

Epidemiologiebericht Sucht 2025 Illegale Drogen, Alkohol, Nikotin und Glücksspiel

Wissenschaftlicher Bericht

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



Epidemiologiebericht Sucht 2025 Illegale Drogen, Alkohol, Nikotin und Glücksspiel

Wissenschaftlicher Bericht

Autorinnen und Autoren:

Judith Anzenberger
Martin Busch
Charlotte Klein
Alexandra Puhm
Irene Schmutterer
Tanja Schwarz
Julian Strizek

Unter Mitarbeit von:

Deniz Akartuna
Kinga Bartecka-Mino
Birgit Priebe

Fachliche Begleitung:

Raphael Bayer
Alice Schogger

Projektassistenz:

Yvonne Schatz

Die in dieser Publikation dargelegten Inhalte stellen die Auffassungen der Autorinnen und Autoren dar.

Wien, im Dezember 2025

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

Zitiervorschlag: Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Klein, Charlotte; Puhm, Alexandra, Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2025): Epidemiologiebericht Sucht 2025. Illegale Drogen, Alkohol, Nikotin und Glücksspiel. 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

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ und dabei vor allem zu den Unterzielen SDG 3.4, SDG 3.5 und SDG 3.a.

Kurzfassung

Hintergrund, Fragestellung und Methoden

Der Bericht betrachtet Sucht in den Bereichen illegale Drogen, Alkohol, Nikotin und Glücksspiel in Österreich und bündelt dafür zahlreiche Datenquellen. Ziel ist es, u. a. folgende Fragen zu beantworten: Wie viele und welche Menschen sind von Sucht betroffen? Welches Konsumverhalten herrscht vor?

Ergebnisse

Der risikoreiche Konsum **illegaler Drogen** liegt vor allem bei Opioiden (meist in Kombination mit anderen legalen oder illegalen Suchtmitteln). Kokain hat an Bedeutung gewonnen, was sich im Behandlungsbereich zeigt. Basierend auf einer Zusammenschau aller vorliegenden Daten ist die Situation im Bereich illegale Drogen relativ stabil. Abweichend ist die Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle: Hier stieg der Anteil der unter 25-Jährigen bis zum Jahr 2021 auf etwa 25 Prozent und ging seither nicht zurück. Für diese Entwicklung gibt es zunehmend Hinweise darauf, dass sich eine Gruppe sehr junger Konsumentinnen und Konsumenten (mit hochriskantem Mischkonsum) gebildet hat, die vom bestehenden Suchthilfesystem nicht erreicht wird.

Alkohol ist jene psychoaktive Substanz, mit der in Österreich die meisten Menschen Erfahrungen machen. Etwa jede siebte Person in Österreich trinkt in einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß. Problematischer Alkoholkonsum, alkoholassoziierte Erkrankungen und Todesfälle sind über einen längeren Zeitraum betrachtet jedoch rückläufig. Auch bei den Jugendlichen zeigt sich ein Rückgang des Alkoholkonsums.

Rauchen ist die am weitesten verbreitete Sucht in Österreich. Der Konsum neuer Nikotinprodukte (z. B. von elektronischen Inhalationsprodukten wie E-Zigaretten und Tabakerhitzern oder Nikotinbeutel) nimmt zu. Bei Jugendlichen ist der Anteil der Rauchenden langfristig zurückgegangen, der Konsum von **Nikotin** steigt jedoch aufgrund der neuen Nikotinprodukte.

Glücksspiel und Sportwetten sind in Österreich weit verbreitet: Etwa die Hälfte der Bevölkerung ab 15 Jahren geht mindestens einmal jährlich, 40 Prozent gehen einmal monatlich dem Glücksspiel (inklusive Lotteriespiele wie Lotto und Toto) nach. Rund 4 Prozent der Bevölkerung erfüllen die Kriterien für zumindest eine milde Form pathologischen Glücksspielverhaltens.

Schlussfolgerungen und Diskussion

Es gibt Hinweise auf eine Gruppe Jugendlicher mit riskanten Konsummustern (illegale Drogen), die keinen Anschluss an das Suchthilfesystem findet. Langfristig nehmen der problematische Alkoholkonsum leicht und Tabakrauchen stark ab, allerdings erhöht sich der Konsum neuer Nikotinprodukte. Glücksspiel stellt für rund 4 Prozent der Bevölkerung ein Problem dar. Insgesamt zeigt sich eine relativ stabile Lage der Suchtproblematik in Österreich.

Schlüsselwörter

Sucht, illegale Drogen, Opioide, Alkohol, Nikotin, Tabak, Glücksspiel, OAT

Summary

Background, research questions and methods

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

Findings

High-risk **drug use** is primarily associated with opioids (usually in combination with other legal or illegal addictive substances). Cocaine has gained importance, which is reflected in the treatment sector. Based on a synthesis of all available data, the situation regarding illegal drugs is relatively stable. However, the trend in drug-related deaths deviates from this: the proportion of people under 25 years of age rose to about 25 percent by 2021 and has not declined since. Increasing evidence suggests that a group of very young consumers (engaging in highly risky polydrug use) has emerged, which is not being reached by the existing addiction support system.

Alcohol is the most common psychoactive substance in Austria. About one in seven people in Austria drink to an extent that endangers their health. Problematic alcohol consumption, alcohol-associated diseases and deaths have been declining for years. There has also been an overall decline in alcohol consumption among young people.

Smoking is the most widespread addiction in Austria. The use of new nicotine products (e.g., electronic inhalation products such as e-cigarettes and heated tobacco devices, or nicotine pouches) is increasing. Among adolescents, the proportion of smokers has declined in the long term, but **nicotine** consumption is rising due to these new nicotine products.

Gambling and sports betting are widespread in Austria: About half of the population aged 15 and older engages in gambling at least once a year, and 40 percent do so once a month (including lottery games such as Lotto and Toto). Around 4 percent of the population meet the criteria for at least a mild form of pathological gambling behaviour.

Conclusion and discussion

There are indications of a group of adolescents with risky consumption patterns (illegal drugs) who are not connected to the addiction support system. In the long term, problematic alcohol consumption is slightly decreasing, and tobacco smoking is significantly declining; however, the use of new nicotine products is increasing. Gambling poses a problem for around 4 percent of the population. Overall, the situation of addiction problems in Austria appears relatively stable.

Keywords

Addiction, illegal drugs, alcohol, tobacco, epidemiology, opioids, mortality, OAT, gambling

Inhalt

Kurzfassung.....	III
Summary.....	IV
Abbildungen.....	VII
Tabellen.....	XI
Abkürzungen.....	XII
Schlussfolgerungen und Diskussion.....	XIV
Hintergrund und Fragestellungen.....	XVIII
Methoden und Datenquellen.....	XIX
1 Kennzahlen der Drogensituation.....	1
2 Risikoreicher Drogenkonsum.....	4
2.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster.....	4
2.2 Am risikoreichen Drogenkonsum beteiligte Substanzen im Zeitverlauf.....	7
2.3 Alter und Geschlecht der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum.....	9
2.4 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums.....	12
2.5 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf.....	15
3 Drogenbezogene Behandlungen.....	19
3.1 Anzahl der behandelten Personen.....	19
3.2 Drogenkonsummuster der behandelten Personen.....	20
3.3 Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik.....	21
3.4 Versorgungslage im Bereich Opioid-Agonisten-Therapie.....	22
3.5 Verschreibungspraxis im Bereich Opioid-Agonisten-Therapie.....	26
4 Detailergebnisse aus den Behandlungseinrichtungen (DOKLI).....	29
4.1 Soziodemografie und Lebenssituation von Menschen in Drogenbehandlung.....	31
4.1.1 Soziodemografie.....	31
4.1.2 Lebenssituation.....	33
4.2 Konsumierte Substanzen und Konsumproblematik.....	33
4.2.1 Konsumierte Substanzen.....	34
4.2.2 Konsumformen.....	37
4.3 Betreuungssituation.....	39
5 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle.....	43
5.1 Definition und Datengrundlage.....	43
5.2 Übersicht: Situation im Jahr 2024.....	44
5.3 Trends: Gesamt, regional und nach Altersgruppen.....	45
5.4 Nachgewiesene Substanzen.....	49
5.4.1 Detailergebnisse 2024.....	49
5.4.2 Nachgewiesene Substanzen im Zeitverlauf.....	51
5.5 Opioid-Agonisten-Therapie.....	53
5.6 Auffindungssituation.....	53
6 Alkoholkonsum.....	55
6.1 Charakteristik und Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich.....	55

6.2	Problematischer Alkoholkonsum in der erwachsenen Bevölkerung	57
6.3	Alkoholkonsum bei Jugendlichen.....	59
6.4	Morbidität und Mortalität durch exzessiven Alkoholkonsum	60
7	Tabak-, verwandte und sonstige Nikotinerzeugnisse	68
7.1	Das Konsumverhalten von Kindern und Jugendlichen	69
7.2	Konsumverhalten der erwachsenen Bevölkerung	71
	7.2.1 Langfristige Entwicklungen.....	72
	7.2.2 Aktuelle Entwicklungen.....	74
7.3	Morbidität und Mortalität infolge Tabakkonsums.....	75
7.4	Wunsch nach Rauchstopp bzw. Reduktion des Zigarettenkonsums.....	77
7.5	Passivrauchen	77
8	Glücksspiel.....	78
8.1	Angebote und gesetzliche Regelungen.....	78
8.2	Glücksspiel in der Allgemeinbevölkerung.....	79
	8.2.1 Teilnahme am Glücksspiel.....	79
	8.2.2 Verbreitung unterschiedlicher Arten von Glücksspiel.....	80
	8.2.3 Häufiges Glücksspiel und psychische Belastungen.....	81
	8.2.4 Onlineglücksspiel.....	82
	8.2.5 Entwicklung der Teilnahme am Glücksspiel.....	83
8.3	Glücksspiel bei Schülerinnen und Schülern.....	84
8.4	Pathologisches Glücksspielverhalten	87
	8.4.1 Prävalenz des pathologischen Glücksspielverhaltens.....	87
	8.4.2 Pathologisches Glücksspielverhalten und Glücksspielart.....	88
	8.4.3 Folgen des pathologischen Glücksspielverhaltens	89
8.5	Behandlung von Glücksspielsucht.....	91
8.6	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	92
	Bibliografie.....	94

Abbildungen

Abbildung 1: Anteil der konsumierten Drogen in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2024.....	5
Abbildung 2: Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen, 2003–2024, in Prozent.....	7
Abbildung 3: Drogenproblematik bei in DOKLI-Einrichtungen längerfristig Erstbehandelten, 2012–2024, in Prozent.....	8
Abbildung 4: Anteil der Altersgruppen in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2024.....	10
Abbildung 5: Geschlechterverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2024, in Prozent.....	11
Abbildung 6: Frauenanteil nach Altersgruppen in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2024.....	12
Abbildung 7: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland in Prozent, 2023.....	13
Abbildung 8: Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden im Jahr 2023 nach Bundesland (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige)	14
Abbildung 9: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien, 1999–2023.....	16
Abbildung 10: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen, 1999–2023.....	16
Abbildung 11: Anteil von Personen unter 25 Jahren in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2000–2024.....	17
Abbildung 12: Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung), 2024, in Prozent	21
Abbildung 13: Opioidabhängige Personen (in Behandlung), 1999–2023	22
Abbildung 14: OAT-Patientinnen und -Patienten pro Ärztin bzw. Arzt, seit 2012, in Prozent.....	23
Abbildung 15: Versorgungslage OAT: Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in OAT, jeweils zum Stichtag 31. 12. in Österreich im Trend, 2011–2024	24
Abbildung 16: Versorgungslage OAT: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Patientin bzw. des Patienten, 2024.....	25
Abbildung 17: Versorgungslage OAT: Anteil der durch Allgemeinmediziner:innen versus Fachärztinnen bzw. Fachärzte betreuten Patientinnen und Patienten am Stichtag 31.12.2024 nach Bundesland.....	26

Abbildung 18: Personen in Österreich in OAT nach verschriebenem OAT-Medikament, 2012–2024, in Prozent	27
Abbildung 19: Personen in Österreich in OAT nach verschriebenem OAT-Medikament und Bundesland, 2024, in Prozent	27
Abbildung 20: Personen in Österreich in OAT nach verschriebenem OAT-Medikament und Alter, 2024, in Prozent.....	28
Abbildung 21: Settings, in denen Personen 2024 betreut wurden, in Prozent	31
Abbildung 22: Personen, die 2024 mit einer längerfristigen Betreuung begannen, nach Alter und Geschlecht, in Prozent	32
Abbildung 23: Anteil unter 25-jähriger Frauen und Männer, die mit einer längerfristigen Betreuung begannen, 2012–2024	32
Abbildung 24: Konsum ausgewählter Leitdrogen (Mehrfachnennungen) bei längerfristig Betreuten in Prozent, 2012–2024	34
Abbildung 25: Drogenproblematik bei Personen, die 2024 mit einer längerfristigen Betreuung begannen, nach Geschlecht in Prozent	35
Abbildung 26: Drogenproblematik bei Personen, die 2024 mit einer längerfristigen Betreuung begannen, nach Alter in Prozent.....	36
Abbildung 27: Drogenproblematik bei längerfristig Betreuten in Prozent, 2012–2024	37
Abbildung 28: Anteil der Personen, die 2024 mit einer längerfristigen Behandlung begannen und Opioide vorwiegend i. v. konsumieren, nach Alter und Geschlecht	38
Abbildung 29: Anteil der längerfristig betreuten Personen mit Opioidproblematik, die vorwiegend i. v. konsumieren, nach Geschlecht, 2012–2024.....	39
Abbildung 30: Motivation für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2024 mit einer längerfristigen Betreuung begannen, nach Alter und Geschlecht, in Prozent.....	40
Abbildung 31: Betreuungsabbruch bei Personen, die 2024 eine längerfristige Betreuung beendeten, nach Geschlecht, Alter und Setting, in Prozent.....	41
Abbildung 32: Anteil der Personen, die eine längerfristige Betreuung abgebrochen haben, 2012–2024	42
Abbildung 33: Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2004–2024 (absolut)	45
Abbildung 34: 95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 Einwohner:innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2024, gemittelter Drei-Jahres-Wert	46
Abbildung 35: Drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Österreicher:innen im Alter von 15 bis 64 Jahren nach Region, 1993–2024, gemittelter Drei-Jahres-Wert.....	47

Abbildung 36: Anzahl drogenbezogener Todesfälle und Anteil nach Altersgruppen, 2003–2024	48
Abbildung 37: Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen nach Geschlecht, 1994–2024, gemittelter Drei-Jahres-Wert	48
Abbildung 38: Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen in Wien, Österreich ohne Wien, Österreich gesamt, 1994–2024, gemittelter Drei-Jahres-Wert	49
Abbildung 39: Anteil nachgewiesener Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen im Zeitverlauf.....	52
Abbildung 40: Anteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle, bei denen die oder der Betroffene in OAT war, an allen direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2011–2024, gemittelter Drei-Jahres-Wert.....	53
Abbildung 41: Konsumprävalenz Alkohol nach Altersgruppen, 2020, in Prozent	56
Abbildung 42: Durchschnittlicher Pro-Kopf-Konsum von Alkohol pro Tag in Gramm in der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren, 1955–2023	57
Abbildung 43: Problematischer Alkoholkonsum (mehr als 40 bzw. 60 Gramm pro Tag) nach Geschlecht und Alter in Prozent, 2020.....	58
Abbildung 44: Durchschnittlicher Pro-Kopf-Konsum von Alkohol in Gramm pro Tag bei Jugendlichen nach Geschlecht, 2003–2024	60
Abbildung 45: Verteilung von Patientinnen und Patienten mit alkoholassozierten Diagnosen auf unterschiedliche Diagnosecluster, Leistungsjahr 2023	61
Abbildung 46: Rate der Patientinnen und Patienten mit Alkoholabhängigkeitsdiagnosen und chronischen Lebererkrankungen pro 100.000 Einwohner:innen, 2002–2023	62
Abbildung 47: Anteil der Verstorbenen nach Alter zum Todeszeitpunkt bei alkoholassozierten vs. bei allen Todesursachen, 2023.....	65
Abbildung 48: Alkoholassozierte Todesfälle in Prozent aller Verstorbenen nach Geschlecht, 1955–2023.....	66
Abbildung 49: Anteil der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses an allen Unfällen, Verletzten und Toten im Straßenverkehr, 1961–2023.....	67
Abbildung 50: Anteil des täglichen Konsums nikotinhaltiger Erzeugnisse bei 15-Jährigen, 2002–2024	70
Abbildung 51: Veränderung des täglichen Konsums von Zigaretten, elektronischen Inhalationsprodukten und Nikotinerzeugnissen gesamt bei 15-Jährigen in Prozent, 2003–2024	71
Abbildung 52: Anteil der täglich Rauchenden an der Bevölkerung ab 15 Jahren, 1972–2022	73
Abbildung 53: Durchschnittlicher täglicher Konsum von Zigaretten in der Bevölkerung, 1980–2024	73

Abbildung 54: Veränderung des (fast) täglichen Konsums von Rauchwaren, elektronischen Inhalationsprodukten und rauchfreien Nikotinerzeugnissen in Prozent, 2004–2022.....	74
Abbildung 55: Entwicklung der Todesfälle pro 100.000 Einwohner:innen infolge von Bronchialkarzinomen (C33 und C34, ICD-10), 1981–2023.....	76
Abbildung 56: Anzahl der terrestrischen Spielstätten nach Segment und Bundesland, 2023 bzw. 2024.....	79
Abbildung 57: Teilnahme an Glücksspielen oder Sportwetten nach Geschlecht und Bildungsabschluss, in Prozent.....	80
Abbildung 58: Teilnahme an unterschiedlichen Glücksspielen in den letzten 12 Monaten nach Alter, in Prozent.....	81
Abbildung 59: Anteil der psychischen Belastung nach Häufigkeit der Teilnahme an Glücksspiel, Geschlecht und Altersgruppen, in Prozent.....	82
Abbildung 60: Glücksspielorte bei Automatenglücksspiel und Sportwetten, in Prozent.....	83
Abbildung 61: Glücksspielteilnahme im letzten Monat nach Geschlecht in Prozent, 2015, 2020 und 2022.....	84
Abbildung 62: Glücksspielteilnahme bei Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alter und Schultyp, in Prozent.....	85
Abbildung 63: Jahresprävalenz unterschiedlicher Glücksspielarten bei Schülerinnen und Schülern nach Setting, in Prozent.....	86
Abbildung 64: Glücksspielteilnahme bei Schülerinnen und Schülern in Prozent, 2015, 2019 und 2024.....	86
Abbildung 65: Anteil pathologischer Spieler:innen nach Glücksspielart und Schweregrad seit Beginn 2020, in Prozent.....	89
Abbildung 66: Negative Folgen des pathologischen Glücksspielverhaltens bei Personen in Behandlung bei der Spielsuchthilfe Wien, in Prozent.....	90
Abbildung 67: Erstkontakte mit der Spielsuchthilfe Wien, nach Alter und Geschlecht in Prozent, 2023.....	91
Abbildung 68: Anteil Onlineglücksspiel bei Personen in Behandlung bei der Spielsuchthilfe Wien, Erstkontakte 2013–2023, in Prozent.....	92
Abbildung 69: Bausteine eines Monitorings im Bereich pathologisches Glücksspielverhalten.....	93

Tabellen

Tabelle 1: Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland im Jahr 2024 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren) in Absolutzahlen.....	1
Tabelle 2: Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland im Jahr 2024 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren) pro 100.000 15- bis 64-Jährige	2
Tabelle 3: Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Alter und Geschlecht im Jahr 2024 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren) in Absolutzahlen.....	2
Tabelle 4: Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Alter und Geschlecht im Jahr 2024 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren) pro 100.000 15- bis 64-Jährige	3
Tabelle 5: Feinkategorisierung der Nennungen aller längerfristig betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen in den Kategorien „andere Stimulanzien“ und „andere Drogen“, 2024.....	9
Tabelle 6: Schätzung der insgesamt wegen des Konsums illegaler Drogen im Jahr 2024 behandelten Personen nach Setting	19
Tabelle 7: Explizit in Zusammenhang mit Alkohol stehende vs. durch exzessiven Alkoholkonsum begünstigte Todesursachen nach Geschlecht, 2023.....	64
Tabelle 8: Pathologisches Glücksspielverhalten nach Schweregrad, Geschlecht und Bildungsabschluss.....	88

Abkürzungen

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

OAT	Opioid-Agonisten-Therapie
Ö	Österreich
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OÖ	Oberösterreich
OG	Obergrenze
RKI	Robert Koch-Institut
S	Salzburg
SMG	Suchtmittelgesetz
ST	Steiermark
T	Tirol
TÜV	Technischer Überwachungsverein
UDM	Unfalldatenmanagement
UG	Untergrenze
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
V	Vorarlberg
vgl.	vergleiche
W	Wien
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
6-MAM	6-Monoacetylmorphin
3-MMC	3-Methylmethcathinon

Schlussfolgerungen und Diskussion

Ziel des *Epidemiologieberichts Sucht* ist es, ein möglichst klares und verständliches Bild der Epidemiologie des risikoreichen Drogenkonsums, des problematischen Alkoholkonsums, des Nikotin- und Tabakkonsums sowie des (pathologischen) Glücksspiels (erstmalig im Jahr 2025) in Österreich zu gewinnen. Die arbeitsanleitende Fragestellung des Berichts lautet: Wie sieht die Situation hinsichtlich Sucht in Österreich aus? Probierkonsum und Gelegenheitskonsum ohne Abhängigkeitserkrankungen in der Allgemeinbevölkerung werden jährlich vom Kompetenzzentrum Sucht in vertiefenden Berichten dargestellt. So werden diese Konsumformen neben Abhängigkeitserkrankungen beispielsweise im Handbuch Alkohol beleuchtet.

Illegale Drogen

Risikoreicher Drogenkonsum wird in Österreich vom Opioidkonsum – meist als Mischkonsum mit anderen (legalen und illegalen) Substanzen – dominiert. Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass in Österreich 36.000 bis 39.000 Menschen von risikoreichem Opioidkonsum betroffen sind (Prävalenzschätzung). Betroffen sind vorrangig Männer (drei Viertel) und Personen ab 25 Jahren (ungefähr 90 %). Etwas weniger als die Hälfte davon lebt in Wien (Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten). Zwischen 10.800 und 13.700 Personen konsumieren vorwiegend intravenös. Es zeigt sich eine deutliche „Alterung“ der Personengruppe mit risikoreichem Opioidkonsum. Dies kann einerseits auf den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und andererseits auf die gute therapeutische Versorgung (z. B. Opioid-Agonisten-Therapie) zurückgeführt werden. Im Jahr 2024 befanden sich 20.939 Personen in Opioid-Agonisten-Therapie. Dies entspricht etwas mehr als der Hälfte der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum (Prävalenzschätzung). Es ist gelungen, über die Jahre die Behandlungsrate von opioidabhängigen Personen massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg gewertet werden. Seit Mitte der 2010er-Jahre hat sich die Behandlungsrate jedoch nicht weiter erhöht.

Fast alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring (Opioid-Agonisten-Therapie, Daten aus Einrichtungen der Drogenhilfe, gesundheitsbezogene Maßnahmen, Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz) weisen insgesamt auf eine relativ stabile Drogensituation hin. Diese Stabilität spiegelt sich auch im Anteil jüngerer Konsumentinnen und Konsumenten wider, der seit Jahren stagniert. Gerade diese Altersgruppe ist von besonderer Bedeutung, da sie als Indikator für die Inzidenz gilt, also für den Beginn eines risikoreichen Drogenkonsums.

Eine abweichende Entwicklung zeigt sich jedoch bei den drogenbezogenen Todesfällen: Der Anteil junger Personen unter 25 Jahren stieg zwischen 2018 und 2021 von etwa 15 auf rund 25 Prozent und ist seither nicht zurückgegangen. Auch die Gesamtzahl der Todesfälle nimmt seit 2014 (mit nur minimalen Unterbrechungen) zu und blieb von 2023 auf 2024 nahezu unverändert bei 257 Personen. Auffällig ist weiterhin der hohe Anteil junger Frauen: Im Jahr 2024 waren 35 Prozent der weiblichen Verstorbenen unter 25 Jahre alt.

Warum sich dieser Anstieg junger Personen ausschließlich bei den Todesfällen zeigt und nicht in den Behandlungsdaten des Drogenmonitorings (DOKLI oder OAT), lässt sich aus den vorliegenden Daten nicht erklären (Anmerkung: Daten aus der psychosozialen Versorgung, etwa aus der

Kinder- und Jugendpsychiatrie, fließen nicht in das Monitoring ein). Es gibt jedoch zunehmend Hinweise darauf, dass sich eine Gruppe sehr junger Konsumentinnen und Konsumenten gebildet hat, die einen hochriskanten Mischkonsum aufweist, jedoch vom bestehenden Suchthilfesystem nicht erreicht wird. Quantitative Daten wie die steigende Zahl von Spitalsentlassungen nach akuten Drogennotfällen sowie qualitative Rückmeldungen aus mehreren Bundesländern stützen diese Annahme. Auffällig ist dabei, dass insbesondere junge Mädchen sowohl bei den Todesfällen als auch bei den Akutbehandlungen überproportional betroffen sind.

Die Daten des Drogenmonitorings erlauben keine eindeutige Ursacheninterpretation für den Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle und den damit verbundenen höheren Anteil jüngerer Verstorbener. Internationale Entwicklungen könnten darauf hindeuten, dass neue Substanzen im Umlauf sind, doch lässt sich dies anhand der vorliegenden Daten nicht bestätigen. Die Substanzgruppen und -kombinationen haben sich im Wesentlichen nicht verändert: Todesfälle stehen weiterhin überwiegend im Zusammenhang mit Opioiden (vorwiegend Morphin und Heroin), während Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und hochpotente Schmerzmittel wie Fentanyl Einzelfälle bleiben.

Die Zunahme akuter Drogennotfälle bei jungen Menschen muss auch vor dem Hintergrund multipler Krisen und gesellschaftlicher Herausforderungen der letzten Jahre betrachtet werden. Dazu zählen die Auswirkungen der Pandemie, eine zunehmende gesellschaftliche Spaltung, die Verschärfung sozialer Ungleichheit, steigende Jugendarbeitslosigkeit, kriegerische Auseinandersetzungen sowie die fortschreitende Digitalisierung. Diese Faktoren tragen möglicherweise zu einer wachsenden Belastung der jüngeren Generation bei und könnten den Anstieg hochriskanter Konsummuster begünstigen.

Alkohol

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

Bei jungen Menschen (Schüler:innen zwischen 14 und 17 Jahren) erfüllen laut Befragungsdaten 9 Prozent zumindest einen Indikator für einen risikobehafteten Alkoholkonsum.

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

Nikotin

Nikotinabhängigkeit ist die am weitesten verbreitete Sucht in Österreich: 24 Prozent der Österreicher:innen konsumieren täglich Rauchwaren, elektronische Inhalationsprodukte oder rauchfreie Nikotinerzeugnisse. Tabakrauchen ist in Österreich gemäß aktuellen Schätzungen für 10 Prozent aller Todesfälle verantwortlich.

Dabei zeigt sich eine Verlagerung der Suchtproblematik von Zigaretten auf andere Nikotinprodukte: Während das Rauchen von Zigaretten laut Befragungsdaten und Verkaufszahlen zurückgeht, steigt der Konsum von elektronischen Inhalationsprodukten (wie E-Zigaretten und Tabakerhitzern) an. Diese werden von rund 6 Prozent der Österreicher:innen täglich oder fast täglich konsumiert. Elektronische Inhalationsprodukte werden häufig zusätzlich („Dual Use“) zu Zigaretten konsumiert.

In den letzten Jahren ist ein Rückgang des Tabakrauchens bei Jugendlichen zu verzeichnen: Der Anteil der Rauchenden ist seit 2002 um mehr als zwei Drittel zurückgegangen. Das Dampfen von E-Zigaretten und der Konsum von Nikotinbeutel ist mittlerweile gleich oder sogar stärker verbreitet als der tägliche Konsum von Zigaretten. Fasst man alle nikotinhaltigen Produkte zusammen, so zeigt sich seit 2019 ein Anstieg des täglichen Konsums von Nikotin bei Jugendlichen.

Glücksspiel

Glücksspiel und Sportwetten sind in Österreich weit verbreitet: Etwa die Hälfte der Bevölkerung ab 15 Jahren geht zumindest einmal jährlich, 40 Prozent gehen zumindest einmal monatlich dem Glücksspiel (inklusive Lotteriespiele wie Lotto und Toto) nach, Männer häufiger als Frauen. Personen mit einer häufigen Beteiligung an Glücksspielen berichten von höheren psychischen Belastungen, wobei keine kausalen Aussagen über die Zusammenhänge getroffen werden können.

Bei den unter 30-Jährigen zählen Sportwetten, Wetten auf E-Sports und Glücksspielautomaten zu den beliebtesten Glücksspielen. Automatenglücksspiele werden zu 64 Prozent und Sportwetten zu 50 Prozent auch online gespielt.

4 Prozent der 14- bis 17-jährigen Schülerinnen und 16 Prozent der gleichaltrigen Schüler haben sich im letzten Jahr zumindest einmal an Glücksspiel beteiligt. Schüler:innen aus Polytechnischen Schulen und Berufsschulen haben doppelt so häufig Erfahrungen mit Glücksspiel wie Schüler:innen aus anderen Schultypen.

4 Prozent der Bevölkerung erfüllen nach eigenen Angaben die Kriterien für zumindest eine milde Form des pathologischen Glücksspielverhaltens. Dieses ist mit vielen negativen Konsequenzen wie Schulden, dem Verlust wichtiger Beziehungen und anderen psychosozialen Problemen verbunden. Da in diesem Bereich ein Monitoringsystem lediglich rudimentär vorhanden ist, sind detaillierte Aussagen über Prävalenz, die Entwicklung des pathologischen Glücksspielverhaltens sowie Begleitfaktoren derzeit nicht möglich.

Situation insgesamt

Insgesamt zeigt sich hinsichtlich der Entwicklung der Suchtsituation bezüglich illegaler Drogen, Alkohol und Nikotin ein relativ stabiles Bild. Abweichend ist jedoch die rezente Entwicklung bei den drogenbezogenen Todesfällen: Hier sind die Zahlen in den letzten Jahren angestiegen, 2024 lagen sie auf dem Niveau von 2023 (n = 257). Der Anteil der jüngeren Verstorbenen (unter 25 Jahren) stieg bis 2021 auf 25 Prozent und ist seither nicht zurückgegangen. Für diese Entwicklung gibt es zunehmend Hinweise, dass sich eine Gruppe (sehr) junger Konsumentinnen und Konsumenten (mit hochriskantem Mischkonsum) gebildet hat, die vom bestehenden Suchthilfesystem nicht erreicht wird.

Es gibt weiterhin Verbesserungspotenzial und auch (neue) Herausforderungen: Darunter fallen der steigende Nikotinkonsum aufgrund neuer Nikotinprodukte, besonders bei Jugendlichen, die alternde Generation suchtkranker Menschen und Maßnahmen zur Verhinderung von Überdosierungen. In Hinblick auf pathologische Spielen (Glücksspiel) kann die Entwicklung aufgrund der rudimentären Datenlage zurzeit nicht beurteilt werden, deren Verbesserung stellt eine weitere Herausforderung dar. Aktuelle Erkenntnisse sind lediglich eine Momentaufnahme, eine bessere Datenlage kann zukünftig detailliertere Aussagen zu Prävalenz, Entwicklung und Begleitfaktoren in puncto pathologischen Glücksspielverhaltens ermöglichen.

Zusätzlich ist davon auszugehen, dass die multiplen Krisen und psychosozialen Belastungen (z. B. kriegerische Auseinandersetzungen, fortschreitende Digitalisierung, gesellschaftliche Polarisierung, Spätfolgen der Coronakrise) längerfristig zusätzliche Herausforderungen mit sich bringen werden.

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

Hintergrund und Fragestellungen

Ziel des *Epidemiologieberichts Sucht* ist es, ein möglichst klares und verständliches Bild der Epidemiologie des risikoreichen Drogenkonsums, des Alkoholkonsums, des Tabak- bzw. Nikotinkonsums sowie des (pathologischen) Glücksspielverhaltens (erstmalig im Jahr 2025) in Österreich zu gewinnen. Um die Inhalte möglichst kompakt abzubilden, werden Detailergebnisse in einem umfangreichen Tabellenband extra dargestellt. Ergänzende Informationen zur Drogensituation insgesamt werden im jährlichen Bericht zur Drogensituation, zum Thema Alkohol im Handbuch Alkohol und zum Thema Tabak/Nikotin im Bericht Tabak- und verwandte Erzeugnisse: Zahlen und Fakten dargestellt.

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

In Kapitel 1 werden die Kennzahlen der Drogensituation überblicksmäßig dargestellt. In Kapitel 2 wird der risikoreiche Konsum illegaler Drogen in Zusammenschau verschiedener Datenquellen umfassend dargestellt. Kapitel 3 widmet sich den drogenbezogenen Behandlungen und zeigt Basisparameter der Versorgungslage und -praxis im Bereich Opioid-Agonisten-Therapie auf. Kapitel 4 liefert Detailergebnisse aus den Einrichtungen der Drogenhilfe (DOKLI), Kapitel 5 solche in Hinblick auf drogenbezogene Todesfälle. Kapitel 6 und Kapitel 7 sind den Themen Alkohol und Tabak/Nikotin gewidmet, Kapitel 8 behandelt die Thematik Glücksspiel mit Fokus auf (pathologischem) Spielverhalten.

Methoden und Datenquellen

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

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

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

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

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

Opioid-Agonisten-Therapien (*Statistikregister eSuchtmittel*): Das nationale Monitoring der **Opioid-Agonisten-Therapien (OAT)** wird vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) wahrgenommen und basiert von 1987 bis 2009 auf den Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, seither auf den Meldungen der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden in das **Substitutionsregister (eSuchtmittel)**. Bis zur Implementierung von *eSuchtmittel* waren diese Meldungen nicht immer lückenlos und häufig nicht zeitgerecht. Diese Einschränkung konnte mit der Inbetriebnahme von *eSuchtmittel* im Frühjahr 2011 beseitigt werden. Durch die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen von *eSuchtmittel* konnte die Aussagekraft der Daten wesentlich verbessert

werden. Das Substitutionsregister enthält u. a. Daten in Bezug auf Beginn und Ende der OAT, Alter, Geschlecht und Wohnort der Behandelten, Art und Dosis des OAT-Medikaments und die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt. Die Daten stehen in pseudonymisierter Form im Statistikregister von *eSuchtmittel* für epidemiologische Auswertungen zur Verfügung. Aufgrund von (coronabedingt) nachgemeldeten Behandlungen wurden die OAT-Zahlen des Jahres 2020 im Jahr 2022 neu berechnet und weichen daher von jenen im Epidemiologiebericht Sucht 2021 ab.

Begutachtungen nach § 12 SMG (*Statistikregister eSuchtmittel*): Gegenstand der Suchtmittel-datenevidenz sind auch Daten der Gesundheitsbehörden, die diese in Vollziehung des Suchtmittelgesetzes (SMG) im Rahmen der gesundheitsbehördlichen Begutachtungen bei Hinweisen auf Suchtmittelmissbrauch gemäß § 12 SMG erheben. Dabei werden u. a. folgende Daten erfasst: Alter, Geschlecht, Wohnort und Drogenkonsum der begutachteten Person, der Umstand, woher die Hinweise auf vermeintlichen Suchtmittelmissbrauch stammen (z. B. Polizei, Militär), sowie das Ergebnis der Begutachtung, ob und, wenn ja, welche gesundheitsbezogene(n) Maßnahme(n) notwendig ist (sind). Prinzipiell handelt es sich hier um Verwaltungsdaten, die keinen direkten Schluss auf die Suchtproblematik zulassen, insbesondere da die Handhabung der Vorladungen/Einstufung, ob ein festgestellter Konsum behandlungsrelevant ist oder nicht, von verschiedenen Aspekten abhängt (z. B. von der Anzeigenaktivität der Polizei, der Einschätzung einzelner Amtsärztinnen bzw. Amtsärzte oder Bezirksgesundheitsbehörden, personellen Ressourcen etc.). Daher sind auch Vergleiche zwischen Bundesländern oder Bezirken in Hinblick auf die Suchtprevalenz nicht aussagekräftig. Bei den Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassende suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird. Daher sind Auswertungen bezüglich der Substanzen immer ohne Wien. Für das Begutachtungsjahr 2024 liegen aus Wien keine vollständigen Daten vor, daher wurde Wien in einzelnen Darstellungen exkludiert. Die Daten stehen ebenfalls in pseudonymisierter Form im Statistikregister von *eSuchtmittel* für epidemiologische Auswertungen zur Verfügung.

Anzeigen/Anfangsverdachtsfälle SMG (*Statistikregister eSuchtmittel*): Das Suchtmittelgesetz (SMG) differenziert nach Menge und Klassifizierung (Suchtmittel, Suchtgifte¹ und psychotrope Stoffe², Drogenausgangsstoffe³). Die Substanzen, die dem jeweiligen Begriff zugeordnet werden, sind in Verordnungen aufgelistet. Unterschieden wird im SMG zwischen Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG), die den unerlaubten Umgang mit Suchtgift betreffen, und Verbrechenstatbeständen, welche die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28 SMG) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a SMG) betreffen. Der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe, nach Rechtsprechung wird er jedoch regelmäßig durch andere Tathandlungen (insb. Besitz) kriminalisiert. Unter

¹ Als *Suchtgifte* sind jene Stoffe und Zubereitungen definiert, die durch die *Einziges Suchtgiftkonvention* sowie das *Übereinkommen der Vereinten Nationen über psychotrope Stoffe* Beschränkungen hinsichtlich Erzeugung, Besitz etc. unterworfen und mit Verordnungen des BMASGPK als Suchtgifte bezeichnet bzw. diesen gleichgestellt sind. Darüber hinaus können durch das BMASGPK weitere Stoffe und Zubereitungen den Suchtgiften gleichgestellt werden, wenn sie ein den Suchtgiften vergleichbares Gefährdungspotenzial aufweisen.

² Als *psychotrope Stoffe* sind jene Stoffe und Zubereitungen definiert, die durch das *Übereinkommen der Vereinten Nationen über psychotrope Stoffe* Beschränkungen hinsichtlich Erzeugung, Besitz etc. unterworfen und in Verordnungen des BMASGPK als psychotrope Stoffe bezeichnet sind. Darüber hinaus können durch das BMASGPK weitere Stoffe und Zubereitungen psychotropen Stoffen gleichgestellt werden, wenn sie ein den psychotropen Stoffen vergleichbares Gefährdungspotenzial aufweisen.

³ Als *Drogenausgangsstoffe* sind jene Stoffe definiert, die in den Verordnungen (EG) 2004/273 und 2005/111 (vgl. EG 111/2005; EG 273/2004) erfasst sind.

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

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

Spitalsentlassungscodes nach ICD-10 (DLD): Die Daten der stationären Versorgung stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten. Einschränkend ist hier anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Wissensstand zum Zeitpunkt der Entlassung. Verlegungen zwischen Abteilungen innerhalb einer Krankenanstalt werden nicht als eigene Aufenthalte gewertet. Die DLD enthält die Dokumentation jedes einzelnen stationären Aufenthalts. Da die Daten primär zu Abrechnungszwecken erhoben werden, sind sie sehr vollständig, jedoch für epidemiologische Auswertungen nur bedingt verwendbar. So kommt es zu Verzerrungen, z. B. zu einer hohen Krankenhausmorbidity in Regionen mit hoher Bettendichte oder infolge bestimmter Anreize des Krankenhausfinanzierungssystems. Seit 2015 wird pro Patient:in eine pseudonymisierte Patienten-ID mitgeliefert, die eine eindeutige Identifikation ermöglicht. Diese ID ist nicht bei allen Aufenthalten vermerkt. Vor 2015 gab es keine ID, die Patientenzahl wurde aus den Aufenthalten geschätzt. Daher kommt es ab 2015 zu einem Zeitreihenbruch. 2023 ist das aktuellste Jahr, zu dem bei Redaktionsschluss Daten zur Verfügung standen.

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

Österreichische Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch (2004, 2008, 2015, 2020 und 2022): Repräsentative Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch bzw. zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial wurden in Österreich jeweils in den Jahren 2004, 2008, 2015, 2020 und 2022 durchgeführt (Strizek et al. 2016b; Strizek et al. 2021a; Strizek et al. 2023; Uhl et al. 2005c; Uhl et al. 2009). Die Vergleichbarkeit der Erhebungswellen ist durch die identische Zielgruppe (österreichische Wohnbevölkerung ab 15 Jahren), das identische Auswertungsprozedere (Gewichtung nach Alter und Geschlecht entsprechend der Bevölkerungsstatistik, Ausschlusskriterien für ungültige Angaben) sowie durch eine hohe Anzahl gleichbleibender Fragemodule weitgehend gegeben. In den Jahren 2020 und 2022 erfolgte aufgrund der Kontakteinschränkungen im Zusammenhang mit der Coronapandemie in Österreich die gesamte Erhebung mittels eines repräsentativen Online-Samples. Teilnehmer:innen für die Onlinebefragung wurden zufällig aus einem bestehenden und offline rekrutierten Sample ausgewählt und mittels E-Mail bis zu dreimal zur Teilnahme eingeladen. Vergleiche im Rahmen der Erhebung aus dem Jahr 2015 zwischen der Onlinestichprobe und der Face-to-Face-Stichprobe (unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Bildung) zeigten nur minimale Unterschiede in den Prävalenzraten unterschiedlicher Substanzen. Der Stichprobenumfang umfasste bei der Erhebung im Jahr 2004 4.546 Datensätze bei einer Response-Rate von 21 Prozent (Bruttostichprobe ca. 22.000 Personen). 2008 konnten 4.196 gültige Datensätze bei einer Response-Rate von 34,4 Prozent realisiert werden (Bruttostichprobe von ca. 12.000 Personen). In der Erhebung 2015 wurden insgesamt 4.014

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

European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) (2003, 2007, 2015, 2019 und 2024): Datenerhebungen im Rahmen von ESPAD fanden in Österreich in den Jahren 2003, 2007, 2015, 2019 und 2024 statt (Hojni et al. 2019; Strizek et al. 2008b; Strizek et al. 2016a; Strizek et al. 2025; Uhl et al. 2005a). Dazu wurde jeweils aus allen Schulen mit Klassen der 9. und 10. Schulstufe eine Zufallsauswahl getroffen, wobei berücksichtigt wurde, dass die Auswahlwahrscheinlichkeit für Schüler:innen aus kleineren Schulen und für solche aus größeren Schulen möglichst identisch ist. Zielgruppe für den internationalen Datensatz sind dabei Schüler:innen, die jeweils im Erhebungsjahr 15 Jahre alt werden. Für den österreichischen Datensatz wurden jeweils alle im Sample befindlichen Schüler:innen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren für Auswertungen berücksichtigt. Der Fragebogen ist mit wenigen Ausnahmen in allen Erhebungswellen identisch geblieben und erlaubt somit sowohl Zeitreihenanalysen als auch international vergleichende Analysen.

Für das nationale Datenfile konnten bei der Erhebung im Jahr 2003 5.281 gültige Datensätze realisiert werden, bei der Erhebung im Jahr 2007 5.959, im Jahr 2015 8.045, im Jahr 2019 10.279 Datensätze und bei der bislang letzten Erhebung im Jahr 2024 7.735 Datensätze. Die Erhebungen in den Jahren 2015, 2019 und 2024 wurden online durchgeführt. Die Teilnahmequote auf Schulebene lag im Jahr 2015 bei 21 Prozent, im Jahr 2019 bei 30 Prozent und im Jahr 2024 bei 26 Prozent; sie befindet sich im internationalen Vergleich auf niedrigem Niveau. Als Gründe für die Teilnahmeverweigerung werden vonseiten der Schulen vor allem eine gewisse „Erhebungsmüdigkeit“ durch eine zunehmende Zahl wissenschaftlicher Studien im Schulsetting und eine Fülle anderer organisatorischer Aufgaben angeführt. Eine parallel zur Erhebung im Jahr 2007 durchgeführte Validierungsstudie gab Aufschlüsse über die Validität der Daten. Dabei wurden 100 Schüler:innen, die sich an der ESPAD-Erhebung beteiligt hatten, im Anschluss an das Ausfüllen des Fragebogens mündlich zur Verständlichkeit der Fragen und zur Ernsthaftigkeit des Ausfüllens befragt. Diese Schüler:innen wurden zufällig aus unterschiedlichen Schulen (unterschiedlichen Schultyps) aus Wien und Niederösterreich ausgewählt (Schmutterer et al. 2008).

Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC) (2002, 2006, 2010, 2014, 2018, 2022): Bei der HBSC-Studie handelt es sich um die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie. In der HBSC-Studie werden die selbstberichtete Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern im Alter von 11, 13 und 15 Jahren und seit 2010 auch der 17-Jährigen systematisch und wiederholt erhoben. Die Wiederholung der Erhebungen ermöglicht es, Trends im Zeitverlauf zu erfassen. Die HBSC-Studie wurde 1982 entwickelt und im Schuljahr 1983/84 erstmals umgesetzt. Österreich ist von Beginn an Teil dieses Forschungsprojekts. Seit 1986 findet die Erhebung im Vierjahresrhythmus statt. 2022 wurde auch eine eigene Erhebung zu Gesundheit unter Lehrlingen durchgeführt. Die Gesamtstichprobe umfasste im Jahr 2002 4.472, im Jahr 2006 4.096, im Jahr 2010 6.493, im Jahr 2014 5.617, im Jahr 2018 7.585 und im Jahr 2022 7.099 Mädchen und Burschen. Die Stichprobe der Lehrlingerhebung 2022 umfasste ca. 2.000 Personen. Die Teilnehmerate betrug 2002 71 Prozent, 2006 80 Prozent, 2010 72 Prozent, 2014 65 Prozent und 2018 76 Prozent (Currie et al. 2012; Dür et al. 2002; Dür et al.

2007; Felder-Puig et al. 2019; Felder-Puig et al. 2023b; Felder-Puig et al. 2023a; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015; Teutsch et al. 2018).

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

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

Statistik des Bevölkerungsstandes: Für Berechnungen der Raten pro 100.000 Einwohner:innen (EW) wird die Statistik des Bevölkerungsstandes von Statistik Austria herangezogen.

1 Kennzahlen der Drogensituation

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation in Österreich tabellarisch nach Bundesland, Altersgruppen und Geschlecht dargestellt, und zwar jeweils in absoluten Zahlen sowie pro 100.000 Einwohner:innen im Alter von 15 bis 64 Jahren.

Tabelle 1: Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland im Jahr 2024 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren) in Absolutzahlen

Indikator/Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz Opioid-Untergrenze ¹	559	2.057	4.704	4.393	923	2.618	1.639	900	13.985	35.616
Prävalenz Opioid ¹	847	2.318	5.061	5.625	1.352	3.186	2.285	1.419	14.719	36.842
Prävalenz Opioid-Obergrenze ¹	1.130	2.560	6.037	6.125	1.717	4.054	4.401	1.802	19.851	38.069
Opioid-Agonisten-Therapie	414	1.484	3.482	2.645	597	1.752	1.180	674	8.711	20.939
DOKLI Opioid	183	1.535	322	388	350	639	70	473	1.689	5.767
DOKLI Cannabis	116	505	353	160	65	306	149	415	587	2.677
DOKLI gesamt	345	2.323	995	710	514	1.177	426	1.254	3.263	11.238
§ 12 SMG Opioid	9	83	74	40	3	20	7	11	-	-
§ 12 SMG Cannabis	30	211	149	186	15	76	47	50	-	-
§ 12 SMG kein Bedarf	56	108	436	542	69	189	171	142	178	1.891
ICD-10 (Opioidabhängigkeit) ¹	27	175	225	322	114	205	150	92	343	1.653
drogenbezogene Todesfälle	6	17	36	26	18	18	40	12	84	257

Anmerkungen: ¹ Datenjahr 2023

* Mehrfachangaben: Auswahl einer (Leit-)Droge nach folgender Logik: „Opioid > Kokain > Stimulanzien > andere > Cannabis ohne andere Drogen“

Prävalenz Opioid UG bzw. OG = aktuellste Prävalenzschätzung des risikoreichen Opioidkonsums; aufgrund kleiner Populationsgrößen einiger Bundesländer schwanken die Werte stark und sind daher ausgesprochen unsicher. Regionale Ergebnisse sind daher mit äußerster Vorsicht zu interpretieren. Bei der Interpretation sollte immer das Intervall zwischen **Untergrenze (UG)** und **Obergrenze (OG)** der 95-Prozent-Konfidenzintervalle der letzten drei Jahre herangezogen werden (d. h. UG = niedrigster Wert / OG = höchster Wert der letzten 3 Jahre).

Opioid-Agonisten-Therapie (OAT): Personen, die sich laut eSuchtmittel einer OAT unterziehen („Substitutionsbehandlung“); **DOKLI – Opioid/Cannabis** = alle Personen, die in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, gesamt bzw. nach Leitdroge*; **§ 12 SMG – Opioid / Cannabis / kein Bedarf** = Personen, für die die Begutachtung nach § 12 SMG einen behandlungsrelevanten Konsum der genannten Droge* oder keinen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ergab; die Angaben sind unvollständig, da [substanzspezifische] Daten aus Wien fehlen (Österreich ohne Wien). Da es sich um Verwaltungsdaten handelt, sind direkte Rückschlüsse auf die Prävalenz nicht möglich, zusätzlich ist ein direkter Vergleich zwischen Bundesländern nicht zulässig (vgl. Kapitel Methoden und Datenquellen). **ICD-10 (Opioidabhängigkeit)** = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioid) bei Entlassungen aus stationärer Spitalsbehandlung; **Opioidanzeigen SMG** = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall aufgrund von Opioiden*;

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

Tabelle 2: Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Bundesland im Jahr 2024 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren) pro 100.000 15- bis 64-Jährige

Indikator/Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Prävalenz Opioide Untergrenze (UG)	294	568	424	445	249	319	319	339	1.021	593
Prävalenz Opioide	443	639	457	564	363	386	446	529	1.074	613
Prävalenz Opioide Obergrenze (OG)	594	708	548	614	463	494	863	672	1.498	634
Opioid-Agonisten-Therapie	218	411	314	265	160	213	230	250	628	347
DOKLI Opioide	96	425	29	39	94	78	14	176	122	96
DOKLI Cannabis	61	140	32	16	17	37	29	154	42	44
DOKLI gesamt	181	644	90	71	137	143	83	465	235	186
§ 12 SMG Opioide	5	23	7	4	1	2	1	4	-	-
§ 12 SMG Cannabis	16	58	13	19	4	9	9	19	-	-
§ 12 SMG kein Bedarf	29	30	39	54	18	23	33	53	13	31
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	14	48	20	32	31	25	29	34	25	28
drogenbezogene Todesfälle	3	5	3	3	5	2	8	4	6	4

Anmerkungen: siehe Tabelle 1

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

Tabelle 3: Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Alter und Geschlecht im Jahr 2024 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren) in Absolutzahlen

Indikator Alter und Geschlecht	< 25 Jahre	25–34 Jahre	35 Jahre und älter	Männer	Frauen
Prävalenz Opioide Untergrenze (UG)	2.516	8.169	21.058	27.197	7.720
Prävalenz Opioide	2.830	8.624	21.972	28.259	8.303
Prävalenz Opioide Obergrenze (OG)	3.144	9.078	22.886	29.320	8.885
Opioid-Agonisten-Therapie	919	4.458	15.562	15.627	5.312
DOKLI Opioide	597	1.855	3.315	4.185	1.582
DOKLI Cannabis	1.075	962	640	2.110	567
DOKLI gesamt	2.367	3.863	5.007	8.441	2.797
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	178	421	1.048	1.092	553
Opioidanzeigen SMG	424	807	949	1.766	414
drogenbezogene Todesfälle	63	82	112	197	60

Anmerkungen: siehe Tabelle 1

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

Tabelle 4: Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation nach Alter und Geschlecht im Jahr 2024 (oder in den jüngsten verfügbaren Jahren) pro 100.000 15- bis 64-Jährige

Indikator Alter und Geschlecht	< 25 Jahre	25-34 Jahre	35 Jahre und älter	Männer	Frauen
Prävalenz Opioider Untergrenze (UG)	265	665	550	913	255
Prävalenz Opioider	298	702	573	948	274
Prävalenz Opioider Obergrenze (OG)	331	739	597	984	293
Opioid-Agonisten-Therapie	97	364	404	524	175
DOKLI Opioider	63	151	86	140	52
DOKLI Cannabis	113	78	17	71	19
DOKLI gesamt	249	315	130	283	92
ICD-10 (Opioidabhängigkeit)	19	34	27	37	18
Opioidanzeigen SMG	0,4	0,7	0,2	0,6	0,1
drogenbezogene Todesfälle	7	7	3	7	2

Anmerkungen: siehe Tabelle 1

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

2 Risikoreicher Drogenkonsum

Als risikoreich wird Drogenkonsum dann bezeichnet, wenn dieser mit körperlichen, psychischen und/oder sozialen Problemen einhergeht: „wiederholter Drogenkonsum, welcher Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“ (EMCDDA 2013). Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen. Zentral an dieser Definition ist, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen als solche problematisch oder unproblematisch sind.

Im vorliegenden Kapitel wird der risikoreiche Drogenkonsum anhand folgender Datenquellen (vgl. Kapitel Methoden und Datenquellen) skizziert: Behandlungsdaten (DOKLI⁴, Opioid-Agonisten-Therapie), Diagnosen nach ICD-10 bei Entlassung aus einer stationären Behandlung im Krankenhaus, amtsärztliche Begutachtungen nach § 12 Suchtmittelgesetz (SMG)⁵, Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle sowie nach dem Suchtmittelgesetz angezeigte Personen.

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

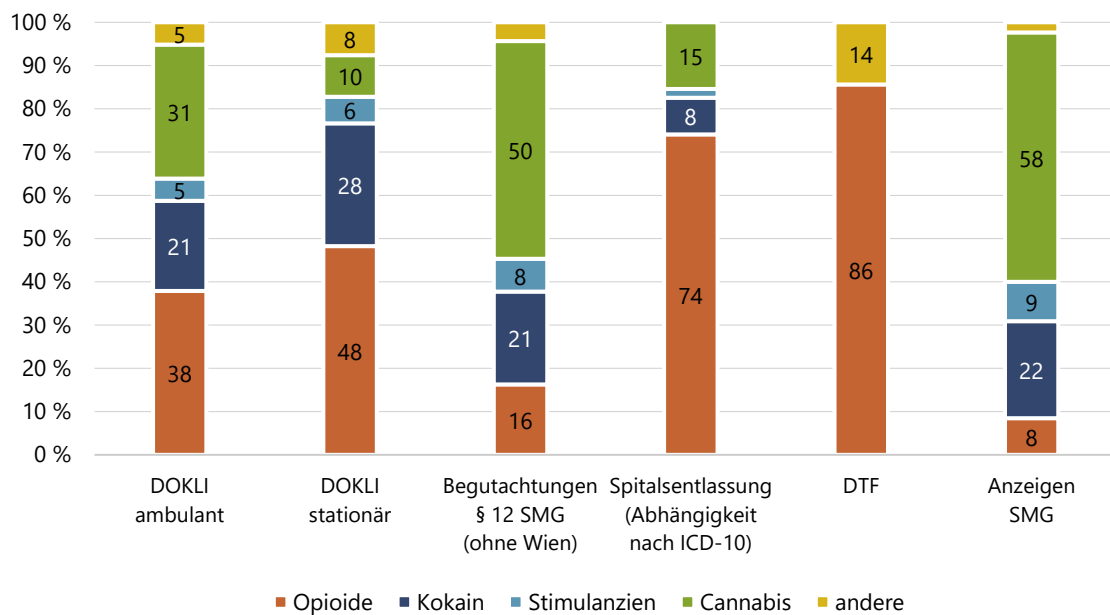
2.1 Art des risikoreichen Drogenkonsums – Konsummuster

Bildet man die Konsummuster anhand der verfügbaren Datenquellen ab, so zeigt sich vor allem im Behandlungsbereich (DOKLI, Spitalsentlassungen) eine starke Dominanz von Opioiden (vgl. Abbildung 1). Besonders augenscheinlich ist der hohe Anteil an (Misch-)Intoxikationen mit Opioiden bei den drogenbezogenen Todesfällen, wo bei 86 Prozent der Fälle (auch) Opioiden nachgewiesen wurden. Bei den gesundheitsbezogenen Maßnahmen sowie den Anzeigen zeigt sich hingegen ein hoher Anteil an Cannabis.

⁴ Personen, die sich in eine drogenspezifische Behandlung begeben, haben in der Regel ein Problem mit ihrem Drogenkonsum.

⁵ Einschränkend muss dazu aber angemerkt werden, dass gesetzliche Regelungen (wie z. B. die Hinwirkung auf gesundheitsbezogene Maßnahmen) dazu führen können, dass Personen ohne risikoreichen Drogenkonsum eine drogenspezifische Betreuung beginnen, um rechtliche Konsequenzen eines an sich nicht risikoreichen Drogenkonsums zu vermeiden. Dies trifft in erster Linie in relevantem Ausmaß auf den Konsum von Cannabis zu, wie im Schwerpunktkapitel des *Epidemiologieberichts Drogen 2012* erläutert wird.

Abbildung 1: Anteil der konsumierten Drogen* in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2024



Anmerkungen: * bei Mehrfachangaben: Auswahl einer (Leit-)Droge nach folgender Auswahllogik: „Opioides > Kokain > Stimulanzien > andere > Cannabis ohne andere Drogen“; bei den DTF fallen alle Überdosierungen ohne Beteiligung von Opioiden in die Kategorie „andere“. **Grundgesamtheit:** Personen mit gültigen Angaben zur Droge; Datenjahr: 2024, abweichende Jahre angeführt

DOKLI ambulant / DOKLI stationär = Personen, die mit einer längerfristigen ambulanten (n = 3.322) / stationären (n = 895) Betreuung begonnen haben; **Begutachtungen § 12 SMG** = amtsärztliche Begutachtungen, bei denen ein behandlungsrelevanter Konsum von Drogen festgestellt wurde (n = 1.518); die Angaben sind unvollständig, da substanzspezifische Daten aus Wien fehlen (vgl. Kapitel Methoden und Datenquellen).

Abhängigkeit nach ICD-10 (Spitalsentl.): Personen (n = 791), die 2023 (aktuellstes verfügbares Jahr) mit einer Abhängigkeitsdiagnose nach ICD-10 (F11.2, F12.2, F14.2 und F15.2; die Kategorie „andere“ gibt es nicht) aus dem Spital entlassen wurden; die Umsetzung der Auswahllogik ist hier nicht möglich.

DTF = direkt drogenbezogene Todesfälle mit toxikologischen Analyseergebnissen (n = 188 von insgesamt 257); **Anzeigen SMG** = Personen (n = 25.707) mit einer Anzeige / einem Anfangsverdacht wegen Suchtgift

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

In DOKLI-Einrichtungen, wo Personen mit risikoreichem Drogenkonsum andocken, werden diese zu einem großen Teil wegen der Leitdroge⁶ Opioides betreut (vgl. Abbildung 1). Eine nähere Analyse der DOKLI-Daten veranschaulicht, dass der Großteil der im ambulanten und stationären Bereich wegen Opioiden betreuten Personen auch noch andere Drogen in problematischer Weise konsumiert (Busch et al. 2014).

Bei Personen, bei denen durch die Amtsärztin bzw. den Amtsarzt nach § 12 SMG Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt wird, und bei den Anzeigen nach dem

⁶ Unter „Leitdrogen“ sind jene Drogen zu verstehen, die der Klientin bzw. dem Klienten aus subjektiver Sicht die meisten Probleme verursachen. Dabei bezieht sich die Problemdefinition – angelehnt an ICD-10 – auf psychosoziale sowie gesundheitliche und nicht auf rein rechtliche Problemstellungen. In der Regel ist die Leitdroge (oder auch mehrere) auch jene Droge, die zur Inanspruchnahme der aktuellen Betreuung geführt hat.

Suchtmittelgesetz spielt der Cannabiskonsum eine zentrale Rolle (vgl. Abbildung 1). Auch bei den DOKLI-Daten zeigt sich, dass die zahlenmäßig zweite relevante Gruppe Personen mit ausschließlich (risikoreichem) Cannabiskonsum sind (vgl. dazu auch Kapitel 3.2). Die vertiefende Analyse der DOKLI-Daten im Schwerpunktkapitel „Analyse der Routinedaten zum Cannabiskonsum“ im *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013* sowie jene im Jahr 2017⁷ ergaben, dass lediglich ein Drittel der Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis vor Beginn der Behandlung hochfrequent Cannabis konsumierte und dass der Anteil von Personen, die aufgrund einer gesetzlichen Auflage in Behandlung sind, etwa zwei Drittel beträgt.

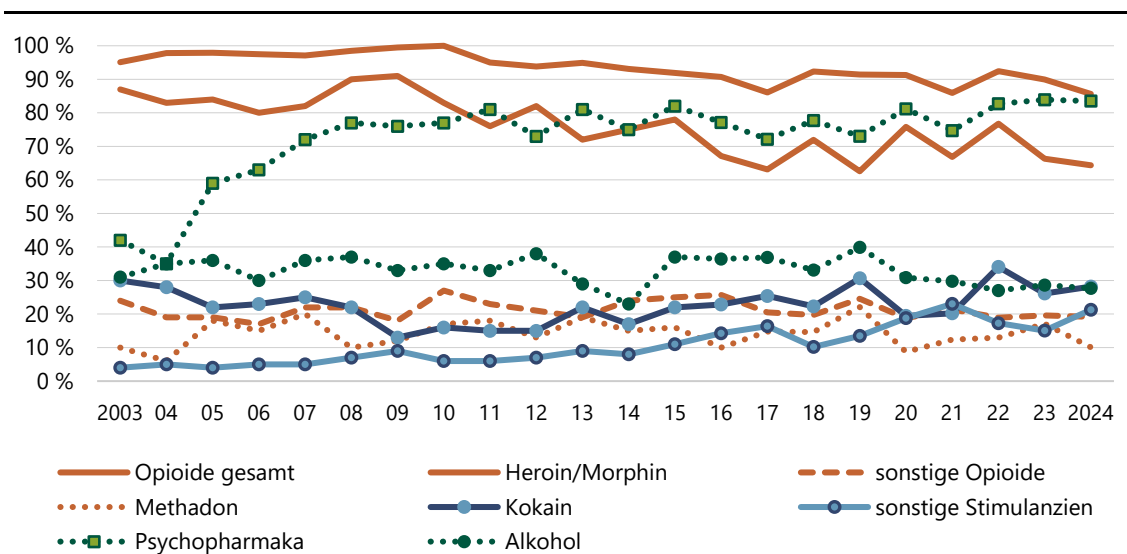
Zusammenfassung: Opioidkonsum – hauptsächlich als Mischkonsum mit anderen legalen und/oder illegalen Substanzen – macht aktuell das Gros des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich aus. Personen, die ausschließlich (d. h. als einzige Leitdroge) Cannabis konsumieren, sind die zweite zahlenmäßig relevante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

⁷ http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12_Weigl_Cannabis_in_Osterreich_und_der_EU.pdf [Zugriff am 25.11.2025]

2.2 Am risikoreichen Drogenkonsum beteiligte Substanzen im Zeitverlauf

Da im Vergleich zur Mitte der 2000er-Jahre weniger Jugendliche und junge Erwachsene in den Opioidkonsum einsteigen, stellt sich die Frage, ob dies einen langfristigen Rückgang des risikoreichen Drogenkonsums insgesamt⁸ bedeutet oder eine Veränderung risikoreicher Konsummuster hin zum Konsum anderer Drogen. Um dies zu prüfen, können die Zeitreihe der drogenbezogenen Todesfälle nach beteiligten Substanzen und die DOKLI-Daten nach Leitdroge herangezogen werden (vgl. Abbildung 2 und Abbildung 3).

Abbildung 2: Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen, 2003–2024, in Prozent



Anmerkungen: N = 188 DTF mit Toxikologie; die Kategorie „sonstige Stimulanzien“ umfasst sämtliche Stimulanzien (z. B. (Meth-)Amphetamin, Ecstasy, Mephedron/3-MMC, Cathinone, Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) des Typs Stimulanzien) exklusive Kokain. Die Kategorie „sonstige Opiode“ beinhaltet auch NPS-Opiate.

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

Die Substanzenanalysen bei direkt drogenbezogenen Todesfällen (vgl. Abbildung 2) machen Folgendes deutlich: An der Dominanz von Opioiden hat sich in den letzten Jahren nichts geändert. Kokain und sonstige Stimulanzien⁹ werden weiterhin bei den Todesfällen deutlich seltener festgestellt als Opiode. Bei Kokain zeigt sich kein klarer Trend, der Anteil schwankt seit 20 Jahren zwischen rund 20 und 30 Prozent und lag 2024 bei 28 Prozent (Höchstwert: 2023 mit 34 %). Der Anteil an sonstigen Stimulanzien bewegt sich seit Anfang der 2000er-Jahre auf niedrigem Niveau, in den letzten zehn Jahren zeigt sich tendenziell ein leichter Anstieg, 2024 betrug der Anteil 21 Prozent. Nach wie vor wird ein Konsum von Kokain und Stimulanzien vor allem in Kombination mit Opioiden festgestellt. Es dominieren weiterhin Todesfälle, bei denen (auch) die Opiode

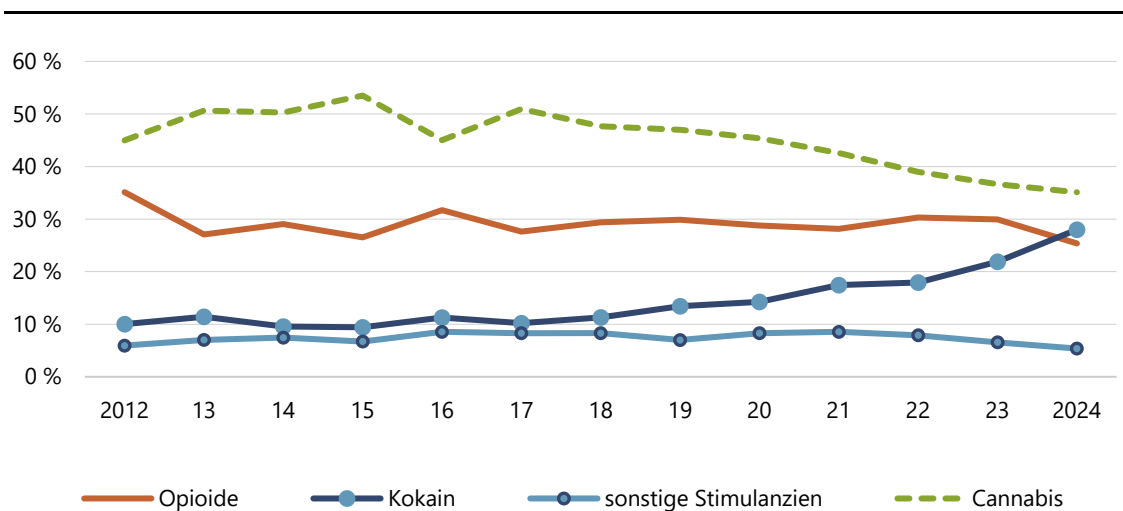
⁸ Der rezente Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle könnte jedoch ein erster Hinweis auf eine Verschärfung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden sein.

⁹ Stimulanzien wie z. B. (Meth-)Amphetamin, Ecstasy, Cathinone etc. exklusive Kokain

Morphin oder Heroin festgestellt werden, Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und stark potente Schmerzmittel wie Fentanyl bleiben weiterhin Einzelfälle. Aus der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle lässt sich somit keine eindeutige Änderung der Konsummuster ableiten.

Die DOKLI-Daten in Abbildung 3 zeigen die Drogenproblematik¹⁰ der Klientinnen und Klienten, die sich **erstmalig** in ihrem Leben einer drogenspezifischen Behandlung unterziehen. Betrachtet man die letzten fünf Jahre, zeigt sich beim Prozentanteil von Cannabis ein leichter Rückgang, bei jenem von Kokain ein beträchtlicher Anstieg und bei Opioiden sowie sonstigen Stimulanzien eine stabile Situation. Auch wenn Kokain mittlerweile bei über einem Viertel der Erstbehandelten in DOKLI-Einrichtungen die Leitdroge darstellt, bleiben auch Opioiden bei einem Viertel der Erstbehandelten die Leitdroge. Zudem ist bei der Interpretation der Grafik zu berücksichtigen, dass der Großteil der Personen, die Opioid-Agonisten-Therapie im niedergelassenen Bereich in Anspruch nehmen, in DOKLI nicht aufscheint – und damit auch in Abbildung 3 nicht.

Abbildung 3: Drogenproblematik* bei in DOKLI-Einrichtungen längerfristig Erstbehandelten, 2012–2024, in Prozent



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

Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2012 bis 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Neben sonstigen Stimulantien (z. B. Methamphetamin, Mephedron) spielen auch Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) im Rahmen des risikoreichen bzw. behandlungsrelevanten Drogenkonsums eine untergeordnete Rolle, wie Tabelle 5 zeigt.

¹⁰ Dargestellt wird die hierarchische Leitdroge, Erläuterungen hierzu finden sich in Kapitel 4.2.1.

Tabelle 5: Feinkategorisierung der Nennungen aller längerfristig betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen in den Kategorien „andere Stimulanzien“ und „andere Drogen“, 2024

Substanz	Leitdroge	Begleitdroge	Summe
andere Drogen / unbekannt	249	421	670
Methamphetamin	115	294	409
Pilze	8	165	173
Ketamin	59	247	306
Mephedron	14	46	60
GHB	10	20	30
andere synthetische Cathinone	6	10	16
Räuchermischungen	5	3	8
Fentanyl (illegal)	14	7	21

Anmerkung: Es handelt sich um Mehrfachnennungen bei Leit- und Begleitdrogen; Anzahl Personen: 12.211.

Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2024; Darstellung: GÖG/ÖBIG

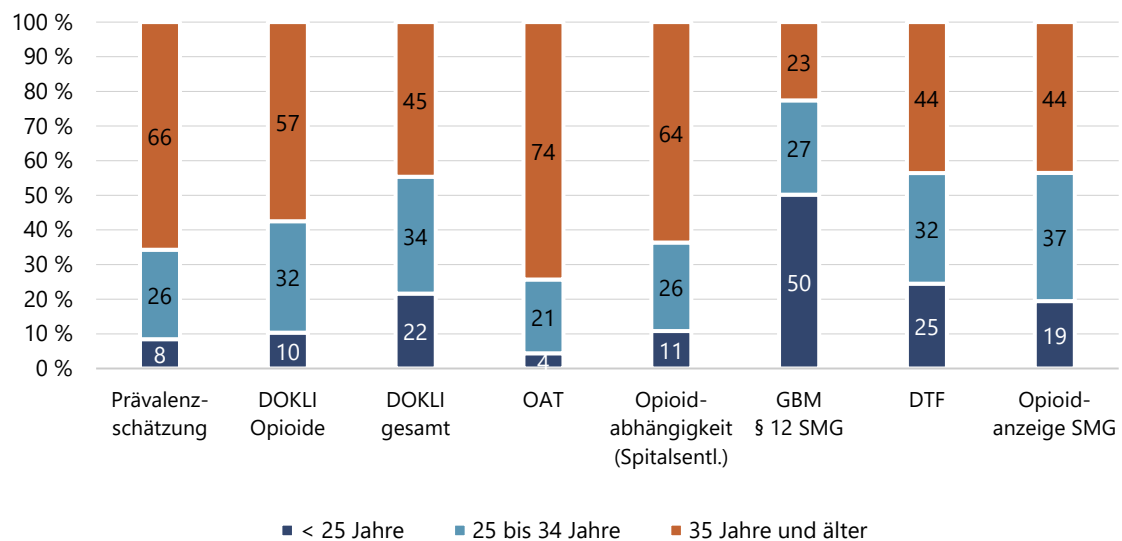
Zusammenfassung: Es gibt insgesamt keine eindeutigen Anzeichen für eine signifikante Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums hin zu anderen Substanzen. Lediglich im Behandlungsbereich (in DOKLI-Einrichtungen) zeigt sich aktuell (bei Personen, die erstmals in Behandlung sind) eine Zunahme der Leitdroge Kokain; nur tendenziell zeigt sich diese auch bei den nachgewiesenen Substanzen der drogenbezogenen Todesfälle, allerdings vor allem in Kombination mit Opioiden. Daraus lässt sich keine eindeutige Änderung der Konsummuster weg von Opioiden hin zu anderen Substanzen ableiten. An der Dominanz von Opioiden hat sich in den letzten Jahren nichts geändert.

2.3 Alter und Geschlecht der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, welche Personengruppen besonders häufig von risikoreichem Drogenkonsum betroffen sind. Abbildung 4 zeigt die Altersverteilung in den verfügbaren Datenquellen in einer Zusammenschau.¹¹

¹¹ Da hier der Schwerpunkt auf risikoreichen Konsum gelegt wird, wird die Darstellung für die Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz auf Personen mit Opioidproblematik eingeschränkt.

Abbildung 4: Anteil der Altersgruppen in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2024

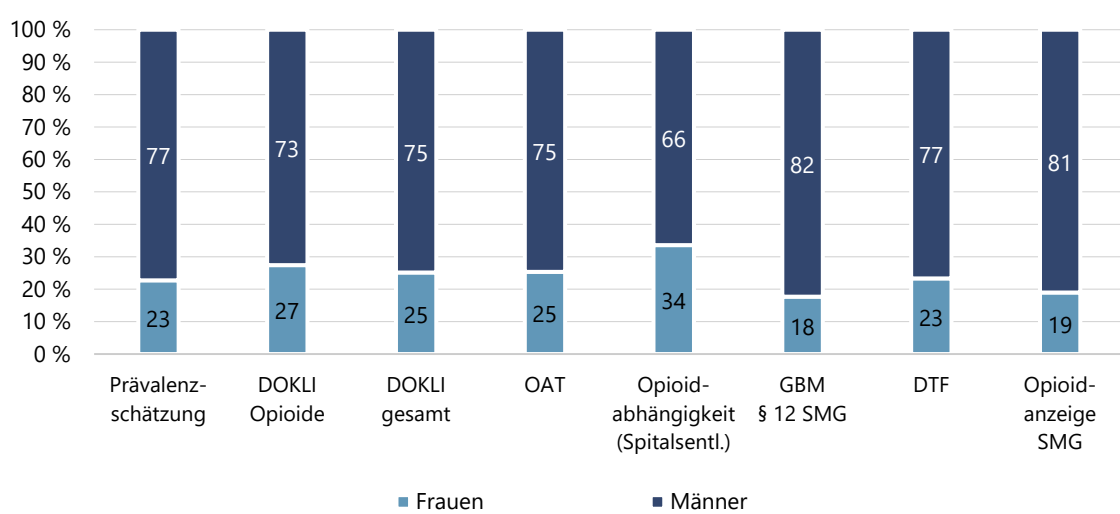


Anmerkungen: Prävalenzschätzung sowie Spitalsentlassungen beziehen sich auf das Jahr 2023 (jüngste verfügbare Daten); bei DOKLI und den Anzeigen wurde die Kategorie „Opioide“ aufgrund folgender Auswahllogik determiniert: „Opioide > Kokain > Stimulanzien > andere > Cannabis ohne andere Drogen“. **Prävalenzschätzung** = geschätzte Anzahl an Personen mit risikoreichem Opioidkonsum; **DOKLI** = Alter (zum Stichtag 30.06.) aller in DOKLI-Einrichtungen längerfristig (ambulant oder stationär) betreuten Personen; **DOKLI gesamt** (alle Drogen); **DOKLI Opioide** (Einschränkung auf Opioide); **OAT** = Personen in Opioid-Agonisten-Therapie; **Opioidabhängigkeit (Spitalsentl.)** = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioide) bei Entlassung aus stationärer Spitalsbehandlung; **GBM § 12 SMG** = Personen, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (GBM) ergeben hat (Daten aus Wien 2024 unvollständig, vgl. Kapitel Methoden und Datenquellen); **DTF** = direkt drogenbezogene Todesfälle; **Opioidanzeige SMG** = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Opioiden

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

Die Datenquellen (vgl. Abbildung 4), die sich auf Personen mit **risikoreichem Opioidkonsum** (Prävalenzschätzung, DOKLI Opioide, Spitalsentlassungen, Opioidanzeigen) beziehen, zeigen sehr deutlich, dass junge Personen den geringsten Anteil ausmachen (zwischen 4 % und 19 %). Lediglich bei den drogenbezogenen Todesfällen ist der Anteil der jungen Personen in den letzten Jahren angestiegen (2024: 25 %). Bei all diesen Datenquellen ist der Anteil der älteren Personen im Gegenzug sehr hoch (zwischen 44 % und 74 %). Bei **Personen**, für die eine Begutachtung nach § 12 SMG den **Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme** ergeben hat, ist der Anteil der jüngeren Personen deutlich höher (50 %).

Abbildung 5: Geschlechterverteilung in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2024, in Prozent



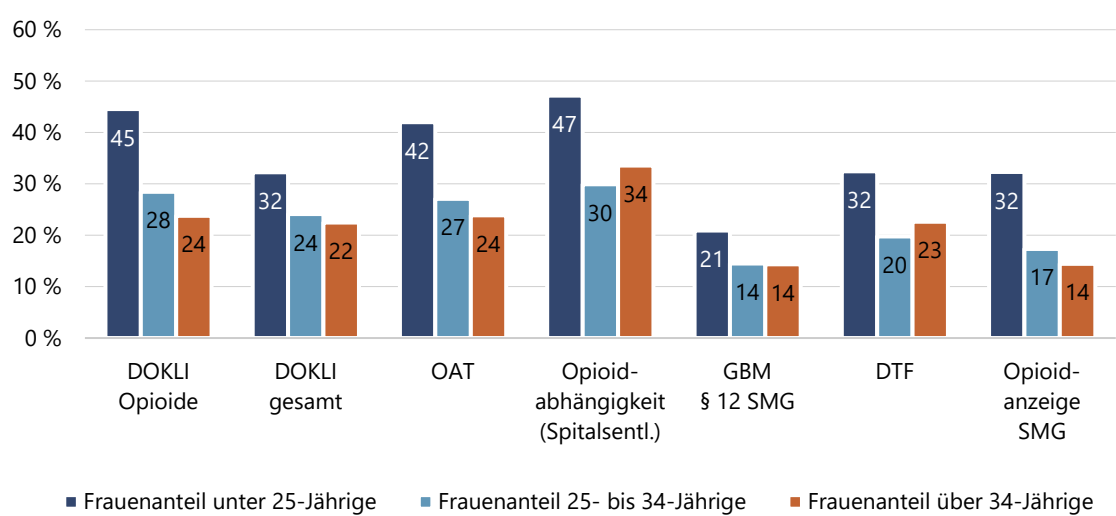
Anmerkungen: Prävalenzschätzung sowie Spitalsentlassungen beziehen sich auf das Jahr 2023 (jüngste verfügbare Daten), alle anderen Daten auf 2024; bei DOKLI und den Anzeigen wurde die Kategorie „Opioide“ aufgrund folgender Auswahllogik determiniert: „Opioide > Kokain > Stimulanzien > andere > Cannabis ohne andere Drogen“.

Prävalenzschätzung = geschätzte Anzahl an Personen mit risikoreichem Opioidkonsum; **DOKLI** = Alter (zum Stichtag 30.06.) aller in DOKLI-Einrichtungen längerfristig (ambulant oder stationär) betreuten Personen; **DOKLI gesamt** (alle Drogen); **DOKLI Opioide** (Einschränkung auf Opioide); **OAT** = Personen in Opioid-Agonisten-Therapie; **Opioidabhängigkeit (Spitalsentl.)** = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioide) bei Entlassung aus stationärer Spitalsbehandlung; **GBM § 12 SMG** = Personen, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (GBM) ergeben hat (Daten aus Wien 2024 unvollständig, vgl. Kapitel Methoden und Datenquellen); **DTF** = direkt drogenbezogene Todesfälle; **Opioidanzeige SMG** = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Opioiden

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

Vom risikoreichen Drogen- bzw. Opioidkonsum sind vor allem Männer betroffen. Das zeigt sich über alle Datenquellen hinweg (vgl. Abbildung 5). Rund drei Viertel der Betroffenen in Österreich sind Männer, rund ein Viertel Frauen (vgl. auch Kapitel 2.4 und Abbildung 7). Am höchsten ist der Frauenanteil mit 34 Prozent bei Personen, die aufgrund einer Opioidabhängigkeit im Krankenhaus behandelt wurden, am niedrigsten bei Opioidanzeigen (19 %). Betrachtet man die Geschlechterverteilung in verschiedenen Altersgruppen (vgl. Abbildung 6), zeigt sich in den meisten Datenquellen das Phänomen, dass der Frauenanteil mit zunehmendem Alter kleiner wird: Der risikoreiche Opioidkonsum trifft jüngere Frauen stärker als ältere Frauen.

Abbildung 6: Frauenanteil nach Altersgruppen in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2024



Anmerkungen: Prävalenzschätzung sowie Spitalsentlassungen beziehen sich auf das Jahr 2023 (jüngste verfügbare Daten), alle anderen Daten auf 2024; bei DOKLI und den Anzeigen wurde die Kategorie „Opiode“ aufgrund folgender Auswahllogik determiniert: „Opiode > Kokain > Stimulanzien > andere > Cannabis ohne andere Drogen“.

Prävalenzschätzung = geschätzte Anzahl an Personen mit risikoreichem Opioidkonsum; **DOKLI** = Alter (zum Stichtag 30.06.) aller in DOKLI-Einrichtungen längerfristig (ambulant oder stationär) betreuten Personen; **DOKLI gesamt** (alle Drogen); **DOKLI Opiode** (Einschränkung auf Opiode); **OAT** = Personen in Opioid-Agonisten-Therapie; **Opioidabhängigkeit (Spitalsentl.)** = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassung aus stationärer Spitalsbehandlung; **GBM § 12 SMG** = Personen, für die eine amtsärztliche Begutachtung nach § 12 SMG Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (GBM) ergeben hat (Daten aus Wien 2024 unvollständig, vgl. Kapitel Methoden und Datenquellen); **DTF** = direkt drogenbezogene Todesfälle; **Opioidanzeige SMG** = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Opioiden

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

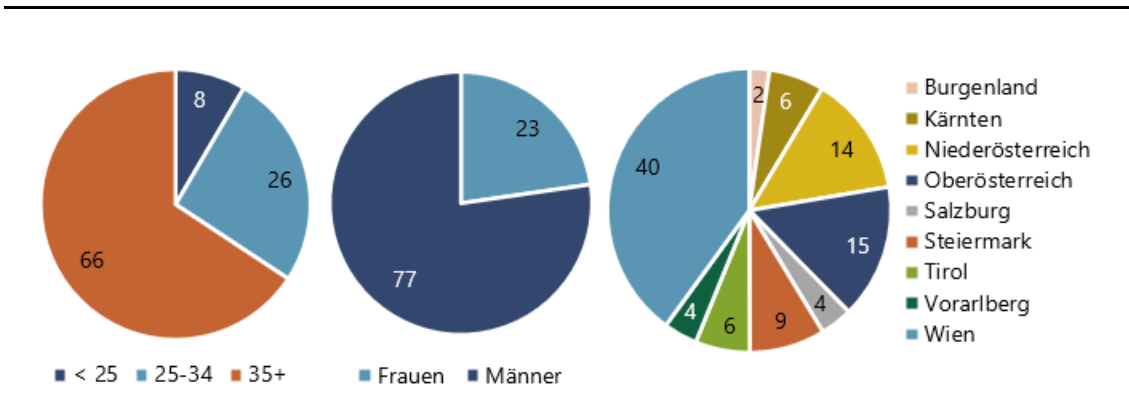
Zusammenfassung: Die Zusammenschau verschiedener Datenquellen bezüglich des risikoreichen Opioidkonsums in Österreich ergibt, dass eher ältere Personen und vor allem Männer betroffen sind und dass entsprechend der Anteil der jungen Betroffenen relativ niedrig ist (die einzige Ausnahme stellen die drogenbezogenen Todesfälle dar). Betrachtet man den Frauenanteil in verschiedenen Altersgruppen, zeigt sich, dass der risikoreiche Opioidkonsum jüngere Frauen stärker trifft als ältere Frauen.

2.4 Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums

Alle zwei Jahre wird die Prävalenz des risikoreichen polyvalenten Konsums unter Beteiligung von Opioiden für Österreich errechnet (aktuelle Schätzungen liegen für 2023 vor). Die referierten Werte wurden mittels der Capture-Recapture-Methode (CRC) berechnet. Diese basiert auf pseudonymisierten Daten aus dem „Substitutionsregister“ (zur Dokumentation der Opioid-Agonisten-Therapien) und auf den Anzeigen (nach SMG) wegen Opioiden. Validiert wurden die

Berechnungen anhand der 3-Sample-CRC-Schätzung unter Einbezug der drogenbezogenen Todesfälle (2022) mit Opioidbeteiligung.

Abbildung 7: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland in Prozent, 2023

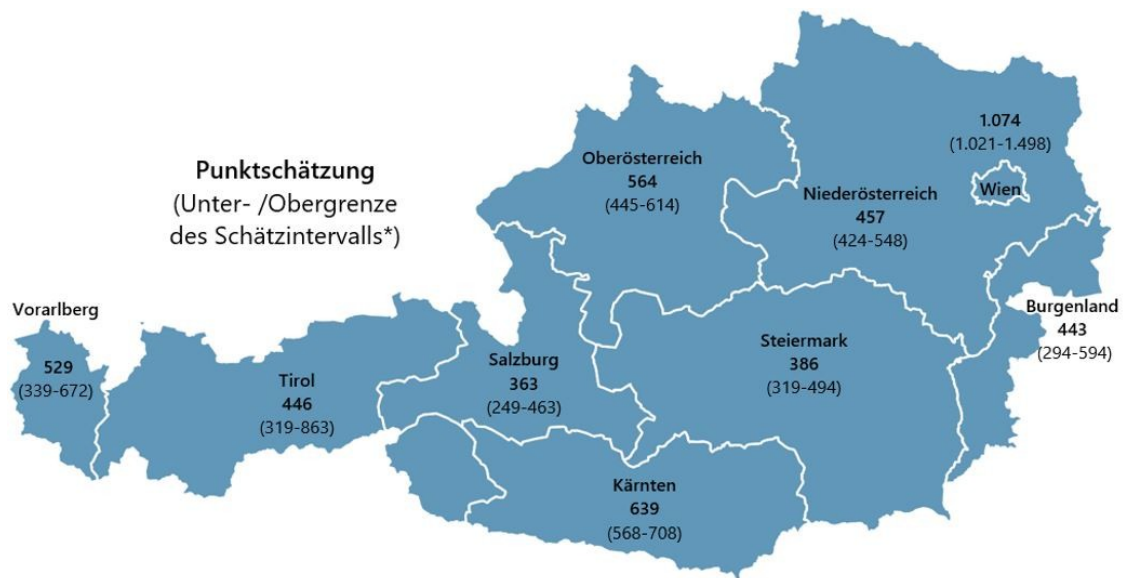


Quelle: BMASGPK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die aktuellsten Schätzungen kommen in Österreich für die Jahre 2022 und 2023 auf eine Anzahl von 36.000 bis 39.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden (vgl. Annex, Tabelle PRÄV 1). Abbildung 7 gibt einen Überblick über die Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nach Alter und Geschlecht sowie nach Bundesland im Jahr 2023. Etwas über drei Viertel der Betroffenen sind Männer. Der Großteil ist 25 Jahre alt oder älter (92 %) und etwas weniger als die Hälfte lebt in Wien (40 %).

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 8). Wien als einzige Großstadt Österreichs ist vom risikoreichen Drogenkonsum am stärksten betroffen.

Abbildung 8: Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden im Jahr 2023 nach Bundesland (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige)



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

Quellen: BMASGPK – Statistikregister eSuchtmittel, Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Das Ausmaß des intravenösen Opioidkonsums kann hergeleitet werden, indem der Anteil der Opioidkonsumierenden, der die injizierende Applikation als vorwiegende Einnahmeform in DOKLI angibt (etwa 30 % bis 35 %), auf alle Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden (Prävalenzschätzung) übertragen wird. Demnach ist davon auszugehen, dass in Österreich zwischen 10.800 und 13.700 Personen Opioide vorwiegend injizierend konsumieren.

Zusammenfassung: Laut rezenten Schätzungen gibt es in Österreich zwischen 36.000 und 39.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum, meist in Form von Mischkonsum mit anderen Substanzen. 40 Prozent dieser Personen leben in Wien. Wien als einzige Großstadt Österreichs¹² ist vom risikoreichen Drogenkonsum am stärksten betroffen. Etwa drei Viertel sind Männer und 8 Prozent sind unter 25 Jahre alt. Etwa 10.800 bis 13.700 Personen konsumieren vorwiegend intravenös.

¹² Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

2.5 Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich im Zeitverlauf

Die aktuellsten Schätzungen belaufen sich auf 36.000 bis 39.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum in Österreich. Prävalenzschätzungen sind ein wichtiger Indikator, um das **Ausmaß** des risikoreichen Drogenkonsums einzuschätzen und um (bei den jüngeren Altersgruppen) neue Entwicklungen/Trends abzulesen. Bei der Interpretation des Ausmaßes ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der Opioidabhängigkeit um eine chronische Erkrankung handelt, d. h., dass Menschen häufig ein Leben lang davon betroffen bleiben. Daher kumuliert¹³ die Anzahl der betroffenen Personen über die Jahre, da auch Personen, die z. B. vor 20 Jahren mit dem Konsum begonnen haben, weiterhin aufscheinen („Kumulationseffekt“). Dies zeigt sich auch bei der Betrachtung der Altersgruppen: Personen scheinen zuerst in der jüngsten Altersgruppe auf, werden kontinuierlich älter und werden dann in den höheren Altersgruppen sichtbar. Ein weiterer wichtiger Indikator ist die **Anzahl der jungen Personen**: Hier handelt es sich größtenteils um Personen, die neu vom risikoreichen Konsum betroffen sind (Inzidenz).

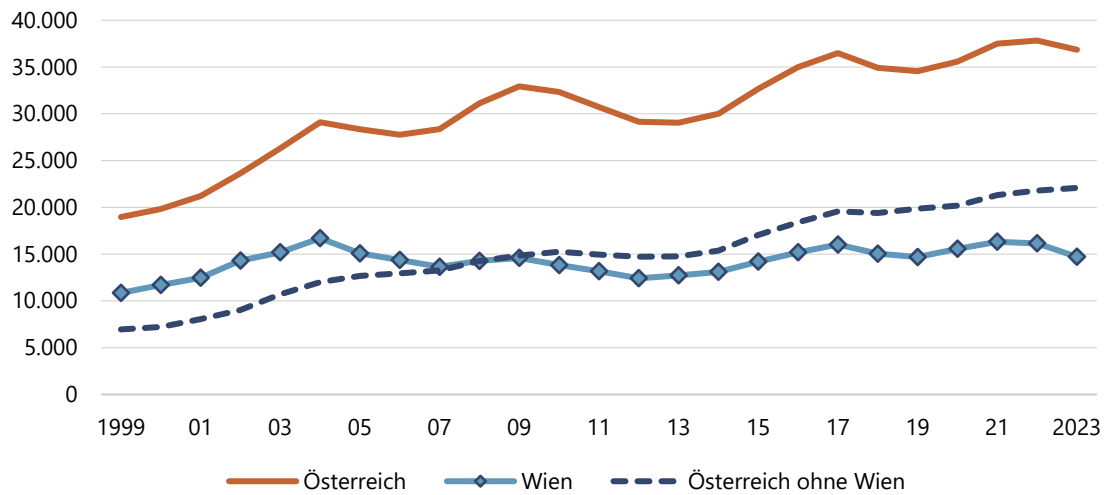
Im Zeitverlauf zeigt sich zwar insgesamt ein Anstieg der geschätzten Prävalenz, dieser ist jedoch nicht mit einer Verschärfung der Situation gleichzusetzen. In erster Linie ist er auf die Kumulation in den höheren Altersgruppen durch das lange Überleben der Betroffenen zurückzuführen („Kumulationseffekt“) (vgl. Abbildung 9 bzw. Abbildung 10). Regional betrachtet (vgl. Abbildung 9) wurden bis zum Jahr 2006 für Wien etwas mehr Personen mit risikoreichem Drogenkonsum geschätzt als für die restlichen Bundesländer, ab dem Jahr 2009 drehte sich dies um. Es dürfte sich dabei um das Phänomen eines kontinuierlichen Angleichens des Drogenkonsumausmaßes zwischen der Großstadt Wien und ländlichen/kleinstädtischen Regionen handeln. Es spiegelt sich darin aber möglicherweise auch die verbesserte Versorgungslage in puncto Suchtbehandlung in den ländlichen Gebieten wider.

Einen vertiefenden Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen (vgl. Abbildung 10). Hier verdoppelte sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (unter 25-Jährige) zwischen 2000 und 2004. Dies bedeutet, dass in dieser Zeitspanne vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene vom risikoreichen Drogenkonsum betroffen waren (Inzidenz). Bis 2018 zeigt sich ein deutlicher Rückgang in dieser Altersgruppe. Seither stagnieren die Werte bei etwas unter 3.000 Personen, was als Hinweis auf eine gleichbleibende Inzidenz interpretiert werden kann.

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

¹³ D. h., zu den bestehenden Personengruppen kommen neue Personen hinzu; gleichzeitig bleiben die bestehenden Personen auf Dauer im System.

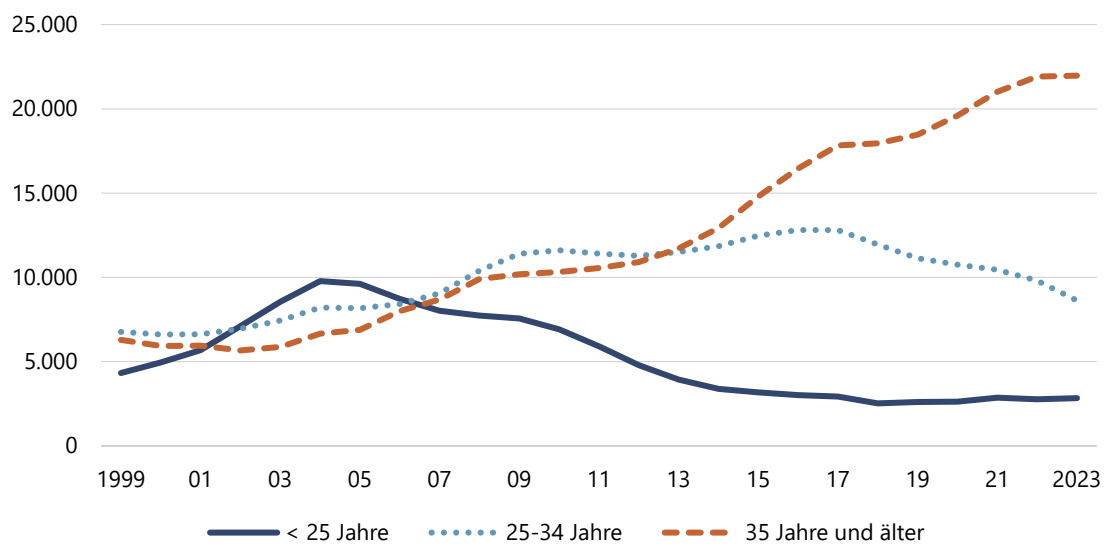
Abbildung 9: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien, 1999–2023



Anmerkung: Für das aktuellste Jahr der Schätzung (2023) wurde der rohe Schätzwert herangezogen, davor der Mittelwert aus jeweils drei Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000).

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

Abbildung 10: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen, 1999–2023

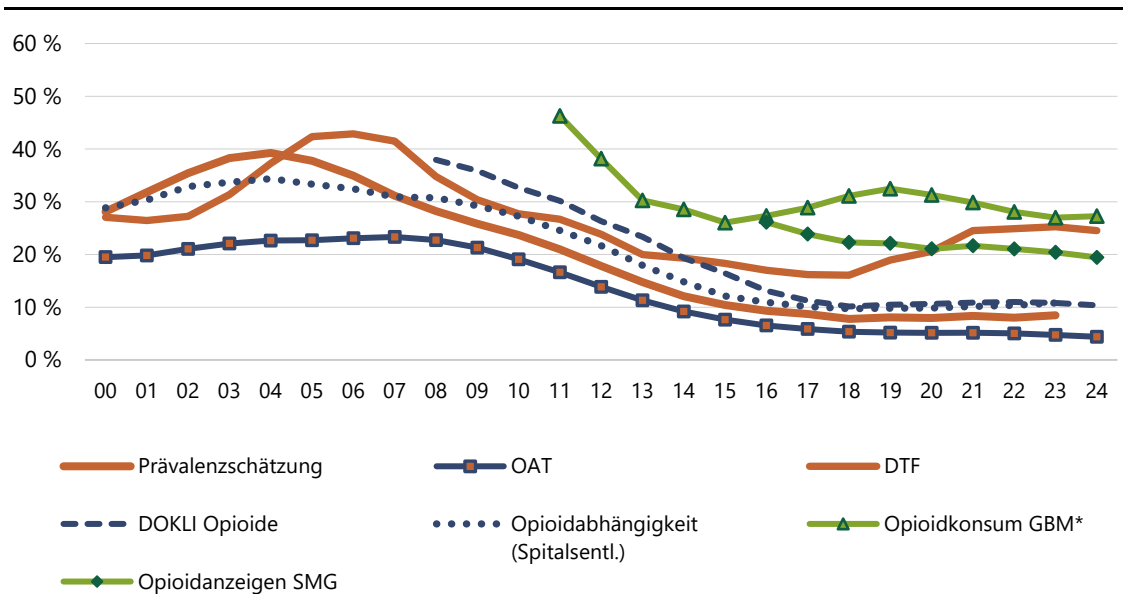


Anmerkung: Für den Zeitraum von 1999 bis 2022 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000) herangezogen, für 2023 der Schätzwert für 2023 (aktuellste Schätzung).

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

Bis zur Mitte der 2000er-Jahre zeigte sich in allen Datenquellen ein Anstieg des Anteils jüngerer Personen (Prozentanteil der Personen unter 25 Jahren; vgl. Abbildung 11). Diesem Höchststand (von ca. 20 % bis über 40 %) folgte eine Phase der Entspannung mit sinkendem Anteil junger Menschen. Dies spricht für eine „Alterung“ der Population mit risikoreichem Drogenkonsum unter Opioidbeteiligung im letzten Jahrzehnt. Derzeit stagniert der Anteil der Personen unter 25 Jahren in fast allen Datenquellen, was die oben ausgeführte Interpretation (stabile Zahl der Einsteiger:innen) stützt.

Abbildung 11: Anteil von Personen unter 25 Jahren in verschiedenen Datenquellen (Cross-Indicator-Analyse), 2000–2024



Anmerkungen: Bei allen Datenquellen wird für den Zeitraum von 2000 bis zum jeweils vorletzten abgebildeten Jahr jeweils der Mittelwert aus drei Jahren dargestellt (Ausgleich von Zufallsschwankungen), im aktuellsten Jahr jeweils der Rohwert (beim behandlungsrelevanten Opioidkonsum nach § 12 SMG auch 2011).

DOKLI Opiode = alle Personen, die in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode; **Opioidkonsum (GBM)** = amtsärztliche Begutachtungen nach § 12 SMG, bei denen ein **behandlungsrelevanter Konsum von Opioiden** festgestellt wurde (GBM=gesundheitsbezogene Maßnahmen); **Opioidabhängigkeit (Spitalsentl.)** = Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Spitalsentlassung (jüngste verfügbare Daten); **OAT** = Opioid-Agonisten-Therapie: Personen, die sich laut eSuchtmittel einer OAT unterziehen; **DTF** = direkt drogenbezogene Todesfälle;

Opioidanzeigen SMG = Personen mit einer Anzeige / einem Anfangsverdachtsfall wegen Opioiden

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

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

Eine abweichende Entwicklung zeigt sich in den letzten Jahren allerdings beim Anteil der jungen Personen an den drogenbezogenen Todesfällen: Dieser stieg zwischen 2018 und 2021 von etwa 15 auf rund 25 Prozent an und blieb seitdem auf diesem Niveau (vgl. Kapitel 5). Die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle insgesamt steigt (mit minimalen Unterbrechungen) seit 2014 an, von 2023 auf 2024 stieg sie um eine Person auf insgesamt 257 Fälle.

Weshalb der steigende Anteil junger Personen lediglich bei den drogenbezogenen Todesfällen sichtbar wird und sich nicht in den Behandlungsdaten des Drogenmonitorings (DOKLI, OAT) niederschlägt, lässt sich aus den Daten selbst nicht erklären (z. B. hat sich bei den nachgewiesenen Substanzen nicht viel geändert). Es gibt jedoch zunehmend Indizien dafür, dass sich eine Gruppe (sehr) junger Konsumentinnen und Konsumenten gebildet hat, die einen hochriskanten Mischkonsum (Kombination unterschiedlichster Substanzen) aufweisen (vgl. Busch et al. 2025). Einerseits zeigt sich quantitativ (bei den Spitalsentlassungen) ein Anstieg junger Menschen, die aufgrund des Drogenkonsums akut im Krankenhaus behandelt werden mussten (z. B. aufgrund tödlicher und nicht tödlicher Überdosierungen)¹⁴. Andererseits gibt es auch aus den Sucht- und Drogenkoordinationen mehrerer Bundesländer diesbezüglich qualitative Rückmeldungen. Nähere Ausführungen hierzu sind dem Bericht zur Drogensituation zu entnehmen (Busch et al. 2025). Auffällig ist sowohl bei den Verstorbenen als auch bei den Akutbehandlungen, dass insbesondere junge Mädchen verstärkt betroffen sind. Diese Gruppe (sehr) junger Konsumentinnen und Konsumenten mit hochriskantem Konsum findet jedoch im derzeitigen Suchthilfesystem keinen Anschluss.

Die Zunahme akuter Drogennotfälle¹⁴ bei jungen Menschen ist auch vor dem Hintergrund multipler Krisen und Herausforderungen der rezenten Jahre (z. B. Auswirkungen der Pandemie, zunehmende Spaltung der Gesellschaft, Verschärfung sozialer Ungleichheit, zunehmende Jugendarbeitslosigkeit, Auswirkungen kriegerischer Auseinandersetzungen und Digitalisierung) und damit verbundener steigender Belastungen der jüngeren Generation zu diskutieren.

Zusammenfassung: Obwohl das geschätzte Ausmaß des risikoreichen Opioidkonsums in den letzten zehn Jahren zugenommen hat, lässt sich insgesamt von einer relativ stabilen Situation ausgehen. Diese Stabilität ist vor allem auf den sogenannten Kumulationseffekt zurückzuführen – das heißt, viele betroffene Personen leben über lange Zeiträume mit dieser chronischen Erkrankung. Auch bei der Zahl der jungen Konsumierenden unter 25 Jahren (Inzidenz) zeigt sich keine signifikante Veränderung. Die Behandlungsdaten aus dem Drogenmonitoring bestätigen diese Einschätzung: Der Anteil junger Menschen in Behandlung bleibt konstant.

Eine Ausnahme bildet die Entwicklung bei den drogenbezogenen Todesfällen. Hier ist der Anteil der unter 25-Jährigen bis zum Jahr 2021 auf etwa 25 Prozent gestiegen und seither nicht zurückgegangen. Es mehren sich Hinweise darauf, dass sich eine neue Gruppe sehr junger Konsumierender herausbildet, die einen besonders riskanten Konsum praktiziert, vom bestehenden Suchthilfesystem jedoch nicht erreicht wird.

¹⁴ Die Interpretation dieser Daten als Indikator für Drogennotfälle ist jedoch mit Unsicherheiten behaftet, da bei Überdosierungen teilweise T-Diagnosen der ICD-10[1] vergeben werden, teilweise aber auch ausschließlich F10- bis F19-Diagnosen, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit einer bereits bestehenden Suchterkrankung. Letzteres führt dazu, dass auch Fälle mit drogeninduzierten Psychosen oder anderen psychischen Krisen im Kontext des Substanzkonsums erfasst werden, die nicht zwangsläufig einem akuten Drogennotfall im engeren Sinn entsprechen.

3 Drogenbezogene Behandlungen

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

3.1 Anzahl der behandelten Personen

Insgesamt befanden sich im Jahr 2024 in Österreich geschätzt 27.861 Personen in drogenbezogener Behandlung (vgl. Tabelle 6). Von diesen waren 12.515 Personen in ambulanter bzw. 1.332 in stationärer Suchtbehandlung. Eine Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) erhielten 12.977 Personen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und 1.037 Personen während der Haft.¹⁵ Personen mit behandlungsrelevantem Drogenkonsum, die eine Behandlung außerhalb der Suchthilfe oder OAT in Anspruch nehmen, sind nicht dokumentiert und daher nicht inkludiert.

Tabelle 6: Schätzung der insgesamt wegen des Konsums illegaler Drogen im Jahr 2024 behandelten Personen nach Setting

Setting	Anzahl Personen
ambulante Suchtbehandlungen (inkl. OAT in spezialisierten Einrichtungen) (Schätzung aus DOKLI und eSuchtmittel)	12.515
OAT bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (keine Schätzung, eSuchtmittel)	12.977
stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung* (Schätzung aus DOKLI)	1.332
OAT während der Haft (keine Schätzung, eSuchtmittel)	1.037
Suchtbehandlungen insgesamt	27.861

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

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

¹⁵ ambulante Suchtbehandlung (inkl. OAT in spezialisierten ambulanten Einrichtungen): Schätzung aus DOKLI und eSuchtmittel; stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung: Schätzung aus DOKLI; die Datenbasis für die OAT bei niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten und in Haft basiert auf Realdaten aus eSuchtmittel.

Methodik der Schätzung

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

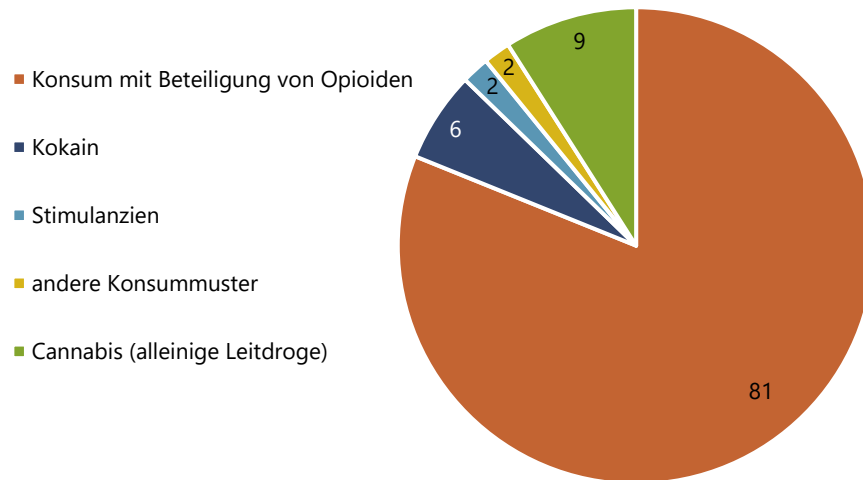
Zusammengefasst werden für die Schätzungen folgende Faktoren berücksichtigt:

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

3.2 Drogenkonsummuster der behandelten Personen

Die Analyse der Konsummuster der 27.861 Personen in drogenspezifischer Behandlung zeigt, dass der Großteil – nämlich 22.600 Personen (81 %) – Opioide, meist als Mischkonsum mit anderen (legalen und illegalen) Substanzen, konsumiert. Eine weitere zahlenmäßig relevante Gruppe stellen 2.517 (9 %) Behandelte dar, die Cannabis als alleinige Leitdroge (vgl. Fußnote 6 auf Seite 5) angeben (vgl. Kapitel 4.2). Kokain (1.711 Personen), Stimulanzien (523 Personen) und andere Drogen (511 Personen) stellen jeweils nur für einen kleinen Teil die Leitdroge dar (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12: Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung), 2024, in Prozent



Anmerkungen: Grundgesamtheit: Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung, N = 27.861). Mit Ausnahme von Cannabis kann bei allen Substanzen ein multipler Substanzkonsum mit Beteiligung anderer illegaler Drogen nicht ausgeschlossen werden, da die nachfolgend angeführte hierarchische Leitdrogendefinition herangezogen wurde: Opioid > Kokain > Stimulanzien > andere (z. B. Halluzinogene, Tranquilizer) > Cannabis ohne andere Drogen.

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

3.3 Behandlungsrate von Personen mit Opioidproblematik

Für Personen mit Opioidproblematik ist der langfristige Verbleib in der Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) mit einer erheblichen Verringerung der Gesamtmortalität und der Mortalität durch Überdosierung verbunden. Zu den weiteren positiven Effekten zählen die Reduzierung des risikoreichen Konsums und einer ggf. damit im Zusammenhang stehenden Beschaffungskriminalität sowie die Prävention drogenbezogener Infektionskrankheiten (Gisev et al. 2019; Ma et al. 2019; O'Connor et al. 2020; Sordo et al. 2017). In den Jahren 2022/2023 lag die Anzahl der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum geschätzt bei 36.000 bis 39.000 (vgl. Abbildung 13)¹⁶, davon befanden sich zwischen 54 und 59 Prozent in OAT (*In-Treatment-Rate OAT*¹⁷). Der Anteil jener Personen, die sich in einer drogenspezifischen Behandlung befanden, lag zwischen 58 und 63 Prozent (*In-Treatment-Rate insgesamt*¹⁸).

Im Langzeittrend ist die Anzahl von Personen mit risikoreichem Opioidkonsum in OAT erheblich gestiegen: Über den Zeitraum von 20 Jahren hat sich diese nahezu verfünffacht. Die Anzahl von Personen mit risikoreichem Opioidkonsum hat sich hingegen nicht einmal verdoppelt. Dass

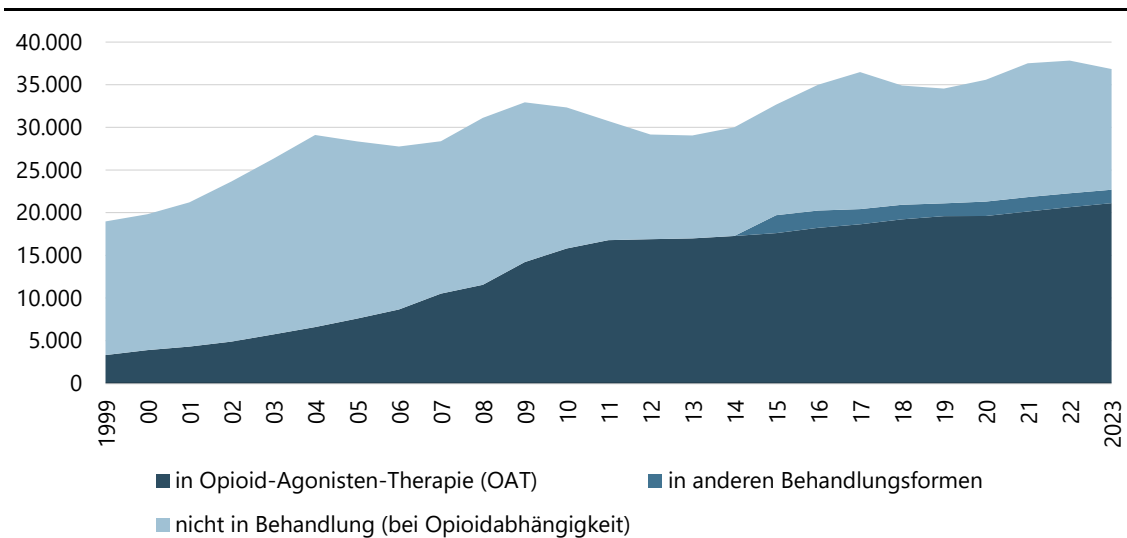
¹⁶ Grundlage der geschätzten Daten im vorliegenden Abschnitt ist die für Österreich alle zwei Jahre durchgeführte Prävalenzschätzung (vgl. Kapitel 2).

¹⁷ *In-Treatment-Rate OAT* ist der Prozentsatz von Personen mit Opioidproblematik, der sich in Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) befindet (Personen in OAT / Prävalenzschätzung*100).

¹⁸ *In-Treatment-Rate insgesamt* ist der Prozentsatz von Personen mit risikoreichem Drogenkonsum, der sich in Behandlung befindet (aufgrund von Opioidproblematik Behandelte / Prävalenzschätzung*100).

mittlerweile mehr als die Hälfte der Personen mit risikoreichem Opioidkonsum eine OAT in Anspruch nimmt, kann als großer Erfolg gewertet werden.

Abbildung 13: Opioidabhängige Personen (in Behandlung), 1999–2023



Anmerkungen:

„nicht in Behandlung“ = Prävalenzschätzung abzüglich aller Opioidabhängigen in Behandlung;
„in Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)“ = Personen in OAT (eSuchtmittel); „in anderen Behandlungsformen“ = Schätzung aller Opioidabhängigen in Behandlung abzüglich Personen in OAT (Daten liegen erst seit 2015 vor)

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

Zusammenfassung: Mehr als die Hälfte der geschätzt 36.000 bis 39.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum befindet sich in einer suchtspezifischen Behandlung. Es ist gelungen, über die Jahre die *In-Treatment-Rate Opioid-Agonisten-Therapie* von Personen mit Opioidabhängigkeit massiv zu erhöhen. Dies kann als großer Erfolg gewertet werden.

3.4 Versorgungslage im Bereich Opioid-Agonisten-Therapie

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

1. Anzahl der zur OAT qualifizierten Ärztinnen und Ärzte¹⁹
2. Anzahl der tatsächlich in der OAT tätigen, d. h. versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte²⁰
3. Anzahl der in OAT befindlichen Personen²⁰

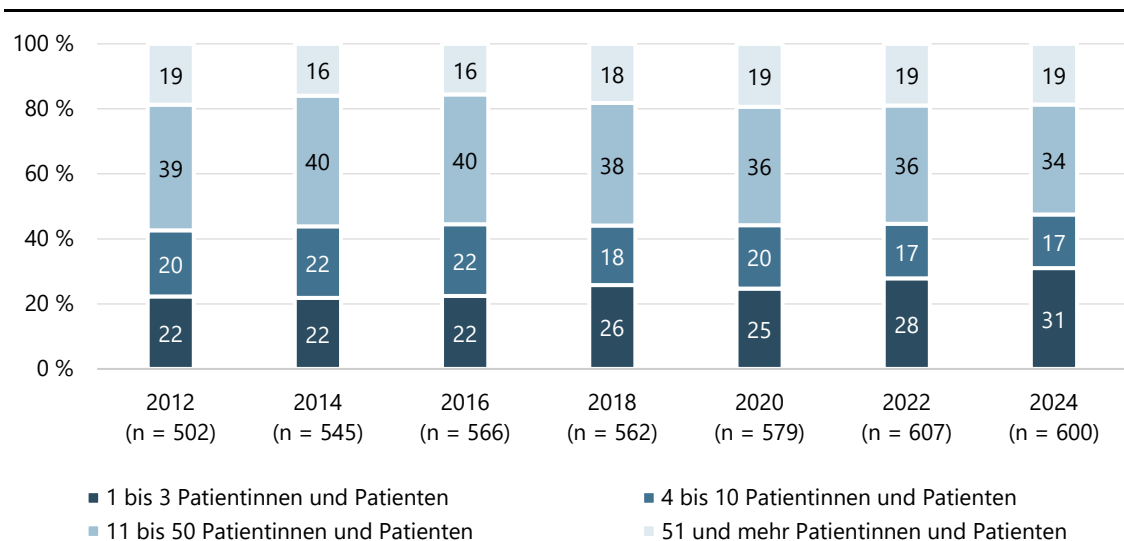
¹⁹ Quelle: LISA = Liste der zur Opioid-Agonisten-Therapie qualifizierten Ärztinnen und Ärzte

²⁰ Berechnungen aus eSuchtmittel

Im Jahr 2024 waren insgesamt 20.939 opioidabhängige Personen in OAT. Um das Verhältnis von Personen in OAT zu OAT durchführenden Ärztinnen und Ärzten näher betrachten zu können, muss ein Stichtag herangezogen werden: Die Anzahl der für die OAT qualifizierten Ärztinnen und Ärzte beträgt in Österreich zum Stichtag 31. Dezember 2024 insgesamt 702 Mediziner:innen. Von diesen haben 600 (85 %) am Stichtag 31. Dezember 2024 mindestens eine OAT durchgeführt. Österreichweit befanden sich zum Stichtag 18.921²¹ Personen in OAT, somit kommen durchschnittlich 32 Behandelte auf eine Ärztin bzw. einen Arzt.

Die **Betreuungszahlen pro Ärztin bzw. Arzt** haben sich innerhalb der letzten Jahre nur geringfügig verändert (vgl. Abbildung 14). Während im Jahr 2024 186 Ärztinnen und Ärzte (31 %) jeweils nur eine(n) bis drei Patientinnen und Patienten betreuten, waren bei 99 Ärztinnen und Ärzten (17 %) jeweils vier bis zehn Personen in OAT. Die vergleichsweise geringen Betreuungszahlen pro Ärztin bzw. Arzt können dahingehend interpretiert werden, dass ein Teil der OAT wohnortnah bei Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der Regelversorgung durchgeführt wird. Mehr als ein Drittel (34 %) aller OAT-Patientinnen und -Patienten wird hingegen von Ärztinnen und Ärzten betreut, die zwischen 11 und 50 Personen behandeln. Knapp jeder und jede fünfte Patient:in (19 %) wird in Behandlungssettings mit einer hohen Patientenfrequenz betreut (≥ 51 Patientinnen und Patienten), beispielsweise in Suchthilfeeinrichtungen oder bei Ärztinnen oder Ärzten, die sich auf OAT spezialisiert haben. Bei beiden Varianten kann es sich sowohl um Allgemeinmediziner:innen als auch um Fachärztinnen bzw. Fachärzte handeln.

Abbildung 14: OAT-Patientinnen und -Patienten pro Ärztin bzw. Arzt, seit 2012, in Prozent



Anmerkungen: OAT = Opioid-Agonisten-Therapie; die Auswertung bezieht sich auf den Stichtag 31.12. des jeweiligen Jahres (vor dem Jahr 2014 war der Stichtag der 30.06.).

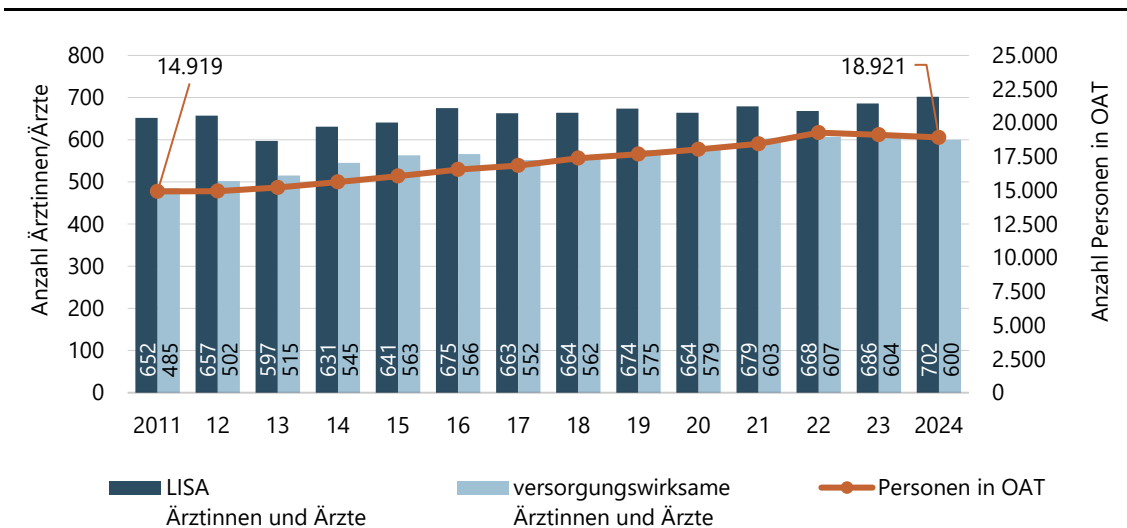
Die Auswertung bezieht sich auf alle in der OAT tätigen Ärztinnen und Ärzte, unabhängig davon, ob es sich um niedergelassene Ärztinnen und Ärzte handelt oder um solche, die in einer stationären Einrichtung tätig sind.

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

²¹ vgl. Annex, Tabelle 1

Im zeitlichen Trend hat sich die Zahl der zur OAT qualifizierten Ärztinnen und Ärzte seit 2011 kaum erhöht: Im Jahr 2011 waren 652 Ärztinnen und Ärzte zugelassen, 2024 waren es 702. Von diesen theoretisch zugelassenen Ärztinnen und Ärzten führte nur ein Teil tatsächlich auch OAT durch, war also tatsächlich versorgungswirksam: Im Jahr 2011 hatten 485 von 652 Ärztinnen und Ärzten mindestens eine Patientin bzw. einen Patienten, im Jahr 2024 waren dies 600 von 702 (vgl. Abbildung 15). Österreichweit mag dies auf den ersten Blick wie eine sichtbare Zunahme an versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzten erscheinen. Diese bundesweiten Durchschnittswerte berücksichtigen jedoch regionale Gegebenheiten nicht und können beispielsweise auf einer höheren Versorgungsdichte in städtischen Gebieten beruhen. So kann es auf regionaler Ebene (z. B. auf Bezirksebene) durchaus zu Versorgungsengpässen kommen. Insbesondere in Anbetracht der zu erwartenden Pensionierungswelle unter der Ärzteschaft ist daher mit (regionalen) Versorgungsengpässen zu rechnen (siehe auch Busch et al. 2022, Kapitel 5).

Abbildung 15: Versorgungslage OAT: Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen und Ärzte und Personen in OAT, jeweils zum Stichtag 31. 12. in Österreich im Trend, 2011–2024



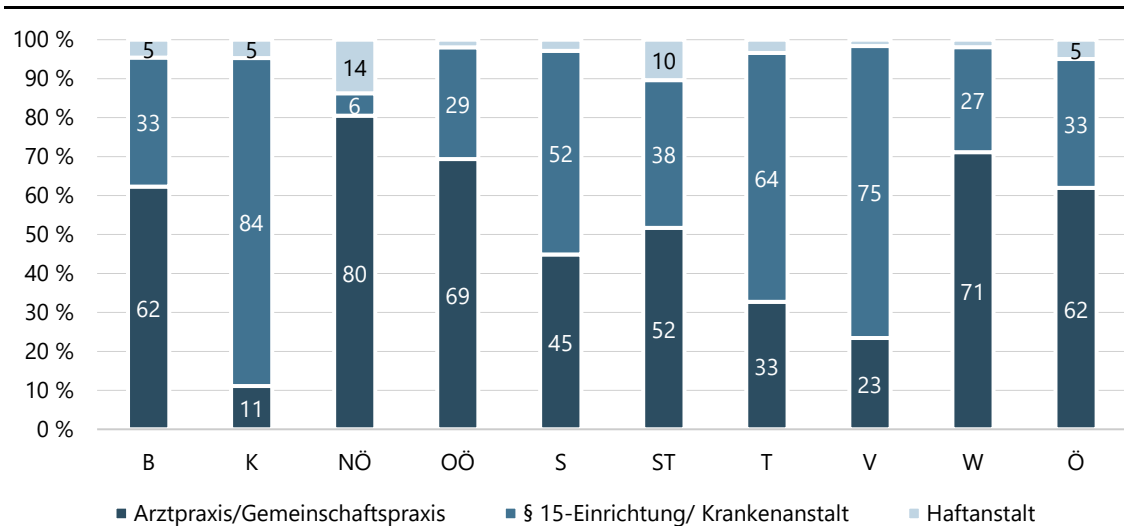
Anmerkung: OAT = Opioid-Agonisten-Therapie;

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

Die OAT in den Bundesländern ist unterschiedlich organisiert (vgl. Abbildung 16): Einige Bundesländer (z. B. Burgenland, Niederösterreich, Oberösterreich, Wien) setzen in der Versorgung stark auf den niedergelassenen Bereich (dezentrale Versorgung), andere bieten OAT vorwiegend zentral über § 15-Einrichtungen/Krankenanstalten an (z. B. Kärnten und Tirol). Besonders in Wien sind Ärztinnen und Ärzte zudem über die Bundeslandgrenze hinaus tätig, wenn beispielsweise eine Wiener Ärztin oder ein Wiener Arzt auch Patientinnen und Patienten aus anderen

Bundesländern betreut. Bezüglich OAT in Haftanstalten sei auf den Bericht zur Drogensituation verwiesen²².

Abbildung 16: Versorgungslage OAT: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Patientin bzw. des Patienten, 2024



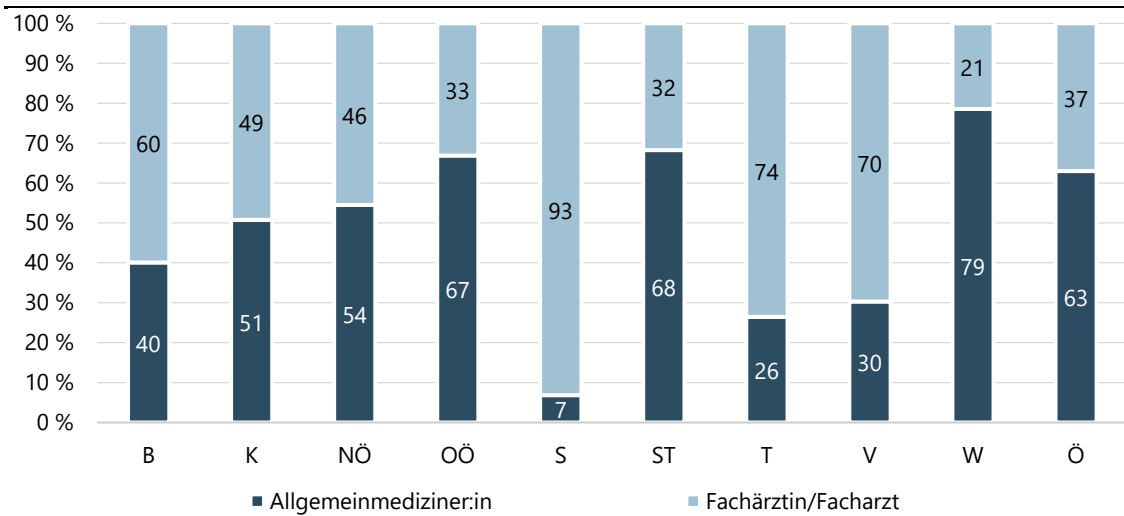
Anmerkung: OAT = Opioid-Agonisten-Therapie; im OAT-Register scheint eine OAT, die in einer Haftanstalt stattfindet, nicht immer als solche auf (vgl. auch Fußnote 22).

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

Hinsichtlich der ärztlichen Betreuung von Personen in OAT spielen Allgemeinmediziner:innen eine zentrale Rolle. Der überwiegende Anteil der OAT-Patientinnen und -Patienten in Österreich wird von diesen betreut (vgl. Abbildung 17), wobei sich auch hier starke regionale Unterschiede zeigen. So finden beispielsweise in Salzburg über 93 Prozent der OAT durch Fachärztinnen und Fachärzte statt, in Wien hingegen nur 21 Prozent.

²² Daten zum Bundesland der Haftanstalt müssen vorsichtig interpretiert werden. Zum einen entspricht das Bundesland des Haftortes nicht immer dem Bundesland vor Haftantritt, d. h. Personen verbüßen ihre Haftstrafe auch in Haftanstalten anderer Bundesländer. Dieser Umstand hängt auch mit der unterschiedlichen Anzahl an Gefängnissen pro Bundesland sowie den Charakteristika der einzelnen Haftanstalten zusammen. Beispielsweise ist nicht jede Haftanstalt auf die Suchtbehandlung (gem. § 22 StGB) oder Entwöhnungsbehandlung (gem. § 68a StVG) von Insassinnen und Insassen ausgelegt oder für die strafrechtliche Unterbringung in einem forensisch-therapeutischen Zentrum (gem. § 21 Abs. 1 und Abs. 2 StGB) zuständig. Zum anderen ist OAT in Haft unterschiedlich organisiert und eine OAT, die in einer Haftanstalt stattfindet, scheint im OAT-Register nicht immer als solche auf: So werden beispielsweise in Oberösterreich und Vorarlberg OAT in Haft fast ausschließlich durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte durchgeführt und somit der Kategorie „Arztpraxis/Gemeinschaftspraxis“ zugeordnet.

Abbildung 17: Versorgungslage OAT: Anteil der durch Allgemeinmediziner:innen versus Fachärztinnen bzw. Fachärzte betreuten Patientinnen und Patienten am Stichtag 31.12.2024 nach Bundesland



Anmerkung: OAT = Opioid-Agonisten-Therapie; Bundesland entspricht dem Meldeort der Patientin bzw. des Patienten.

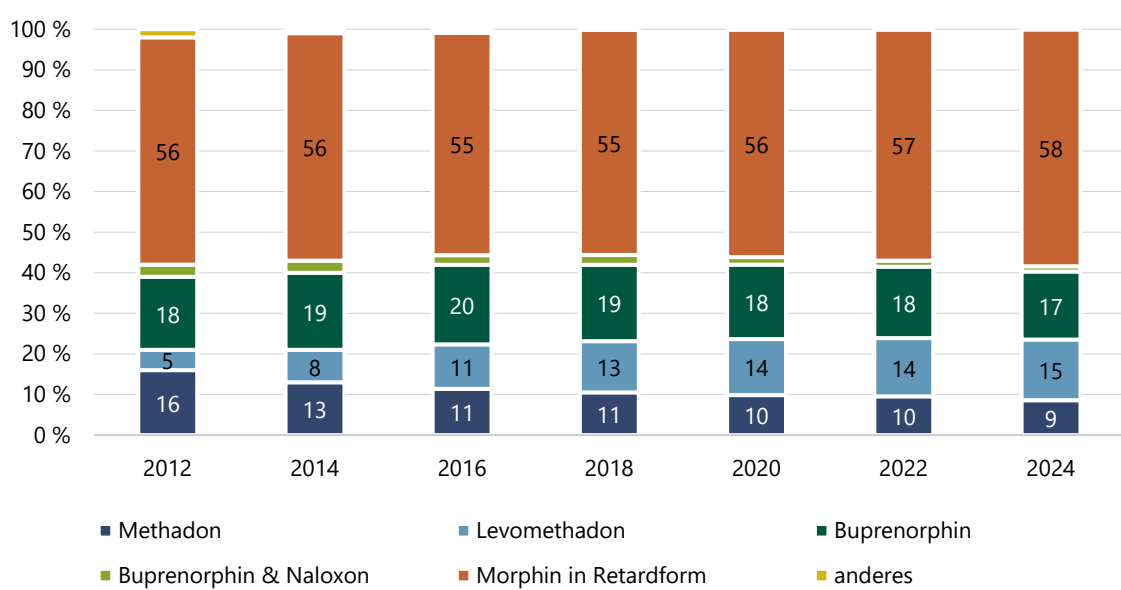
Quelle: BMASGPK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Im Jahr 2024 waren insgesamt 20.939 opioidabhängige Personen in Opioid-Agonisten-Therapie (OAT). Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die pro OAT durchführender Ärztin bzw. OAT durchführendem Arzt betreut werden, ist in Österreich nach wie vor stark unterschiedlich. Manche Ärztinnen und Ärzte betreuen sehr viele Patientinnen und Patienten. Österreichweit führen Allgemeinmediziner:innen den überwiegenden Anteil aller Behandlungen durch. Im Zeitverlauf lässt sich keine bundesweite Verschlechterung der Versorgungslage feststellen, regionale Unterversorgungen können jedoch nicht ausgeschlossen werden.

3.5 Verschreibungspraxis im Bereich Opioid-Agonisten-Therapie

Österreichweit stellt Morphin in Retardform (58 %) das am häufigsten verschriebene OAT-Medikament dar, gefolgt von Methadon (Methadon und Levomethadon erreichen gemeinsam 24 %). Lediglich der Anteil des später zugelassenen Medikaments Levomethadon hat sich auf Kosten von Methadon erhöht (vgl. Abbildung 18). Auffällig ist dabei, dass die Verschreibungspraxis bundeslandabhängig sehr unterschiedlich ist. Während beispielsweise in Kärnten nur bei 23 Prozent der Behandelten Morphin in Retardform zum Einsatz kommt, ist dies in Wien, Niederösterreich, Salzburg und der Steiermark bei mehr als 60 Prozent der Behandelten der Fall (vgl. Abbildung 19). In den letzten Jahren hat sich österreichweit an der Verschreibungspraxis wenig geändert.

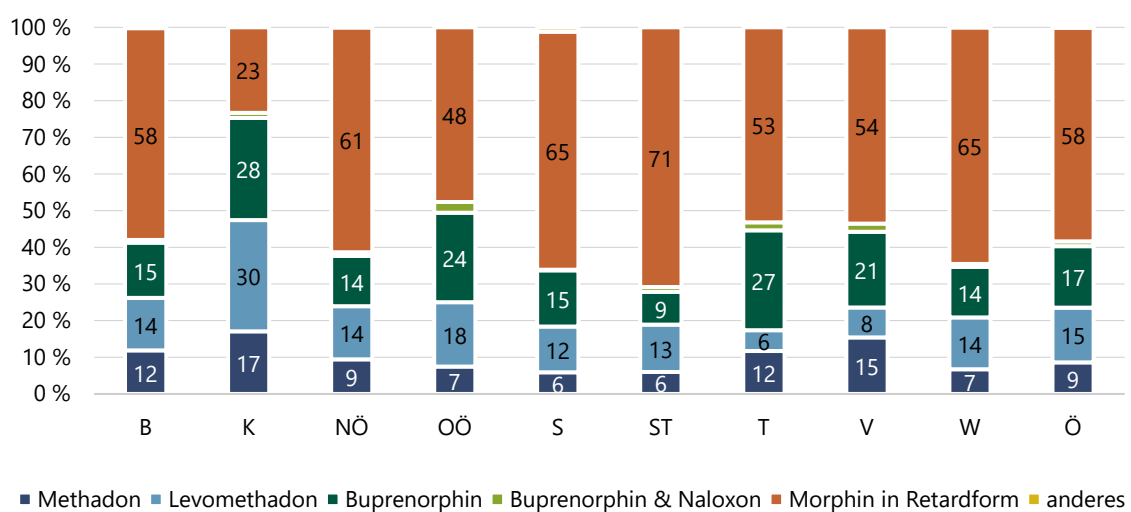
Abbildung 18: Personen in Österreich in OAT nach verschriebenem OAT-Medikament, 2012–2024, in Prozent



Anmerkung: OAT = Opioid-Agonisten-Therapie; das aktuellste OAT-Medikament des jeweiligen Jahres

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

Abbildung 19: Personen in Österreich in OAT nach verschriebenem OAT-Medikament und Bundesland, 2024, in Prozent



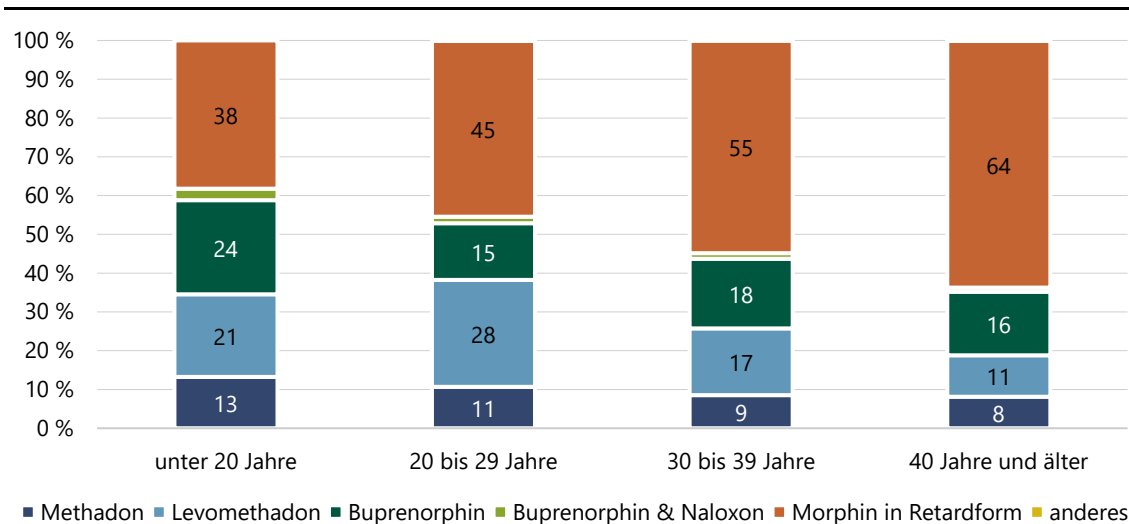
Anmerkung: OAT = Opioid-Agonisten-Therapie; die Angaben beziehen sich auf 20.857 der insgesamt 20.939 Personen, da bei 82 Personen keine Angabe zum OAT-Medikament vorlag. Wurde das OAT-Medikament im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete OAT-Medikament ein.

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

Bezüglich des Alters der Behandelten lassen sich beim verordneten OAT-Medikament Unterschiede feststellen, wenngleich sich das OAT-Medikament im Laufe der Behandlung verändern

kann. Eine Umstellung auf ein anderes OAT-Medikament kann aus mehreren Gründen indiziert sein, beispielsweise aufgrund belastender Nebenwirkungen, einer erhofften besseren psychisch stabilisierenden Eigenschaft der alternativen Substanz oder einer erhofften Distanzierung vom i. v. Konsum oder aber auch wegen der Präferenz für eine i. v. konsumierbare Substanz (o.A. 2017). Insgesamt zeigt sich, dass bei Jüngeren Methadon und Levomethadon häufiger eingesetzt werden (vgl. Abbildung 20). Bei Patientinnen und Patienten im Alter ab 30 Jahren wird vermehrt Morphin in Retardform verschrieben.

Abbildung 20: Personen in Österreich in OAT nach verschriebenem OAT-Medikament und Alter, 2024, in Prozent



Anmerkung: OAT = Opioid-Agonisten-Therapie; die Angaben beziehen sich auf 20.857 der insgesamt 20.939 Personen, da bei 82 Personen keine Angabe zum OAT-Medikament vorlag. Wurde das OAT-Medikament im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete OAT-Medikament ein.

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

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

4 Detailergebnisse aus den Behandlungseinrichtungen (DOKLI)

In Österreich gibt es ein einheitliches Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe (DOKLI), in dem insbesondere Informationen zur Lebenssituation sowie zu Konsummustern dokumentiert werden. Dies trägt zum Gesamtbild der epidemiologischen Situation bei²³. Mithilfe dieser Daten kann folgenden Forschungsfragen detailliert nachgegangen werden:

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

²³ Nicht erfasst werden die Opioid-Agonisten-Therapien, die von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden (vgl. Kapitel 3).

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

Die Daten werden in unterschiedlichen Behandlungssettings erfasst:

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

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

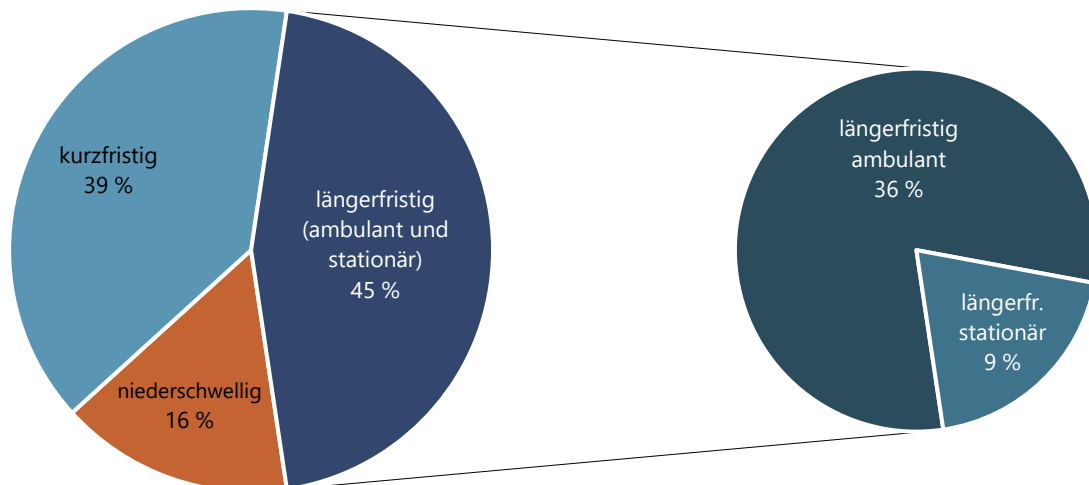
Längerfristig ambulante oder stationäre Behandlung und Betreuung: Von längerfristiger Behandlung/Betreuung ist zu sprechen, wenn entweder mit der Klientin bzw. dem Klienten eine entsprechende Vereinbarung (z. B. stationäre Behandlung, Opioid-Agonisten-Therapie, längerfristige psychosoziale Betreuung)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

Alle nachfolgenden Auswertungen beziehen sich auf **Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2024 eine entsprechende drogenspezifische Betreuung begonnen** haben; begann eine Person in der gleichen Einrichtung mehrmals eine Betreuung im gleichen Jahr, wurde die erste ausgewählt. Wenn nicht explizit anders angemerkt, werden in diesem Kapitel Klientinnen und Klienten in **längerfristiger** (ambulanter und stationärer) **Betreuung** beschrieben.

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

Von allen Behandlungsbeginn in Österreich entfällt der größte Teil auf längerfristige Betreuungen (ambulant und stationär zusammen: 45 %), gefolgt von kurzfristigen Kontakten mit 39 Prozent. Aber auch die niederschwellige Betreuung macht mit nahezu 16 Prozent einen nennenswerten Anteil aus. Abbildung 21 zeigt gut, wie breit gefächert das in Anspruch genommene Angebot der Drogenhilfe ist. Den kleinsten Anteil macht die längerfristig stationäre Behandlung aus. In diesem Kapitel liegt der Fokus auf längerfristigen Behandlungen/Betreuungen (ambulant und stationär). Auf Ergebnisse in anderen Settings wird in der Folge nur eingegangen, wenn besondere, relevante Unterschiede festgestellt wurden. Detaillierte Auswertungen nach Setting befinden sich im Annex.

Abbildung 21: Settings, in denen Personen 2024 betreut wurden, in Prozent



Anmerkung: Grundgesamtheit: alle Betreuten, die 2024 eine Behandlung/Betreuung begannen (n = 10.389)

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2024

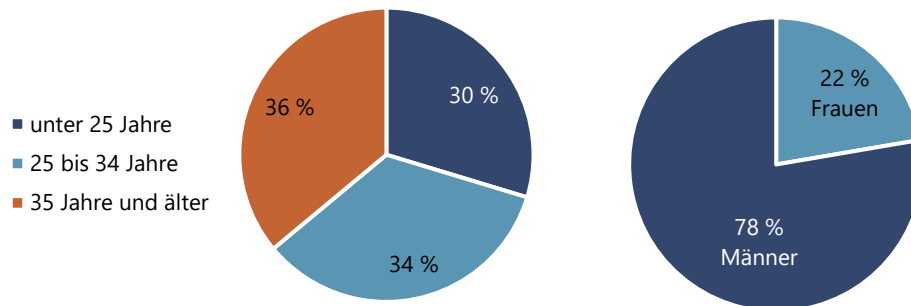
4.1 Soziodemografie und Lebenssituation von Menschen in Drogenbehandlung

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

4.1.1 Soziodemografie

Einen Überblick über die Menschen, die im Jahr 2024 eine längerfristige Betreuung in einer Drogeneinrichtung begannen, bietet Abbildung 22. Man sieht, dass vor allem Männer eine Betreuung in Anspruch genommen haben; Frauen machen lediglich rund ein Fünftel des Klientels aus. Jeweils rund ein Drittel der Klientinnen und Klienten sind 24 Jahre alt oder jünger, zwischen 25 und 34 Jahre alt oder ab 35 Jahre alt.

Abbildung 22: Personen, die 2024 mit einer längerfristigen Betreuung begannen, nach Alter und Geschlecht, in Prozent

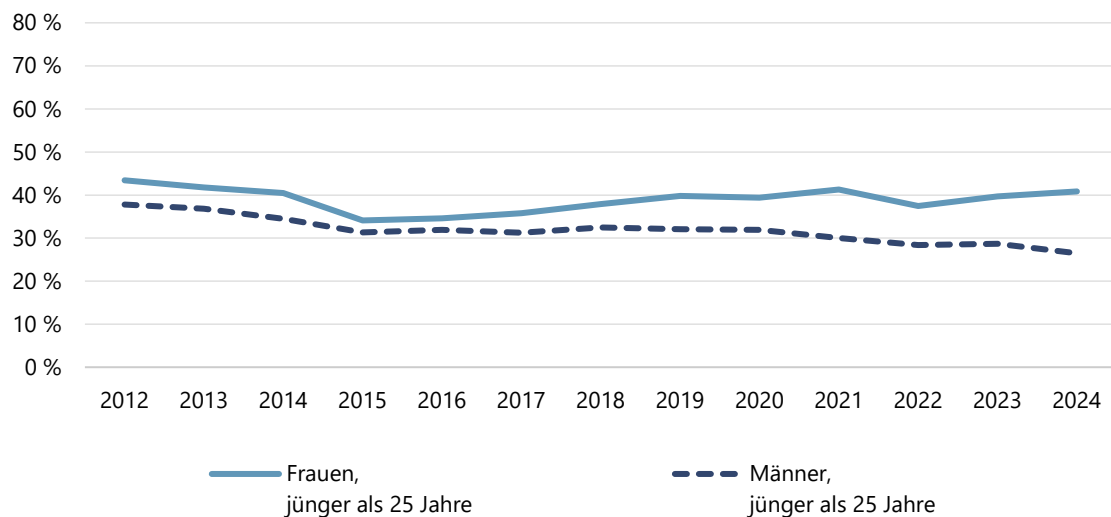


Anmerkung: Grundgesamtheit: alle Betreuten, die 2024 eine längerfristige Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär) begannen (n = 4.701); Alter zum Stichtag

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung; Betreuungsjahr 2024

Der Anteil jüngerer Menschen ist ein guter Indikator, um zu erkennen, ob es Neueinsteiger:innen in die Drogenproblematik gibt. Hier lässt sich bei den Frauen im Zeitverlauf zwischen 2012 und 2024 kein eindeutiger Trend erkennen: Rund 41 Prozent waren jünger als 25 Jahre. Allerdings liegt der Anteil der jüngeren Frauen immer über jenem der jüngeren Männer. Bei den Männern zeigt sich zwischen 2012 und 2024 ein Rückgang der Jüngeren von rund 38 auf ungefähr 26 Prozent (vgl. Abbildung 23).

Abbildung 23: Anteil unter 25-jähriger Frauen und Männer, die mit einer längerfristigen Betreuung begannen, 2012–2024



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

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung; Betreuungsjahre 2012 bis 2024

4.1.2 Lebenssituation

Personen in längerfristiger Betreuung geben zu über 87 Prozent an, in einer gesicherten Wohnsituation zu leben, im Bereich der niederschweligen Betreuung sind es demgegenüber 43 Prozent. Bei der Interpretation der Angaben zur **Wohnsituation** ist zu berücksichtigen, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B., wenn ein oder eine Klient:in aufgrund der Suchterkrankung mangels anderer Alternativen bei den Eltern oder bei Bekannten wohnt) (DOKLI 22 im Annex). Insofern bedeutet gesichert, dass diese Personen nicht obdachlos sind, es sich aber auch nur um eine kurzfristige Momentaufnahme handeln kann.

Etwas weniger als die Hälfte der Personen (43 %), die über 20 Jahre alt sind, hat als höchsten **Bildungsabschluss** einen Pflichtschulabschluss und weitere 42 Prozent haben zusätzlich einen Lehrabschluss (DOKLI 78 im Annex). Im Schnitt ist ca. ein Viertel **erwerbstätig** (Vollzeit-, Teilzeit- oder geringfügige Beschäftigung), wobei es zwischen den Behandlungssettings große Unterschiede gibt: Weniger als 10 Prozent der Personen über 20 Jahre in stationärer Behandlung gehen einer Form der Erwerbstätigkeit nach, während dies in längerfristig ambulanter Betreuung 38 Prozent angeben (DOKLI 19 im Annex). Diese Unterschiede stehen auch im Zusammenhang mit der persönlichen Lebenssituation und den sozioökonomischen Rahmenbedingungen der Personen, etwa bestehenden Arbeitsverhältnissen, dem Bezug von (finanziellen) Unterstützungsleistungen sowie der Möglichkeit, Wohn- oder Beschäftigungsverhältnisse während einer meist längerfristigen stationären Therapie aufrechtzuerhalten. Ungefähr jeder und jede zehnte Klient:in gibt an, mit mindestens einem **minderjährigen** Kind im gemeinsamen Haushalt zu leben (DOKLI 23 im Annex).

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

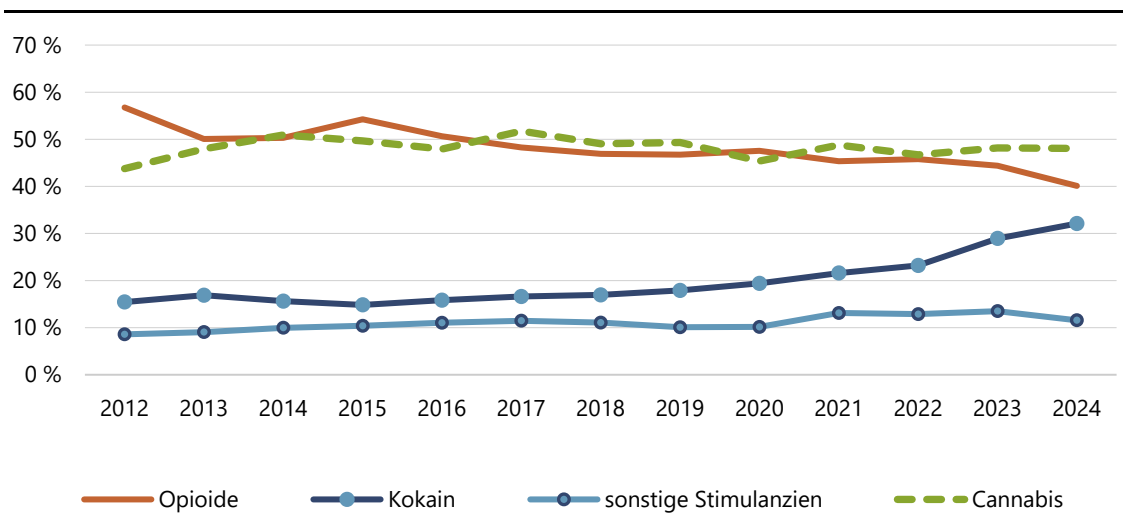
4.2 Konsumierte Substanzen und Konsumproblematik

Anhand der DOKLI-Daten können die von Personen, die eine längerfristige Betreuung beginnen, aktuell konsumierten Substanzen abgeleitet und diesbezügliche Trends analysiert werden. Zentrale Fragestellungen sind, welche Substanzen am häufigsten konsumiert werden und wie sich dies im Laufe der Zeit verändert. Darüber hinaus kann untersucht werden, ob es hier Unterschiede nach Alter und Geschlecht gibt. Besonderes Augenmerk liegt auf den Leitdrogen (vgl. Fußnote 6 auf Seite 5), also auf jenen Substanzen, weswegen die Klientinnen und Klienten vorrangig in Behandlung sind.

4.2.1 Konsumierte Substanzen

Untersucht man die Fragestellung, welche Drogen von Menschen in längerfristiger Betreuung konsumiert werden, zeigt sich im Zeitverlauf bei den meisten Substanzen ein sehr konstantes Bild (vgl. Abbildung 24). Bei Interpretation der Grafik ist zu beachten, dass pro Person mehrere unterschiedliche Drogen angegeben werden können; es zeigt sich, dass Mischkonsum vorherrscht und Klientinnen und Klienten vorrangig mehrere Substanzen konsumieren. Die häufigsten Substanzen sind Opioide (40 %) und Cannabis (48 %), während Kokain eine etwas geringere, aber zunehmend wichtige Rolle spielt (32 %). Steigender Kokain- und rückläufiger Opioidkonsum führen zu einer zunehmenden Annäherung der Anteile beider Substanzen und deuten auf eine Verschiebung des Konsumverhaltens hin (vgl. auch Abbildung 27).

Abbildung 24: Konsum ausgewählter Leitdrogen (Mehrfachnennungen) bei längerfristig Betreuten in Prozent, 2012–2024



Anmerkung: Grundgesamtheit: Personen, die im jeweiligen Jahr eine längerfristige Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär) begannen; Leitdroge: Mehrfachnennungen möglich

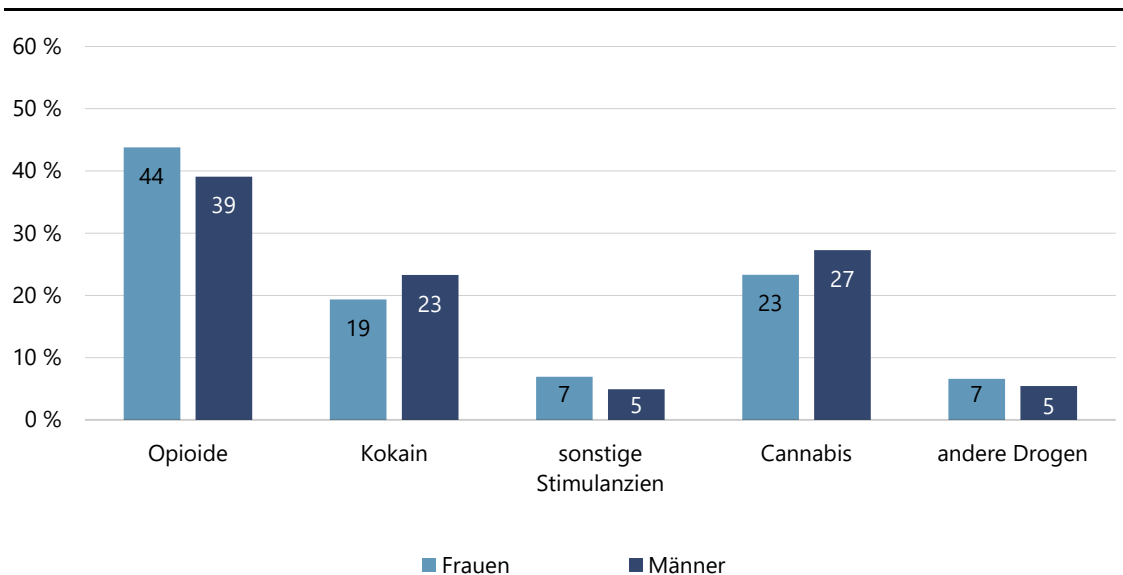
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2012 bis 2024

Im von der Drogenagentur der Europäischen Union (EUDA) definierten epidemiologischen Schlüsselindikator „Treatment Demand“ werden die Daten von Klientinnen und Klienten nach deren **Leitdroge** (vgl. Fußnote 6 auf Seite 5) aufgeschlüsselt. Obwohl Mischkonsum bei Klientinnen und Klienten in Behandlung üblich ist, setzt die Dokumentationsstruktur der EUDA voraus, für jede Klientin und jeden Klienten nur jeweils eine sogenannte Leitdroge zu definieren. Dies steht im Widerspruch zum DOKLI-System, bei dem im Rahmen multipler Konsummuster mehrere Drogen als Leitdrogen dokumentiert werden können. Aus diesem Grund wird für die Übermittlung der Daten an die EUDA bei Personen mit mehr als einer Leitdroge anhand einer

„Leitdrogenhierarchie“ vorgegangen, bei der eine Leitdroge – die sogenannte **hierarchische Leitdroge**²⁴ – pro Person ausgewählt wird.

Betrachtet man die Drogenproblematik ausschließlich auf Basis der DOKLI-Daten²⁵ und anhand der hierarchischen Leitdroge nach Geschlecht, so zeigt sich, dass bei Frauen (44 %) und Männern (39 %) vorwiegend der Opioidkonsum vorherrscht (vgl. Abbildung 25).

Abbildung 25: Drogenproblematik* bei Personen, die 2024 mit einer längerfristigen Betreuung begannen, nach Geschlecht in Prozent



Anmerkung: * Bei Mehrfachangaben: Auswahl einer Leitdroge („hierarchische Leitdroge“) nach folgender Logik: „Opioide > Kokain > Stimulanzien > andere > Cannabis ohne andere Drogen“; Grundgesamtheit: alle Betreuten, die 2024 eine längerfristige Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär) begannen (n = 4.702)

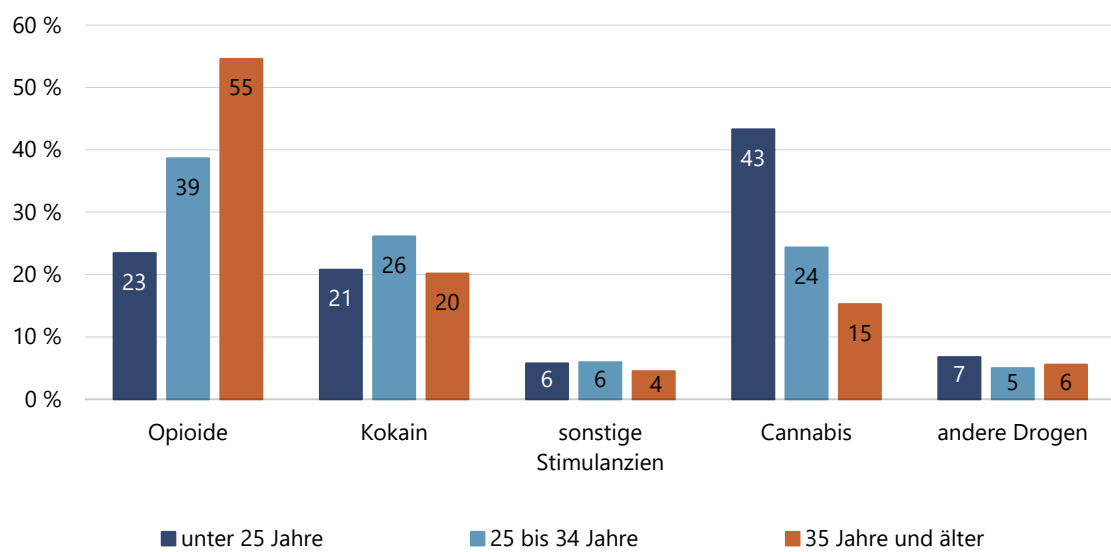
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2024

In Abbildung 26 zeigt sich deutlich, dass Personen, die sich in suchtspezifischer Behandlung befinden, in zunehmendem Alter (ab 35 Jahren) vorrangig Opioiden konsumieren. Jüngere Menschen hingegen sind häufig auch wegen ausschließlichen Cannabiskonsums in Behandlung.

²⁴ Hat beispielsweise eine Person Opioiden und Cannabis als Leitdroge angegeben, werden ihr als hierarchische Leitdroge Opioiden zugeordnet. Folgende Hierarchie wurde dabei herangezogen: Opioiden > Kokain > Stimulanzien > andere (z. B. Tranquilizer, Halluzinogene) > Cannabis ohne andere Drogen (Details siehe Schwerpunkt Kapitel 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 einem problematischen Konsum sowohl von Opioiden als auch von Cannabis in der Regel die Wahl auf die Opioiden fallen).

²⁵ Diese Zahlen unterscheiden sich von der in Kapitel 3.2 ausgewiesenen Analyse, da es sich dabei um eine Schätzung der Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich handelt. Basis der Schätzung bilden die dokumentierten Daten von Drogenbehandlungen in Österreich in den Dokumentationssystemen DOKLI und eSuchtmittel (vgl. Kapitel Hintergrund und Fragestellungen).

Abbildung 26: Drogenproblematik* bei Personen, die 2024 mit einer längerfristigen Betreuung begannen, nach Alter in Prozent

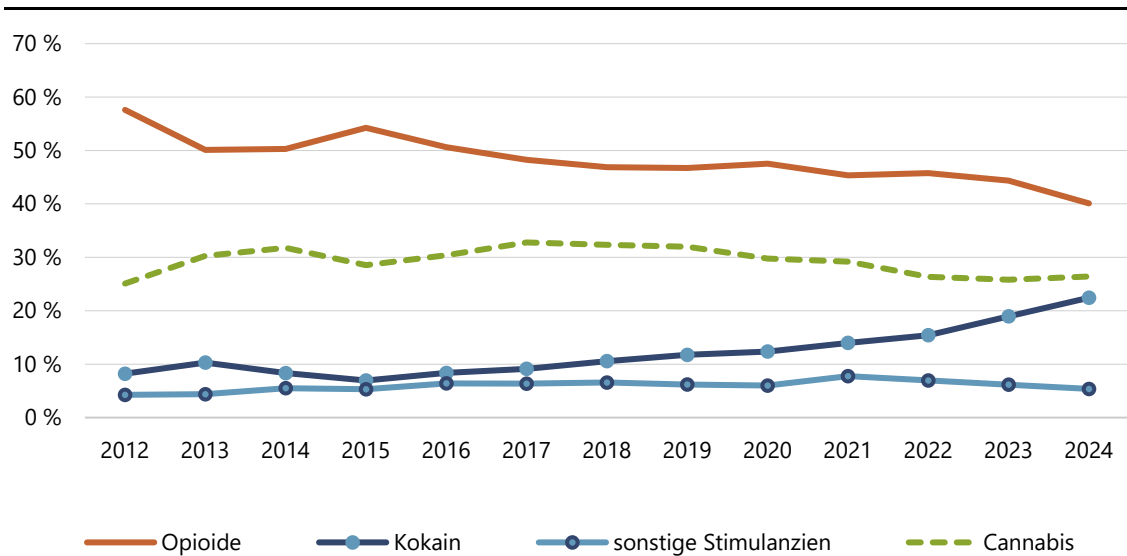


Anmerkung: * Bei Mehrfachangaben: Auswahl einer Leitdroge („hierarchische Leitdroge“) nach folgender Logik: „Opiode > Kokain > Stimulanzien > andere > Cannabis ohne andere Drogen“; Grundgesamtheit: alle Betreuten, die 2024 eine längerfristige Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär) begannen (n = 4.702); Alter zum Stichtag

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung; Betreuungsjahr 2024

Der Anteil von Opioiden sinkt seit 2012 und betrifft mittlerweile etwas weniger als die Hälfte der Menschen in längerfristiger Betreuung (vgl. Abbildung 27). Kokain spielt in den Einrichtungen der Drogenhilfe hingegen eine immer stärkere Rolle, der Anteil ist auch 2024 weiter gestiegen und liegt inzwischen bei über 20 Prozent.

Abbildung 27: Drogenproblematik* bei längerfristig Betreuten in Prozent, 2012–2024



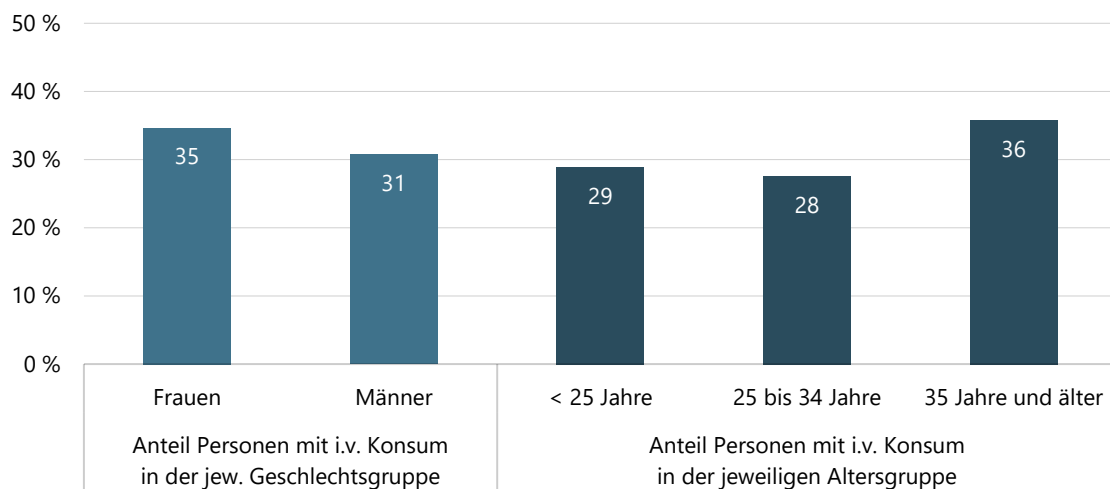
Anmerkung: * Bei Mehrfachangaben: Auswahl einer Leitdroge („hierarchische Leitdroge“) nach folgender Logik: „Opioid > Kokain > Stimulanzien > andere > Cannabis ohne andere Drogen“; Grundgesamtheit: Personen in längerfristiger Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär); Behandlungsbeginne im jeweiligen Jahr

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2012 bis 2024

4.2.2 Konsumformen

Personen mit intravenösem Drogenkonsum haben ein erhöhtes Risiko für Infektionen wie HIV, Hepatitis B und C, Tuberkulose und Endokarditis. Auch sind Todesfälle aufgrund von Überdosierungen häufiger als beim nicht intravenösen Konsum. 10 Prozent der Menschen in längerfristiger Betreuung geben an, im letzten Monat intravenös Drogen konsumiert zu haben. Da intravenöser Konsum vorrangig bei Opioidkonsumierenden vorkommt, wird in Abbildung 28 der Anteil der vorwiegend intravenös Konsumierenden bei allen Personen mit einer Opioidproblematik nach Alter und Geschlecht dargestellt. Ungefähr ein Drittel der Opioidkonsumierenden gibt intravenösen Konsum als vorwiegende Konsumform an. Mit steigendem Alter zeigt sich auch eine Zunahme des Anteils der vorwiegend intravenös Konsumierenden: In der Altersgruppe der über 34-Jährigen konsumiert mehr als jede:r Dritte vor Betreuungsbeginn vorwiegend intravenös (vgl. auch DOKLI 75 im Annex). Männer und Frauen konsumieren etwa gleich häufig intravenös.

Abbildung 28: Anteil der Personen, die 2024 mit einer längerfristigen Behandlung begannen und Opioide* vorwiegend i. v. konsumieren, nach Alter und Geschlecht

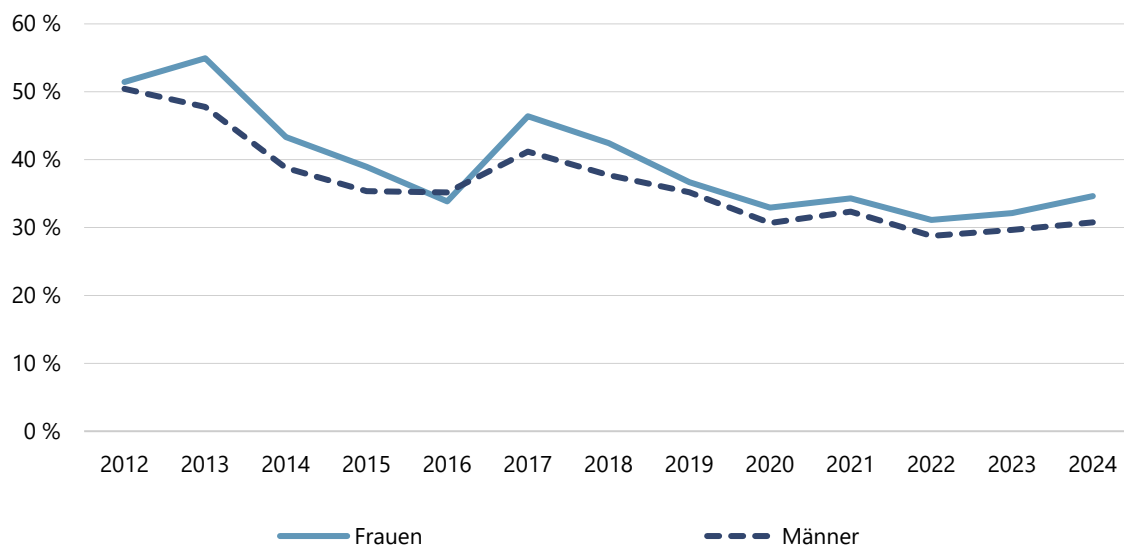


Anmerkung: * Personen mit mindestens einem Opioid als Leitdroge; i. v. Konsum auf „ja“, wenn mindestens eine Leitdroge aus der Gruppe der Opioide vorwiegend intravenös konsumiert wird; Grundgesamtheit: längerfristige Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär)

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2024

Im Zeitverlauf (vgl. Abbildung 29) zeigt sich, dass der Anteil der vorwiegend intravenös konsumierenden mit Opioidproblematik in den letzten Jahren gesunken ist. Während im Jahr 2012 mehr als die Hälfte (51 %) der längerfristig betreuten Personen mit Opioidproblematik vorwiegend i. v. konsumiert haben, waren es im Jahr 2024 nur 32 Prozent (vgl. DOKLI 76 im Annex).

Abbildung 29: Anteil der längerfristig betreuten Personen mit Opioidproblematik*, die vorwiegend i. v. konsumieren, nach Geschlecht, 2012–2024



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

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2012 bis 2024

Betrachtet man im Detail Personen, die angeben, Kokain zu konsumieren, ergibt sich folgendes Bild: Die häufigste **Einnahmeform von Kokain** ist das Sniffen, d. h. die nasale Applikation, mit 79 Prozent. Der intravenöse Konsum ist hier mit 14 Prozent aber ebenfalls von einem nennenswerten Ausmaß (vgl. DOKLI 77 im Annex).

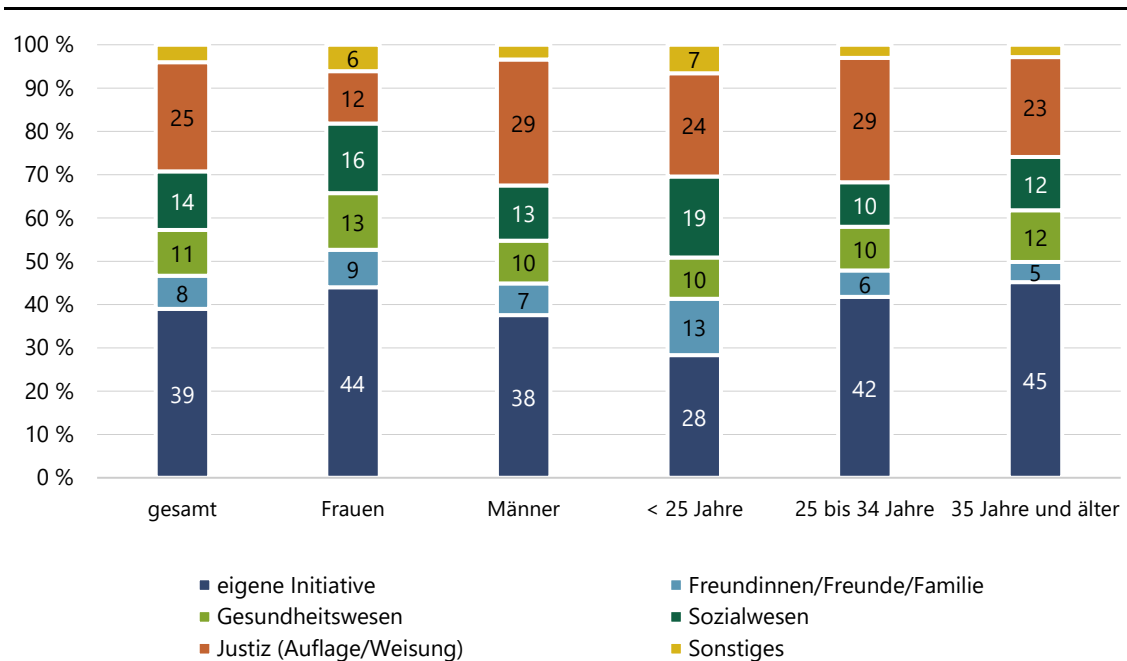
Zusammenfassung: Opioide und Cannabis sind weiterhin die am häufigsten konsumierten Substanzen bei Personen in Drogenbehandlung, und es dominiert Mischkonsum mehrerer Substanzen. Im Zeitverlauf zeigt sich, dass der Anteil der vorwiegend intravenös Konsumierenden mit Opioidproblematik in den letzten Jahren gesunken ist. Problematischer Kokainkonsum wird seltener beobachtet. Dies könnte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass es im Gegensatz zu Opioiden keine so wirksame und systematisch erfasste Behandlungsmöglichkeit wie die Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) gibt. Der Anteil der Personen mit Kokainkonsum in längerfristiger Betreuung steigt jedoch in den letzten Jahren an. Insgesamt sind zwar weniger Frauen als Männer in Behandlung, sie konsumieren jedoch häufiger Opioide und sind jünger.

4.3 Betreuungssituation

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

Die meisten Menschen (39 %) **beginnen eine Suchtbehandlung auf eigene Initiative** hin, gefolgt von Weisungen durch die Justiz (25 %). Frauen gehen häufiger auf eigene Initiative in Behandlung und wesentlich seltener aufgrund einer gerichtlichen Weisung als Männer. Bei Älteren stehen die eigene Motivation/Initiative sowie Weisungen durch die Justiz stark im Vordergrund. Bei Jüngeren wird der Behandlungsbeginn häufiger durch diverse Behörden und Schulen initiiert, aber auch die Kategorie Familie / Freundinnen und Freunde ist bei unter 25-Jährigen überproportional vertreten (vgl. Abbildung 30 sowie DOKLI 7 im Annex).

Abbildung 30: Motivation für die Kontaktaufnahme von Personen, die 2024 mit einer längerfristigen Betreuung begannen, nach Alter und Geschlecht, in Prozent



Anmerkung: alle Betreuten, die 2024 eine längerfristige Behandlung/Betreuung (ambulant oder stationär) begannen (n = 4.702); Motivation entspricht der Variable „Hauptanstoß für die Kontaktaufnahme“. Die Überkategorien setzen sich folgendermaßen zusammen: Gesundheitswesen = „andere drogenspezifische Einrichtungen“, „Überweisung durch Ärztin bzw. Arzt“, „Überweisung durch Krankenhaus“; Sozialwesen = „Sozialamt, Jugendwohlfahrt, Gesundheitsbehörde“, „AMS“; Sonstiges = Sonstiges und „Schule“

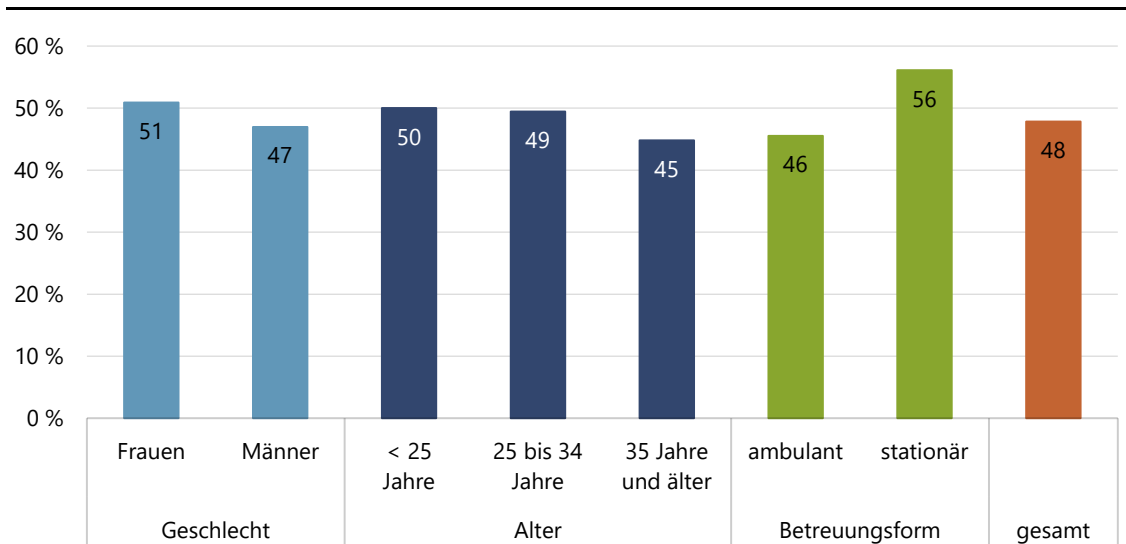
Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2024

Da es sich bei Abhängigkeit um eine chronische Erkrankung handelt und eine Alterung der Personen mit problematischem Drogenkonsum beobachtet wird, ist es wenig überraschend, dass ein Großteil der Klientinnen und Klienten bereits Vorerfahrungen mit der Drogenhilfe hat. Es zeigt sich, dass kurzfristige Kontakte eher von jenen genutzt werden, die bisher noch keinen Kontakt zur Drogenhilfe hatten (47 %). Niederschwellige und längerfristige Angebote erreichen hingegen vorrangig Menschen, die bereits früher Angebote der Drogenhilfe in Anspruch genommen haben (vgl. DOKLI 3 im Annex). Bei der Analyse der Altersstruktur (vgl. DOKLI 1 im Annex) nach Setting zeigt sich, dass niederschwellige Angebote besonders stark ältere Konsument*innen erreichen, kurzfristige Angebote vor allem junge.

Behandlungsunterbrechungen und -abbrüche sind bei Suchterkrankungen häufig zu beobachten und entsprechen dem Krankheitsprofil. Dennoch ist es wichtig, der Frage nachzugehen, ob

einzelne Personengruppen häufiger eine Behandlung/Betreuung abbrechen, um gegebenenfalls Behandlungsangebote adaptieren zu können. Hierbei zeigt sich kein relevanter Unterschied nach Geschlecht und Altersgruppen. Der höhere Anteil an Betreuungsabbrüchen bei stationären Angeboten kann unter anderem dadurch erklärt werden, dass diese Angebote gezielt Menschen mit langer Suchthistorie und hoher Komorbidität ansprechen (vgl. Abbildung 31 bzw. DOKLI 63 im Annex).

Abbildung 31: Betreuungsabbruch bei Personen, die 2024 eine längerfristige Betreuung beendeten, nach Geschlecht, Alter und Setting, in Prozent

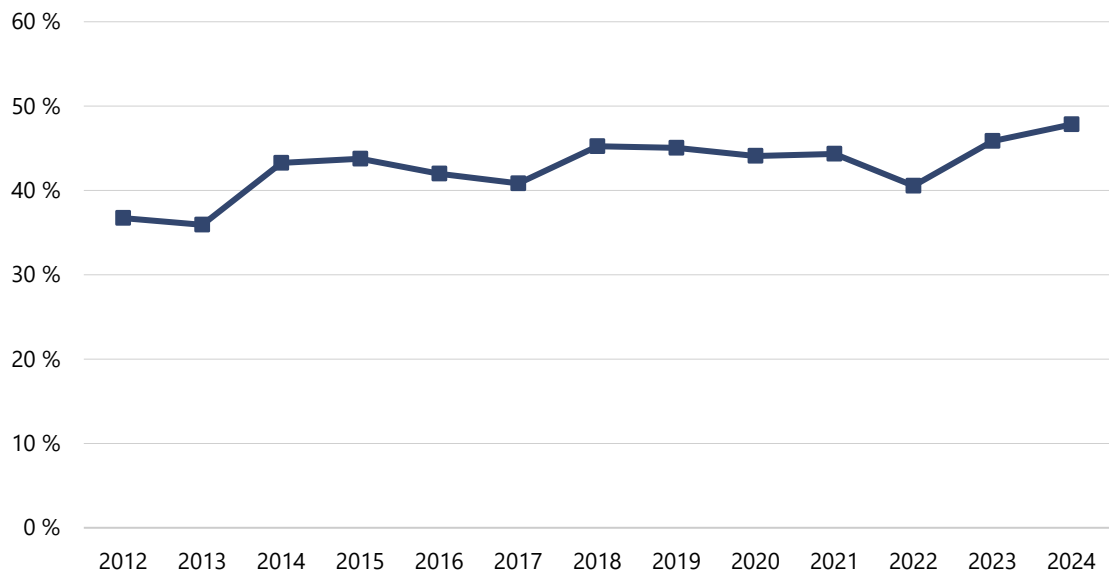


Anmerkung: Der Betreuungsausgang wird bei kurzfristigen Kontakten und niederschweligen Betreuungen nicht erhoben; nur Personen, die im Betreuungsjahr eine Behandlung beendet haben (n = 3.976).

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2024

Der Anteil der Behandlungsabbrüche schwankt im Zeitverlauf, zeigt seit 2012 jedoch eine steigende Tendenz (vgl. Abbildung 32).

Abbildung 32: Anteil der Personen, die eine längerfristige Betreuung abgebrochen haben, 2012–2024



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

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2012 bis 2024

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

5 Detailergebnisse drogenbezogene Todesfälle

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

5.1 Definition und Datengrundlage

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

Die Daten der Statistik und Analyse basieren auf den dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) übermittelten polizeilichen Meldungen (über mutmaßliche drogenbezogene Todesfälle), auf Verdachtsmeldungen der Landessanitätsdirektionen der Bundesländer sowie auf Fällen, die von gerichtsmedizinischen Instituten und gerichtsmedizinischen Privatgutachterinnen bzw. -gutachtern als „Suchtgiftfälle“ übermittelt werden. Zusätzlich werden von Statistik Austria jährlich nach Abschluss der allgemeinen Todesursachenstatistik Todesfälle mit ausgewählten suchtbefugten ICD-10-Codes übermittelt²⁶. In die Statistik und Analyse der direkt drogenbezogenen Todesfälle fließen nur jene Fälle ein, in denen aufgrund einer durchgeführten Obduktion oder Totenbeschau (falls keine Obduktion durchgeführt wurde) von einem Kausalzusammenhang zwischen Substanzkonsum und Tod infolge einer Intoxikation auszugehen ist. Die gesetzliche Basis hierfür wird im Kapitel „Methoden und Datenquellen“ näher erläutert. Für das Jahr 2024 wurden Unterlagen von insgesamt 580 Verdachtsfällen gesichtet. Nicht in die Statistik aufgenommen wurden sechs Personen, die nicht in Österreich gemeldet waren und bei denen es auch keinerlei Hinweise gab, dass sie in Österreich ihren Lebensmittelpunkt hatten (z. B. Urlauber:in). Diese Fälle gehen daher – wie in den Vorjahren – nicht in die Statistik ein, da sie keine Rückschlüsse auf die aktuelle Drogensituation in Österreich erlauben. Neun Verdachtsfälle wurden als „nicht entscheidbar“ aus der Statistik ausgeschlossen, da die gerichtsmedizinische Untersuchung kein eindeutiges Ergebnis brachte, ob der Tod auf die vorliegende Intoxikation oder eine andere Todesursache zurückzuführen ist oder die Todesursache (z. B. aufgrund von Fäulnis) nicht mehr feststellbar war. Ziel der Statistik und Analyse der

²⁶ Im Gegensatz zu den Todesfällen der Mortalitätskohorte werden hierbei alle Einträge zu den Todesursachen übermittelt und nicht ausschließlich das Grundleiden.

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 wie Tramadol (ohne andere Substanzen, die im SMG oder NPSG gelistet sind) Suizid verüben, oder Schmerzpatientinnen bzw. Schmerzpatienten zählen nicht zu diesem Kontext. Fälle, bei denen (anhand einer Zusammenschau diesbezüglicher Hinweise) starke Zweifel bezüglich der Zugehörigkeit zur „Suchtgiftszene“ bestehen, werden seit dem Berichtsjahr 2017 aus der Statistik ausgeschlossen. Aus Gründen der Transparenz und zur Beobachtung der Entwicklung dieser Situation werden diese Fälle jedoch separat beschrieben (siehe auch Anzenberger et al. 2017). Im Sterbejahr 2024 wurden sechs Personen, die an einer Überdosierung durch opioidhaltige verschreibungspflichtige Schmerzmittel ohne weitere Suchtgifte verstarben, aus der Statistik ausgeschlossen (z. B. Tramal oder Fentanyl ohne andere Suchtgifte).

5.2 Übersicht: Situation im Jahr 2024

Insgesamt wird für das Jahr 2024 von **257 direkt drogenbezogenen Todesfällen** ausgegangen. Auf Basis von Obduktionsbefunden wurden 195 tödliche Überdosierungen verifiziert. Weitere 62 – allerdings nicht obduzierte²⁷ – Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (auf dem Totenbeschauschein gibt es eine eindeutige Todesursache, z. B. den Texteintrag „Suchtgiftintoxikation“).

Tödliche Überdosierungen betreffen vorrangig **Männer** (77 %), die Verstorbenen waren im Schnitt 34 Jahre alt.

Um einen sinnvollen Vergleich der Bundesländerzahlen und der Zeitverläufe zu ermöglichen, wurde die Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle auf die altersmäßig relevante²⁸ Einwohnerzahl im entsprechenden Bundesland bezogen (vgl. Tabelle DRD 2 und DRD 3 im Annex).

Für das Jahr 2024 ergibt sich für Österreich eine Rate von 4,3 Todesfällen pro 100.000 Einwohner:innen zwischen 15 und 64 Jahren (2023: 4,3).

Zusammenfassung: Im Jahr 2024 starben insgesamt 257 Personen an einer Überdosierung. Das entspricht einer Rate von rund vier Todesfällen pro 100.000 Einwohner:innen zwischen 15 und 64 Jahren. Rund 80 Prozent der Verstorbenen waren Männer.

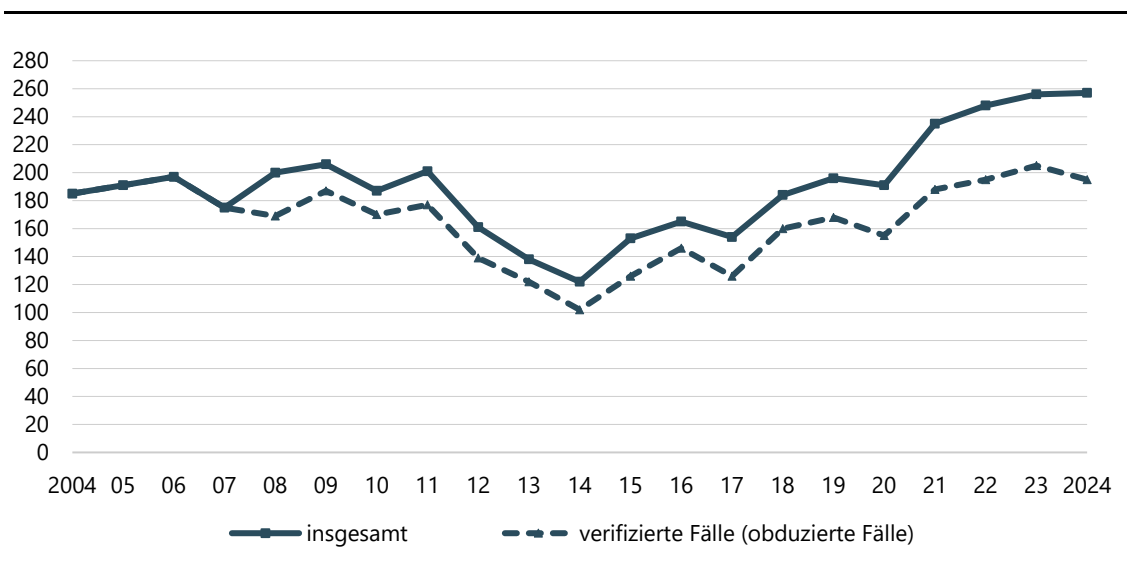
²⁷ In diesen Fällen wurde keine Obduktion zur Klärung der Todesursache durchgeführt, sondern eine Totenbeschau (äußerliche Untersuchung der Leiche) durch eine autorisierte Ärztin bzw. einen autorisierten Arzt. Diese Fälle sind im medizinischen Sinne nicht als drogenbezogene Todesfälle verifiziert. Sie werden (dem europäischen Standard entsprechend) dennoch den drogenbezogenen Todesfällen hinzugezählt. Damit sind auch längerfristige Trendaussagen möglich (bis 2008 wurden praktisch alle Verstorbenen mit Verdacht auf drogenbezogene Überdosierung obduziert).

²⁸ Nach Empfehlungen der EUDA wurde als relevante Altersgruppe jene der 15- bis 64-Jährigen ausgewählt.

5.3 Trends: Gesamt, regional und nach Altersgruppen

Von 2011 bis 2014 zeigte sich ein Rückgang der direkt drogenbezogenen Todesfälle. Im Jahr 2014 erreichten sie den niedrigsten Wert seit über zehn Jahren (vgl. Abbildung 33). Seither zeigt sich ein Anstieg, der in den Jahren 2017 und 2020 nur kurz unterbrochen wurde. Nachdem im Jahr 2023 der bisher höchste Wert beobachtet wurde, liegt dieser 2024 auf gleich hohem Niveau.

Abbildung 33: Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2004–2024 (absolut)

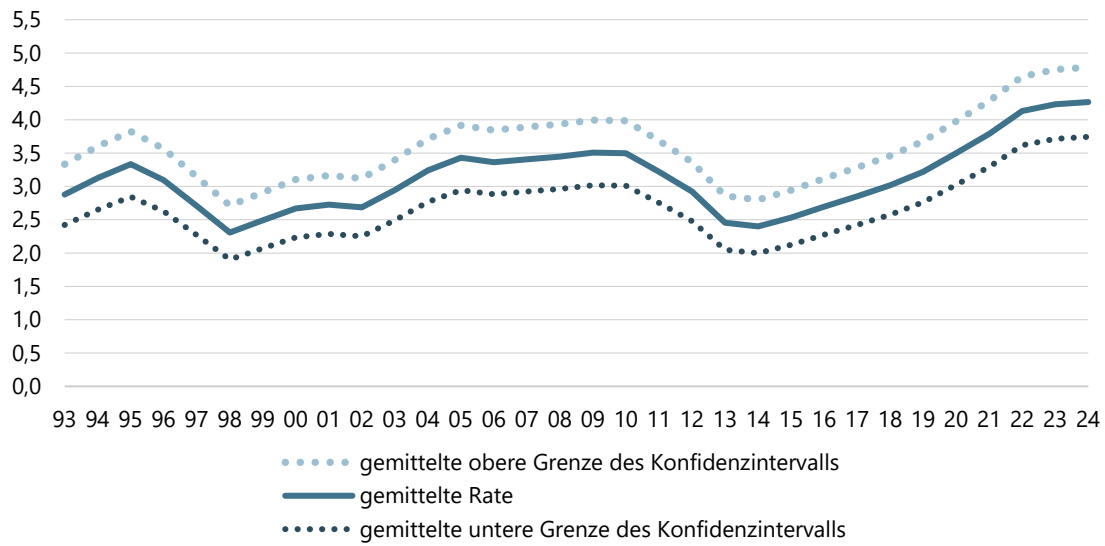


Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die für drei Jahreswerte gemittelten Raten pro 100.000 Einwohner:innen sowie die obere und untere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls²⁹ seit Anfang der 1990er-Jahre veranschaulicht Abbildung 34. Es zeigt sich dabei eine wellenförmige Bewegung der Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle. Der letzte starke Rückgang war im Jahr 2014 zu verzeichnen (2,4 Fälle pro 100.000 Einwohner:innen). Seither ist ein stetiger Anstieg zu beobachten, wobei der Wert des Jahres 2024 (4,3 Fälle pro 100.000 Einwohner:innen) auf gleich hohem Niveau wie 2023 liegt.

²⁹ Die gemittelten Raten stellen den Mittelwert von drei Jahren dar, um Zufallsschwankungen auszugleichen, d. h., 3,2 direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner:innen für 2011 ist der Mittelwert aus den Jahren 2010, 2011 und 2012. Für das aktuellste Jahr wird jeweils der nicht geglättete Wert dargestellt.

Abbildung 34: 95%-Konfidenzintervall drogenbezogener Todesfälle pro 100.000 Einwohner:innen im Alter von 15 bis 64 Jahren, 1993–2024, gemittelter Drei-Jahres-Wert

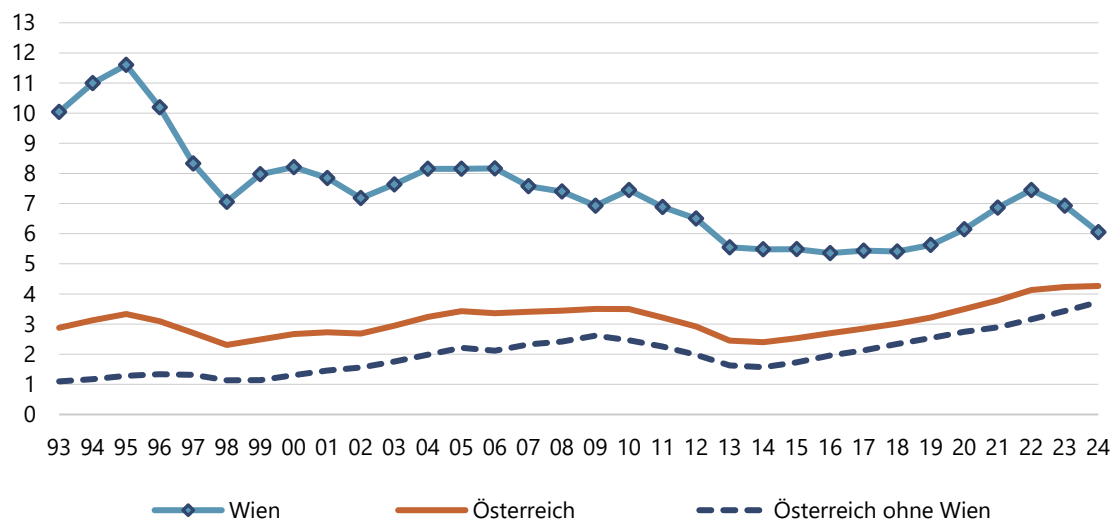


Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert (= nicht gemittelter Jahreswert) dargestellt.

Quellen: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle;
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Betrachtet man die Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner:innen für die 15- bis 64-Jährigen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien (vgl. Abbildung 35), zeigen sich in der Bundeshauptstadt ähnliche Trendverläufe wie in Gesamtösterreich. In Österreich ohne Wien zeichnet sich – retrospektiv betrachtet – eine kontinuierliche Zunahme nach dem Jahr 2014 ab, während die Zahlen in Wien noch einige Jahre lang stagnierten und erst zwischen 2019 und 2022 wieder stiegen. 2024 sind die Werte in Wien wieder gesunken, in den restlichen Bundesländern weiter leicht gestiegen.

Abbildung 35: Drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Österreicher:innen im Alter von 15 bis 64 Jahren nach Region, 1993–2024, gemittelter Drei-Jahres-Wert



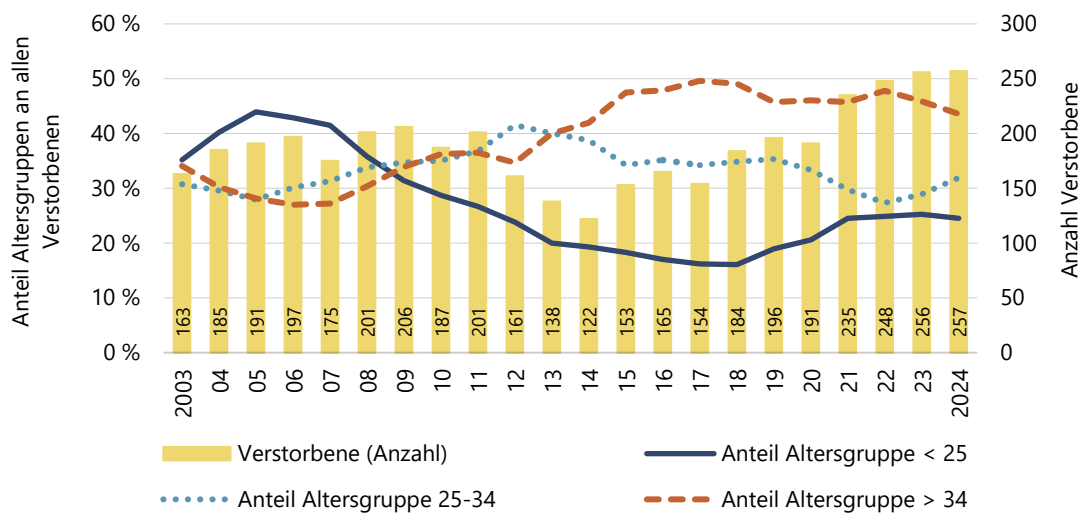
Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

Quellen: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle;
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle Mitte der 2000er-Jahre (vgl. Abbildung 34) wurde von einem steigenden Anteil drogenbezogener Todesfälle, die Personen unter 25 Jahren betreffen (vgl. Abbildung 36 und Abbildung 37), begleitet: Seit einem Höchstwert Mitte der 2000er-Jahre sank der Anteil drogenbezogener Todesfälle, die junge Menschen betreffen, einige Jahre stark, danach nur noch minimal, aber kontinuierlich. Beginnend mit dem Jahr 2019 stieg der Anteil der Jüngeren bis 2021 wieder und liegt seither bei rund 25 Prozent.

In Abbildung 36 zeigt sich die Etablierung von zwei „Kohorten“ von Betroffenen: einerseits eine Kohorte, die rund um den Beginn der 2000er-Jahre in den Konsum einstieg; hier handelt es sich um eine Gruppe alternder Konsumentinnen und Konsumenten mit einer langen Suchthistorie, die mit zunehmendem Alter multimorbid werden. Dadurch sinkt u. a. die Toleranzgrenze und bereits kleinere Mengen von Substanzen können tödliche Auswirkungen haben. Das führt zu einem Anstieg der Todesfälle in dieser Altersgruppe. Parallel dazu zeigt sich in den letzten Jahren auch ein Anstieg bei den jüngeren Verstorbenen. Die Gründe für die Entwicklung dieser Gruppe lassen sich aus der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle nicht ableiten. Mögliche Interpretationen finden sich in Kapitel 2 „Risikoreicher Drogenkonsum“ und in „Schlussfolgerungen und Diskussion“.

Abbildung 36: Anzahl drogenbezogener Todesfälle und Anteil nach Altersgruppen, 2003–2024

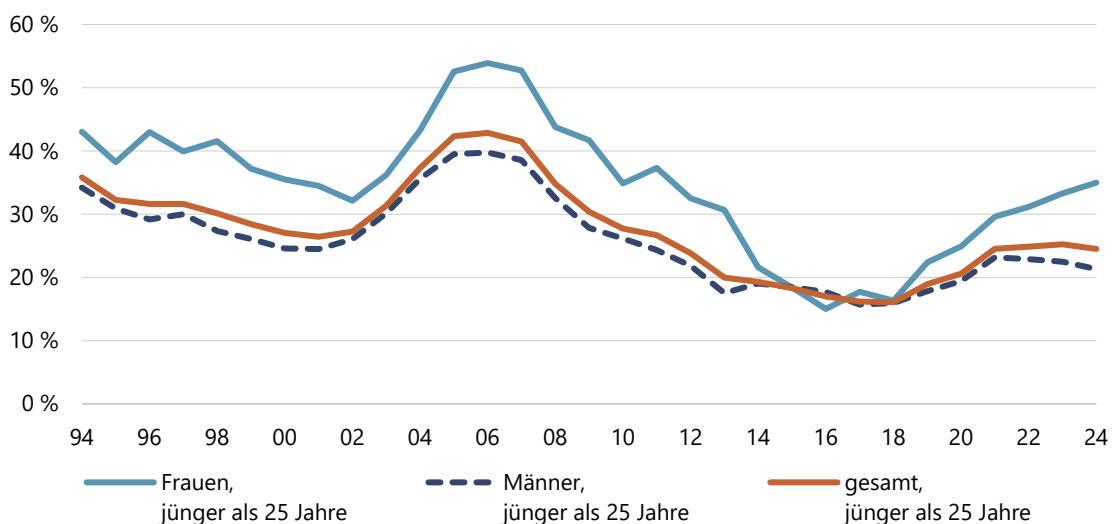


Anmerkung: Bei den Anteilen der Altersgruppen wird, bis auf das aktuellste Jahr, ein gemittelter Drei-Jahres-Wert dargestellt; die Absolutzahlen entsprechen der tatsächlichen Zahl Verstorbener des jeweiligen Jahres.

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

Da die absoluten Fallzahlen bei Betrachtung nach Altersgruppen für Frauen und Männer getrennt relativ klein werden (vgl. Abbildung 37), dürfen Schwankungen bei den Prozentwerten nicht überinterpretiert werden (geringere Aussagekraft). Dennoch zeigt sich mittlerweile klar, dass vor allem bei Frauen der Anteil der Jüngeren besonders hoch ist und seit 2019 steigt: Aktuell sind 35 Prozent der verstorbenen Frauen jünger als 25 Jahre (21 Personen). Bei Männern beträgt dieser Anteil 21 Prozent (42 Personen).

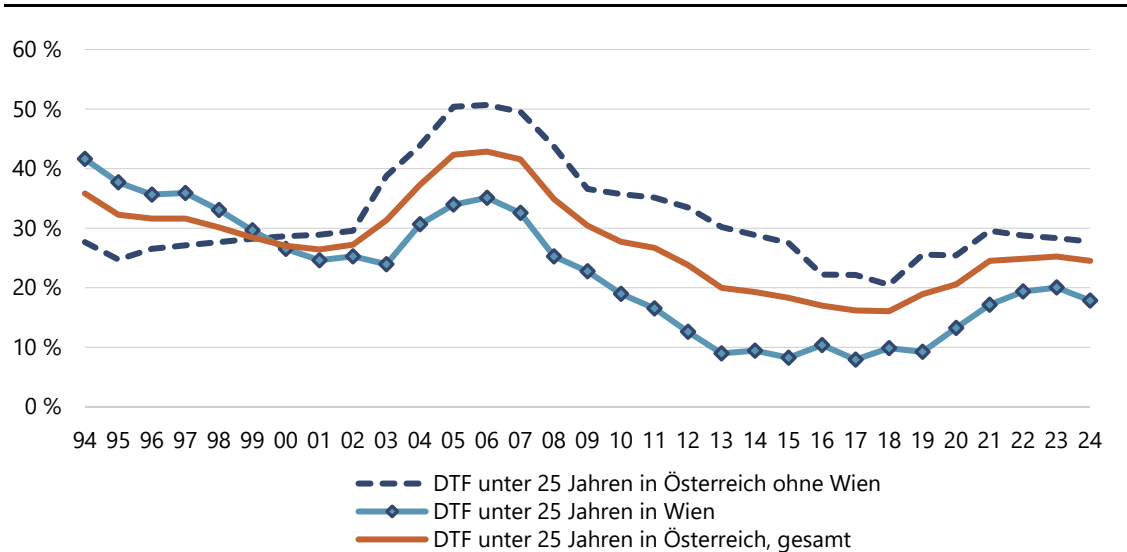
Abbildung 37: Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen nach Geschlecht, 1994–2024, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

Quellen: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 38: Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen in Wien, Österreich ohne Wien, Österreich gesamt, 1994–2024, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

In Abbildung 38 zeigt sich die Entwicklung des gemittelten Drei-Jahres-Anteils der unter 25-Jährigen an den direkt drogenbezogenen Todesfällen für Wien, Österreich ohne Wien und Gesamtösterreich. Bis zu den 2000er-Jahren war der Anteil der jüngeren Verstorbenen in Wien höher als in den anderen Bundesländern. Nach der Jahrtausendwende war dieser Anteil in den restlichen Bundesländern höher. Ab dem Jahr 2019 stieg der Anteil der Jüngeren auch in Wien bis 2023 wieder an, 2024 ging er wieder leicht zurück.

Zusammenfassung: Seit Anfang der 1990er-Jahre gab es bei den Raten der drogenbezogenen Todesfälle immer wieder Anstiege (Spitzen jeweils Mitte der 1990er- und Mitte der 2000er-Jahre). Danach sanken die Raten bis zum Jahr 2014 auf einen Tiefstwert. Seither zeigt sich wieder ein kontinuierlicher Anstieg. Von 2019 bis 2021 wurde der Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle von einem Anstieg bei den jüngeren Personen begleitet: Seither sind bei etwa einem Viertel der drogenbezogenen Todesfälle die Betroffenen unter 25 Jahre alt.

5.4 Nachgewiesene Substanzen

5.4.1 Detailergebnisse 2024

In die nun folgende Analyse in Bezug auf die beteiligten Substanzen werden nur jene 188 Fälle aufgenommen, bei denen auf Basis einer aussagekräftigen toxikologischen Analyse eine genau spezifizierte Substanzzuweisung möglich war.

In 9 Prozent der 188 drogenbezogenen Todesfälle mit aussagekräftiger Toxikologie im Jahre 2024 wurden **ausschließlich illegale Drogen** (inklusive Neue Psychoaktive Substanzen [NPS]) festgestellt (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination). Bei der **zusätzlichen**

Einnahme von Psychopharmaka und/oder Alkohol zeigt sich folgendes Bild: In 20 Prozent der Fälle wurde neben den illegalen Drogen beides nachgewiesen, in 64 Prozent der Fälle zusätzlich nur Psychopharmaka und in 8 Prozent der Fälle zusätzlich nur Alkohol.

Reine Opioidintoxikationen (d. h. ohne weitere legale oder illegale Substanzen) waren in 3 Fällen zu verzeichnen. Der Anteil der reinen Opioidintoxikationen beträgt somit 2 Prozent (ähnlich wie in den Vorjahren). Die reinen Opioidintoxikationen stellen einen sehr kleinen Teil der drogenbezogenen Todesfälle dar. 158 der 188 spezifizierten toxikologischen Analysen zeigten **Mischintoxikationen mit Opioiden** (84 %), d. h., es wurde(n) ein oder mehrere Opiate in Verbindung mit Alkohol und/oder Psychopharmaka und/oder Suchtgift(en)/NPS festgestellt. **Opioide** spielten somit in **insgesamt 86 Prozent der Fälle** eine Rolle (2023: 90 %; 2022: 92 %; 2021: 86 %).

Heroin und Morphin sind auch im Jahr 2024 die am häufigsten festgestellten illegalen Substanzen (bei 121 Fällen wurde zumindest eine der beiden Substanzen nachgewiesen, das sind 64 %). Hinsichtlich einer Differenzierung zwischen Heroin, Morphin und Morphin in Retardform (z. B. das OAT-Medikament Substitol®) ist Folgendes zu berücksichtigen: Es gibt keinen eindeutigen Marker, mit dem Morphin in Retardform im Körper identifiziert werden kann, daher fällt es in die Kategorie Morphin. Allerdings werden auch manche Fälle von Intoxikationen mit Heroin dieser Kategorie zugeordnet. Das hat folgenden Grund: Heroin wird im Körper ebenfalls zu Morphin abgebaut, im Harn wird jedoch im Falle von Heroinkonsum der dafür typische Marker von 6-MAM festgestellt. Die Testung nach diesem Abbaustoff erfolgt in Österreich nicht einheitlich bzw. unterscheidet sich zwischen gerichtsmedizinischen und sanitätspolizeilichen Leichenöffnungen (laut Auskunft einzelner gerichtsmedizinischer Institute ist eine Testung auf 6-MAM Standard, auch wenn deren Ergebnis in den Gutachten nicht immer explizit angegeben wird). In der Statistik können also nur jene Fälle als Heroinintoxikation ausgewiesen werden, bei denen die Testung nach dem heroinspezifischen Marker vorgenommen und im Gutachten angeführt wurde. Bei den sechs Verstorbenen handelt es sich daher um eine Mindestzahl Verstorbener mit Beteiligung von Heroin. Alle anderen Fälle werden der Kategorie Morphin zugeordnet, wobei von den 115 Fällen mit Beteiligung von Morphin lediglich einer auf den alleinigen Konsum von Morphin (ohne weitere Suchtgifte, Alkohol oder Psychopharmaka) zurückzuführen ist.

Methadon wurde in 10 Prozent der Fälle, das Medikament **Fentanyl** wurde in 5 Fällen (3 %) nachgewiesen. Bei **einem Fall** wurden **opioidehaltige NPS** („F-Etonitazepyne“), d. h. Neue Psychoaktive Substanzen, die zur Gruppe der synthetischen Opiode gehören, nachgewiesen (2018–2023: 0 Fälle; 2017: 4 Fälle). Sowohl Fentanyl als auch opioidehaltige NPS fallen in die Kategorie „sonstige Opiode“. Insgesamt wurden **sonstige Opiode**³⁰ in 19 Prozent der Fälle nachgewiesen (2023: 20 %; 2022: 19 %; 2021: 21 %).

Kokain wurde in 28 Prozent (n = 53) der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt, der Wert blieb im Vergleich zum Vorjahr (2023: 26 %, n = 52) also konstant (vgl. Abbildung 39). In 4 Fällen handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere (illegale) Substanzen.

Insgesamt wurden bei 40 Personen **sonstige Stimulanzien** (sämtliche Stimulanzien, z. B. (Meth-)Amphetamin, Ecstasy, Cathinone etc. exklusive Kokain) nachgewiesen (21 %). Im Vergleich zum Vorjahr (15 %) stieg der Anteil daher wieder etwas. Bei 3 Fällen handelte es sich dabei

³⁰ zum Beispiel Fentanyl, Oxycodon, Buprenorphin, Tramadol, aber auch opioidehaltige NPS

um eine Monointoxikation, bei der keine anderen Substanzen festgestellt wurden. Ausgewählte Substanzen aus der Gruppe der sonstigen Stimulanzien werden im Folgenden beschrieben.

- **Amphetamin** wurde bei 16 Fällen nachgewiesen, abgesehen von einem Fall nur in Kombination mit anderen (illegalen) Substanzen.
- **Methamphetamin** wurde insgesamt bei 6 Fällen festgestellt (2023: 9 Fälle; 2022: 11 Fälle; 2021: 13 Fälle). Bei allen Fällen handelte es sich um Mischintoxikationen mit anderen Substanzen.
- **Ecstasy** (d. h. MDMA bzw. dessen Metaboliten MDA oder MDE) wurde in insgesamt 14 Fällen nachgewiesen (2023: 10 Fälle; 2022: 11 Fälle; 2021: 6 Fälle). In 2 Fällen handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere Substanzen.

Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) wurden im Jahr 2024 bei 8 Personen, die an einer Überdosierung starben, nachgewiesen (2023: 9 Fälle; 2022: 3 Fälle; 2021: 4 Fälle), wobei es sich bei 3 Fällen um die missbräuchliche Verwendung des Medikaments Ketamin handelte. Obwohl es sich beim Auftreten von NPS in Österreich nach wie vor um Einzelfälle handelt, muss die Situation diesbezüglich weiterhin im Rahmen des „Early Warning System“ (EWS) genau beobachtet werden.

Der Anteil der Fälle, bei denen auch **Psychopharmaka** gefunden wurden, lag im Jahr 2024 bei 84 Prozent (vgl. Abbildung 39). Bei diesen 157 Fällen wurden bei 85 Prozent Benzodiazepine, bei 43 Prozent Antidepressiva, bei 30 Prozent Neuroleptika und bei 51 Prozent Antiepileptika nachgewiesen. Bei jeweils weniger als 10 Prozent wurden Z-Medikamente oder andere psychoaktive Medikamente (z. B. Barbiturate) nachgewiesen. Es ist hier aber zu bedenken, dass nicht differenziert werden kann, ob die betroffene Person Psychopharmaka aufgrund einer psychiatrischen Komorbidität verschreibungskonform eingenommen hat oder ob ein Medikamentenmissbrauch vorlag.

Alkohol wurde bei insgesamt 28 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt. Bei 4 Prozent wurde ein hoher Promillewert (mind. 1,5 Promille) im Blut gefunden.

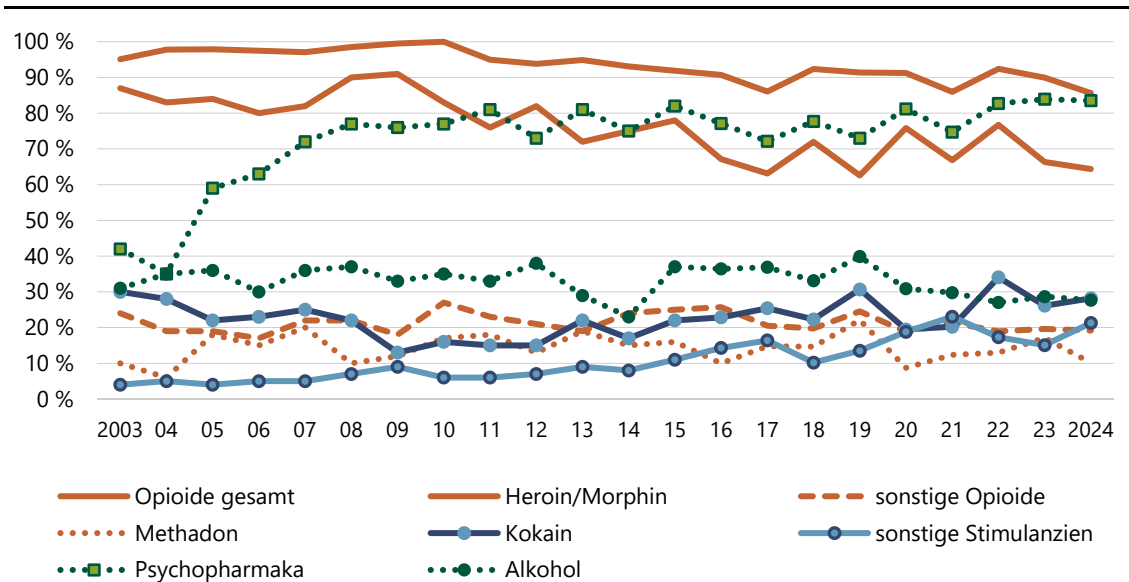
Zusammenfassung: Mischintoxikationen, d. h. die Kombination mehrerer legaler und/oder illegaler Substanzen, sind für einen Großteil der Todesfälle verantwortlich. Opioide (vorwiegend Heroin/Morphin) sind bei den nachgewiesenen Substanzen nach wie vor die Nummer eins. Insgesamt sind die Konsummuster mit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

5.4.2 Nachgewiesene Substanzen im Zeitverlauf

Über den Zeitverlauf sind Opioide die Nummer eins der nachgewiesenen Substanzen. Allerdings nähert sich der Anteil der Fälle, in denen auch Psychopharmaka nachgewiesen wurden, dem der Opioide allmählich an, so lag er im Jahr 2024 bei 86 Prozent (vgl. Abbildung 39). Von den Opioiden werden Heroin und Morphin bei den drogenbezogenen Todesfällen am häufigsten nachgewiesen, wobei diese Werte in den letzten Jahren etwas schwankten. Methadon und sonstige Opioide liegen deutlich unter Heroin/Morphin. Der Anteil von Kokain schwankt zwischen 20 und 30 Prozent und lag im Jahr 2024 bei 28 Prozent. Sonstige Stimulanzien bewegen sich seit Anfang

der 2000er-Jahre auf niedrigem Niveau, in den letzten 10 Jahren zeigte sich tendenziell ein Anstieg auf rund 20 Prozent. Nach wie vor werden Kokain und sonstige Stimulanzien vor allem in Kombination mit Opioiden festgestellt. Die Anteile der Fälle, bei denen auch Psychopharmaka nachgewiesen wurden, stiegen zwischen 2004 und 2011 und bewegen sich seither zwischen 70 und 80 Prozent. Alkohol wurde seit 2003 in rund 30 bis 40 Prozent der Fälle nachgewiesen.

Abbildung 39: Anteil nachgewiesener Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen im Zeitverlauf



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

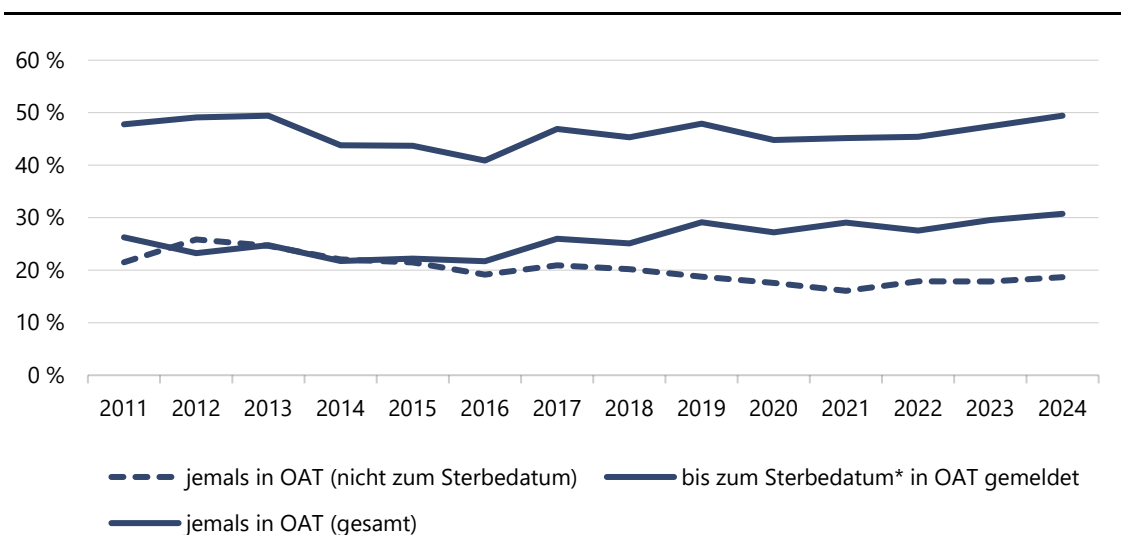
Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: An der Dominanz von Opioiden hat sich in den letzten Jahren trotz einer seit 2011 leicht abnehmenden Tendenz nichts geändert. Kokain und sonstige Stimulanzien werden weiterhin bei den Todesfällen deutlich seltener festgestellt als Opiode. Tendenziell zeigt sich bei Stimulanzien (exklusive Kokain) in den letzten zehn Jahren ein Anstieg auf niedrigem Niveau, bei Kokain zeigt sich kein klarer Trend, nach einem Höchstwert im Jahr 2022 (34 %) ist der Anteil 2024 auf 28 Prozent gesunken. Sowohl Stimulanzien als auch Kokain werden vor allem in Kombination mit Opioiden festgestellt.

5.5 Opioid-Agonisten-Therapie

Von den 257 direkt drogenbezogenen Todesfällen befanden sich 79 Personen bis zu ihrem Todestag³¹ in Opioid-Agonisten-Therapie (OAT). Weitere 48 Personen waren bereits einmal in ihrem Leben in OAT. Rund die Hälfte der im Jahr 2024 an einer Überdosierung Verstorbenen hatten einmal in ihrem Leben Kontakt zum OAT-System.

Abbildung 40: Anteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle, bei denen die oder der Betroffene in OAT war, an allen direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2011–2024, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: OAT = Opioid-Agonisten-Therapie; beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

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

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

5.6 Auffindungssituation

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

Die Mehrheit der Betroffenen wurde in einer Wohnung aufgefunden (78 %). In Hotels, Heimen, Notunterkünften u. Ä. kam es bei 5 Prozent zur Überdosierung. In 5 Prozent der Fälle waren die Auffindungsorte im öffentlichen Bereich, z. B. U-Bahn oder Toiletten, und bei weiteren 5 Prozent

³¹ Da beim Tod einer Person in vielen Fällen keine diesbezügliche Meldung an die Bezirksverwaltungsbehörde erfolgt, fällt deren Ableben lediglich auf, wenn bei einem Fall keine Suchtgiftrezepte mehr zur (mittlerweile nachträglichen) Vidierung bei der Amtsärztin oder beim Amtsarzt einlangen. Diese(r) beendet dann die Behandlung, allerdings mit einer gewissen Verspätung. In diese Kategorie können daher auch Personen fallen, die zum Sterbedatum nicht in OAT waren.

in Haftanstalten. In 7 Prozent der Fälle konnte der Auffindungsort nicht eruiert werden und eine Person befand sich zum Zeitpunkt der Überdosierung bereits in einem Krankenhaus (Anm.: die Abweichung zu 100 % ist rundungsbedingt).

Seit dem Todesjahr 2019 wird zusätzlich erfasst, ob die Verstorbenen bei der Intoxikation bzw. deren Auswirkungen allein waren. Bei 16 Prozent der Verstorbenen geht aus den Unterlagen hervor, dass zum Zeitpunkt der Überdosierung entweder jemand anderer in unmittelbarer Nähe war oder die bzw. der Betroffene noch lebend aufgefunden und ins Krankenhaus transportiert wurde, wo sich dann letztendlich zeigte, dass die Hilfe zu spät kam. Bei der Mehrheit der Fälle ist unklar, ob die verstorbene Person allein war (z. B., wenn zwar Personen in der gleichen Wohnung zugegen waren, jedoch in einem anderen Zimmer geschlafen haben oder wenn die Sperrverhältnisse der Wohnung so waren, dass es nicht ausgeschlossen werden kann, dass zum Todeszeitpunkt noch jemand anderer anwesend war).

Zusammenfassung: Da der weitaus größte Teil tödlicher Überdosierungen in privaten Räumlichkeiten erfolgt, ist anzunehmen, dass ein Großteil des risikoreichen Drogenkonsums im (scheinbar) geschützten privaten Rahmen stattfindet. Dieser Umstand kann aber das Ausbleiben rascher Hilfe bei Intoxikationen bedeuten und so das Risiko einer tödlich verlaufenden Überdosierung erhöhen³².

³² Ein Faktor, der dies mitbedingt, ist sicher die gute Wohnversorgung von Personen mit risikoreichem Drogenkonsum in Österreich. Dieses Setting ist jedenfalls für präventive Maßnahmen zur Verhinderung drogenbezogener Todesfälle (z. B. rechtzeitiges Rufen der Rettung bei intoxikationsbedingten Notfällen) relevant.

6 Alkoholkonsum

Im folgenden Kapitel werden ausgewählte Eckdaten zum Ausmaß des Alkoholkonsums in Österreich und zu seinen gesundheitlichen Auswirkungen präsentiert³³. Eine wesentliche Datenbasis zur Beschreibung des Konsumverhaltens bilden Selbstauskünfte aus Befragungen der österreichischen Wohnbevölkerung³⁴ sowie der Schüler:innen (vgl. Kapitel 6.1 bis 6.3). Im Gegensatz zu illegalen Substanzen können Angaben zum Alkoholkonsum aus Selbstauskünften, die sich auf die gesamte Bevölkerung beziehen, durch „Wirtschaftsdaten“ (Verkauf und Produktion von alkoholischen Getränken) adjustiert werden. Angaben zu alkoholassoziierter Morbidität und Mortalität (vgl. Kapitel 6.4) stammen aus der stationären Spitalsversorgung (Daten aus der ambulanten Versorgung stehen nicht österreichweit zur Verfügung), der Todesursachenstatistik und der Statistik der Straßenverkehrsunfälle.

6.1 Charakteristik und Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich

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

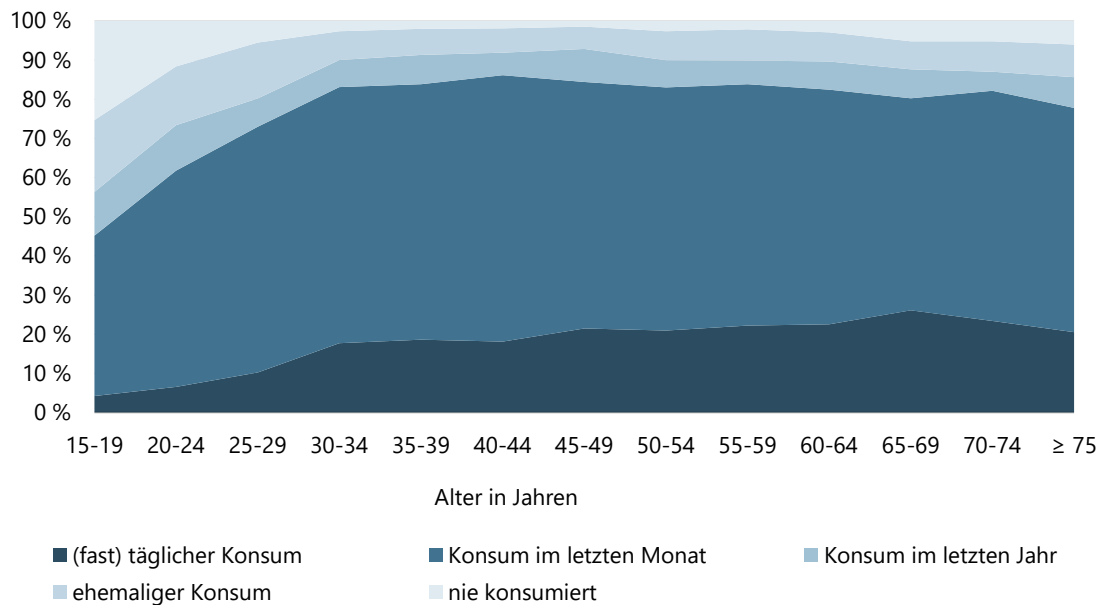
Eine weitere Besonderheit ist, dass zwar in allen Altersgruppen eine deutliche Mehrheit der Personen aktuell Alkohol konsumiert (Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2020: 78 % aller Befragten haben innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol konsumiert), dies aber größtenteils nur gelegentlich. Lediglich ein relativ geringer Prozentsatz trinkt täglich oder fast täglich (Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2020: 18 % aller Befragten trinken an fünf bis sechs Tagen pro Woche Alkohol), wobei dieser Anteil mit zunehmendem Alter tendenziell ansteigt und auf eine Verschiebung von einem sozialen Gelegenheitskonsum im jungen Alter hin zu einem regelmäßigeren Konsum mit zunehmendem Alter hinweist (vgl. Abbildung 41). Männer konsumieren derselben Erhebung zufolge etwa doppelt so häufig (25 %) täglich oder fast täglich Alkohol wie Frauen (12 %) (Strizek et al. 2021a)³⁵.

³³ Weiterführende Ausführungen zum Thema Alkohol finden sich im *Handbuch Alkohol Österreich* (Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen, Band 2: Einrichtungen, Band 3: Gesetzliche Rahmenbedingungen, Band 4: Ausgewählte Themen).

³⁴ Die aktuellste Bevölkerungsbefragung zu Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial wurde zwischen 2020 und 2022 in drei Wellen durchgeführt, deren Ergebnisse wurden in zwei Berichten publiziert (Strizek et al. 2021a; Strizek et al. 2023). Fragen zum Alkoholkonsum wurden in der ersten (2020) und in der dritten Erhebungswelle (2022) abgefragt, wobei letztere vorrangig auf Veränderungen während der COVID-19-Pandemie abzielte und deren Ergebnisse nur eingeschränkt mit Zahlen aus vorangegangenen Studien vergleichbar sind. Aus diesem Grund werden in diesem Kapitel Zahlen aus der ersten Erhebungswelle aus dem Jahr 2020 verwendet.

³⁵ Die Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2019 (Klimont 2020) kommt auf deutlich niedrigere Werte (8,9 % für Männer bzw. 2,5 % für Frauen), die allerdings zum Teil dadurch zustande kommen, dass hier im Gegensatz zur Repräsentativerhebung Rohwerte und nicht „korrigierte“ Werte verwendet werden. Die Sinnhaftigkeit eines solchen Korrekturverfahrens ergibt sich dadurch, dass wiederholt und in unterschiedlichen Ländern festgestellt wurde, dass die auf Basis von Selbstangaben errechneten durchschnittlichen Alkoholkonsummengen aus unterschiedlichen Gründen nur rund 30 bis 40 Prozent des Pro-Kopf-Konsums abbilden (Rehm et al. 2004). Hinsichtlich Grundlagen und Details des Korrekturverfahrens sei auf Strizek/Uhl (2016a) verwiesen. Die Vergleichbarkeit von Indikatoren eines stärkeren oder problematischeren Alkoholkonsums mit anderen Erhebungen wie etwa der Österreichischen Gesundheitsbefragung ATHIS ist dadurch stark eingeschränkt.

Abbildung 41: Konsumprävalenz Alkohol nach Altersgruppen, 2020, in Prozent

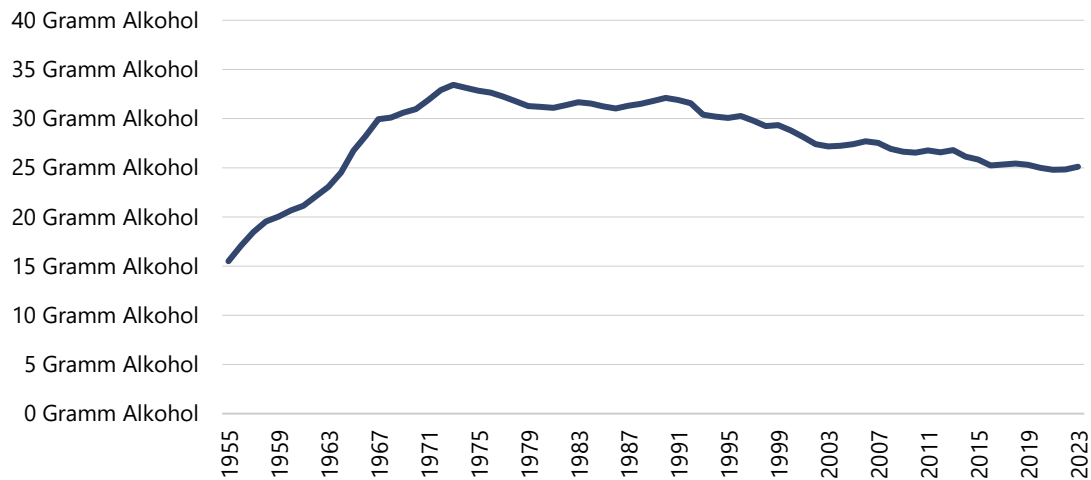


Quelle: Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2020 (Strizek et al. 2021a); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Gemessen auf Basis von Produktions- und Verkaufsstatistiken ist der durchschnittliche tägliche **Pro-Kopf-Konsum von Alkohol** in einer längerfristigen Perspektive seit den 1970er-Jahren rückläufig (vgl. Abbildung 42): Im Vergleich zu einem Maximum von gerundet 34 Gramm pro Tag im Jahr 1973 hat sich der durchschnittliche Konsum um über ein Viertel reduziert (2023: 25 Gramm pro Tag). In den letzten Jahren kam es in Österreich nur zu geringfügigen Schwankungen des Pro-Kopf-Konsums in der erwachsenen Bevölkerung, und auch die COVID-19-Pandemie führte zu keinen drastischen Veränderungen, die über diese Schwankungen der letzten Jahre hinausgehen. Der tägliche Pro-Kopf-Konsum im Jahr 2023 in der Bevölkerung ab 15 Jahren entspricht etwas mehr als einem großen Bier oder einem Viertelliter Wein (25 Gramm Alkohol pro Tag). Im internationalen Vergleich (Bachmayer et al. 2025) kann Österreich als ein Hochkonsumland betrachtet werden: Der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum von 11,2 Litern Reinalkohol pro Jahr liegt deutlich über dem Durchschnitt aller Länder der Region WHO-Europe (7,6 Liter)³⁶.

³⁶ Die Daten sind abrufbar über die Global Alcohol Database der WHO unter [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-recorded-per-capita-\(15-\)-consumption-\(in-litres-of-pure-alcohol\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-recorded-per-capita-(15-)-consumption-(in-litres-of-pure-alcohol)) [Zugriff am 17.11.2025]. Gezählt wird hierbei ausschließlich „recorded consumption“ (d. h. in offiziellen Statistiken erfasster Alkohol), wodurch in Österreich etwa der Konsum von Most und Obstwein nicht erfasst wird und sich geringfügige Abweichungen zu den nationalen Schätzwerten ergeben.

Abbildung 42: Durchschnittlicher Pro-Kopf-Konsum von Alkohol pro Tag in Gramm in der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren, 1955–2023



Quelle: Handbuch Alkohol Österreich, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen (Bachmayer et al. 2025); Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

6.2 Problematischer Alkoholkonsum in der erwachsenen Bevölkerung

Schwerwiegende gesundheitliche Probleme durch Alkoholkonsum ergeben sich in erster Linie durch die toxische Wirkung des chronischen Missbrauchs, d. h. eines Konsums großer Mengen Alkohol über einen längeren Zeitraum hinweg, oder durch die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. In beiden Fällen trifft dieses Problem durch die Latenzzeit dieser Erkrankungen in erster Linie erwachsene Personen mittleren oder höheren Alters. Dies unterstreicht die Notwendigkeit zielgruppenspezifischer Angebote und Maßnahmen zur Frühintervention, um Personen mit Unterstützungsangeboten zu erreichen, bevor sich problematische Alkoholkonsummuster manifestieren.

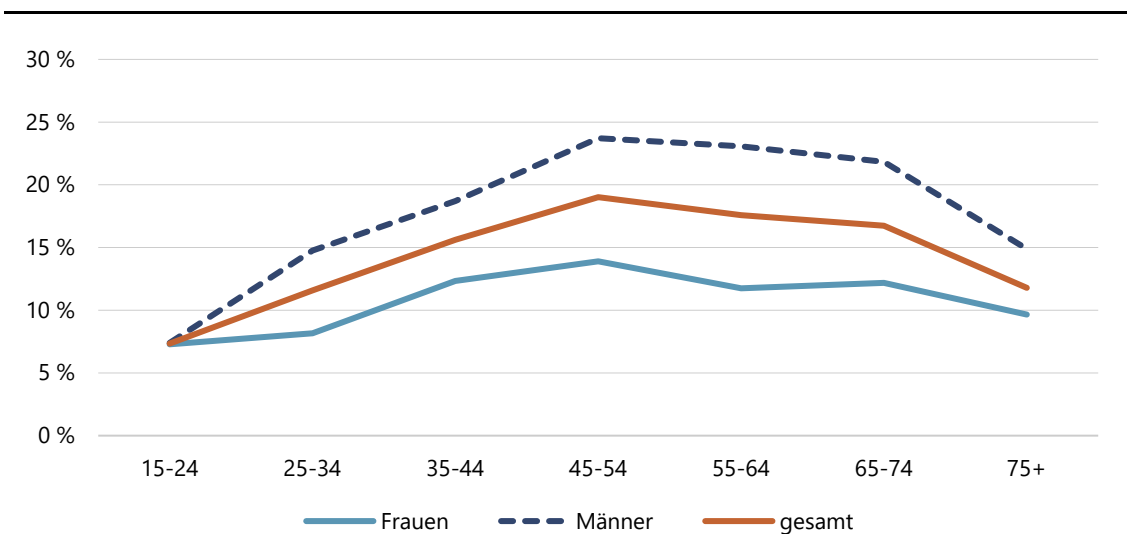
Als Grenzwerte für eine problematische Konsummenge mit deutlich erhöhtem Risiko einer Gesundheitsgefährdung werden ein täglicher Konsum in der Größenordnung von zwei großen Bier (jeweils 0,5 Liter) für Frauen und drei großen Bier für Männer definiert³⁷ (Strizek et al. 2024). Werden diese Grenzwerte auf die korrigierten Angaben (siehe Fußnote 35) der

³⁷ Dies sind 40 Gramm Reinalkohol pro Tag (entspricht etwas weniger als 0,5 Liter Wein) für Frauen und 60 Gramm Reinalkohol pro Tag (entspricht 0,7 Liter Wein, wobei eine Flasche Wein 0,75 Liter enthält) für Männer.

Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2020 angewandt, zeigen 15 Prozent der Befragten (18,5 % der Männer bzw. 10,5 % der Frauen) einen **problematischen Alkoholkonsum**.

Deutliche Geschlechterunterschiede in Form eines erhöhten Anteils des problematischen Konsums bei Männern im Vergleich zu Frauen treten ab einem Alter von 30 Jahren in fast allen Altersgruppen auf. Problematischer Alkoholkonsum steigt zudem bis ins höhere Erwachsenenalter (50 bis 60 Jahre) an und nimmt erst danach – unter anderem aufgrund der erhöhten Mortalität von Alkoholikerinnen und Alkoholikern – wieder deutlich ab (vgl. Abbildung 43).

Abbildung 43: Problematischer Alkoholkonsum (mehr als 40 bzw. 60 Gramm pro Tag) nach Geschlecht und Alter in Prozent, 2020



Anmerkung: Die Angaben basieren auf adjustierten Befragungsdaten, d. h. auf einer Kombination aus Selbstauskünften von Teilnehmenden aus Befragungen, Wirtschaftsdaten zum Gesamtverbrauch von Alkohol in Österreich sowie Erkenntnissen zur Alters- und Geschlechtsverteilung im Behandlungsbereich (vgl. auch Fußnote 35).

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

Im längerfristigen Zeitverlauf³⁸ zeigt sich eine leichte Abnahme des Anteils an problematisch konsumierenden Personen von 18 Prozent im Jahr 1994 auf 15 Prozent im Jahr 2020. Der niedrigste Wert wurde dabei für 2015 berechnet (14 %) und somit fand zuletzt keine Fortschreibung des Abwärtstrends statt.

Zusammenfassung: Etwa 15 Prozent der Österreicher:innen trinken Alkohol in einem problematischen Ausmaß, wobei der Anteil unter Männern knapp doppelt so hoch ist wie unter Frauen. Menschen im mittleren Erwachsenenalter sind am häufigsten betroffen. Im Zeitraum zwischen 1994 und 2020 war der problematische Alkoholkonsum leicht rückläufig.

³⁸ auf Basis von fünf Erhebungswellen (1994, 2004, 2008, 2015, 2020) mit identen Berechnungsweisen

6.3 Alkoholkonsum bei Jugendlichen

Ein geringer Anteil der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen in Österreich (18 %) hat laut ESPAD-Erhebung³⁹ aus dem Jahr 2024 noch nie im Leben Alkohol getrunken (Strizek et al. 2025). 6 von 10 Befragten (58 %) haben im letzten Monat Alkohol konsumiert.

22 Prozent der befragten Jugendlichen berichten laut ESPAD-Erhebung davon, im letzten Monat mindestens einmal stark berauscht gewesen zu sein. **Rauscherfahrungen** können zwar das Risiko etwa von Verletzungen erhöhen, stellen aber nicht zwangsläufig einen brauchbaren Indikator für problematischen Konsum dar. Sofern diese nicht regelmäßig stattfinden und bewusst herbeigeführt wurden, können sie auch ein Indiz für mangelnde Konsumerfahrenheit sein. Allerdings geben etwa 3 Prozent der Befragten an, dass sie im letzten Monat sechsmal oder häufiger stark berauscht waren. Auch andere Indikatoren eines **potenziell problematischen Alkoholkonsums**⁴⁰ weisen darauf hin, dass etwa 4 bis 5 Prozent der befragten Schüler:innen ein Konsumverhalten zeigen, dass aufgrund der durchschnittlichen Konsummenge bzw. der Konsumfrequenz längerfristig mit einem relevanten Gesundheitsrisiko verbunden ist (mehr als 40 bzw. 60 Gramm Alkohol pro Tag bzw. Konsum an 20 von 30 Tagen). 9 Prozent weisen zumindest einen Indikator für einen stark risikobehafteten Alkoholkonsum auf (Strizek et al. 2025).

In Summe fallen Geschlechterunterschiede im Alkoholkonsumverhalten bei Jugendlichen entschieden weniger deutlich aus, als dies bei erwachsenen Personen der Fall ist. Burschen trinken tendenziell genauso oft Alkohol wie Mädchen, aber im Durchschnitt größere Mengen. Ein ähnliches Bild zeigt sich laut ESPAD 2019 auch in Hinblick auf **Unterschiede zwischen Schultypen**. Schüler:innen aus Polytechnischen Schulen und Berufsschulen trinken tendenziell genauso oft wie Schüler:innen aus weiterführenden Schulen, aber im Durchschnitt größere Mengen an Alkohol (Strizek et al. 2025).

Im **Zeitverlauf** zeigen die ESPAD-Daten insgesamt einen Rückgang des Alkoholkonsums unter Jugendlichen: So stieg etwa der Anteil lebenszeitabstinenter Jugendlicher seit 2007 von 4 Prozent auf 18 Prozent im Jahr 2024, gleichzeitig sank im selben Zeitraum der Anteil aktueller Konsumentinnen und Konsumenten von 79 Prozent auf 57 Prozent. Auch der tägliche Durchschnittskonsum (vgl. Abbildung 44) sank im selben Zeitraum von 14 Gramm auf 9 Gramm und verdeutlicht darüber hinaus, dass sich Mädchen und Burschen in ihrem Konsumverhalten einander zunehmend angleichen (Strizek et al. 2025).⁴¹ Insgesamt steht die Entwicklung in Österreich im Einklang mit Ergebnissen der internationalen Forschungsliteratur, die in einer Vielzahl (westlicher) Länder einen Rückgang des jugendlichen Alkoholkonsums beschreibt (ESPAD Group 2020).

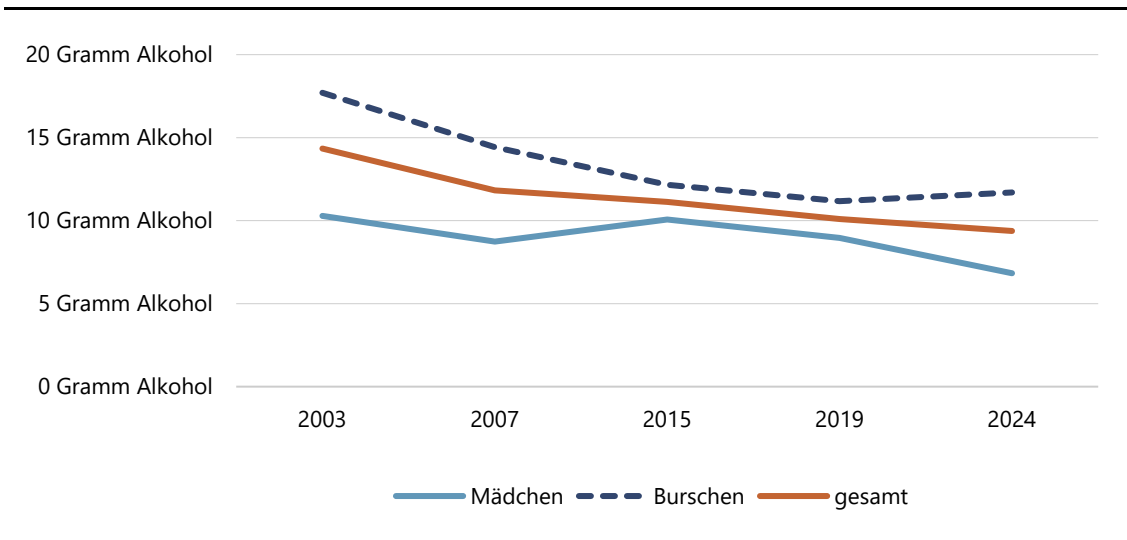
³⁹ Daten in Bezug auf Alkoholkonsum unter Jugendlichen entstammen im Wesentlichen zwei im Vier-Jahres-Rhythmus durchgeführten Schulerhebungen, die allerdings nicht exakt dieselbe Zielgruppe erfassen. Die Erhebung European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) zielt auf Jugendliche in der 9. und 10. Schulstufe ab, die zwischen 14 und 17 Jahre alt sind (mehrheitlich 15- und 16-Jährige). Inhalt der Erhebung sind ausschließlich der Konsum von und Einstellungen zu psychoaktiven Substanzen. Die Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) befragt Schüler:innen der 5., 7., 9. und 11. Schulstufe zu Gesundheitsverhalten im Allgemeinen und beinhaltet in einem deutlich geringeren Umfang auch Fragen zu Alkohol. Referenzwerte aus der letzten Erhebungswelle von 2021/22 (vgl. Felder-Puig et al. 2023b) kommen für die am ehesten vergleichbare Zielgruppe der Schüler:innen der 9. Schulstufe auf eine geringfügig niedrigere Monatsprävalenz in puncto Alkoholkonsum und auf sehr ähnliche Schätzwerte in puncto Raucherfahrung.

⁴⁰ Als solche wurden ein sehr häufiger Konsum (20 Trinkgelegenheiten oder mehr in den letzten 30 Tagen) sowie ein hoher Durchschnittskonsum (Tagesdurchschnittskonsum von 40 Gramm bzw. 60 Gramm Reinalkohol oder mehr in den letzten 7 Tagen für Mädchen bzw. Buben) definiert.

⁴¹ Ein rückläufiger Trend bei Alkoholkonsumindikatoren wird auch bei Zeitreihen auf Basis der HBSC-Erhebung festgestellt, wobei insbesondere zwischen den Erhebungen 2010 und 2014 ein starker Rückgang stattfand (Felder-Puig et al. 2023b).

Bisherige Forschungsergebnisse konnten für diese Entwicklung keine überzeugende monokausale Erklärung finden, sie verweisen stattdessen auf eine tiefgreifendere und kulturelle Veränderung der Bedeutung und sozialen Funktion von Alkohol im Leben von Jugendlichen (Ball et al. 2024; Vashishtha et al. 2019).

Abbildung 44: Durchschnittlicher Pro-Kopf-Konsum von Alkohol in Gramm pro Tag bei Jugendlichen nach Geschlecht, 2003–2024



Quelle: ESPAD 2024 (Strizek et al. 2025); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Die Mehrheit der befragten Jugendlichen in Österreich trinkt aktuell (also innerhalb des letzten Monats) Alkohol. Bei etwa einem Fünftel hat dies im gleichen Zeitraum auch zumindest einmal zu einer stärkeren Berausung geführt. 9 Prozent erfüllen zumindest einen Indikator für ein riskantes Alkoholkonsumverhalten in Hinblick auf Konsumfrequenz, Konsummenge oder Rauschfrequenz. Schüler:innen aus Polytechnischen Schulen und Berufsschulen trinken tendenziell genauso oft wie Schüler:innen aus weiterführenden Schulen, aber im Durchschnitt größere Mengen an Alkohol. Tendenziell ist im Zeitraum zwischen 2003 und 2024 ein Rückgang des Alkoholkonsums Jugendlicher zu verzeichnen.

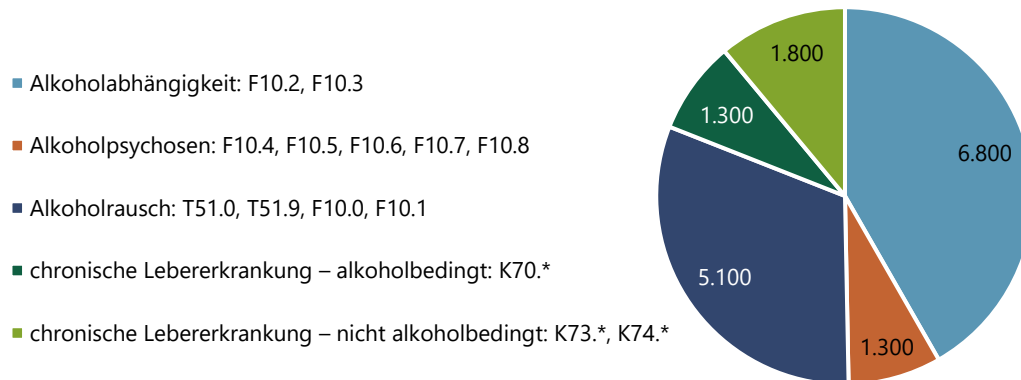
6.4 Morbidität und Mortalität durch exzessiven Alkoholkonsum

Daten zu medizinischen Behandlungen akuter und chronischer Folgen übermäßigen Alkoholkonsums stehen ausschließlich aus dem **stationären Versorgungsbereich** zur Verfügung.

In Summe erhielten im Jahr 2023 geschätzte 16.300 Personen in österreichischen Krankenanstalten eine alkoholassoziierte Hauptdiagnose (vgl. Abbildung 45). Das entspricht, bezogen auf die österreichische Wohnbevölkerung im Alter ab 15 Jahren, einer geschätzten Rate von 208 Personen pro 100.000 Einwohner:innen. Aufgrund des überdurchschnittlichen Schweregrads kommt chronischen Lebererkrankungen und Abhängigkeitsdiagnosen eine besondere Bedeutung zu. Von den 16.300 wegen Alkohol stationär Behandelten (vgl. Abbildung 45) wurden ca. 6.800

Personen wegen einer **Alkoholabhängigkeitserkrankung** behandelt⁴². Rund 3.100 Personen wurden in erster Linie wegen einer chronischen Lebererkrankung stationär behandelt⁴³, wobei explizit alkoholspezifische Lebererkrankungen seltener vorkamen als alkoholunspezifische Lebererkrankungen (bei 1.300 vs. 1.800 Patientinnen und Patienten)⁴⁴. Auf die restlichen Patientinnen und Patienten (5.100 und 1.300) verteilen sich die Diagnosen Alkoholrausch und Alkoholpsychosen.

Abbildung 45: Verteilung von Patientinnen und Patienten mit alkoholassozierten Diagnosen auf unterschiedliche Diagnosecluster, Leistungsjahr 2023



Anmerkung: Analyseeinheit sind Patientinnen und Patienten, Zuteilung zu Diagnoseclustern auf Basis der Hauptdiagnose

* = Platzhalter für alle Ziffern an der vierten Stelle

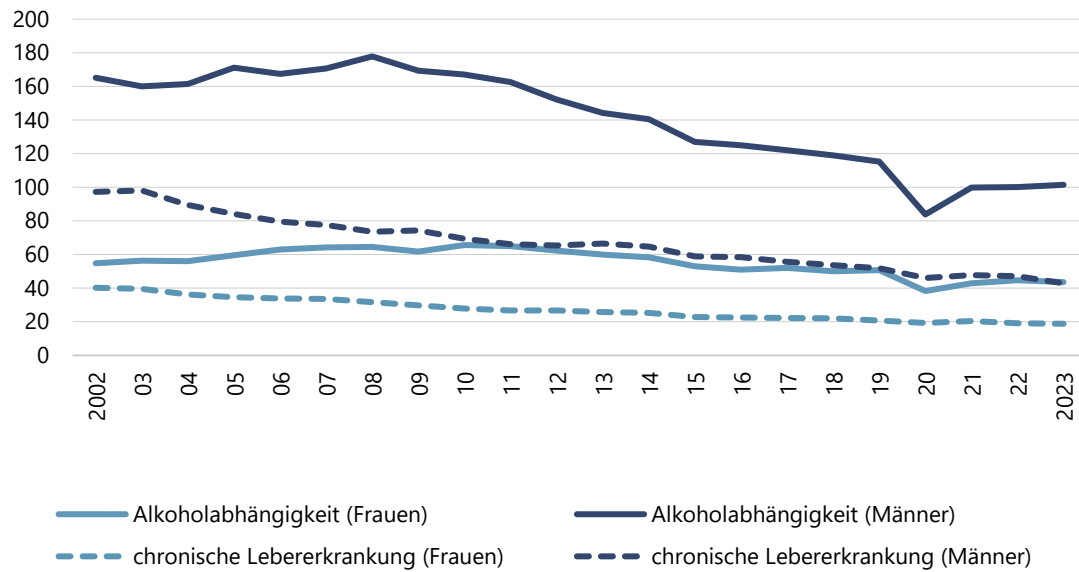
Quellen: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten, Diagnosecluster nach Bachmayer et al. (2025); Darstellung: GÖG/ÖBIG

⁴² Dies entspricht einer Rate von rund 87 Personen pro 100.000 Einwohner:innen (im Alter ab 15 Jahren).

⁴³ Dies entspricht einer Rate von rund 31 Personen pro 100.000 Einwohner:innen (im Alter ab 15 Jahren).

⁴⁴ Da immer wieder Zweifel an der korrekten Codierung geäußert werden und die Diagnostik regionalen und zeitlichen Einflüssen unterworfen ist, werden speziell für Zeitreihen und internationale Vergleiche Leberzirrhosen gesammelt dargestellt. Da es Patientinnen und Patienten gibt, die in einem Kalenderjahr sowohl eine alkoholspezifische als auch eine alkoholunspezifische Lebererkrankung als Hauptdiagnose erhalten, ist die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit jeglicher Lebererkrankung kleiner als die Summe der beiden Subkategorien.

Abbildung 46: Rate der Patientinnen und Patienten mit Alkoholabhängigkeitsdiagnosen und chronischen Lebererkrankungen pro 100.000 Einwohner:innen, 2002–2023



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

Quellen: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten, Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Längerfristig zeigt sich ein deutlicher Rückgang der beiden schwerwiegendsten alkoholassoziierten Erkrankungen (vgl. Abbildung 46): Im Vergleich zu den Werten von 2002 weisen die Behandlungsraten für 2023 einen Rückgang für Abhängigkeitserkrankungen (Männer: -37 %; Frauen: -23 %) und einen noch deutlicheren Rückgang für chronische Lebererkrankungen (Männer: -56 %; Frauen: -52 %)⁴⁵ auf. Infolge von Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie kam es im Jahr 2020 zu einer temporären Schließung von stationären Einrichtungen der Suchtbehandlung, was sich in einem überproportionalen Rückgang der Behandlungsrate im Vergleich zu 2019 niederschlug. Dieser pandemiebedingte Rückgang wurde in den Folgejahren teilweise wieder kompensiert, die Behandlungsraten für Alkoholabhängigkeit und chronische Lebererkrankungen sind jedoch für Männer und für Frauen im Jahr 2023 niedriger als vor der Pandemie. Mangels eines österreichweiten Monitorings können über die Entwicklung der Behandlungsnachfrage im ambulanten Bereich keine Aussagen getroffen werden. Damit ist auch nicht fundiert zu belegen, ob der Rückgang im stationären Versorgungsbereich tatsächlich durch einen sinkenden Versorgungsbedarf infolge veränderter Konsummuster oder aufgrund von Maßnahmen zur Früherkennung bedingt ist oder das Ergebnis einer zunehmenden Verschiebung hin zu ambulanten Behandlungsangeboten ist.

⁴⁵ Der Rückgang zeigt sich dabei sowohl bei alkoholassoziierten Lebererkrankungen (-44 %) als auch bei nicht alkoholassoziierten Lebererkrankungen (-50 %), was dagegenspricht, dass dieser Rückgang bei Lebererkrankungen insgesamt ausschließlich auf nicht alkoholassoziierte Verbesserungen der hepatologischen Versorgung und Präventionsmaßnahmen zurückzuführen ist (zur Argumentation einer gemeinsamen Darstellung aller Lebererkrankungen vgl. Fußnote 44).

Zusammenfassung: Etwa 208 pro 100.000 Personen im Alter ab 15 Jahren wurden im Jahr 2023 wegen einer alkoholassoziierten Hauptdiagnose stationär behandelt. Diese Rate ist im Zeitverlauf rückläufig.

Unter den **explizit mit Alkoholkonsum in Verbindung**⁴⁶ stehenden Todesursachen nehmen „Alkoholische Lebererkrankungen“ (K70) und „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2, F10.3) mengenmäßig die zentrale Rolle ein. Im Jahr 2023 wurde bei 688 Verstorbenen die Diagnose K70 gestellt und bei 552 Verstorbenen die Diagnose F10.2 bzw. F10.3 (bei rund 89.800 Verstorbenen insgesamt). Ebenso eindeutig auf Alkoholkonsum zurückgeführt werden die – allerdings zahlenmäßig deutlich seltener kodierten – Diagnosen „Alkoholpsychose“ (F10.4, F10.5, F10.7) und „Alkoholmissbrauch“ (F10.0, F10.1).

Schwieriger gestaltet sich der Fall bei Erkrankungen, bei denen **eine begünstigende Rolle des Alkohols** angenommen wird. Dies ist jedoch nicht explizit aus der Todesursachenstatistik ablesbar, da entweder keine eindeutigen Indizien für eine Alkoholverursachung vorlagen oder diese nicht kodiert wurden. Dies betrifft in erster Linie Personen, die an einer sonstigen „Fibrose und Zirrhose der Leber“ (K74) verstorben sind (720 Personen im Jahr 2023), und in einem geringeren Ausmaß Erkrankungen des Verdauungstrakts wie Pankreatitis und sonstige Krankheiten des Pankreas (K85x, K86x), Gastritis und Duodenitis (K29x) oder Ösophagusvarizen (I85; in Summe 200 Verstorbene im Jahr 2023). Auch bei Suiziden (X60–X84) wird, vermittelt über psychiatrische Erkrankungen wie z. B. Depression, eine begünstigende Rolle von Alkohol vermutet (1.306 Verstorbene im Jahr 2023). Verlässliche Zahlen in Hinblick auf den Anteil der Todesfälle, die in diesem Bereich in Verbindung mit einem exzessiven Alkoholkonsum stehen, existieren nicht.

In Summe wurden somit 1,5⁴⁷ Prozent aller gerundet 89.800 Todesfälle in Österreich im Jahr 2023 explizit auf alkoholassoziierte Krankheiten zurückgeführt (vgl. Tabelle 7). Da ein unbekannter Anteil an alkoholassoziierten Lebererkrankungen fälschlicherweise als nicht alkoholassoziiert erfasst wird und übermäßiger Alkoholkonsum auch andere psychische und physische Erkrankungen⁴⁸ begünstigt oder auch zu Suizid beitragen kann, ohne dass dies in einer Todesursachenstatistik erfasst werden kann, stellt diese Zahl auf jeden Fall die Untergrenze für eine Schätzung dar.

⁴⁶ Bei den Todesursachen kann zwischen jenen unterschieden werden, bei denen die begünstigende Wirkung von Alkohol auf den Krankheitsverlauf explizit genannt wird, und solchen, bei denen lediglich eine begünstigende Wirkung vermutet wird, ohne dass dieser Zusammenhang explizit in den Diagnosecodes aufscheint. Die Trennung zwischen Personen, die direkt, und Personen, die indirekt alkoholbedingt frühzeitig versterben, wird zusätzlich dadurch erschwert, dass bei Hinweisen auf Alkoholabhängigkeit oder eine alkoholbedingte Folgeerkrankung (z. B. Leberzirrhose) sowie bei einer akuten Alkoholvergiftung die Diagnosecodes „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2) oder entsprechende alkoholbedingte Folgeerkrankungen (z. B. K70) gewählt werden. Akute Alkoholvergiftungen ohne Hinweis auf Alkoholabhängigkeit oder eine alkoholbedingte Folgeerkrankung sind jedenfalls verhältnismäßig selten (Diagnosecodes F10.1, T51.0, T51.9 nach ICD-10).

⁴⁷ 1,5 Prozent ergeben sich durch die Addition der ersten vier Werte der Spalte „Gesamt (absolut)“ aus Tabelle 7 dividiert durch die Gesamtzahl der Verstorbenen des Jahres: $(32 + 688 + 552 + 97) / 89.760 = 1,5$ Prozent. Würde man analog zur Darstellung in Abbildung 48 auch nicht alkoholassoziierte Lebererkrankungen (K74x) und Erkrankungen des Verdauungstrakts mitzählen, würde sich dieser Anteil auf 2,6 Prozent erhöhen. Eine ausführliche Beschreibung der Schwierigkeit in der Interpretation von alkoholassoziierten und nicht alkoholassoziierten Lebererkrankungen findet sich im Handbuch Alkohol Österreich (Bachmayer et al. 2025).

⁴⁸ Die in Tabelle 7 dargestellten Erkrankungen der Leber und des Verdauungstrakts stellen eine Auswahl dar.

Tabelle 7: Explizit in Zusammenhang mit Alkohol stehende vs. durch exzessiven Alkoholkonsum begünstigte Todesursachen nach Geschlecht, 2023

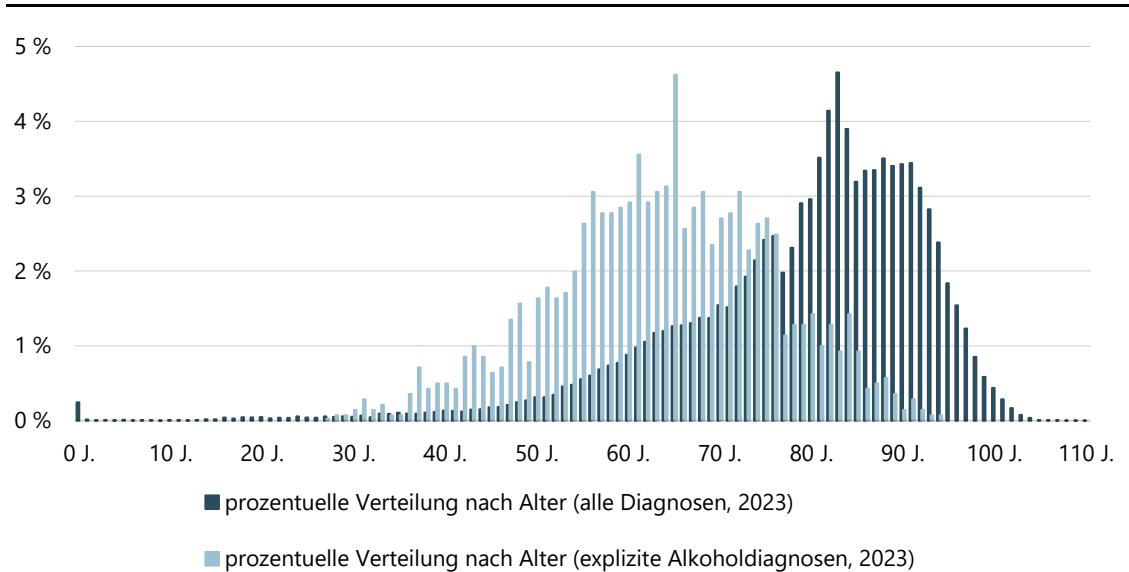
	Gesamt (absolut)	Gesamt (pro 10.000 Verstor- bene)	Männer (absolut)	Männer (pro 10.000 Verstor- bene)	Frauen (absolut)	Frauen (pro 10.000 Verstor- bene)
explizit in Zusammenhang mit Alkohol stehende Todesursachen						
Toxische Wirkung / Al- koholmissbrauch (F10.1, T51.0, T51.9)	32	7	23	5	9	2
Alkoholische Lebererkrankung (K70x)	688	152	508	113	180	40
Alkoholabhängigkeit (F10.2, F10.3)	552	122	436	97	116	26
Alkoholpsychose (F10.4, F10.6, F10.7, F10.9)	97	21	72	16	25	6
durch exzessiven Alkoholkonsum begünstigte Todesursachen						
Fibrose und Zirrhose der Leber (K74x)	720	160	497	110	223	50
Pankreatitis und sonstige Krankheiten des Pan- kreas (K85x, K86x)	158	35	109	24	49	11
Gastritis und Duodenitis (K29x)	25	6	9	2	16	4
Ösophagusvarizen (I85)	17	4	15	3	2	0
Suizid (X60–84)	1.306	289	1.017	225	289	65
Verstorbene (alle Todesursachen)	89.760		45.120		44.640	

Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik, Auswahl der Diagnosecluster nach Bachmayer et al. (2025);
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Eindeutig zeigt sich hier ein klarer Geschlechterunterschied: Männer versterben etwa drei- bis viermal so häufig an mit Alkohol in Verbindung stehenden Todesursachen wie Frauen (vgl. Tabelle 7).

Ein weiteres gesichertes und nicht zu vernachlässigendes Merkmal von Personen, die aufgrund einer mit exzessivem Alkoholkonsum in Verbindung gesetzten Todesursache sterben, liegt darin, dass diese Personen deutlich früher sterben als andere. Die Altersverteilung in Abbildung 47 zeigt sehr deutlich, dass die prozentuelle Verteilung nach Alter bei explizit alkoholbedingten Todesursachen zusammengefasst deutlich weiter nach links verschoben ist als die prozentuelle Verteilung aller Todesursachen.

Abbildung 47: Anteil der Verstorbenen nach Alter zum Todeszeitpunkt bei alkoholassozierten vs. bei allen Todesursachen, 2023



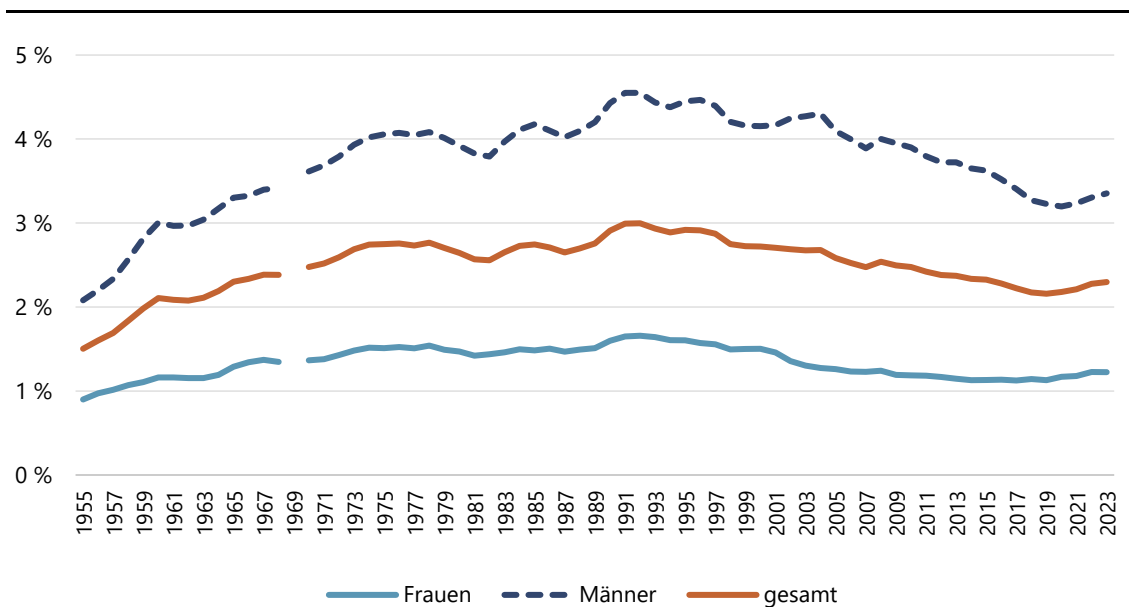
Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Zeitverlauf in Abbildung 48 zeigt sich, dass alkoholassozierte Todesursachen⁴⁹ seit den 1990er-Jahren sowohl bei Männern als auch bei Frauen tendenziell rückläufig sind. Somit tritt diese Entwicklung etwa 20 Jahre später zutage als im Falle des Pro-Kopf-Konsums, der in den 1970er-Jahren seinen Höhepunkt erreicht hat (vgl. Abbildung 42). Als eine mögliche Erklärung für diese Verschiebung könnte die Latenzzeit schwerwiegender Alkoholkrankungen (z. B. Lebererkrankungen oder Alkoholabhängigkeit) dienen⁵⁰. Auch die leicht rückläufigen Anteile des problematischen Alkoholkonsums sowie der stationären Behandlung von alkoholassozierten Erkrankungen stehen in Einklang mit diesem Ergebnis.

⁴⁹ Aus den in Fußnote 44 genannten Gründen werden in der grafischen Darstellung des Zeitverlaufs sowohl alkoholspezifische als auch alkoholunspezifische Lebererkrankungen inkludiert.

⁵⁰ Diese Hypothese lässt sich mittels Daten auf Populationsebene nicht überprüfen, da auch bei einem Rückgang des durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsums das Risiko für z. B. Leberzirrhosen in einer Population ansteigen kann (wenn etwa die wenigen Extremkonsumentinnen bzw. -konsumenten noch mehr trinken und die vielen moderaten Konsumentinnen und Konsumenten nichts mehr trinken). Sollte die den Zusammenhang zwischen Pro-Kopf-Konsum und Alkoholfolgeerkrankungen betreffende Hypothese stimmen, wäre für die nächsten Jahre eine weitere Abnahme von Alkoholfolgeerkrankungen zu erwarten.

Abbildung 48: Alkoholassoziierte Todesfälle in Prozent aller Verstorbenen nach Geschlecht, 1955–2023



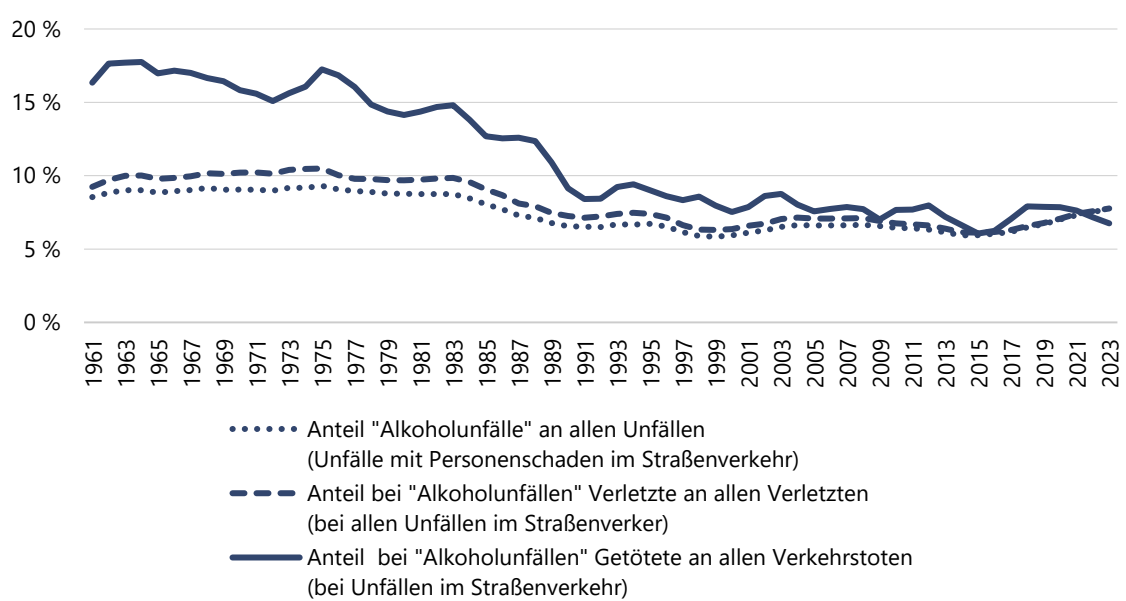
Anmerkung: Darstellung in geglätteten Mittelwerten über 3 Jahre; berücksichtigt wurden die Diagnosecodes für „Alkoholabhängigkeit“ (ICD-10: F10.2, F10.3), „Alkoholpsychose“ (ICD-10: F10.4, F10.5–F10.7), „Alkoholmissbrauch“ (ICD-10: F10.0, F10.1), „Chronische Lebererkrankungen“ (ICD-10: K70.*, K73.*, K74.*; * = Platzhalter für alle Ziffern an der vierten Stelle), „Alkoholvergiftung“ (ICD-10: T51.0, T51.9). Aufgrund der Umstellung von ADS auf ICD-8 liegen für das Jahr 1969 keine elektronisch erfassten Zahlen vor. Im Gegensatz zur Darstellung in Tabelle 7 werden hier sämtliche Lebererkrankungen mitgezählt, was aufgrund des unklaren und variablen Ausmaßes an Fehlcodierungen insbesondere bei längeren Zeitreihen sowie bei internationalen Vergleichen anzuraten ist (Bachmayer et al. 2025).

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

Besonders positiv zu beurteilen ist die Entwicklung der negativen Folgen des Alkoholkonsums im Straßenverkehr. Die Anzahl an Unfällen, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses ist seit den 1970er-Jahren deutlich rückläufig. Wurden im Jahr 1971 noch 4.828 alkoholassoziierte Straßenverkehrsunfälle, 7.522 Alkoholverletzte und 420 Alkoholtote verzeichnet, gab es im Jahr 2023 trotz der dreifachen Anzahl an zugelassenen Kraftfahrzeugen nur noch 2.676 alkoholassoziierte Straßenverkehrsunfälle, 3.303 Alkoholverletzte und 26 Alkoholtote im Straßenverkehr. Auch der relative Anteil der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses im Straßenverkehr hat im Zeitverlauf deutlich abgenommen (vgl. Abbildung 49) und lag im Jahr 2023 zwischen 6 und 7 Prozent der jeweiligen Gesamtzahlen (1970er-Jahre: zwischen 9 und 17 %)⁵¹.

⁵¹ Anteil „Alkoholunfälle“ an allen Unfällen mit Personenschaden = 7,5 %, Anteil „Alkoholverletzte“ an allen Verletzten = 7,4 %, Anteil „Alkoholtote“ an allen Toten = 6,5 %

Abbildung 49: Anteil der Unfälle, Verletzten und Toten infolge Alkoholeinflusses an allen Unfällen, Verletzten und Toten im Straßenverkehr, 1961–2023



Anmerkungen: gemittelte Drei-Jahres-Werte (aktuellstes Jahr nicht gemittelt).

Aufgrund einer Umstellung der Datenerhebung im Jahr 2012 sind direkte Vergleiche mit den Jahren davor nicht zulässig.

Als „Verkehrstote“ gelten Personen, die innerhalb einer 30-Tage-Frist an den Folgen eines Verkehrsunfalls sterben. Zwischen 1966 und 1991 wurde diese Frist auf 3 Tage reduziert. Um eine Vergleichbarkeit über den gesamten Zeitraum zu gewährleisten, einigten sich die Zuständigen darauf, die Werte der Jahre 1966 bis 1991 durch eine Multiplikation mit 1,12 approximativ auf die 30-Tage-Basis hochzurechnen. Die Grafik basiert auf entsprechend hochgerechneten Zahlen für diesen Zeitraum.

Quellen: Statistik Austria – Statistik der Straßenverkehrsunfälle, Datenbasis übernommen aus Bachmayer et al. (2025); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Alkoholassoziierte Todesfälle sind seit den 1990er-Jahren rückläufig. Im Jahr 2023 wurden 1,5 Prozent aller Todesfälle explizit mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht. Die tatsächliche Anzahl der Todesfälle, bei denen exzessiver Alkoholkonsum eine wesentliche Rolle gespielt hat, wird jedoch höher liegen. Männer sterben etwa drei- bis viermal so häufig an alkoholassoziierten Todesursachen wie Frauen. Unabhängig vom Geschlecht erfolgt der Tod von Personen mit alkoholassoziierten Todesursachen deutlich früher als bei anderen Personen. Die Bedeutung von Alkohol bei Straßenverkehrsunfällen ist seit den 1970er-Jahren rückläufig.

7 Tabak-, verwandte und sonstige Nikotinerzeugnisse

Die „klassischen“ Tabakerzeugnisse wie Zigaretten, Pfeifen, Zigarren oder auch Kautabak sind mittlerweile nur noch Teil einer breiten Palette von Tabak-, verwandten und sonstigen Nikotinerzeugnissen.⁵² Die Erfassung und Darstellung wissenschaftlicher Daten sowie deren Vergleich im Zeitverlauf sind allein schon durch die vielfältigen und sich laufend ändernden Produktvarianten und Nutzungsarten herausfordernd; unterschiedliche gesetzliche Regelungen machen die Erhebung und Auswertung von Daten nicht einfacher. Für viele neue Erzeugnisse muss eine belastbare Datenbasis erst geschaffen werden. Je nachdem, wie die Produkte konsumiert werden (inhalieren, Aufnahme über die Mund- oder Nasenschleimhaut) bzw. ob sie Tabak oder Nikotin enthalten oder nicht, sind auch die gesundheitlichen Folgen unterschiedlich. Aufgrund der Datenlage bezüglich Prävalenz sowie Folgeerkrankungen und Sterblichkeit liegt der Fokus dieses Kapitels derzeit noch auf dem Tabakrauchen (meist in Form von konventionellen Zigaretten). Soweit bereits valide Daten vorhanden sind, werden jedoch neben **Rauchwaren** (konventionelle Zigaretten, Zigarren und Pfeifen sowie Wasserpfeifen und Shishas) auch **elektronische Inhalationsprodukte** ([Einweg-]E-Zigaretten, Tabakerhitzer, E-Shishas, E-Pfeifen) sowie **Nikotinbeutel** – stellvertretend für rauchfreie Nikotin- und Tabakerzeugnisse (zu diesen zählen u. a. Schnupftabak, Kautabak, Snus) – herangezogen. Eine detaillierte Übersicht zu den unterschiedlichen Produkten, zu Oberkategorien, Tabak als Inhaltsstoff, zur Konsumform sowie zu gesetzlichen Regelungen findet sich im Bericht „Tabak- und Nikotinkonsum. Zahlen und Fakten 2024“ (Schmutterer et al. 2025) sowie im Factsheet „Neue Nikotinerzeugnisse in Österreich“ (Schmutterer et al. 2023).

Die ersten beiden Kapitel sind dem Konsumverhalten von Kindern und Jugendlichen (vgl. Kapitel 7.1) sowie dem der erwachsenen Bevölkerung (vgl. Kapitel 7.2) gewidmet. Der Konsum von Rauchwaren verursacht zahlreiche Krankheiten und gilt deshalb als eines der bedeutendsten vermeidbaren Gesundheitsrisiken (RKI 2008; WHO 2015). Zu seinen Spätfolgen zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, Atemwegserkrankungen wie z. B. COPD, chronische Bronchitis oder Asthma und bösartige Neubildungen wie Lungenkrebs, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs u. a. (Singer et al. 2011). Eine detaillierte Darstellung der tabakassoziierten Mortalität findet sich in Kapitel 7.3. Eine diesbezüglich wichtige Präventionsmaßnahme ist die Unterstützung bei der Raucherentwöhnung. Aus diesem Grund widmet sich Kapitel 7.4 jenen Raucherinnen und Rauchern, die den Wunsch haben, mit dem Rauchen aufzuhören oder zumindest ihren Zigarettenkonsum zu reduzieren. Diese stellen die ideale Zielgruppe für Rauchausstiegsunterstützungen dar. Da auch Passivrauchen Auswirkungen auf Morbidität und Mortalität haben kann, wird dieses in Kapitel 7.5 thematisiert.

⁵² Tabakerzeugnisse sind Erzeugnisse, die ganz oder teilweise aus Tabak bestehen. Verwandte Erzeugnisse sind neuartige Tabakerzeugnisse, pflanzliche Raucherzeugnisse und E-Zigaretten und deren Liquids, neue/sonstige Nikotinerzeugnisse (z. B. Nikotinbeutel) sind weder Tabakerzeugnisse noch verwandte Erzeugnisse.

7.1 Das Konsumverhalten von Kindern und Jugendlichen

Als Datengrundlagen für das Konsumverhalten von Kindern und Jugendlichen werden die österreichweite HBSC-Studie und die ESPAD-Erhebung herangezogen⁵³. Die ESPAD-Studie fokussiert auf Alkohol und andere Drogen, die HBSC-Studie ist eine allgemeine Gesundheitsstudie (vgl. Kapitel Methoden und Datenquellen). Aus internationalen Studien ist bekannt, dass die Angaben zum Konsum in suchtspezifischen Studien grundsätzlich höher sind als in allgemeinen Gesundheitsstudien. Die Ergebnisse sind daher nur sehr bedingt vergleichbar. Dargestellt werden die 15-jährigen⁵⁴ Schüler:innen, da diese Altersgruppe in beiden Erhebungen befragt wurde.

Aktuell (HBSC 2022, ESPAD 2024) rauchen zwischen 4 und 6 Prozent der 15-Jährigen täglich Zigaretten. Bereits erste Erfahrungen mit dem Rauchen von Zigaretten hat rund ein Drittel der Schüler:innen gemacht (HBSC 2022: 30 %, ESPAD 2024: 38 %) (Felder-Puig et al. 2023b; Strizek et al. 2025). In beiden Erhebungsreihen zeigt sich im Zeitvergleich ein eindeutiger Rückgang in der Rauchprävalenz von Kindern und Jugendlichen in Österreich (vgl. Abbildung 50).

Schüler:innen aus Berufsschulen und Polytechnischen Schulen berichten häufiger von Tabakkonsum als solche anderer Schulformen⁵⁵. Kaum Unterschiede zeigen sich hingegen zwischen Mädchen und Burschen beim Anteil der täglich Rauchenden (Felder-Puig et al. 2023b; Strizek et al. 2025).

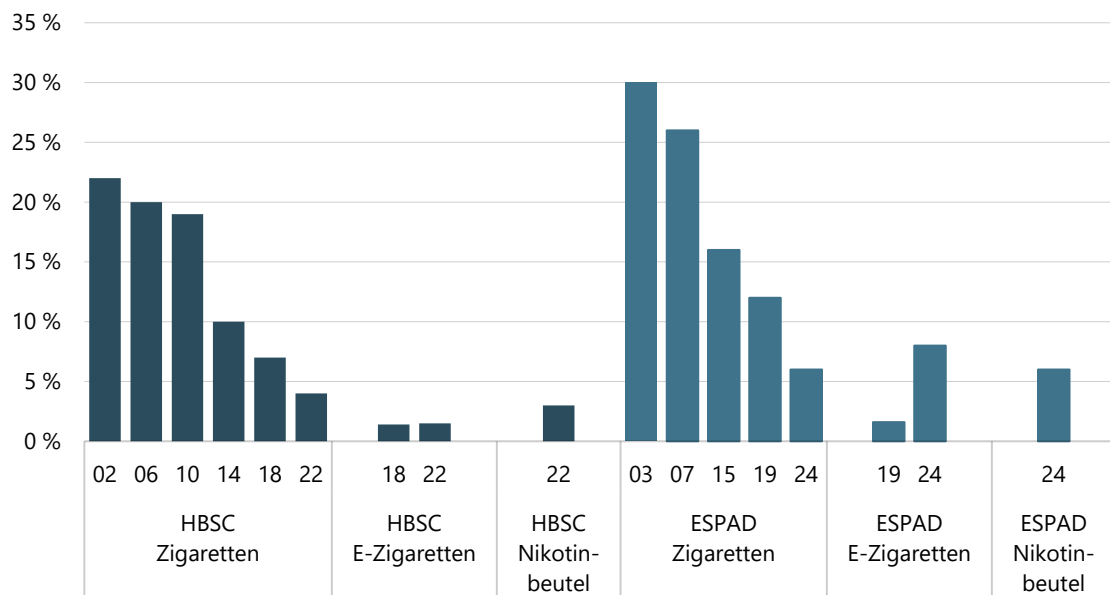
Der tägliche Konsum von **E-Zigaretten** ist mit 8 Prozent höher als der tägliche Konsum von Zigaretten (ESPAD 2024) (vgl. Abbildung 50). Sie werden häufiger von Mädchen als von Buben konsumiert (ESPAD 2024: Mädchen: 10,7 % vs. Buben: 5,7 %) (vgl. Strizek et al. 2025)

⁵³ Bei der **HBSC-Studie** (Health Behaviour in School-aged Children Study) handelt es sich um die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie, in der selbstberichtete Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern im Alter von 11, 13, 15 und (seit 2010) 17 Jahren erfragt wird. Die Gesamtstichprobe in Österreich umfasste im Jahr 2022 rund 7.100, 2018 rund 7.500, im Jahr 2014 rund 6.000, im Jahr 2010 rund 6.500, im Jahr 2006 rund 4.000 und im Jahr 2002 rund 4.500 Schüler:innen. Bei der **ESPAD-Studie** (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) handelt es sich um die weltweit größte Schülerbefragung zum Konsum legaler sowie illegaler psychoaktiver Substanzen. In Österreich werden jeweils Schüler:innen der 9. und 10. Schulstufe befragt. Im Jahr 2024 wurden rund 8.000, 2019 rund 10.000, 2015 rund 8.000, 2007 rund 6.000 und im Jahr 2003 rund 5.000 Schüler:innen in Österreich befragt.

⁵⁴ Stellvertretend für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen wird hier das bei Befragungen angegebene Verhalten von 15-Jährigen berichtet. Diese wurden ausgewählt, da sie sowohl bei der HBSC- als auch bei der ESPAD-Erhebung befragt werden und somit die Ergebnisse der beiden Erhebungsreihen eher vergleichbar sind.

⁵⁵ So zeigt die österreichische Lehrlingsbefragung von 2022, dass 18 Prozent der Lehrlinge täglich Zigaretten rauchen (Felder-Puig et al. 2023a).

Abbildung 50: Anteil des täglichen Konsums nikotinhaltiger Erzeugnisse bei 15-Jährigen, 2002–2024



Anmerkungen: Die Kategorie „Nikotinbeutel“ beinhaltet hier auch Snus sowie Kautabak. **HBSC:** „E-Zigaretten“ (inkl. E-Shishas); „Zigaretten“ = „Rauchen von Tabak“ (bis 2014)/„Rauchen von Zigaretten“ (ab 2018). **ESPAD:** „Zigaretten“ = „Rauchen von Zigaretten“;

Quellen: Dür et al. (2007); Felder-Puig et al. (2019); Felder-Puig et al. (2023b); Ramelow et al. (2011); Ramelow et al. (2015); Strizek et al. (2008a); Strizek et al. (2016c); Strizek et al. (2025); Uhl et al. (2005b); ESPAD 2015; HBSC 2018; ESPAD 2019; HBSC 2022; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Nikotinbeutel⁵⁶ werden von 6 Prozent der 15-Jährigen täglich konsumiert (ESPAD 2024), von Buben häufiger als von Mädchen⁵⁷ (Buben: 8,4 %, Mädchen: 3,6 %) (Felder-Puig et al. 2023b; Schmutterer 2019a; Strizek et al. 2019). 16 Prozent haben im letzten Monat Nikotinbeutel konsumiert.

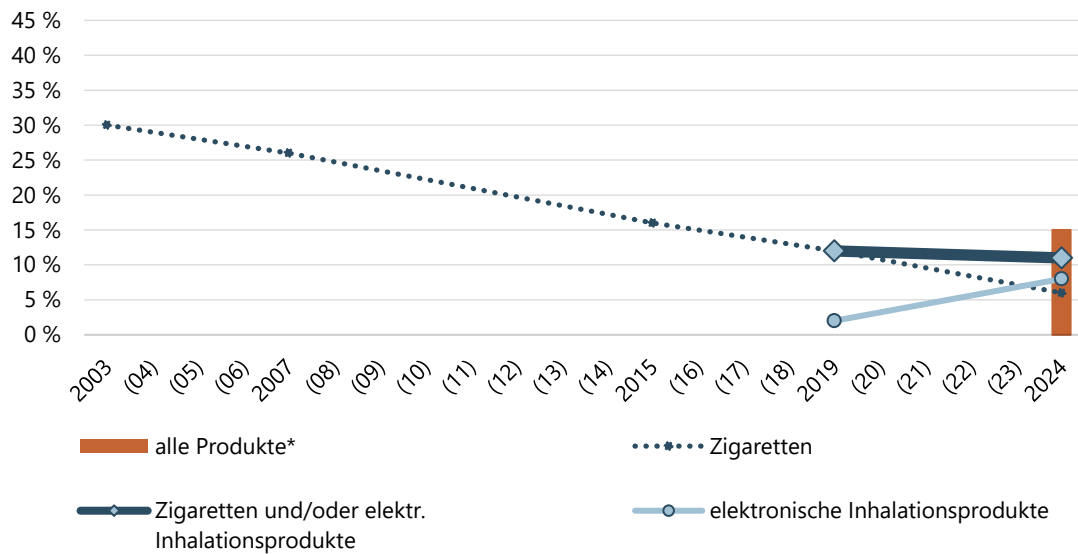
Täglich ein nikotinhaltiges Produkt (unabhängig von der Konsumform) konsumieren laut HBSC 2022 8 Prozent und laut ESPAD 2024 15 Prozent der 15-Jährigen (Felder-Puig et al. 2023b; Strizek et al. 2025).

Der tägliche Konsum von elektronischen Inhalationsprodukten ist seit 2019 stark angestiegen: von 2 Prozent 2019 auf 8 Prozent 2024. Der tägliche Konsum von Zigaretten ist von 2019 bis 2024 weiter gesunken. Fasst man den täglichen Konsum von Zigaretten und/oder elektronischen Inhalationsprodukten zusammen, ist der Konsum im selben Zeitraum in etwa gleich hoch geblieben. Zählt man auch Nikotinbeutel dazu, zeigt sich ein Anstieg (vgl. Abbildung 51).

⁵⁶ Hier wurden Nikotinbeutel, Snus und Kautabak zur Kategorie Nikotinbeutel zusammengefasst. Dies erfolgte aufgrund von Zweifeln an der Fähigkeit der Befragungsteilnehmer:innen, korrekt zwischen diesen drei Produkten zu unterscheiden.

⁵⁷ weitere Details zum Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen siehe Schmutterer (2019a)

Abbildung 51: Veränderung des täglichen Konsums von Zigaretten, elektronischen Inhalationsprodukten und Nikotinerzeugnissen gesamt bei 15-Jährigen in Prozent, 2003–2024



Anmerkung: * Zigaretten, elektronische Inhalationsprodukte (E-Zigaretten und seit 2024 Tabakerhitzer) sowie Nikotinbeutel und Wasserpfeifen

Quelle: ESPAD; Berechnung und Darstellung: GÖG

Zusammenfassung: Die Rauchprävalenz bei Kindern und Jugendlichen ist seit dem Jahr 2002 um mehr als zwei Drittel zurückgegangen. Das Dampfen von E-Zigaretten sowie der Konsum von Nikotinbeuteln sind mittlerweile gleich weit oder sogar weiter verbreitet als der tägliche Konsum von Zigaretten. Fasst man alle nikotinhaltigen Produkte zusammen, so zeigt sich seit 2019 ein Anstieg des täglichen Konsums.

7.2 Konsumverhalten der erwachsenen Bevölkerung

Zur Beschreibung des Konsumverhaltens der erwachsenen Bevölkerung (Personen ab 15 Jahren) werden die Österreichische Gesundheitsbefragung⁵⁸ (ATHIS – Austrian Health Interview Survey) bzw. die Erhebungsreihe „Befragung zum Substanzgebrauch“ (GPS – General Population Survey)⁵⁹ herangezogen (vgl. Kapitel Methoden und Datenquellen).

⁵⁸ Bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS – Austrian Health Interview Survey) wurden rund 15.000 Personen in Privathaushalten ab 15 Jahren zu ihrem Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten befragt.

⁵⁹ Bei der österreichischen „Befragung zum Substanzgebrauch“ (2004, 2008, 2015, 2020 und 2022) handelt es sich um eine repräsentative Bevölkerungserhebung unter Personen in Privathaushalten ab 15 Jahren; es wurden dabei in den Jahren 2004, 2008 und 2014 jeweils rund 4.000, im Jahr 2020 rund 6.000 und im Jahr 2022 rund 6.700 Personen befragt.

7.2.1 Langfristige Entwicklungen

Laut den beiden aktuellsten Befragungen (Befragung zum Substanzgebrauch 2022 bzw. ATHIS 2019) rauchen rund 20 Prozent der Erwachsenen in Österreich täglich (Klimont 2020; Strizek et al. 2023).⁶⁰ Der tägliche Konsum ist im Zeitverlauf betrachtet tendenziell rückläufig⁶¹ (vgl. Abbildung 52).

Männer und Frauen gleichen sich in ihrem Rauchverhalten im Verlauf der Jahrzehnte an (vgl. Abbildung 52). Frauen rauchen allerdings nach wie vor etwas seltener und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Männer, sie beginnen jedoch schon früher mit dem Rauchen. Beim Vergleich der Raucherquoten nach Geschlecht (vgl. Abbildung 52) sind Kohorteneffekte zu beobachten, d. h., dass auf Generationen mit großen Unterschieden im Rauchverhalten nach Geschlecht, zumindest seit Beginn des 20. Jahrhunderts, Generationen mit immer geringeren Unterschieden folgen (Mikrozensus 1979, 1986, 1997, ATHIS 2006/2007, 2014 und 2019)⁶².

Verkaufszahlen (in Österreich versteuerte Zigaretten) und Dunkelzifferschätzungen (Schätzung der nicht in Österreich versteuerten Zigaretten) ergeben für das Jahr 2024 einen Zigarettenkonsum von 3,9 bis 4,4 Stück pro Kopf und Tag⁶³. Bei den Verkaufszahlen und auch bei der geschätzten Dunkelziffer zeigt sich ein leichter Rückgang im Vergleich zum Vorjahr. Im längerfristigen Trend zeigt sich ebenfalls sowohl bei den Verkaufszahlen als auch bei den Dunkelzifferschätzungen ein leichter Rückgang, etwas deutlicher seit 2010 (vgl. Abbildung 53)⁶⁴.

Auch laut Großhändlern ist die Anzahl der Zigaretten seit Jahren rückläufig (von über 13 Milliarden Stück 2010 auf rund 11 Milliarden Stück 2024), eine kurze Ausnahme zeigte sich in den Pandemie Jahren 2019 und 2020, in denen ein Anstieg beobachtet wurde. Dies ist vermutlich auf eine Reduktion der Reisetätigkeit und der damit verbundenen Zigarettenkäufe im Ausland zurückzuführen. Ein anderer Trend zeigt sich hingegen bei Tabakerzeugnissen zum Erhitzen: Hier stiegen die Verkaufszahlen und Umsätze von 2020 auf 2024 um mehr als das 10-Fache (vgl. TABAK 3 im Annex).

⁶⁰ Abwasseranalysen in Bezug auf Nikotin kommen laut einer Erhebung von 2024 auf rund 23,4 Prozent Raucher:innen bzw. Nikotin Konsumierende (Oberacher et al. 2024; Oberacher 2025).

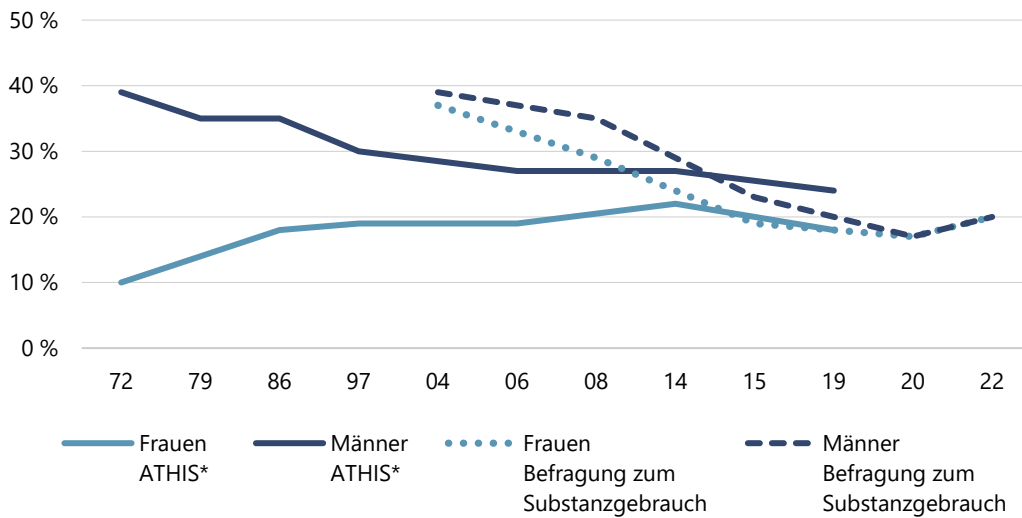
⁶¹ Betrachtet man die Ergebnisse der Erhebungsreihe „Befragung zum Substanzgebrauch“ (2004, 2008, 2015, 2020 und 2022), so zeigt das aktuelle Ergebnis (Veränderung von 2020 auf 2022) nach einem jahrelangen Rückgang einen Anstieg im Tabakkonsum. Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragungen von Statistik Austria (ATHIS 2006/2007, 2014 und 2019) dokumentieren gleichbleibende Werte bis 2014 mit einem anschließenden Rückgang bis 2019. Eine Übersicht über Ergebnisse verschiedener österreichweiter Erhebungen der Rauchprävalenz ist im Annex unter TABAK 1 und TABAK 2 zu finden.

⁶² zu Unterschieden im Rauchverhalten von Männern und Frauen siehe auch Schmutterer (2019b)

⁶³ Umgerechnet entspricht das 1.430 Zigaretten pro Person (ab 15 Jahren) pro Jahr (in Österreich versteuerte Zigaretten) bzw. 1.619 Zigaretten pro Person (ab 15 Jahren) pro Jahr (in Österreich versteuerte Zigaretten plus Dunkelzifferschätzung nicht bzw. nicht in Österreich versteuerter Zigaretten).

⁶⁴ Die aktuellen Verkaufszahlen resultieren aus Angaben zu in Österreich versteuerten Zigaretten. Die Dunkelzifferschätzungen des Anteils nicht bzw. nicht in Österreich versteuerter Zigaretten sind sogenannten Zigarettenpackungsstudien entnommen, für die weggeworfene Zigarettenpackungen in ganz Österreich systematisch gesammelt werden.

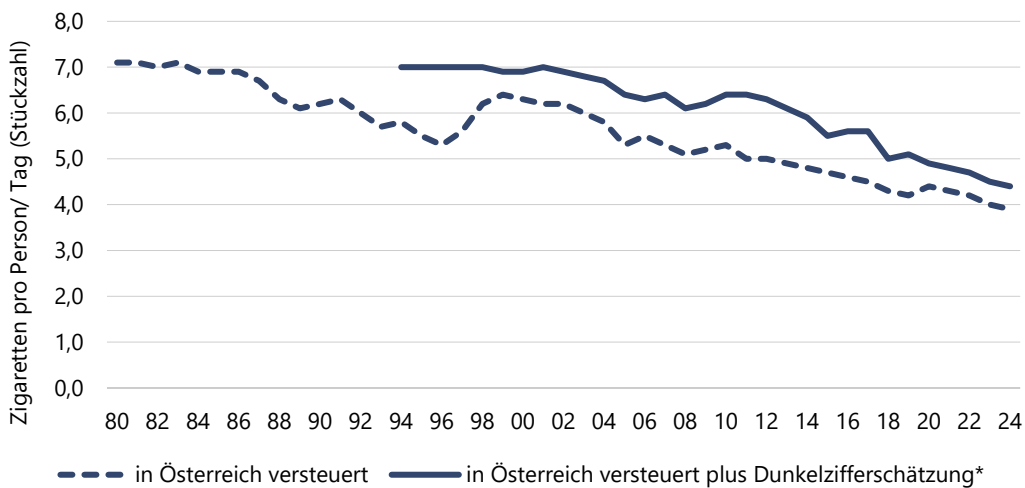
Abbildung 52: Anteil der täglich Rauchenden an der Bevölkerung ab 15 Jahren, 1972–2022



Anmerkung: Die Ergebnisse nach Geschlecht sind in den Jahren 2020 und 2022 jeweils gleich. * Vor der ATHIS-Erhebung (ab 2006) wurden die Daten im Rahmen des Mikrozensus erhoben (bis 1986 beziehen sie sich auf Personen ab 16 Jahren). Die Antwortkategorien „fast täglich“ und „täglich“ (Befragung zum Substanzgebrauch) werden hier zusammengefasst dargestellt.

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

Abbildung 53: Durchschnittlicher täglicher Konsum von Zigaretten in der Bevölkerung, 1980–2024



Anmerkung: Zur Berechnung wurde die jährliche Wohnbevölkerung im Jahresdurchschnitt (vgl. Definition Statistik Austria) herangezogen. *nicht bzw. nicht in Österreich versteuertes Zigaretten.

Quellen: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes; Austria Tabak (2004); BMF (2025); JTI Austria (2025); TÜV Austria CERT (2012); Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

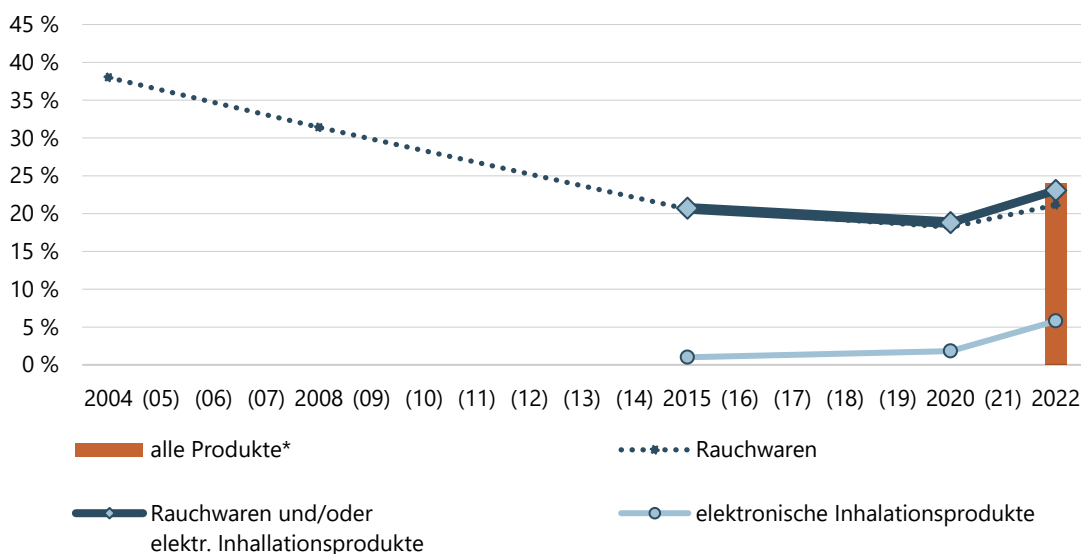
Zusammenfassung: Sowohl Befragungsdaten als auch die Umsatz- bzw. Verkaufszahlen deuten auf einen leichten Rückgang des Zigarettenkonsums in Österreich hin. Männer und Frauen gleichen sich in ihrem Rauchverhalten im Verlauf der Jahrzehnte an. Junge Männer begannen seltener als zuvor und junge Frauen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

7.2.2 Aktuelle Entwicklungen

Neben dem täglichen Zigarettenkonsum ist auch der tägliche Konsum anderer nikotinhaltiger Erzeugnisse für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung von Relevanz.

Elektronische Inhalationsprodukte (E-Zigaretten, E-Shishas, E-Pfeifen und Tabakerhitzer) werden von rund **6 Prozent** der Befragten **täglich oder fast täglich** konsumiert. 11 Prozent haben elektronische Inhalationsprodukte im letzten Monat konsumiert. Im Unterschied zum Zigarettenkonsum und zum Konsum von Nikotinbeutel zeigen sich bei den elektronischen Inhalationsprodukten keine nennenswerten Geschlechterunterschiede. Wie beim Zigarettenkonsum zeigt sich auch bei elektronischen Inhalationsprodukten, dass Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss wesentlich häufiger betroffen sind (Befragung zum Substanzgebrauch 2022; Strizek et al. 2023).

Abbildung 54: Veränderung des (fast) täglichen Konsums von Rauchwaren, elektronischen Inhalationsprodukten und rauchfreien Nikotinerzeugnissen in Prozent, 2004–2022



Anmerkung: * rauchfreie Nikotinerzeugnisse (Nikotinbeutel, Kautabak, Schnupftabak und Snus), Rauchwaren (Zigaretten, Zigarren und Pfeifen) und elektronische Inhalationsprodukte (E-Zigaretten, E-Shishas, E-Pfeifen und seit 2020 auch Tabakerhitzer)

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

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

Abbildung 54). Daher ist es sinnvoll, die Entwicklung des Zigarettenkonsums und den Konsumtrend bei elektronischen Inhalationsprodukten gemeinsam zu betrachten. 23 Prozent der Österreicher:innen konsumieren täglich Rauchwaren oder elektronische Inhalationsprodukte. 24 Prozent konsumieren täglich Rauchwaren, elektronische Inhalationsprodukte oder rauchfreie Nikotinerzeugnisse. Die Zusammenschau der Produkte (vgl. Abbildung 54) zeigt somit einen leichten Anstieg seit 2015, der Konsum ist aber nach wie vor weit unter dem Niveau von 2008 (31 %).

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

1,2 Prozent der Befragten gaben im Jahr 2022 an, **täglich oder fast täglich Nikotinbeutel**⁶⁵ zu konsumieren. Ein weiteres Prozent gab an, diese Produkte in den letzten 30 Tagen gelegentlich konsumiert zu haben. Die Werte sind hier bei Männern jeweils höher als bei Frauen. In der Gruppe der **jungen Erwachsenen** (15 bis 34 Jahre) konsumieren **2 Prozent** täglich oder fast täglich Nikotinbeutel. Weitere 2 Prozent konsumierten sie in den letzten 30 Tagen gelegentlich (Strizek et al. 2023).

Zusammenfassung: 24 Prozent der Österreicher:innen konsumieren täglich Rauchwaren, elektronische Inhalationsprodukte oder rauchfreie Nikotinerzeugnisse. Elektronische Inhalationsprodukte (wie E-Zigaretten und Tabakerhitzer) werden von rund 6 Prozent der Befragten täglich oder fast täglich konsumiert. Der Anteil der Menschen, die diese täglich konsumieren, nimmt stetig zu, und sie werden häufig zusätzlich zu Zigaretten konsumiert. Nikotinbeutel spielen bei rund einem Prozent der Bevölkerung im täglichen Konsum eine Rolle.

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

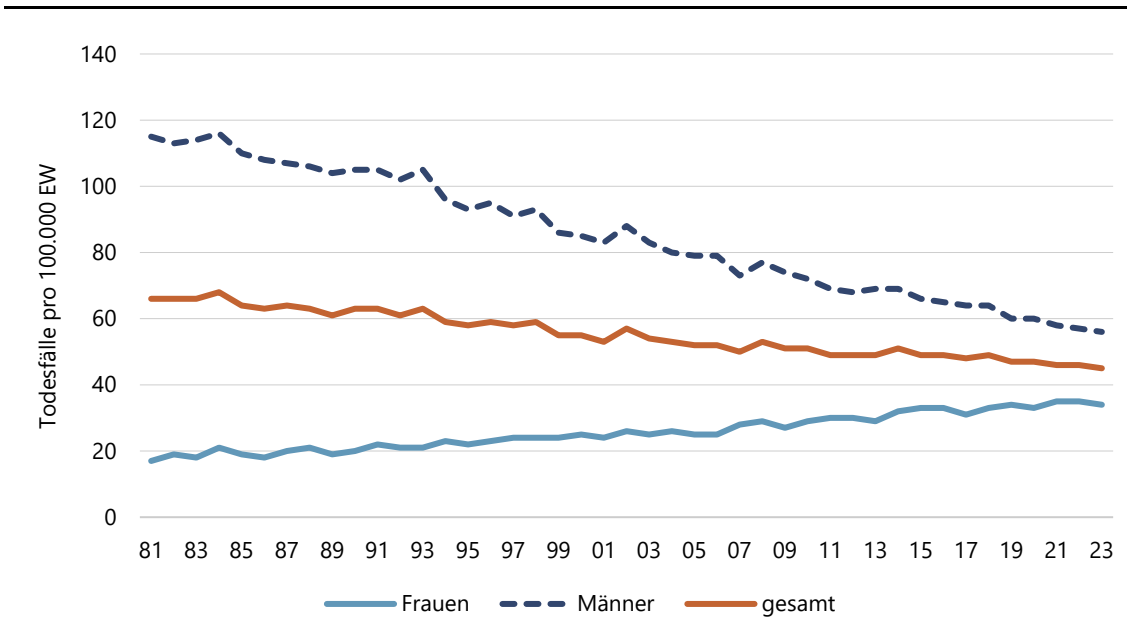
Der Anteil des Rauchens an der Mortalität von Lungenkrebs (Bronchialkarzinom) wird laut einer amerikanischen Studie bei Männern auf 90 Prozent und bei Frauen auf rund 80 Prozent geschätzt (Newcomb et al. 1992, zit. nach Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.v. 2013).

Die geschlechtsspezifische Mortalität in puncto Bronchialkarzinome zeigt in den letzten Jahrzehnten einen Rückgang bei Männern und einen Anstieg bei Frauen (vgl. Abbildung 55) und korrespondiert zeitversetzt mit dem Verlauf des Rauchverhaltens von Männern und Frauen (vgl. Abbildung 52). Im Jahr 2023 starben 2.366 Männer und 1.770 Frauen infolge eines

⁶⁵ Nikotinbeutel enthalten keinen Tabak, sondern vorrangig den Wirkstoff Nikotin.

Bronchialkarzinoms (2022: 2.363 Männer, 1.762 Frauen). 23 Prozent waren unter 65 Jahre alt, 33 Prozent waren zwischen 65 und 74 Jahre alt (Statistik Austria – Todesursachenstatistik).

Abbildung 55: Entwicklung der Todesfälle pro 100.000 Einwohner:innen infolge von Bronchialkarzinomen (C33 und C34, ICD-10), 1981–2023



Anmerkung: altersstandardisiert nach Europabevölkerung 2013

Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1980–2023, Statistik des Bevölkerungsstandes 1981–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Rahmen des „Global Burden of Disease“-Monitorings⁶⁶ wurde für Österreich für das Jahr 2021 geschätzt, dass ca. 8.500 Todesfälle bzw. rund 10 Prozent aller Todesfälle auf das Rauchen von Tabak (inklusive Passivrauchen) zurückzuführen sind.

Zusammenfassung: Im Jahr 2023 verstarben 2.366 Männer und 1.770 Frauen infolge eines Bronchialkarzinoms, das großteils durch Tabakrauchen verursacht wird. 23 Prozent der Verstorbenen waren unter 65 Jahre alt. Die Werte in Bezug auf Rauchverhalten und Sterblichkeit infolge von Lungenkrebserkrankungen der Männer und der Frauen gleichen sich in den letzten Jahrzehnten immer mehr an.

⁶⁶ Global Burden of Disease Results Tool, [Zugriff am 30.06.2025]

7.4 Wunsch nach Rauchstopp bzw. Reduktion des Zigarettenkonsums

Laut der Befragung zum Substanzgebrauch 2022 denkt die Hälfte (51 %) der täglich oder fast täglich Rauchenden darüber nach, mit dem Rauchen aufzuhören. Weitere 10 Prozent haben diesbezüglich bereits konkrete Pläne. Der Wunsch nach einem Rauchstopp besteht für beide Geschlechter und alle Altersgruppen in einem ähnlichen Ausmaß.

Der Anteil der Rauchenden, die im Jahr zuvor erfolglos versuchten, das Rauchen aufzugeben, ist hoch. 36 Prozent der täglich Rauchenden (37 % der 15- bis 59-Jährigen und 33 % im Alter ab 60 Jahren) gaben in der ATHIS-Befragung 2019 solche missglückten Versuche an.⁶⁷ Das entspricht hochgerechnet ca. 570.000 Personen (rund 8 % der Bevölkerung ab 15 Jahren).

Zusammenfassung: Die Hälfte aller täglich bzw. fast täglich Rauchenden denkt darüber nach, mit dem Rauchen aufzuhören. Weitere 10 Prozent haben diesbezüglich bereits konkrete Pläne. Ein gutes Drittel der im Jahr 2019 täglich Rauchenden (etwa 570.000 Personen) versuchte im Jahr davor (2018) erfolglos, mit dem Rauchen aufzuhören.

7.5 Passivrauchen

Laut der Befragung zum Substanzgebrauch 2020 sind 7 Prozent der Personen im Alter ab 15 Jahren täglich mindestens eine Stunde lang im eigenen Zuhause Passivrauch ausgesetzt, weitere 7 Prozent auch täglich, aber kürzer als eine Stunde pro Tag.

Männer und Frauen sind in etwa gleich häufig Passivrauch ausgesetzt. Bei jüngeren Personen ist die Passivrauchexposition häufiger als bei älteren Personen. 13 Prozent der 15- bis 34-Jährigen, 6 Prozent der 35- bis 64-Jährigen und 5 Prozent der Personen im Alter ab 65 Jahren sind mindestens eine Stunde pro Tag zu Hause Passivrauch ausgesetzt.

Ebenfalls häufiger Passivrauch ausgesetzt sind Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss. 14 Prozent der Personen mit maximal Pflichtschulabschluss, 8 Prozent der Personen mit Lehr- oder BMS-/BHS-/AHS-Abschluss und 5 Prozent der Personen mit einem Hochschulabschluss (Universität oder Fachlehrgang mit Hochschulcharakter) geben an, mindestens eine Stunde pro Tag zu Hause Passivrauch ausgesetzt zu sein. (Strizek et al. 2021b)

⁶⁷ Gefragt wurden hier Personen, die täglich Tabakprodukte rauchen. Die genaue Frageformulierung lautete: „Haben Sie im letzten Jahr ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?“ Bei der Befragung zum Substanzmissbrauch 2022 gaben 36 Prozent der aktuell täglich oder fast täglich Rauchenden an, in den letzten 12 Monaten einen ernsthaften Versuch unternommen zu haben, den eigenen Zigarettenkonsum zu reduzieren oder ganz mit dem Rauchen aufzuhören.

8 Glücksspiel

8.1 Angebote und gesetzliche Regelungen

Glücksspiele sind Spiele, bei denen gegen Einsatz eines Vermögenswerts (Geld oder Ähnliches) ein vermögenswerter Gewinn in Aussicht gestellt wird, wobei das Spielergebnis ausschließlich oder überwiegend vom Zufall und nicht vom Geschick der Spieler:innen abhängt. Zu den angebotenen Glücksspielarten gehören etwa Roulette, Automatenglücksspiel, Kartenspiele sowie Lotterien. Sportwetten sind – anders als in anderen Staaten – in Österreich rechtlich nicht als Glücksspiel eingestuft und daher auch anders – nämlich auf Länderebene – reguliert. Fachlich werden sie jedoch national wie international als Glücksspiel verstanden. Dem folgt dieser Bericht. Die Teilnahme an Glücksspiel und Sportwetten ist an verschiedenen Orten wie Spielbanken, Spielhallen, Gaststätten oder Lottoannahmestellen („*terrestrisches Glücksspiel*“) sowie online („*Onlineglücksspiel*“ bzw. „*Online-Sportwetten*“) möglich. Verschiedene Formen von Glücksspiel verfügen über ein unterschiedlich hohes Gefährdungspotenzial hinsichtlich Suchtentwicklung, wobei das größte Gefährdungspotenzial bei Automatenglücksspiel und Sportwetten besteht (Meyer et al. 2010). Bei Onlineglücksspiel erhöhen weitere Risikofaktoren, z. B. die ständige Verfügbarkeit, das Gefährdungspotenzial (Hayer et al. 2019).

Die gesetzliche Regelung von Glücksspielen und Ausspielungen erfolgt in Österreich durch das österreichische Glücksspielgesetz (GSpG). Zusätzlich beinhalten auch andere Gesetze auf Bundes- bzw. Landesebene bzw. europäische Rechtsakte Glücksspielbestimmungen. Zu den Bestimmungen auf Länderebene zählen unter anderem die einschlägigen Glücksspielautomaten- und Veranstaltungsgesetze der Länder und die Jugendschutzgesetze. Die Teilnahme an Glücksspiel und Sportwetten und das Betreten von Spielbanken, Automatensalons, Wettcafés und ähnlichen Örtlichkeiten sind Personen unter 18 Jahren nicht erlaubt⁶⁸.

Mit einigen expliziten Ausnahmen ist Glücksspiel in Österreich rechtlich dem Bund vorbehalten („*Glücksspielmonopol*“), wobei der Bund selbst kein Glücksspiel anbietet, sondern Lizenzen für Spielbanken und Lotterien an Konzessionäre vergibt. Die einzige Lizenz für Lotterien in Österreich umfasst auch Onlineglücksspiel und Video Lottery Terminals („*Elektronische Lotterien*“), alle anderen Glücksspielangebote im Internet stammen von Anbietern mit einer Lizenz aus dem Ausland, auch aus anderen EU-Ländern. Diese werden vom österreichischen Bundesministerium für Finanzen als illegal eingestuft⁶⁹.

Ausgenommen vom Bundesmonopol sind Landesauspielungen mit Glücksspielautomaten („*kleines Glücksspiel*“). Landesauspielungen unterliegen landesgesetzlichen Zulassungsbestimmungen, wobei das GSpG rechtliche Vorgaben in Form von Mindeststandards liefert. Es obliegt den jeweiligen Ländern, strengere Regelungen zu statuieren, die über diese Mindeststandards hinausgehen. Pro Bundesland ist eine maximale Anzahl von Automaten in Landesaufstellung erlaubt. Jedes Bundesland entscheidet selbst, ob es Landesauspielungen zulässt. In Wien, Vorarlberg, Tirol und Salzburg sind Landesauspielungen verboten (Stand: 01.10.2025). Lizenziertes

⁶⁸ Die Österreichischen Lotterien haben eine freiwillige Altersgrenze von 18 Jahren für alle Lotterierprodukte (sowohl terrestrisch als auch online) eingeführt.

⁶⁹ <https://www.bmf.gv.at/themen/gluecksspiel-spielerschutz/gesetzliche-grundlagen-gluecksspiel/faq-gluecksspielmonopol.html> [Zugriff am 05.11.2025]

terrestrisches Glücksspiel ist in Österreich in Spielbanken, Video-Lottery-Terminal-Outlets, Automatensalons (in einigen Bundesländern Automaten auch in Einzelaufstellung), Sportwetten sind in Wettlokalen möglich (vgl. Abbildung 56).

Abbildung 56: Anzahl der terrestrischen Spielstätten nach Segment und Bundesland, 2023 bzw. 2024



Anmerkung: *In diesem Bundesland sind neben der angegebenen Anzahl von Automatensalons auch Glücksspielautomaten in Einzelaufstellung erlaubt.
Angaben zu Spielbanken, Video-Lottery-Terminal-Outlets und Automatensalons: Stand 2024; Angaben zu Wettlokalen: Stand 2023

Erhebung und Darstellung: GÖG

Sportwetten unterliegen nicht dem bundesrechtlichen GSpG, sondern ausschließlich landesgesetzlichen Regelungen. Weitere Regelungen zu Sportwetten finden sich in den Jugendschutzgesetzen. Die Teilnahme an Sportwetten ist terrestrisch etwa in Sportwettlokalen oder auf Wettterminals sowie online möglich. Die Lizenzvergabe erfolgt in der Regel ohne mengenmäßige Beschränkung durch das jeweilige Bundesland.

8.2 Glücksspiel⁷⁰ in der Allgemeinbevölkerung

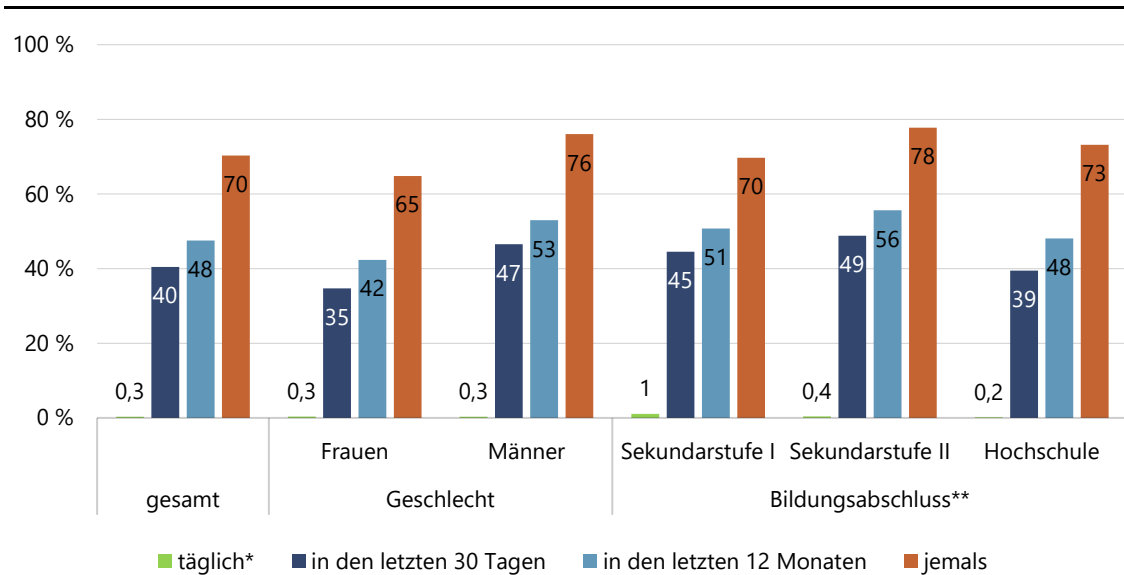
8.2.1 Teilnahme am Glücksspiel

Im Rahmen der Bevölkerungsbefragung 2020 (ab 15 Jahren) gaben 70 Prozent der Befragten an, schon einmal an Glücksspiel teilgenommen zu haben. Etwa die Hälfte (47 %) hat in den letzten 12 Monaten zumindest einmal an Glücksspiel teilgenommen, 40 Prozent in den letzten 30 Tagen.

⁷⁰ Im Folgenden sind – so nicht anders angegeben – unter Glücksspiel auch Sportwetten gemeint.

Männer nehmen häufiger an Glücksspiel teil als Frauen. Hinsichtlich der Bildung zeigen sich keine relevanten Unterschiede (vgl. Abbildung 57).

Abbildung 57: Teilnahme an Glücksspielen oder Sportwetten nach Geschlecht und Bildungsabschluss, in Prozent



Anmerkung: * innerhalb der letzten 30 Tage

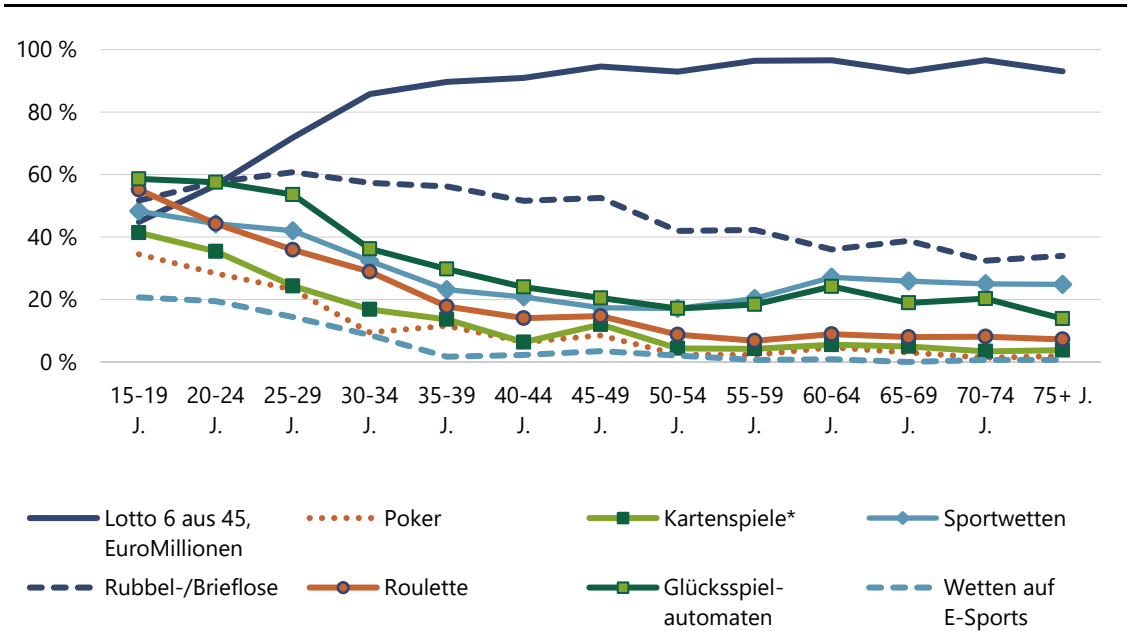
**Da sich junge Personen zum größten Teil noch im Bildungssystem befinden, wurden beim Bildungsabschluss ausschließlich Angaben von Personen über 30 Jahre berücksichtigt.

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

8.2.2 Verbreitung unterschiedlicher Arten von Glücksspiel

Je nach Alter werden unterschiedliche Glücksspielarten präferiert. Bei den drei jüngsten Altersgruppen (15 bis 19 Jahre, 20 bis 24 Jahre und 25 bis 29 Jahre) sind Sportwetten, Wetten auf E-Sports und Glücksspielautomaten die beliebtesten Glücksspiele. Poker und andere Kartenspiele sowie Roulette sind bei den unter 30-Jährigen ebenfalls beliebter als in den älteren Altersgruppen. Die Beliebtheit fast aller Glücksspiele sinkt mit zunehmendem Alter. Eine Ausnahme stellt Lotto dar: Hier nimmt der Anteil der Personen, die im letzten Jahr zumindest einmal daran teilgenommen haben, mit dem Alter zu. Der Anteil an Personen, die im letzten Jahr Rubbel- bzw. Brieflose gekauft haben, ist über alle Altersgruppen vergleichsweise hoch und nimmt mit zunehmendem Alter nur leicht ab (vgl. Abbildung 58).

Abbildung 58: Teilnahme an unterschiedlichen Glücksspielen in den letzten 12 Monaten nach Alter, in Prozent



Anmerkung: * ohne Poker

Die Prozentangaben beziehen sich auf jene Befragten, die angegeben haben, in den letzten 12 Monaten an Glücksspiel teilgenommen zu haben (n = 2.788); Mehrfachnennungen möglich.

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

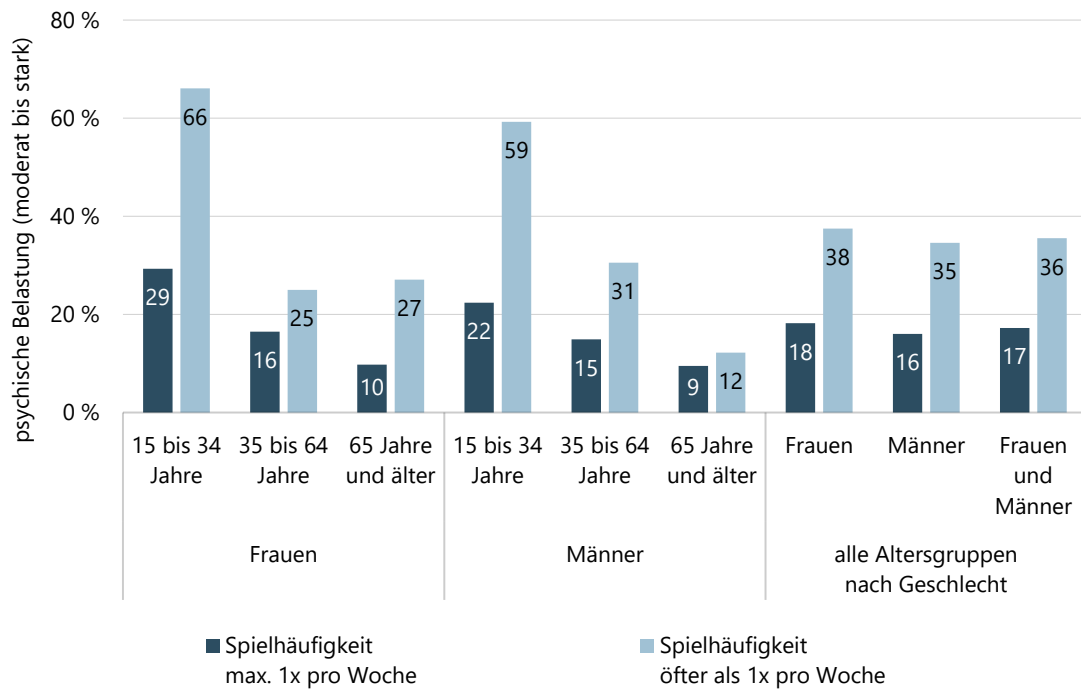
8.2.3 Häufiges Glücksspiel und psychische Belastungen

In der Repräsentativbefragung zu suchtrelevanten Verhaltensweisen wurden unter anderem auch psychische Probleme anhand des *Patient Health Questionnaire for Anxiety and Depression* (PHQ-4; Kroenke et al. 2009) erfasst und mit suchtrelevanten Verhaltensweisen in Bezug gesetzt. Bei Glücksspiel wurde jene Gruppe, die öfter als einmal pro Woche Glücksspiel betreibt (n = 864), mit allen anderen Befragten verglichen (n = 5.436). Es zeigte sich ein eindeutiger Zusammenhang: Während über ein Drittel der Personen, die öfter als einmal pro Woche spielen, psychische Belastungen angaben, traf dies bei jenen, die seltener oder gar nicht spielen, nur zu 17 Prozent zu. Noch augenscheinlicher wird dieser Unterschied bei der Gruppe der 15- bis 34-Jährigen: Hier berichteten etwa zwei Drittel der Personen, die öfter als einmal pro Woche Glücksspiel betreiben, von psychischen Problemen. In der Gruppe derer, die sich nicht oder selten an Glücksspiel beteiligen, traf dies bei Männern lediglich zu 22 Prozent und bei Frauen zu 29 Prozent zu (vgl. Abbildung 59).

Eine kausale Interpretation ist aufgrund des Querschnittsdesigns der Befragung nicht möglich. Es erscheint gleichermaßen plausibel, dass häufiges Glücksspiel psychische Probleme verursachen bzw. diese verstärken kann und dass Personen mit psychischen Belastungen vermehrt zu Glücksspiel neigen (z. B. zur Ablenkung von negativen Gefühlen). Möglicherweise wirken beide Mechanismen gleichzeitig im Sinne eines sich selbst verstärkenden „Teufelskreises“. Beide Erklärungsansätze widersprechen jedoch klar der These, dass diese Gruppe Glücksspiel primär deshalb betreibt, um Spaß zu haben. Der Schluss liegt vielmehr nahe, dass es sich bei einem großen Teil der

Österreicher:innen, die häufig Glücksspiel betreiben, eher um Personen in einer belasteten Gesamtsituation handelt und dass daher das Spielverhalten hinsichtlich der Entwicklung eines pathologischen Glücksspielverhaltens als risikoreicher einzustufen ist.

Abbildung 59: Anteil der psychischen Belastung nach Häufigkeit der Teilnahme an Glücksspiel, Geschlecht und Altersgruppen, in Prozent



Quelle: Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2022 (Strizek et al. 2023); Darstellung: GÖG/ÖBIG

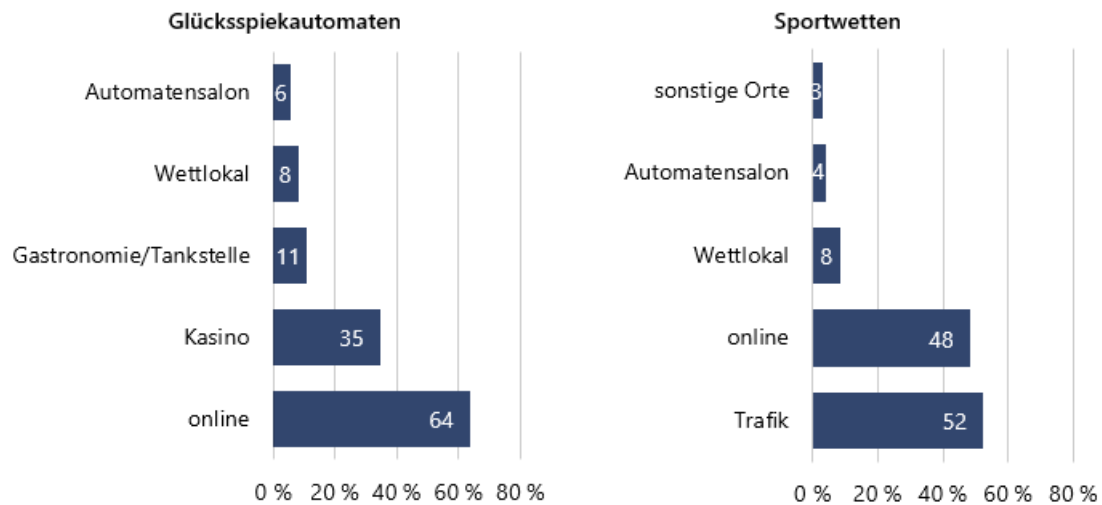
8.2.4 Onlineglücksspiel

Angebote im Bereich Onlineglücksspiel haben in den vergangenen Jahren zugenommen. Spieler:innen, die sich im letzten Jahr an Automatenglücksspiel bzw. Sportwetten beteiligt haben, haben dies zu 64 bzw. 52 Prozent auch online getan (vgl. Abbildung 60).

Mit der verbreiteten Onlinenutzung der beiden Glücksspielformen Automatenglücksspiel und Sportwetten, die per se über ein vergleichsweise hohes Gefährdungspotenzial verfügen (Meyer et al. 2010), kumulieren Risikofaktoren für problematisches Glücksspielverhalten.

Dass das Onlineglücksspiel insbesondere bei Personen mit pathologischem Spielverhalten in den letzten Jahren stark zugenommen hat, zeigen auch Daten aus dem Behandlungsbereich (vgl. Kapitel 8.4.2).

Abbildung 60: Glücksspielorte bei Automatenglücksspiel und Sportwetten, in Prozent



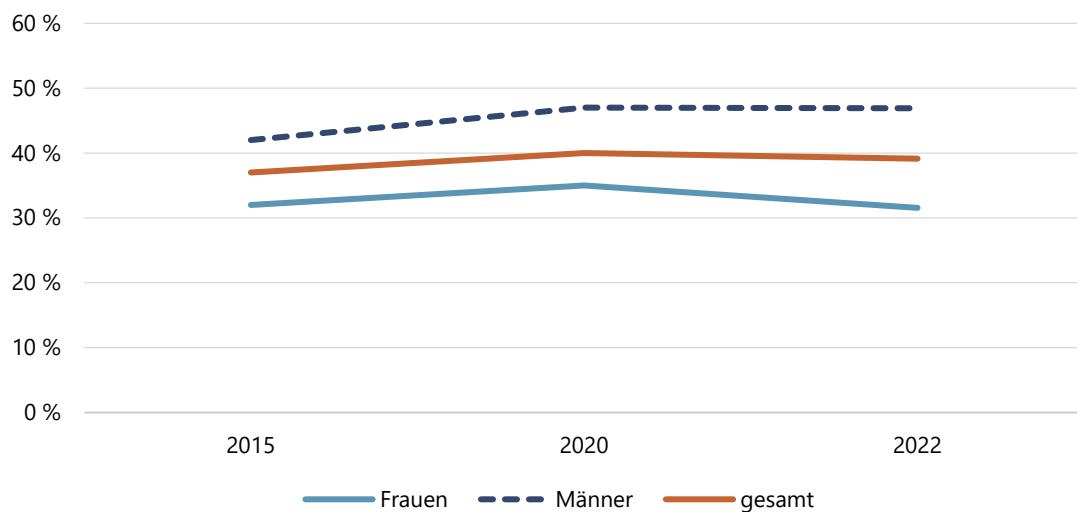
Anmerkung: Die Verteilung der bevorzugten Spielorte innerhalb der Kategorien „Automatenglücksspiel“ und „Sportwetten“ bezieht sich auf jene Personen, die angegeben haben, in den letzten 12 Monaten an Automatenglücksspielen (n = 717) bzw. an Sportwetten (n = 705) teilgenommen zu haben. Mehrfachnennungen waren möglich.

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

8.2.5 Entwicklung der Teilnahme am Glücksspiel

Die Entwicklung des Glücksspielverhaltens im Zeitraum 2015–2022 zeigt bei Männern eine geringfügige Zunahme an Personen, die in den letzten 30 Tagen an Glücksspiel teilgenommen haben (von 42 % auf 47 %), bei Frauen hingegen blieb der Anteil konstant bei 32 Prozent (vgl. Abbildung 61).

Abbildung 61: Glücksspielteilnahme im letzten Monat nach Geschlecht in Prozent, 2015, 2020 und 2022



Anmerkung: Gefragt wurde explizit nach „in den letzten 30 Tagen“.

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

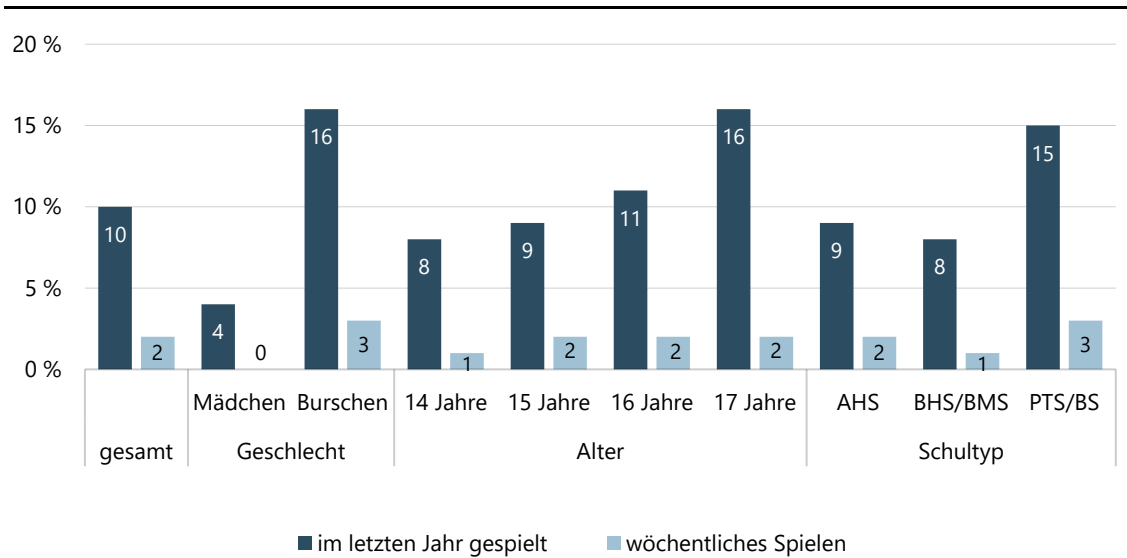
Zusammenfassung: Glücksspiel ist in Österreich weitverbreitet und wird in unterschiedlichen Formen genutzt. Etwa die Hälfte aller Personen in Österreich nimmt zumindest einmal im Jahr an Glücksspiel teil, 40 Prozent zumindest einmal monatlich. Die Prävalenz liegt bei Männern höher als bei Frauen. Seit 2015 ist der Anteil der Männer, die mindestens monatlich spielen, von 42 Prozent auf 47 Prozent gestiegen. Bei den bis 30-Jährigen sind vor allem Glücksspielarten beliebt, denen ein erhöhtes Suchtpotenzial zugeschrieben wird, wie Sportwetten, Wetten auf E-Sports und Glücksspielautomaten. Im Gegensatz dazu steigt die Präferenz für Lotto mit zunehmendem Alter. Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen häufigem Glücksspiel und psychischen Problemen, wobei keine kausalen Aussagen über den Zusammenhang getroffen werden können. Häufiges Glücksspiel könnte einerseits zu psychischen Problemen führen, andererseits könnten Personen mit psychischen Problemen zu häufigerem Spielen neigen, etwa um Belastungen zu kompensieren. Diese Dynamiken können auch gleichzeitig zutreffen bzw. sich wechselseitig verstärken.

8.3 Glücksspiel bei Schülerinnen und Schülern

Die Teilnahme an Glücksspiel bzw. Sportwetten ist Minderjährigen in Österreich gesetzlich nicht erlaubt. Dennoch zeigen die Ergebnisse der Schülerbefragung ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*), dass auch Jugendliche sich zumindest gelegentlich an Glücksspiel beteiligen: 8 Prozent der befragten 14-Jährigen haben dies nach eigenen Angaben im letzten Jahr zumindest einmal getan. Der Anteil der jugendlichen Glücksspieler:innen steigt mit zunehmendem Alter und erreicht bei den 17-Jährigen mit 16 Prozent den höchsten Wert. Eine wöchentliche Teilnahme an Glücksspiel wird von einem Prozent der 14-Jährigen bzw. von 2 Prozent der 15- bis 17-Jährigen berichtet.

Unterschiede bei der Teilnahme an Glücksspiel bestehen hinsichtlich des besuchten Schultyps: Während 9 Prozent der Schüler:innen einer Allgemeinbildenden Höheren Schule (AHS) im letzten Jahr an Glücksspiel teilgenommen haben, war der Anteil der Schüler:innen aus Polytechnischen Schulen (PTS) bzw. Berufsschulen (BS) mit 15 Prozent nahezu doppelt so hoch (vgl. Abbildung 62).

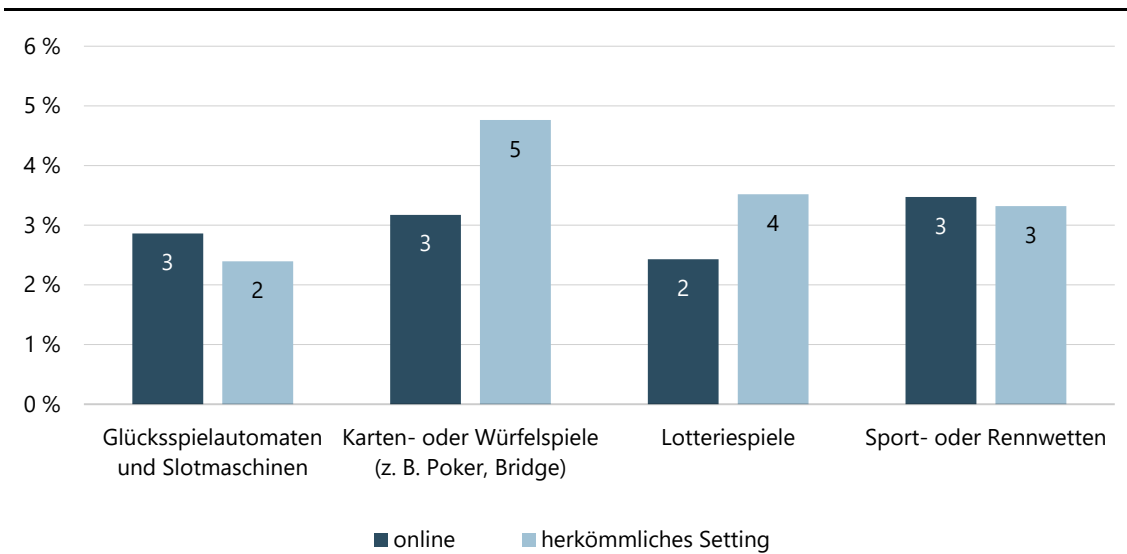
Abbildung 62: Glücksspielteilnahme bei Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Alter und Schultyp, in Prozent



Quelle: ESPAD 2024 (Strizek et al. 2025); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die meisten Erfahrungen weisen Schüler:innen mit Karten- (Poker, Bridge) oder Würfelspielen mit Geldeinsatz auf (5 % der Befragten). Es gibt aber auch einen kleinen Prozentsatz von Schülerinnen und Schülern, die bereits Erfahrungen mit Sportwetten oder Glücksspielautomaten haben. Alle Glücksspielarten werden in etwa gleichem Ausmaß bei terrestrischen und Onlineangeboten gespielt (vgl. Abbildung 63).

Abbildung 63: Jahresprävalenz unterschiedlicher Glücksspielarten bei Schülerinnen und Schülern nach Setting, in Prozent

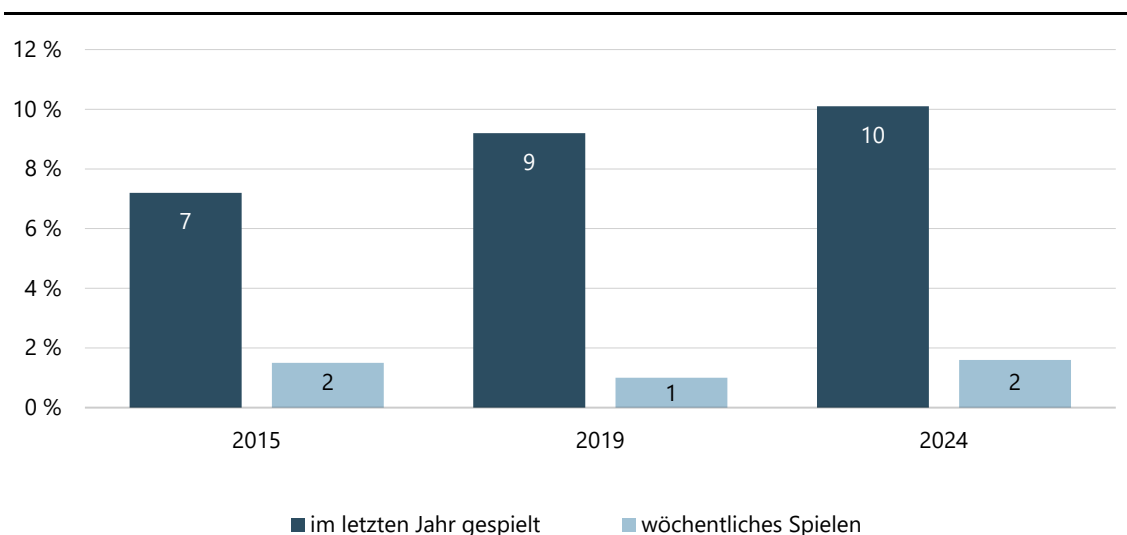


Anmerkung: Unter Lotteriespiele fallen z. B. Lotto, Bingo, Rubbellose und Brieflose; Rennwetten beziehen sich auf Hunde- oder Pferderennen; herkömmliches Setting meint z. B. in einem Lokal und nicht online.

Quelle: ESPAD 2024 (Strizek et al. 2025); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Zeitraum zwischen 2015 und 2024 stieg der Anteil jener Schüler:innen, die im vergangenen Jahr zumindest einmal an Glücksspiel teilgenommen haben, von 7,2 Prozent auf 10,1 Prozent an, während der Anteil des wöchentlichen Spielens über diesen Zeitraum weitgehend unverändert blieb (vgl. Abbildung 64).

Abbildung 64: Glücksspielteilnahme bei Schülerinnen und Schülern in Prozent, 2015, 2019 und 2024



Quelle: ESPAD 2024 (Strizek et al. 2025); Darstellung GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: 4 Prozent der Schülerinnen und 16 Prozent der Schüler haben im letzten Jahr an Glücksspielen bzw. Sportwetten teilgenommen. Wöchentliches Glücksspiel wird nur von sehr wenigen Schülerinnen und Schülern berichtet. Schüler:innen aus Polytechnischen Schulen bzw. Berufsschulen machen fast doppelt so häufig Erfahrungen mit Glücksspiel wie Schüler:innen anderer Schultypen. Die meisten Erfahrungen weisen Schüler:innen mit Karten- oder Würfelspielen um Geld auf. Ein kleiner Prozentsatz der Schüler:innen hat bereits Erfahrungen mit Sportwetten oder Glücksspielautomaten. Alle Glücksspielarten werden in einem etwa gleichen Ausmaß terrestrisch und online gespielt.

8.4 Pathologisches Glücksspielverhalten

8.4.1 Prävalenz des pathologischen Glücksspielverhaltens

Die Einschätzung der Prävalenz des pathologischen Spielens (Glücksspiel), also die Einschätzung der Frage, wie viele Österreicher:innen davon betroffen sind, kann derzeit nur auf Basis repräsentativer Bevölkerungsbefragungen durchgeführt werden. Sie ist mit einer Unschärfe behaftet, da in solchen Befragungen Screeningfragebögen eingesetzt werden, die keine klinische Diagnose ersetzen können.

Definition des pathologischen Glücksspielverhaltens (DSM-5)⁷¹

Die Diagnose „Pathologisches Spielen (Glücksspielstörung)“ wird gestellt, wenn innerhalb von 12 Monaten mindestens vier der folgenden neun Kriterien erfüllt sind:

1. Starke gedankliche Beschäftigung mit dem Glücksspiel
2. Toleranzentwicklung
Es müssen immer höhere Geldbeträge eingesetzt werden, um den gewünschten Nervenkitzel zu erreichen.
3. Wiederholte erfolglose Versuche, das Spielen einzuschränken oder zu beenden
4. Unruhe oder Reizbarkeit beim Versuch, das Glücksspiel zu reduzieren oder aufzugeben
5. Flucht vor Problemen oder negativen Gefühlen durch Glücksspiel
6. „Verlustjagd“ (Chasing losses)
Nach dem Verlust von Geld wird wieder gespielt, um den Verlust auszugleichen.
7. Lügen zur Verschleierung des Ausmaßes des Spielens
8. Gefährdung oder Verlust wichtiger Lebensbereiche
9. Verlassen auf andere zur Beschaffung von Geld

Abstufung nach Schweregrad: leicht: 4–5 Kriterien erfüllt, mittel: 6–7 Kriterien erfüllt, schwer: 8–9 Kriterien erfüllt

Im Rahmen der Bevölkerungsbefragung 2022 erfüllten rund 2 Prozent der Befragten die Kriterien für eine milde Form und etwa jeweils ein Prozent für eine moderate bzw. schwere Ausprägung

⁷¹ DSM-5 Kriterien für Glücksspielstörung (Pathologisches Spielen) – Landesfachstelle Glücksspielsucht Saarland [Zugriff am 29.10.2025]

des pathologischen Glücksspielverhaltens^{72, 73}. Überträgt man diese Zahlen auf die österreichische Gesamtbevölkerung, sind 4 Prozent bzw. etwa 300.000 Österreicher:innen zumindest von einer milden Form des pathologischen Glücksspielens betroffen. Männer zeigen signifikant häufiger pathologisches Spielverhalten als Frauen. Bei beiden Geschlechtern liegt bei jüngeren Personen häufiger pathologisches Spielverhalten vor, ebenso bei Personen mit einem niedrigen formalen Bildungsabschluss, wobei dieser Zusammenhang bei schweren Formen besonders ausgeprägt ist: Während 2,6 Prozent der Personen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss eine schwere Form des pathologischen Spielverhaltens zeigen, trifft dies nur auf 0,8 Prozent der Personen mit einem höheren Bildungsabschluss zu (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Pathologisches Glücksspielverhalten nach Schweregrad, Geschlecht und Bildungsabschluss

	Anteil mild	Anteil moderat	Anteil schwer	Anteil gesamt	Anzahl Personen
beide Geschlechter, alle Altersgruppen	1,6 %	1,3 %	1,1 %	4,0 %	6.270
Männer					
15 bis 34 Jahre	4,5 %	3,1 %	2,1 %	9,7 %	911
35 bis 64 Jahre	1,5 %	1,8 %	1,5 %	4,8 %	1.544
65 Jahre und älter	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,8 %	608
gesamt	2,1 %	1,9 %	1,4 %	5,4 %	3.063
Frauen					
15 bis 34 Jahre	2,8 %	1,5 %	1,7 %	6,0 %	865
35 bis 64 Jahre	0,8 %	0,6 %	0,5 %	1,9 %	1.543
65 Jahre und älter	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %	784
gesamt	1,2 %	0,8 %	0,7 %	2,7 %	3.192
Bildungsabschluss					
Sekundarstufe I	1,7 %	2,3 %	2,6 %	6,6 %	702
Sekundarstufe II	1,9 %	1,3 %	1,0 %	4,2 %	3.536
tertiärer Bildungsabschluss	1,0 %	1,0 %	0,8 %	2,8 %	1.534

Anmerkung: Prozentwerte bezogen auf alle Befragungsteilnehmer:innen; pathologisches Glücksspielverhalten wird anhand der diagnostischen Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5® erfasst (American Psychiatric Association 2012) und liegt dann vor, wenn mindestens 4 der insgesamt 9 Kriterien für zumindest 12 Monate erfüllt sind (mild: 4–5, moderat: 6–7, schwer: 8–9 Kriterien).

Quelle: Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2022 (Strizek et al. 2023); Darstellung: GÖG/ÖBIG

8.4.2 Pathologisches Glücksspielverhalten und Glücksspielart

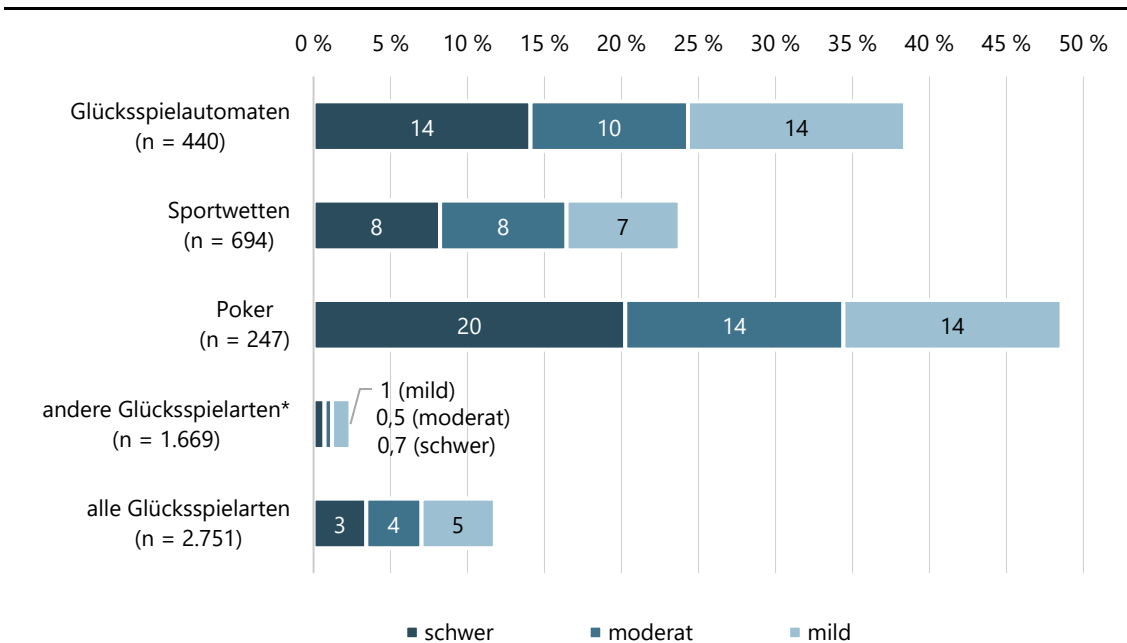
Der Anteil an Personen, die nach eigenen Angaben die Kriterien für pathologisches Spielen (Glücksspiel) erfüllen, unterscheidet sich je nach Glücksspielangebot. Fast die Hälfte der Personen, die Poker spielen, weisen zumindest eine milde Form des pathologischen Glücksspielverhaltens auf. Auch Personen, die Glücksspielautomaten und/oder Sportwetten nutzen, erfüllen mit 38 Prozent bzw. 23 Prozent deutlich häufiger die Kriterien für zumindest eine milde Form

⁷² In der Bevölkerungsbefragung wurde zur Schätzung des Ausmaßes pathologischen Glücksspielens eine Skala mit neun Items herangezogen, die auf den Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) basieren. Eine milde Form pathologischen Glücksspielverhaltens liegt vor, wenn 4 bis 5 Kriterien erfüllt sind, bei 6 bis 7 Kriterien liegt eine moderate Ausprägung vor und bei 8 bis 9 Kriterien eine schwere Form.

⁷³ basierend auf den Kriterien des DSM-5 und auf einer Selbsteinschätzung der Befragten

pathologischen Spielens (Glücksspiel) als Personen, die keine dieser Glücksspielangebote nutzen (3 %) (vgl. Abbildung 65). Dies stützt die Einschätzung, dass Automatenglücksspiel, Sportwetten und auch Poker zu den Glücksspielangeboten mit einem vergleichsweise hohen Gefährdungspotenzial gehören (Meyer et al. 2010), auch wenn Querschnittsdaten keine Aussage darüber zulassen, dass diese Spielformen auf individueller Ebene dazu geführt haben, ein pathologisches Spielverhalten zu entwickeln.

Abbildung 65: Anteil pathologischer Spieler:innen nach Glücksspielart und Schweregrad seit Beginn 2020, in Prozent



Anmerkungen: * Glücksspiele exklusive Glücksspielautomaten, Sportwetten und Poker
 Prozentwerte jeweils bezogen auf die entsprechende Spielergruppe laut Definition (Stichprobengröße siehe Grafik); nicht dargestellte Anteile auf 100 % entsprechen der Kategorie „keine Problematik (0–3 Kriterien erfüllt)“; für die Einteilung in die Schweregrade siehe Fußnote 72

Quelle: Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2022 (Strizek et al. 2023); Darstellung: GÖG/ÖBIG

8.4.3 Folgen des pathologischen Glücksspielverhaltens

Pathologisches Spielen (Glücksspiel) kann weitreichende negative Folgen auf individueller, familiärer und gesellschaftlicher Ebene haben. Sie äußern sich in finanziellen Problemen wie Schulden bzw. Verschuldung, glücksspielbezogenen Straftaten, einem höheren Risiko, den Arbeitsplatz zu verlieren, bzw. Erwerbslosigkeit. Exzessives Spielen beeinflusst Beziehungen zu anderen Menschen, etwa durch vermehrte Konflikte, Vertrauensverlust oder eine geringe Wahrnehmung familiärer Aufgaben, und kann zudem die physische bzw. psychische Gesundheit beeinträchtigen und mit einem höheren Risiko für Suizide einhergehen (Wardle et al. 2024).

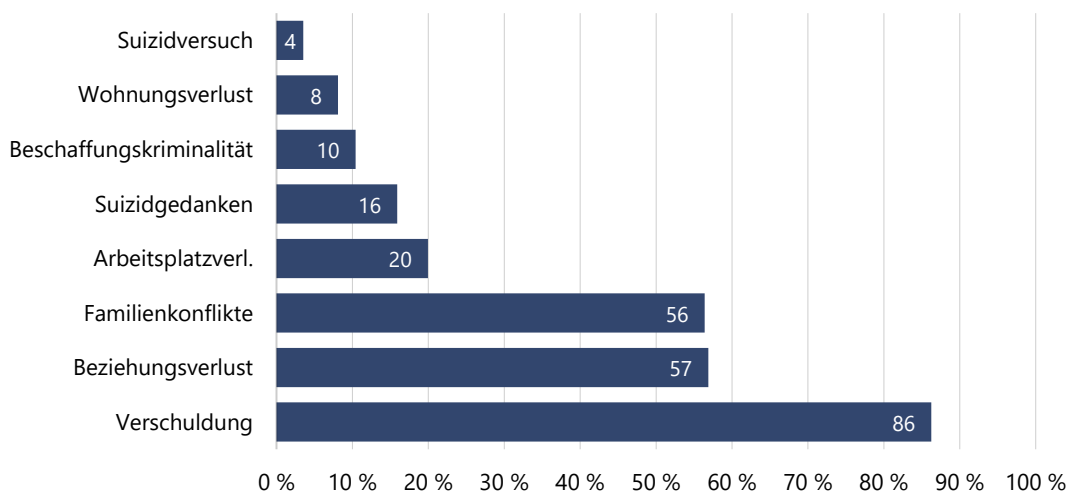
Die vielfältigen Folgen exzessiven bzw. pathologischen Glücksspiels spiegeln sich in den Daten aus ambulanten Behandlungseinrichtungen wider. Da umfassende österreichweite Daten dazu

bislang fehlen, können nur aus einzelnen Behandlungseinrichtungen verfügbare Daten lediglich einen Ausschnitt der problematischen Folgen von Glücksspiel aufzeigen.

Die mit Abstand häufigste Folge exzessiven bzw. pathologischen Spielens sind dessen finanziellen Auswirkungen: Schulden bzw. Verschuldung. So waren 88 Prozent der im Jahr 2023 in der Spielsuchthilfe Wien behandelten Personen verschuldet, wobei die durchschnittliche Verschuldung bei einem Betrag von 79.145 Euro lag, der Median bei 28.000 Euro. Zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit der Einrichtung waren 13 Prozent der Personen gepfändet worden und 6 Prozent in Privatkonkurs (Spielsuchthilfe 2024). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Personen, die im Jahr 2023 in ambulanten steirischen Beratungsstellen Hilfe gesucht haben: 81,2 Prozent hatten Schulden infolge ihres Glücksspiels (Fachstelle Glücksspielsucht 2025).

Personen, die sich wegen einer Glücksspielsucht in Behandlung befinden, und ihr soziales Umfeld sind neben der Verschuldung von weiteren vielfältigen Problemlagen betroffen (vgl. Abbildung 66).

Abbildung 66: Negative Folgen des pathologischen Glücksspielverhaltens bei Personen in Behandlung bei der Spielsuchthilfe Wien, in Prozent



Anmerkung: N = 653 Personen, die in den Jahren 2021 bis 2023 in der Spielsuchthilfe Wien eine Behandlung begonnen haben

Quelle: Spielsuchthilfe (2024); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: 4 Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren (etwa 300.000 Menschen) erfüllen nach einer Selbsteinschätzung die Kriterien für zumindest eine milde Form des pathologischen Glücksspielverhaltens. Am häufigsten davon betroffen sind Männer, jüngere Personen und Menschen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss. Die Schätzung der Prävalenz beruht auf einem Screeningfragebogen und ist daher mit einer Unschärfe behaftet. Daten aus dem Behandlungsbereich zeigen, dass pathologisches Spielen (Glücksspiel) mit vielen negativen Folgen für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld verbunden ist; diese reichen von hohen Schulden und Beschaffungskriminalität über Arbeitsplatzverlust und Familienkonflikte bis zu Suizidgedanken und Suizidversuchen.

8.5 Behandlung von Glücksspielsucht

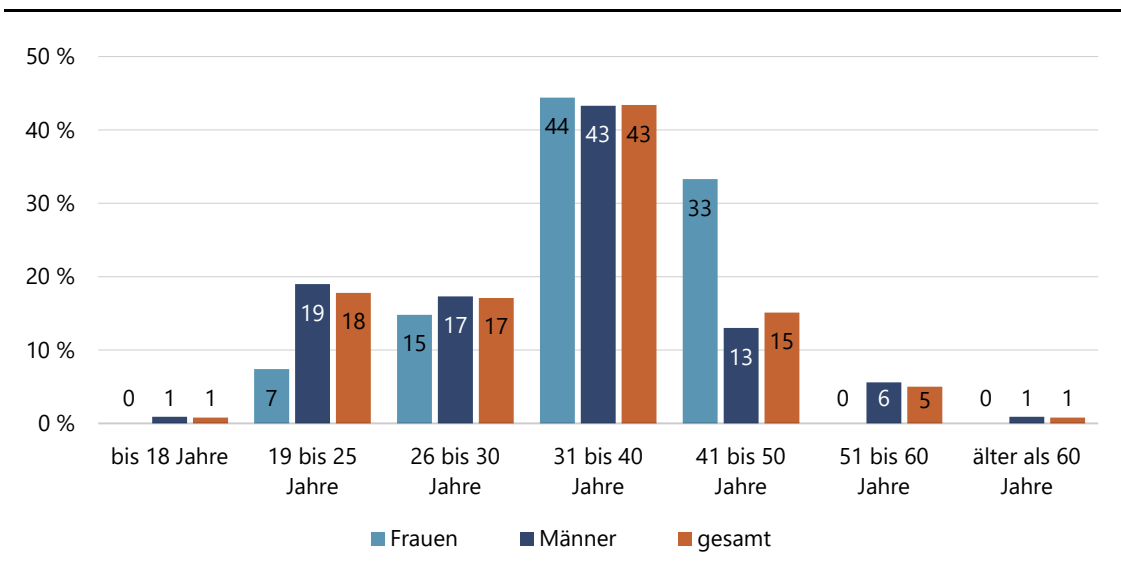
Österreichweit vollständige Daten zur Behandlung pathologischen Glücksspielverhaltens liegen nur aus dem stationären Bereich in Form von Spitalsentlassungsdiagnosen vor. Im Jahr 2023 wurden insgesamt 318 Personen mit einer Haupt- oder Nebendiagnose F63.0 (Pathologisches Spielen) aus einer stationären Behandlung entlassen. 84 Prozent davon waren Männer. 11 Prozent waren unter 25 Jahre alt, 30 Prozent in der Altersgruppe 25 bis 34 Jahre und 59 Prozent älter als 34 Jahre.

Eine systematische und einheitliche Dokumentation der ambulanten Behandlungen von Menschen mit Glücksspielproblemen liegt in Österreich bis dato nicht vor. Es stehen lediglich Daten einzelner Beratungs- und Behandlungseinrichtungen zur Verfügung.

Männer sind unter den 262 Personen, die im Jahr 2023 einen Erstkontakt mit der Spielsuchthilfe Wien hatten, mit 90 Prozent deutlich häufiger vertreten als Frauen (Spielsuchthilfe 2024). Ein höherer Anteil männlicher Patienten findet sich auch in den Behandlungszahlen ambulanter steirischer Beratungsstellen: Hier waren im Jahr 2023 83 Prozent der Behandelten Männer⁷⁴.

In der Spielsuchthilfe Wien ist die bei Erstkontakten am stärksten vertretene Personengruppe im Alter zwischen 31 und 40 Jahren. Geschlechterunterschiede bestehen dahingehend, dass Männer in der Altersgruppe der 19- bis 25-Jährigen stärker vertreten sind als Frauen, wohingegen Frauen beim Erstkontakt 2023 häufiger in der Gruppe der 41- bis 50-Jährigen vertreten waren (vgl. Abbildung 67).

Abbildung 67: Erstkontakte mit der Spielsuchthilfe Wien, nach Alter und Geschlecht in Prozent, 2023

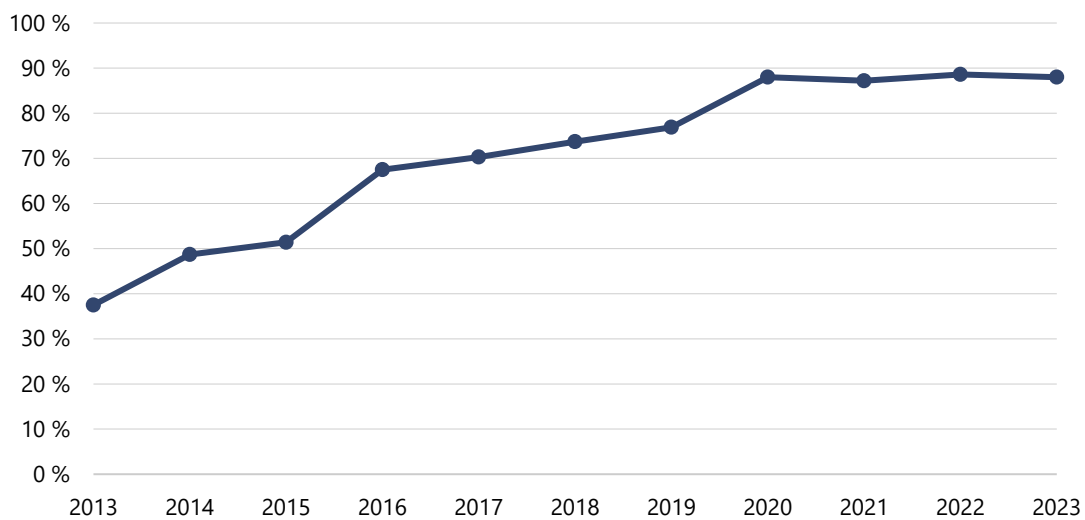


Quelle: Spielsuchthilfe (2024); Darstellung: GÖG/ÖBIG

⁷⁴ <https://www.fachstelle-gluecksspielsucht.at/behandlungszahlen/2023/> [Zugriff am 07.10.2025]

Pathologische Spieler:innen nehmen zumeist an mehreren verschiedenen Glücksspielangeboten teil (Buth et al. 2024). Die zunehmende Verbreitung von Onlineglücksspiel und dessen Bedeutung im Zusammenhang mit pathologischem Glücksspielverhalten lässt sich auch daran ablesen, dass etwa 9 von 10 Spielerinnen und Spielern in Behandlung auch Onlineglücksspiele spielen (vgl. Abbildung 68) und das Internet deren häufigster Spielort ist (Spielsuchthilfe 2024).

Abbildung 68: Anteil Onlineglücksspiel bei Personen in Behandlung bei der Spielsuchthilfe Wien, Erstkontakte 2013–2023, in Prozent



Quelle: Spielsuchthilfe (2024); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: 318 Personen wurden im Jahr 2023 aus einer stationären Behandlung mit Haupt- oder Nebendiagnose Pathologisches Spielen entlassen. Über 80 Prozent davon waren Männer. Der Großteil war älter als 35 Jahre. Die wenigen verfügbaren Daten aus dem ambulanten Bereich weisen eine ähnliche Verteilung auf. Die Bedeutung des Onlineglücksspiels zeigt sich darin, dass fast 90 Prozent der Betroffenen (auch) Onlineglücksspiel betrieben haben.

8.6 Schlussfolgerungen und Ausblick

Zur Beschreibung der Situation im Hinblick auf (pathologisches) Glücksspielverhalten in Österreich liegen nur wenige Daten vor. Hinsichtlich repräsentativer Daten kann ausschließlich auf Bevölkerungsbefragungen zurückgegriffen werden. Zusätzlich existieren vereinzelt Daten aus Behandlungseinrichtungen. Aufgrund dieser eingeschränkten Datenlage sind Aussagen zur epidemiologischen Situation zu Glücksspiel und zur Einschätzung der Belastung der öffentlichen Gesundheit durch pathologisches Glücksspielverhalten in Österreich mit Unschärfen behaftet.

4 Prozent der Österreicher:innen weisen gemäß einer repräsentativen Umfrage zumindest eine milde Form des pathologischen Spielens (Glücksspiel) auf. Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung wären dies etwa 300.000 Menschen. Darüber hinaus zeigt sich ein klarer Zusammenhang zwischen häufigem Glücksspiel und psychischen Belastungen, wobei hier keine kausalen

Aussagen getroffen werden können. Daten aus dem Behandlungsbereich zeigen, dass pathologisches Glücksspielverhalten oft mit negativen Folgen verbunden ist, die von hohen Schulden über Probleme mit dem sozialen Umfeld und Beschaffungskriminalität bis zu Suizidversuchen reichen. Trotz der oben angesprochenen methodischen Einschränkungen kann daher von einer nicht unerheblichen Belastung der öffentlichen Gesundheit durch pathologisches Spielen (Glücksspiel) ausgegangen werden.

Um die Situation besser beurteilen zu können, bedarf es – analog zum Bereich illegale Drogen – eines umfassenden Monitoringsystems. In diesem Kontext hat es sich bewährt, Daten aus unterschiedlichen Datenquellen – ähnlich dem Zusammensetzen eines Puzzles – miteinander in Bezug zu setzen. Für die Definition von Schlüsselindikatoren für ein solches Monitoringsystem im Bereich Glücksspiel wurden eine Umfeldanalyse in Österreich durchgeführt und internationale Good-Practice-Beispiele von Glücksspielmonitoring herangezogen (Puhm et al. 2018). Auf dieser Grundlage könnte sich ein Monitoring aus folgenden Datenquellen zusammensetzen (vgl. Abbildung 69):

- repräsentative Bevölkerungsbefragungen zum Thema Glücksspiel
- Prävalenzschätzungen, beruhend auf mehreren Datenquellen (z. B. Capture-Recapture-Schätzungen)
- einheitlich erhobene und österreichweite Daten zu Behandlungen aufgrund pathologischen Spielens (Glücksspiel)
- Nutzungsdaten von Glücksspielangeboten (Daten von Anbietern)
- Daten aus einem anbieterübergreifenden Spielsperrregister
- glücksspielbezogene Schulden
- glücksspielbezogene Straftaten (z. B. Beschaffungskriminalität, um Geld für Glücksspiel zu erhalten)
- glücksspielbezogene Suizide

Abbildung 69: Bausteine eines Monitorings im Bereich pathologisches Glücksspielverhalten



Quelle: GÖG

Bibliografie

- Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Tanios, Aida (2017): Epidemiologiebericht Sucht 2017. Illegale Drogen und Tabak. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Austria Tabak (2004): Zigarettenabsatz über Austria Tabak bzw. Tobaccoland 1980–2003. Schriftliche Mitteilung. Zitiert in: Seyer, Seifried; Gschwandtner, Franz; Paulik, Richard; Schmidbauer, Rainer (2005): Vom Gebrauch der Drogen – Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich. ISP Gesellschafts- und Sozialpolitische Texte. Band 15, Linz
- Bachmayer, Sonja; Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2023): Handbuch Alkohol – Österreich: Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen. Datenjahr 2022. Gesundheit Österreich, Wien
- Bachmayer, Sonja; Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2025): Handbuch Alkohol – Österreich: Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen. Datenjahr 2023. Gesundheit Österreich, Wien
- Ball, Jude; Pettie, Michaela A; Poasa, Loleseti; Abel, Gillian (2024): Understanding youth drinking decline: similarity and change in the function and social meaning of alcohol use (and non-use) in adolescent cohorts 20 years apart. In: Drug and alcohol review 43/3:664-674
- BMF (2025): Sonderauswertung: versteuerte Zigaretten. Schriftliche Mitteilung von Elisabeth Schitzhofer am 30.04.2025
- Busch, Martin; Akartuna, Deniz; Anzenberger, Judith; Brotherhood, Angelina; Klein, Charlotte; Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja (2025): Bericht zur Drogensituation 2025. Gesundheit Österreich, Wien
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Brotherhood, Angelina; Klein, Charlotte; Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2021): Bericht zur Drogensituation 2021. Gesundheit Österreich, Wien
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Brotherhood, Angelina; Klein, Charlotte; Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2022): Bericht zur Drogensituation 2022. Gesundheit Österreich, Wien
- Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Klein, Charlotte; Kerschbaum, Hans; Türscherl, Elisabeth (2014): Epidemiologiebericht Drogen 2014, Gesundheit Österreich, Wien
- Busch, Martin; Haas, Sabine; Horvath, Ilonka; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Türscherl, Elisabeth (2007): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI). Klientenjahrgang 2006. Gesundheit Österreich, Wien
- Buth, Sven; Meyer, Gerhard; Rosenkranz, Moritz; Kalke, Jens (2024): Glücksspielteilnahme und glücksspielbezogene Probleme in der Bevölkerung - Ergebnisse des Glücksspiel-Survey 2023 Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Hamburg

- Currie, Candace; Zanotti, Cara; Morgan, Antony; Currie, Dorothy; de Looze, Margaretha; Roberts, Chris; Samdal, Oddrun; Smith, Otto R.F.; Barnekow, Vivian (2012): Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Health Policy for Children and Adolescents. Bd. 6. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hg.) (2013): Tabak-Abhängigkeit. In: Suchtmedizinische Reihe, Band 2 / herausgegeben von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 4., vollständig überarbeitete und neugestaltete Auflage Aufl., Hamm : Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Westerwall
- Dür, Wolfgang; Griebler, Robert (2007): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien
- Dür, Wolfgang; Mravlag, Katharina (2002): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 6. WHO-HBSC-Surveys 2001 und Trends seit 1990. LBIMGS, Wien
- EG 111/2005: Verordnung des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 22. Dezember 2004 zur Festlegung von Vorschriften für die Überwachung des Handels mit Drogenaustauschstoffen zwischen der Gemeinschaft und Drittländern
- EG 273/2004: Verordnung des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 11. Februar 2004 betreffend Drogenausgangsstoffe
- EMCDDA (2013): PDU (Problem drug use) revision summary. Hg. v. EMCDDA, Lisbon
- ESPAD Group (2020): ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Hg. v. EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg
- Felder-Puig, Rosemarie; Teutsch, Friedrich; Ramelow, Daniela; Maier, Gunter (2019): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- Felder-Puig, Rosemarie; Teutsch, Friedrich; Winkler, Roman (2023a): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Lehrlingen. Ergebnisse der Lehrlingsgesundheitsbefragung 2021/22. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- Felder-Puig, Rosemarie; Teutsch, Friedrich; Winkler, Roman (2023b): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22. Gesundheit Österreich, Wien
- Gisev, Natasa; Bharat, Chianna; Larney, Sarah; Dobbins, Timothy; Weatherburn, Don; Hickman, Matthew; Farrell, Michael; Degenhardt, Louisa (2019): The effect of entry and retention in opioid agonist treatment on contact with the criminal justice system among opioid-

dependent people: a retrospective cohort study. In: *The Lancet Public Health* 4/7:e334-e342

GÖG/ÖBIG (2006): Bericht zur Drogensituation 2006. Gesundheit Österreich, Wien

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

Hayer, Tobias; Girndt, Lydia; Kalke, Jens (2019): Das Gefährdungspotenzial von Online-Glücksspielen: Eine systematische Literaturanalyse. Universität Bremen, Bremen und Hamburg

Hojni, Markus; Delcour, Jennifer; Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2019): ESPAD Österreich. Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien

IFES (2011): BADO-Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2010. Institut für empirische Sozialforschung, Wien

JTI Austria (2025): JTI Austria Newsletter. Zahlen und Fakten zum Tabakmarkt in Österreich 2024/2025. JTI Austria, Wien

Klimont, Jeannette (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Annex. Statistik Austria, Wien

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

Kroenke, Kurt; Spitzer, Robert L.; Williams, Janet B. W.; Löwe, Bernd (2009): An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. In: *Psychosomatics* 50/6:613–621

Ma, Jun; Bao, Yan-Ping; Wang, Ru-Jia; Su, Meng-Fan; Liu, MoXuan; Li, Jin-Qiao; Degenhardt, Luisa; Farrell, Michael; Blow, Frederic C.; Ilgen, Mark; Shi, Jie; Lu, Lin (2019): Effects of medication-assisted treatment on mortality among opioids users: a systematic review and meta-analysis. In: *Molecular Psychiatry* 24/12:1868–1883

Meyer, Gerhard; Häfeli, Jörg; Mörsen, Chantal; Fiebig, Marisa (2010): Die Einschätzung des Gefährdungspotentials von Glücksspielen. Ergebnisse einer Delphi-Studie und empirischen Validierung der Beurteilungsmerkmale. In: *Sucht* 56/6:405-414

Newcomb, Polly A.; Carbone, Paul P. (1992): The health consequences of smoking: Cancer. In: *Medical Clinics of North America* 76/2:305-331

O'Connor, Aisling Maire; Cousins, Grainne; Durand, Louise; Barry, Joe; Boland, Fiona (2020): Retention of patients in opioid substitution treatment: A systematic review. In: *PloS one* 15/5:e0232086

o.A. (2017): Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. Diese Leitlinie entstand auf Basis des Projektes „Erarbeitung von Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie“ unter der Ägide des im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) eingerichteten „Ausschusses für Qualität und Sicherheit in der

Substitutionsbehandlung“. Hg. v. Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS); Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM); Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP); Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP). Aufl. 1. Auflage, o. A. zum Ort

Oberacher, Herbert (2025): Input zum Abwassermonitoring Nikotin für Bericht Tabak und Nikotin. Schriftliche Mitteilung vom 10.05.2025, Innsbruck

Oberacher, Herbert; Scheurer, Jana (2024): Abwassermonitoring 2023. Untersuchung des Drogenkonsums in ausgewählten Regionen Österreichs mittels Abwasseranalysen. Metabolomics, Institut für Gerichtliche Medizin und Core Facility, Innsbruck

ÖBIG (2003): Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich. Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien

Puhm, Alexandra; Busch, Martin; Uhl, Alfred (2018): Epidemiologie des problematischen und pathologischen Glücksspiels–Möglichkeiten und Grenzen der Erhebung. Gesundheit Österreich, Wien

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

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

Rehm, Jürgen; Room, Robin; Monteiro, Maristela; Gmel, Gerhard; Graham, Kathryn; Rehn, Nina; Sempos, Christopher T.; Frick, Ulrich; Jernigan, David (2004): Alcohol Use. In: Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of disease due to Selected Major Risk Factors. Hg. v. Ezzati, M et al. WHO, Geneva. S. 959-S. 1108

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

Schmutterer, Irene (2019a): Rauchverhalten bei Jugendlichen – aktuelle Ergebnisse der Befragungsreihen HBSC 2018 und ESPAD 2019. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien

Schmutterer, Irene (2019b): Unterschiede im Rauchverhalten zwischen Männern und Frauen. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien

Schmutterer, Irene; Akartuna, Deniz (2025): Tabak- und Nikotinkonsum. Zahlen und Fakten 2024. Gesundheit Österreich, Wien

Schmutterer, Irene; Klein, Charlotte; Akartuna, Deniz (2023): Neue Nikotinerzeugnisse in Österreich. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien

- Schmutterer, Irene; Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Bachmayer, Sonja; Puhm, Alexandra; Kobrna, Ulrike; Grimm, Gerhard; Springer, Alfred (2008): ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 2: Validierungsstudie. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG), Wien
- Singer, Manfred V.; Batra, Anil; Mann, Karl (2011): Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme Verlag, Stuttgart
- Sordo, Luis; Barrio, Gregorio; Bravo, Maria J.; Indave, B. Iciar; Degenhardt, Louisa; Wiessing, Lucas; Ferri, Marica; Pastor-Barriuso, Roberto (2017): Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. In: BMJ (Clinical research ed) 357:/j1550
- Spielsuchthilfe (2024): Jahresbericht 2023. Verein "Ambulante Behandlungseinrichtung Spielsuchthilfe" (Herausgeber, Eigentümer, Verleger), Wien
- Strizek, Julian; Akartuna, Deniz; Busch, Martin; Schwarz, Tanja (2025): ESPAD Österreich 2024. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Akartuna, Deniz; Gaiswinkler, Sylvia; Nowotny, Monika; Puhm, Alexandra; Uhl, Alfred (2024): Handbuch Alkohol Österreich. Band 3: Ausgewählte Themen. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Anzenberger, Judith; Kadlik, Andrea; Schmutterer, Irene; Uhl, Alfred (2016a): ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Busch, Martin; Puhm, Alexandra; Schwarz, Tanja (2023): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial: Auswertungen der dritten Erhebungswelle. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Busch, Martin; Puhm, Alexandra; Schwarz, Tanja; Uhl, Alfred (2021a): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Hojni, Markus (2019): ESPAD 2019. Tabellenanhang. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Schwarz, Tanja (2021b): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Tabellenanhang. Gesundheit Österreich, Wien
- 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. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Schmutterer, Irene; Grimm, Gerhard; Bohrn, Karl; Fenk, Regina; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2008a): ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 4: Kreuztabellen. Hg. v. Ludwig-

- Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG). Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Schmutterer, Irene; Grimm, Gerhard; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2008b): ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG), Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Springer, Alfred (2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Suchtmittelgesetz (SMG): Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG), BGBl I 1997/112, in der geltenden Fassung
- Teutsch, Friedrich; Maier, Gunter; Ramelow, Daniela; Felder-Puig, Rosemarie (2018): Dokumentation zur 10. Österreichischen HBSC-Erhebung im Schuljahr 2017/18. IfGP, Wien
- TÜV Austria CERT (2012): Bericht zur Zigarettenpackungsstudie der Firma CPM für die Wirtschaftskammer Österreich, Wien
- Uhl, Alfred; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Grimm, Gerhard; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred; Lantschik, Elke (2005a): ESPAD AUSTRIA 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Grimm, Gerhard; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred; Lantschik, Elke (2005b): ESPAD AUSTRIA 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Seidler, Dan (2001): Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. Ludwig Boltzmann Institute for Addiction Research, Wien
- Uhl, Alfred; Springer, Alfred; Kobrna, Ulrike; Gnams, Timo; Pfarrhofer, David (2005c): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Springer, Alfred; Kobrna, Ulrike; Gnams, Timo; Pfarrhofer, David (2005d): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Band 3: Kreuztabellen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Puhm, Alexandra; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Urbas, Elfriede; Klimont, Jeannette (2002): Rauchgewohnheiten. Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997. Statistik Austria, Wien

Vashishtha, Rakhi; Livingston, Michael; Pennay, Amy; Dietze, Paul; MacLean, Sarah; Holmes, John; Herring, Rachel; Caluzzi, Gabriel; Lubman, Dan I (2019): Why is adolescent drinking declining? A systematic review and narrative synthesis. In: *Addiction Research & Theory*:1-14

Wardle, Heather; Degenhardt, Louisa; Marionneau, Virve; Reith, Gerda; Livingstone, Charles; Sparrow, Malcolm; Tran, Lucy T; Biggar, Blair; Bunn, Christopher; Farrell, Michael (2024): The lancet public health commission on gambling. In: *The Lancet Public Health* 9/11:e950-e994

WHO (2015): WHO Report on the global tobacco epidemic, 2015. Raising taxes on tobacco. World Health Organization, Geneva