

Epidemiologiebericht Sucht 2017

Illegale Drogen und Tabak

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Epidemiologiebericht Sucht 2017

Illegale Drogen und Tabak

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

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

Unter Mitarbeit von:

Kinga Bartecka-Mino
Andrea Bodenwinkler
Klaus Kellner

Fachliche Begleitung BMGF:

Johanna Schopper
Franz Pietsch

Projektassistenz:

Monika Löbau

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

Wien, im November 2017

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Zitiervorschlag: Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kerschbaum, Johann; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Tanios, Aida (2017): Epidemiologiebericht Sucht 2017. Illegale Drogen und Tabak. Gesundheit Österreich, Wien.

Zl. P4/11/4390

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

Der Umwelt zuliebe:

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

Inhalt

Abbildungen.....	V
Tabellen	IX
Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen.....	1
Einleitung	5
1 Risikoreicher Drogenkonsum	7
1.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster-Situation 2016	7
1.2 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich 2016	11
1.3 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf.....	13
1.4 Alter und Geschlecht der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum	19
2 Drogenbezogene Behandlungen.....	23
2.1 Drogenkonsummuster der behandelten Personen.....	23
2.2 Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik	23
2.3 Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen	25
2.5 Versorgungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlungen	30
3 Kennzahlen der Drogensituation	32
4 Schwerpunktkapitel Geschlechtsunterschiede.....	34
4.1 Frauenanteil.....	34
4.2 Geschlecht und Alter.....	38
4.3 Geschlecht und ausgewählte Aspekte der Lebenssituation	45
4.4 Geschlecht und Drogenkonsum.....	46
4.5 Geschlecht und Behandlungsparameter	48
4.6 Resümee.....	49
5 Detailergebnisse DOKLI.....	51
5.1 Soziodemografie.....	51
5.2 Betreuungssituation	54
5.3 Drogenkonsum und Drogenproblematik.....	57
5.4 Situation zu Betreuungsende.....	64
6 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle.....	67
6.1 Definition und Datengrundlage	67
6.2 Drogenbezogene Todesfälle 2016	68
6.3 Trend	70
6.4 Alter und Region.....	73
6.5 Substanzen.....	76
6.6 Trend bei nachgewiesenen Substanzen	78
6.7 Substitutionsbehandlung	79
6.8 Auffindungsort	79

7	Tabak und verwandte Produkte	81
7.1	Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen	81
7.2	Tabakkonsum in der Bevölkerung 15+	83
7.3	Konsum von Wasserpfeifen/Shishas	87
7.4	Konsum von E-Zigaretten	88
7.5	Morbidität und Mortalität infolge Tabakkonsums	88
7.6	Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören.....	90
	Bibliografie.....	91

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach beteiligten Substanzen in Österreich 2016.....	8
Abbildung 1.2:	Bei Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition im Jahr 2016 (n=3.866) nach Bundesland und in Österreich	9
Abbildung 1.3:	Personen, die im Jahr 2015 mit einer ambulanten oder stationären drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU.....	10
Abbildung 1.4:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland 2015	11
Abbildung 1.5:	Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums nach Bundesländern (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige).....	12
Abbildung 1.6:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien – Zeitverlauf.....	13
Abbildung 1.7:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf	14
Abbildung 1.8:	Anteil der Personen unter 25 Jahren bei Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen, behandlungsrelevanter Opioidkonsum (§ 12 SMG) und bei drogenbezogenen Todesfällen – Zeitreihe	15
Abbildung 1.9:	Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen im Zeitverlauf	16
Abbildung 1.10:	Leitdrogen im Zeitverlauf in DOKLI (ambulanter Bereich).....	17
Abbildung 1.11:	Altersverteilung bei Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei drogenbezogenen Todesfällen, bei Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG und beim ICD-10-Spitalsentlassungscode Opiode	19
Abbildung 1.12:	Altersverteilung von Personen, die im Jahr 2015 mit einer ambulanten oder stationären drogenbezogenen Betreuung begannen, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU.....	20
Abbildung 1.13:	Geschlechtsverteilung bei Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei drogenbezogenen Todesfällen und Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG und bei ICD-10-Spitalsentlassungscode Opiode	21

Abbildung 1.14:	Geschlechtsverteilung von Personen, die 2015 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begannen, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU	21
Abbildung 1.15:	Frauenanteil in den Altersgruppen in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei drogenbezogenen Todesfällen und Personen mit Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG und bei ICD-10-Spitalsentlassungscode Opiode.....	22
Abbildung 2.1:	Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung), 2016	23
Abbildung 2.2:	Opioidabhängige Personen (in Substitutionsbehandlung) – Zeitreihe	24
Abbildung 2.3:	Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt im Jahr 2013 bis 2016	26
Abbildung 2.4:	Anzahl der Patientinnen/Patienten pro Arzt/Ärztinnen nach Einrichtungsform in Prozent	26
Abbildung 2.5:	Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten, 2016	28
Abbildung 2.6:	Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Prozentsatz der von Fachärzten/ -ärztinnen versus Allgemeinmedizinern/ -medizinerinnen betreuten Klientel am 31. 12. 2016 nach Bundesländern	29
Abbildung 2.7:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland, 2016.....	30
Abbildung 2.8:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel, 2011 bis 2016	30
Abbildung 2.9:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter, 2016.....	31
Abbildung 4.1:	Frauenanteil bei allen Personen und bei Personen mit der Leitdroge Opiate bzw. bei Personen mit der Leitdroge Cannabis, die eine längerfristige ambulante oder stationäre Betreuung begannen im Zeitverlauf, in Prozent	35
Abbildung 4.2:	Frauenanteil in DOKLI 2016, bei den Substitutionsbehandlungen 2016, bei den drogenbezogenen Todesfällen 2014-2016, bei den wegen Opiaten angezeigten Personen 2016 und bei der Prävalenzschätzung 2015, in Prozent	36
Abbildung 4.3:	Altersverteilung der Personen, die eine langfristige Betreuung begannen, 2006 und 2016.....	38
Abbildung 4.4:	Altersverteilung der Personen, die eine langfristige Betreuung wg. Leitdroge Opiate begannen, 2006 und 2016	38

Abbildung 4.5:	Frauenanteil in den einzelnen Altersgruppen bei Behandlungs- beginnerinnen/-beginnern wegen Leitdroge Opiate (ambulant und stationär) 2006 bis 2016, in Prozent.....	39
Abbildung 4.6:	Altersverteilung bei Männern und Frauen in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei drogenbezogenen Todesfällen und bei wegen Opiaten angezeigten Personen in Prozent	40
Abbildung 4.7:	Altersverteilung bei Männern und Frauen in lebenszeitbezogen erstmaliger längerfristiger drogenspezifischer Betreuung, insgesamt und in Teilgruppen, mit der Leitdroge Opiate und Leitdroge Cannabis, 2016, in Prozent	41
Abbildung 4.8:	Altersverteilung bei Männern und Frauen in lebenszeitbezogen erstmaliger längerfristiger drogenspezifischer Betreuung mit der Leitdroge Heroin, 2016, in Prozent.....	41
Abbildung 4.9:	Altersverteilung bei Männern und Frauen, die im Jahr 2016 eine Substitutionsbehandlung (Erstbehandlung) begannen, in Prozent	42
Abbildung 4.10:	Verteilung Alter beim Erstkonsum von Heroin bei Männern und Frauen in lebenszeitbezogen erstmaliger längerfristiger drogen- spezifischer Betreuung mit der Leitdroge Heroin, 2016, in Prozent	43
Abbildung 4.11:	Absolutzahlen der Personen, die wegen der Leitdroge Heroin im Jahr 2016 erstmalig in ihrem Leben eine längerfristige Betreuung aufsuchten, nach Geschlecht und Alter	44
Abbildung 4.12:	Anteil der Personen mit versorgepflichtigen Kindern, die mit einem Kind zusammenwohnen, nach Geschlecht und Leitdroge, 2016, in Prozent	46
Abbildung 4.13:	Personen, die 2016 eine ambulante oder stationäre Betreuung begannen, nach Leitdroge (Mehrfachnennung) und Geschlecht, in Prozent	47
Abbildung 4.14:	Personen, die 2016 eine ambulante oder stationäre Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdroge (EMCDDA) und Geschlecht, in Prozent	47
Abbildung 5.1:	Anzahl der Personen, die 2016 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Alter und Art der Betreuung.....	51
Abbildung 5.2:	Anteil unter 25-Jähriger bei Männern und Frauen, die mit einer längerfristigen ambulanten drogenspezifischen Betreuung begannen, 2007 bis 2016	52
Abbildung 5.3:	Personen, die 2016 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Wohnsituation und Art der Betreuung.....	53
Abbildung 5.4:	Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die im Jahr 2016 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begannen und zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach Alter.....	55

Abbildung 5.5:	Häufigste Hauptanlässe für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2016 mit einer Betreuung begannen, nach Betreuungsart	56
Abbildung 5.6:	Auflage/Weisung bei Personen, die 2016 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik und Art der Betreuung	57
Abbildung 5.7:	Personen, die 2016 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen und jemals intravenös Drogen konsumierten, nach Geschlecht, Alter und Art der Betreuung	58
Abbildung 5.8:	Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begannen und jemals intravenös Drogen konsumierten, nach Jahren.....	58
Abbildung 5.9:	Jemals „Needle-Sharing“ bei Personen, die Drogen bereits mindestens einmal intravenös konsumierten, nach Geschlecht und Alter (ambulante Betreuungen 2016)	59
Abbildung 5.10:	Personen, die im Jahr 2016 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung.....	60
Abbildung 5.11:	Personen, die 2016 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdrogengröße (EMCDDA) und Art der Betreuung	61
Abbildung 5.12:	Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdroge Opioid und Cannabis und Jahren	62
Abbildung 5.13:	Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2016 in Österreich mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begannen, nach Substanzen und Geschlecht	62
Abbildung 5.14:	Dauer der Betreuung von Personen, die im Jahr 2016 ihre Betreuung beendeten, nach Setting.....	65
Abbildung 5.15:	Betreuungsausgang bei Personen, die im Jahr 2016 eine Betreuung beendeten, nach Betreuungsart	65
Abbildung 6.1:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2003–2016	70
Abbildung 6.2:	95-%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 Österreicher/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2016, geglätteter 3-Jahres-Wert	71
Abbildung 6.3:	Drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Österreicher/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2016, geglätteter 3-Jahres-Wert nach Region.....	72
Abbildung 6.4:	Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen, geglätteter 3-Jahres-Wert nach Geschlecht in den Jahren 1993–2016	73

Abbildung 6.5:	Mittleres Alter bei den drogenbezogenen Todesfällen, geglätteter 3-Jahres-Wert in den Jahren 1993–2016	74
Abbildung 6.6:	Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen, geglätteter 3-Jahres-Wert für Wien, Österreich ohne Wien, Österreich, 1993–2016	75
Abbildung 6.7:	Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2016	78
Abbildung 6.8:	Anteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Substitutionsbehandlung an allen direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2011–2016, geglätteter 3-Jahres-Wert in Prozent.....	79
Abbildung 7.1:	Anteil der täglich Rauchenden an den 15-Jährigen, 2002–2015	82
Abbildung 7.2:	Anteil der täglich Rauchenden an den 15-Jährigen im Europäischen Vergleich 2014, HBSC	83
Abbildung 7.3:	Anteil der täglich Rauchenden an der Bevölkerung 15+, 1972–2015	84
Abbildung 7.4:	Rauchstatus der Bevölkerung 15+ im Bundesländervergleich 2014	85
Abbildung 7.5:	Tägliche Raucher/-innen 15+ im EU-28-Vergleich 2014	86
Abbildung 7.6:	Durchschnittlicher täglicher Konsum von Zigaretten in der Bevölkerung 15+, 1980–2016	86
Abbildung 7.7:	Entwicklung der Todesfälle infolge von Bronchialkarzinomen (C34, ICD 10), 1980–2015.....	89
Abbildung 7.8:	Täglich Rauchende, die im letzten Jahr erfolglos versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören nach Alter und Geschlecht, 2014	90

Tabellen

Tabelle 2.1:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt), nach Bundesland, Stichtag 31. 12. 2016	27
Tabelle 2.2:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt) nach Bundesland, Stichtag 30. 6. 2011 und am 31. 12. 2016	28
Tabelle 3.1:	Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2016 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren), in Absolutzahlen	32
Tabelle 3.2:	Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2016 (oder die jüngsten verfügbaren Jahre) pro 100.000 15- bis 64-Jährige	33

Tabelle 4.1:	Frauenanteil bei Personen, die 2014 oder 2015 ¹ eine drogenspezifische ambulante oder stationäre Betreuung ² begonnen haben, im EU-Vergleich.....	37
Tabelle 4.2:	Durchschnittliches Alter (Mittelwert und Median) und Latenzzeit bei Personen, die erstmals wegen der Leitdroge Heroin eine längerfristige Behandlung in Anspruch nehmen	44
Tabelle 4.3:	Längerfristig ambulant oder stationär betreute Personen und ausgewählte Indikatoren von Lebenssituation und Geschlecht, 2016	45
Tabelle 4.4:	Längerfristig ambulant oder stationär betreute Personen und Parameter des Drogenkonsums nach Geschlecht, 2016.....	48
Tabelle 4.5:	Längerfristig ambulant oder stationär betreute Personen und ausgewählte Behandlungsparameter, 2016	49
Tabelle 5.1:	Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulanzien“ und „andere Drogen“ aller 10.344 ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen, 2016	63

Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Illegale Drogen

Opioidkonsum – meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster – macht aktuell das Gros des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich aus. Etwa 84 Prozent aller Personen in drogenspezifischer Betreuung werden wegen Opioidkonsums behandelt. Aktuelle Schätzungen für die Jahre 2013 bis 2015 machen eine Anzahl zwischen 29.000 und 33.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden plausibel. Etwa die Hälfte davon lebt in Wien (Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger als in ländlichen Gebieten auf). Ein Viertel der Betroffenen ist weiblich, und zehn Prozent sind unter 25 Jahre alt. Sniffen spielt beim Opioidkonsum nach wie vor eine große Rolle. 12.000 bis 17.000 Personen konsumieren vorwiegend injizierend. In Oberösterreich existiert nach wie vor eine lokale Methamphetaminszene.

Fast alle verfügbaren Daten des Drogenmonitorings lassen auf einen Rückgang des risikoreichen Opioidkonsums in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen schließen (weniger Einsteigerinnen und Einsteiger). Wie nachhaltig diese Entwicklung ist und ob dies eine Verringerung der Suchtproblematik hinsichtlich illegaler Drogen insgesamt oder eine Verlagerung auf andere Substanzen (Cannabis, Methamphetamin) bedeutet, kann noch nicht gesagt werden. Gemäß Prävalenzschätzung sind lediglich zehn Prozent der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum unter 25 Jahre alt (2004 waren es 40 Prozent). Die Altersstruktur hat sich somit stark verändert, und es zeigt sich deutlich eine „Alterung“ der Personengruppe mit risikoreichem Opioidkonsum.

Der Frauenanteil schwankt je nach Datenquelle zwischen 15 und 31 Prozent. Es zeigt sich das Phänomen, dass – in vielen Datenquellen – der Frauenanteil mit dem Alter kleiner wird, was aber auch darauf zurückzuführen sein kann, dass Männer später in den Konsum und auch in die Behandlung einsteigen.

Mit 165 direkt drogenbezogenen Todesfällen im Jahr 2016 ist deren Anzahl im Vergleich zum Vorjahr (153 Fälle) angestiegen, liegt aber unter den Zahlen von 2008 bis 2011 (jeweils um die 200 Fälle).

Etwa zwei Drittel der geschätzt 29.000 bis 33.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum befinden sich in Behandlung. Der Prozentsatz der Personen mit Opioidproblemen in Substitutionsbehandlung ist regional unterschiedlich und liegt für Gesamtösterreich zwischen 53 und 61 Prozent. Es ist gelungen, über die Jahre die In-Treatment-Rate von Personen mit Opioidabhängigkeit massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg bewertet werden. Im Jahr 2016 befanden sich 18.222 Personen in Substitutionsbehandlung.

Die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die pro substituierender Ärztin / substituierendem Arzt betreut werden, ist nach wie vor regional stark unterschiedlich. Manche Ärztinnen und Ärzte betreuen sehr viele Klientinnen und Klienten. Für ganz Ostösterreich spielt Wien in der Versorgung

eine wichtige Rolle. In den anderen Bundesländern findet die Versorgung vorwiegend bundesland-intern statt. Österreichweit werden über 70 Prozent aller Substitutionsbehandlungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern durchgeführt. Die Verschreibung der unterschiedlichen Substitutionsmittel variiert von Bundesland zu Bundesland. Dies zeigt sich insbesondere im regional uneinheitlichen Einsatz von Morphin in Retardform. In den letzten fünf Jahren hat sich kaum etwas an der Verteilung der eingesetzten Substitutionsmittel geändert.

Schwerpunktkapitel Geschlechtsunterschiede

Generell beträgt der Anteil der Männer in allen verfügbaren Datenquellen etwa drei Viertel bis vier Fünftel, was dem langjährigen Schnitt entspricht und Probleme mit illegalen Drogen als „Männerdomäne“ ausweist. Frauen sind in praktisch allen Datenquellen (mit Ausnahme der drogenbezogenen Todesfälle) im Schnitt jünger als Männer. Eine mögliche Erklärung dafür wäre, dass Frauen früher mit einer drogenspezifischen Betreuung beginnen. Dafür sprechen vor allem die Ergebnisse der Auswertungen in Hinblick auf Geschlechtsunterschiede und Alter bei Opiatabhängigkeit, die zeigen, dass der geringere Prozentsatz der Frauen in der Altersgruppe über 30 Jahre in erster Linie auf den späteren Einstieg der Männer – sowohl in den Konsum als auch in die Behandlung – zurückzuführen ist. Näheren Aufschluss darüber könnte eine geschlechts- und altersspezifische Auswertung der nächsten Prävalenzschätzung bringen. Anhand der DOKLI-Daten zeigt sich, dass die durchschnittliche Latenzzeit (Mittelwert) zwischen Erstkonsum der Leitdroge Heroin und Behandlungsbeginn bei Männern 9,5 Jahre und bei Frauen 9,7 Jahre beträgt. Die Latenzzeit liegt damit 1,5 Jahre unter dem europäischen Schnitt, was für eine gute Zugänglichkeit des Suchthilfesystems in Österreich spricht.

Die Tatsache, dass die Geschlechtsverteilung der DOKLI-Klientel jener in anderen Quellen des Drogenmonitorings (Substitutionsbehandlungen, opiatbezogene Anzeigen, drogenbezogene Todesfälle) entspricht, stellt ein Indiz dafür dar, dass keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Zugänglichkeit des Systems der Drogenhilfe bestehen, wie dies in einigen wissenschaftlichen Arbeiten postuliert wird (Benachteiligung von Frauen durch in erster Linie auf Männer ausgerichtete Drogeneinrichtungen). Es kann zwar nicht ausgeschlossen werden, dass es Gruppen von Personen mit Drogenproblemen gibt, die in den oben angeführten Datenquellen generell seltener aufscheinen, sollte die These der Benachteiligung von Frauen im System der Drogenhilfe stimmen, müsste es jedoch eine Gruppe von Frauen mit Drogenproblemen außerhalb des Systems der Drogenhilfe geben, die nicht hochriskant konsumiert (keine drogenbezogenen Todesfälle) und auch nicht mit dem Gesetz in Konflikt gerät – was in Summe betrachtet sehr unwahrscheinlich ist.

Auffällig ist, dass Frauen mit Opiatproblematik eher als Männer zumindest bereits einmal in ihrem Leben Nadel- und/oder Pumpe mit einer anderen Person geteilt haben. Es sollten daher spezielle präventive Überlegungen für die Zielgruppe von i. v. konsumierenden Frauen angedacht werden.

Tabak und verwandte Produkte

Die Rauchprävalenz bei Kindern und Jugendlichen halbierte sich seit dem Jahr 2002. Mit einem Anteil an täglich Rauchenden von etwa einem Zehntel bei 15-Jährigen liegt Österreich je nach Er-

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

Im Jahr 2015 verstarben 2.393 Männer und 1.490 Frauen infolge eines Bronchialkarzinoms, das großteils durch Tabakrauchen verursacht wird. 30 Prozent der Verstorbenen waren unter 65 Jahre alt. Hinsichtlich des Rauchverhaltens und der Sterblichkeit infolge von Lungenkreberkrankungen ist zwischen Männern und Frauen in den letzten Jahrzehnten eine immer stärkere Angleichung zu konstatieren. Es wird geschätzt, dass ca. 10.500 Todesfälle bzw. 13 Prozent aller Todesfälle im Jahr 2015 in Österreich auf das Rauchen von Tabak zurückzuführen sind.

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

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

Einleitung

Um der substanzübergreifenden Sicht auf die Suchtproblematik gerecht zu werden, wurde der bislang auf illegale Drogen konzentrierte *Epidemiologiebericht Drogen* im Jahr 2016 um das Kapitel *Tabak* erweitert und in *Epidemiologiebericht Sucht – illegale Drogen und Tabak* umbenannt¹.

Ziel des *Epidemiologieberichts Sucht* ist es, ein möglichst klares und verständliches Bild der Epidemiologie des risikoreichen Drogenkonsums, des Tabakkonsums sowie jährlich wechselnder Scherpunktthemen in Österreich – basierend auf den verfügbaren Datenquellen – zu gewinnen. Die nachstehenden Ergebnisse und Schlussfolgerungen beruhen zum Teil auf komplexen statistischen Analysen und Überlegungen, deren detaillierte Ausführung dem oben genannten Zweck entgegenstehen würde. Aus diesem Grund werden die Detailergebnisse und ihre 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 der Versorgungsstruktur und -praxis im Bereich Substitutionsbehandlung daraus 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 in Bezug auf die problematischsten Formen des Drogenkonsums dar. Auch hier sei allen Personen und Institutionen gedankt, die jährlich mit großem Aufwand die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung stellen. Weitere Informationen liefern die Spitalsentlassungsdiagnosen nach ICD-10.

Anzeigen und Anfangsverdachtsmeldungen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (BMI/BK) dienen ebenfalls als Datenquellen.

Im Bereich Tabak und verwandte Produkte stehen Bevölkerungsbefragungen (Mikrozensus, ATHIS, Bevölkerungserhebungen über den Substanzgebrauch), Befragungen unter Schülerinnen und Schülern (HBSC, ESPAD), Verkaufsstatistiken inklusive Dunkelzifferschätzungen, Umsatzstatistiken, die Todesursachenstatistik sowie die Global-Burden-of-Disease-Schätzung als Datenquellen zur Verfügung.

1

Im Jahr 2016 wurde zusätzlich das Schwerpunktkapitel *Psychopharmaka* in den Titel integriert.

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

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

Die ersten drei Kapitel widmen sich den zur Verfügung stehenden Datenquellen hinsichtlich der Epidemiologie der Drogensituation. Zusätzlich werden einige Basisparameter der Versorgungslage und -praxis im Bereich Substitutionsbehandlung aufgezeigt. Kapitel 4 referiert das Schwerpunktthema *Geschlechtsunterschiede*. Kapitel 5 liefert Detailergebnisse in puncto DOKLI, Kapitel 6 solche in Hinblick auf drogenbezogene Todesfälle, und Kapitel 7 beschäftigt sich mit dem Thema Tabak.

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

1 Risikoreicher Drogenkonsum

1.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster-Situation 2016

Definition: Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der EBDD der „wiederholte Drogenkonsum, welcher Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden¹.

Schlüsse hinsichtlich risikoreicher Konsummuster können indirekt aus Behandlungsdaten (DOKLI) gezogen werden. Personen, die sich in eine drogenspezifische Behandlung begeben, haben in der Regel ein Problem mit ihrem Drogenkonsum. Auch die Spitalsentlassungscodes nach ICD-10 bieten einen Einblick in die drogenspezifischen Haupt- und Nebendiagnosen im stationären Bereich. Amtsärztliche Begutachtungen nach § 12 SMG, wonach Konsummuster von Personen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach sich ziehen², stellen eine weitere Datenquelle dar. Informationen zu den problematischsten Konsummustern liefern die bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellten Substanzen.

Abbildung 1.1 zeigt deutlich, dass Opioide als Leitdroge in Österreich dominieren. Eine nähere Analyse der Konsummuster veranschaulicht, 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 (5 %) der tödlichen Überdosierungen ausschließlich auf Opioide zurückzuführen ist. In 86 Prozent der Fälle wurden neben Opioiden auch noch andere

1

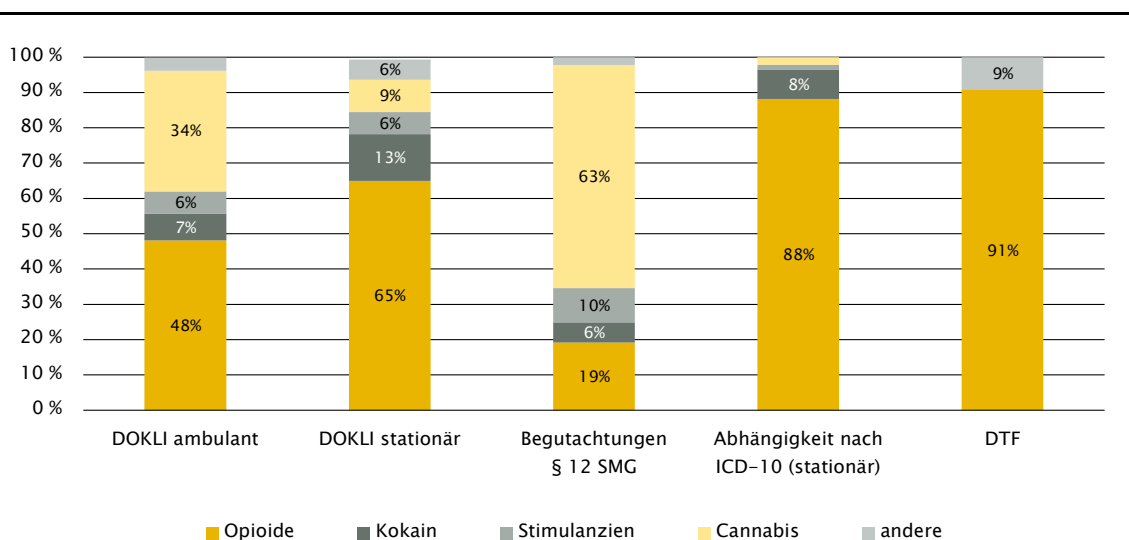
Diese Definition deckt sich mit jener des problematischen Drogenkonsums in Österreich. In Österreich wurde immer schon betont, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen als solche problematisch oder unproblematisch seien. Als risikoreich wird Drogenkonsum dann bezeichnet, wenn dieser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

2

Einschränkend muss dazu aber angemerkt werden, dass gesetzliche Regelungen (wie z. B. die Hinwirkung auf gesundheitsbezogene Maßnahmen) dazu führen können, dass Personen ohne risikoreichen Drogenkonsum eine drogenspezifische Betreuung beginnen, um rechtliche Konsequenzen eines an sich nichtrisikoreichen 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 (9 %).

Abbildung 1.1:
Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach beteiligten Substanzen in Österreich 2016



Legende:

DOKLI ambulant = Personen, die 2016 mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n = 3.161)
DOKLI stationär = Personen, die 2016 mit einer stationären Betreuung begonnen haben mit gültiger Leitdroge (n = 560),
Begutachtungen § 12 SMG = amtsärztliche Begutachtungen, bei denen 2016 ein behandlungsrelevanter Konsum illegaler Drogen festgestellt wurde (n = 1.729). Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Daten aus Wien fehlen. Bei den Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird. **Abhängigkeit nach ICD-10 (stationär)**: Prozentverteilung der Hauptdiagnosen von Abhängigkeit von Opioiden, Kokain, Stimulanzien und Cannabis (F11.2, F12.2, F14.2 und F15.2) nach ICD-10 bei Spitalsentlassungen (n = 1.321) 2015 (aktuellste verfügbare Daten); **drogenbezogene Todesfälle** = direkt drogenbezogene Todesfälle mit toxikologischen Analyseergebnissen 2016 (n = 140 von insgesamt 165). Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opiode > Kokain > Stimulanzien > andere (Halluzinogene, Tranquilizer) > Cannabis) - bei den drogenbezogenen Todesfällen fallen alle Überdosierungen ohne Beteiligung von Opioiden in die Kategorie „andere“. Bei den ICD-10-Spitalsentlassungsdiagnosen gibt es die Kategorie „andere“ nicht.

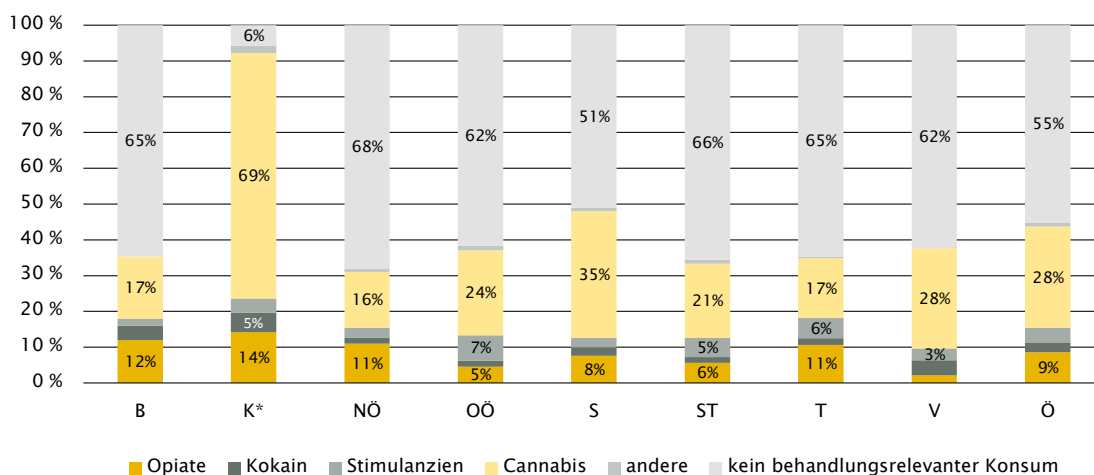
Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMGF, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: 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 2.1) sind Personen mit Cannabis als alleiniger Leitdroge ohne risikoreichen Konsum anderer Drogen. Bei Personen, bei denen durch den Amtsarzt nach § 12 SMG der Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt wird, spielt der Cannabiskonsum eine zentrale Rolle, wobei es zwischen den Bundesländern große Unterschiede gibt (siehe Abbildung 1.2).

Abbildung 1.2:

Bei Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition im Jahr 2016 (n=3.866) nach Bundesland und in Österreich



Ö* = Österreich ohne Wien

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

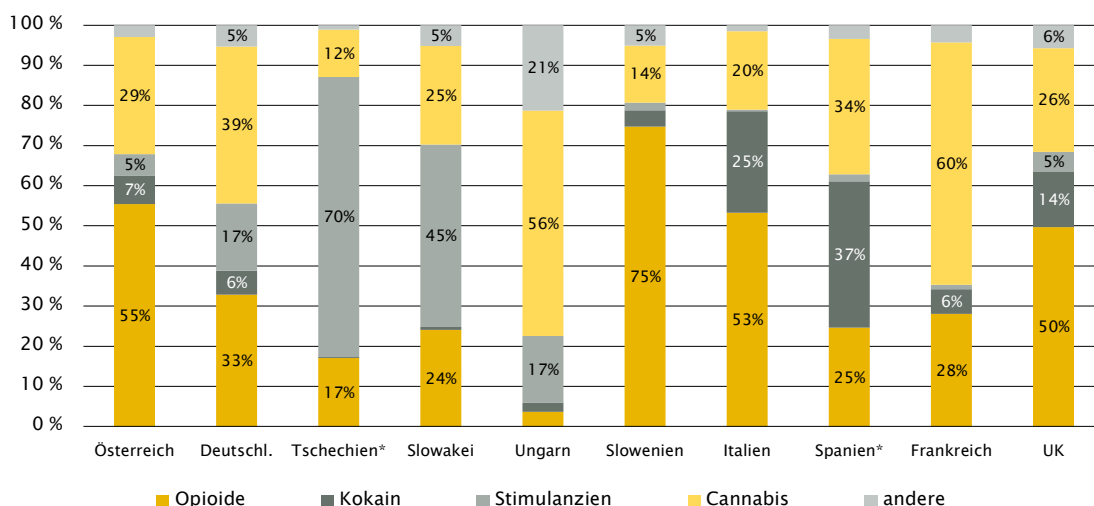
Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

Zusammenfassung: Personen mit Cannabis als alleiniger Leitdroge sind die zweite zahlenmäßig relevante Klientengruppe in den österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen. Ein beträchtlicher Teil befindet sich jedoch aufgrund gesetzlicher 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 2015 mit einer ambulanten oder stationären drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Leitdroge, in Österreich und in ausgewählten Ländern der EU



*nur Daten aus dem Jahr 2014 verfügbar

Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2017; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Polytoxikomaner Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden und (risikoreicher) Konsum von Cannabis sind die in Österreich mit Abstand am häufigsten vertretenen Konsummuster im Behandlungsbereich. Der internationale Vergleich zeigt, dass dies nicht in allen EU-Ländern in gleichem Ausmaß der Fall ist¹ (vgl. Abbildung 1.3). So spielt in den beiden Nachbarländern Tschechien und Slowakei, historisch gewachsen, Methamphetamin eine wichtige Rolle, und in Italien und Spanien Kokain (vgl. die Country Drug Reports der jeweiligen Länder von 2017²)³. Wie die Analysen der Konsummuster im Epidemiologiebericht Drogen des Jahres 2015 zeigen, ist allerdings auch in Oberösterreich eine lokale Szene von Personen mit risikoreichem Methamphetaminkonsum festzustellen. Mehrere Datenquellen geben Hinweise darauf, dass dies noch immer so sein dürfte.

1

Die Daten stammen aus dem neuen Online-Tool der EBDD <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2017>, das das Statistical Bulletin ersetzt. Die neuesten verfügbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 2015 (in Tschechien und Spanien auf das Jahr 2014).

2

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

3

Ungarn sticht mit einem sehr großen Anteil an Personen mit der Leitdroge Cannabis hervor, was jedoch in erster Linie den Umgang mit dieser Droge in Ungarn widerspiegelt. Aufgrund der restriktiven Gesetzeslage 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/system/files/publications/4521/TD0616148ENN.pdf>).

Zusammenfassung: 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 nach wie vor eine lokale Szene mit risikoreichem Methamphetaminkonsum.

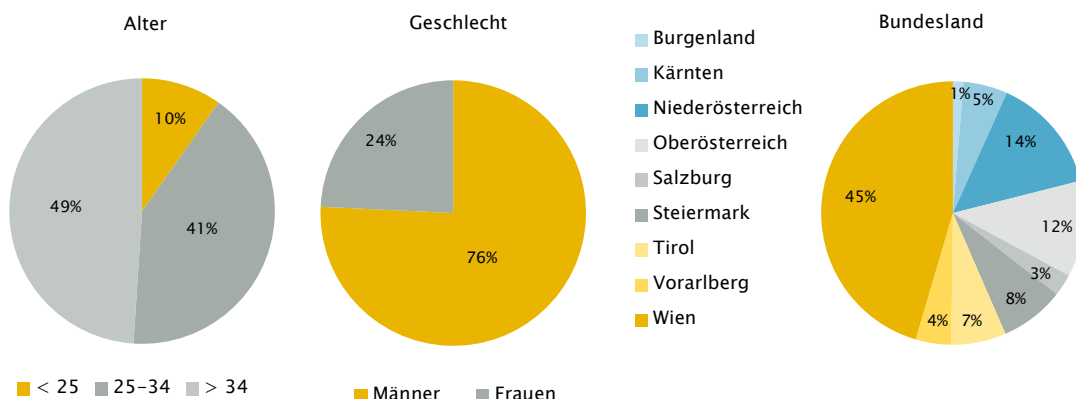
1.2 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich 2016

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

Die aktuellsten Schätzungen (vgl. Busch et al. 2016) kommen in Österreich für die Jahre 2014 und 2015 auf eine Anzahl von 29.000 bis 33.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden. Abbildung 1.4 zeigt die Zusammensetzung der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nach Alter und Geschlecht und nach Bundesländern.

Abbildung 1.4:

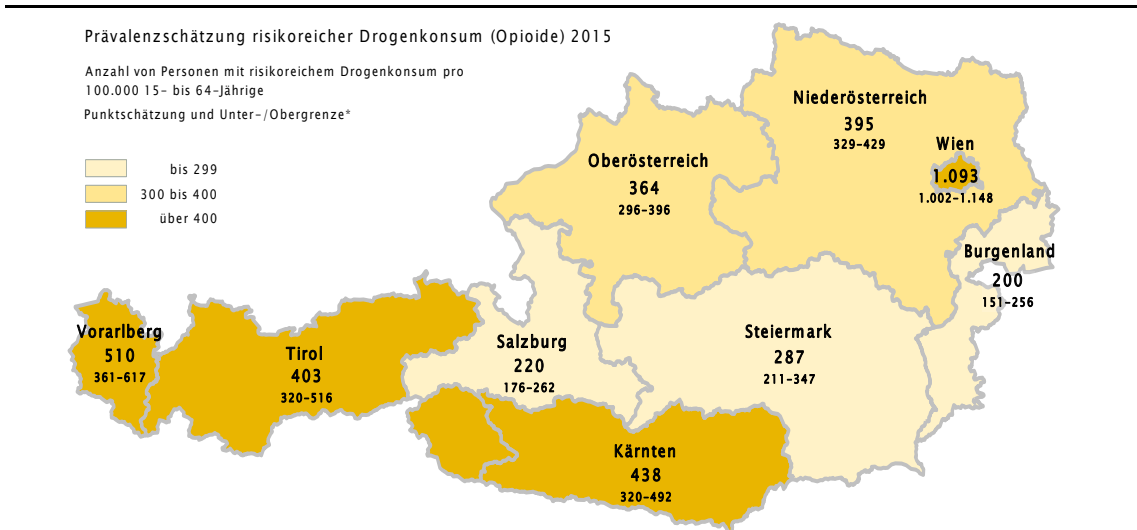
Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland 2015



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

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

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



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

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

Neben der Prävalenz der risikoreich mit Beteiligung von Opioiden Drogenkonsumierenden interessiert aus epidemiologischen Gründen auch die Prävalenz der injizierenden Drogenkonsumierenden. Dazu existieren keine expliziten Schätzungen. Überträgt man die Anzahl der Personen mit der Leitdroge Opioiden aus dem DOKLI-System, die die injizierende Applikation als vorwiegende Einnahmeform angeben (40 bis 50 %), auf alle Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden, so ist in Österreich von etwa 12.000 bis 17.000 Personen mit vorwiegend injizierendem Konsum auszugehen. Bei diesen Zahlen dürfte es sich aber um eine Obergrenze handeln, da anzunehmen ist, dass Personen mit injizierendem Konsum eher mit einer drogenspezifischen Betreuung beginnen (schwerere Drogenproblematik).

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

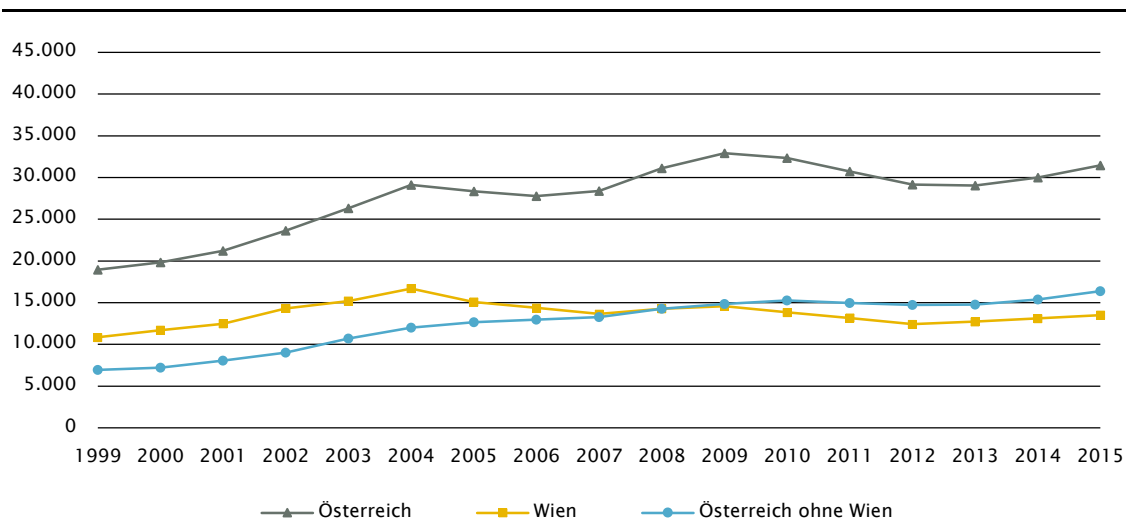
¹ Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

1.3 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf

Der Verlauf der geschätzten Prävalenz¹ des risikoreichen Drogenkonsums zeigt einen steilen Anstieg Anfang der 2000er-Jahre auf fast 30.000 Personen in den Jahren 2004/2005. Seither schwanken die Werte relativ konstant um 30.000.

Abbildung 1.6:

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



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

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

Betrachtet man die Entwicklung für Wien² und Österreich ohne Wien getrennt, so zeigt sich ein differenziertes Bild. Während in Wien die Werte bis 2004 anstiegen und seither stagnieren, stiegen in Österreich ohne Wien die Prävalenzen weiter an und stagnieren erst seit den letzten Jahren. Bis

1

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

2

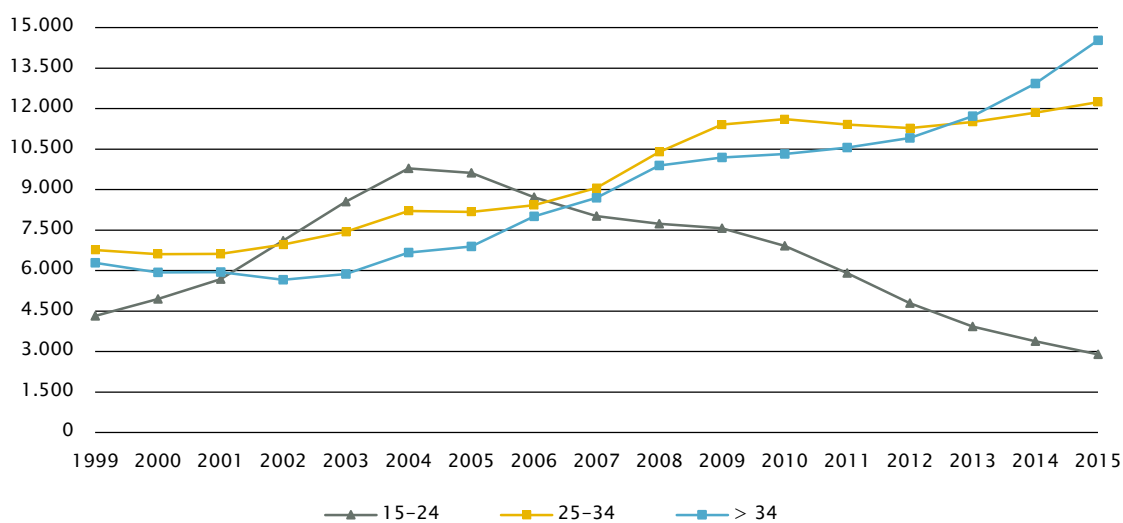
Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

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

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

Abbildung 1.7:

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



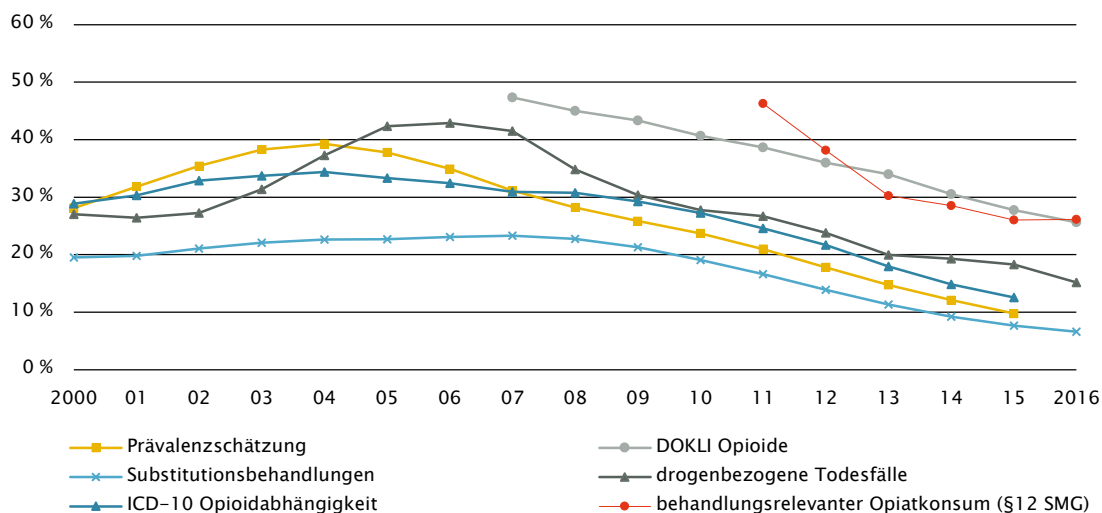
Anmerkung: Für den Zeitraum von 1999 bis 2014 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000) herangezogen, für 2015 der Schätzwert für 2015 (aktuellste Schätzung).

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

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

Abbildung 1.8:

Anteil der Personen unter 25 Jahren bei Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen, behandlungsrelevanter Opioidkonsum (§ 12 SMG) und bei drogenbezogenen Todesfällen – Zeitreihe



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

Quellen: Busch et al. 2016, DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Betrachtet man die Veränderung der Altersstruktur in allen in Österreich zur Verfügung stehenden Datenquellen anhand des Prozentanteils der Personen unter 25 Jahren (vgl. Abbildung 1.8), so zeigt sich, dass dieser Prozentsatz Mitte der 2000er-Jahre zunächst in den Prävalenzschätzungen und dann bei den drogenbezogenen Todesfällen ansteigt. Seit etwa 2007 sinkt der Anteil an Personen unter 25 Jahren in fast allen Datenquellen. Dies spricht für eine seit den letzten Jahren vonstattgehende „Alterung“ der Population mit risikoreichem Drogenkonsum mit Opioidbeteiligung.

Zusammenfassung: Zwischen dem Beginn der 2000er-Jahre und 2004/2005 stieg die Prävalenz des risikoreichen Drogenkonsums aufgrund einer erhöhten Anzahl an Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die ihren risikoreichen Drogenkonsum starteten. Mittlerweile ist die Anzahl junger Personen mit risikoreichem Drogenkonsum aber wieder rückläufig. Dies ist ein Indiz dafür, dass aktuell immer weniger Personen in den risikoreichen Opioidkonsum einsteigen. Während in Wien die Prävalenzzahlen bereits seit 2004 stagnieren, stiegen die Zahlen in den anderen Bundesländern

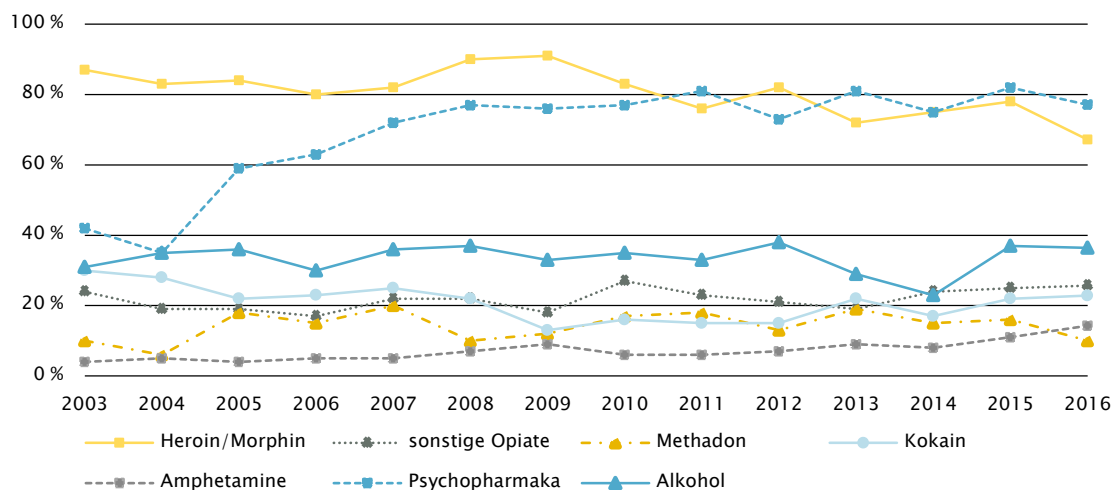
weiter an und stagnieren erst seit den letzten drei Jahren (Das Ausmaß des Drogenproblems gleicht sich kontinuierlich zwischen ländlichen/kleinstädtischen Regionen und der Großstadt Wien an).

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

Die Substanzeanalysen bei direkt drogenbezogenen Todesfällen zeigen neben der stabil bleibenden eindeutigen Dominanz von Opioiden eine starke Zunahme von Psychopharmaka bis 2008. Seit 2009 verharren diese auf relativ hohem Niveau. (vgl. Abbildung 1.9).

Abbildung 1.9:

Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen im Zeitverlauf



Anmerkung: Die Kategorie Amphetamine inkludiert Amphetamin, Methamphetamin, MDMA/MDA/MDE, Mephedron/3MMC und NPS, die der Kategorie Amphetamine zugehören (z. B. 4-Methylethylcathinon und andere Cathinone etc.).

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

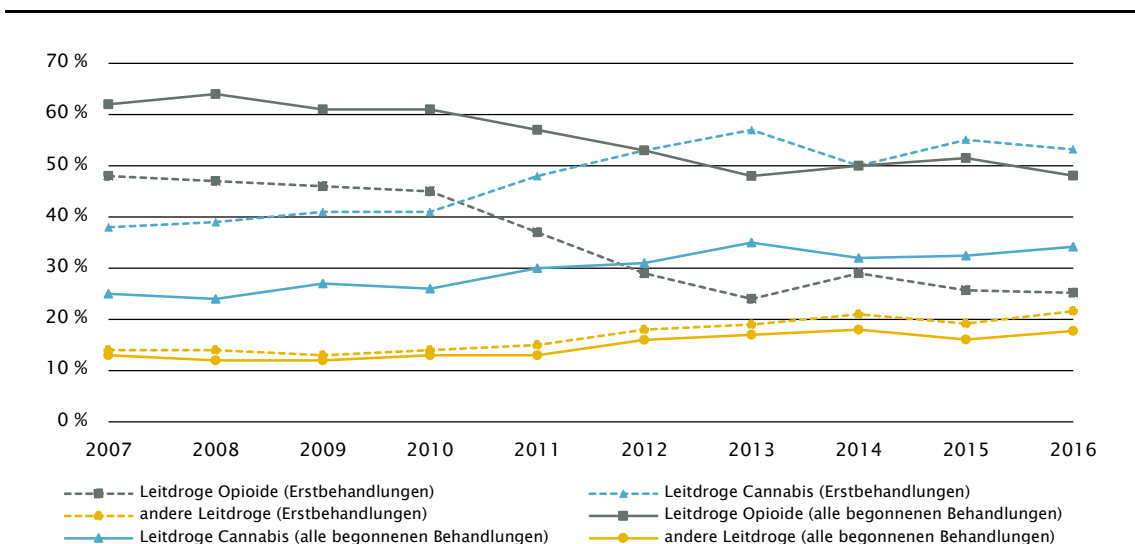
Aus der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle lässt sich somit keine Änderung der Konsummuster weg von Opioiden hin zu anderen Substanzen ableiten.

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

Die DOKLI-Daten zeigen bis zum Jahr 2013 eine deutliche Abnahme des Anteils an Opioiden (vgl. Abbildung 1.10). Seither schwanken die Zahlen bei jenen Personen mit der Leitdroge Opioiden, die im jeweiligen Jahr eine Behandlung begonnen haben, um die 50-Prozent-Marke. Bei Cannabis ist

der Höchststand von 2013 wieder etwas zurückgegangen. Hinsichtlich anderer Leitdrogen (in erster Linie Kokain und Stimulanzien) setzt sich der Aufwärtstrend auf niedrigem Niveau fort. Bei der Interpretation der Zahlen ist zu berücksichtigen, dass der Großteil der Personen in Substitutionsbehandlung nicht in DOKLI aufscheint.

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



Anmerkung: Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opiode > Kokain > Stimulanzien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis)

Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2007 bis 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusätzlich zu den eben dargestellten österreichweiten Entwicklungen deutet die vertiefte Analyse (vgl. Kapitel 4 des *Epidemiologieberichts Drogen 2015*) auf lokal begrenzte Szenen mit Konsum von Stimulanzien (z. B. Methamphetamin in Oberösterreich) hin. 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 der Leitdroge Cannabis vor Therapiebeginn einen hochfrequenten Cannabiskonsum auf (Busch et al. 2012/13).
- » Der Rückgang des risikoreichen Konsums mit Beteiligung von Opioiden ist dadurch zu erklären, dass eine Verlagerung in Richtung Stimulanzien wie Methamphetamin stattfindet. Es gibt Hinweise auf eine lokale Szene in Oberösterreich (vgl. Kap. 4 des *Epidemiologieberichts Drogen 2015*).
- » Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich geht insgesamt zurück. Der Anstieg des Anteils von Personen mit der Leitdroge Cannabis in DOKLI ist dadurch zu erklären, dass auch weniger problematische Fälle aufgrund frei werdender Kapazitäten in Betreuung genommen werden können.

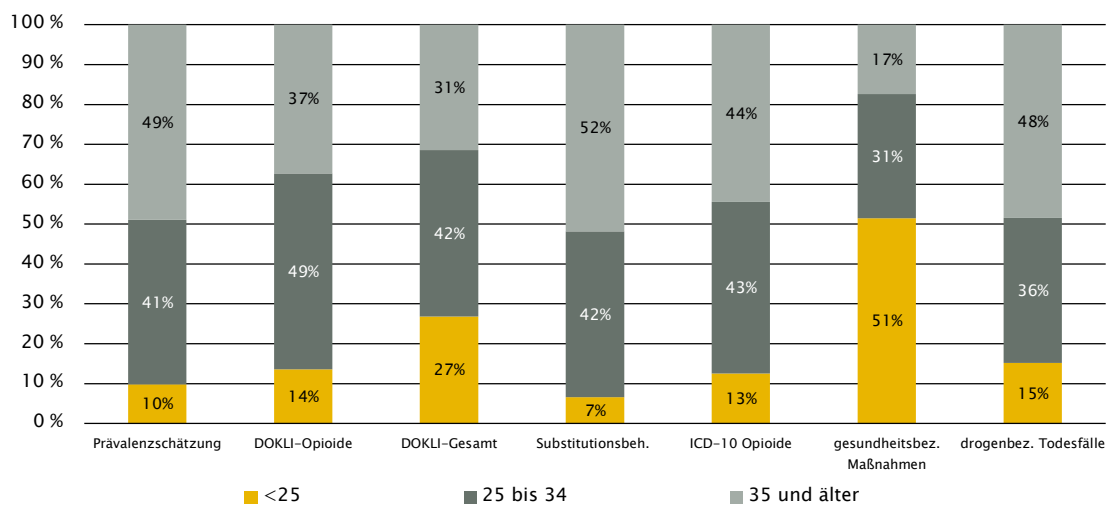
Welche der drei Hypothesen in welchem Ausmaß tatsächlich zutrifft, werden erst die Entwicklungen der nächsten Jahre zeigen. Insgesamt gibt es zwar relevante Anzeichen für eine Veränderung der Drogensituation, dennoch darf nicht aus den Augen verloren werden, dass Opioide nach wie vor den behandlungsrelevanten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

Zusammenfassung: Fast alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring lassen auf einen Rückgang des risikoreichen Opioidkonsums bei den unter 25-Jährigen schließen (weniger Einsteiger/-innen). Wie nachhaltig diese Entwicklung ist und ob dies einen Rückgang der Suchtproblematik hinsichtlich illegaler Drogen insgesamt oder eine Verlagerung auf andere Substanzen (Cannabis, Methamphetamin) bedeutet, kann noch nicht gesagt werden. Aus Oberösterreich liegen Hinweise auf eine lokale Methamphetaminszene – sowohl aus dem Behandlungsbereich als auch auf Basis der Ergebnisse von Begutachtungen nach § 12 SMG – vor.

1.4 Alter und Geschlecht der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum

Abbildung 1.11:

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



Anmerkung: **DOKLI-Opiode**: Alter zum Stichtag 30. 6. 2016 aller Personen, die im Jahr 2016 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode; **DOKLI-Gesamt**: Alter zum Stichtag 30. 6. 2016 aller im Jahr 2016 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen; **Substitutionsbeh.**: Substitutionsbehandlungen 2016; **drogenbez. Todesfälle**: Todesfälle aufgrund drogenbezogener Überdosierungen 2016; **gesundheitsbez. Maßnahmen**: Personen, für die 2016 eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat; **ICD-10 Opiode**: Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2015 (jüngste verfügbare Daten; genauere Spezifikationen der Auswertung finden sich im Tabellenannex)

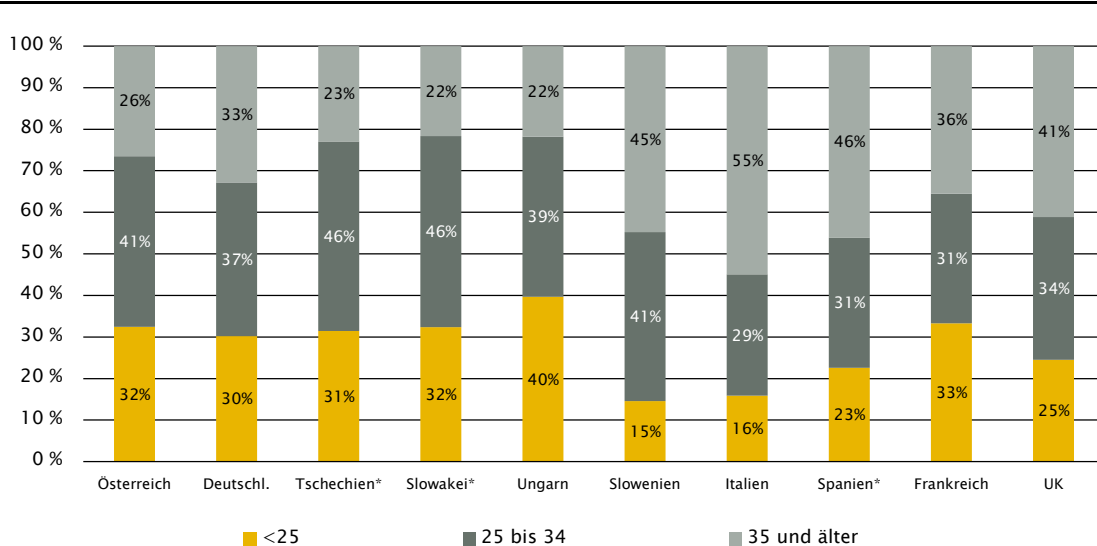
Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

Ein Vergleich mit anderen EU-Ländern hinsichtlich Altersstruktur ist lediglich für DOKLI-Daten möglich (vgl. Abbildung 1.12). Österreich weist bei den unter 25-Jährigen ähnliche Anteile auf wie Deutschland, Tschechien, die Slowakei und Frankreich.

Abbildung 1.12:

Altersverteilung von Personen, die im Jahr 2015 mit einer ambulanten oder stationären drogenbezogenen Betreuung begannen, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU



*nur Daten aus dem Jahr 2014 verfügbar

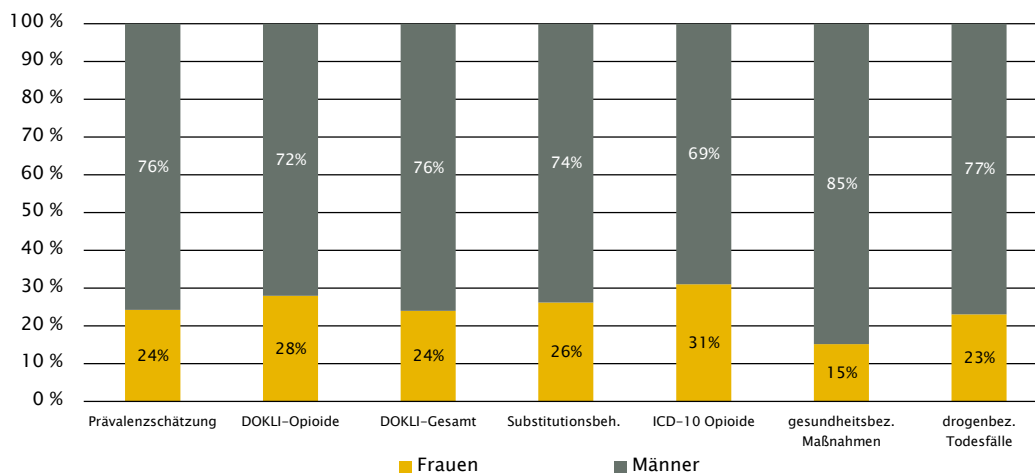
Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2017; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

Der Frauenanteil schwankt je nach Datenquelle zwischen 23 und 31 Prozent (vgl. Abbildung 1.13) Einzige Ausnahme sind jene Personen, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat. Hier beträgt der Frauenanteil lediglich 15 Prozent. Im Behandlungsbereich entspricht der Frauenanteil jenem in Deutschland und Großbritannien (vgl. Abbildung 1.14).

Abbildung 1.13:

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

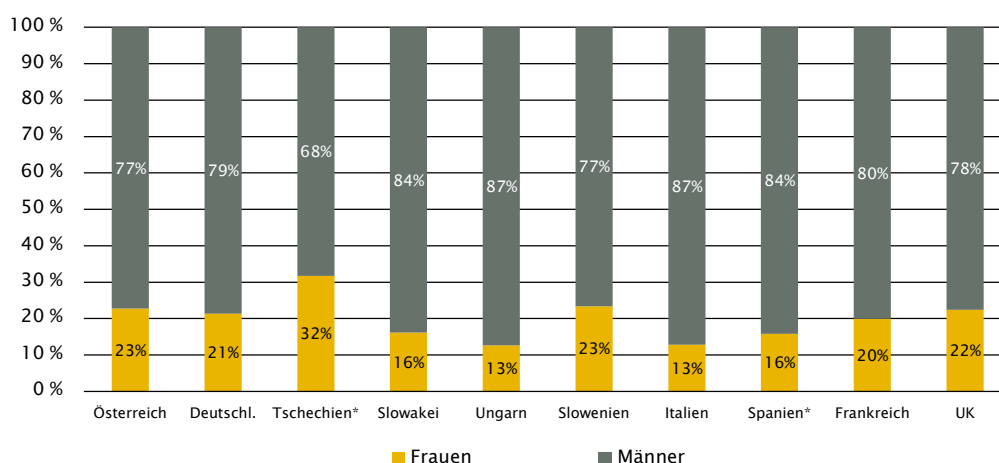


Anmerkung: **DOKLI-Opiode**: alle Personen, die 2016 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode; **DOKLI-Gesamt**: Alle im Jahr 2016 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen; **drogenbezogene Todesfälle**: Todesfälle aufgrund drogenbezogener Überdosierungen – zum Ausgleich von Zufallsschwankungen wurde der Mittelwert aus den Jahren 2014 bis 2016 herangezogen; **gesundheitsbez. Maßnahmen**: Personen, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG im Jahr 2016 den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat; **ICD-10 (Opiode)**: Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2015 (aktuellste verfügbare Daten); **Prävalenzschätzung**: aktuellste Schätzung 2015

Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Prävalenzschätzung 2016, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMGF Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnungen: GÖG/ÖBIG

Abbildung 1.14:

Geschlechtsverteilung von Personen, die 2015 eine ambulante oder stationäre drogenbezogene Betreuung begannen, in Österreich und ausgewählten Ländern der EU



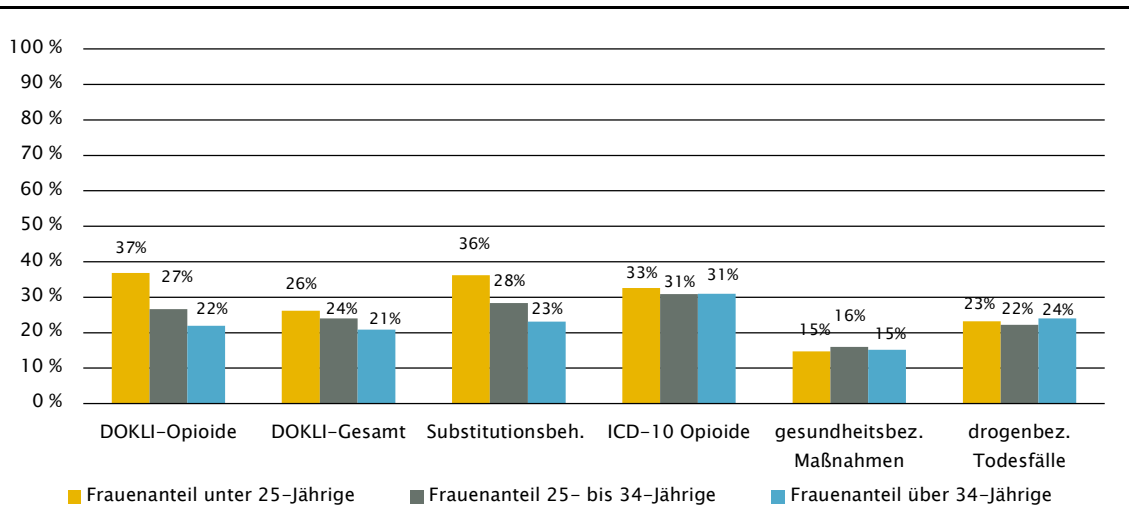
*nur Daten von 2014 verfügbar

Quelle: EBDD – Statistical Bulletin 2017

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

Abbildung 1.15:

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



Anmerkung: **DOKLI-Opiode:** alle Personen, die 2015 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode; **DOKLI-Gesamt:** alle im Jahr 2015 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen; **drogenbezogene Todesfälle:** Todesfälle aufgrund drogenbezogener Überdosierungen – zum Ausgleich von Zufallsschwankungen wurde der Mittelwert aus den Jahren 2014 bis 2016 herangezogen; **gesundheitsbez. Maßnahmen:** Personen, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG den Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergeben hat. **ICD-10 (Opiode):** Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2015

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

Zusammenfassung: Der Frauenanteil schwankt je nach Datenquelle zwischen 15 und 31 Prozent. Hier zeigt sich das Phänomen, dass – in den meisten Datenquellen – der Frauenanteil mit dem Alter kleiner wird.

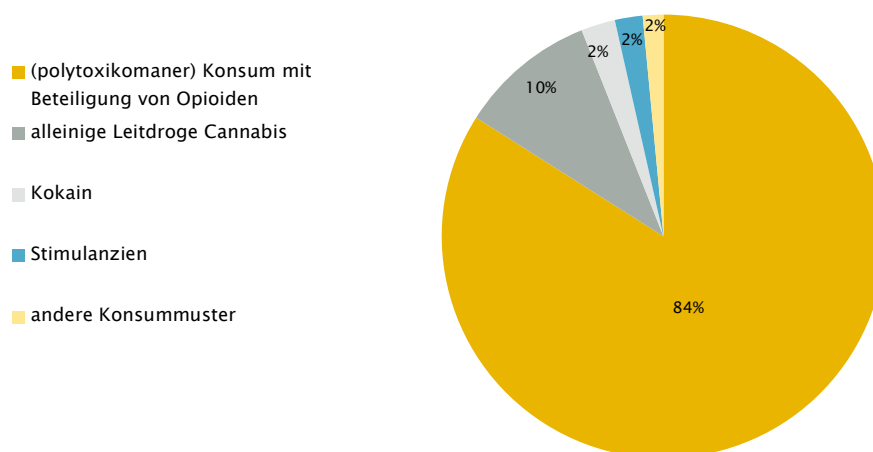
2 Drogenbezogene Behandlungen

2.1 Drogenkonsummuster der behandelten Personen

Betrachtet man die behandelten Personen nach Drogenkonsummustern, so zeigt sich, dass der weitaus größte Teil der Patientinnen und Patienten – etwa 20.200 Personen – wegen Opioidkonsums (meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster) in Behandlung ist. Die zweite große Personengruppe im Behandlungssystem sind Personen mit Cannabis als alleiniger Leitdroge: etwa 2.400¹. Kokain, Stimulanzien 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), 2016



Quellen: DOKLI-Auswertung; Betreuungsjahr 2016, eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.2 Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik

Ausführungen dieses Abschnitts beziehen sich auf die Prävalenzschätzung des vorjährigen Berichts (Busch et al. 2016) und einzelne Datenquellen betreffende Zahlen daher auf das Datenjahr

1

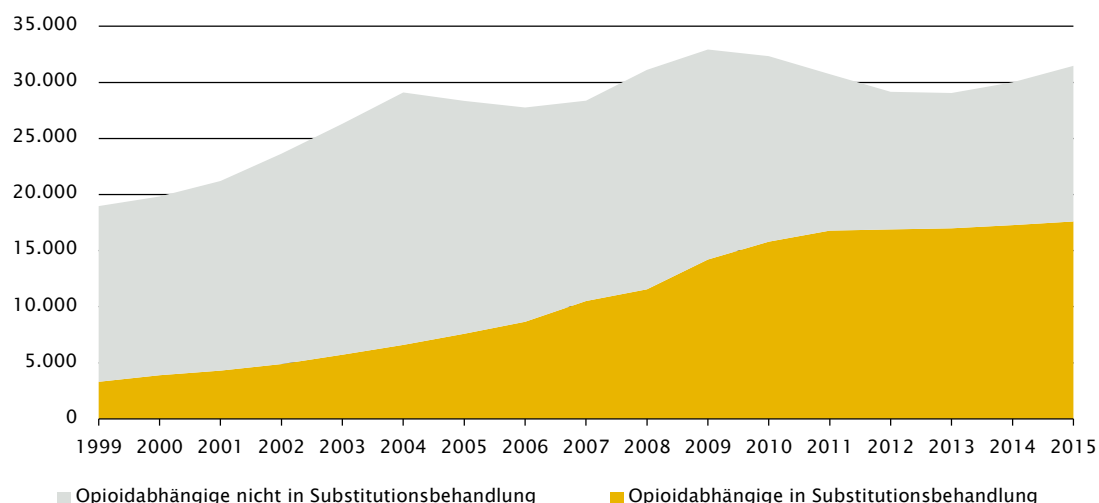
Der Berechnung dieser Zahl liegt die Anzahl der im Jahr 2016 in DOKLI-Einrichtungen ambulant oder stationär betreuten Personen mit Cannabis als alleiniger Leitdroge zugrunde, ebenso die Annahme, dass DOKLI 93 Prozent des ambulanten und 79 Prozent des stationären Sektors drogenspezifischer Behandlungen abdeckt und zwischen den Drogeneinrichtungen außerhalb Wiens die Rate des Mehrfachaufscheinens ein und derselben Person 22 Prozent beträgt.

2015. Aktuellere zur Verfügung stehende Daten (z. B. in puncto Substitutionsbehandlung) wurden daher nicht ergänzt.

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

Die Substitutionsbehandlung stellt die in Österreich mit Abstand häufigste Behandlungsform bei Opioidabhängigkeit dar. Abbildung 2.2 zeigt deutlich, dass es im letzten Jahrzehnt gelungen ist, den Anteil jener Personen mit Opioidproblematik, die sich in Substitutionsbehandlung begeben, massiv zu erhöhen. Während sich die geschätzte Anzahl an Personen mit Drogenproblemen (Opioiden) seit 2000 lediglich um 50 Prozent erhöhte¹, hat sich die Zahl der in Substitutionsbehandlung Befindlichen nahezu verfünffacht und betrug 17.599 Personen im Jahr 2015.

Abbildung 2.2:
Opioidabhängige Personen (in Substitutionsbehandlung) – Zeitreihe



Quelle: eSuchtmittel; Prävalenzschätzung 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

¹
Der Anstieg erfolgte im Zeitraum von 1999 bis 2004.

2.3 Versorgungslage im Bereich Substitutionsbehandlungen

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

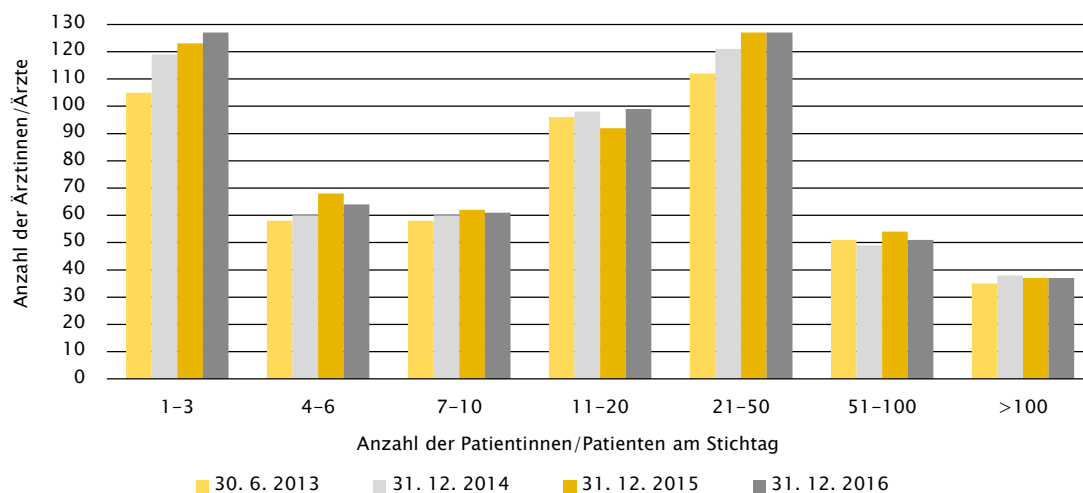
1. Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte
2. Anzahl der tatsächlich in der Substitutionsbehandlung tätigen (= versorgungswirksamen) Ärztinnen und Ärzte
3. Anzahl der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen

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

In der *Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte* waren zum Stichtag 31. 12. 2016 insgesamt 675 Mediziner/-innen eingetragen. Von diesen haben 566 (84 %) am Stichtag 31. 12. 2016 auch eine Substitutionsbehandlung durchgeführt. Da sich 16.542 Personen am 31. 12. 2016 in Substitutionsbehandlung befanden, kommen somit im Schnitt 29 Behandelte auf eine Ärztin / einen Arzt. Die Betreuungszahlen pro Arzt/Ärztin streuen sehr stark. Während im Jahr 2016 191 Ärztinnen/Ärzte (34 %) jeweils bis zu 6 Patientinnen und Patienten betreuen, sind bei 88 (15 %) Ärztinnen und Ärzten jeweils über 50 Personen in Substitutionsbehandlung. (vgl. Abbildung 2.3). Das kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Teil der Substitutionsbehandlungen bei Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der (allgemeinmedizinischen) Regelversorgung durchgeführt wird, ein anderer Teil wiederum von Ärztinnen und Ärzten, die sich auf Substitutionsbehandlung spezialisiert haben.

Abbildung 2.3:

Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt im Jahr 2013 bis 2016

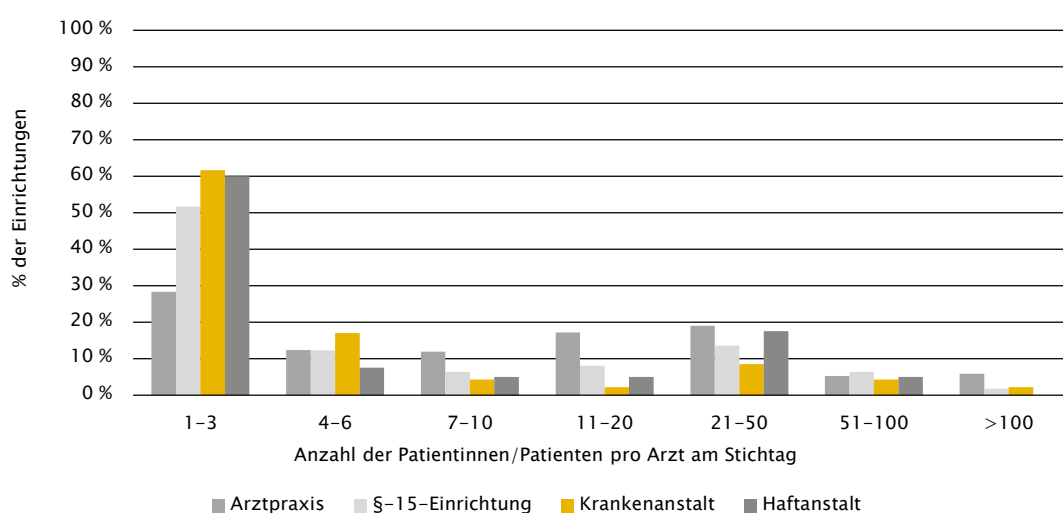


Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Betrachtet man die Anzahl der Patientinnen und Patienten in Abbildung 2.4 pro Arzt/Ärztin nach Einrichtungsform, so zeigt sich, dass in 28 Prozent der Arztpraxen 1 bis 3 Patientinnen und Patienten auf einen Arzt / eine Ärztin kommen und auch in über 50 Prozent der §-15-Einrichtungen. Auf der anderen Seite zeigen sich auch einige Schwerpunktpraxen (30 % der Arztpraxen), in denen mehr als 21 Patientinnen und Patienten auf einen Arzt / eine Ärztin entfallen.

Abbildung 2.4:

Anzahl der Patientinnen/Patienten pro Arzt/Ärztinnen nach Einrichtungsform in Prozent



Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle 2.1:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt), nach Bundesland, Stichtag 31. 12. 2016

Bundesland	Personen in Substitutionsbehandlung	Ärztinnen/Ärzte – LISA*	versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte
Burgenland	266	20	63
Kärnten	823	24	21
Niederösterreich	2.370	84	238
Oberösterreich	1.833	76	76
Salzburg	467	12	31
Steiermark	1.274	46	60
Tirol	1.093	35	41
Vorarlberg	570	13	14
Wien	7.846	386	284
Österreich	16.542	675**	566***

* LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte

** Die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte entspricht nicht der Summe der Ärztinnen und Ärzte der Bundesländer, weil in der LISA insgesamt 60 Ärztinnen und Ärzte in zwei Bundesländern Praxisadressen haben.

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

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

Bei bundeslandspezifischen Vergleichen hinsichtlich der Behandlungsstruktur ist zu berücksichtigen, dass z. B. besonders in Wien Ärztinnen und Ärzte über die Bundeslandgrenzen hinaus versorgungswirksam werden (wenn beispielsweise eine Wiener Ärztin oder ein Wiener Arzt auch Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern betreut¹). In Tabelle 2.1 werden die pro Bundesland am 31. 12. 2016 in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen der Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten bzw. in der Substitutionsbehandlung versorgungsrelevanten Ärztinnen/Ärzte gegenübergestellt. Dabei ergeben sich große regionale Unterschiede. Bei der Interpretation der Zahlen ist jedoch zu bedenken, dass Substitutionsbehandlung in den Bundesländern unterschiedlich organisiert ist (zentrale Stellen für Substitutionsbehandlung versus dezentrale Versorgung). Während in Kärnten, Tirol und Vorarlberg ein relativ großer Teil der Personen in Einrichtungen (§-15-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)

Insgesamt hat die Anzahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte von 2011 (485) auf 2016 (566) zugenommen. Tabelle 2.2 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 2.2:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt) nach Bundesland, Stichtag 30. 6. 2011 und am 31. 12. 2016

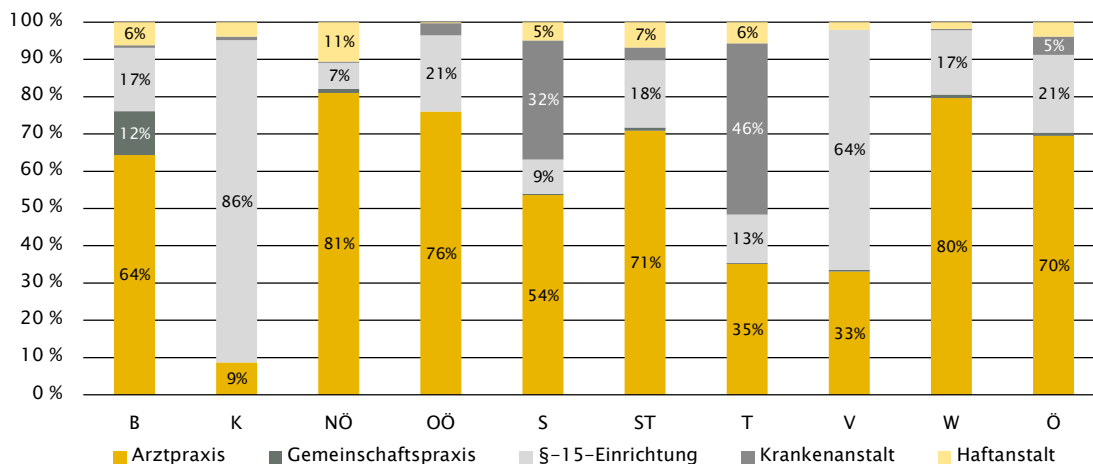
Bundesland	versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte	
	2011	2016
Burgenland	59	63
Kärnten	9	21
Niederösterreich	191	238
Oberösterreich	68	76
Salzburg	17	31
Steiermark	50	60
Tirol	35	41
Vorarlberg	10	14
Wien	274	284
Österreich	485*	566*

*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 2.5:

Versorgungslage Substitutionsbehandlung – Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten, 2016

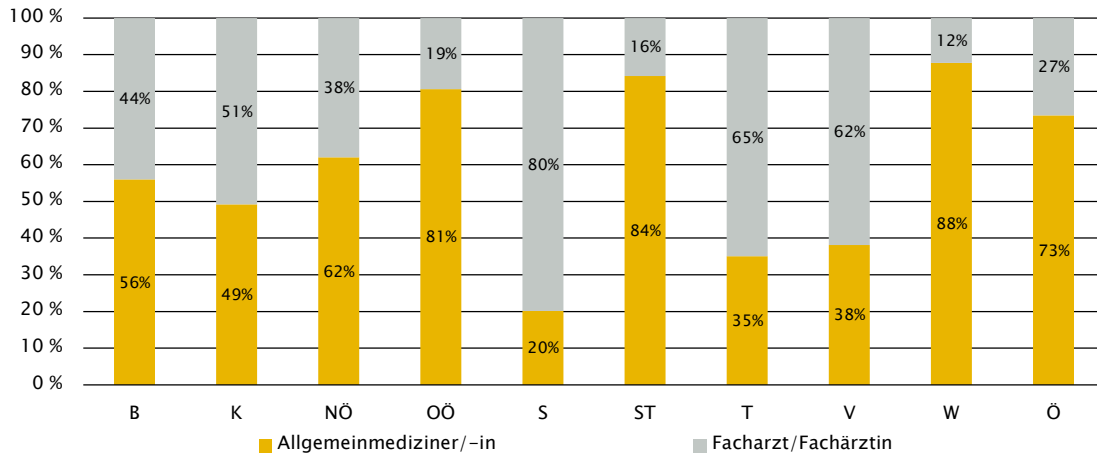


Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Verteilung der insgesamt 16.542 am Stichtag 31. 12. 2016 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/-ärztinnen versus Allgemeinmediziner/-medizinerinnen betreuten Klientel am 31. 12. 2016 nach Bundesländern

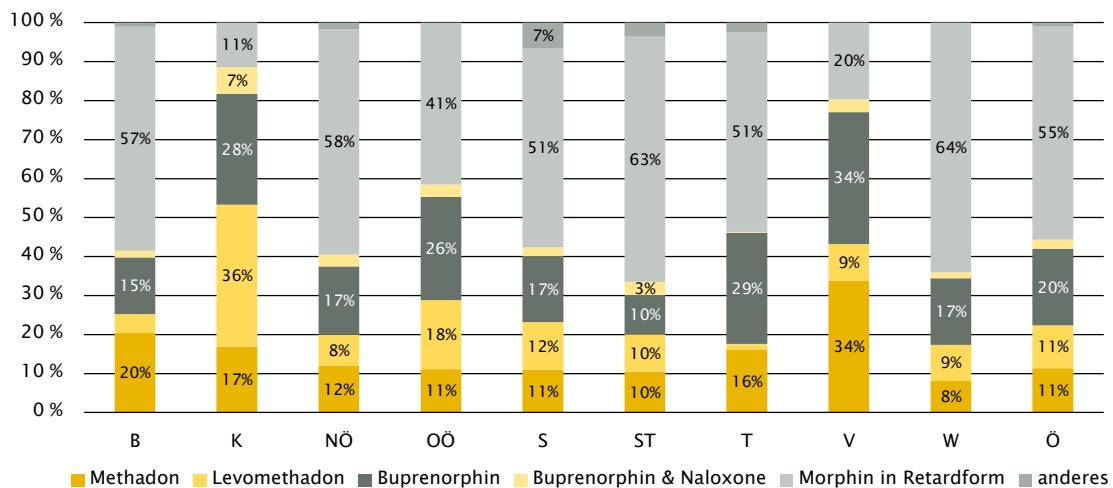


Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die pro substituierender Ärztin / substituierendem Arzt betreut werden, ist nach wie vor stark unterschiedlich. Manche Ärztinnen und Ärzte betreuen sehr viele Klientinnen und Klienten. Für Ostösterreich spielt Wien in der Versorgung eine wichtige Rolle. In den anderen Bundesländern findet die Versorgung vorwiegend bundeslandintern statt. Österreichweit werden über 70 Prozent aller Substitutionsbehandlungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern durchgeführt.

2.5 Versorgungspraxis im Bereich Substitutionsbehandlungen

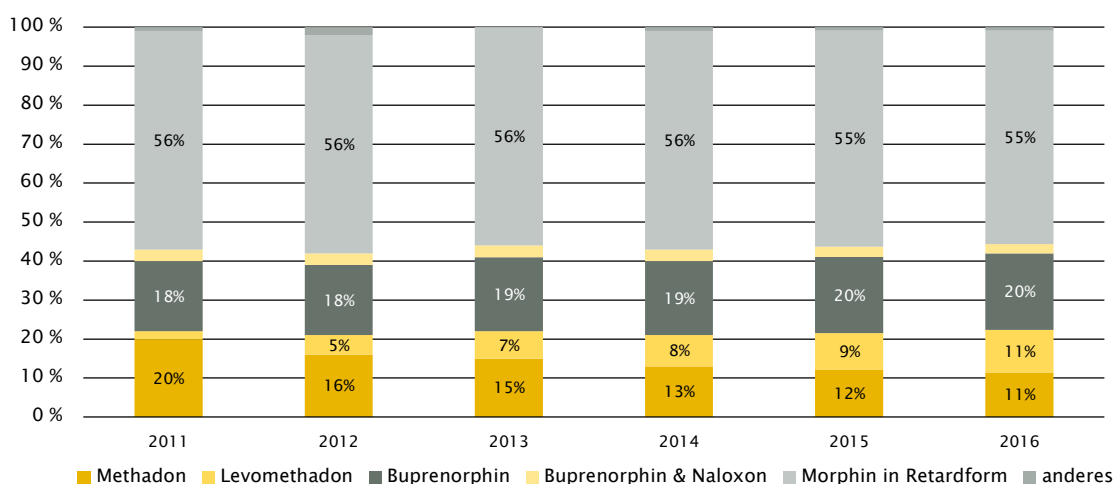
Abbildung 2.7:
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland, 2016



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 18.089 der insgesamt 18.222 Personen, da bei 133 Personen keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

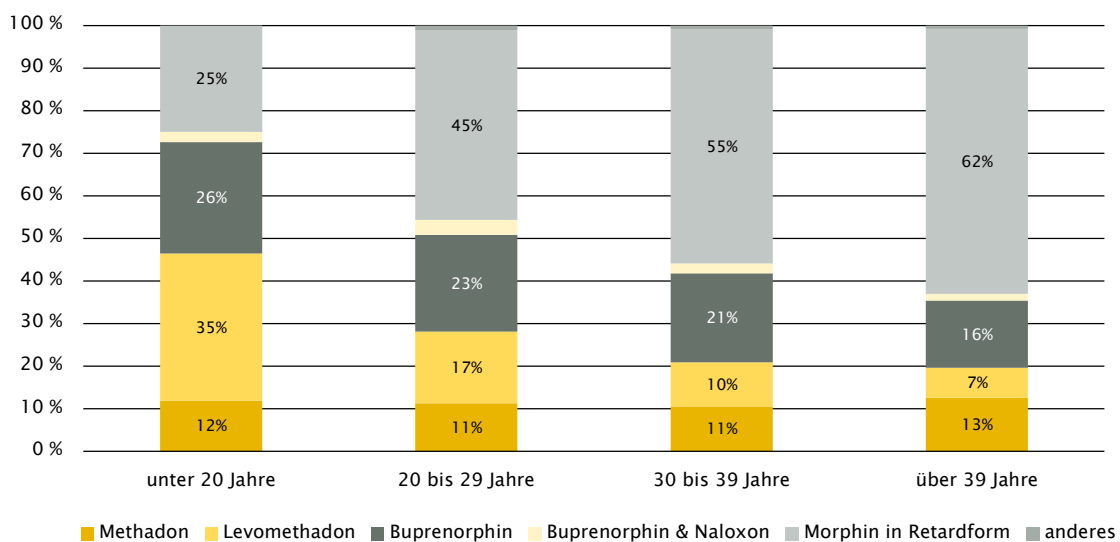
Abbildung 2.8:
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel, 2011 bis 2016



Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Österreichweit stellt Morphin in Retardform (55 %) das am häufigsten verschriebene Substitutionsmittel dar, gefolgt von Methadon (Methadon und Levomethadon erreichen gemeinsam 22 %). Auffällig ist dabei, dass die Verschreibungspraxis bundeslandabhängig sehr unterschiedlich ist. Während beispielsweise in Kärnten nur bei 11 Prozent der Behandelten Morphin in Retardform zum Einsatz kommt, ist dies in Wien bei 64 Prozent der Behandelten der Fall (vgl. Abbildung 2.7). In den letzten fünf Jahren hat sich österreichweit an der Verschreibungspraxis wenig geändert. Lediglich der Anteil des neu zugelassenen Levomethadons hat sich auf Kosten von Methadon erhöht (vgl. Abbildung 2.8)

Abbildung 2.9:
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter, 2016



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 18.089 der insgesamt 18.222 Personen, da bei 133 Personen keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

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

3 Kennzahlen der Drogensituation

Tabelle 3.1:

Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2016 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren), in Absolutzahlen

Indikator	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz Opioide UG	289	1.176	3.532	2.831	636	1.722	1.566	909	11.994	30.393
Prävalenz Opioide	383	1.612	4.267	3.512	799	2.355	2.001	1.300	13.511	31.473
Prävalenz Opioide OG	491	1.810	4.639	3.822	950	2.846	2.541	1.571	14.189	32.554
Personen in Substitutionsbehandlung	289	908	2.683	2.107	532	1.410	1.213	680	8.400	18.222
DOKLI Opioide	92	887	365	443	275	576	97	570	1.723	5.059
DOKLI Cannabis	77	449	289	211	62	356	111	483	468	2.510
DOKLI gesamt	203	1.626	876	874	409	1.180	507	1.238	3.088	10.331
§ 12 SMG Opioide	18	80	116	34	23	26	28	7	—	—
§ 12 SMG Cannabis	26	387	164	176	107	95	44	93	—	—
§ 12 SMG kein Bed.	93	235	673	386	101	272	118	150	871	2.899
ICD-10 (Opioidabh.)	21	99	205	295	98	130	135	88	447	1.518
drogenbezogene Todesfälle	3	11	15	16	5	13	24	11	67	165

Indikator	Alter			Geschlecht	
	< 25	25-34	35+	Männer	Frauen
Prävalenz Opioide UG	2.631	11.701	13.553	22.023	6.785
Prävalenz Opioide	2.898	12.243	14.527	22.934	7.339
Prävalenz Opioide OG	3.166	12.786	15.501	23.845	7.893
Personen in Substitutionsbehandlung	1.199	7.581	9.442	13.451	4.771
DOKLI Opioide	1.296	2.302	1.461	3.647	1.412
DOKLI Cannabis	1.513	673	324	2.085	425
DOKLI gesamt	3.760	3.990	2.581	7.851	2.480
ICD-10 (Opioidabh.)	190	655	631	1.043	471
drogenbezogene Todesfälle	25	60	80	127	38

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

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

Tabelle 3.2:

Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland, Geschlecht und Alter im Jahr 2016 (oder die jüngsten verfügbaren Jahre) pro 100.000 15- bis 64-Jährige

Indikator	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz Opioide UG	151,5	319,7	326,9	293,3	175,1	210,0	315,3	356,8	970,3	526,3
Prävalenz Opioide	200,2	438,3	394,9	363,8	220,1	287,2	402,9	510,3	1093,0	545,0
Prävalenz Opioide OG	256,9	492,1	429,3	395,9	261,7	347,2	511,6	616,6	1147,9	563,7
Personen in Substitutionsbehandlung	150,6	246,3	246,2	216,0	144,7	170,9	241,1	263,7	661,9	311,6
DOKLI Opioide	48,0	240,7	33,5	45,4	74,8	69,8	19,3	221,0	135,8	86,5
DOKLI Cannabis	40,1	121,8	26,5	21,6	16,9	43,1	22,1	187,3	36,9	42,9
DOKLI gesamt	105,8	441,2	80,4	89,6	111,3	143,0	100,8	480,1	243,3	176,6
§ 12 SMG Opioide	9,4	21,7	10,6	3,5	6,3	3,2	5,6	2,7	—	—
§ 12 SMG Cannabis	13,6	105,0	15,0	18,0	29,1	11,5	8,7	36,1	—	—
§ 12 SMG kein Bed.	48,5	63,8	61,8	39,6	27,5	33,0	23,5	58,2	68,6	49,6
ICD-10 (Opioidabh.)	10,9	26,9	18,8	30,2	26,7	15,8	26,8	34,1	35,2	26,0
drogenbezogene Todesfälle	1,6	3,0	1,4	1,6	1,4	1,6	4,8	4,3	5,3	2,8

Indikator	Alter			Geschlecht	
	< 25	25-34	35+	Männer	Frauen
Prävalenz Opioide UG	260,4	1012,6	375,5	764,8	234,3
Prävalenz Opioide	286,9	1059,6	402,5	796,5	253,5
Prävalenz Opioide OG	313,4	1106,5	429,5	828,1	272,6
Personen Substitutionsbehandlung	117,6	640,2	259,0	463,1	162,1
DOKLI Opioide	127,1	194,4	40,1	125,5	48,0
DOKLI Cannabis	148,4	56,8	8,9	71,8	14,4
DOKLI gesamt	368,8	337,0	70,8	270,3	84,2
ICD-10 (Opioidabh.)	18,6	55,3	17,3	35,9	16,0
drogenbezogene Todesfälle	2,5	5,1	2,2	4,4	1,3

Anmerkung: Prävalenz Opioide UG bzw. OG: Ergebnisse der Prävalenzschätzungen des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden. Um Zufallsschwankungen über die Jahre in den Bundeslandsschätzungen auszugleichen, wird 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 2016 in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opioide bzw. mit Cannabis als alleiniger Leitdroge; **§ 12 SMG - Opioide/Cannabis / kein Bed:** Personen, für die die Begutachtung nach § 12 SMG 2016 einen behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden, einen behandlungsrelevanten Konsum von Cannabis ohne andere Leitdrogen oder keinen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergab. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG sind unvollständig, da Wien keine Daten übermittelt hat. Bei Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird. **ICD-10 (Opioidabh.):** Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioide) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung 2015 (aktuellste verfügbare Daten); **drogenbezogene Todesfälle:** direkt drogenbezogene Todesfälle aufgrund von Überdosierungen 2016

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

4 Schwerpunktkapitel Geschlechtsunterschiede

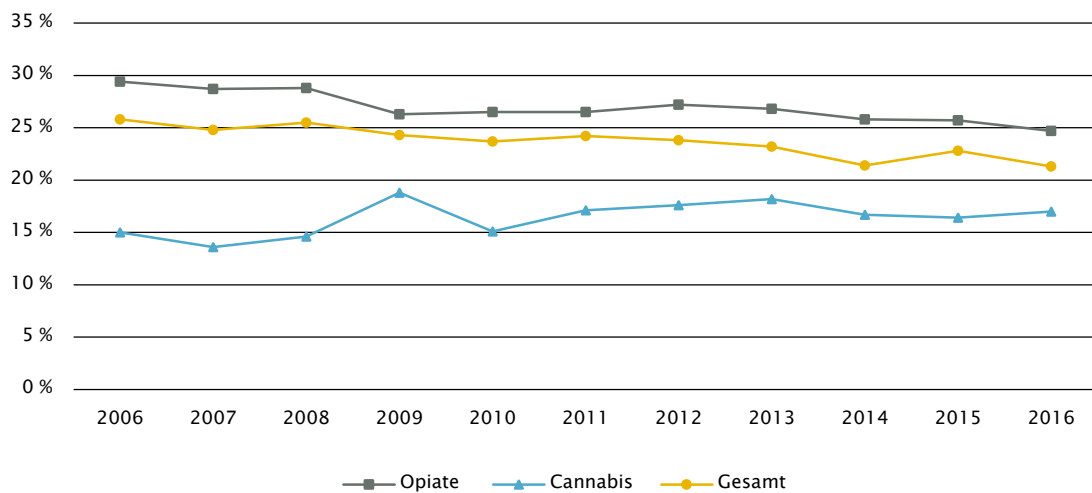
Über die Jahre hinweg lassen sich im DOKLI-Datensatz einige relativ gleichbleibende geschlechts-spezifische Unterschiede zwischen Klientinnen und Klienten beobachten. Bereits im DOKLI-Bericht zum Betreuungsjahr 2009 (Eggerth et al. 2010) wurden diesbezügliche Analysen durchgeführt und Hypothesen entwickelt. Eine der Zielsetzungen dieses Schwerpunktkapitels ist nun – mit zeitlichem Abstand und den mittlerweile überarbeiteten Dokumentationssystemen (DOKLI 2.3; DOKU neu) – der Vergleich unterschiedlicher Datenquellen bzw. die Erarbeitung bzw. Überprüfung möglicher Erklärungsansätze bezüglich dieser Unterschiede. Zur Vereinfachung der Darstellung werden bei den Auswertungen in erster Linie der DOKLI-Datensatz der längerfristig ambulant bzw. stationär betreuten Klientinnen und Klienten und die Grundgesamtheit „treatment entrants“ (= alle Personen, die im Berichtsjahr eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben) herangezogen. Zur Differenzierung nach Drogenkonsummustern wird neben der Analyse der Gesamtklientel auch getrennt nach „Personen mit der Leitdroge Opiate“ und „Personen mit der Leitdroge Cannabis“ ausgewertet. Für die Differenzierung nach Leitdroge wird die hierarchische Leitdrogendefinition (EMCDDA – vgl. Abschnitt 5.3) herangezogen.

4.1 Frauenanteil

Der Anteil der Frauen an der DOKLI-Klientel bei den Personen, die eine längerfristige ambulante oder stationäre Betreuung beginnen, ist über die Jahre leicht gesunken (von 29,4 % im Jahr 2006 auf aktuell 24,7%; vgl. Abbildung 4.1). Betrachtet man die Klientel differenziert nach Leitdroge, so ist der Frauenanteil bei Personen mit der Leitdroge Opiate ebenfalls leicht gesunken. Auffällig ist, dass der Frauenanteil bei der Klientel mit der Leitdroge Opiate durchgängig etwas höher ist als in der Gesamtgruppe. In der Gruppe mit der Leitdroge Cannabis schwanken die Werte, insgesamt ist jedoch der Frauenanteil entgegen dem Gesamttrend leicht gestiegen.

Abbildung 4.1:

Frauenanteil bei allen Personen und bei Personen mit der Leitdroge Opiate bzw. bei Personen mit der Leitdroge Cannabis, die eine längerfristige ambulante oder stationäre Betreuung begannen im Zeitverlauf, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2006 bis 2016

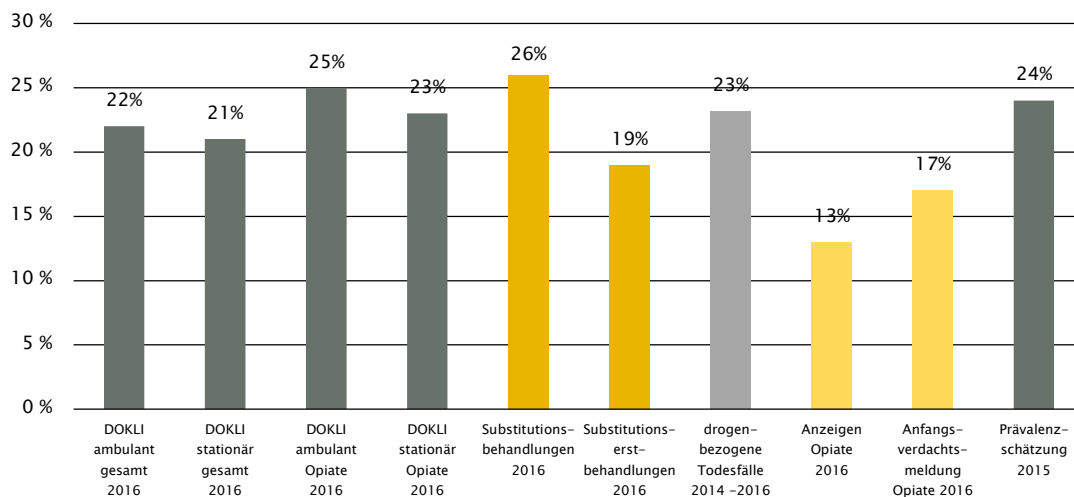
Um der Frage nachzugehen, ob der Frauenanteil in den DOKLI-Einrichtungen vergleichbar mit jenem aus anderen Datenquellen des Drogenmonitorings ist, erfolgt in Abbildung 4.2 eine Gegenüberstellung. Dabei zeigt sich, dass der Frauenanteil in DOKLI bei Klientinnen mit der Leitdroge Opiate etwa jenem bei den Substitutionsbehandlungen, den drogenbezogenen Todesfällen und bei der Prävalenzschätzung entspricht und deutlich über dem Frauenanteil bei den opiatbezogenen Anzeigen bzw. Anfangsverdachtsmeldungen¹ liegt. Für die in zahlreichen Arbeiten beschriebene Benachteiligung von Frauen durch das in erster Linie auf Männer ausgerichtete Betreuungssystem der Drogenhilfe (z. B. Greenfield et al. (2007) oder Simpson/McNulty (2008)) lassen sich somit auf Basis der vorliegenden Daten zumindest für die Zugänglichkeit des Drogenhilfesystems keine quantitativen Indizien finden. Generell beträgt der Anteil der Männer in allen verfügbaren Datenquellen etwa drei Viertel bis vier Fünftel, was dem langjährigen Schnitt entspricht und Probleme mit illegalen Drogen als „Männerdomäne“ ausweist.

1

kriminalpolizeiliche/verwaltungsbehördliche Meldung des Verdachts des Verstoßes gegen das SMG an die Gesundheitsbehörde, welcher bei Hinweisen auf Drogenkonsum die Abklärung des Bedarfs gesundheitsbezogener Maßnahmen obliegt.

Abbildung 4.2:

Frauenanteil in DOKLI 2016, bei den Substitutionsbehandlungen 2016, bei den drogenbezogenen Todesfällen 2014–2016, bei den wegen Opiaten angezeigten Personen 2016 und bei der Prävalenzschätzung 2015, in Prozent



Anmerkung: Die Daten beziehen sich aufgrund unterschiedlicher Verfügbarkeit teilweise auf verschiedene Jahre.

Quelle: GÖG/ÖBIG, eSuchtmittel; DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2016 bzw. siehe Anmerkung

Ein Vergleich des Frauenanteils in den österreichischen Einrichtungen der Drogenhilfe mit jenem in den Ländern der EU findet sich in Tabelle 4.1. Es zeigt sich, dass Österreich mit 23 Prozent etwas über dem EU-Schnitt (20 %) liegt. Generell lässt sich beobachten, dass der Frauenanteil bei den längerfristig ambulant oder stationär betreuten Personen in Südeuropa niedriger ist als in den anderen EU-Ländern.

Vergleicht man den Frauenanteil bei den Personen mit der Leitdroge Opiate bzw. Cannabis, so zeigt sich interessanterweise in den meisten Ländern (24 von 30) ebenfalls eine zum Teil wesentlich niedrigere Frauenrate bei Personen mit der Leitdroge Cannabis (z. B. Deutschland: Frauenanteil bei Personen mit der Leitdroge Opiate: 23 %; Frauenanteil bei Personen mit der Leitdroge Cannabis: 16 %). Für die EU insgesamt beträgt die Differenz der Frauenrate bei Personen mit der Leitdroge Cannabis und Personen mit der Leitdroge Opiate immerhin vier Prozentpunkte (vgl. Tabelle 4.1).

Über die Hintergründe dieser anscheinend für die gesamte EU geltenden geschlechtsspezifischen Unterschiede kann nur spekuliert werden. Ein möglicher Erklärungsansatz ist unterschiedliches Problemkonsumverhalten von Männern und Frauen (die Prävalenz des problematischen Cannabiskonsums ist bei Männern besonders hoch). In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse von Eggerth et al. (2005) im Freizeitdrogensetting in Österreich interessant. Bei dieser Untersuchung konnte mittels Clusteranalyse eine stark männlich dominierte Subgruppe (Frauenanteil 20 %) von Partybesuchern identifiziert werden, die einen regelmäßigen Cannabiskonsum aufwies (Median:

25 Tage im Monat), der Frauenanteil in den anderen Subgruppen der Freizeitdrogenkonsumenten bzw. -konsumentinnen lag zumindest zehn Prozent über der Cannabisgruppe. Ein anderer bzw. ergänzender Erklärungsansatz könnte im „unauffälligeren“ Cannabiskonsum von Frauen bzw. in einer verstärkten Strafverfolgung männlicher Cannabiskonsumenden durch die Exekutive liegen. Interessant sind in diesem Zusammenhang auch die Ergebnisse hinsichtlich der gesetzlichen Therapieaufgabe. Hier ist der Anteil bei Männern mit der Leitdroge Cannabis besonders groß (siehe Abschnitt 4.5).

Tabelle 4.1:

Frauenanteil bei Personen, die 2014 oder 2015¹ eine drogenspezifische ambulante oder stationäre Betreuung² begonnen haben, im EU-Vergleich

Land	Gesamt	Leitdroge Opiate	Leitdroge Cannabis	Anzahl Gesamt	Anzahl Opiate	Anzahl Cannabis
Austria	23%	26%	16%	4.400	2.016	1.063
Belgium	23%	20%	18%	12.794	3.234	3.737
Bulgaria	20%	16%	0%	2.131	1.087	11
Croatia	17%	17%	12%	7.537	6.124	967
Cyprus	11%	10%	9%	798	205	469
Czech Republic	32%	26%	26%	10.108	1.720	1.195
Denmark	23%	20%	22%	6.275	613	3.338
Estonia	24%	24%	20%	282	263	10
Finland	31%	33%	20%	656	339	136
France	20%	22%	15%	62.213	13.744	29.621
Germany	21%	23%	16%	87.256	28.502	33.791
Greece	14%	14%	16%	4.087	2.836	789
Hungary	13%	19%	9%	4.308	156	2.420
Ireland	27%	32%	20%	9.489	4.515	2.681
Italy	13%	16%	9%	47.213	25.144	9.225
Latvia	16%	17%	9%	751	402	175
Lithuania	20%	20%	16%	2.549	2.268	89
Luxembourg	23%	24%	18%	290	163	67
Malta	19%	19%	11%	1.829	1.296	158
Netherlands	20%	18%	20%	10.987	1.262	5.202
Norway	30%	35%	20%	5.908	1.005	1.609
Poland	17%	18%	12%	9.013	1.465	2.525
Portugal	14%	11%	13%	3.389	1.357	934
Romania	15%	19%	10%	3.240	1.057	1.272
Slovakia	16%	20%	9%	2.720	602	616
Slovenia	23%	21%	29%	316	236	45
Spain	16%	15%	16%	48.926	12.032	16.478
Sweden	32%	32%	20%	37.988	7.510	3.445
Turkey	5%	5%	4%	10.884	8.073	653
United Kingdom	22%	23%	22%	124.234	59.763	31.129
Total	20 %	21 %	17 %	520.801	188.989	153.850

Anmerkung:

(1) Von einigen Ländern standen nur Daten aus dem Jahr 2014 zur Verfügung.

(2) 'Treatment demand data' come from each country with varying degrees of national coverage, principally from outpatient and inpatient centres' treatment records.

Quelle: EMCDDA Statistical bulletin¹ 2017 - GÖG/ÖBIG eigene Berechnungen

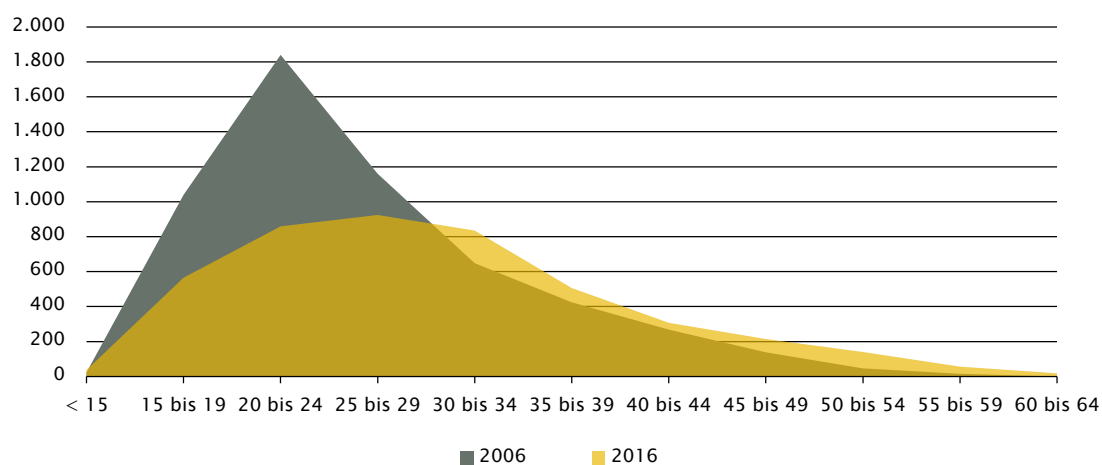
1

<http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2017/tdi> (abgerufen am 24. 7. 2017)

4.2 Geschlecht und Alter

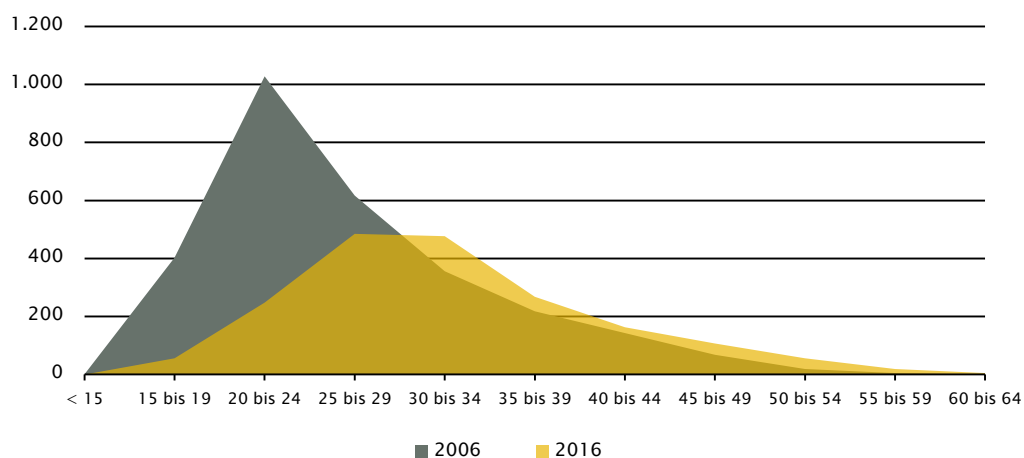
Bei den Daten aus dem Behandlungsbereich (DOKLI) zeigt sich, dass über die Jahre die Personen, die eine längerfristige Betreuung beginnen, älter geworden sind. (vgl. Abbildung 4.3). Diese Verschiebung ist vor allem auf die Gruppe der Personen mit der Leitdroge Opiate zurückzuführen (vgl. Abbildung 4.4).

Abbildung 4.3:
Altersverteilung der Personen, die eine langfristige Betreuung begannen, 2006 und 2016



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Betreuungsjahre 2006 und 2016

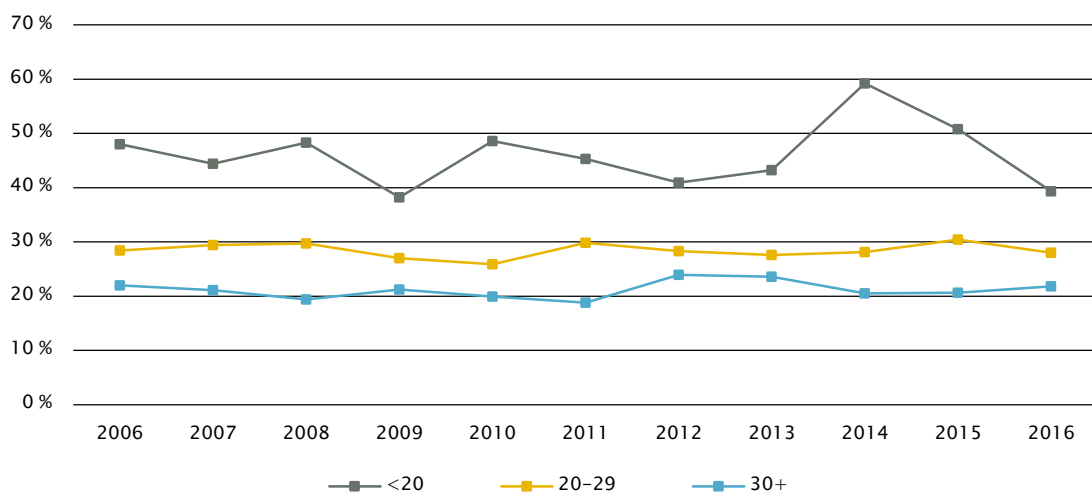
Abbildung 4.4:
Altersverteilung der Personen, die eine langfristige Betreuung wg. Leitdroge Opiate begannen, 2006 und 2016



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Betreuungsjahre 2006 und 2016

Bereits im DOKLI-Bericht zum Betreuungsjahr 2009 (Eggerth et al. 2010) zeigte sich, dass bei den Personen mit Opiatproblematik der Frauenanteil in den höheren Altersgruppen geringer ist – Frauen in diesen Altersgruppen also weniger mit einer Behandlung beginnen als in jüngerem Lebensalter. Dieses Faktum zeigt sich über alle Jahre hinweg.

Abbildung 4.5:
Frauenanteil in den einzelnen Altersgruppen bei Behandlungsbeginnerinnen/-beginnern wegen Leitdroge Opiate (ambulant und stationär) 2006 bis 2016, in Prozent

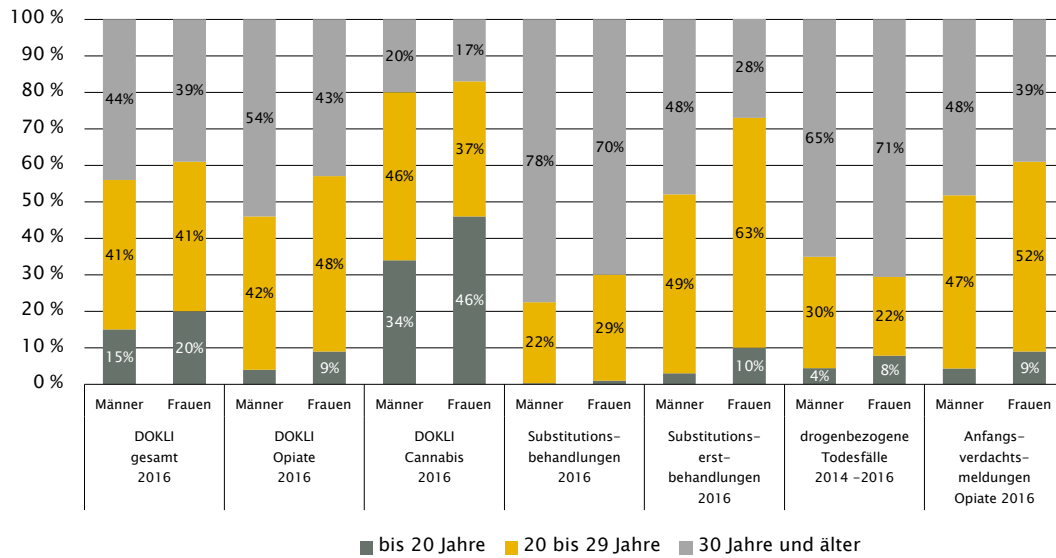


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Betreuungsjahre 2006 bis 2016

Diese Diskrepanz lässt sich auch in anderen Quellen des Drogenmonitorings beobachten, wie Abbildung 4.6 zeigt.

Abbildung 4.6:

Altersverteilung bei Männern und Frauen in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei drogenbezogenen Todesfällen und bei wegen Opiaten angezeigten Personen¹ in Prozent



Anmerkung: Die Daten beziehen sich aufgrund unterschiedlicher Verfügbarkeit teilweise auf verschiedene Jahre.

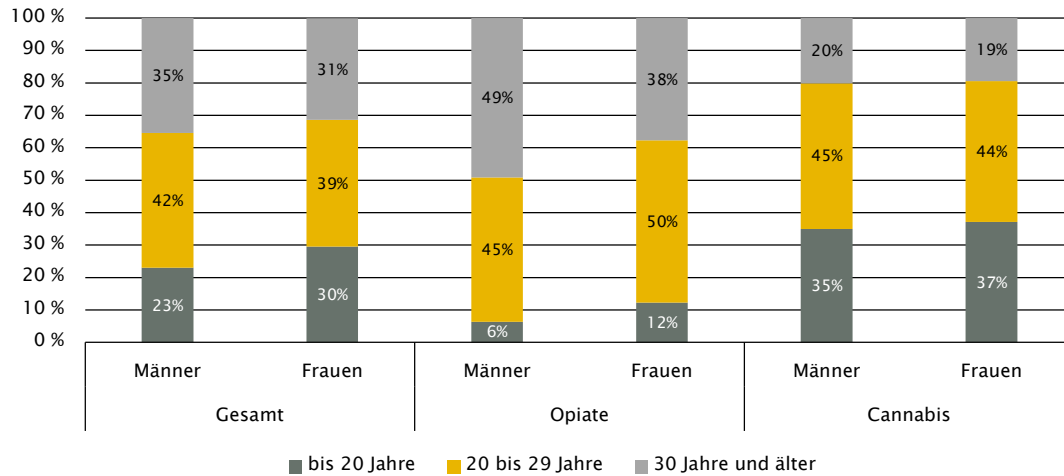
Quelle: GÖG/ÖBIG, eSuchtmittel; DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2016 bzw. siehe Anmerkung

Es kann also konstatiert werden, dass Frauen in praktisch allen Datenquellen (mit Ausnahme der drogenbezogenen Todesfälle) im Schnitt jünger sind als Männer. Worauf dies zurückzuführen ist, soll auf Basis der vorhandenen Daten weiter untersucht werden. Eine mögliche Erklärung dafür wäre, dass Frauen früher mit einer drogenspezifischen Betreuung beginnen. Einen Hinweis für die Richtigkeit dieser Annahme liefert die Betrachtung der lebenszeitbezogenen Erstbehandlung (EMCDDA-Bezeichnung: „never previously treated“) in DOKLI. Hier zeigt sich, dass Frauen bei ihrer ersten drogenspezifischen Behandlung jünger sind als Männer und dass relativ viele Männer sich erst mit über 30 Jahren erstmals in Behandlung begeben (vgl. Abbildung 4.7).

¹ „Anfangsverdachtsmeldungen“ (Definition s. Fußnote Abschnitt 4.1)

Abbildung 4.7:

Altersverteilung bei Männern und Frauen in lebenszeitbezogenen erstmaliger längerfristiger drogenspezifischer Betreuung, insgesamt und in Teilgruppen, mit der Leitdroge Opiate und Leitdroge Cannabis, 2016, in Prozent

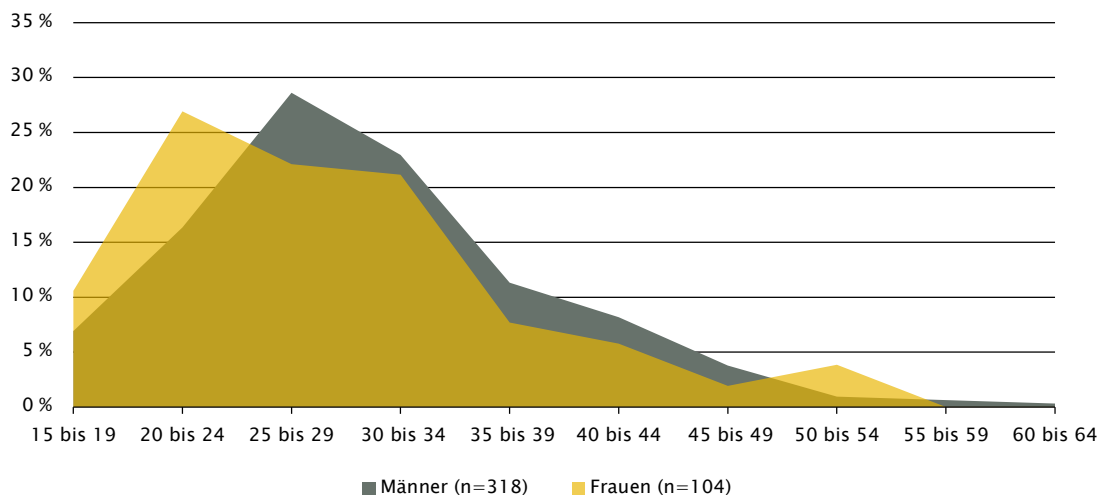


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2016

Auffällig ist dabei, dass der Altersunterschied in der Gruppe mit der Leitdroge Opiate deutlich stärker ausgeprägt ist. Im Folgenden wird daher das Behandlungseinstiegsalter bei Personen mit der Leitdroge Heroin gesondert dargestellt (Abbildung 4.8).

Abbildung 4.8:

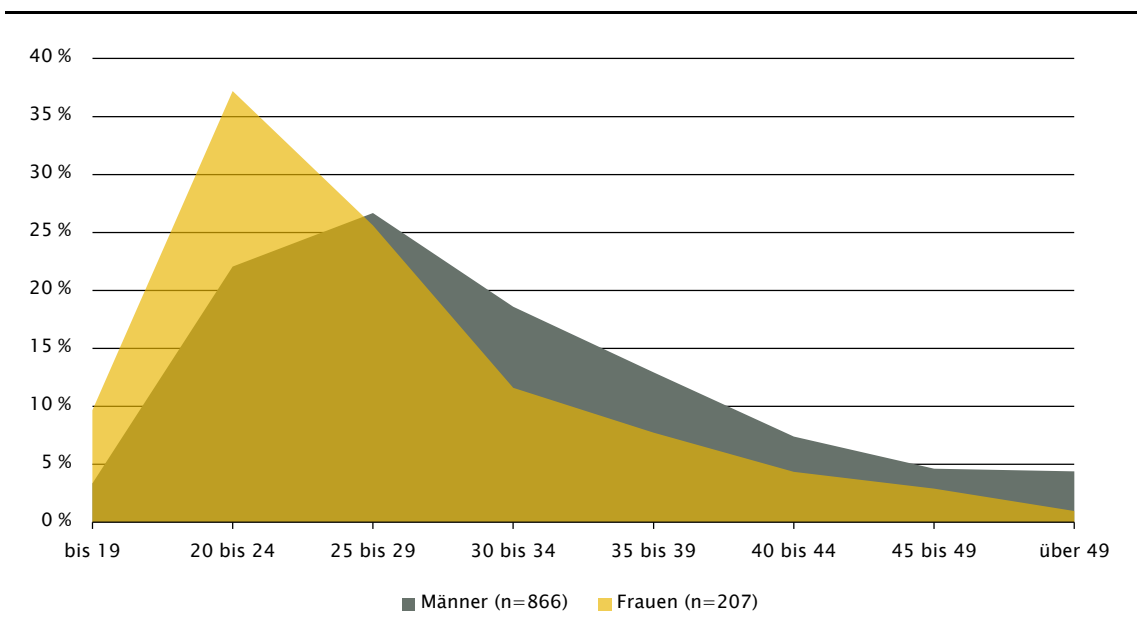
Altersverteilung bei Männern und Frauen in lebenszeitbezogenen erstmaliger längerfristiger drogenspezifischer Betreuung mit der Leitdroge Heroin, 2016, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2016

Es zeigt sich, dass rund 52 Prozent der Männer mit unter 30 Jahren erstmals in die Behandlung einsteigen, bei den Frauen sind dies rund 60 Prozent. Bei den Personen, die im Jahr 2016 erstmals eine Substitutionsbehandlung begonnen haben (Datenquelle: eSuchtmittel), zeigt sich der Geschlechtsunterschied bei der Altersverteilung noch deutlicher, über 70 Prozent der Frauen, aber nur 52 Prozent der Männer steigen mit unter 30 Jahren in die Substitutionsbehandlung ein.

Abbildung 4.9:
 Altersverteilung bei Männern und Frauen, die im Jahr 2016 eine Substitutionsbehandlung (Erstbehandlung) begannen, in Prozent

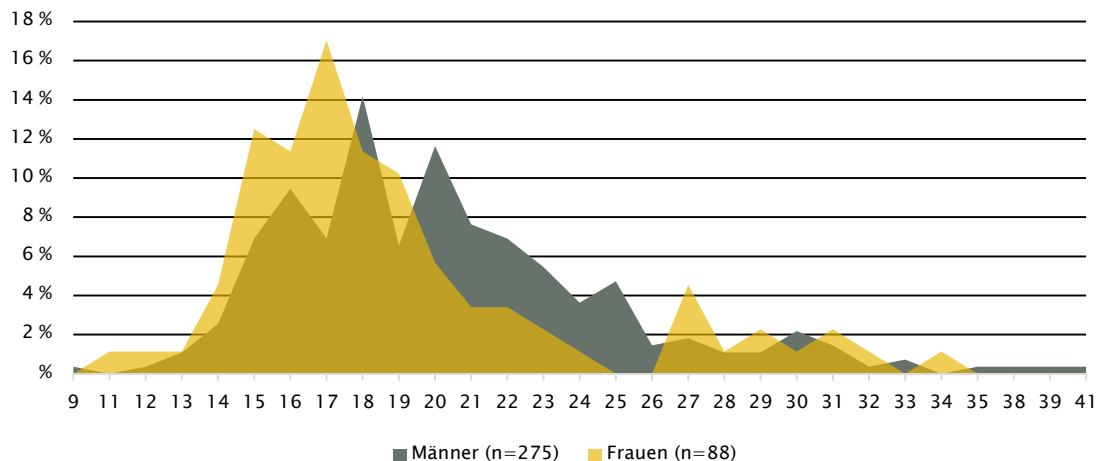


Quelle: GÖG/ÖBIG, eSuchtmittel

Frauen begeben sich allerdings nicht nur früher in eine Behandlung wegen einer Heroinproblematik, sie steigen auch früher in den Heroinkonsum ein (Abbildung 4.10).

Abbildung 4.10:

Verteilung Alter beim Erstkonsum von Heroin bei Männern und Frauen in lebenszeitbezogen erstmaliger längerfristiger drogenspezifischer Betreuung mit der Leitdroge Heroin, 2016, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2016

Rund 70 Prozent der Frauen, aber nur 48 Prozent der Männer, die wegen der Leitdroge Heroin erstmals eine Behandlung begonnen haben, weisen einen Erstkonsum von Heroin im Alter von unter 20 Jahren auf (Abbildung 4.10).

Ob das allein ausreicht, den früheren Beginn der drogenspezifischen Betreuung bei Frauen zu erklären, ist nicht klar. Hierzu kann jedoch die Latenzperiode (die Zeit zwischen Beginn des Drogenkonsums und Beginn der Therapie) Aufschluss geben. Seit der Implementierung von DOKLI 2.0 im Jahr 2013 sind solche Analysen möglich. Anhand der Daten zeigt sich, dass die durchschnittliche Latenzzeit (Mittelwert) zwischen Erstkonsum der Leitdroge Heroin und Behandlungsbeginn bei Männern 9,5 und bei Frauen 9,7 Jahre beträgt (median bei beiden Geschlechtern 8 Jahre) (Tabelle 4.2). In der Literatur (z. B. [Simpson/McNulty 2008]) wird häufig beschrieben, dass Frauen schneller abhängig werden und sich die aus dem Missbrauch ergebenden medizinischen Konsequenzen ebenfalls früher entwickeln („telescoping effect“) was zu einem schnelleren Einstieg in die Behandlung führt, dies kann durch die DOKLI-Daten jedenfalls nicht bestätigt werden.

Die Latenzzeit ist in Österreich um rund 1,5 Jahre geringer als im europäischen Durchschnitt¹ – was für eine gute Zugänglichkeit des Drogenhilfesystems in Österreich spricht. Das Alter beim Erstkonsum von Heroin liegt bei beiden Geschlechtern hingegen unter dem europäischen Durchschnitt.

¹
<http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2017/tdi> (abgerufen am 4. 8. 2017)

Tabelle 4.2:

Durchschnittliches Alter (Mittelwert und Median) und Latenzzeit bei Personen, die erstmals wegen der Leitdroge Heroin eine längerfristige Behandlung in Anspruch nehmen

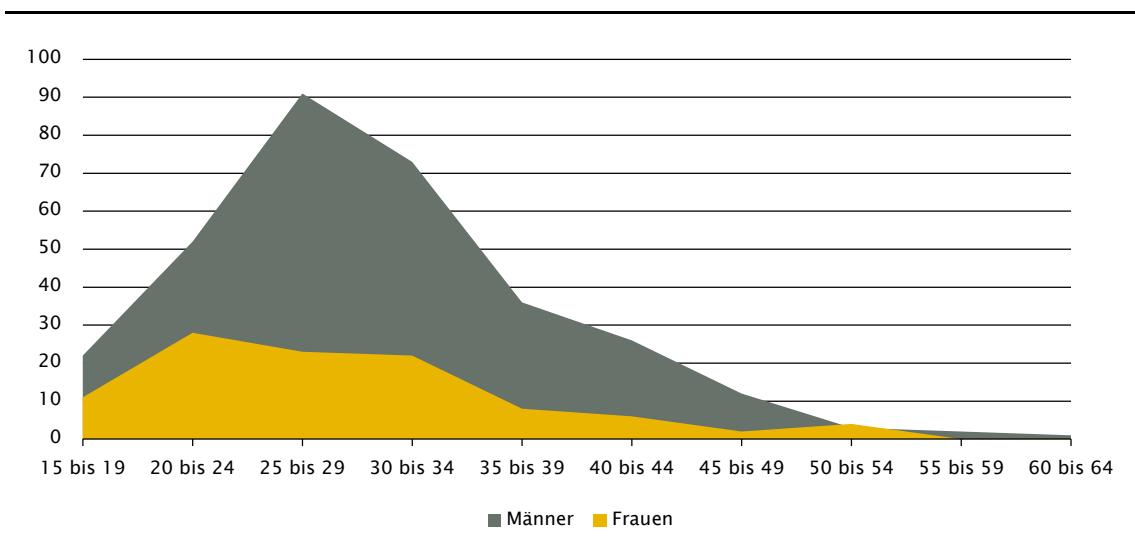
	Erstkonsum Mittelwert/Median	Alter bei Behandlungsbeginn Mittelwert/Median	Latenzzeit Mittelwert/Median
Männer	20/20	31/29	9,5/8,0
Frauen	19/18	29/28	9,7/8,0

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2016

Insgesamt sprechen die Ergebnisse der Auswertungen in puncto Geschlechtsunterschiede und Alter bei Opiatabhängigkeit dafür, dass der geringere Prozentsatz der Frauen in der Altersgruppe über 30 Jahre in erster Linie auf den späteren Einstieg der Männer – sowohl in den Konsum als auch in die Behandlung – zurückzuführen ist. Auch die Darstellung der Absolutzahlen bei den erstmals in ihrem Leben wegen Heroinsucht längerfristig behandelten Personen spricht für diese Auslegung (vgl. Abbildung 4.11). Näheren Aufschluss darüber könnte aber eine geschlechtsspezifische Auswertung der nächsten Prävalenzschätzung bringen.

Abbildung 4.11:

Absolutzahlen der Personen, die wegen der Leitdroge Heroin im Jahr 2016 erstmalig in ihrem Leben eine längerfristige Betreuung aufsuchten, nach Geschlecht und Alter



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2016

4.3 Geschlecht und ausgewählte Aspekte der Lebenssituation

Tabelle 4.3:

Längerfristig ambulant oder stationär betreute Personen und ausgewählte Indikatoren von Lebenssituation und Geschlecht, 2016

Indikator	Gesamt		Leitdroge Opiate		Leitdroge Cannabis	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Lebensmittelpunkt Wien ¹	39 %	45 %	45 %	51 %	22 %	27 %
kein Pflichtschulabschluss ²	4 %	3 %	4 %	3 %	4 %	5 %
außer Pflichtschule kein weiterführender Schulabschluss ²	43 %	51 %	44 %	54 %	41 %	42 %
Lehrabschluss ²	41 %	30 %	42 %	30 %	44 %	34 %
BS, AHS, BHS, Studium ²	12 %	16 %	11 %	14 %	11 %	19 %
erwerbstätig ¹	27 %	21 %	20 %	17 %	42 %	33 %
Arbeitslosengeld ¹	41 %	34 %	52 %	41 %	31 %	24 %
bedarfsorientierte Mindestsicherung ¹	10 %	16 %	12 %	20 %	7 %	12 %
Kind, Schüler/-in, Student/-in ¹	3 %	5 %	0 %	1 %	9 %	15 %
ungesicherte Wohnsituation ¹	9 %	10 %	11 %	12 %	4 %	4 %
versorgepflichtiges Kind ¹	25 %	35 %	31 %	38 %	14 %	22 %
allein lebend ¹	35 %	40 %	39 %	43 %	27 %	30 %
mit Kind zusammenlebend ¹	10 %	19 %	10 %	17 %	10 %	20 %

Anmerkung:

(1) Die Angaben beziehen sich auf alle Personen, die 2016 eine längerfristige ambulante oder stationäre Betreuung begonnen haben. (Gesamt n = 4.399; Opiate n = 1.867; Cannabis n = 1.118)

(2) Die Angaben beziehen sich auf alle Personen über 19 Jahre, die 2016 eine längerfristige ambulante oder stationäre Betreuung begonnen haben.

Rot sind jene Prozentsätze, bei denen sich Männer und Frauen um mindestens 10 Prozentpunkte unterscheiden.

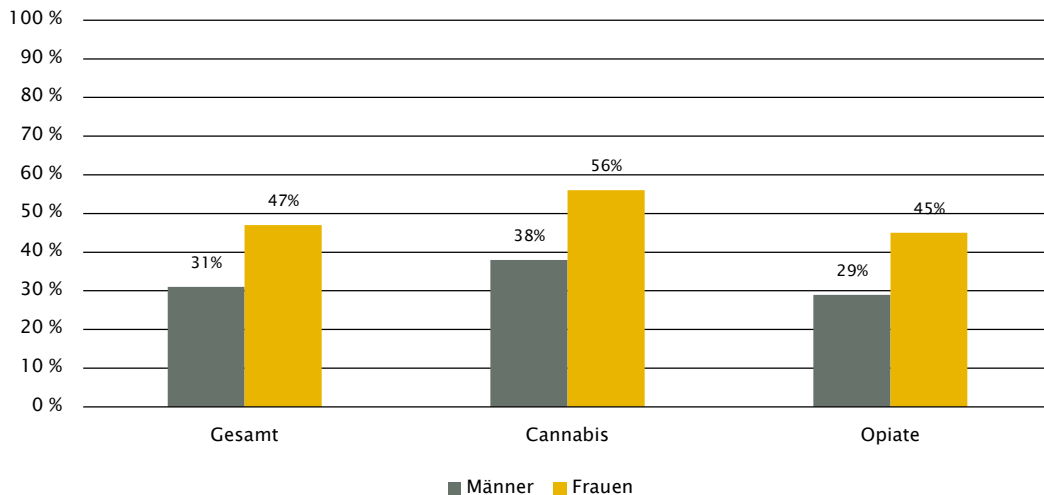
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2016

Hinsichtlich des Lebensmittelpunkts und der Wohnsituation (gesichert/ungesichert) zeigen sich keine wesentlichen Geschlechtsunterschiede, wobei Frauen tendenziell eher Wien als Lebensmittelpunkt angeben. Bei der höchsten abgeschlossenen Schulbildung weisen Männer eher einen Lehrabschluss und Frauen tendenziell eher den Abschluss einer berufsbildenden Schule bzw. einer AHS oder eines Studiums auf. Männer sind eher arbeitslos gemeldet, während Frauen tendenziell eher die bedarfsorientierte Mindestsicherung beziehen. Zwischen den Gruppen mit der Leitdroge Opiate und der Leitdroge Cannabis ergeben sich erwartungsgemäß einige Unterschiede, die beschriebenen Geschlechtsunterschiede finden sich aber in beiden Gruppen.

Frauen haben etwas öfter versorgepflichtige Kinder und leben auch öfter mit Kindern zusammen (vgl. Tabelle 4.3). Wertet man nur jene Gruppe von Personen aus, die angibt, versorgepflichtige Kinder zu haben, so zeigen sich große Geschlechtsunterschiede (vgl. Abbildung 4.12).

Abbildung 4.12:

Anteil der Personen mit versorgepflichtigen Kindern, die mit einem Kind zusammenwohnen, nach Geschlecht und Leitdroge, 2016, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2016

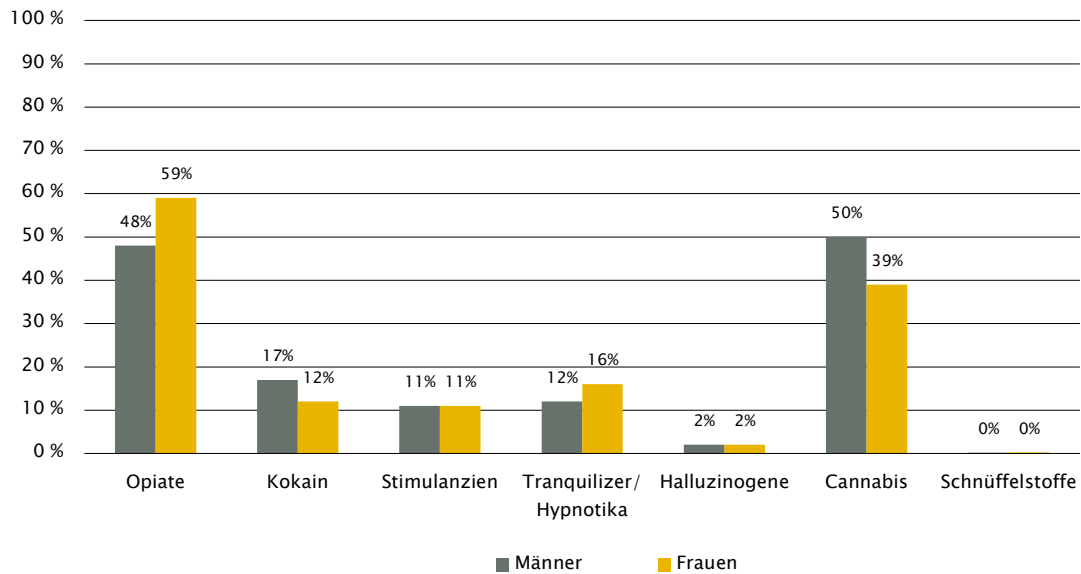
Frauen mit versorgepflichtigen Kindern leben viel öfter mit Kindern zusammen als Männer mit versorgepflichtigen Kindern. Einschränkend muss zwar angemerkt werden, dass die beiden Items „versorgepflichtiges Kind“ und „lebt mit Kind zusammen“ voneinander unabhängig erfragt werden – d. h. dass das Kind, mit dem zusammengewohnt wird, nicht unbedingt das versorgepflichtige Kind sein muss (es könnte z. B. auch ein minderjähriges Geschwister sein). Da dies nicht allzu oft vorkommen wird, ist dennoch der Schluss plausibel, dass Frauen mit versorgepflichtigen Kindern wesentlich häufiger auch mit diesen zusammenwohnen als Männer.

4.4 Geschlecht und Drogenkonsum

Sowohl bei der Leitdroge mit Mehrfachnennung (vgl. Abbildung 4.13) als auch bei der hierarchischen Leitdroge (vgl. Abbildung 4.14, hinsichtlich der Definition siehe Abschnitt 5.3) zeigt sich, dass bei den Frauen der Prozentsatz mit der Leitdroge Opiate höher und der Prozentsatz mit der Leitdroge Cannabis niedriger ist als bei den Männern. Detaillierte Beschreibungen der Geschlechtsunterschiede bei der Leitdroge, getrennt für ambulante und stationäre Betreuungen, finden sich im Abschnitt 5.3).

Abbildung 4.13:

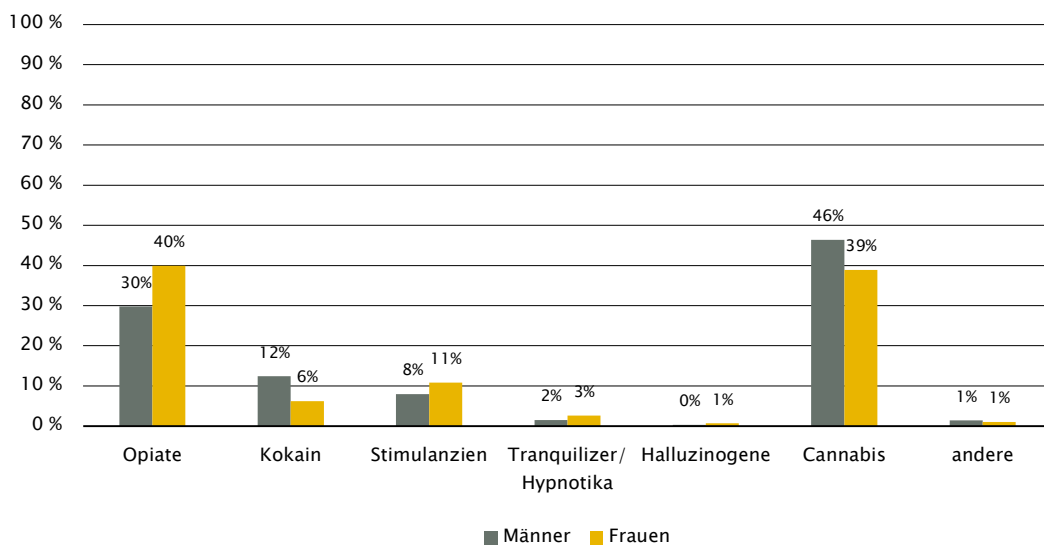
Personen, die 2016 eine ambulante oder stationäre Betreuung begannen, nach Leitdroge (Mehrfachnennung) und Geschlecht, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Betreungsjahr 2016

Abbildung 4.14:

Personen, die 2016 eine ambulante oder stationäre Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdroge (EMCDDA) und Geschlecht, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Betreungsjahr 2016

Im Abschnitt 5.3 finden sich auch Analysen bezüglich des Alters beim Einstieg in den Konsum der unterschiedlichen Drogen, wobei sich zeigt, dass bei den meisten Drogen das Einstiegsalter der Frauen um ein Jahr niedriger ist als jenes der Männer. Als möglicher Hintergrund dafür wird der Entwicklungsvorsprung, den Mädchen in der Pubertät haben, diskutiert (vgl. Haas (2005)). Das niedrigere Einstiegsalter von Frauen ist bei den meisten Studien aus dem US-amerikanischen Raum interessanterweise jedoch nicht zu finden (z. B. Grella/Joshi (1999); Kang et al. (2009)).

Neben dem früheren Einstieg zeigt sich bei Frauen mit intravenösem Drogenkonsum auch ein früherer Einstieg in ebendiesen (vgl. Tabelle 4.4). Hinsichtlich des Schweregrads der Suchterkrankung (Definition für schwerere Drogenproblematik: intravenöser Drogenkonsum in den letzten zwölf Monaten oder Leitdroge Opiate) zeigt sich, dass Frauen in längerfristiger Betreuung mit 64 Prozent öfter eine schwerere Drogenproblematik aufweisen als Männer (52 %). Dies dürfte allerdings in erster Linie auf den erhöhten Anteil von Männern mit der Leitdroge Cannabis zurückzuführen sein (vgl. Abbildung 4.14).

Auffällig ist, dass Frauen mit Opiatproblematik eher als Männer, die in diese Kategorie fallen, zumindest bereits einmal in ihrem Leben Nadel und/oder Pumpe mit einer anderen Person geteilt haben (43 % vs. 37 % „Needle-Sharing“ – Tabelle 4.4). Es sollten daher spezielle präventive Überlegungen für die Zielgruppe i. v. konsumierender Frauen angedacht werden.

Tabelle 4.4:

Längerfristig ambulant oder stationär betreute Personen und Parameter des Drogenkonsums nach Geschlecht, 2016

Parameter	Gesamt		Leitdroge Opiate	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Bereits i. v. Drogen konsumiert ¹	35 %	42 %	65 %	68 %
jemals Needle-Sharing ²	36 %	41 %	37 %	43 %
Alter beim ersten i. v. Konsum unter 20 Jahren ²	32 %	43 %	31 %	43 %
vorwiegende Einnahmeform Heroin: Injizieren ³	30 %	27 %	30 %	27 %

Anmerkung:

(1) Die Angaben beziehen sich auf alle Personen, die 2016 eine längerfristige ambulante oder stationäre Betreuung begonnen haben.

(2) Die Angaben beziehen sich auf alle Personen, die bereits i. v. konsumiert haben.

(3) Die Angaben beziehen sich auf alle Personen, die Heroin konsumier(t)en.

Rot sind jene Prozentsätze, bei denen sich Männer und Frauen um mindestens 5 Prozentpunkte unterscheiden.

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Betreuungsjahr 2016

4.5 Geschlecht und Behandlungsparameter

Hinsichtlich einer gesetzlichen Behandlungsaufgabe zeigt sich deutlich ein höherer Prozentsatz bei Männern als bei Frauen (vgl. Tabelle 4.5). Dieser geschlechtsspezifische Unterschied ist bei der Gruppe mit der Leitdroge Cannabis besonders stark ausgeprägt und könnte ein Hintergrund für

den höheren Männeranteil bei Personen mit der Leitdroge Cannabis darstellen (siehe dazu Abschnitt 5.3). Dass etwas mehr Frauen jemals in Substitutionsbehandlung waren, liegt wohl am höheren Anteil der Leitdroge Opiate bei den Frauen.

Bei der Betreuungsdauer und beim Behandlungsabbruch lassen sich kaum markante Geschlechtsunterschiede feststellen – Frauen befinden sich tendenziell länger in Behandlung (vgl. Tabelle 4.5).

Tabelle 4.5:
Längerfristig ambulant oder stationär betreute Personen und ausgewählte Behandlungsparameter, 2016

Parameter	Gesamt		Leitdroge Opiate		Leitdroge Cannabis	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
gesetzliche Auflage ¹	33 %	19 %	22 %	14 %	50 %	29 %
jemals in Substitutionsbehandlung	50 %	58 %	84 %	87 %	3 %	4 %
Betreuungsabbruch ²	42 %	42 %	42 %	40 %	38 %	34 %
Betreuungsdauer zum Stichtag 30. 6. 2016 über 6 Monate ³	67 %	73 %	74 %	77 %	63 %	67 %
Betreuungsdauer zu Betreuungsende über 6 Monate ²	47 %	51 %	50 %	49 %	57 %	57 %

Anmerkung:

(1) Die Angaben beziehen sich auf alle Personen, die 2016 eine längerfristige ambulante oder stationäre Betreuung begonnen haben.

(2) Die Angaben beziehen sich auf alle Personen, die 2016 eine längerfristige ambulante oder stationäre Betreuung beendet haben.

(3) Die Angaben beziehen sich auf alle Personen die sich am 30. 6. 2016 in einer längerfristigen ambulanten oder stationären Betreuung befanden.

Rot sind jene Prozentsätze, bei denen sich Männer und Frauen um mindestens 5 Prozentpunkte unterscheiden.

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Betreuungsjahr 2016

4.6 Resümee

Die Analysen des vorliegenden Schwerpunktkapitels liefern im Wesentlichen fünf relevante Aussagen:

- » Die Geschlechtsverteilung in den DOKLI-Einrichtungen entspricht im Wesentlichen jener in anderen Datenquellen des Monitoringsystems.
- » Der Frauenanteil ist bei Personen mit der Leitdroge Opiate höher als bei Personen mit der Leitdroge Cannabis.
- » Frauen in drogenspezifischer Betreuung sind im Schnitt etwas jünger als Männer, die in diese Kategorie fallen, sie weisen auch beim Einstieg in den Opiatkonsum ein geringeres Alter auf und sind beim ersten i. v. Konsum jünger.
- » Die Latenzzeit zwischen dem Erstkonsum von Heroin und dem Behandlungsbeginn ist in Österreich um 1,5 Jahre geringer als im europäischen Durchschnitt.
- » Frauen mit Opiatproblematik haben öfter als Männer schon einmal „Needle-Sharing“ betrieben.

Die Tatsache, dass die Geschlechtsverteilung der DOKLI-Klientel jener in anderen Quellen des Drogenmonitorings (Substitutionsbehandlungen, opiatbezogene Anzeigen, drogenbezogene Todesfälle) entspricht, stellt ein Indiz dafür dar, dass keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Zugänglichkeit des Systems der Drogenhilfe bestehen, wie dies in einigen wissenschaftlichen Arbeiten postuliert wird (Benachteiligung von Frauen durch in erster Linie auf Männer ausgerichtete Drogeneinrichtungen). Es kann zwar nicht ausgeschlossen werden, dass es Gruppen von Personen mit Drogenproblemen gibt, die in den oben angeführten Datenquellen generell seltener aufscheinen, sollte die These der Benachteiligung von Frauen im System der Drogenhilfe stimmen, müsste es jedoch eine Gruppe von Frauen mit Drogenproblemen außerhalb des Systems der Drogenhilfe geben, die nicht hochriskant konsumiert (keine drogenbezogenen Todesfälle) und auch nicht mit dem Gesetz in Konflikt gerät – was in Summe betrachtet sehr unwahrscheinlich ist. Der DOKLI-Frauenanteil ist, gemessen an den Behandlungsdaten anderer EU-Länder, höher.

Vergleicht man die beiden Gruppen Personen mit der Leitdroge Opiate und Personen mit der Leitdroge Cannabis, so zeigt sich, dass der Frauenanteil in ersterer etwas höher ist. Dies ist nicht nur in Österreich so, sondern in fast allen Ländern der EU. Es handelt sich somit um ein relativ stabiles EU-weites Phänomen. Über seine Ursachen kann nur spekuliert werden. Geschlechtsspezifisch unterschiedliche Konsummuster bzw. eine verstärkte Verfolgung männlicher Cannabiskonsumenten (Therapieauflage) sind mögliche Erklärungsansätze.

Frauen weisen nicht nur ein geringeres Alter beim Erstkonsum auf, sie steigen auch früher in die Behandlung ein, beispielsweise steigen rund 60 Prozent der Frauen mit der Leitdroge Heroin bereits mit unter 30 Jahren in die Behandlung ein, bei den Männern sind es nur 52 Prozent. Bei der Substitutionsbehandlung zeigt sich dieser Unterschied noch deutlicher.

Die Latenzzeit zwischen dem Erstkonsum von Heroin und dem Beginn der ersten längerfristigen Behandlung ist in Österreich um 1,5 Jahre geringer als im europäischen Durchschnitt. Dies spricht für eine gute Zugänglichkeit des Drogenhilfesystems in Österreich. Die Latenzzeit (Mittelwert) beträgt bei Männern 9,4 und bei Frauen 9,7 Jahre.

Auffällig ist, dass Frauen mit Opiatproblematik eher als Männer bereits einmal Nadel und/oder Pumpe mit einer anderen Person geteilt haben. Es sollten daher spezielle präventive Überlegungen für die Zielgruppe i. v. konsumierender Frauen angedacht werden.

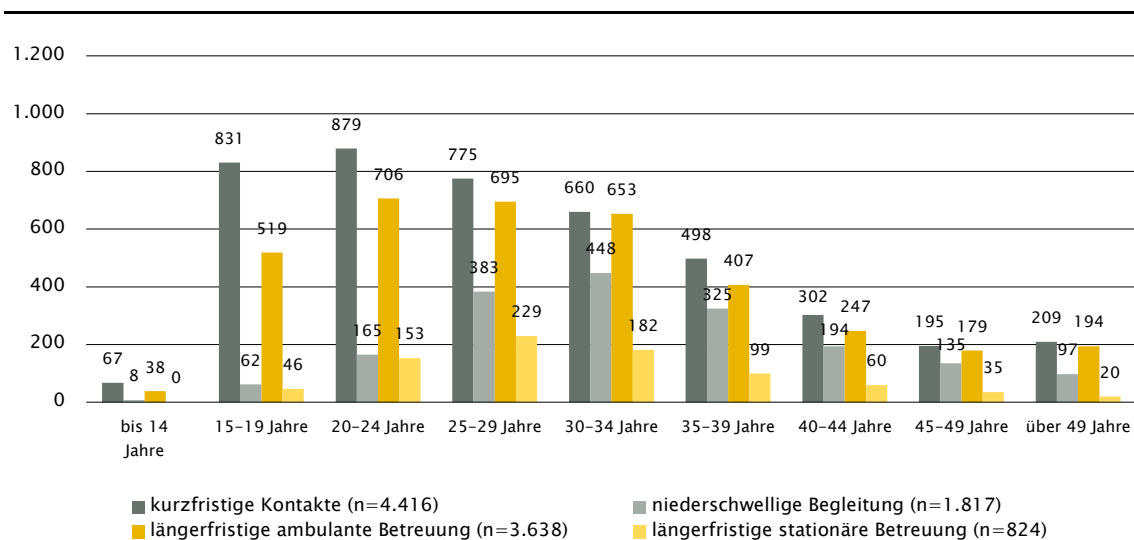
5 Detailergebnisse DOKLI

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

5.1 Soziodemografie

Je nach Setting sind zwischen vier Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 20 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen 30 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 46 Prozent (in längerfristig stationärer Betreuung) der Klientel sind in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre zu finden (vgl. Abbildung 5.1).

Abbildung 5.1:
Anzahl der Personen, die 2016 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Alter und Art der Betreuung

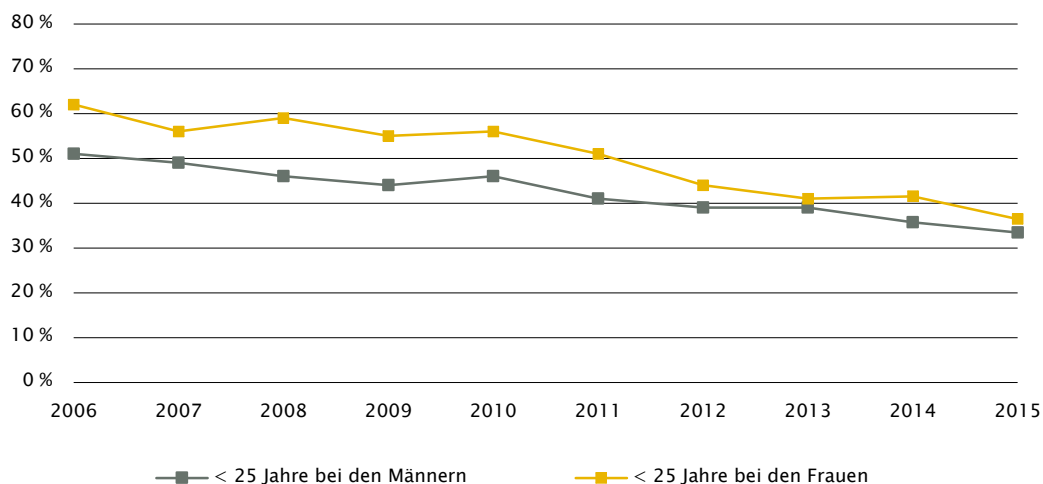


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2016

Betrachtet man die Gruppe der Personen im Alter von unter 25 Jahren, so zeigt sich, dass deren Anteil im ambulanten Bereich tendenziell abgenommen hat. Im Jahr 2006 betrug der Frauenanteil in dieser Altersgruppe noch 62 Prozent, 2016 waren hingegen nur mehr 36 Prozent der Frauen, die mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, unter 25 Jahre alt. Bei den Männern machten die entsprechenden Anteile 51 Prozent bzw. 34 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 begannen, 2007 bis 2016



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2016

Der Anteil an Frauen beträgt je nach Setting zwischen 20 Prozent (kurzfristige Kontakte) und 24 Prozent (in niederschwelliger Begleitung).

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

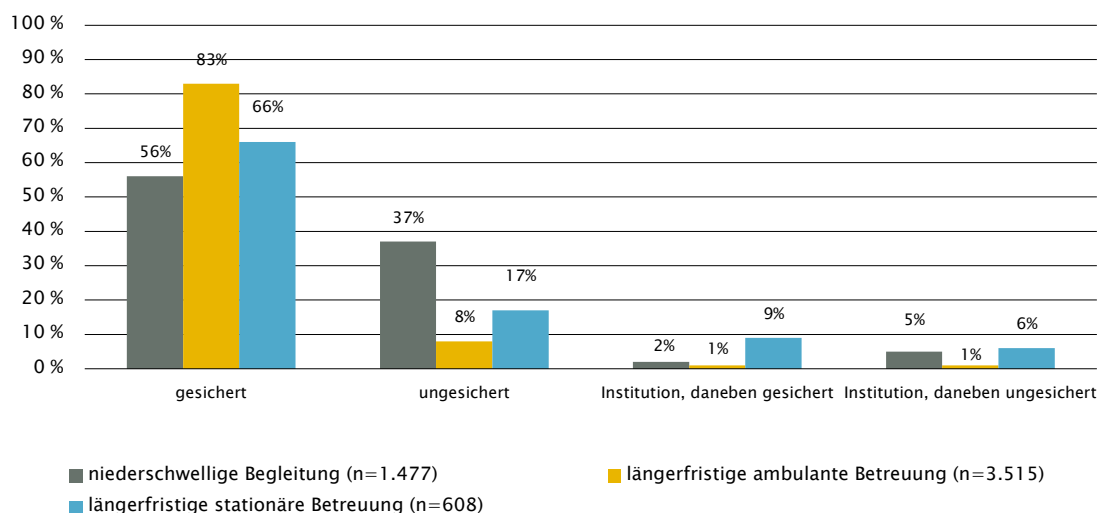
Etwa ein Viertel der betreuten Männer im längerfristig ambulanten und stationären Bereich hat versorgepflichtige Kinder. Rund ein Drittel der Frauen im längerfristig ambulanten und fast die Hälfte der Frauen im stationären Setting gibt an, versorgepflichtige Kinder zu haben (vgl. DOKLI 15 im Annex). Etwa 84 Prozent der Klientel sind österreichische Staatsbürger, 11 Prozent besitzen eine Staatsbürgerschaft außerhalb der EU. Während Obdachlosigkeit für das Gros der längerfristig Betreuten kein unmittelbares Problem darzustellen scheint, zeigt über ein Drittel der Klientel im niederschweligen Betreuungsbereich große Defizite hinsichtlich der Wohnsituation (vgl. Abbildung 5.3 und DOKLI 22 im Annex). Bei Interpretation der Angaben zur Wohnsituation ist aber zu beachten, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B. wenn die Klientin oder der Klient aufgrund ihrer bzw. seiner Suchterkrankung mangels anderer Alternativen bei den Eltern wohnt).

¹

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

Abbildung 5.3:

Personen, die 2016 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Wohnsituation und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2016

45 Prozent (in längerfristiger ambulanter Betreuung) und 43 Prozent (in längerfristiger stationärer Betreuung) der Klientel im Alter von über 20 Jahren nennen als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Pflichtschulabschluss. Wie in der Gesamtbevölkerung haben Männer – besonders jene in ambulanter Betreuung – häufiger als Frauen einen Lehrabschluss als höchste Ausbildungsstufe (43 % vs. 31 % im ambulanten bzw. 40 % vs. 26 % im stationären Setting; vgl. DOKLI 17 im Annex).

Der Anteil an erwerbstätigen Klientinnen und Klienten ist im stationären und niederschweligen Bereich am geringsten (10 %). Die meisten dieser Personen sind arbeitslos gemeldet (55 %) bzw. „nicht erwerbstätig und sonstige Form des Lebensunterhalts unbekannt“ (29 %; vgl. 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 dafür 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.

Bedarfsorientierte Mindestsicherung wird bei den Klientinnen und Klienten des niederschweligen Betreuungssettings und in der längerfristig stationären Betreuung vorwiegend von der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen bezogen (22 % bzw. 13 %; vgl. DOKLI 19 im Annex). Im längerfristig ambulanten Setting dominieren hingegen Personen ab 30 Jahren (16 %).

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

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 ist ausschließlich wegen Drogenproblematik in Betreuung¹. Am deutlichsten wird dies bei den längerfristigen stationären Betreuungen (86 %) und den längerfristigen ambulanten Betreuungen (66 %), am geringsten ausgeprägt ist dies im Bereich der kurzfristigen Kontakte (57 %). 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: 66 Prozent der niederschwellig begleiteten Personen, 61 Prozent der längerfristig ambulant Betreuten, 50 Prozent der Klientinnen und Klienten in längerfristiger stationärer Behandlung und 48 Prozent der Personen mit kurzfristigen Kontakten haben bereits früher Angebote der Drogenhilfe in Anspruch genommen (vgl. DOKLI 3 im Annex).

Im niederschweligen Setting sind 70 Prozent der Klientinnen und Klienten zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung, im längerfristigen ambulanten Setting sind es 32 Prozent, und im längerfristigen stationären Setting sind es 45 Prozent (bei kurzfristigen Kontakten wird diese Variable nicht erhoben); Substitutionsbehandlungen, die erst im Zuge der Betreuung begonnen worden waren, wurden nicht erfasst (vgl. DOKLI 4 im Annex). Jemals in Substitutionsbehandlung waren im niederschweligen Bereich 95 Prozent der Personen, im stationären Setting 81 Prozent und im längerfristigen ambulanten Setting 47 Prozent (vgl. DOKLI 5 im Annex). Im ambulanten Bereich

1

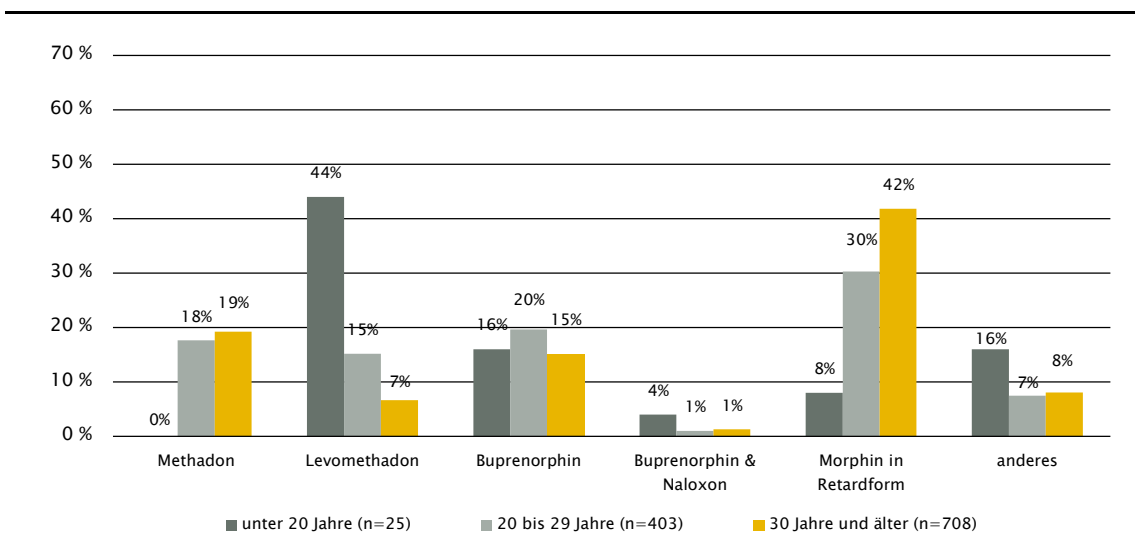
In der DOKLI-Beiratssitzung am 14. 9. 2017 wurde über die Vermutung diskutiert, dass in der Praxis eine zusätzliche bestehende Alkohol- oder Medikamentenproblematik möglicherweise nicht immer kodiert ist.

ist der Anteil der Frauen, die bereits in Substitutionsbehandlung waren, etwas höher als der entsprechende Anteil bei den Männern. Es gibt hier große Unterschiede nach Bundesland: Während beispielsweise in den Vorarlberger¹ und Tiroler oder burgenländischen Einrichtungen nur 9 bzw. 12 Prozent der ambulant längerfristig betreuten Klientel zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung sind, trifft dies in den steirischen, Salzburger, Kärntner und Wiener Einrichtungen auf über 30 Prozent zu (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 37 % und 70 %, im Vergleich dazu: Methadon-Anteil zwischen 11 % und 20 % – vgl. DOKLI 6 im Annex). Levomethadon spielt in erster Linie in der jüngsten Altersgruppe eine gewisse Rolle (vgl. Abbildung 5.4), einschränkend ist anzumerken, dass die Zahl der unter 20-Jährigen in Substitutionsbehandlung sehr gering ist (n = 25).

Abbildung 5.4:

Verwendetes Substitutionsmittel von Personen, die im Jahr 2016 mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begannen und zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung waren, nach Alter



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2016

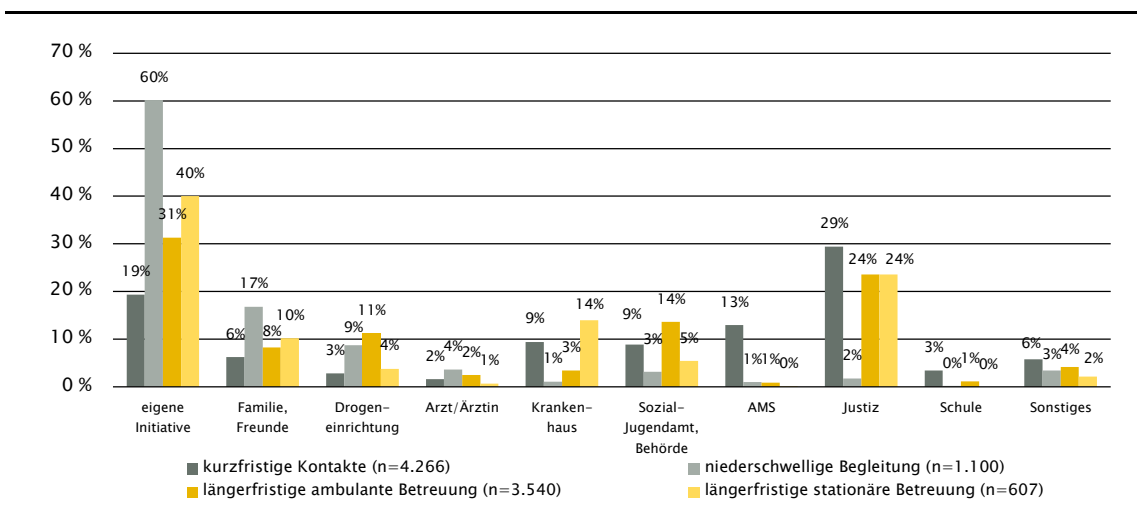
Der Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme mit der Drogenhilfeeinrichtung ist je nach Betreuungsform unterschiedlich: Zur stationären Behandlung und in eine niederschwellige Begleitung führte 40 bzw. 60 Prozent der Klientinnen und Klienten zentral die eigene Initiative (vgl. DOKLI 7 und

1

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

DOKLI 8 im Annex). In andere Betreuungsformen führte die eigene Initiative mit einem Anteil zwischen 19 und 31 Prozent. Häufig stellt auch ein Justizzusammenhang den Hauptanstoß dar, außer zur Inanspruchnahme einer niederschweligen Begleitung. Hier spielen Familie und Freunde/Freundinnen und die Vermittlung seitens anderer Einrichtungen eine gewisse Rolle (vgl. Abbildung 5.5). Auffällig ist, dass Personen mit schwererer Drogenproblematik (außer im niederschweligen Bereich) häufiger aus eigener Initiative Betreuung in Anspruch nehmen als jene mit leichter Problematik.

Abbildung 5.5:
Häufigste Hauptanstöße für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2016 mit einer Betreuung begannen, nach Betreuungsart

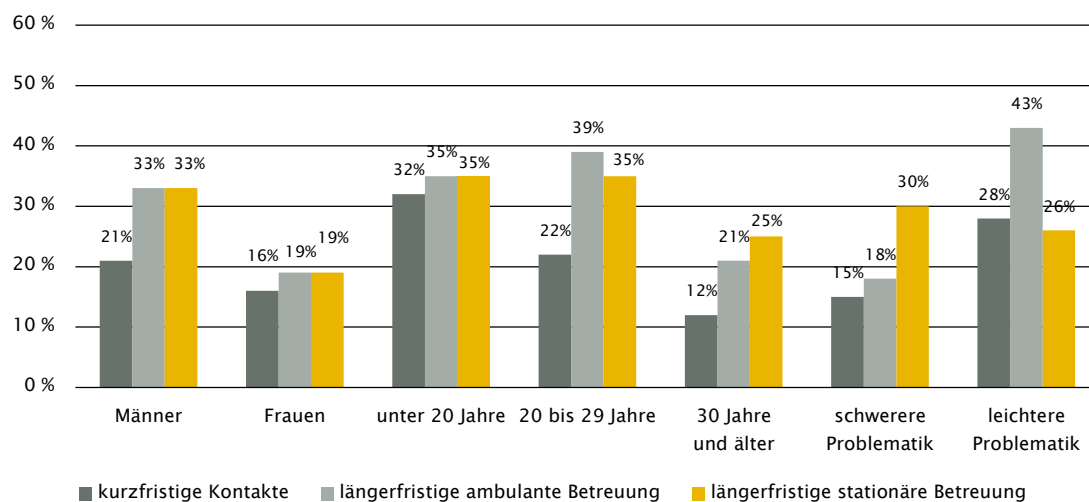


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2016

Für 20 Prozent (bei Kurzkontakten) bzw. 30 Prozent der Klientinnen und Klienten in längerfristig ambulanten oder stationären Betreuungen 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. In allen Betreuungsformen 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 bei den Älteren § 39 SMG (vgl. DOKLI 12 im Annex) schlagend wird. Personen mit schwererer Drogenproblematik haben – vor allem in längerfristigen ambulanten Betreuungen – deutlich seltener eine Auflage oder Weisung hinsichtlich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme als jene mit leichter 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 2016 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach Geschlecht, Alter, Schweregrad der Drogenproblematik und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2016

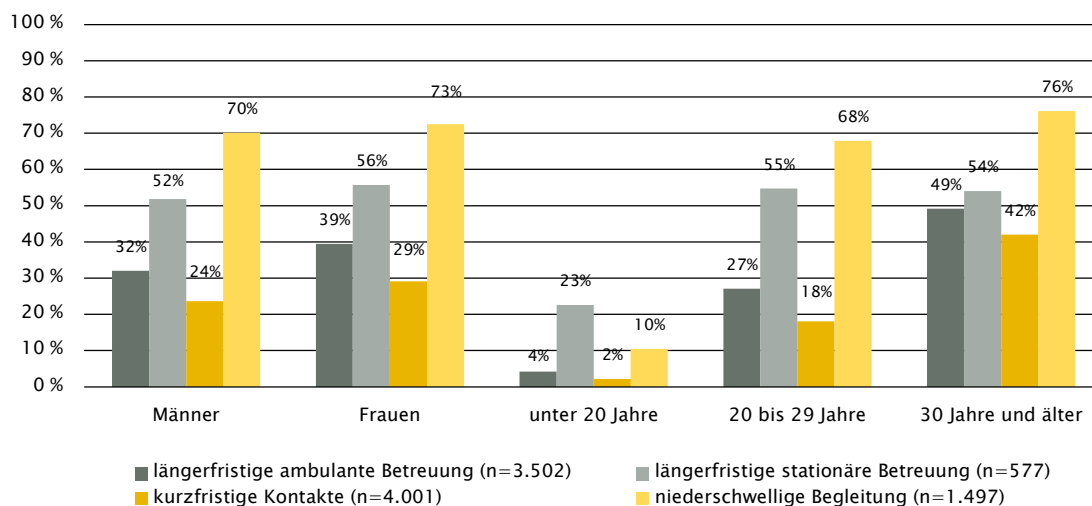
Zusammenfassung: Der Großteil der in österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen erfassten Klientinnen und Klienten ist ausschließlich wegen Drogenproblematik in Betreuung, eine gewisse Relevanz hat zusätzlich der Betreuungsschwerpunkt Alkohol. Viele der betreuten Personen hatten bereits vor der aktuellen Betreuung Erfahrung mit der Drogenhilfe. Der Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme mit der Drogenhilfeeinrichtung unterscheidet sich stark zwischen den Betreuungssettings. Personen mit schwererer Drogenproblematik haben – vor allem in längerfristigen ambulanten Betreuungen – deutlich seltener eine Auflage oder Weisung hinsichtlich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme als jene mit leichterer Problematik. Jüngere Personen beginnen eine Betreuung öfter aufgrund einer Auflage/Weisung als ältere Personen. Je nach Setting sind zwischen 32 und 70 Prozent der Klientinnen und Klienten zu Beginn der Betreuung in Substitutionsbehandlung.

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 25 %, in niederschwelliger Begleitung 71 %, in ambulanter längerfristiger Betreuung 34 %, in stationärer Betreuung 53 % – vgl. DOKLI 24 im Annex). Tendenziell nimmt der Anteil an Personen mit intravenösem Drogenkonsum (i. v. Konsum) mit dem Alter zu (vgl. DOKLI 25 im Annex). Insgesamt – mit Ausnahme des niederschwelligen Settings – ist der Anteil an Personen, die bereits intravenös Drogen konsumiert haben,

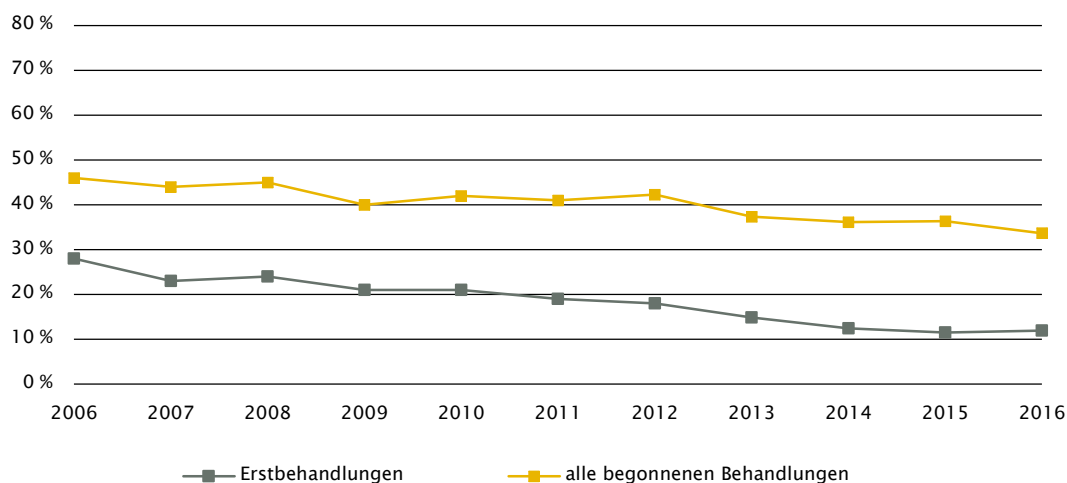
bei den Frauen höher als bei den Männern (vgl. DOKLI 24 im Annex und Abbildung 5.7). Detailanalysen des intravenösen Drogenkonsums finden sich im Schwerpunkt Kapitel des DOKLI-Berichts zum Betreuungsjahrgang 2007 (vgl. Busch et al. 2008).

Abbildung 5.7:
Personen, die 2016 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen und jemals intravenös Drogen konsumierten, nach Geschlecht, Alter und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2016

Abbildung 5.8:
Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begannen und jemals intravenös Drogen konsumierten, nach Jahren



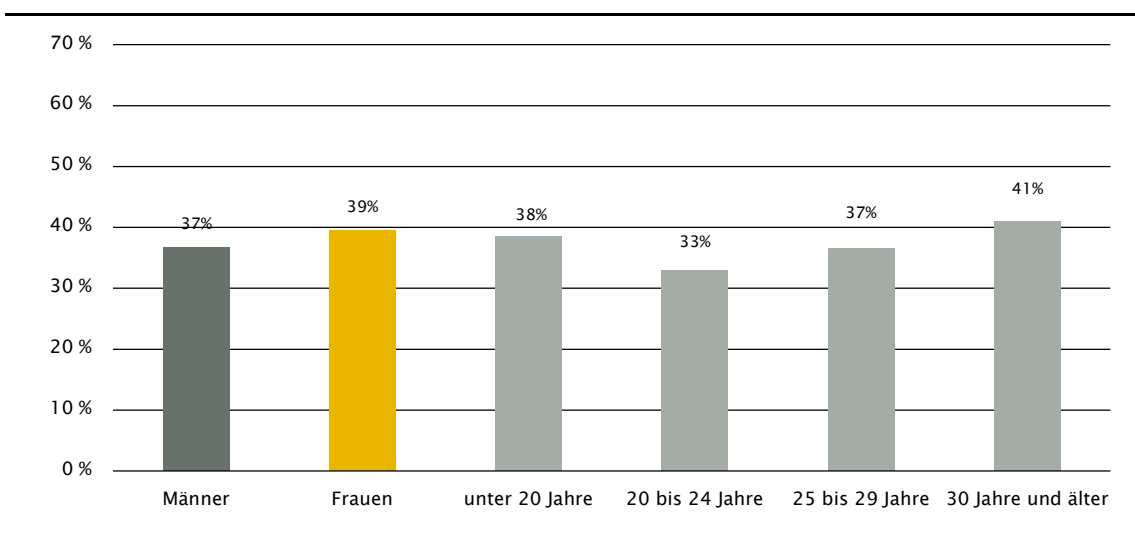
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2006 bis 2016

Der Anteil der Personen, die bereits einmal intravenös Drogen konsumiert haben, an den Klientinnen und Klienten, die mit einer ambulanten Betreuung beginnen, hat sich über die Jahre verringert. Diese Tendenz ist bei Personen in Erstbehandlungen – mit Ausnahme eines leichten Anstiegs im Jahr 2016 – etwas stärker ausgeprägt als bei allen Personen, die im entsprechenden Jahr eine ambulante Betreuung in Anspruch nehmen (vgl. Abbildung 5.8).

Seit dem Jahr 2014 werden in DOKLI auch Daten in Sachen „Needle-Sharing“ (gemeinsames Benutzen von Spritzen) erhoben. Die Daten beziehen sich auf Österreich ohne Wien¹. Im ambulanten Bereich geben im Jahr 2016 rund 37 Prozent der Personen mit intravenösem Drogenkonsum an, bereits einmal eine gebrauchte Spritze verwendet zu haben. Allerdings liegt das „Needle-Sharing“ bei den meisten Personen länger als ein Jahr zurück (65 %).

Abbildung 5.9:

Jemals „Needle-Sharing“ bei Personen, die Drogen bereits mindestens einmal intravenös konsumierten, nach Geschlecht und Alter (ambulante Betreuungen 2016)



Quelle: CÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2016

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

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

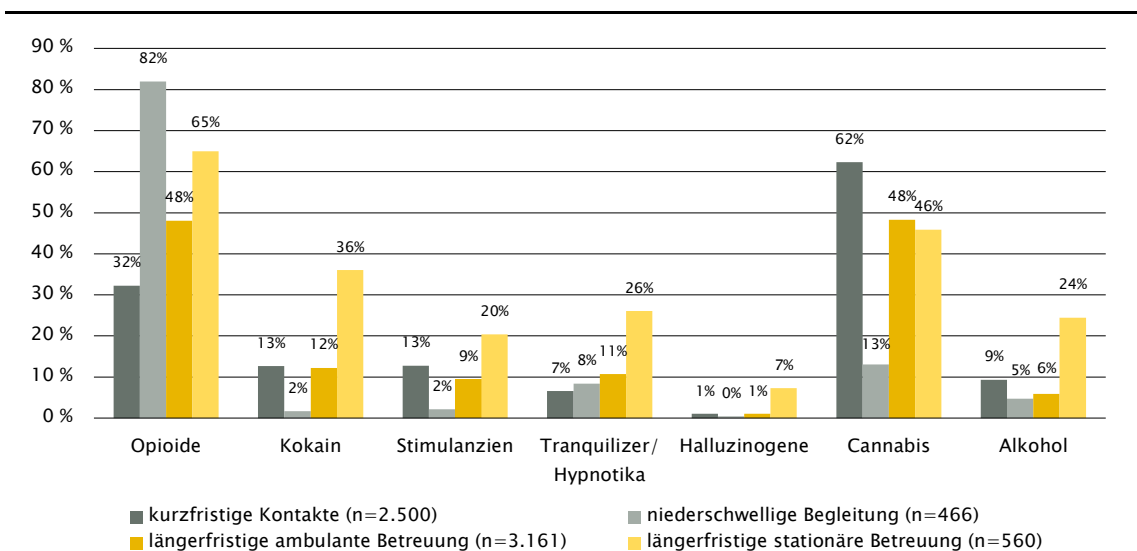
¹

In der Wiener DOKU neu wird diese Variable nicht erhoben.

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

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

Abbildung 5.10:
Personen, die im Jahr 2016 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2016

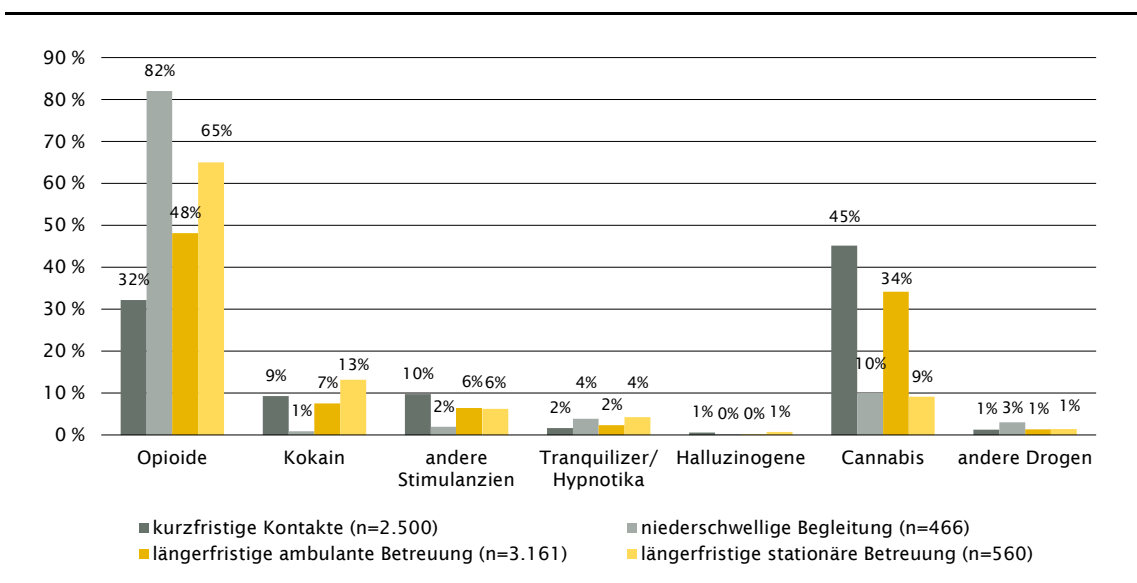
Opiode und Cannabis spielen in allen Betreuungssettings – mit Ausnahme des niederschweligen Bereichs, in dem es fast ausschließlich Opiode sind – eine dominierende Rolle als Leitdroge (vgl. Abbildung 5.10 und DOKLI 28 im Annex). Zum hohen Prozentsatz von Cannabis als Leitdroge siehe Epidemiologiebericht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

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

diesem Grund wird für die Übermittlung der Daten an die EMCDDA bei Personen mit mehr als einer Leitdroge anhand einer „Leitdrogenhierarchie“ vorgegangen. Hat beispielsweise eine Person Opiode und Cannabis als Leitdroge angegeben, werden ihr als Leitdroge Opiode zugeordnet. Folgende Hierarchie wurde dabei herangezogen: Opiode > Kokain > Stimulanzien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis (Details siehe Schwerpunktkapitel des DOKLI-Berichts Klientenjahrgang 2006: Busch et al. (2007)). Diese Definition entspricht noch am ehesten der Vorgangsweise, nur eine Leitdroge zuzulassen (so wird mit der Möglichkeit, nur eine Leitdroge anzugeben, beispielsweise bei Problemkonsum sowohl von Opioiden als auch von Cannabis in der Regel die Wahl auf Opiode fallen).

Abbildung 5.11 zeigt das Ergebnis der hierarchischen Leitdrogenzuordnung. Diese Darstellung verdeutlicht, dass fast alle anderen Leitdrogen außer Cannabis sehr oft in Kombination mit Opioiden angegeben werden. Cannabis wird in 34 Prozent der ambulanten Betreuungen und in 9 Prozent der stationären Betreuungen als alleinige Leitdroge genannt (zu Cannabis siehe auch Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013: Busch et al. (2013)).

Abbildung 5.11:
Personen, die 2016 mit einer drogenspezifischen Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdrogendefinition (EMCDDA) und Art der Betreuung

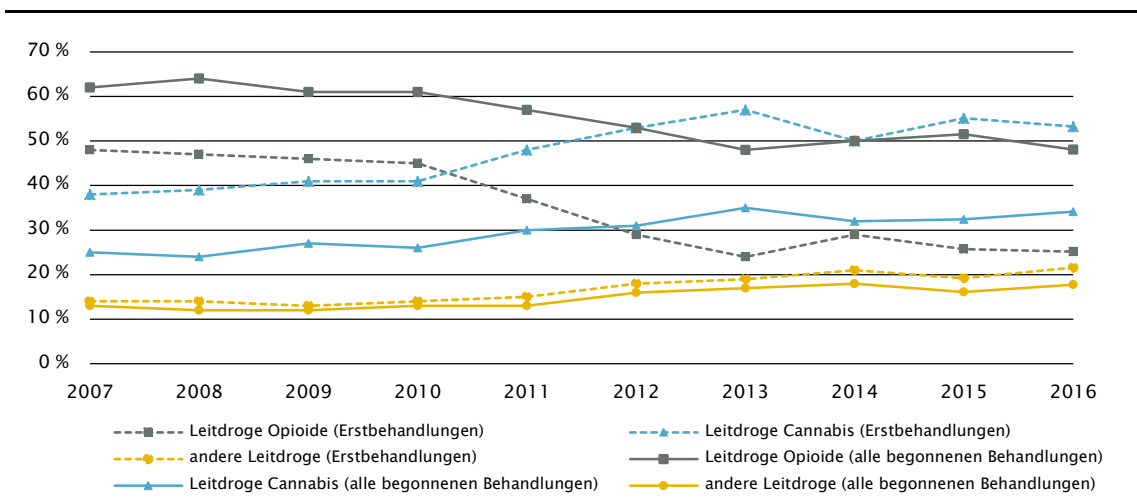


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2016

Betrachtet man die Zeitreihe in Bezug auf Cannabis und Opiode als Leitdroge anhand der hierarchischen Leitdrogendefinition in den DOKLI-Daten, so zeigen sich bis zum Jahr 2013 eine Abnahme des Opioid- und eine Zunahme des Cannabis-Konsums. Dieser Sachverhalt ist bei Personen in Erstbehandlungen etwas stärker ausgeprägt als bei allen Personen, die im entsprechenden Jahr mit einer Betreuung begonnen haben (vgl. Abbildung 5.12). Auch Drogen wie Kokain und andere Stimulanzien gewannen in der Behandlung quantitativ an Bedeutung. Ob dies eine längerfristige Veränderung des risikoreichen Drogenkonsums bedeutet oder nun auch – unabhängig von den

konsumierten Drogen – weniger problematische Fälle in drogenspezifische Behandlung aufgenommen werden, kann derzeit noch nicht gesagt werden. 2013 bis 2016 hat sich der beschriebene Trend jedenfalls nicht fortgesetzt bzw. verläuft seither nicht eindeutig.

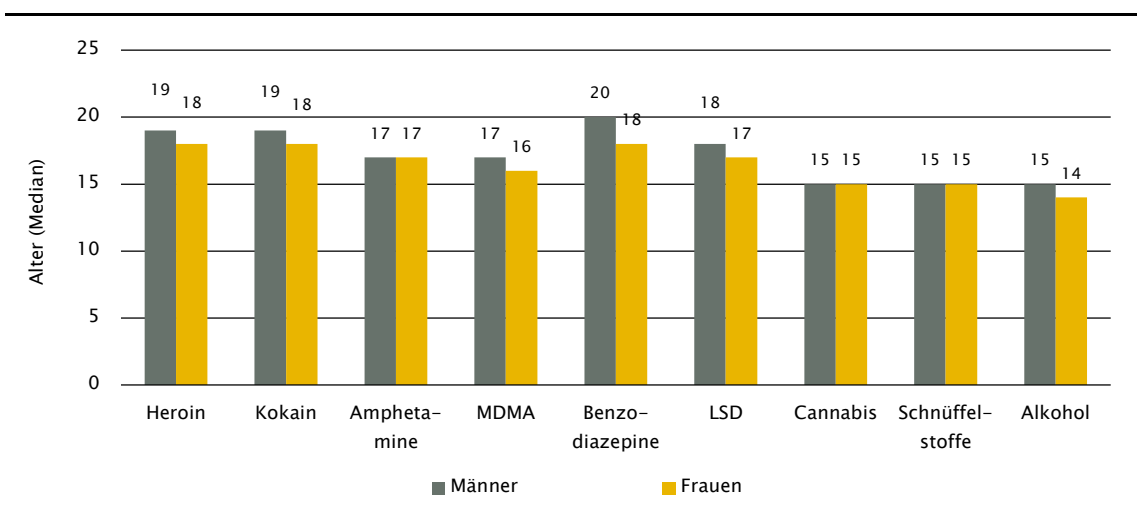
Abbildung 5.12:
Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begannen, nach hierarchischer Leitdroge Opiode und Cannabis und Jahren



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertungen 2007 bis 2016

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 2016 in Österreich mit einer längerfristigen ambulanten Betreuung begannen, nach Substanzen und Geschlecht



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2016

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

Personen in längerfristiger ambulanter Betreuung nannten am häufigsten Sniffen (47 %) als vorwiegende Einnahmeform von Heroin, gefolgt von intravenösem Konsum (34 %). Im stationären Setting erreichen die entsprechenden Werte 57 und 21 Prozent. Dieses interessante Ergebnis wurde im Rahmen des Schwerpunktkapitels des DOKLI-Berichts zum Klientenjahrgang 2007 (Busch et al. 2008) vertiefend analysiert und auch publiziert (Busch/Eggerth 2010). Es wurden Hinweise gefunden, dass ein nicht unerheblicher Teil von Heroinkonsumierenden über die nasale Applikation in den Konsum ein- und erst nach einiger Zeit (wenn überhaupt) auf den intravenösen Drogenkonsum umsteigt. Möglichkeiten hinsichtlich präventiver Maßnahmen, die sich daraus ergeben, werden ebenfalls im DOKLI-Bericht über den Betreuungsjahrgang 2007 ausführlich dargestellt.

Die inhaltliche Detailanalyse der offenen Textangaben zu nicht standardmäßig in DOKLI erfassten Drogen zeigt, dass Methamphetamin, „andere Naturdrogen“ und Mephedron am häufigsten als Leitdrogen genannt werden, insgesamt aber von der numerischen Größe her kaum ins Gewicht fallen.

Tabelle 5.1:

Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulanzien“ und „andere Drogen“ aller 10.344 ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen, 2016

Substanz	Leitdroge	Begleitdroge	Summe
Methamphetamin	140	160	300
Mephedron	25	105	130
andere synthetische Cathinone	13	9	22
Räuchermischungen	3	8	11
Pilze	13	252	265
andere Naturdrogen	52	218	270
GHB	7	13	20
Ketamin	12	61	73

Anmerkung: Es handelt sich um Mehrfachnennungen.

Quelle: DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2016; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Der Anteil der Personen mit intravenösem Konsum (bezogen auf die Lebenszeit) differiert stark nach Setting und liegt daher zwischen 25 und 71 Prozent. Intravenöser Drogenkonsum nimmt mit dem Alter aufgrund der Lebenszeitprävalenz zu, und in fast allen Betreuungssettings ist der Anteil i. v. Konsumierender bei den Frauen höher. Die häufigste Einnahmeform von Heroin ist Sniffen, gefolgt von Injizieren, die Zahlen variieren je nach Betreuungssetting. Opioide und Cannabis spielen in allen Betreuungssettings – mit Ausnahme des niederschweligen Bereichs, in dem es fast ausschließlich Opioide sind – eine dominierende Rolle als Leitdroge. Die Zeitreihe der hierarchischen Leitdroge bei Personen, die eine ambulante Betreuung begonnen ha-

ben, zeigt jedoch bis zum Jahr 2013 eine Abnahme bei den Opioiden und eine Zunahme bei Cannabis. Dieser Trend setzt sich seit 2013 jedoch nicht eindeutig fort. Bei den Stimulanzien zeigt sich seit 2007 eine tendenzielle Zunahme. Ob es sich dabei um eine Trendwende beim risikoreichen Drogenkonsum handelt oder mittlerweile auch weniger problematische Fälle in drogenspezifische Behandlung aufgenommen werden, kann derzeit noch nicht gesagt werden. Der Altersmedian liegt beim Erstkonsum der meisten Drogen zwischen 17 und 20 Jahren.

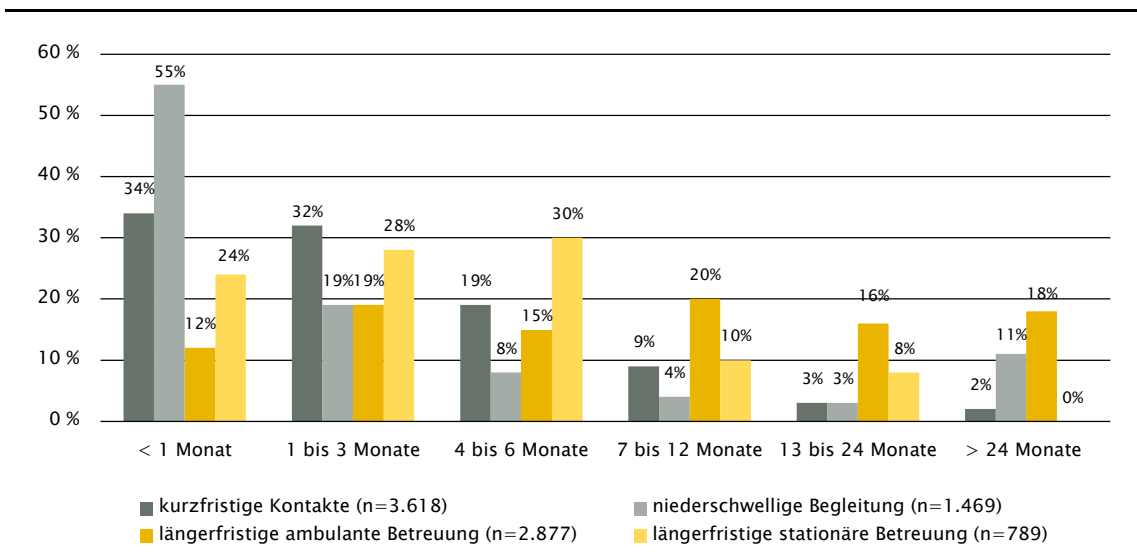
5.4 Situation zu Betreuungsende

Im Jahr 2016 beendeten 3.656 (63 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine kurzfristige Betreuung, 1.462 (55 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine niederschwellige, 2.897 (32 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine längerfristige ambulante und 789 (63 % aller in diesem Setting erfassten) Personen eine stationäre Betreuung.

Der Großteil (67 %) der beendeten kurzfristigen Betreuungen erstreckte sich lediglich über drei Monate, was aber in der Definition dieses Settings begründet ist. Auch der Großteil der erfassten Betreuungen im stationären Setting dauerte maximal drei Monate (52 %). Dies dürfte auch die Realität in der stationären Drogenhilfe mit einer großen Anzahl an Betreuungsabbrüchen (52 %) widerspiegeln. Im längerfristigen ambulanten Bereich lief für 35 Prozent der Klientel die Betreuung über vier bis zwölf Monate und für weitere 34 Prozent länger als ein Jahr. Im niederschweligen Bereich dauerten 74 Prozent der Betreuungen nicht länger als drei Monate (vgl. DOKLI 60 im Annex und Abbildung 5.14). Bei Interpretation dieser Ergebnisse ist jedenfalls zu beachten, dass kurze Betreuungsdauern teilweise auch methodisch verursacht werden: Im DOKLI-System müssen Betreuungssequenzen von Klientinnen und Klienten, die ohne entsprechende Abmachung länger als sechs Monate nicht in der Einrichtung erscheinen, abgeschlossen werden. Im Wiener DOKU-neu-System gilt diesbezüglich eine Frist von drei Monaten. Betreuungsdauerdaten sollten daher mit Vorsicht betrachtet werden.

Abbildung 5.14:

Dauer der Betreuung von Personen, die im Jahr 2016 ihre Betreuung beendeten, nach Setting

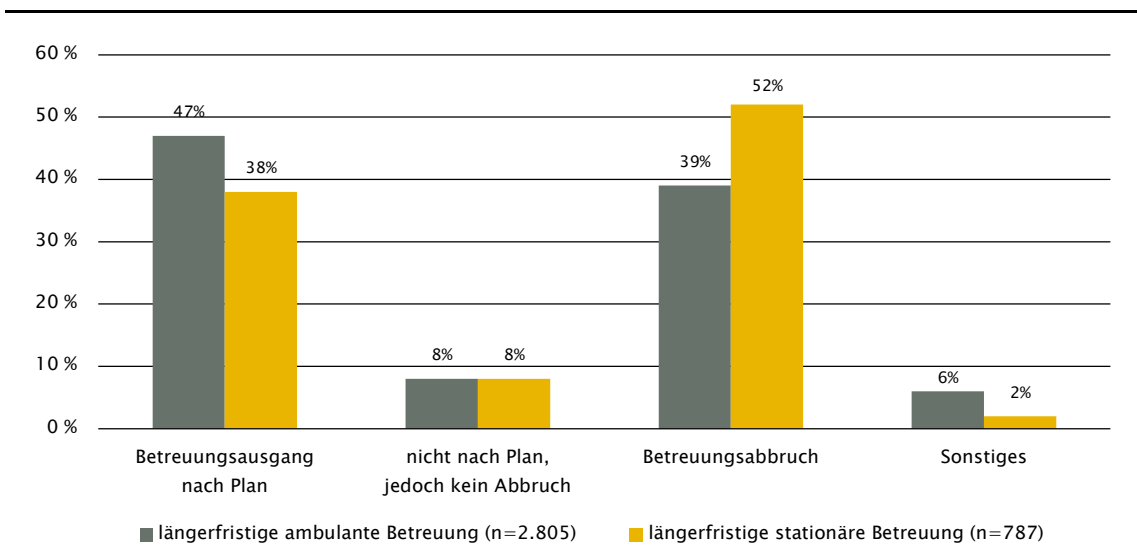


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2016

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

Abbildung 5.15:

Betreuungsausgang bei Personen, die im Jahr 2016 eine Betreuung beendeten, nach Betreuungsart



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2016

47 Prozent der ambulanten und 38 Prozent der stationären Betreuungen enden nach Plan (vgl. DOKLI 63 im Annex und Abbildung 5.15). Im stationären Bereich werden 52 Prozent der Behandlungen abgebrochen, im ambulanten Bereich beläuft sich der Abbruchanteil auf 39 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 51 Prozent der Betreuungen das Land die Kosten, 30 Prozent der abgeschlossenen Betreuungen weisen keinen fallbezogenen Kostenträger aus (vgl. DOKLI 61 im Annex), womit weitgehend der zum Betreuungsbeginn geplante Kostenträger erhalten bleibt (vgl. DOKLI 13 im Annex). Die Daten sind allerdings aufgrund der unterschiedlichen Grundgesamtheiten nicht direkt vergleichbar. Im stationären Bereich haben das Land, die Justiz und die Sozialversicherung (55 % bzw. 35 % und 20 % bei Mehrfachnennungen) die größte Relevanz als Kostenträger. Geplanter und tatsächlicher Kostenträger entsprechen einander weitgehend auch im stationären Bereich.

Zusammenfassung: Die Betreuungen dauern je nach Setting unterschiedlich lang, was teilweise im Setting selbst (z. B. bei kurzfristigen Kontakten) oder in den hohen Abbruchraten (52 %) in der stationären Drogenhilfe begründet liegt und teilweise methodisch auf das DOKLI-System, bei dem nach einem gewissen kontaktlosen Zeitraum eine Beendigung eingetragen werden muss, zurückzuführen ist. Nach Plan endeten 47 Prozent der längerfristigen ambulanten und 38 Prozent der stationären Betreuungen. Auch die Kostenträger unterscheiden sich nach Setting.

6 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle

6.1 Definition und Datengrundlage

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

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

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

Die Daten der Statistik und Analyse basieren auf den dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen übermittelten polizeilichen Meldungen (über mutmaßliche drogenbezogene Todesfälle), Obduktionsergebnissen und Totenbeschauscheinen. Für das Jahr 2016 wurden insgesamt Daten von 383 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.

In der Arbeitsgruppe¹ „drogenbezogene Todesfälle“ im November 2016 wurden Überdosierungen mit verschreibungspflichtigen opioidhaltigen Schmerzmitteln (ohne andere Suchtgifte) diskutiert. Hintergrund der Diskussion: Ziel der Statistik und Analyse der drogenbezogenen Todesfälle ist die Darstellung des hochriskanten Drogenkonsums, die in Zusammenschau mit vier weiteren epidemiologischen Schlüsselindikatoren die Einschätzung der Drogensituation erlaubt. Personen ohne Verbindung zur „Suchtgiftszene“, die z. B. mithilfe eines verschreibungspflichtigen Opioids (ohne andere Substanzen, die im SMG oder NPSG gelistet sind) Suizid verüben, zählen nicht zu diesem Kontext. In der Arbeitsgruppe wurde daher beschlossen, dass Fälle, bei denen starke Zweifel bezüglich der Zugehörigkeit zur „Suchtgiftszene“ bestehen, nicht in die Statistik aufgenommen werden (anhand einer Zusammenschau diesbezüglicher Hinweise). Aus Gründen der Transparenz und zur Beobachtung der Entwicklung dieser Situation werden diese Fälle jedoch separat beschrieben. Im Sterbejahr 2016 wurden acht Personen, die an einer Überdosierung durch opioidhaltige verschreibungspflichtige Schmerzmittel (z. B. Fentanyl, Tramal) ohne weitere Suchtgifte verstarben, aus der Statistik ausgeschlossen, da es bei ihnen keinerlei Hinweise auf „Szenezugehörigkeit“ gab. Zwei Personen, die 2016 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. Bei einem weiteren Verdachtsfall handelte es sich um eine Faulleiche, bei der die Feststellung der Todesursache nicht möglich war.

6.2 Drogenbezogene Todesfälle 2016

Insgesamt wurden für das Jahr 2016 auf Basis von Obduktionsbefunden 146 tödliche Überdosierungen verifiziert. Weitere 19 – allerdings nicht obduzierte – Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (Todesursache „Suchtgiftintoxikation“ auf dem Totenbeschauschein nach bloß äußerer Befundung der Leiche)². In Summe wird daher für das Jahr 2016 von 165 auf eine Überdosierung zurückzuführenden Todesfällen (= direkt drogenbezogene Todesfälle) ausgegangen.

1

In dieser diskutieren jährlich Experten aus verschiedenen Bereichen (Suchthilfe, BMGF, BMJ, BMI, gerichtsmedizinische Institute) drogenbezogene Todesfälle betreffende aktuelle Themen.

2

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

Drogenbezogene Todesfälle betreffen vorrangig **Männer** (77 Prozent der Verstorbenen), die davon Betroffenen sind im Schnitt (gruppiertes Median) 34,1 Jahre alt. Die meisten drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen finden sich in **Wien**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 EMCCDA wurde als relevante Altersgruppe die Gruppe der 15- bis 64-Jährigen ausgewählt. Für das Jahr 2016 ergibt sich für Gesamtösterreich eine Rate von 2,8 Todesfällen pro 100.000 Einwohner/-innen zwischen 15 und 64 Jahren.

Bei 102 der insgesamt 140 durch ein Obduktionsgutachten inklusive ausführlicher toxikologischer Analyse verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle wurde auf Basis der gerichtsmedizinischen Obduktionsgutachten festgestellt, dass diese Personen unmittelbar an einer Überdosierung verstorben waren. 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 38 der 140 Fälle trat der unmittelbare Tod durch eine im Zuge des Suchtmittelkonsums hervorgerufene weitere tödliche Ursache (Sekundärfolge) wie z. B. vom zentralen Nervensystem ausgelöstes Erbrechen mit Ersticken am Erbrochenen (die Hauptbronchien wurden verschlossen) ein oder es kam infolge des Einatmens von Mageninhalt zu einer tödlichen Lungenentzündung (Aspirationspneumonie). Bei 33 der 140 Personen lag ein schwer reduzierter gesundheitlicher Zustand (z. B. Kachexie) vor. In acht Fällen aller direkt drogenbezogenen Todesfälle (165) handelt es sich nachweislich um Suizide, d. h. es wurde z. B. ein Abschiedsbrief hinterlassen.

23,0 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle betrafen Frauen. Dieser Anteil liegt etwas über dem Durchschnitt der letzten Jahre, jedoch unter dem Anteil des Vorjahres (25,5).

Zusammenfassung: Im Jahr 2016 starben insgesamt 165 Personen an einer Überdosierung. Das entspricht einer Rate von 2,8 Todesfällen pro 100.000 Einwohner/-innen zwischen 15 und 64 Jahren, die meisten davon traten in Wien ein. Etwa drei Viertel der Verstorbenen waren Männer. Ungefähr zwei Drittel verstarben unmittelbar an den Folgen der hohen Toxizität, in etwa ein Drittel an Sekundärfolgen der Überdosierung.

1

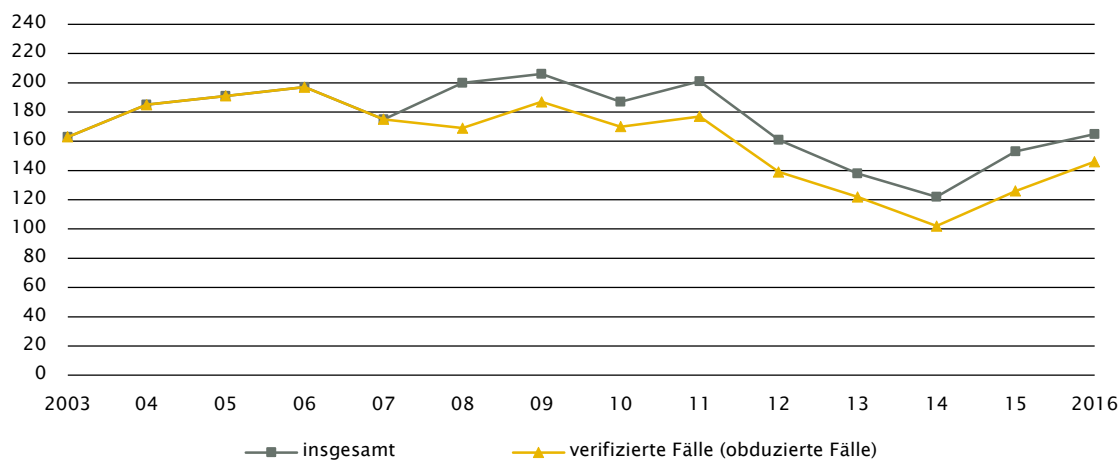
Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

6.3 Trend

Von 2011 bis 2014 zeigt sich ein Rückgang der direkt drogenbezogenen Todesfälle. Im Jahr 2014 erreichten sie den niedrigsten Wert seit über zehn Jahren (vgl. Abbildung 6.1). Seit dem Jahr 2015 ist wieder ein Anstieg zu verzeichnen.

Abbildung 6.1:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2003–2016



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

Abbildung 6.2 veranschaulicht die für drei Jahreswerte geglätteten Raten von 1993 bis 2016 und die obere und untere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls¹.

Es zeigt sich ein klarer und signifikanter Anstieg zu Beginn der 1990er-Jahre, gefolgt von sinkenden Raten ab Mitte der 1990er-Jahre. Von Beginn der 2000er-Jahre bis zu deren Mitte gibt es einen Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle, die danach auf gleichbleibend hohem Niveau verharren. Zwischen 2010 und 2014 gibt es einen stärkeren Rückgang auf 2,1 direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen im Jahr 2014. Seit dem Jahr 2015 steigen die Zahlen wieder an, von 2,6 Fällen im Jahr 2015 auf 2,8 Fälle pro 100.000 Einwohner/-innen im Jahr 2016. Ein Anstieg war in den letzten Jahren auch in anderen europäischen Ländern zu verzeichnen (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2017).

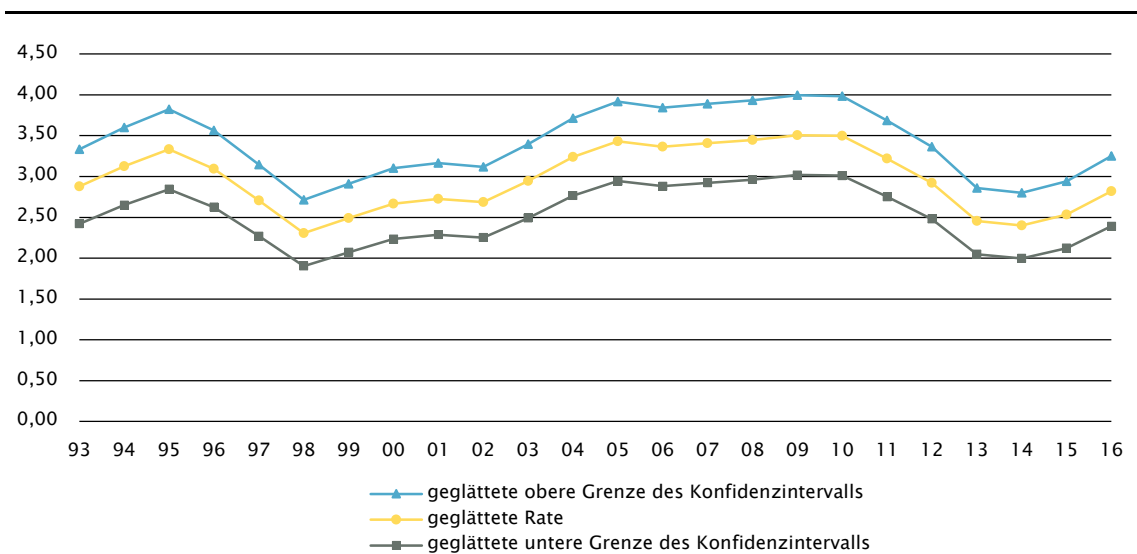
1

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 2016 wird der nicht geglättete Wert dargestellt.

Betrachtet man die Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen für die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen für Gesamtösterreich, Wien und Österreich ohne Wien (vgl. Abbildung 6.3), zeigen sich in der Bundeshauptstadt ähnliche Trendverläufe wie in Gesamtösterreich. Man sieht jedoch eindeutig, dass der Anstieg am Anfang der 1990er-Jahre in Wien wesentlich stärker ausgeprägt war als in den übrigen Bundesländern.

Abbildung 6.2:

95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 Österreicher/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2016, geglätteter 3-Jahres-Wert

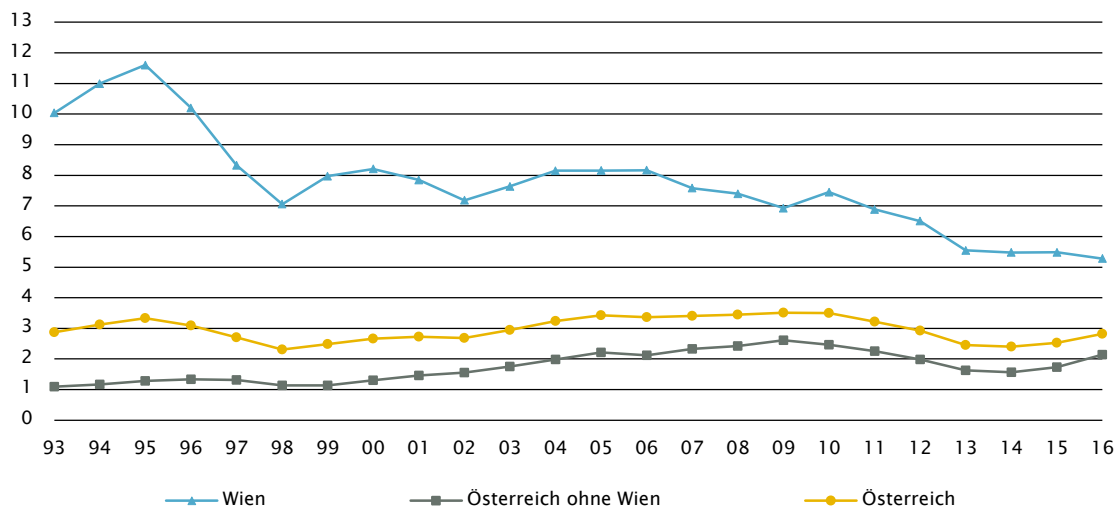


2016-Wert nicht geglättet

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

Abbildung 6.3:

Drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Österreicher/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2016, geglätteter 3-Jahres-Wert nach Region¹



2016-Werte nicht geglättet

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

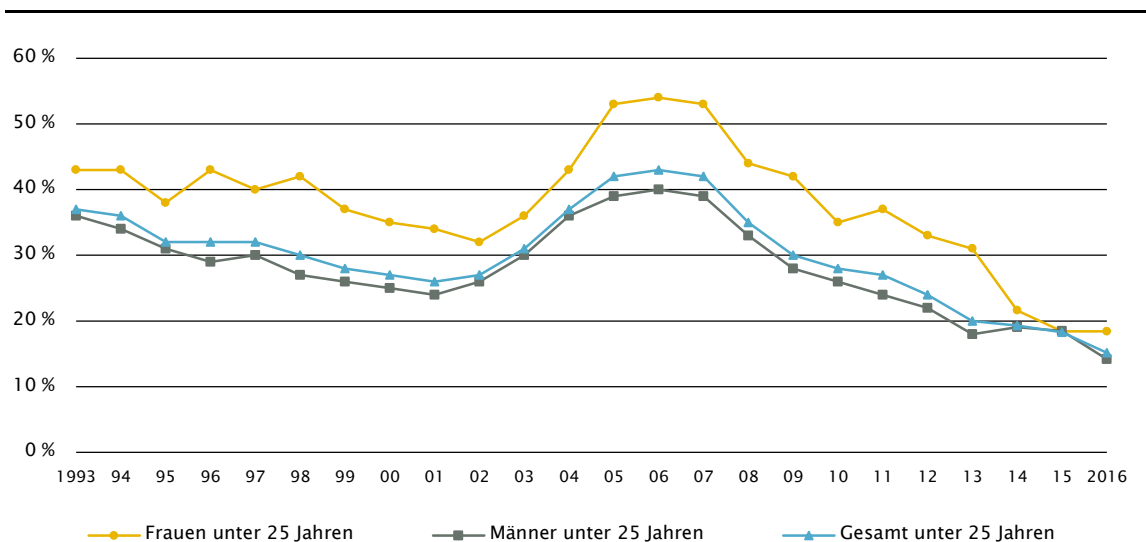
Der Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle in den 1990er-Jahren (Abbildung 6.2) wurde von einem steigenden Anteil drogenbezogener Todesfälle, die Personen unter 25 Jahre betreffen (Abbildung 6.4), begleitet. Dies wiederholte sich auch zu Beginn der 2000er-Jahre. Seit einem Höchstwert Mitte der 2000er-Jahre ist der Anteil drogenbezogener Todesfälle, die junge Menschen betreffen, bis 2013 wieder stark gesunken. In den Jahren 2014 und 2015 stagnierten die gemittelten Werte. Im Jahr 2016 sanken die Anteile wieder, das trifft insbesondere für Männer zu. (vgl. Abbildung 6.4).

1

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

Abbildung 6.4:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen, geglätteter 3-Jahres-Wert nach Geschlecht in den Jahren 1993–2016



2016-Werte nicht geglättet

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

Zusammenfassung: Seit Anfang der Neunzigerjahre zeichnet sich eine wellenförmige Bewegung der drogenbezogenen Todesfälle ab: Die Spitzen sind Mitte der 90er- und 2000er-Jahre zu verzeichnen, wobei die Werte bis 2010 auf relativ hohem Niveau verharren. Danach kommt es bis 2014 wieder zu sinkenden Werten. Seit 2015 sind die Zahlen wieder im Steigen begriffen. Die hohen Raten waren jeweils mit einem Anstieg des Anteils von Personen unter 25 Jahren verbunden, was jedoch nicht für das Jahr 2016 gilt. Regional zeigen sich ähnliche Verteilungen wie für Gesamtösterreich.

6.4 Alter und Region

Das Durchschnittsalter (gruppiertes Median¹) der in der Statistik im Jahr 2016 erfassten Todesopfer beträgt 34,1 Jahre (2015: 32,9; 2014: 34,8; 2013: 32,0).

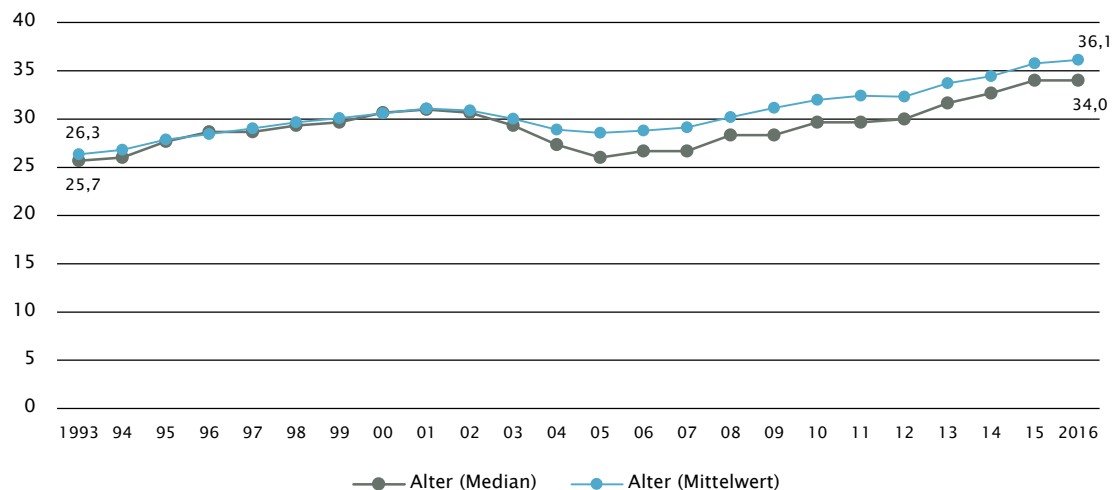
1

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

In Abschnitt 6.3 wurden die über 3 Jahre gemittelten Werte der unter 25-Jährigen im Zeitverlauf dargestellt. Ungemittelt ergibt sich für 2016 bzw. 2015 folgendes Bild: Bei den Frauen ist der Anteil der unter 25-Jährigen (18 %) im Vergleich zum letzten Jahr (13 %) wieder gestiegen. Bei den Männern ist er im Vergleich zum Vorjahr (24 %) wieder deutlich gesunken (14 %).

Im Zeitverlauf sieht man, dass das Durchschnittsalter seit Anfang der 90er-Jahre langsam, aber stetig zunimmt. Bis Anfang der 2000er-Jahre liegen Median und arithmetisches Mittel (Mittelwert) eng zusammen. Der Median ist robuster, d. h. Ausreißer nach unten oder oben beeinflussen ihn nicht so sehr, wie sie das arithmetische Mittel beeinflussen. Der im Vergleich zum Median¹ höher liegende Mittelwert ab Mitte der 2000er-Jahre deutet darauf hin, dass es vermehrt Personen gibt, die deutlich älter sind als der Durchschnitt.

Abbildung 6.5:
Mittleres Alter bei den drogenbezogenen Todesfällen, geglätteter 3-Jahres-Wert in den Jahren 1993–2016



Werte 2016 nicht geglättet

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

Zusammenfassung: Das Durchschnittsalter der Personen, die an einer Überdosierung verstorben sind, ist seit 1993 um fast 10 Jahre gestiegen. Im Jahr 2016 betrug der gruppierte Median 34,1 Jahre. Der Anteil der unter 25-jährigen Frauen liegt bei 18 Prozent und ist im Vergleich zum Vorjahr gestiegen, bei den Männern ist er gesunken und liegt bei 14 Prozent.

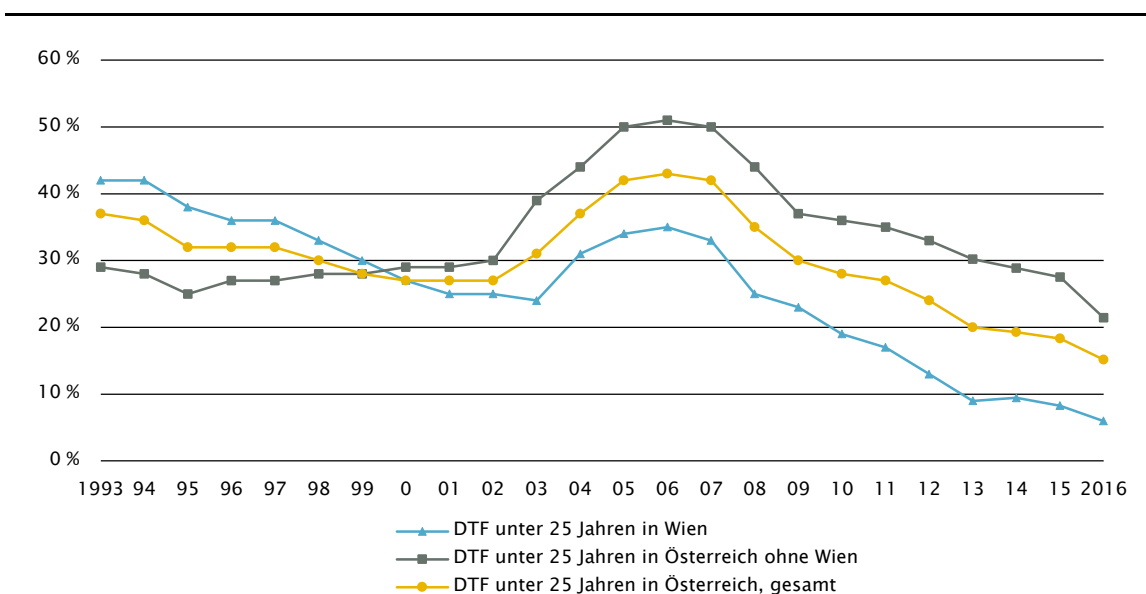
1

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

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/-innen) wieder. Am häufigsten verstarben Personen der relevanten Altersgruppe in Wien (5,3 pro 100.000 Einwohner/-innen zwischen 15 und 64 Jahren; vgl. Abbildung 6.3). Der hohe Anteil in Wien ist in Relation zur Anzahl an Problemkonsumenten/-konsumentinnen in Wien als einziger Großstadt Österreichs zu sehen¹.

Abbildung 6.6:

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen, geglätteter 3-Jahres-Wert für Wien, Österreich ohne Wien, Österreich, 1993-2016



2016-Werte nicht geglättet

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

Abbildung 6.6 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 an 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.

Zusammenfassung: Der Anteil der unter 25-Jährigen ist in den restlichen Bundesländern deutlich höher als in Wien, insgesamt gibt es jedoch unabhängig von der Region einen rückläufigen Trend in dieser Altersgruppe.

1

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

6.5 Substanzen

In die nun folgende Analyse nach beteiligten Substanzen werden nur jene 140 Fälle aufgenommen, in denen auf Basis einer aussagekräftigen toxikologischen Analyse eine genau spezifizierte Substanzzuweisung möglich war.

In elf Prozent der 140 drogenbezogenen Todesfälle mit aussagekräftiger Toxikologie im Jahre 2016 wurden **ausschließlich illegale Drogen** festgestellt (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination). Zusätzlich nachgewiesen wurden in 53 Prozent der Fälle auch Psychopharmaka, in zwölf Prozent der Fälle auch Alkohol und in 24 Prozent beides – Alkohol und Psychopharmaka.

Reine Opioid-Intoxikationen (d. h. keine weiteren legalen oder illegalen Substanzen) waren in sieben Fällen zu verzeichnen, davon vier ausschließlich mit Morphin und einer mit Heroin. Der Anteil der reinen Opioid-Intoxikationen beträgt somit fünf Prozent (2015: 5 %; 2014: 10 %; 2013: 8 %). Die reinen Opioid-Intoxikationen stellen einen sehr kleinen Teil der drogenbezogenen Todesfälle dar.

Im Jahr 2016 spielten in insgesamt 91 Prozent der Fälle Opiode eine Rolle (Beteiligung von Opioiden an den Intoxikationen mit bekannter toxikologischer Analyse: 2015: 92 %; 2014: 93 %; 2013: 95 %). 120 der 140 spezifizierten toxikologischen Analysen (86 %) zeigten **Mischintoxikationen mit Opioiden** (2015: 87 %; 2014: 83 %; 2013: 87 %), d. h. es wurde(n) ein Opiat / mehrere Opiate in Verbindung mit Alkohol und/oder Psychopharmaka und/oder Suchtgift(en) festgestellt.

Heroin und Morphin sind auch im Jahr 2016 die am häufigsten festgestellten illegalen Substanzen (94 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 vorgenommen und im Gutachten angeführt wurde. Bei den 18 Verstorbenen handelt es sich daher um eine Mindestzahl Verstorbener mit Beteiligung von Heroin (reine Heroinintoxikation: 1 Fall). Alle anderen Fälle werden der Kategorie Morphin zugeordnet, wobei von den 76 Fällen mit Beteiligung von Morphin lediglich vier auf den alleinigen Konsum von Morphin (ohne weitere Suchtgifte, Alkohol oder Psychopharmaka) zurückzuführen sind.

Bei 20 Personen wurden **Amphetamine** (inkl. Ecstasy, Methamphetamin, cathinonhaltige NPS) nachgewiesen (14 %). Prozentuell gesehen, entspricht dies im Vergleich zum Vorjahr (11 %) einem leichten Anstieg. Bei 13 dieser Fälle wurden mehrere Suchtgifte (inklusive Opiate) nachgewiesen, bei vier Fällen mehrere Suchtgifte (ohne Opiate). **MDMA** (bzw. MDA oder MDE) wurde in insgesamt

zehn Fällen nachgewiesen, in zwei Fällen war es das einzige illegale Suchtmittel. Auch hier kam es im Vergleich zu den Vorjahren zu einem Anstieg auf sehr niedrigem Niveau (2015: 3× Monointoxikation, 4× Mischintoxikation; 2014: 2× Monointoxikation, 1× Mischintoxikation, 2013: 4× Mischintoxikation, 2012: 1× Monointoxikation, 4× Mischintoxikation), 2011: 4× Mischintoxikation). In sieben dieser zehn Fälle war die nachgewiesene Menge toxisch bis letal. Diese Fälle dürften in Zusammenhang mit verstärkt im Umlauf befindlichen Ecstasy-Tabletten mit sehr hoher Dosierung stehen. In fünf Fällen wurde neben anderen Suchtgiften auch **Methamphetamin** gefunden (2015: 3 Fälle; 2014: 4 Fälle; 2013: 1 Fall; 2012: 2 Fälle).

Kokain wurde in 23 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt (2015: 22 %; 2014: 17 %; 2013: 22 %; Abbildung 6.7). **Methadon** wurde in 10 Prozent der Fälle nachgewiesen (2015: 16 %; 2014: 15 %) und **sonstige Opioide** (wie z. B. Codein, Buprenorphin) in 26 Prozent (2015: 25 %; 2014: 24 %).

Im Jahr 2016 wurden bei zwei Personen, die an einer Überdosierung starben, **neue psychoaktive Substanzen** (NPS) nachgewiesen. Bei einer Person wurden neben psychoaktiven Arzneimitteln und Alkohol nur NPS¹ nachgewiesen. Bei der anderen Person wurden neben NPS² und Alkohol weitere Suchtgifte (inklusive Opiate) nachgewiesen. NPS spielen im Rahmen tödlich verlaufender Intoxikationen daher nach wie vor kaum eine Rolle.

Bei einer Person wurde neben anderen Suchtgiften (inkl. Opiate) **GHB** nachgewiesen. **Ketamin** (weder im SMG noch im NPSG) wurde in zwei Fällen nachgewiesen, wobei einer der beiden Fälle kein drogenbezogener Todesfall war.

Der Anteil der Fälle, in denen auch **Psychopharmaka** gefunden wurden, hat sich von 47 Prozent 2002 auf 77 Prozent im Jahr 2016 erhöht, wobei er seit letztem Jahr etwas gesunken ist (82 %) (Abbildung 6.7). Insgesamt wurden bei den Fällen, bei denen Psychopharmaka nachgewiesen wurden, bei 80 Prozent Benzodiazepine, bei 44 Prozent Antidepressiva und bei 32 Prozent Neuroleptika nachgewiesen. Bei weniger als 20 Prozent wurden Antiepileptika, Z-Medikamente oder andere psychoaktive Medikamente (z. B. Barbiturate) nachgewiesen.

Alkohol wurde bei insgesamt 36 Prozent (2015: 37 %; 2014: 23 %) der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt. Bei vier Prozent wurde ein hoher Promillewert (mind. 1,5 Promille) im Blut gefunden (2015: 7 %; 2014: 9 %).

Zusammenfassung: Ausschließlich illegale Drogen (ohne Alkohol und/oder Psychopharmaka) wurden in den seltensten Fällen festgestellt, ebenso reine Opiatintoxikationen (ohne weitere legale

1
NPS U47700, Methyl-alpha-pyrrolidinopropiophenon (MPPP) und Fluorphenmetrazin sowie das Designerbenzodiazepin Flubromazolam;

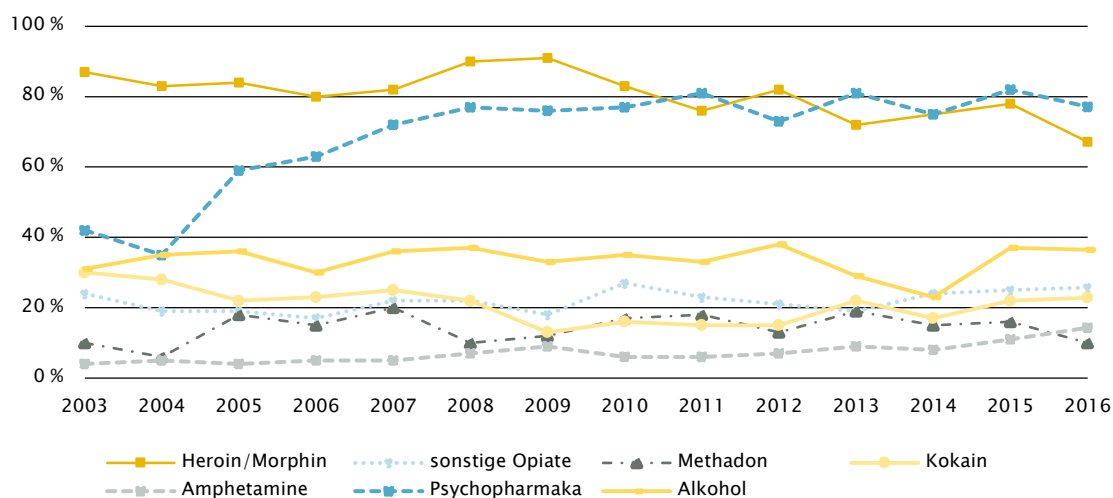
2
Methylon

oder illegale Substanzen). Am Großteil der Intoxikationen waren Opiode beteiligt. Es zeigt sich daher keine Änderung der politoxikomanen Konsummuster.

6.6 Trend bei nachgewiesenen Substanzen

Die Substanzen Heroin und Morphin werden bei den drogenbezogenen Todesfällen am häufigsten nachgewiesen, seit 2010 sinken ihre Anteile jedoch ein wenig. Mit 67 Prozent haben die Anteile 2016 den niedrigsten Wert seit 2003 erreicht. Methadon und sonstige Opiate liegen deutlich unter Heroin/Morphin und schwanken in den meisten Jahren um die 20 Prozent. Die Beteiligung von Kokain war 2003 mit 30 Prozent am höchsten und ging bis 2009 auf 13 Prozent zurück. Seither schwankt sein Wert um die 20 Prozent. Amphetamine liegen seit Anfang der 2000er-Jahre auf sehr niedrigem Niveau, es zeichnet sich mittlerweile jedoch ein leichter Anstieg ab. Die Anteile von Psychopharmaka stiegen zwischen 2004 und 2011 und pendeln sich seither bei ca. 80 Prozent ein. Alkohol wurde seit 2003 in rund 30 bis 40 Prozent der Fälle nachgewiesen, nur im Jahr 2014 sank der Wert unter 30 Prozent.

Abbildung 6.7:
Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2016



Anmerkung: Die Kategorie Amphetamine inkludiert Amphetamin, Methamphetamin, MDMA/MDA/MDE, Mephedron/3MMC und NPS, die der Kategorie Amphetamine zugehören (z. B. 4-Methylethcathinon und andere Cathinone etc.).

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

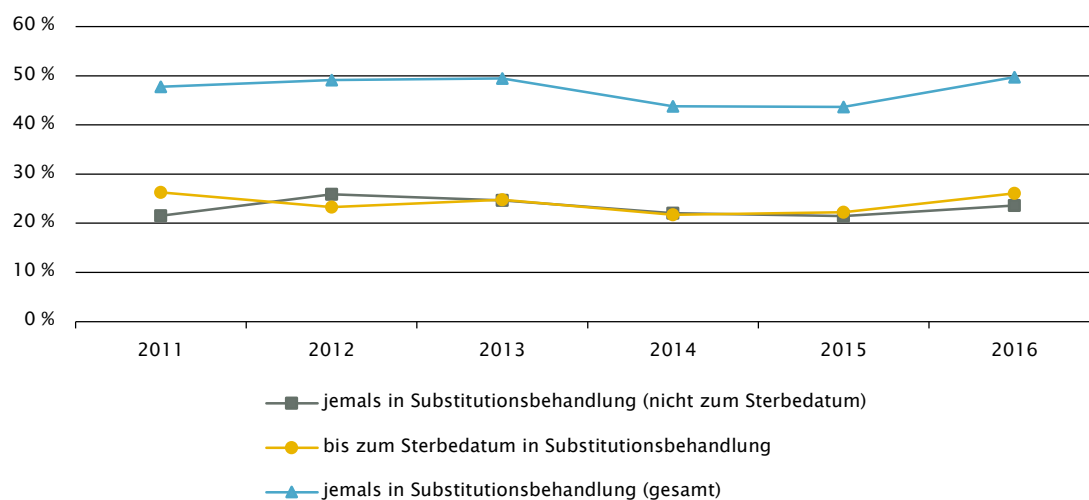
Zusammenfassung: An der Dominanz von Opioiden hat sich in den letzten Jahren nichts geändert. Amphetamine steigen auf niedrigem Niveau etwas an. Psychopharmaka werden seit Mitte der 2000er-Jahre bei den meisten drogenbezogenen Todesfällen nachgewiesen.

6.7 Substitutionsbehandlung

Bei den 165 direkten drogenbezogenen Todesfällen befanden sich 43 Personen bis zu ihrem Todestag in Substitutionsbehandlung. Weitere 39 waren bereits einmal in ihrem Leben in Substitutionsbehandlung. Es kann davon ausgegangen werden, dass zumindest die Hälfte der Verstorbenen (drogenbezogene Todesfälle) einmal in ihrem Leben Kontakt zum Betreuungssystem hatte.

Abbildung 6.8:

Anteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Substitutionsbehandlung an allen direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2011–2016, geglätteter 3-Jahres-Wert in Prozent



Anmerkung: Werte 2016 nicht geglättet

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

6.8 Auffindungsort

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

Bereits die erste Analyse im Jahr 2005 zeigte, dass die Mehrheit der betroffenen Personen in einer Wohnung verstarb. Dies setzte sich auch im Jahr 2016 fort (74 %). In Hotels, Jugendherbergen oder Notunterkünften wie Männerheimen verstarb ein Prozent. In 14 Prozent der Fälle war keine Kategorisierung möglich, weil der Auffindungsort nicht eruiert werden konnte. In vier Prozent der Fälle verstarben die Personen an öffentlichen Orten wie U-Bahn oder Toiletten und in einem Prozent in Haftanstalten. Sechs Prozent verstarben in Krankenhäusern.

Zusammenfassung: Da der weitaus größte Teil der tödlichen Überdosierungen in privaten Räumlichkeiten geschieht, ist anzunehmen, dass ein Großteil des risikoreichen Drogenkonsums im (scheinbar) geschützten privaten Rahmen stattfindet. Dieser Umstand kann aber das Ausbleiben rascher Hilfe bei Intoxikationen bedeuten und damit das Risiko einer tödlich verlaufenden Überdosierung erhöhen¹.

1

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

7 Tabak und verwandte Produkte

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

Die nachfolgenden Ergebnisse in puncto Tabakkonsum von Kindern und Jugendlichen beziehen sich in der HBSC-Studie¹ auf das Rauchen von Tabak und in der ESPAD-Erhebung² auf das Rauchen von Zigaretten. Die Ergebnisse bezüglich des Tabakkonsums in der Bevölkerung 15+ beziehen sich auf das Rauchen von Tabak. Da es kaum Daten zum Konsum von E-Zigaretten gibt, können diese nur bedingt berücksichtigt werden.

7.1 Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen

Laut den beiden aktuellsten Schülerbefragungen HBSC 2014 und ESPAD 2015 rauchen aktuell 10 (HBSC 2014) bzw. 16 Prozent (ESPAD 2015) der 15-Jährigen³ täglich. Etwas weniger als die Hälfte der 15-jährigen Schüler/-innen gibt an, bereits erste Erfahrungen mit dem Rauchen von Tabak gemacht zu haben (HBSC 2014: 43 %, ESPAD 2015: 49 % [Ramelow et al. 2015; Strizek/Uhl 2016c]).

In beiden Erhebungsreihen zeigt sich ein eindeutiger Rückgang in der Rauchprävalenz von Kindern und Jugendlichen in Österreich (vgl. Abbildung 7.1). Im Europäischen Vergleich liegt Österreich nach diesem Rückgang allerdings nach wie vor leicht (HBSC) bzw. deutlich (ESPAD)⁴ über dem Durchschnitt (vgl. Abbildung 7.2; The ESPAD Group 2016; WHO 2016).

1
Health Behaviour in School-aged Children Study

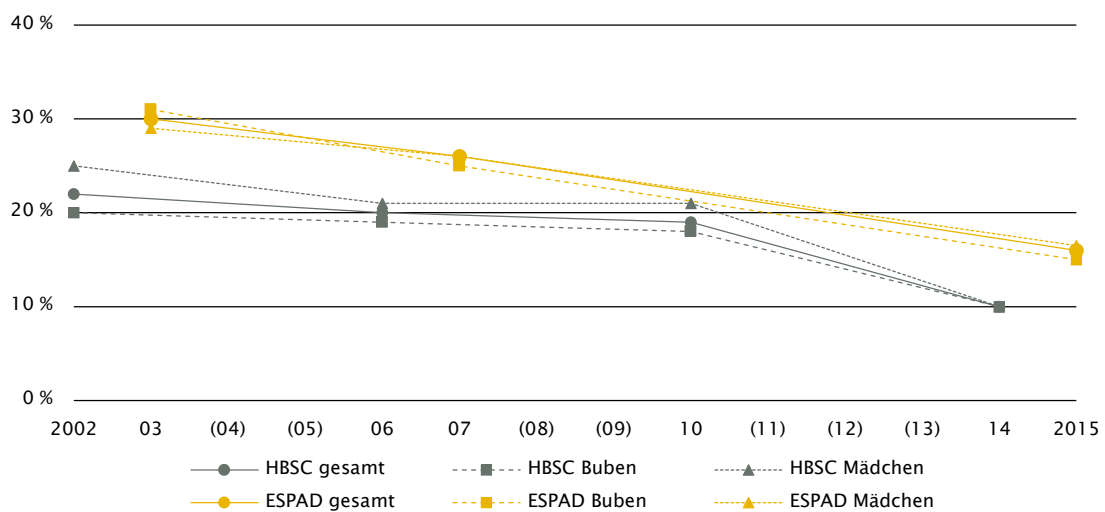
2
European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

3
Stellvertretend für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen wird hier das bei Befragungen angegebene Verhalten von 15-Jährigen berichtet. Die 15-Jährigen wurden gewählt, da sie sowohl bei der HBSC- als auch bei der ESPAD-Erhebung befragt werden und somit die Ergebnisse der beiden Erhebungsreihen eher vergleichbar sind.

4
Der ESPAD Europavergleich bezieht sich auf die 30-Tages-Prävalenz von im Jahr der Befragung (2015) 16 Jahre alt gewordenen Schülerinnen und Schülern. Ein Europavergleich der Tagesprävalenz von 15-Jährigen wird im Rahmen von ESPAD 2015 nicht veröffentlicht.

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

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

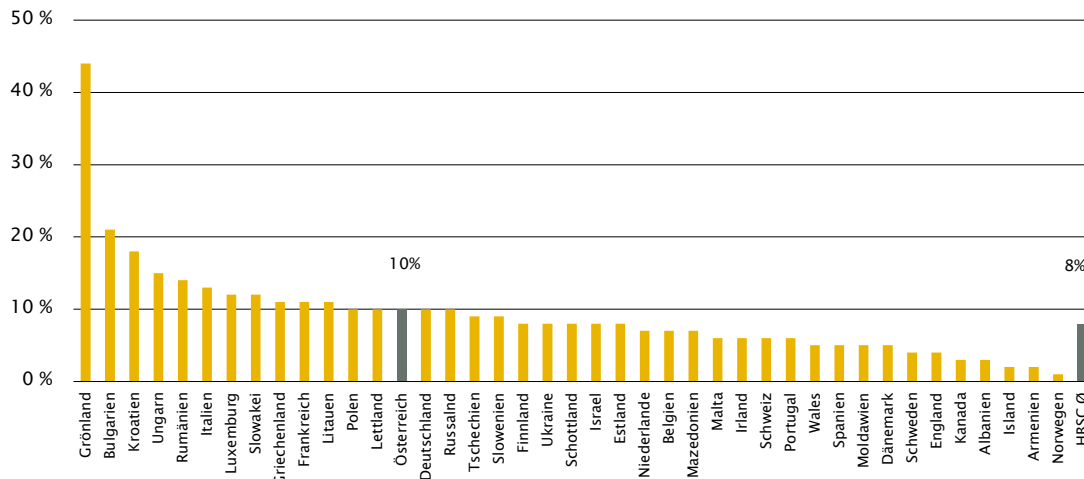


Anmerkung: Mit einem Symbol versehene Jahre stellen tatsächliche Erhebungszeitpunkte dar, bei Jahren in Klammern gab es keine Erhebung.

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

Abbildung 7.2:

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



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

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

7.2 Tabakkonsum in der Bevölkerung 15+

Laut den beiden aktuellsten Befragungen in Hinblick auf das Rauchverhalten in der Bevölkerung rauchen 21 Prozent (Befragung zum Substanzgebrauch 2015) bzw. 24 Prozent (ATHIS¹ 2014) der Altersgruppe 15+ täglich (Klimont/Baldaszi 2015; Strizek/Uhl 2016b).

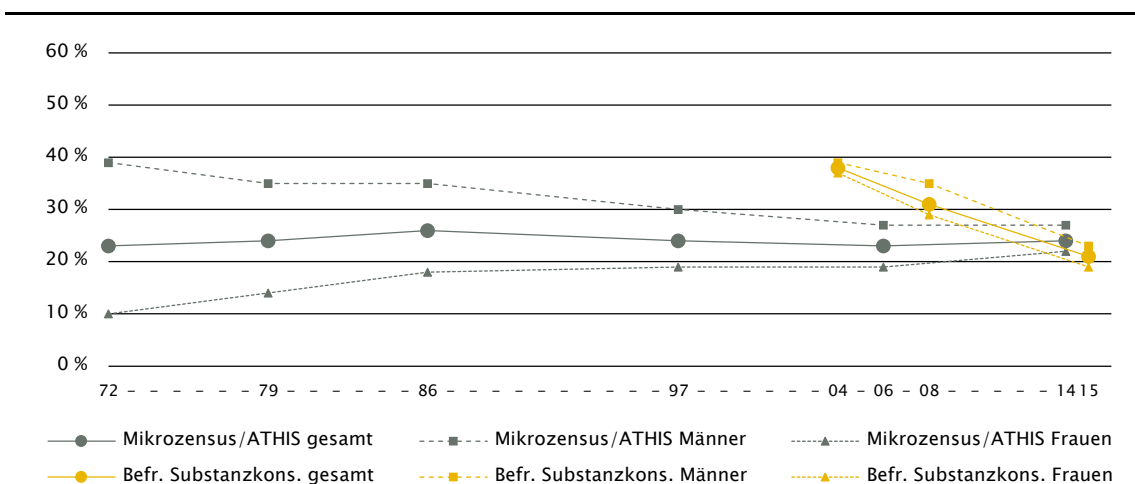
Betrachtet man die Ergebnisse der Erhebungsreihe „Befragung zum Substanzgebrauch“ (2004, 2008 und 2015), so zeigt das aktuelle Ergebnis einen eindeutigen Rückgang im Tabakkonsum. Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragungen der Statistik Austria (ATHIS 2006/07 und 2014) dokumentieren gleichbleibende Werte über diese Zeitspanne (vgl. Abbildung 7.3).

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

¹ Austrian Health Information Survey, Österreichische Gesundheitsbefragung

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

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

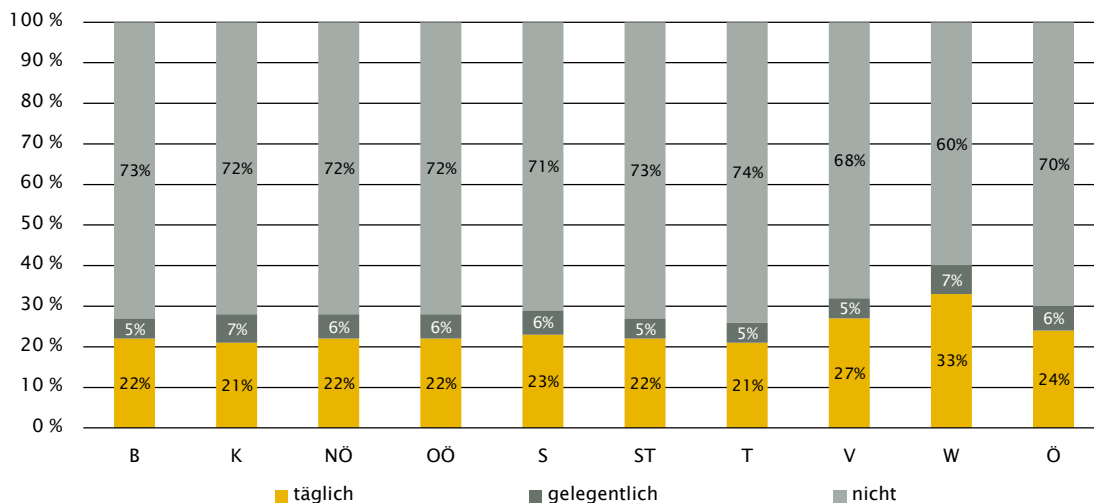


Anmerkung: Mit einem Symbol versehene Jahre stellen tatsächliche Erhebungszeitpunkte dar. Die Ergebnisse der Erhebungen im Rahmen des Mikrozensus 1972, 1979 und 1986 beziehen sich auf die Bevölkerung 16+. In den Befragungen zum Substanzgebrauch wurden bei der Frage nach dem aktuellen Rauchstatus die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

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

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

Abbildung 7.4:
Rauchstatus der Bevölkerung 15+ im Bundesländervergleich 2014

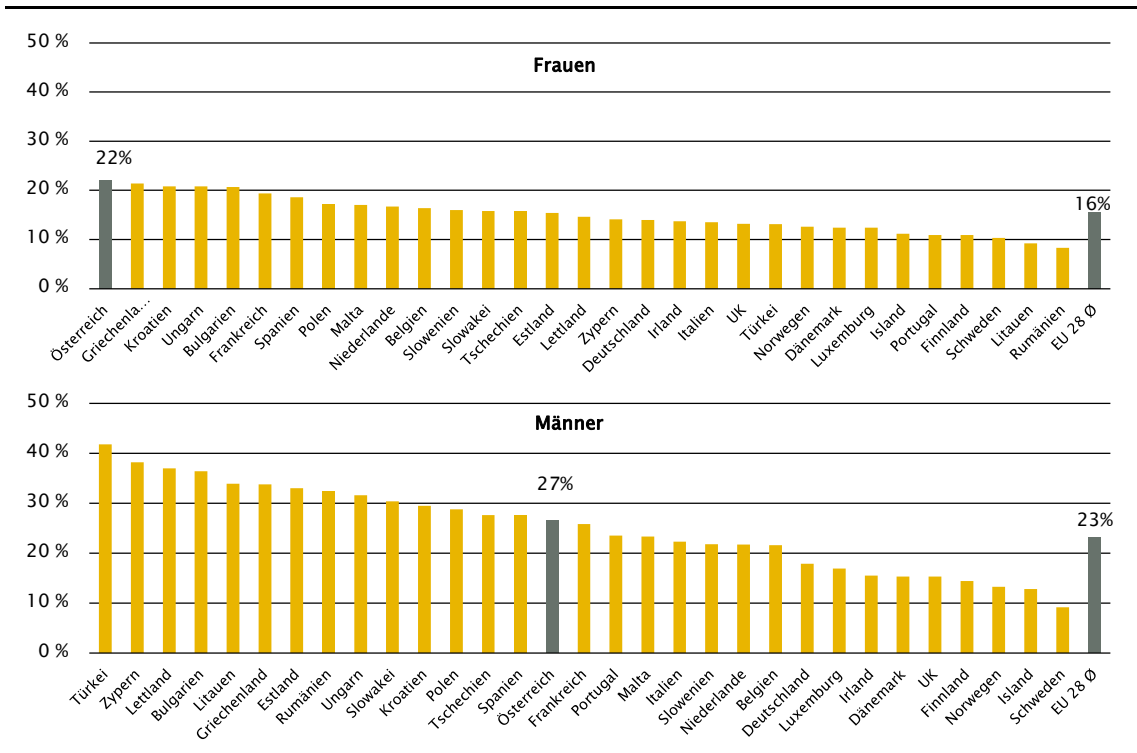


Quellen: ATHIS 2014; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

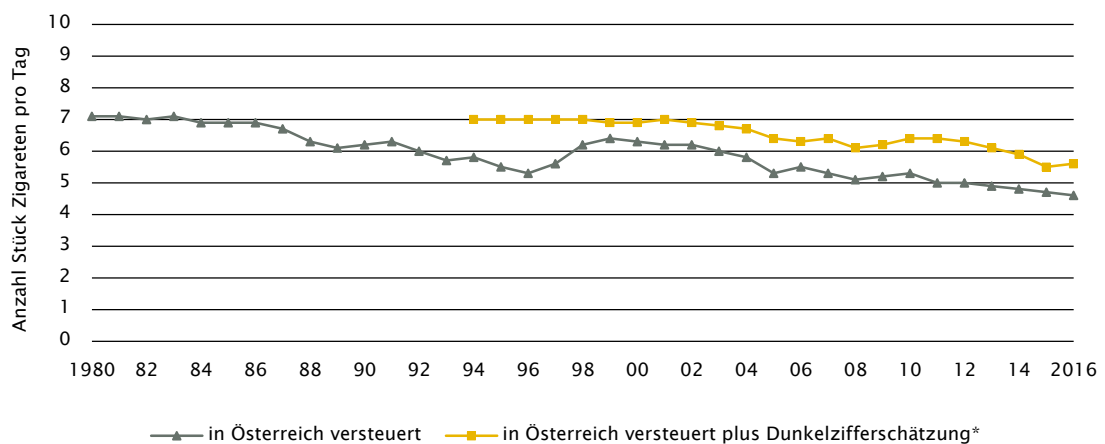
Betrachtet man die täglich Rauchenden im europäischen Vergleich getrennt nach Geschlecht, so zeigt sich, dass Österreich bei den täglich rauchenden Frauen mit 22 Prozent an erster Stelle steht (EU-28-Durchschnitt bei Frauen: 16 %). Bei den täglich rauchenden Männern liegt Österreich mit 27 Prozent im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

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



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

Abbildung 7.6:
Durchschnittlicher täglicher Konsum von Zigaretten in der Bevölkerung 15+, 1980–2016



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

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

Aktuelle Verkaufszahlen und Dunkelzifferschätzungen ergeben für das Jahr 2016 einen Zigarettenkonsum von 4,6 bis 5,6 Stück pro Kopf und Tag. Bei den Verkaufszahlen zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr ein leichter Rückgang, bei der geschätzten Dunkelziffer ein leichter Anstieg. Im längerfristigen Trend zeigt sich sowohl bei den Verkaufszahlen als auch bei den Dunkelzifferschätzungen ein leichter Rückgang; etwas deutlicher im Zeitraum von 2010 bis 2015 (vgl. Abbildung 7.6)¹.

Die Umsatzstatistik von Großhändlern zeigt zwischen 2009 und 2016 einen Anstieg bei Kau- und Pfeifen- und Zigarettentabaken. Ein Rückgang zeigt sich bei Zigaretten, Zigarren und Schnupftabaken (vgl. TABAK 3 im Annex).

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

7.3 Konsum von Wasserpfeifen/Shishas

Lediglich 0,3 Prozent der Bevölkerung 15+ gaben 2015 an, täglich oder fast täglich Wasserpfeife oder Shisha zu rauchen (Befragung zum Substanzgebrauch 2015). Weitere 2,3 Prozent gaben an, diese in den letzten 30 Tagen gelegentlich/sporadisch geraucht zu haben. Die Werte sind bei Männern jeweils höher als bei Frauen. Am höchsten ist der Anteil der täglich Rauchenden mit einem Prozent bei den 20 bis 24-Jährigen. (Strizek/Uhl 2016a) Bei Kindern und Jugendlichen wurde der tägliche Konsum von Wasserpfeife bzw. Shisha im Rahmen von ESPAD und HBSC bisher noch nicht abgefragt. Bei der Monatsprävalenz zeigt sich jedoch bei ESPAD, dass diese bei Jugendlichen schon nahe an die Monatsprävalenz von Zigaretten heranreicht (15-jährige: 19 % Wasserpfeife/Shisha, 24 % Zigaretten; Strizek/Uhl 2016c).

Ergebnisse hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz zeigen, dass immer mehr Österreicherinnen und Österreicher das Rauchen von Wasserpfeifen bzw. Shishas ausprobieren (Befragung zum Substanzkonsum 2008: 20 %, 2015: 32 %; Eurobarometer 2009: 17 %, 2017: 23 %) (European Commission 2010; European Commission 2017; Strizek et al. 2009; Strizek/Uhl 2016a). Vor allem in den nachfolgenden Generationen ist die Lebenszeitprävalenz sehr hoch (ESPAD 2015 15-Jährige:

1

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

50 %, 16-Jährige: 62 %; Strizek/Uhl 2016c). Am höchsten ist die Lebenszeitprävalenz mit 71 Prozent zurzeit bei den 20- bis 24-Jährigen (Strizek/Uhl 2016a).

7.4 Konsum von E-Zigaretten

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

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

Bei der letzten ESPAD-Erhebung (2015) gaben 30 Prozent der 15-jährigen Schülerinnen und Schüler an, bereits einmal eine E-Zigarette probiert zu haben. Sechs Prozent gaben an, in den letzten 30 Tagen E-Zigarette gedampft zu haben. Der tägliche Konsum wurde nicht abgefragt. (Strizek/Uhl 2016c)

Zusammenfassung: Immer mehr Personen (vor allem aus den nachfolgenden Generationen) probieren Wasserpfeifen/Shishas bzw. elektronische Rauchwaren aus. In der Bevölkerung 15+ sind der tägliche und auch der regelmäßige Konsum jedoch relativ gering. Bei den beiden Befragungen von Schülerinnen und Schülern ESPAD und HBSC wurde der tägliche Konsum von Wasserpfeifen/Shishas und E-Zigaretten bisher noch nicht abgefragt. Ergebnisse in Betreff der Monatsprävalenz zeigen, dass ein Fünftel der 15-Jährigen in den letzten 30 Tagen Wasserpfeife/Shisha geraucht hat. Sechs Prozent haben in diesem Zeitraum E-Zigarette gedampft.

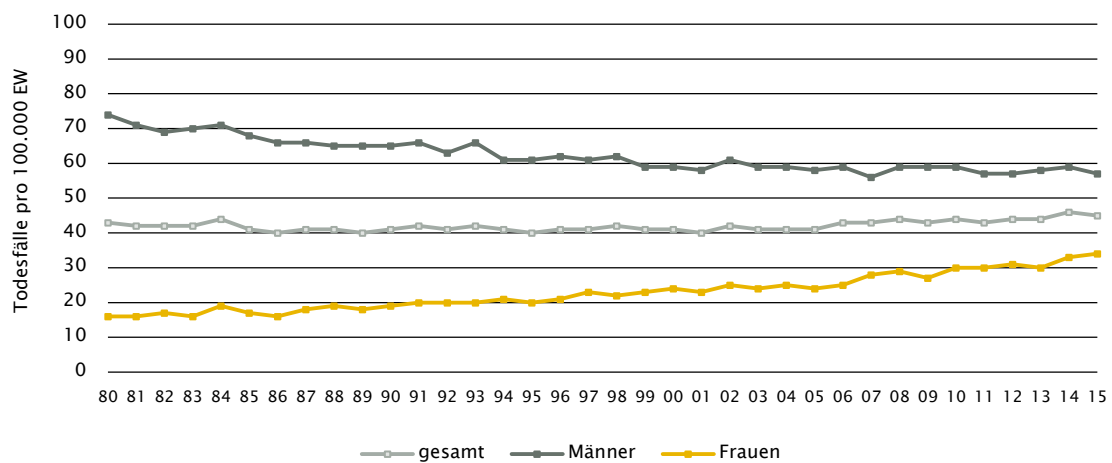
7.5 Morbidität und Mortalität infolge Tabakkonsums

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

Bei einer Untersuchung zeigte sich, dass bei Todesfällen infolge von Lungenkrebs (Bronchialkarzinom) 90 Prozent der Männer Raucher und 80 Prozent der Frauen Raucherinnen waren (Newcomb/Carbonne 1992).

Die geschlechtsspezifische Mortalität hinsichtlich Bronchialkarzinomen zeigt in den letzten Jahrzehnten einen Rückgang bei Männern und einen Anstieg bei Frauen (vgl. Abbildung 7.7) und korrespondiert mit dem Verlauf des Rauchverhaltens von Männern und Frauen (vgl. Abbildung 7.3). 2015 sind 2.393 Männer und 1.490 Frauen infolge eines Bronchialkarzinoms gestorben. 30 Prozent waren unter 65 Jahre alt (Statistik Austria – Todesursachenstatistik).

Abbildung 7.7:
Entwicklung der Todesfälle infolge von Bronchialkarzinomen (C34, ICD 10), 1980–2015



Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1980–2015 sowie Statistik des Bevölkerungsstandes 1980–2015;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Rahmen des „Global Burden of Disease“-Monitorings wird für Österreich für das Jahr 2015 geschätzt, dass ca. 10.500 Todesfälle bzw. 13 Prozent aller Todesfälle auf das Rauchen von Tabak zurückzuführen sind (Global Burden of Disease Results Tool, abgerufen am 27. 6. 2017).

Zusammenfassung: Im Jahr 2015 verstarben 2.393 Männer und 1.490 Frauen infolge eines Bronchialkarzinoms, das großteils durch Tabakrauchen verursacht wird. 30 Prozent der Verstorbenen waren unter 65 Jahre alt. Die Werte hinsichtlich Rauchverhalten und Sterblichkeit infolge von Lungenkrebserkrankungen gleichen sich zwischen Männern und Frauen in den letzten Jahrzehnten immer mehr an.

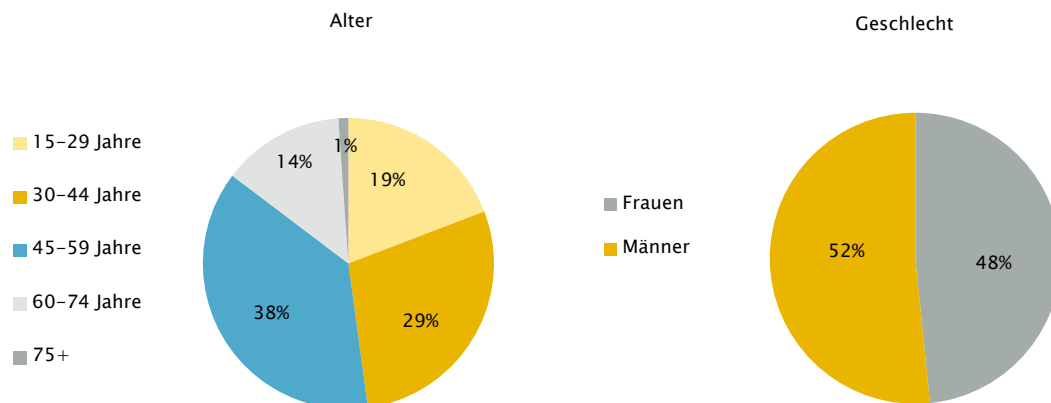
7.6 Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören

Der Anteil der Rauchenden, die im letzten Jahr erfolglos versuchten, das Rauchen aufzugeben, ist hoch. 32 Prozent der täglich Rauchenden (31 % der 15- bis 59-Jährigen und 41 % im Alter 60+) gaben dies in der ATHIS-Befragung 2014 an. Das entspricht hochgerechnet ca. 560.000 Personen (rund 8 % der Bevölkerung 15+). Etwa die Hälfte davon sind Frauen; der Großteil ist zwischen 30 und 59 Jahre alt (vgl. Abbildung 7.8).

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

Abbildung 7.8:

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



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

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

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

Bibliografie

- Austria Tabak (2004): Zigarettenabsatz über Austria Tabak bzw. Tobaccoland 1980-2003. Schriftliche Mitteilung. Wien, zitiert in: Seyer, Seifried; Gschwandtner, Franz; Paulik, Richard; Schmidbauer, Rainer (2005): Vom Gebrauch der Drogen – Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich. ISP Gesellschafts- und Sozialpolitische Texte, Band 15, Linz.
- BMF (2017): Sonderauswertung: versteuerte Zigaretten. Schriftliche Mitteilung von Anton Panholzer. am 14.06.2017
- Busch, Martin; Haas, Sabine; Horvath, Ilonka; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Türscherl, Elisabeth (2007): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI). Klientenjahrgang 2006. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Busch, Martin; Haas, Sabine; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Türscherl, Elisabeth (2008): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI). Klientenjahrgang 2007. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Tanios, Aida (2016): Epidemiologiebericht Sucht 2016. Illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Busch, Martin ; Eggerth, Alexander (2010): Nasaler Heroinkonsum in Österreich. In: Sucht 56/6:415-422
- Busch, Martin ; Grabenhofer-Eggerth, Alexander ; Kellner, Klaus ; Kerschbaum, Hans ; Wirl, Charlotte ; Türscherl, Elisabeth ; Weigl, Marion (2013): Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Busch, Martin ; Grabenhofer-Eggerth, Alexander ; Kellner, Klaus; Klein, Charlotte ; Kerschbaum, Hans; Türscherl, Elisabeth (2014): Epidemiologiebericht Drogen 2014, Wien
- Dür, Wolfgang; Griebler, Robert (2007): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien
- Eggerth, A.; Keller-Ressel, M.; Lachout, S.; Schmid, R. (2005): Konsumtypen bei Freizeitdrogenkonsumenten in Österreich. In: Sucht 51/2,88-96
- Eggerth, Alexander ; Busch, Martin ; Kellner, Klaus ; Kerschbaum, Hans ; Türscherl, Elisabeth (2010): DOKLI-Bericht. Klientenjahrgang 2009. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2017): Europäischer Drogenbericht 2017: Trends und Entwicklungen. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg

- European Commission (2010): Special Eurobarometer 332. Tobacco. Report. Fieldwork Oct. 2009. European Commission, Brüssel
- European Commission (2012): Special Eurobarometer 385. Attitudes of Europeans towards Tobacco. Report. Fieldwork Feb. – Mar. 2012. European Commission, Brüssel
- European Commission (2015): Special Eurobarometer 429. Attitudes of Europeans towards Tobacco. Report. Fieldwork Nov. – Dec. 2014. European Commission, Brüssel
- European Commission (2017): Special Eurobarometer 458. Report. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Fieldwork Mar. 2017. European Commission, Brüssel
- Global Burden of Disease Results Tool [Online]. Institute for Health Metrics and Evaluation. University of Washington. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> [Zugriff am 27.06.2017]
- Greenfield, S. F.; Brooks, A. J.; Gordon, S. M.; Green, C. A.; Kropp, F.; McHugh, R. K.; Lincoln, M.; Hien, D.; Miele, G. M. (2007): Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. In: *Drug and Alcohol Dependence* 86/1-21
- Grella, C., E., ; Joshi, V. (1999): Gender differences in drug treatment careers among clients in the National Drug Abuse Treatment Outcome Study. In: *American Journal of drug and alcohol abuse* 25/3:385-406
- Haas, S. (2005): *Problembewusste Frauen, risikofreudige Männer? Illegale Drogen und Geschlecht. Männer Frauen Sucht.* Hg. v. Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S., Mader, R., Wien
- JTI (2008): *Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie der Wirtschaftskammer Österreich.* Schriftliche Mitteilung von Susanne Schreiner, Wien
- JTI (2013): *Studiendesign zur Zigarettenpackungsstudie der Firma CPM und Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie vom Herbst 2012.* Schriftliche Mitteilung von Iris Perz, Wien
- JTI (2016): *Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für die Jahre 2013-2015.* Schriftliche Mitteilung von Iris Perz, Wien
- JTI (2017): *Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für das Jahr 2016.* schriftliche Mitteilung von Iris Perz
- Kang, S.; Deren, S.; Colon, H. (2009): Gender comparisons of factors associated with drug treatment utilization among Puerto Rican drug users. In: *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 35/2,73-79
- Klimont, Jeannette; Baldaszi, Erika (2015): *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation.* STATISTIK AUSTRIA, Wien

- Newcomb, P. A.; Carbonne, P. P. (1992): The health consequences of smoking. In: *Cancer. Med.Clin.North.Am.*, 76, 305-331, zitiert in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2013): *Tabak-Abhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 2*. In:
- Ramelow, Daniela; Griebler, Robert; Hofmann, Felix; Unterweger, Katrin; Mager, Ursula; Felder-Puig, Rosemarie; Dür, Wolfgang (2011): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010*. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Ramelow, Daniela; Teutsch, Friedrich; Hofmann, Felix; Felder-Puig, Rosemarie (2015): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014*. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- RKI (2008): *Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert-Koch-Institut, Berlin
- Simpson, M.; McNulty, J. (2008): Different needs: Women's drug use and treatment in the UK. In: *International Journal of Drug Policy* 19/169-175
- Singer, M. V.; Batra, A.; Mann, K. (2011): *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Thieme Verlag, Stuttgart
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Schmutterer, Irene; Grimm, Gerhard; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2008): *ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 4: Kreuztabellen*. Hg. v. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG). Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Springer, Alfred (2009): *Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008. Band 3: Kreuztabellen*. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016a): *Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015. Band 3: Kreuztabellen*. In:
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016b): *Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch. Band 1: Forschungsbericht*. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016c): *ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 3: Kreuztabellen*. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheit Österreich, Wien
- The ESPAD Group (2016): *ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*
- TÜV Austria CERT (2012): *Bericht zur Zigarettenpackungsstudie der Firma CPM für die Wirtschaftskammer Österreich*, Wien

- Uhl, A.; Springer, A.; Kobrna, U.; Gnams, T.; Pfarrhofer, D. (2005): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Grimm, Gerhard; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred; Lantschik, Elke (2005): ESPAD AUSTRIA 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Urbas, Elfriede; Klimont, Jeannette (2002): Rauchgewohnheiten. Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997. Statistik Austria, Wien
- WHO (2015): WHO Report on the global tobacco epidemic, 2015. Raising taxes on tobacco. WHO, Genf
- WHO (2016): Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young peoples's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report

