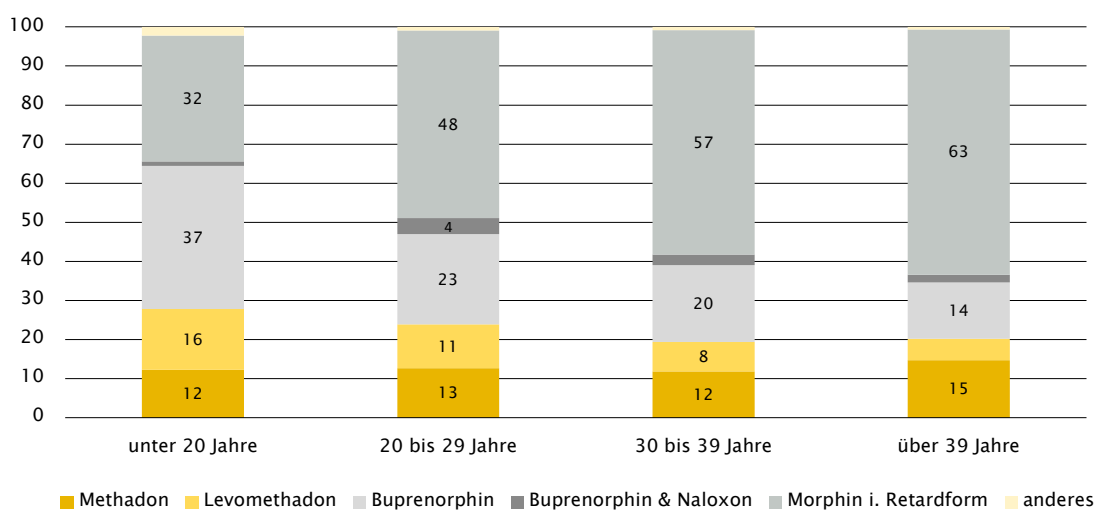


Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Österreichweit stellt Morphin in Retardform (56 %) das am häufigsten verschriebene Substitutionsmittel dar, gefolgt von Buprenorphin (19 %) und Methadon (13 %). Auffällig ist, dass die Verschreibungspraxis bundeslandabhängig sehr unterschiedlich ist. Während beispielsweise in Vorarlberg nur bei 18 Prozent der Behandelten Morphin in Retardform zum Einsatz kommt, ist dies in Wien bei 65 Prozent der Behandelten der Fall (vgl. Abbildung 2.7). In den letzten drei Jahren hat sich österreichweit an der Verschreibungspraxis wenig geändert. Lediglich der Anteil des neu zugelassenen Levomethadons hat sich auf Kosten von Methadon erhöht (vgl. Abbildung 2.8)

Abbildung 2.9:

Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter 2014 in Prozent



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 17.115 der insgesamt 17.272 Personen, da bei 157 Personen (1 %) keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Auch bezüglich des Alters lassen sich beim verordneten Substitutionsmittel Unterschiede feststellen. Die Tendenz geht dahin, dass älteren Patientinnen und Patienten zu einem etwas höheren Prozentsatz Morphin in Retardform verschrieben wird (vgl. Abbildung 2.9).

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

### 3 Kennzahlen der Drogensituation

Tabelle 3.1:

Die wichtigsten Indikatoren zur Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2014 (oder die jüngsten verfügbaren Jahr), in Absolutzahlen

Indikator	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz UG	301	1.138	3.532	2.732	620	1.722	1.436	909	11.994	27.790
Prävalenz	381	1.423	3.788	3.030	788	1.972	1.847	1.115	12.471	28.550
Prävalenz OG	598	1.749	4.370	3.229	924	2.911	2.336	1.476	12.948	29.311
Personen Substitutions- behandlung	234	786	2.443	1.872	492	1.347	1.173	628	8.297	17.272
DOKLI Opioide	10	849	527	335	298	601	108	538	1.398	4.694
DOKLI Cannabis	3	388	266	122	70	349	128	479	422	2.237
DOKLI gesamt	18	1.505	1051	584	458	1.181	537	1.255	2.713	9.397
§ 12 SMG Opioide	15	76	67	66	28	73	31	25	-	-
§ 12 SMG Cannabis	38	392	199	179	115	111	53	129	-	-
§ 12 SMG kein Bed.	82	103	813	404	79	204	86	292	1.604	3.667
ICD-10 (Opioidabh.)	23	93	153	321	110	123	161	71	591	1.654
Drogenbezogene Todesfälle	2	5	9	6	4	11	12	8	65	122

Indikator	Alter			Geschlecht	
	< 25	25-34	35+	Männer	Frauen
Prävalenz UG	3.635	10.935	10.915	19.704	6.547
Prävalenz	3.901	11.321	11.552	20.341	6.949
Prävalenz OG	4.166	11.707	12.190	20.978	7.351
Personen Substituti- onsbehandlung	1.552	7.674	8.046	12.551	4.721
DOKLI Opioide	1.461	2.075	1.158	3.290	1.404
DOKLI Cannabis	1.345	614	278	1.822	415
DOKLI gesamt	3.672	3.641	2.084	7.035	2.362
ICD-10 (Opioidabh.)	310	703	646	1.163	491
Drogenbezogene Todesfälle	23	37	62	97	25

**Anmerkung: Prävalenz UG bzw. OG:** Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2013. Eine Aktualisierung der Prävalenzschätzungen für die Jahre 2014 und 2015 wird 2016 durchgeführt. Um Zufallsschwankungen über die Jahre in den Bundeslandsschätzungen auszugleichen, werden als Untergrenze der kleinste Wert des 95%-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze der höchste Wert herangezogen. **DOKLI – Opioide/Cannabis:** Alle Personen, die 2014 in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opioide bzw. alleiniger Leitdroge Cannabis; **§ 12 SMG – Opioide/Cannabis / kein Bed:** Personen, bei denen die Begutachtung nach § 12 SMG 2014 einen behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden, einen behandlungsrelevanten Konsum von Cannabis ohne andere Leitdrogen oder keinen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergab. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Wien keine Daten übermittelt hat. Bei Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert wird und nicht nach Substanzen spezifiziert. **ICD-10 (Opioidabh.):** Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioide) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung aus 2013 (aktuellste verfügbare Daten). **Drogenbezogene Todesfälle:** direkt drogenbezogene Todesfälle aufgrund von Überdosierungen 2014.

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

Tabelle 3.2:

Die wichtigsten Indikatoren zur Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2014 (oder die jüngsten verfügbaren Jahr) pro 100.000 15- bis 64-Jährige

Indikator	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz UG	156,8	308,7	328,7	285,8	172,2	211,0	293,5	360,8	1002,0	487,1
Prävalenz	198,5	386,0	352,6	317,0	218,8	241,7	377,5	442,6	1041,9	500,4
Prävalenz OG	311,5	469,0	407,7	337,8	256,6	355,9	479,8	586,7	1081,7	605,5
Personen Substitutions- behandlung	121,9	213,2	227,4	195,8	136,6	165,1	239,8	249,3	693,2	302,7
DOKLI Opioide	5,2	230,3	49,0	35,0	82,7	73,7	22,1	213,6	116,8	82,3
DOKLI Cannabis	1,6	105,2	24,8	12,8	19,4	42,8	26,2	190,1	35,3	39,2
DOKLI gesamt	9,4	408,2	97,8	61,1	127,2	144,7	109,8	498,2	226,7	164,7
§ 12 SMG Opioide	7,8	20,7	6,2	6,9	7,8	8,9	6,3	9,9	-	-
§ 12 SMG Cannabis	19,9	106,6	18,5	18,7	31,9	13,6	10,8	50,9	-	-
§ 12 SMG kein Bed.	42,7	27,9	75,7	42,3	21,9	25,0	17,6	115,9	134,0	64,3
ICD-10 (Opioidabh.)	12,1	25,2	14,2	33,6	30,5	15,1	32,9	28,2	49,4	29,0
Drogenbezogene Todesfälle	1,0	1,4	0,8	0,6	1,1	1,3	2,5	3,2	5,4	2,1

Indikator	Alter			Geschlecht	
	< 25	25-34	35+	Männer	Frauen
Prävalenz UG	358,0	976,2	304,8	688,7	229,2
Prävalenz	384,2	1.010,7	322,5	711,0	243,3
Prävalenz OG	410,3	1.045,2	340,4	733,2	257,4
Personen Substituti- onsbehandlung	152,8	685,1	224,7	438,7	165,3
DOKLI Opioide	143,9	185,3	32,3	115,0	49,2
DOKLI Cannabis	132,5	54,8	7,8	63,7	14,5
DOKLI gesamt	361,6	325,1	58,2	245,9	82,7
ICD-10 (Opioidabh.)	30,5	62,8	18,0	40,6	17,2
Drogenbezogene Todesfälle	2,3	3,3	1,7	3,4	0,9

**Anmerkung: Prävalenz UG bzw. OG:** Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2013. Eine Aktualisierung der Prävalenzschätzungen für die Jahre 2014 und 2015 wird 2016 durchgeführt. Um Zufallsschwankungen über die Jahre bei den Bundeslandschätzungen auszugleichen, werden als Untergrenze der kleinste Wert des 95%-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze der höchste Wert herangezogen. **DOKLI – Opioide/Cannabis:** Alle Personen, die 2014 in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opioide bzw. alleiniger Leitdroge Cannabis; **§ 12 SMG – Opioide/Cannabis/kein Bed:** Personen, bei denen die Begutachtung nach § 12 SMG 2014 einen behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden, einen behandlungsrelevanten Konsum von Cannabis ohne andere Leitdrogen oder keinen Bedarf nach einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergab. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Wien keine Daten übermittelt hat. Bei Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert wird und nicht nach Substanzen spezifiziert. **ICD-10 (Opioidabh.):** Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioide) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung aus 2013 (aktuellste verfügbare Daten). **Drogenbezogene Todesfälle:** direkt drogenbezogene Todesfälle aufgrund von Überdosierungen 2014.

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

## 4 Konsum von Stimulantien

### 4.1 Definition von Stimulantien

Nach WHO ist ein Stimulanzium eine Substanz, die im zentralen Nervensystem wirkt und neurale Aktivitäten aktiviert, unterstützt oder steigert. Zu den Stimulantien zählen Amphetamine, Kokain, Koffein und andere Xanthine, Nikotin, Methylphenidat und synthetische Appetitzügler wie Phenmetrazin (WHO o. J.). Die EMCDDA bezeichnet als Stimulanzium „Eine Substanz, die die psychomotorische Aktivität durch erhöhte Produktion bestimmter Neurotransmitter steigert, vor allem in den Synapsen des Gehirns (EMCDDA 2013b). Neben Amphetamin und Methamphetamin werden von der UNODC auch MDMA (=Ecstasy) und Methcathinon zur Gruppe der sogenannten „Amphetamin-Type-Stimulanz“ (ATS) gezählt (UNODC 2014). *Neue psychoaktive Substanzen* aus der Gruppe der Cathinon-Derivate (Mephedron, Methylon, 4-MEC, MDPV, ...) werden ebenfalls zur Gruppe der Stimulantien gezählt (EMCDDA 2015a).

Europaweit liegt Kokain an erster Stelle der konsumierten illegalen Stimulantien, wobei die meisten Konsumentinnen/Konsumenten sich auf wenige Länder beschränken. Süd- und Westeuropa weisen eine höhere Prävalenz auf (EMCDDA 2014, 43f).

Zur Gruppe der Amphetamine zählen u. a. Amphetamin (spielt in Europa eine eher untergeordnete Rolle) und Methamphetamin (EMCDDA 2013c). In den Datensätzen kann nicht immer zwischen Amphetamin und Methamphetamin unterschieden werden (EMCDDA 2015b, 45), daher wird im europäischen Drogenbericht häufig von „Amphetaminen“ gesprochen, die beide genannten Substanzen umfassen. Von Personen, die sich 2013 europaweit in eine spezialisierte Drogenbehandlung begaben, nannten sieben Prozent Amphetamine als Primärdroge (EMCDDA 2015b, 47). An der Spitze steht hier die Tschechische Republik, wo 70 Prozent der zur Behandlung aufgenommenen Personen Amphetamine als Primärdroge angaben (EMCDDA 2015b, 77). Die Tschechische Republik berichtet für die Jahre 2007 und 2013 von einem Anstieg von rund 20.000 auf über 34.000 Personen mit problematischem oder risikoreichem Methamphetaminkonsums, v. a. beim injizierenden Konsum (EMCDDA 2015b, 46f.). 95 Prozent der Angaben von Methamphetamin als Primärdroge bei Erstbehandelten in der EU stammen aus der Tschechischen Republik und der Slowakei (EMCDDA 2015b, 47).

Zu MDMA und zur Gruppe der Cathinon-Derivate liegen europaweit kaum Daten aus dem Behandlungsbereich vor.

Zur Bedeutung von Stimulantien als Leitdroge im Behandlungsbereich in ausgewählten EU-Ländern siehe auch Abbildung 1.3 in Abschnitt 1.1.

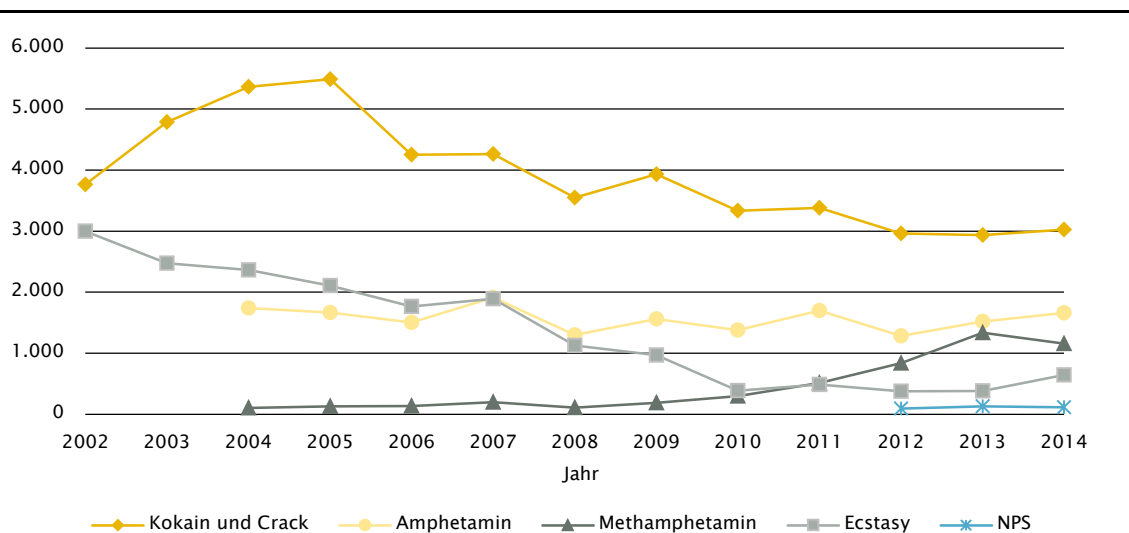
## 4.2 Stimulantien in Österreich

Zur Beurteilung des (risikoreichen/problematischen) Konsums von Stimulantien in Österreich können folgende Datenquellen herangezogen werden:

- » Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz
- » Begutachtungen nach § 12 SMG
- » Daten aus dem Behandlungsdokumentationssystem DOKLI
- » Spitalsentlassungsdiagnosen nach ICD-10
- » Bei tödlichen Überdosierungen festgestellte Substanzen
- » Beratungen und Substanzenanalysen von *checkit!*

Abbildung 4.1:

Stimulantien: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz bzw. Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) in Österreich nach Art der Substanz, 2002–2014



Anmerkung: Durch die Aufschlüsselung nach Substanz kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Zur Kategorie „Kokain und Crack“ ist anzumerken, dass es in Österreich bezüglich Crack kaum Anzeigen gibt.

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

Bei der Interpretation der Anzeigenzahlen ist immer zu berücksichtigen, dass sie auch die Aktivität der Polizei widerspiegeln. Das am häufigsten in Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz genannte illegale Stimulanzium ist Kokain gefolgt von Amphetamin und Methamphetamin. Abbildung 4.1 zeigt, dass sich seit 2010 die Anzeigen wegen Methamphetamin erhöht haben. Bei allen anderen Stimulantien sind die Zahlen etwa gleich geblieben. Betrachtet man die Anzeigen wegen Methamphetamin im Jahr 2014, so zeigt sich, dass etwa die Hälfte dieser Anzeigen in Oberösterreich erfolgt ist (vgl. Tabelle 4.1).



Tabelle 4.1:

Anzeigen wegen illegaler Stimulantien und Neuer Psychoaktiver Substanzen 2014 nach Bundesländern absolut und pro 100.000 15- bis 64-Jährige

	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
<b>Absolutzahlen</b>										
Kokain + Crack	51	188	217	295	156	96	316	194	1.513	3.026
Amphetamin	53	85	232	479	102	218	148	86	260	1.663
Methamphetamin	22	20	134	591	24	68	75	18	207	1.159
Ecstasy	23	63	75	140	40	117	79	56	49	642
Mephedron	1	4	8	4	4	49	0	0	19	89
NPS	3	5	25	8	5	15	40	7	5	113
<b>Pro 100.000 15- bis 64 Jährige</b>										
Kokain + Crack	26,6	51,1	20,2	30,8	43,2	11,8	64,1	76,6	124,6	52,8
Amphetamin	27,7	23,1	21,6	49,9	28,3	26,7	30,0	34,0	21,4	29,0
Methamphetamin	11,5	5,4	12,5	61,6	6,6	8,3	15,2	7,1	17,0	20,2
Ecstasy	12,0	17,1	7,0	14,6	11,1	14,3	16,0	22,1	4,0	11,2
Mephedron	0,5	1,1	0,7	0,4	1,1	6,0	0,0	0,0	1,6	1,6
NPS	1,6	1,4	2,3	0,8	1,4	1,8	8,1	2,8	0,4	2,0

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

**Schlussfolgerung:** Die in Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz am häufigsten aufscheinenden illegalen Stimulantien sind Kokain, Amphetamin und Methamphetamin. Während hinsichtlich aller anderen Stimulantien die Anzeigenzahlen in den letzten Jahren etwa gleich geblieben sind, zeigt sich bei Methamphetamin ein Anstieg und zwar mit Abstand in Oberösterreich. Bei Interpretation dieser Zahlen ist zu berücksichtigen, dass sie auch die Aktivität der Polizei widerspiegeln.

Entsprechend den Begutachtungen nach § 12 SMG aus dem Jahr 2014 sind Amphetamine (inkludiert Methamphetamin und Amphetamin) die am häufigsten als behandlungsrelevant diagnostizierte Stimulantien-Substanzkategorie, knapp gefolgt von Kokain/Crack (vgl. Tabelle 4.2).

Auch hier zeigt sich eine relativ große Häufung in Oberösterreich, aber auch vergleichsweise viele Fälle in Vorarlberg. Insgesamt wurde lediglich bei vier Prozent aller Begutachtungen österreichweit behandlungsrelevanter Konsum von Amphetaminen festgestellt. Wien konnte bei dieser Analyse nicht berücksichtigt werden, da keine Angaben zum behandlungsrelevanten Konsum vorliegen<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Bei den Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert wird und nicht nach Substanzen spezifiziert.

Tabelle 4.2:

In den Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter Konsum von Stimulantien im Jahr 2014 nach Bundesländern (ohne Wien) absolut und pro 100.000 15- bis 64-Jährige

	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
<b>Absolutzahlen</b>										
Kokain + Crack	13	37	22	22	12	24	18	39	k.A.	187
Amphetamine	9	15	20	55	13	40	11	31	k.A.	194
Unspez. Stimulantien	0	0	0	13	0	0	0	1	k.A.	14
Ecstasy	5	25	10	25	5	40	7	20	k.A.	137
<b>Pro 100.000 15- bis 64-Jährige</b>										
Kokain + Crack	6,8	10,1	2,0	2,3	3,3	2,9	3,7	15,4	k.A.	4,1
Amphetamine	4,7	4,1	1,9	5,7	3,6	4,9	2,2	12,2	k.A.	4,3
Unspez. Stimulantien	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,4	k.A.	0,3
Ecstasy	2,6	6,8	0,9	2,6	1,4	4,9	1,4	7,9	k.A.	3,0

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

**Schlussfolgerung:** Österreichweit wird behandlungsrelevanter Konsum von Stimulantien in Begutachtungen nach § 12 SMG selten diagnostiziert, relativ betrachtet in Oberösterreich und Vorarlberg häufiger als in anderen Bundesländern. Der Amphetamin-Konsum (inklusive Methamphetamine) liegt über jenem von Kokain und Ecstasy. Aus Wien liegen keine Daten zum behandlungsrelevanten Konsum von Stimulantien in Begutachtungen nach § 12 SMG vor<sup>1</sup>.

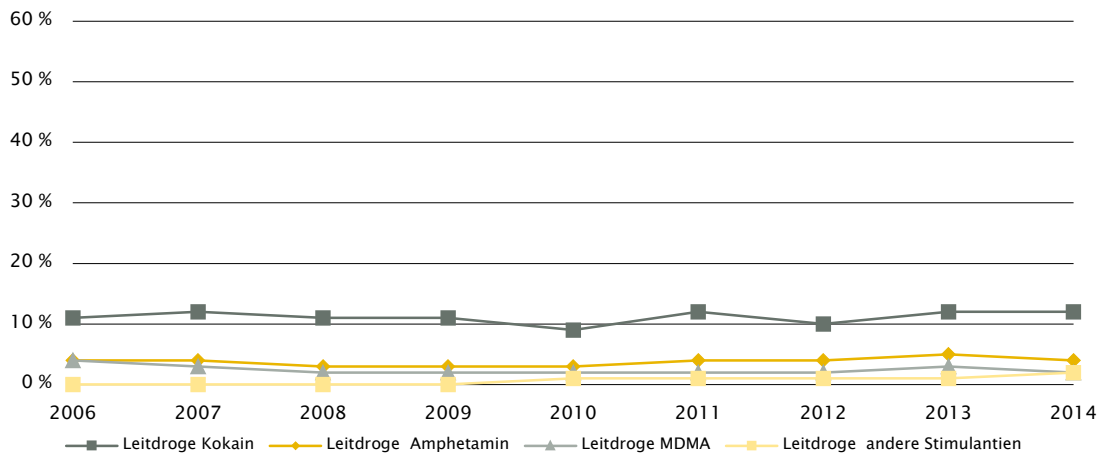
Im Behandlungsdokumentationssystem DOKLI zeigen sich bei längerfristigen ambulanten Betreuungen von Personen, die Stimulantien als Leitdroge nannten, über die Jahre kaum Veränderungen: Kokain ist nach wie vor das mit Abstand am häufigsten angegebene Stimulanzium. Allerdings ist hier auch zu berücksichtigen, dass in vielen Fällen mit Angabe von Kokain als Leitdroge auch noch andere Leitdrogen genannt werden – z. B. in fast der Hälfte der Fälle auch Opiode.

<sup>1</sup>

Bei den Wiener Begutachtungen wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert wird und nicht nach Substanzen spezifiziert.

Abbildung 4.2:

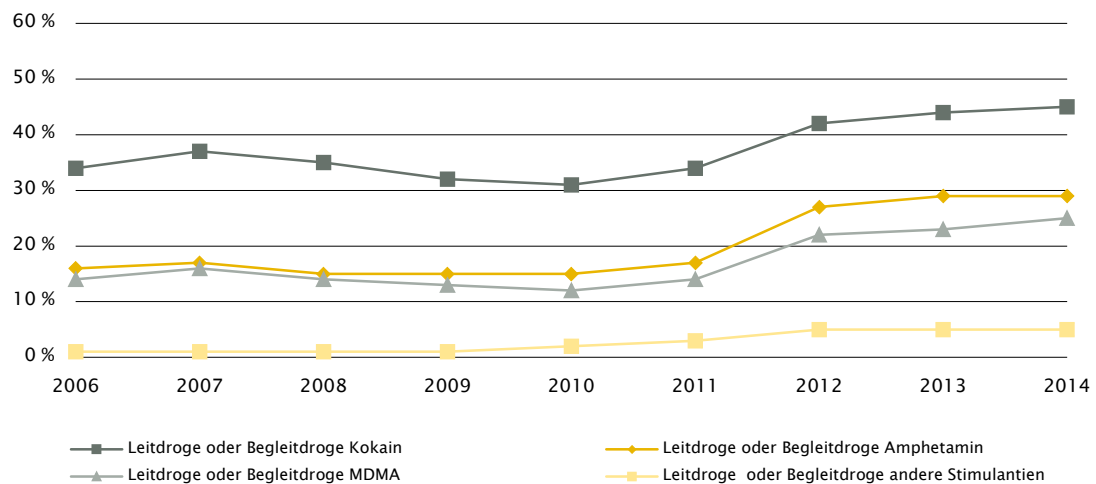
Stimulantien als Leitdroge jener Personen, die mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, in Prozent im Zeitverlauf



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

Abbildung 4.3:

Stimulantien als Leit- oder Begleitdroge jener Personen, die mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, in Prozent im Zeitverlauf



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

Werden Leit- und Begleitdrogen kombiniert betrachtet, steigt die Bedeutung von Stimulantien wesentlich und nimmt im Zeitverlauf noch zu. 40 Prozent der Klientinnen und Klienten nannten im Jahr 2014 Kokain und etwa 30 Prozent Amphetamin als Leit- oder Begleitdroge. Das kann als Indiz

für eine steigende Bedeutung von Stimulantien im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster der DOKLI- Klientinnen und Klienten gewertet werden.

Im Behandlungsdokumentationssystem DOKLI können seit 2013 Stimulantien sehr differenziert erfasst werden. Es zeigt sich, dass Kokain, Amphetamin und MDMA die am häufigsten angegebenen Stimulantien sind (vgl. Tabelle 4.3). Bei der Interpretation der Zahlen ist jedoch zu berücksichtigen, dass es sich – wie bereits oben erwähnt – um Mehrfachnennungen handelt und oft Kombinationen mit Opioiden vorliegen. So nannten beispielsweise über zwei Drittel der Personen mit Leit- oder Begleitdroge Kokain auch Opioide als Leitdroge.

Tabelle 4.3:  
Stimulantien als Leit- oder Begleitdroge bei allen im Jahr 2014 ambulant oder stationär in DOKLI-Einrichtungen betreuten Personen mit Angabe zur Leitdroge (n=8.174) nach Bundesländern absolut und pro 100.000 15- bis 64-Jährige (Mehrfachnennungen)

	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
<b>Absolutzahlen</b>										
Kokain	14	779	370	210	213	281	113	435	1642	4057
Crack	3	27	8	18	6	26	4	10	21	123
Amphetamin	9	375	344	210	142	266	104	232	961	2643
MDMA	9	372	249	171	122	184	109	173	825	2214
Methamphetamin	0	22	21	79	6	13	10	2	21	174
Mephedron	0	106	8	1	0	30	15	0	3	163
Andere synthetische Cathinone	0	13	2	1	0	3	2	0	1	22
<b>Pro 100.000 15- bis 64-Jährige</b>										
Kokain	7,3	211,8	34,4	21,9	59,0	34,4	22,9	171,8	135,2	70,8
Crack	1,6	7,3	0,7	1,9	1,7	3,2	0,8	3,9	1,7	2,1
Amphetamin	4,7	101,9	32,0	21,9	39,3	32,6	21,1	91,6	79,1	46,1
MDMA	4,7	101,1	23,2	17,8	33,8	22,5	22,1	68,3	67,9	38,6
Methamphetamin	0,0	6,0	2,0	8,2	1,7	1,6	2,0	0,8	1,7	3,0
Mephedron	0,0	28,8	0,7	0,1	0,0	3,7	3,0	0,0	0,2	2,8
Andere synthetische Cathinone	0,0	3,5	0,2	0,1	0,0	0,4	0,4	0,0	0,1	0,4

Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

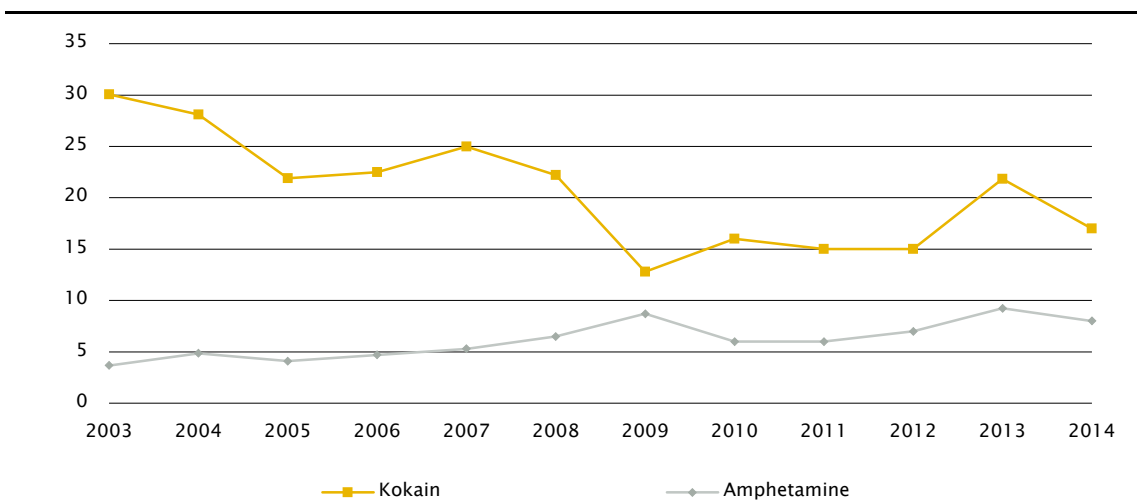
Interessant sind auch die großen lokalen Unterschiede. In Oberösterreich ist beispielsweise eine Häufung bei Methamphetamin zu beobachten und in Kärnten eine Häufung bei Mephedron. Amphetamin wird hingegen in Kärnten, Vorarlberg und Wien verstärkt als Leit- oder Begleitdroge angegeben.

**Schlussfolgerung:** Die Bedeutung von Stimulantien als Leitdroge ist konstant, während ihre Bedeutung als Begleitdroge im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster steigt. Regionale Häufungen bestimmter Substanzen z. B. Methamphetamin in Oberösterreich oder Mephedron in Kärnten deuten auf lokale Heterogenität hinsichtlich der Bedeutung bestimmter Stimulantien.

334 Fälle mit der Spitalsentlassungsdiagnose „psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – Schädlicher Gebrauch bzw. Abhängigkeit“ nach ICD-10 und 274 Fälle mit der Spitalsentlassungsdiagnose „psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulantien einschließlich Koffein – Schädlicher Gebrauch bzw. Abhängigkeit“ wurden im Jahr 2013 dokumentiert. Über die Jahre ist ein Anstieg dieser Diagnosen zu beobachten (vgl. Tabelle ICD 2 im Anhang). Im Jahr 2013 führten Kokain-Konsum 23 Mal und der Konsum anderer Stimulantien einschließlich Koffein 56 Mal zur Diagnose „psychische und Verhaltensstörungen – akute Intoxikation.“

Die bei drogenbezogenen Todesfällen festgestellten Stimulantien deuten über die Jahre auf keine klaren Trends (vgl. Abbildung 4.4). Die Bedeutung von Kokain scheint über die Jahre etwas abgenommen zu haben.

Abbildung 4.4:  
Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Stimulantien im Zeitverlauf, in Prozent



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

Aufschluss zu im Party-Setting konsumierten Substanzen geben die als Ecstasy gekauften und von *checkit!* analysierten Tabletten (vgl. Tabelle 4.4). Daneben liefern die in Beratungsgesprächen mit *checkit!* erwähnten Substanzen Informationen (vgl. Abbildung 4.5). Diese Quellen zeigen, dass *neue psychoaktive Substanzen* um das Jahr 2011 zwar eine gewisse Rolle spielten, Klienten und Klientinnen sie seither aber immer seltener nennen.

Tabelle 4.4:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy (Tablettenform) gekauften Proben, in Prozent (2005–2014)

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als Ecstasy in Tablettenform gekauften Proben									
	2005 (n=53)	2006 (n=134)	2007 (n=117)	2008 (n=146)	2009 (n=105)	2010 (n=76)	2011 (n=135)	2012 (n=145)	2013 (n=108)	2014 (n=193)
MDMA	67,9	74,6	60,7	61,6	15,2	21,1	29,6	56,6	63,0	81,3
MDMA + MDE	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,5
MDMA + MDA	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5
MDE und/oder MDA	0,0	0,0	0,0	1,4	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + Koffein	5,7	5,2	0,9	0,7	1,0	0,0	5,9	2,1	0,9	6,7
MDMA + Amphetamin	1,9	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0
MDMA + diverse Mischungen*	13,2	0,0	6,0	7,5	1,9	5,3	18,5	6,2	12,0	4,7
PMA/PMMA, PMA/PMMA + diverse Mischungen*	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	9,7	1,9	0,0
Amphetamin	1,9	4,5	0,0	0,7	1,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,5
Methamphetamin	0,0	0,7	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Koffein	0,0	0,7	1,7	0,0	0,0	6,6	0,7	0,0	0,9	0,0
Piperazin / Piperazin + diverse Mischungen*	0,0	1,5	16,2	17,8	52,4	47,4	19,3	-3	-3	-3
diverse Mischungen*	9,4	9,0	14,5	10,3	25,7	11,8	3,0	9,7	5,6	4,1
<i>Neue psychoaktive Substanzen</i> <sup>1</sup> / NPS <sup>2</sup> + diverse Mi- schungen*	-	-	-	-	0,0	6,6	23,0	13,8	13,9	1,5

\* Diverse Mischungen: ein oder mehrere andere Inhaltsstoff(e)

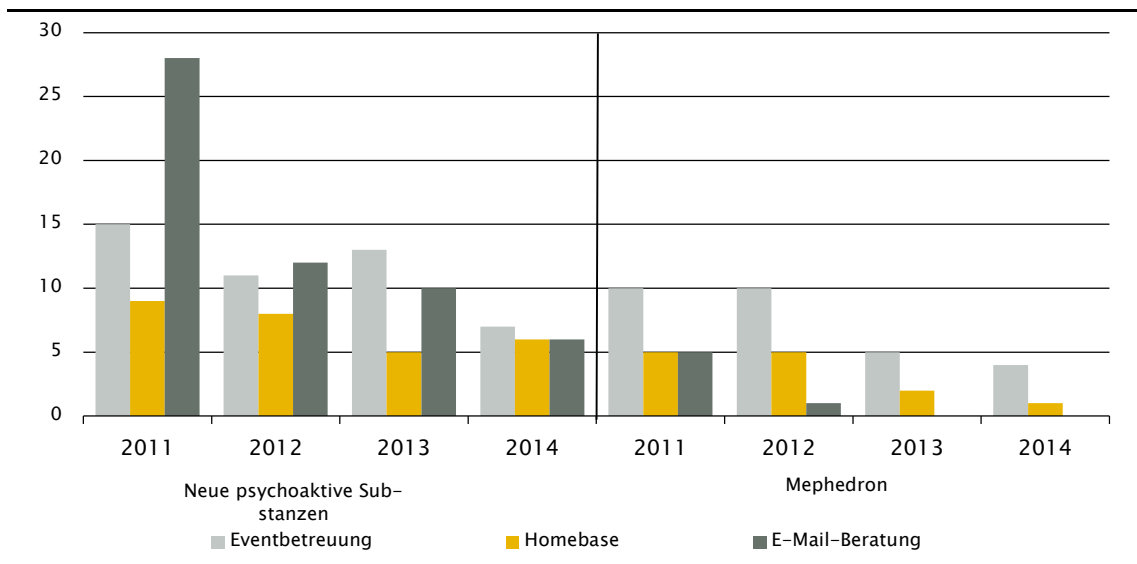
<sup>1</sup> *Neue psychoaktive Substanzen* im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen NPSG

<sup>2</sup> *Neue psychoaktive Substanzen*

<sup>3</sup> Piperazine unterliegen seit dem 1. 1. 2012 dem NPSG und sind daher in der Tabellenzeile *Neue psychoaktive Substanzen* inkludiert.

Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 4.5:  
*checkit!*-Thematisierung von *neuen psychoaktiven Substanzen* und Mephedron je Setting (in Prozent) 2011 bis 2014



Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG/ÖBIG

**Schlussfolgerung:** Insgesamt deuten alle Datenquellen des Drogenmonitorings auf eine untergeordnete Rolle von Stimulantien im Rahmen des behandlungsrelevanten Drogenkonsums. Hauptproblemdrogen sind nach wie vor Opioiden. Aus einzelnen Datenquellen ist allerdings die wachsende Bedeutung von Stimulantien – allen voran Kokain im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster (meist in Kombination mit Opioiden) erkennbar. Es scheint große lokale Unterschiede in der Relevanz diverser Stimulantien zu geben (z. B. Methamphetamin in Oberösterreich, Mephedron in Kärnten). *Neue psychoaktive Substanzen* spielen im Behandlungsbereich aber auch im Party-Setting derzeit kaum eine Rolle.

## 5 Detailergebnisse DOKLI

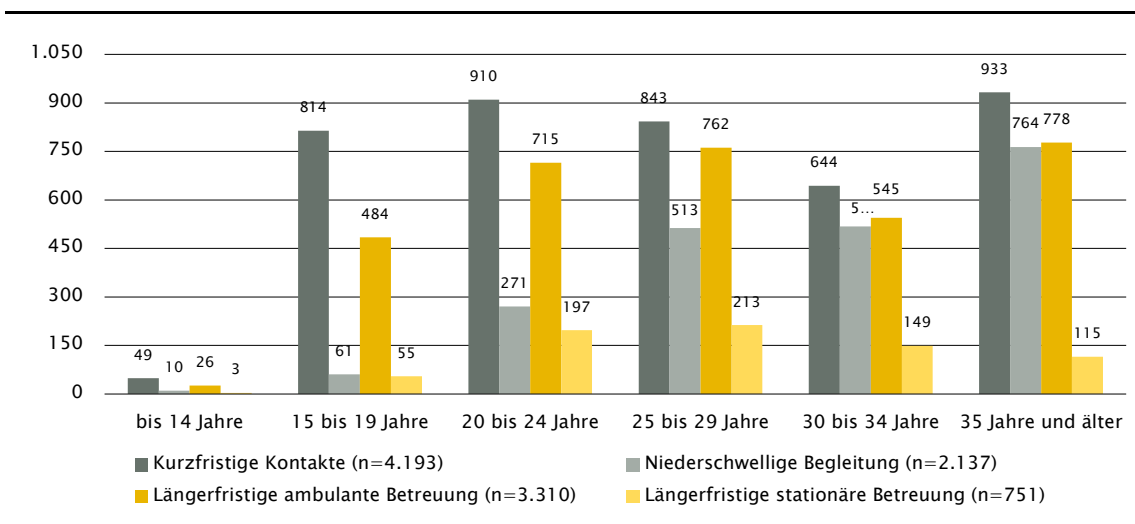
Hinweise zur Datenqualität und zu möglichen Einschränkungen der Interpretierbarkeit der Daten finden sich im Annex des vorliegenden Berichts.

### 5.1 Soziodemografie

Je nach Setting sind zwischen 3 (in niederschwelliger Begleitung) und 21 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen 37 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 55 Prozent (in langfristigen stationären Betreuungen) der Klientel sind in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre zu finden (siehe Abbildung 5.1).

Abbildung 5.1:

Anzahl der Personen, die 2014 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung



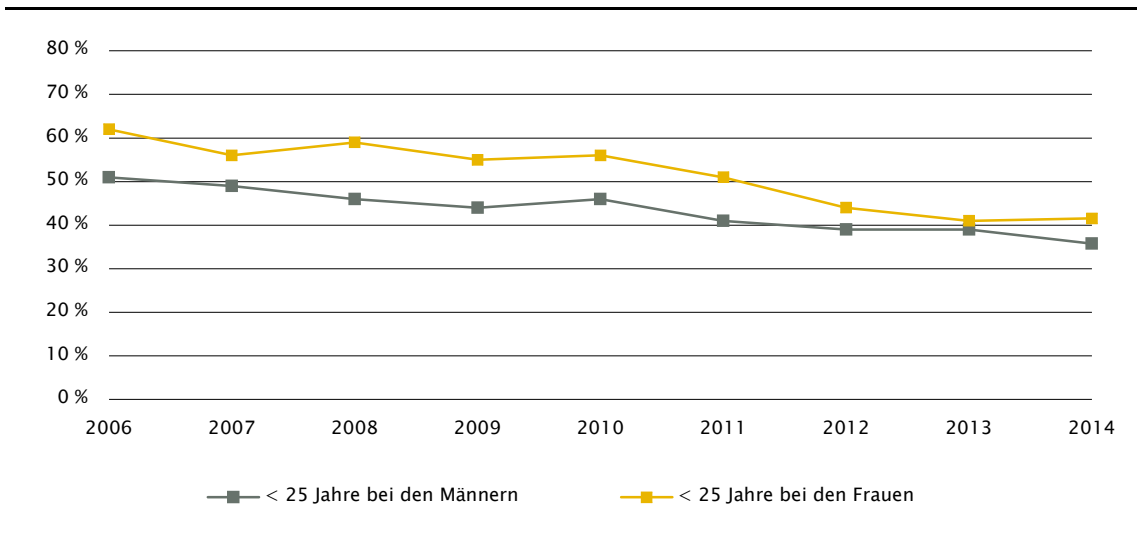
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014

Betrachtet man die Gruppe der Personen im Alter von unter 25 Jahren, so zeigt sich, dass der Anteil dieser Gruppe im ambulanten Bereich tendenziell abgenommen hat. Im Jahr 2006 betrug der Anteil dieser Altersgruppe bei den Frauen noch 62 Prozent, 2014 waren hingegen nur mehr 42 Prozent der Frauen, die mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, unter 25 Jahre alt. Bei den Männern machten die entsprechenden Anteile 51 Prozent bzw. 36 Prozent aus (vgl. Abbildung 5.2). Dies kann als Hinweis auf eine „Alterung“ der Klientel der (ambulanten) Drogenhilfe interpretiert werden.



Abbildung 5.2:

Anteil unter 25-Jähriger bei Männern und Frauen, die mit einer längerfristigen ambulanten drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, 2006 bis 2014



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014

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

Als Lebensmittelpunkt geben die meisten längerfristig ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten Wien<sup>1</sup> an. Auch lässt sich beobachten, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der in Wien (lebenden) Betreuten deutlich steigt (vgl. DOKLI 20 und 21 im Annex).

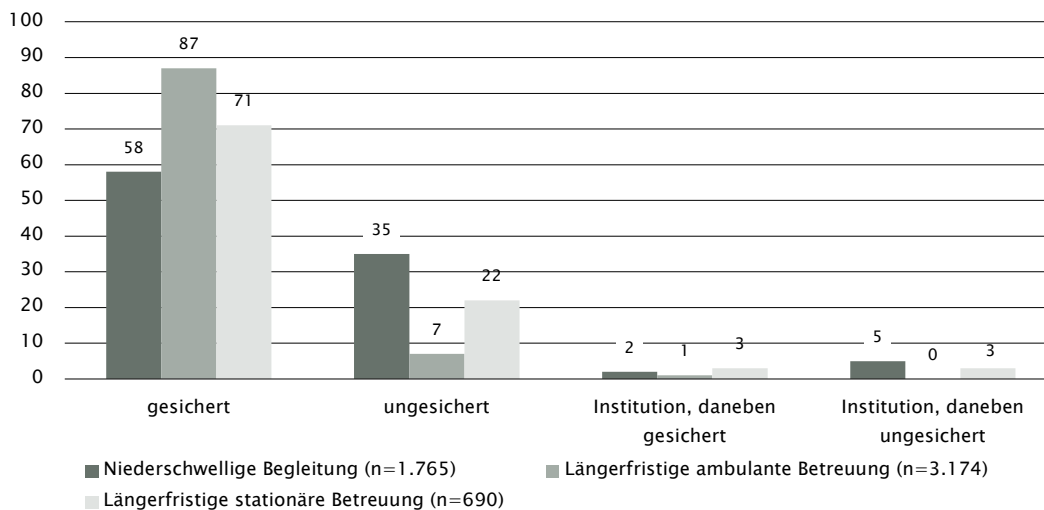
Versorgepflichtige Kinder hat etwa ein Viertel der betreuten Frauen und Männer (vgl. DOKLI 15 im Annex). Etwa 90 Prozent der Klientel sind österreichische Staatsbürger. Im Betreuungsjahr 2014 gaben 58 Prozent (2013: 61 %) der Personen in niederschwelliger Begleitung an, in einer gesicherten Wohnsituation (d. h. gesichert oder in Institution und daneben gesichert) zu leben. Dagegen geben fast 90 Prozent aus der Gruppe der längerfristig ambulant betreuten und 74 Prozent aus der Gruppe der längerfristig stationär betreuten Personen eine gesicherte Wohnsituation an (d. h. gesichert oder in Institution und daneben gesichert; vgl. Abbildung 5.3 und DOKLI 22 im Annex).

1

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

Abbildung 5.3:

Personen, die 2014 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014

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

45 Prozent (in längerfristiger ambulanter Betreuung) und 49 Prozent (in längerfristiger stationärer Betreuung) der Klientel im Alter von über 20 Jahren nennen als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Pflichtschulabschluss. Wie in der Gesamtbevölkerung haben Männer – besonders jene in ambulanter Betreuung – häufiger einen Lehrabschluss als höchste Ausbildungsstufe als Frauen (vgl. DOKLI 17 im Annex).

Der Anteil an erwerbstätigen Klientinnen und Klienten ist im stationären Bereich am geringsten (11 %). Die meisten dieser Personen sind arbeitslos (51 %) gemeldet bzw. „nicht erwerbstätig und sonstige Form des Lebensunterhalts unbekannt“ (17 %) (DOKLI 18 im Annex). Dies könnte bedeuten, dass vor allem Personen mit massiven und oft langjährigen Drogenproblemen, für die häufig keine berufliche Eingliederung aktuell möglich ist, in stationärer Behandlung sind. Mit ein Grund könnte aber auch sein, dass Personen, die keine Arbeit haben, sich eher für eine längerfristige stationäre Betreuung entscheiden bzw. umgekehrt, Personen mit aufrechtem Arbeitsverhältnis damit eher zu vereinbarende ambulante Betreuungen bevorzugen.

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

## 5.2 Betreuungssituation

Neben dem Betreuungsschwerpunkt „Drogenproblematik“, der für alle im DOKLI-System erfassten Klientinnen und Klienten angekreuzt werden musste und der sich auf Problematiken im Zusammenhang mit illegalen Drogen bezieht, konnten ergänzend auch noch „Alkoholproblematik“, „Medikamentenproblematik“ oder „sonstiger Betreuungsschwerpunkt“ vermerkt werden, sofern neben dem illegalen Drogenkonsum auch noch andere Problematiken im Zentrum der Betreuung standen. Der Großteil der in österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen erfassten Klientinnen und Klienten sind ausschließlich wegen Drogenproblematik in Betreuung. Am deutlichsten wird dies bei den längerfristigen stationären Betreuungen (85 %) und den längerfristigen ambulanten Betreuungen (65 %), am geringsten ausgeprägt ist dies im Bereich der niederschweligen Begleitung (47 %). Neben Drogen haben Alkohol bzw. Alkohol und Sonstiges als zusätzliche Betreuungsschwerpunkte eine gewisse Relevanz (vgl. DOKLI 2 im Annex).

Viele der betreuten Personen haben bereits Erfahrung mit der Drogenhilfe: 63 Prozent der niederschwellig begleiteten Personen, 59 Prozent der längerfristig ambulant Betreuten, 52 Prozent der Klientinnen und Klienten in längerfristiger stationärer Behandlung und 47 Prozent der Personen mit kurzfristigen Kontakten haben bereits früher Angebote der Drogenhilfe in Anspruch genommen (vgl. DOKLI 3 im Annex).

Im niederschweligen Setting sind 78 Prozent der Klientinnen und Klienten zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung, im längerfristigen ambulanten und im stationären Setting sind es jeweils 31 Prozent (bei kurzfristigen Kontakten wird diese Variable nicht erhoben); Substitutionsbehandlungen, die erst im Zuge der Betreuung begonnen werden, wurden nicht erfasst (vgl. DOKLI 4 im Annex). Jemals in Substitutionsbehandlung waren im niederschweligen Bereich 95 Prozent der Personen, im stationären Setting 69 Prozent und im längerfristigen ambulanten Setting 48 Prozent (vgl. DOKLI 5 im Annex). Im ambulanten Bereich ist der Anteil bei den Frauen, der bereits in Substitutionsbehandlung war etwas höher als bei den Männern. Es gibt große Unterschiede nach Bundesland: Während beispielsweise in den Vorarlberger<sup>1</sup> und Tiroler Einrichtungen nur rund 15 Prozent der ambulant längerfristig betreuten Klientel zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung ist, sind es in den steirischen, Salzburger, Kärntner und Wiener Einrichtungen über 30 Prozent (vgl. DOKLI 74 im Annex) – diese Verteilungen unterliegen über die Jahre aber recht großen Schwankungen.

Als häufigstes Substitutionsmittel findet sich in allen Betreuungsformen Morphin in Retardform (Anteil zwischen 41 % und 69 %, im Vergleich dazu: Methadon-Anteil zwischen 18 % und 21 % – vgl. DOKLI 6 im Annex). Buprenorphin und Levomethadon spielen in erster Linie in der jüngsten Altersgruppe eine gewisse Rolle (vgl. Abbildung 5.4), einschränkend ist anzumerken, dass die Zahl der unter 20-Jährigen in Substitutionsbehandlung sehr gering ist (n=35).

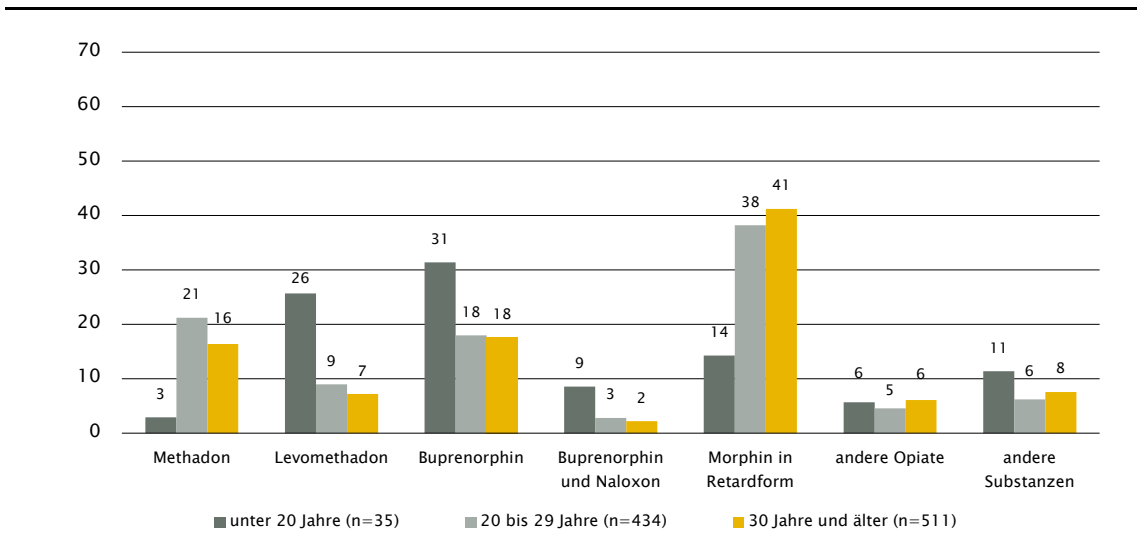
---

1

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

Abbildung 5.4:

Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die im Jahr 2014 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben und zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach Alter, in Prozent

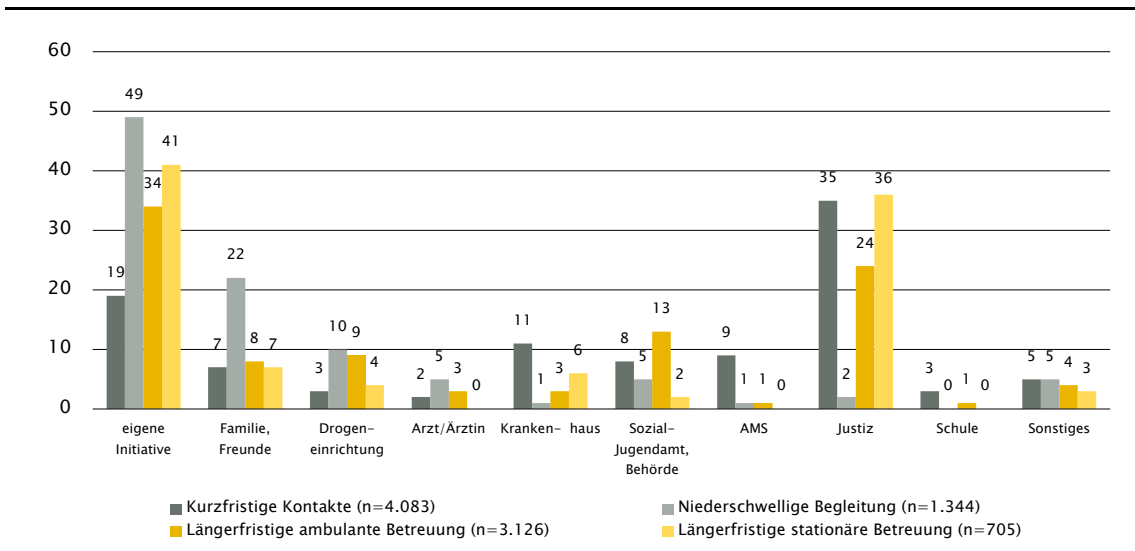


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014

Der Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme mit der Drogenhilfeeinrichtung ist je nach Betreuungsform unterschiedlich: Zur stationären Behandlung und in eine niederschwellige Begleitung führte 41 bzw. 49 Prozent der Klientinnen und Klienten zentral die eigene Initiative (vgl. DOKLI 7 und DOKLI 8 im Annex). In andere Betreuungsformen führte die eigene Initiative mit einem Anteil zwischen 19 und 34 Prozent. Häufig stellt auch ein Justizzusammenhang den Hauptanstoß dar, außer zur Inanspruchnahme einer niederschweligen Begleitung. Hier spielen Familie und Freunde/Freundinnen und die Vermittlung von anderen Einrichtungen eine gewisse Rolle (vgl. Abbildung 5.5). Auffällig ist, dass Personen mit schwererer Drogenproblematik (außer im stationären Bereich) häufiger aus eigener Initiative Betreuung in Anspruch nehmen als jene mit leichterem Problematik.

Abbildung 5.5:

Häufigste Hauptanlässe für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2014 mit einer Betreuung begonnen haben, nach Betreuungsart, in Prozent

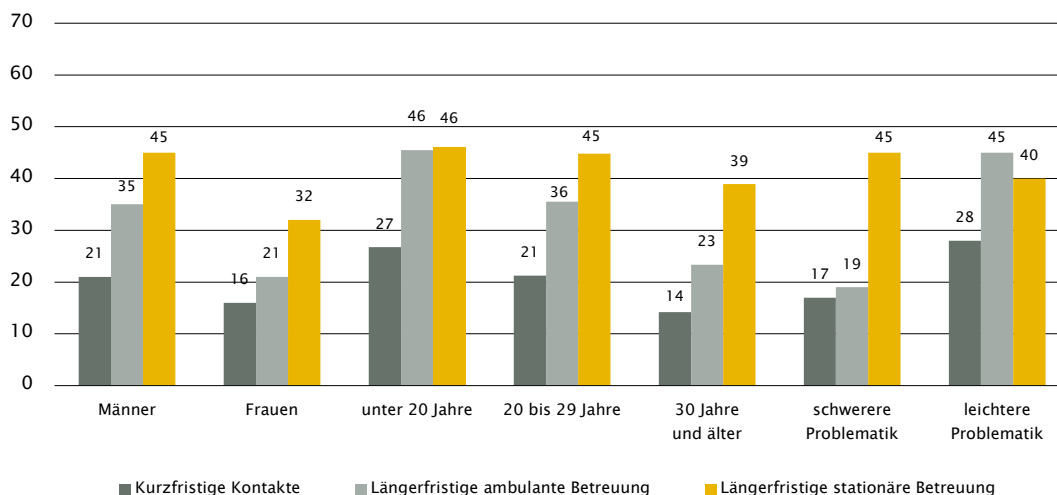


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014

Für 20 Prozent (bei Kurzkontakten) bzw. 32 Prozent (in ambulanten Betreuungen) bzw. 43 Prozent (stationär) der Klientinnen und Klienten besteht eine Auflage oder Weisung bezüglich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (vgl. DOKLI 9 im Annex). Frauen nehmen deutlich seltener aufgrund einer Auflage/Weisung Kontakt mit einer Drogeneinrichtung auf als Männer. Im ambulanten Bereich (längerfristige Betreuungen wie Kurzkontakte) sinkt die Häufigkeit der Kontaktaufnahmen aufgrund einer Auflage/Weisung mit dem Alter deutlich (vgl. DOKLI 10 im Annex). Nicht überraschend sind vor allem § 35 SMG, § 12 SMG und § 13 SMG in der jüngsten Altersgruppe von Relevanz, während in den älteren § 39 SMG (vgl. DOKLI 12 im Annex) schlagend wird. Personen mit schwererer Drogenproblematik haben – vor allem bei den längerfristigen ambulanten Betreuungen – deutlich seltener eine Auflage oder Weisung bezüglich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme als jene mit leichterem Problematik (vgl. Abbildung 5.6). Dies erscheint auf den ersten Blick etwas überraschend, könnte aber damit erklärt werden, dass vor allem bei jungen Drogenkonsumierenden die Gesundheitsbehörden aus präventiven Überlegungen dazu tendieren, auch dann eine Auflage zu empfehlen, wenn die Drogenproblematik noch nicht massiv ausgeprägt ist. Dies würde auch mit dem höheren Anteil an Auflagen/Weisungen in der jüngsten Altersgruppe im Einklang stehen.

Abbildung 5.6:

Auflage/Weisung bei Personen, die 2014 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik und Art der Betreuung, in Prozent



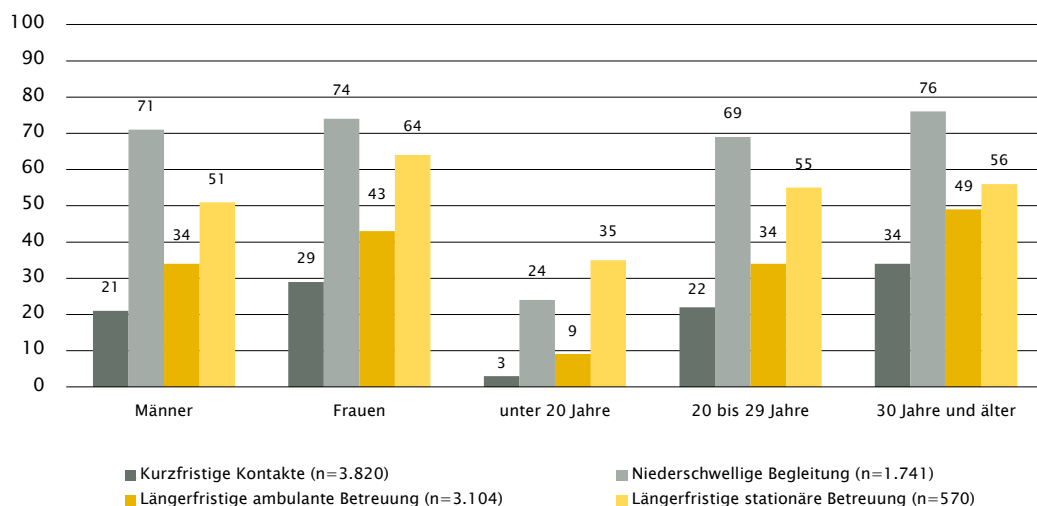
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014

### 5.3 Drogenkonsum und Drogenproblematik

Der Anteil an Personen mit intravenösem Konsum (bezogen auf die Lebenszeit) erweist sich je nach Setting sehr unterschiedlich (bei kurzfristigen Kontakten: 23 %, in niederschwelliger Begleitung: 71 %, in ambulanter längerfristiger Betreuung: 36 %, in stationärer Betreuung: 54 % – vgl. DOKLI 24 im Annex). Generell nimmt der Anteil an Personen mit intravenösem Drogenkonsum (i.v. Konsum) mit dem Alter zu (vgl. DOKLI 25 im Annex). Insgesamt ist der Anteil an Personen, die bereits intravenös Drogen konsumiert haben, bei den Frauen höher als bei den Männern (vgl. DOKLI 24 im Annex und Abbildung 5.7). Detailanalysen zum intravenösen Drogenkonsum finden sich im Schwerpunktkapitel des DOKLI-Berichts zum Betreuungsjahrgang 2007 (GÖG/ÖBIG 2008).

Abbildung 5.7:

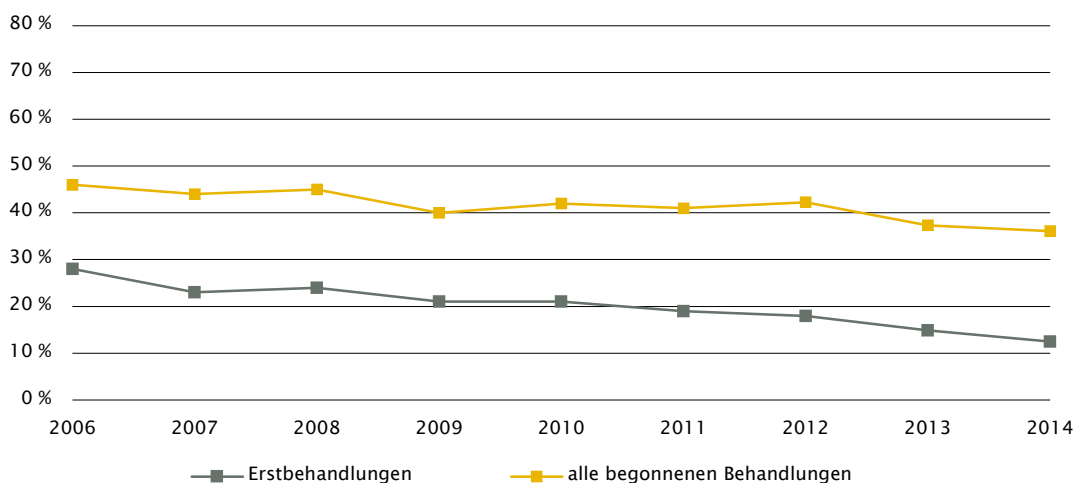
Personen, die 2014 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach „jemals intravenös Drogen konsumiert“, Geschlecht, Alter und Art der Betreuung in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014

Abbildung 5.8:

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



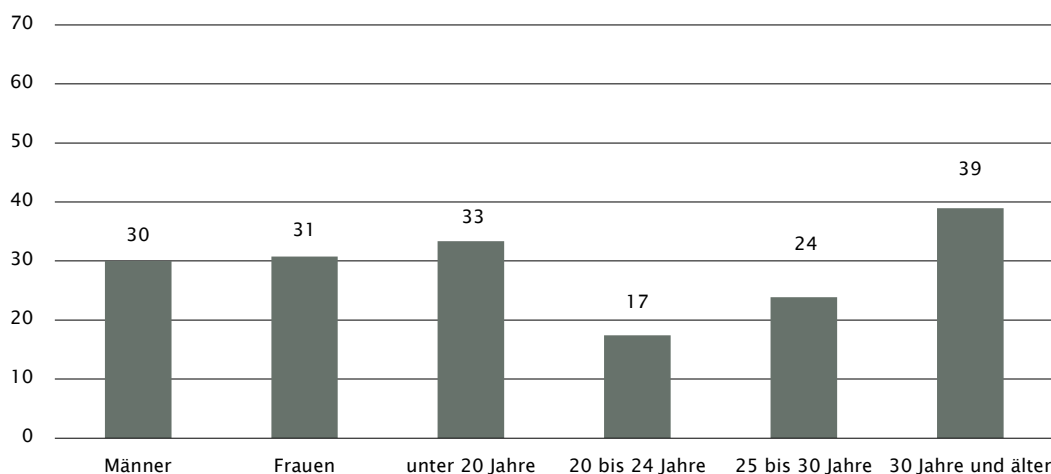
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2006 bis 2014

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

Im Jahr 2014 wurden in DOKLI auch erstmals Daten zum „Needle Sharing“ (gemeinsames Benutzen von Spritzen) erhoben. Bezogen auf Personen, die angeben bereits einmal intravenös Drogen konsumiert zu haben, liegen im ambulanten Bereich Angaben von 63 Prozent (n=434) und im stationären Bereich von 23 Prozent (n=64) der Klientel vor. Die Daten beziehen sich auf Österreich ohne Wien<sup>1</sup>, einschränkend ist anzumerken, dass bei Personen, deren Betreuung vor dem 1. 1. 2014 begonnen hat, diese Variable noch nicht erhoben wurde. Im ambulanten Bereich geben 30 Prozent der Personen mit intravenösem Drogenkonsum an bereits einmal eine gebrauchte Spritze verwendet zu haben, im stationären Bereich 42 Prozent. Allerdings liegt das „Needle Sharing“ bei den meisten Personen länger als ein Jahr zurück (ambulanter Bereich: 86 %; stationärer Bereich: 67 %).

Abbildung 5.9:

Jemals „Needle Sharing“ bei Personen, die bereits mindestens einmal intravenös Drogen konsumiert haben, nach Geschlecht und Alter in Prozent (ambulante Betreuungen 2014)



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014

Geschlechtsunterschiede lassen sich nicht feststellen. Bezüglich Alter zeigt sich der erwartete Trend, dass die Häufigkeit von „Needle Sharing“ mit dem Alter zunimmt (von 17 % bei den 20 bis 24-Jährigen auf 39 % Prozent bei der Gruppe 30 Jahre und älter). Lediglich die Gruppe der Personen unter 20 Jahre sticht heraus, in der 33 Prozent „Needle Sharing“ angeben. Allerdings ist die Anzahl an Personen in dieser Gruppe sehr klein (21 Personen), was das Ergebnis sehr unsicher macht. Dennoch sollte das Phänomen weiter beobachtet werden.

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

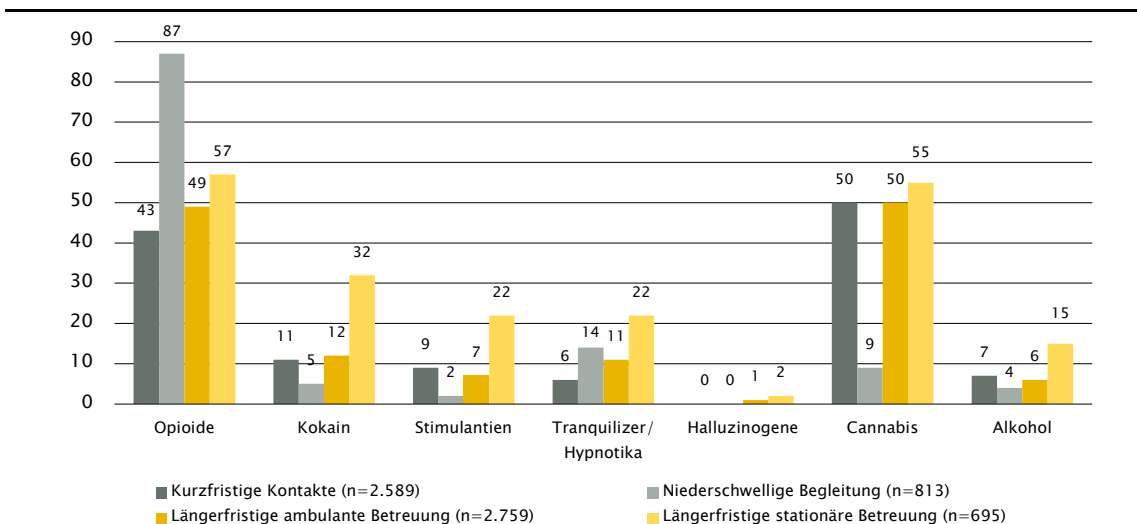
<sup>1</sup> In der Wiener DOKU-Neu wird diese Variable nicht erhoben.



Klientin / der Klient nicht für eine bestimmte Droge als Leitdroge entscheiden, so können auch mehrere Drogen angekreuzt werden.

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

Abbildung 5.10:  
Personen, die im Jahr 2014 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung, in Prozent



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014

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

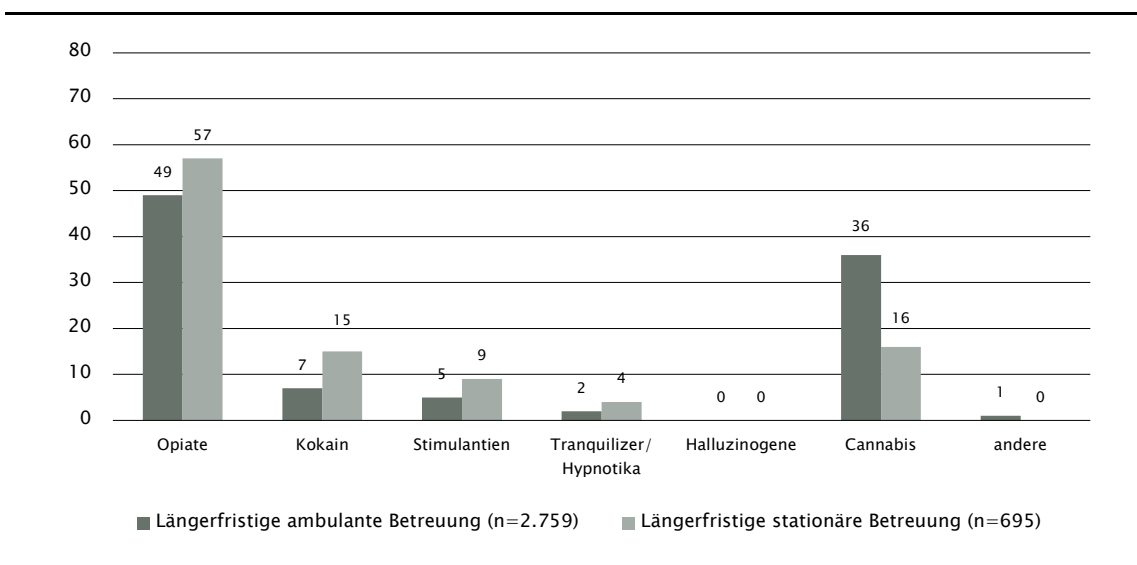
Im von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) definierten epidemiologischen Schlüsselindikator „treatment demand“ werden die Daten von Klientinnen und Klienten nach ihrer Leitdroge aufgeschlüsselt. Es wird davon ausgegangen, dass jede Klientin und jeder Klient nur eine Leitdroge aufweist. Weitere Drogen, die Probleme verursachen, werden als Begleitdrogen definiert. Dies steht im Widerspruch zum DOKLI-System, bei dem im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster mehrere Drogen als Leitdrogen dokumentiert werden können. Aus diesem Grund wird für die Übermittlung der Daten an die EMCDDA bei Personen mit mehr als einer

Leitdroge mittels einer „Leitdrogenhierarchie“ vorgegangen. Hat beispielsweise eine Person Opioide und Cannabis als Leitdroge angegeben, werden ihr als Leitdroge Opioide zugeordnet. Folgende Hierarchie wurde herangezogen: Opioide > Kokain > Stimulantien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis (Details siehe Schwerpunktkapitel des DOKLI-Berichts Klientenjahrgang 2006 (GÖG/ÖBIG 2007). Diese Definition entspricht noch am ehesten der Vorgangsweise, nur eine Leitdroge zuzulassen (so wird mit der Möglichkeit nur eine Leitdroge anzugeben beispielsweise bei Problemkonsum von sowohl Opioiden als auch Cannabis in der Regel die Wahl auf Opioide fallen). Abbildung 5.11 zeigt das Ergebnis der hierarchischen Leitdrogenzuordnung für die längerfristigen ambulanten und stationären Betreuungen.

Diese Darstellung verdeutlicht, dass fast alle anderen Leitdrogen außer Cannabis sehr oft in Kombination mit Opioiden angegeben werden und Cannabis bei 36 Prozent der ambulanten Betreuungen und bei 16 Prozent der stationären Betreuungen als alleinige Leitdroge genannt wird (zu Cannabis siehe auch Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013).

Abbildung 5.11:

Personen, die 2014 mit einer längerfristigen ambulanten bzw. stationären Betreuung begonnen haben, nach hierarchischer Leitdrogendefinition (EMCDDA), in Prozent

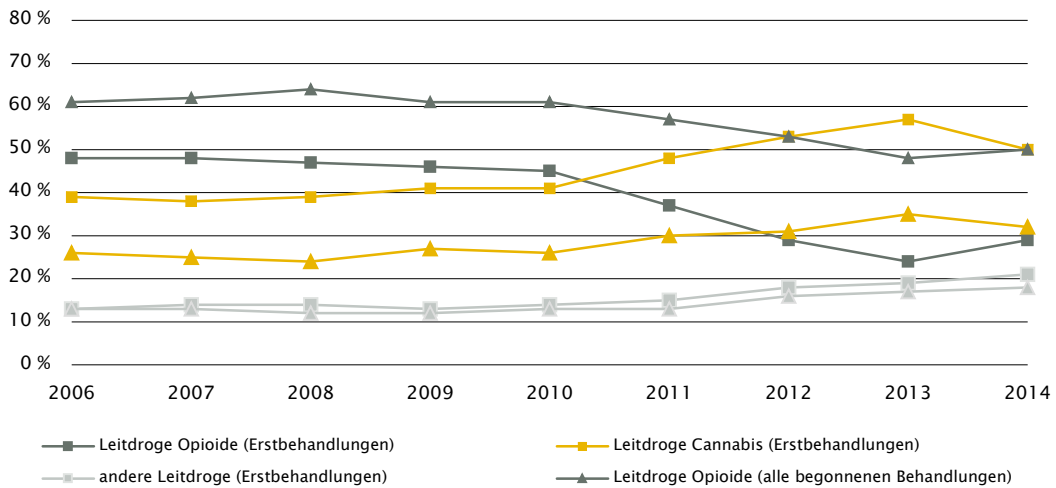


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014

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

Abbildung 5.12:

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

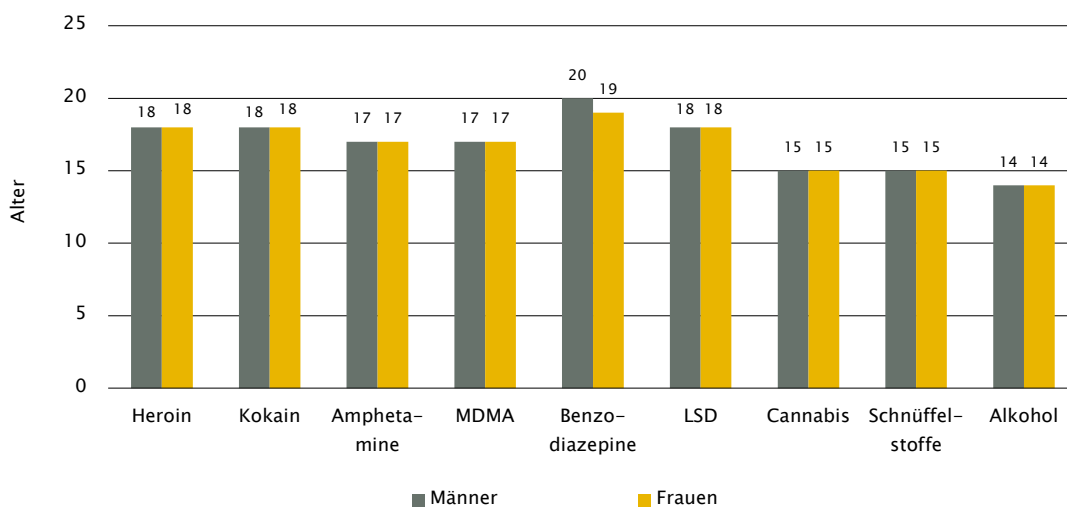


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertungen 2006 bis 2014

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

Abbildung 5.13:

Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2014 in Österreich mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2014

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

Personen in längerfristiger ambulanter Betreuung nannten am häufigsten Sniffen (49 %) als vorwiegende Einnahmeform von Heroin, gefolgt von intravenösem Konsum (36 %). Im stationären Setting erreichen die entsprechenden Werte 58 und 22 Prozent. Dieses interessante Ergebnis wurde im Rahmen des Schwerpunktkapitels des DOKLI-Berichts zum Klientenjahrgang 2007 (GÖG/ÖBIG 2008) vertiefend analysiert und auch von Busch und Eggerth (2010) weiter beschrieben. Es wurden Hinweise gefunden, dass ein nicht unerheblicher Teil von Heroinkonsumierenden über die nasale Applikation in den Konsum ein- und erst nach einiger Zeit (wenn überhaupt) auf den intravenösen Drogenkonsum umsteigt. Möglichkeiten hinsichtlich präventiver Maßnahmen, die sich daraus ergeben, werden ebenfalls im DOKLI-Bericht des Betreuungsjahrgangs 2007 ausführlich dargestellt.

Die inhaltliche Detailanalyse der offenen Angaben zu anderen Stimulantien und anderen Drogen ergab, dass Methamphetamin und Mephedron die häufigsten Nennungen als Leitdrogen darstellen, insgesamt aber von der numerischen Größe her kaum ins Gewicht fallen.

Tabelle 5.1:

Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulantien“, und „andere Drogen“ aller 9.397 ambulant oder stationäre betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen 2014

Substanz	Leitdroge	Begleitdroge	Summe
Methamphetamin	69	108	177
Mephedron	30	133	163
Andere synthetische Cathinone	11	11	22
andere Stimulantien (ohne Spezifizierung)	22	36	58
Räuchermischungen	2	11	13
Pilze	12	271	283
andere Naturdrogen	28	197	225
GHB	3	6	9
Ketamin	4	45	49

Anmerkung: Es handelt sich um Mehrfachnennungen

Quelle: DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

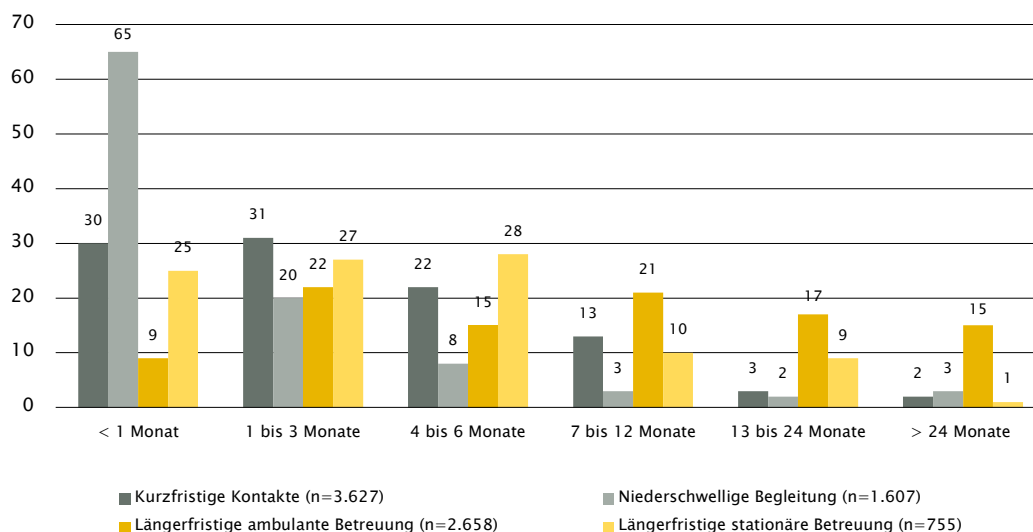
## 5.4 Situation zu Betreuungsende

Im Jahr 2014 beendeten 3.654 (68 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine kurzfristige Betreuung, 1.604 (58 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine niederschwellige, 2.679 (33 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine längerfristige ambulante und 757 (64 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine stationäre Betreuung.

Der Großteil (61 %) der beendeten kurzfristigen Betreuungen erstreckt sich lediglich über drei Monate, was aber in der Definition dieses Settings begründet ist. Auch der Großteil der erfassten

Betreuungen im stationären Setting dauern maximal drei Monate (52 %). Dies dürfte auch die Realität in der stationären Drogenhilfe mit einer großen Anzahl an Betreuungsabbrüchen (50 %) widerspiegeln. Im längerfristigen ambulanten Bereich läuft für 36 Prozent der Klientel die Betreuung über vier bis zwölf Monate und für weitere 32 Prozent länger als ein Jahr. Im niederschweligen Bereich dauern 86 Prozent der Betreuungen nicht länger als drei Monate (vgl. DOKLI 60 im Annex und Abbildung 5.14). Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist jedenfalls zu beachten, dass kurze Betreuungsdauern teilweise auch methodisch verursacht werden: Im DOKLI-System müssen Betreuungssequenzen von Klientinnen und Klienten, die ohne entsprechende Abmachung länger als sechs Monate nicht in der Einrichtung erscheinen, abgeschlossen werden. Im Wiener *DOKU neu*-System gilt diesbezüglich eine Frist von drei Monaten. Betreuungsdauer-Daten sollten daher nur mit Vorsicht betrachtet werden.

Abbildung 5.14:  
Dauer der Betreuung von Personen, die im Jahr 2014 ihre Betreuung beendeten, nach Setting, in Prozent

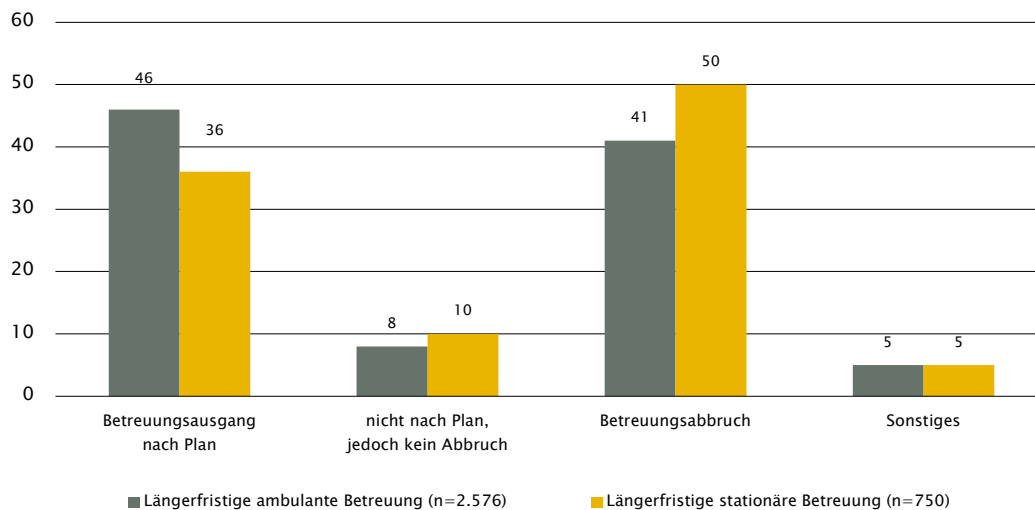


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014

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

Abbildung 5.15:

Betreuungsausgang bei Personen, die im Jahr 2014 eine Betreuung beendet haben, nach Betreuungsart, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014

46 Prozent der ambulanten und 36 Prozent der stationären Betreuungen enden nach Plan (vgl. DOKLI 63 im Annex und Abbildung 5.15). Im stationären Bereich werden 50 Prozent der Behandlungen abgebrochen, im ambulanten Bereich beläuft sich der Abbruchanteil auf 41 Prozent (vgl. DOKLI 63 im Annex).

Die Kostenträger unterscheiden sich – im Einklang mit den Finanzierungsregelungen – nach Setting. Im ambulanten Bereich – der zumeist durch Jahressubventionen und nicht durch Einzelfallverrechnungen finanziert wird – trägt bei 49 Prozent der Betreuungen das Land die Kosten, 33 Prozent der abgeschlossenen Betreuungen weisen keinen fallbezogenen Kostenträger aus (vgl. DOKLI 61 im Annex), womit weitgehend der zum Betreuungsbeginn geplante Kostenträger erhalten bleibt (vgl. DOKLI 13 im Annex). Die Daten sind allerdings aufgrund der unterschiedlichen Grundgesamtheiten nicht direkt vergleichbar. Im stationären Bereich haben das Land, die Justiz und die Sozialversicherung (49 % bzw. 37 % und 14 % bei Mehrfachnennungen) die größte Relevanz als Kostenträger. Geplanter und tatsächlicher Kostenträger entsprechen einander weitgehend auch im stationären Bereich.

# 6 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle

## 6.1 Definition und Datengrundlage

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

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

- » vom Bundesministerium für Inneres (BMI) die einschlägigen polizeilichen Verdachtsmeldungen;
- » von den Instituten für Gerichtsmedizin bzw. den im Einzelfall beauftragten gerichtsmedizinischen Sachverständigen die Ergebnisse einer durchgeführten Leichenöffnung bzw. Obduktion samt den Ergebnissen einer allfälligen chemisch-toxikologischen Untersuchung;
- » von den Sanitätsbehörden und den Krankenanstalten die Ergebnisse einer durchgeführten Leichenöffnung bzw. Obduktion samt den Ergebnissen einer allfälligen chemisch-toxikologischen Untersuchung;
- » in Fällen, in denen keine Leichenöffnung oder Obduktion vorgenommen wurde, werden vom BMG bei der Statistik Österreich die Totenbeschauscheine eingeholt.
- » Zusätzlich zu den polizeilichen Meldungen wird auch eine extra angeforderte Liste der Statistik Austria über die in der allgemeinen Todesursachenstatistik als Drogentodesfall vermerkten Fälle für die Statistik herangezogen.

Die Daten der Statistik und Analyse basieren auf den dem Bundesministerium für Gesundheit übermittelten polizeilichen Meldungen (über mutmaßliche drogenbezogene Todesfälle), Obduktionsergebnissen und Totenbeschauscheinen. Für das Jahr 2014 wurden insgesamt Daten von 317 Personen (polizeiliche Meldungen, Obduktionsergebnisse oder Totenbeschauscheine) gesichtet. In die Statistik und Analyse der direkt drogenbezogenen Todesfälle fließen nur jene Fälle ein, in denen aufgrund einer durchgeführten Obduktion oder Totenbeschau von einem Kausalzusammenhang zwischen Substanzkonsum und Tod infolge von Überdosierung auszugehen ist.

Drei Personen, die 2014 an einer Suchtmittelintoxikation verstarben, hatten eine ausländische Staatsbürgerschaft und waren nicht in Österreich gemeldet. Diese Fälle gehen daher – wie in den Vorjahren – nicht in die Statistik ein, da sie keine Rückschlüsse auf die aktuelle Drogensituation in Österreich erlauben.

## 6.2 Drogenbezogene Todesfälle 2014

Insgesamt wurden für das Jahr 2014 auf Basis von Obduktionsbefunden 102 tödliche Überdosierungen verifiziert. Weitere 20 – allerdings nicht obduzierte – Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (Todesursache „Suchtgiftintoxikation“ auf dem Totenbeschauschein nach bloß äußerer Befundung der Leiche)<sup>1</sup>. In Summe wird daher für das Jahr 2014 von 122 auf eine Überdosierung zurückzuführenden Todesfällen (=direkt drogenbezogene Todesfälle) ausgegangen.

Drogenbezogene Todesfälle betreffen vorrangig **Männer** (80 Prozent der Verstorbenen) und im Schnitt (gruppiertes Median) 34,8 Jahre alt. Die meisten drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner/innen finden sich in **Wien**<sup>2</sup>. Somit entspricht die Person im durchschnittlichen drogenbezogenen Todesfall in Bezug auf Geschlecht, Alter und Region dem **durchschnittlichen risikoreich Opiatkonsumierenden** (vgl. Kapitel 1).

Um einen sinnvollen Vergleich der Bundesländerzahlen und der Zeitverläufe zu ermöglichen, wurde die Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle auf die altersmäßig relevante Einwohnerzahl im entsprechenden Bundesland bezogen. Nach Empfehlungen der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) wurde als relevante Altersgruppe die Gruppe der 15– bis 64–Jährigen ausgewählt. Für das Jahr 2014 ergibt sich eine Rate von 2,1 Todesfällen pro 100.000 Einwohner/innen zwischen 15 und 64 Jahren für Gesamtösterreich.

Bei 71 der insgesamt 102 durch ein Obduktionsgutachten inklusive ausführlicher toxikologischer Analyse verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle wurde auf Basis der gerichtsmedizinischen Obduktionsgutachten festgestellt, dass diese Personen unmittelbar an einer Überdosierung verstarben. Das heißt, dass es bei diesen Menschen infolge der hohen Toxizität der Substanz(en) zu einem funktionellen, protrahierten, zentralen Erstickungssterben kam, das mit Herz- und Atemstillstand (zentrales Herz-Kreislauf-Versagen) endete (Hirnödem, Lungenödem etc. im Obduktionsbefund und entsprechende toxikologische Analyse). In 31 Fällen trat der unmittelbare

---

1

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

2

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



Tod durch eine im Zuge des Suchtmittelkonsums hervorgerufene weitere tödliche Ursache (Sekundärfolge), wie z. B. vom zentralen Nervensystem ausgelöstes Erbrechen mit Ersticken am Erbrochenen (die Hauptbronchien wurden verschlossen) ein oder es kam infolge des Einatmens von Mageninhalt zu einer tödlichen Lungenentzündung (Aspirationspneumonie). In 13 Fällen lag ein schwer reduzierter gesundheitlicher Zustand (z. B. Kachexie) vor. In sieben Fällen handelt es sich nachweislich um Suizide, d. h., es wurde z. B. ein Abschiedsbrief hinterlassen.

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

## 6.3 Trend

Abbildung 6.1 veranschaulicht die für drei Jahreswerte geglätteten Raten von 1991 bis 2013 und die obere und untere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls<sup>1</sup>.

Es zeigt sich ein klarer und signifikanter Anstieg zu Beginn der 1990er Jahre, gefolgt von sinkenden Raten ab Mitte der 1990er Jahre. Von Beginn der 2000er Jahre bis Mitte der 2000er Jahre wird wieder ein Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt und die Rate verharrte danach auf gleichbleibend hohem Niveau. Seit 2010 wird ein stärkerer Rückgang auf 2,1 direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner/innen im Jahr 2014 festgestellt.

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

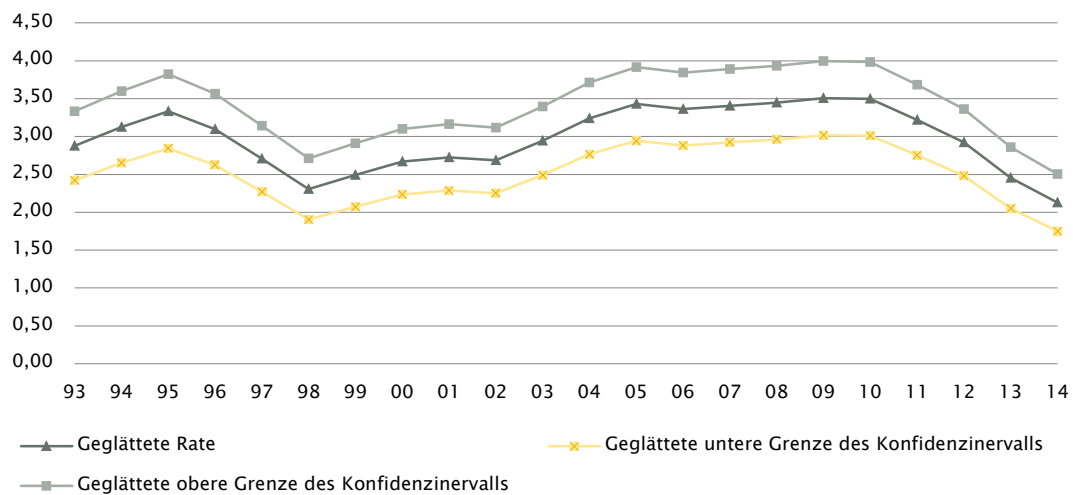
---

1

Die geglätteten Raten stellen den Mittelwert von drei Jahren dar, um Zufallsschwankungen auszugleichen, d. h. 3,2 direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner/innen für 2011 ist der Mittelwert aus den Jahren 2010, 2011 und 2012. Für 2014 wird der nicht geglättete Wert dargestellt.

Abbildung 6.1:

95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 EW zw. 15 und 64 Jahre  
1993–2014, geglätteter 3-Jahres-Wert

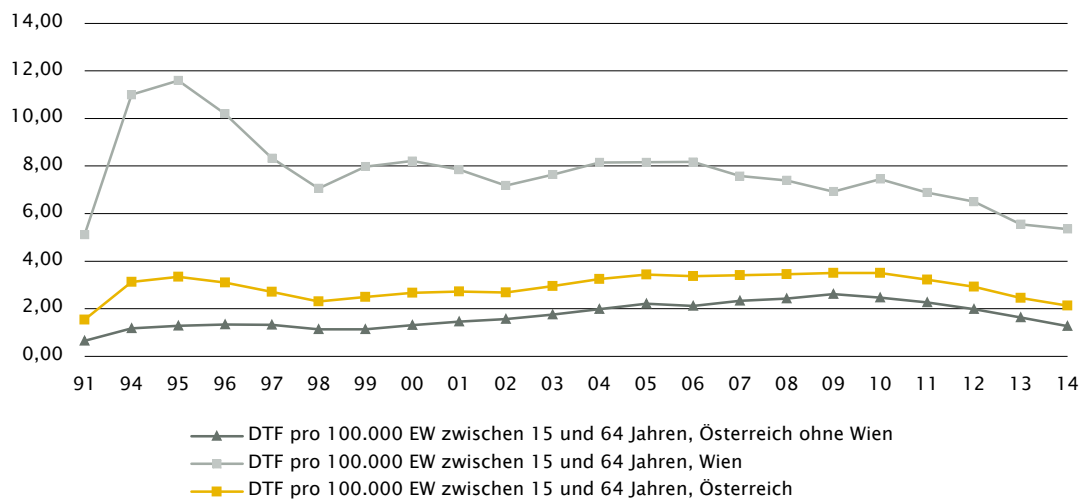


2014-Wert nicht geglättet

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

Abbildung 6.2:

Drogenbezogene Todesfälle (DTF) pro 100.000 EW zw. 15 und 64 Jahren 1994–2014, geglätteter 3-Jahres-Wert nach Region<sup>1</sup>



2014-Werte nicht geglättet

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

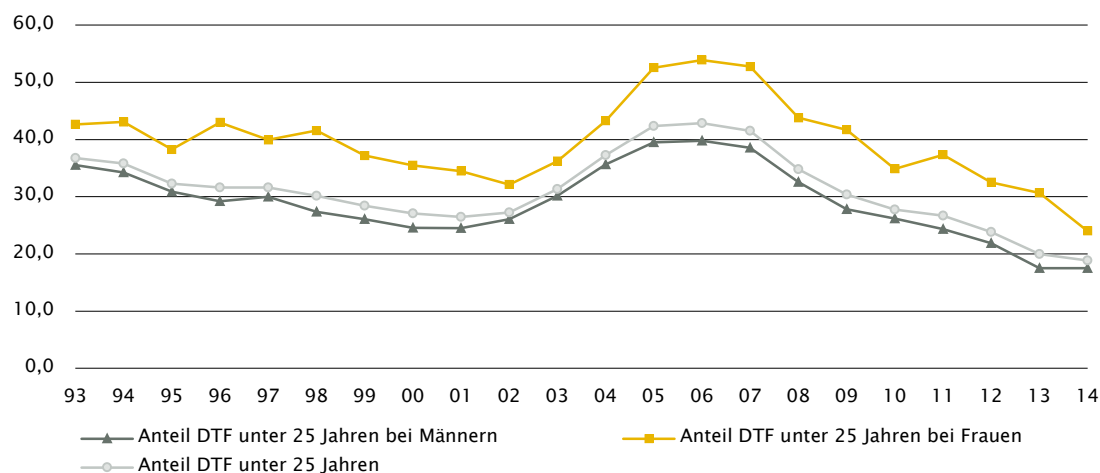
Der Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle in den 1990er Jahren (Abbildung 6.1) wurde von einem Anstieg des Anteils drogenbezogener Todesfälle junge Menschen betreffend (Abbildung 6.3) begleitet. Dies wiederholte sich auch zu Beginn der 2000er Jahre. Seit einem Höchstwert Mitte der 2000er Jahre ist der Anteil drogenbezogener Todesfälle junge Menschen betreffend wieder stark gesunken. Dieser Trend hat sich bis 2013 fortgesetzt. 2014 liegt der Anteil der Personen unter 25 Jahre an den direkt drogenbezogenen Todesfällen auf ähnlich niedrigem Niveau wie 2013 (vgl. Abbildung 6.3).

<sup>1</sup>

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

Abbildung 6.3:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DTF), geglätteter 3-Jahres-Wert nach Geschlecht in den Jahren 1993–2014



2014-Werte nicht geglättet

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

## 6.4 Altersstruktur

Das Durchschnittsalter der in der Statistik im Jahr 2014 erfassten Todesopfer beträgt 36 Jahre (2013: 32). Der gruppierte Median<sup>1</sup> liegt bei 34,8 Jahren (2013: 32,0).

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

Bei den Frauen ist der Anteil der unter 25-Jährigen im letzten Jahr (24 %) höher als bei Männern (18 %). Dies bedeutet aber nicht, dass junge Frauen ein höheres Sterberisiko aufweisen, vielmehr spiegelt sich hier die Altersstruktur bei weiblichen Opioidkonsumierenden wider.

## 6.5 Substanzen

In die nun folgende Analyse nach beteiligten Substanzen werden nur jene 102 Fälle aufgenommen, in denen auf Basis einer aussagekräftigen toxikologischen Analyse eine genau spezifizierte Substanzzuweisung möglich war.

<sup>1</sup>

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

In 19 Prozent der 102 drogenbezogenen Todesfälle mit aussagekräftiger Toxikologie im Jahre 2014 wurden ausschließlich illegale Drogen festgestellt (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination). Zusätzlich nachgewiesen wurden bei 59 Prozent der Fälle auch Psychopharmaka, bei 6 Prozent der Fälle auch Alkohol und zu 17 Prozent beides – Alkohol und Psychopharmaka.

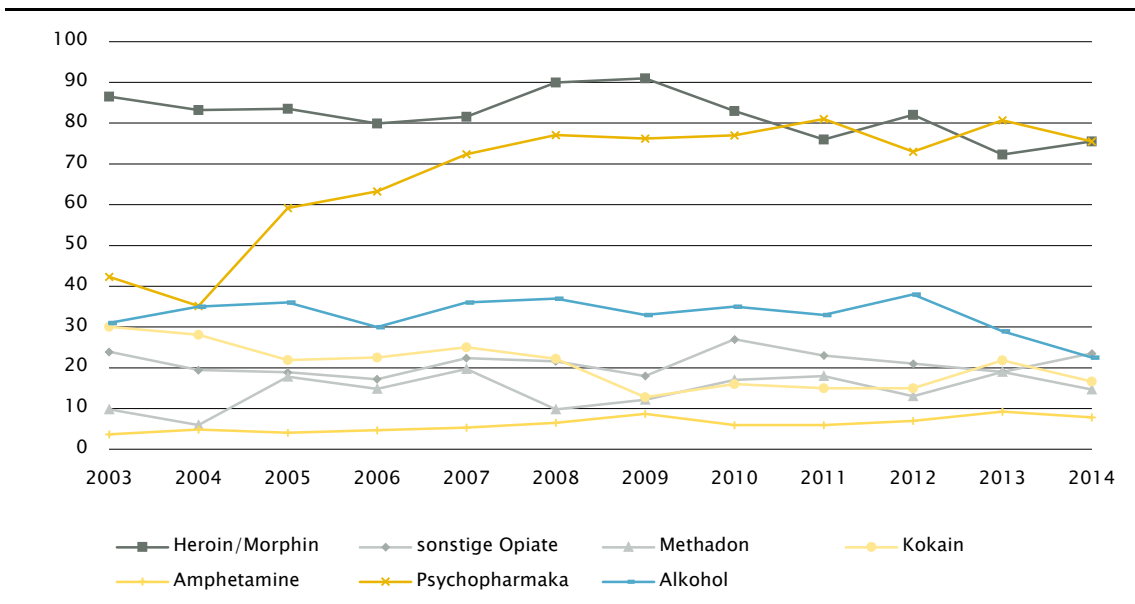
**Reine Opioid-Intoxikationen** (d. h. keine weiteren legalen oder illegalen Substanzen) waren in 10 Fällen zu verzeichnen, davon 6 ausschließlich mit Morphin. Der Anteil der reinen Opioid-Intoxikationen an den direkt drogenbezogenen Todesfällen beträgt somit 10 Prozent (2013: 8 %). Die reinen Opioid-Intoxikationen stellen einen sehr kleinen Teil der drogenbezogenen Todesfälle dar.

Im Jahr 2014 waren in 93 Prozent der Fälle Opiode beteiligt (Beteiligung von Opioiden an den Intoxikationen mit bekannter toxikologischer Analyse: 2013: 95 %). 85 der 102 spezifizierten toxikologischen Analysen (83 %) zeigten **Mischintoxikationen mit Opioiden** (2013: 87 %), d. h., es wurde(n) ein Suchtgift / mehrere Suchtgifte (inkl. Opioiden) in Verbindung mit Alkohol und/oder Psychopharmaka festgestellt.

2014 verstarb eine Person an *neuen psychoaktiven Substanzen (NPS)* ohne Beteiligung von Suchtgiften (3-MMC, Methylbuphedron, Methylon). In einem weiteren Fall wurde die *NPS* (4-MEC) in Kombination mit Suchtgiften im Blut festgestellt. Anzumerken ist auch, dass zwei Personen an einer reinen Ecstasy (MDMA)-Überdosierung gestorben sind und bei einer Person hochdosiertes Ecstasy (MDMA) in Kombination mit Morphin, Amphetamin, Methamphetamin (hoch dosiert) und Benzodiazepinen festgestellt wurde.

## 6.6 Trend der nachgewiesenen Substanzen

Abbildung 6.4:  
Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen 2003–2014, in Prozent



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

Heroin und Morphin sind auch im Jahr 2014 die am häufigsten festgestellten illegalen Substanzen (77 Fälle). Hinsichtlich einer Differenzierung zwischen Heroin, Morphin, Morphin in Retardform (z. B. das Substitutionsmittel Substitol®) ist Folgendes zu berücksichtigen: Es gibt keinen eindeutigen Marker, mit dem Morphin in Retardform im Körper identifiziert werden kann, daher fällt es in die Kategorie Morphin. Allerdings werden auch manche Fälle von Intoxikationen mit Heroin dieser Kategorie zugeordnet. Das hat folgenden Grund: Heroin wird im Körper ebenfalls zu Morphin abgebaut, im Harn wird jedoch der typische Marker von 6-MAM im Falle von Heroinkonsum festgestellt. Die Testung nach diesem Abbaustoff erfolgt in Österreich nicht einheitlich bzw. unterscheidet sich zwischen gerichtsmedizinischen und sanitätspolizeilichen Leichenöffnungen (laut Auskunft einzelner gerichtsmedizinischer Institute ist eine Testung auf 6-MAM Standard, auch wenn deren Ergebnis in den Gutachten nicht immer explizit angegeben wird). In der Statistik können also nur jene Fälle als Heroinintoxikation ausgewiesen werden, bei denen die Testung nach dem heroinspezifischen Marker durch und im Gutachten angeführt wurde. Mit neun Verstorbenen handelt es sich daher um eine Mindestzahl der Verstorbenen mit Beteiligung von Heroin. Alle anderen Fälle werden der Kategorie Morphin zugeordnet, wobei von den 68 Fällen mit Beteiligung von Morphin lediglich sechs auf den alleinigen Konsum von Morphin (ohne weitere Suchtgifte, Alkohol oder Psychopharmaka) zurückzuführen sind.

Der Anteil der Fälle mit Psychopharmaka hat sich von 47 Prozent 2002 auf 81 Prozent im Jahr 2011 erhöht und beträgt 2014 75 Prozent (Abbildung 6.4).

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

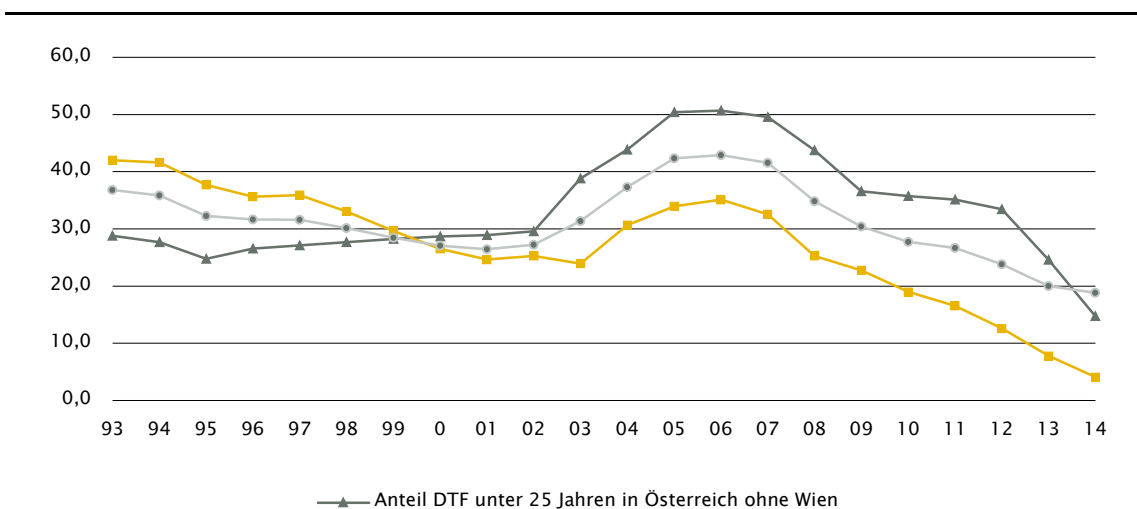
Alkohol wurde bei insgesamt 23 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt. Bei 9 Prozent der Verstorbenen wurde ein hoher Promillewert (über 1,5 Promille) im Blut gefunden.

## 6.7 Region

Tabelle DRD 2 und DRD 3 im Annex geben die Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle nach Bundesländern (in absoluten Werten und Raten pro 100.000 Einwohner) wieder. Am häufigsten verstarben Personen der relevanten Altersgruppe in Wien (5,4 pro 100.000 Einwohner/innen zwischen 15 und 64 Jahren; vgl. Abbildung 6.2). Der hohe Anteil in Wien ist in Relation zur Anzahl an Problemkonsumenten/-konsumentinnen in Wien als einziger Großstadt Österreichs zu sehen<sup>1</sup>. Hinsichtlich an direkt drogenbezogenen Todesfällen beteiligten Substanzen und **Frauenanteil** zeigen sich **keine signifikanten regionalen Unterschiede** in den letzten drei Jahren.

Abbildung 6.5:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen (DTF), geglätteter 3-Jahres-Wert für Wien, Österreich ohne Wien, Österreich, 1993–2014, in Prozent



2014-Werte nicht geglättet

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

<sup>1</sup>

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

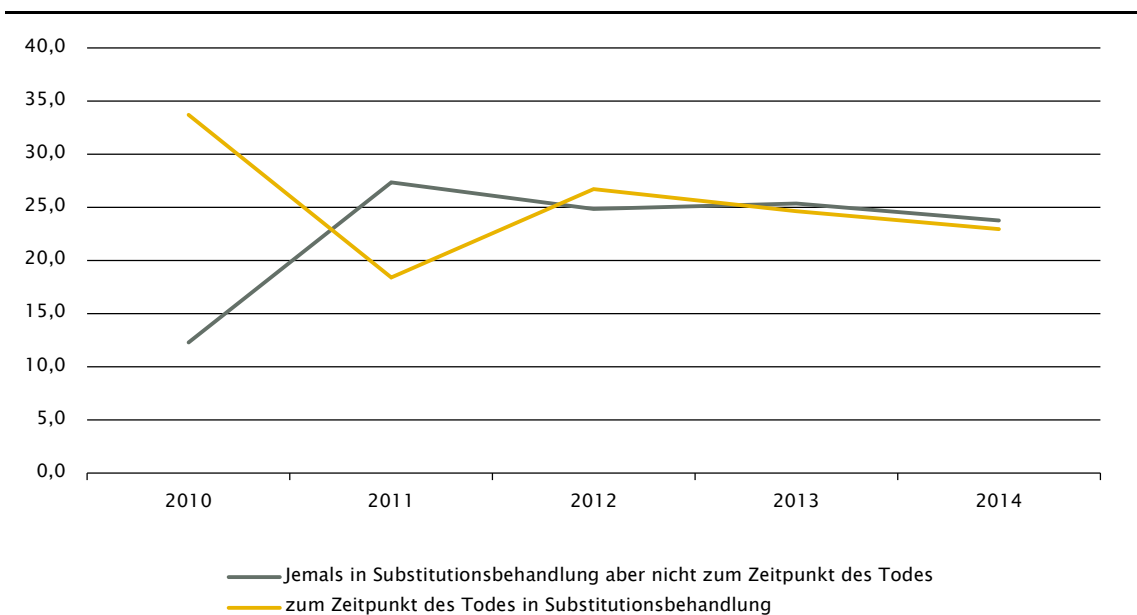
Abbildung 6.5 zeigt die Entwicklung des Anteils der unter 25-Jährigen an den direkt drogenbezogenen Todesfällen für Wien, Österreich ohne Bundeshauptstadt und Gesamtösterreich. Während zu Beginn der 1990er Jahre Wien einen überdurchschnittlich hohen Anteil junger Personen bei den drogenbezogenen Todesfällen aufwies, ist dieser Anteil seit Beginn der Jahrtausendwende in den restlichen Bundesländern wesentlich höher und lag Mitte der 2000er Jahre bei 50 Prozent (im Vergleich zu unter 30 Prozent zu Beginn der 2000er Jahre). Seitdem zeigt sich insgesamt ein rückläufiger Trend, so lag z. B. der Anteil junger Menschen an drogenbezogenen Todesfällen (unter 25 Jahren) in Wien 2014 unter 10 Prozent.

## 6.8 Substitutionsbehandlung

Von den 122 drogenbezogenen Todesfällen befanden sich 28 Personen bis zu ihrem Todestag in Substitutionsbehandlung. Weitere 29 waren bereits einmal in ihrem Leben in Substitutionsbehandlung. Es kann davon ausgegangen werden, dass zumindest die Hälfte der Verstorbenen (drogenbezogenen Todesfälle) einmal in ihrem Leben Kontakt zum Betreuungssystem hatte.

Abbildung 6.6:

Anteil der Personen in Substitutionsbehandlung an direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2010 – 2014, in Prozent



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

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



## 6.9 Auffindungsort

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

Bereits die erste Analyse im Jahr 2005 zeigte, dass die Mehrheit der Personen in einer Wohnung verstarb. Dies setzte sich auch im Jahr 2014 fort (69 %). In Hotels, Jugendherbergen oder Notunterkünften wie Männerheimen verstarben 2 Prozent. In 6 Prozent der Fälle war keine Kategorisierung möglich, weil der Auffindungsort nicht eruiert werden konnte. In 2 Prozent der Fälle verstarben die Personen an öffentlichen Orten wie U-Bahn oder Toiletten und in 2 Prozent in Haftanstalten. 10 Prozent verstarben in Krankenhäusern. Da der weitaus größte Teil der tödlichen Überdosierungen in privaten Räumlichkeiten geschieht, ist anzunehmen, dass ein Großteil des risikoreichen Drogenkonsums im (scheinbar) geschützten privaten Rahmen stattfindet. Dieser Umstand kann aber das Ausbleiben rascher Hilfe bei Intoxikationen bedeuten und damit das Risiko einer tödlich verlaufenden Überdosierung erhöhen<sup>1</sup>.

---

1

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

# Bibliografie

- Busch, M., Eggerth, A. (2010): Nasaler Heroinkonsum in Österreich. In: Sucht Jg.56/H.6:414–422
- Busch, Martin; Grabenhofer–Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Türscherl, Elisabeth (2014): Epidemiologiebericht Drogen 2014, Wien
- EMCDDA (2013a): PDU (Problem drug use) revision summary
- EMCDDA (2013b): Kurzes Glossar chemischer und biochemischer Begriffe [Online] [Zugriff am 4.8.2015]
- EMCDDA (2013c): Amphetamin. Drug profile [Online]. EMCDDA [Zugriff am 4.8.2015]
- EMCDDA (2014): Europäischer Drogenbericht. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxembourg
- EMCDDA (2015a): New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System. March 2015, Publications Office of the European Union, Luxembourg
- EMCDDA (2015b): Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxembourg
- GÖG/ÖBIG (2007): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI). Klientenjahrgang 2006, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- GÖG/ÖBIG (2008): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI). Klientenjahrgang 2007, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- GÖG/ÖBIG (2012): Bericht zur Drogensituation 2012. Wien
- GÖG/ÖBIG (2013a): Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013, Wien
- GÖG/ÖBIG (2013b): DOKLI 2.1 – Basismanual, Version 1.0, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- UNODC (2014): World Drug Report 2014
- WHO (o.J.): Lexicon of alcohol and drug terms [Online]. World Health Organization [Zugriff am 27.07.2015]