



Foto: Thomas Sturm / pixelio.de

# **FACTSHEET** SUCHT

## Abhängigkeit und Substanzkonsum

Version 2.5 | 12. Juli 2017

# FACTSHEET SUCHT

Überblick über statistische Kennzahlen zur Abhängigkeit, zum Konsum von psychoaktiven Substanzen und zu Verhaltenssuchten in Österreich

Version 2.5 | 12. Juli 2017

**IMPRESSUM:** Medieninhaber: Institut Suchtprävention, pro mente OÖ, Hirschgasse 44, 4020 Linz

**Für den Inhalt verantwortlich:** Franz Gschwandtner, Roland Lehner, Richard Paulik, Seifried Seyer

**DVR:** 811735276

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Abhängigkeit</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>diverse Suchtspezifika</b>	<b>10</b>
3.1	Alkohol	10
3.1.1	Akuter Alkoholmissbrauch	10
3.1.2	Alkoholabhängigkeit	14
3.1.3	Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum	17
3.1.4	Alkoholkonsum von SchülerInnen	18
3.2	Tabak	20
3.2.1	Prävalenz des Tabakkonsums in Oberösterreich	20
3.2.2	Tabakkonsum von SchülerInnen	22
3.2.3	NichtraucherInnenschutz und Passivrauchen in Oberösterreich	22
3.2.4	Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit	25
3.3	Opiate	26
3.4	Cannabis	27
3.5	Weitere Substanzen	29
3.6	Essstörungen	30
3.7	Glücksspiel	32
3.8	Kaufsucht	32
<b>4</b>	<b>Todesfälle durch Substanzen</b>	<b>34</b>
4.1	Todesfälle Alkohol, Nikotin, illegalisierte Substanzen	34
<b>5</b>	<b>Anzeigen und Verurteilungen</b>	<b>37</b>
5.1	Sichergestellte Mengen und geschätzte Schwarzmarktpreise	40
<b>6</b>	<b>Anhang</b>	<b>41</b>
6.1	Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10	41
6.2	Diagnostische Leitlinien:	41
6.3	Diagnostische Leitlinien für Pathologisches Spielen	42
6.4	Hohenheimer Kaufsuchtindikator	44
6.5	Fagerströmtest	45
6.6	Diagnoseleitfaden PIG - pathologischer Internetgebrauch (Internetsucht)	45

## Inhaltsverzeichnis

6.7 Möglichkeiten den Substanztod zu definieren . . . . .	46
<b>Literatur</b>	<b>47</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>50</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>51</b>
<b>Personenverzeichnis</b>	<b>53</b>

# 1 Einleitung

Die Begriffe Abhängigkeit, Sucht, problematischer Konsum, Missbrauch, aktueller Konsum, Lebenszeitprävalenz des Konsums, Lebenszeitprävalenz der Abhängigkeit beziehen sich auf jeweils unterschiedliche Sachverhalte und es ist wichtig sich im Umgang mit epidemiologischen Prävalenzzahlen die Differenz der Begriffe ins Gedächtnis zu rufen. Es wäre sinnvoll und hilfreich, zu diesen Begriffen ein verbindliches Glossar zur Hand zu haben - vielleicht an anderer Stelle.

Wie alle statistischen Materialien sind auch die hier vorgestellten Zahlen selbst kein Spiegel der Realität. Sie sind vielmehr durch Konstruktionsprozesse entstanden und im Umgang damit ist Vorsicht geboten. Der bekannte Spruch: „Vertraue keiner Statistik, die Du nicht selbst gefälscht hast“, bezieht sich auf diese Abstraktionsleistung bei der Erstellung von Statistiken.

Statistiken entstehen auf dem Boden von gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Konventionen und Erzählungen und oft genug wird man

auf Zahlentraditionen stoßen, deren rationale Begründung ausgedünnt, wenn nicht verloren ist.<sup>1</sup> Als Beispiel sei hier die Schätzung der Nikotinabhängigen angeführt (siehe Kap.3.2 Nikotin).

Ebenso ist vor dem Rückschluss von statistischen Wahrscheinlichkeiten auf Kausalitäten zu warnen. Wahrscheinlichkeiten beziehen sich auf konstruierte gesellschaftliche Gruppen bei denen bestimmte Merkmale gehäuft beobachtet werden können. Wahrscheinlichkeiten beziffern die Häufigkeit eines Ereignisses in einer fiktiven Kohorte, in einer Grundgesamtheit. Wahrscheinlichkeiten beziehen sich jedoch per definitionem nicht auf eine konkrete Person, sondern auf einen konstruierten -Kasus (einen Idealtypus); niemals auf das ICH oder DU in einer umgangssprachlichen Aussage. Der Schluss auf kausale Merkmale (Wahrscheinlichkeiten) der aggregierten Gruppe begründet kein Kausalmodell im Sinne der Newtonschen Physik.

Nun, bei aller Verunsicherung, in diesem Dokument wird ein Überblick über Prävalenzzahlen zu Abhängigkeit und Konsum von Substanzen in Österreich und Oberösterreich gegeben. Ebenso finden sich Prävalenzzahlen zu substanzunabhängigen Verhaltenssüchten. Wichtige Quellen dieses Dokuments sind:

- Bevölkerungsbefragungen in Oberösterreich 2000, 2006 und 2015, denen eine repräsentative Stichprobe der oberösterreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren zugrunde liegt.
- Ergebnisse des internationalen HBSC-Forschungsprojektes, Österreichische Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Studien von Alfred Uhl und periodische Berichte des ÖBIG und weitere relevante Studien.

---

<sup>1</sup> Wer hat beim Studieren von wissenschaftlichen Texten nicht manchmal das Gefühl, nichts wirklich Neues zu lesen und das heimliche Gefühl vieler „déjà-vu“-Erlebnisse.

- Eine Auswertung der Diagnosedaten der Leistungs- und Diagnosedokumentation der Fonds-Krankenanstalten Oberösterreichs. (LKF-Daten)
- Anzeigedaten des Bundesministeriums für Inneres.

## 2 Abhängigkeit

In der nachfolgenden Grafik wird ein Überblick zur Abhängigkeit zu verschiedenen Substanzen bzw. Verhaltenssuchten gegeben.<sup>1</sup>

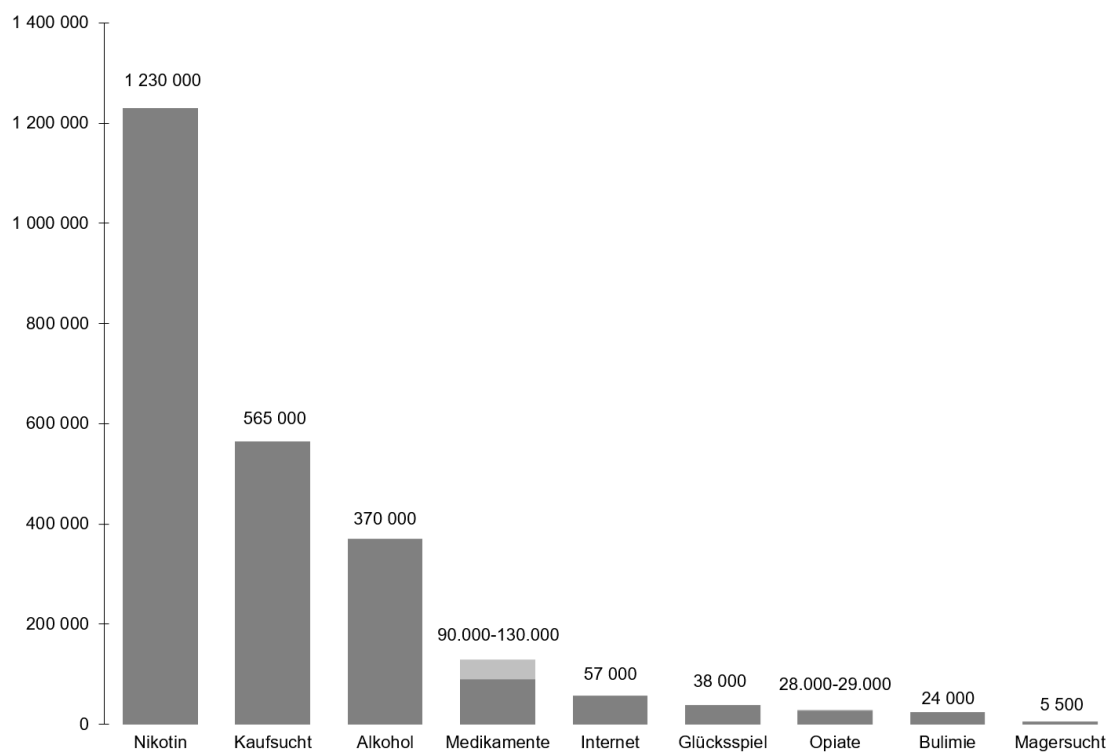


Abb. 2.1: Abhängigkeit in Österreich 2017, Quellen: siehe Beschreibung unten

**Nikotin:** Die Zahlen zur Abhängigkeit von Nikotin sind hier nach der Publikation von [SCHOBERBERGER/KUNZE \(1999\)](#) angegeben. Demnach ist bei 70% der RaucherInnen eine geringe (33%) bzw. eine starke (37%) Nikotinabhängigkeit nachzuweisen. Basis für diese Zahl ist der Fagerströmtest (siehe Anhang, Kap. 6.5) ([SCHOBERBERGER/KUNZE, 1999](#): 29ff.). Berechnungsgrundlage ist weiters die Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS), in der 24% der über 15-jährigen angaben

<sup>1</sup> Der Begriff „Abhängigkeit“ ist in dieser Allgemeinheit nicht unproblematisch, da er in den verschiedenen Verhaltens- und Suchtbereichen eine jeweils andere Bedeutung besitzt und sich unter diesem Begriff unterschiedlichste Problematiken versammeln. Insbesondere bei Alkohol und Nikotinzahlen zielen die oben angeführten Zahlen eher auf körperliche Abhängigkeit, während die Verhaltenssuchte von Natur aus in rein psychischer Abhängigkeit begründet sind.

täglich zu rauchen - das ergibt hochgerechnet auf die österreichische Bevölkerung 1,76 Mio. tägliche RaucherInnen. (KLIMONT/BALDASZ, 2015: 41)

Es soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Angaben über den Anteil der Abhängigen RaucherInnen in der Forschung stark schwanken. „Je nach angewandtem Frageninventar (Fagerström-Test oder DSM-IV) sind etwa 17-85% der Raucher stark abhängig.“ (HAUSTEIN/GRONEBURG, 2008)

**Kaufsucht:** Nach KOLLMANN/KAUTSCH (2011): „Kaufsucht in Österreich 2011“ können 7,8% der Bevölkerung ab 14 Jahren als stark kaufsuchtgefährdet eingestuft werden. Das ergibt für diese Bevölkerungsgruppe eine absolute Zahl von ca. 565.000 Personen, die als „de facto kaufsuchtig“ bezeichnet werden können. In der Untersuchung „kam als Erhebungsinstrument der Hohenheimer Kaufsuchtindikator (German Addictive Buying Scale, siehe Kap. 6.4) in seiner Standardversion zum Einsatz. Aus den 16 Fragen, die auf einer 4-stufigen Antwortskala zu beantworten waren, wurde ein Summenscore (GABS-Score) gebildet, welcher über das Ausmaß der Kaufsuchtgefährdung Auskunft gibt.“ KOLLMANN/KAUTSCH (2011: 4)

**Alkohol:** UHL/BACHMAYER/STRIZEK (2016) können ca. 5 % der erwachsenen österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren als alkoholabhängig eingestuft werden. Für Österreich ergibt sich dabei aktuell die absolute Zahl von ca. 370.000 AlkoholikerInnen, für Oberösterreich sind das rund 60.000 Personen. Der Anteil der Alkoholabhängigen unter den Männern ist etwa dreimal so hoch, als jener der Frauen: 2,5 % der Frauen und 7,5 % der Männer werden als abhängig von der Droge Alkohol eingeschätzt.

**Medikamente:** Als Schätzgrundlage dient eine Studie des Anton Proksch Instituts mit 4 Befragungswellen N=8.000 Personen in Österreich

Es „zeigte sich, dass nach den WHO-Kriterien Dosissteigerung, Gewöhnungseffekt, Entzugssymptomatik, 90.000 - 130.000 Österreicher medikamentenabhängig sind, davon 20.000 - 40.000 von mehr als einem Medikament. Folgende Substanzgruppen waren betroffen und galten als suchtmachend. Hypnotika, Tranquilizer, Analgetika, Laxantien, Spasmolytika. Wenn man für diese Substanzgruppen neben der WHO Definition wie Dosissteigerung, Gewöhnungseffekte, Entzugssyndrome auch andere Definitionen wie eine höhere Dosierung oder längerfristige Einnahmedauer als vorgesehen definiert, sind ca. 320.000 - 380.000 Österreicher gefährdet in Hinblick auf Medikamentenkonsum.“ (LENTNER, 1991: 65)

Dazu meint Alfred Uhl: Man kann „grob spekulieren“<sup>2</sup>, dass rund zwei Prozent der erwachsenen Bevölkerung von Tranquilizern oder Hypnotika abhängig sind.“ (UHL/SPRINGER u. a., 2005: 9)

**Glücksspiel:** Unter „Pathologischem Spielverhalten“ wird ein Syndrom psychopathologischer Störungen auf der Verhaltens-, kognitiven und emotionalen Ebene nach den Kriterien der Klassi-

---

<sup>2</sup> Wir verwenden hier ausdrücklich den Begriff „spekulieren“, weil die uns vorliegenden Grundlagen für eine seriöse Schätzung nicht ausreichen.



fikationssysteme ICD-10 und DSM-IV verstanden. Deren diagnostische Leitlinien finden sich im Anhang (Kap. 6.3).

Die erste repräsentative telefonische Befragung der österreichischen Bevölkerung (im Alter von 14 bis 65 Jahre) kam zu folgendem Ergebnis: 0,43 % aller Befragten weisen ein problematisches (3 oder 4 der DSM-IV Kriterien sind erfüllt) und 0,66 % ein pathologisches (mindestens fünf der DSM-IV Kriterien liegen vor) Spielverhalten auf. Das ergibt aktuell die absolute Zahl von ca. 26.000 problematischen und ca. 38.000 pathologischen (krankhaften) SpielerInnen im Alter zwischen 14 und 65 Jahren. (vgl. [KALKE/BUTH u. a., 2011](#))

Eine 2015 durchgeführte Folgebefragung ([KALKE/WURST/BUTH/THON, 2015](#)) bestätigt die Ergebnisse der Erstuntersuchung.

Identische Ergebnisse konnten bei der Bevölkerungsbefragung in Oberösterreich im Rahmen des Drogenmonitorings 2015 gefunden werden: „Insgesamt liegt bei 1,1 % aller über 15-jährigen OberösterreicherInnen ein problematisches oder pathologisches Spielverhalten (nach DSM-IV) vor.“ (vgl. [SEYER/PAULIK/GSCHWANDTNER/LEHNER, 2016](#): 165)

**Internetsucht:** Seit Mitte der 1990er Jahre wird in zunehmendem Ausmaß die These der Existenz einer „Internetsucht“ diskutiert und hat sich der Begriff „INTERNET ADDICTION DISORDER (IAD)“ etabliert.

Beinahe alle Forscher betonen die Nähe zur Spielsucht und zur Diagnose dient auch ein Ausschnitt des Klassifikationssystems nach DSM IV. Die Diagnosekriterien nach [ZIMMERL \(2004\)](#) finden sich im Anhang (Kap. 6.6). Zimmerl empfiehlt den Begriff „pathologischer Internetgebrauch“.

Da es für Österreich keine Repräsentativstudien gibt, werden internationale deutschsprachige Studien herangezogen und auf die österreichische Bevölkerung umgelegt, um einen Richtwert hinsichtlich der Problematik zu erhalten.

Die bisher umfangreichste und seriöseste Studie zur Internetabhängigkeit wurde im Jahr 2011 im Auftrag des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit von [RUMPF/MEYER/KREUZER/JOHN \(2011\)](#) fertiggestellt. Darin kommen die Autoren zum Ergebnis, dass bei ca. 1% der 14- bis 64-jährigen eine Internetabhängigkeit vorliegt. Das Verhältnis Männer:Frauen wird auf 1,5:1 geschätzt. „In der Altersgruppe 14-24 steigt hier die Prävalenz auf 2,4% an (Frauen 2,5%, Männer 2,5%). Bei Betrachtung nur der 14- bis 16-jährigen finden sich 4,0% Internetabhängige (Frauen 4,9%, Männer 3,1%).“ ([RUMPF/MEYER/KREUZER/JOHN, 2011](#): 3) Interessant ist höherer Anteil der Mädchen und Frauen in der Altersgruppe der 14- bis 24-jährigen, besonders in der Gruppe der 14- bis 16-jährigen. Die auffälligen Mädchen und Frauen (14-24 Jahre) nutzen vorwiegend Soziale Netzwerke im Internet (77,1%) und eher selten Onlinespiele (7,2%). Die jungen Männer nutzen ebenfalls, aber in geringerer Ausprägung Soziale Netzwerke (64,8%), aber häufiger Onlinespiele (33,6%). (vgl. [RUMPF/MEYER/KREUZER/JOHN, 2011](#): 3)

Auf Österreich übertragen wären bei einem Anteil von 1% Internetabhängiger in der Gruppe der 14- bis 64-jährigen ca. 57.000 Personen als internetabhängig einzuschätzen.

**Opiate:** Als Grundlage für die Anzahl der von Opioiden Abhängigen wurde die Schätzung des risikoreichen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden<sup>3</sup> im Epidemiologiebericht des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheit verwendet. (vgl. [BUSCH/ANZENBACHER u. a., 2015](#): 9ff). „Aktuell gibt es in Österreich zwischen 29.000 und 33.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden. Etwa die Hälfte der Personen davon lebt in Wien. Ein Viertel ist weiblich und zehn Prozent sind unter 25 Jahre alt. Wien als einzige Großstadt Österreichs ist vom Drogenproblem am stärksten betroffen, gefolgt von Vorarlberg, Kärnten und Tirol. Etwa 12.000 bis 17.000 Personen konsumieren vorwiegend intravenös“ ([BUSCH/ANZENBERGER u. a., 2016](#): 12)

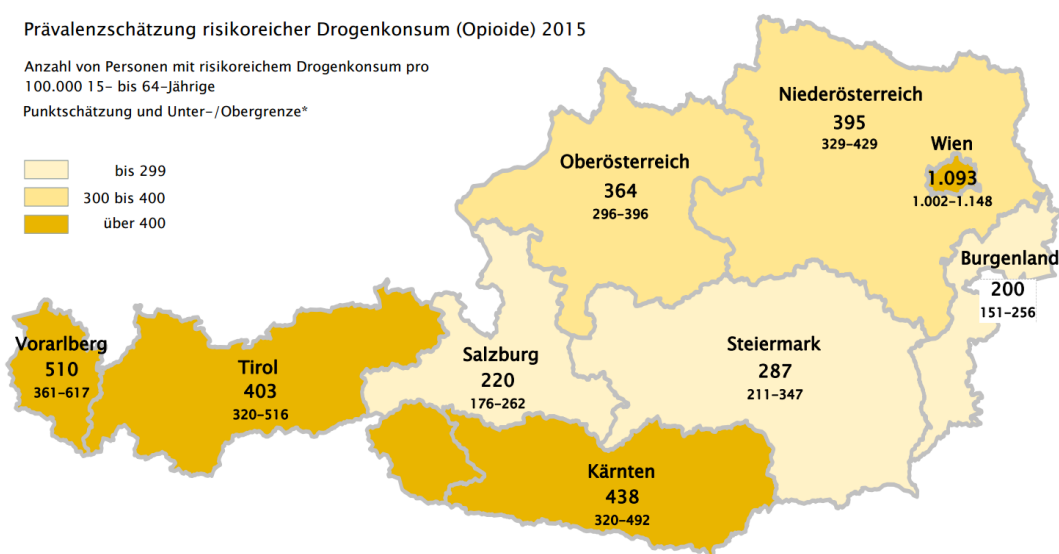


Abb. 2.2: Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums nach Bundesländern 2015 (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige), Quelle: [BUSCH/ANZENBERGER u. a. \(2016: 12\)](#)

Vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wird für Oberösterreich geschätzt, dass im Jahr 2015 ca. 364 Personen pro 100.000 Einwohnern einen risikoreichen Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden betrieben haben. (siehe Abbildung 2.2) Umgerechnet kann davon ausgegangen werden, dass in Oberösterreich etwa 3.500 Personen risikoreichen Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten ausüben. Mit Stichtag 31.12.2015 befanden sich in Oberösterreich 1.763 Personen in Substitutionstherapie. Damit konnte die Hälfte der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit dem therapeutischen Angebot erreicht werden. ([SEYER/PAULIK/GSCHWANDTNER/LEHNER, 2016](#): 40)

Die Berechnung der aktuell risikoreichen DrogenkonsumentInnen wird folgendermaßen vorgenommen: „Bei der Schätzung der Anzahl an Personen mit hochriskantem Drogenkonsum handelt sich um eine Dunkelzifferschätzung, die lediglich Annäherungswerte liefern kann. Für Österreich

<sup>3</sup> Wobei unter risikoreichem Drogenkonsum von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht ein wiederholter Drogenkonsum verstanden wird, 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.

liegen ausschließlich Schätzungen des hochriskanten polytoxikomanen Konsums unter Beteiligung von Opioiden vor. Die referierten Werte wurden mittels der Capture-Recapture-Methode (CRC) basierend auf pseudonymisierten Daten aus dem Register der Substitutionsbehandlungen und den Anzeigen wegen Opioiden berechnet und anhand der 3-Sample-CRC-Schätzung unter Einbezug der drogenbezogenen Todesfälle mit Opioidbeteiligung für das Jahr 2012 validiert. Bei der CRC-Schätzung handelt es sich um ein von der EBDD empfohlenes, komplexes statistisches Verfahren zur Dunkelzifferschätzung.“ ([BUSCH/ANZENBACHER u. a., 2015](#): 9)

**Essstörungen:** Zur Prävalenz von Essstörungen gibt es in Österreich nur grobe Schätzungen. Gebräuchlich ist eine Anwendung von Ergebnissen deutscher Studien, insbesondere denjenigen von [KRÜGER/REICH/BUCHHEIM/CIERPKA \(2001\)](#), um annäherungsweise Aussagen zur Verbreitung der Essstörungen in Österreich treffen zu können. Demnach leiden ca. 2,5% der 18- bis 35-jährigen Frauen an Bulimie und ca. 1% der 15- bis 25-jährigen Frauen an Magersucht.

## 3 diverse Suchtspezifika

### 3.1 Alkohol

Aktuell trinken die 15- bis 99-jährigen ÖsterreicherInnen 11,8 Liter reinen Alkohol pro Person und Jahr, das sind 25,5 Gramm Reinalkohol pro Tag. (UHL/BACHMAYER/STRIZEK, 2016: 51) Diese Menge entspricht rund 465 Halben Bier bzw. 465 Vierteln Wein pro Person im Jahr.

#### 3.1.1 Akuter Alkoholmissbrauch

Der diagnostizierte „akute Alkoholmissbrauch“<sup>1</sup> in Oberösterreich zeigt von 2001 bis 2009 einen kontinuierlichen, starken Anstieg (beinahe Verdoppelung). Seit 2010 ist ein leichter Rückgang dieser Diagnosen feststellbar.

Das Geschlechterverhältnis beträgt im Jahr 2016 2,6:1 (männlich:weiblich) und hat sich im Vergleich zu 2001 kaum verändert.

Bei der Auswertung über das Alter ist zu erkennen, dass besonders Jugendliche im Alter von 16 und 17 Jahren stärker als der Durchschnitt der Bevölkerung gefährdet sind. 2016 wurden 274-mal die Diagnosen „akuter Alkoholmissbrauch“ bei oberösterreichischen Jugendlichen (im Alter von 16-17 Jahren) in öffentlichen Spitälern in Oberösterreich gestellt. Das bedeutet, auf 1000 oberösterreichische Jugendliche in diesem Alter entfallen mehr als 8 Einlieferungen. Dies ist, verglichen mit anderen Altersgruppen der höchste Wert.

Als Ursachen hierfür gelten, dass die Probier- und Experimentierbereitschaft in diesem Alter höher ist als in späteren Lebensabschnitten; weiters sind die Jugendlichen im Umgang mit Alkohol noch wenig erfahren und deren Alkoholverträglichkeit ist geringer als bei an Alkoholkonsum gewöhnten erwachsenen KonsumentInnen.

Bei einer Auswertung von Daten der OÖ Gebietskrankenkasse kommen BENCIC/KASTNER (2010: 13f) zum Schluss, dass die relative Häufigkeit für 17-jährige - auf Grund einer Alkoholintoxikation (Diagnosegruppen F10.0 und T51) stationär in einem Spital aufgenommen zu werden - bei Lehrlingen und Hilfskräften höher ist als bei SchülerInnen.

Es stellt sich die Frage, ob problematischer Alkoholkonsum vorrangig eine Domäne der Jugend darstellt?

Mitnichten, wie die weiteren Analysen zeigen werden, auch wenn dies in der öffentlichen Diskussion oftmals falsch dargestellt wird.

---

<sup>1</sup> Der Diagnosecluster „akuter Alkoholmissbrauch“ ist eine Zusammenfassung der Diagnosen F10.0 Akute Intoxikation mit Alkohol, F10.1 Schädlicher Gebrauch, T51 Toxische Wirkung durch Alkohol

### 3.1 Alkohol

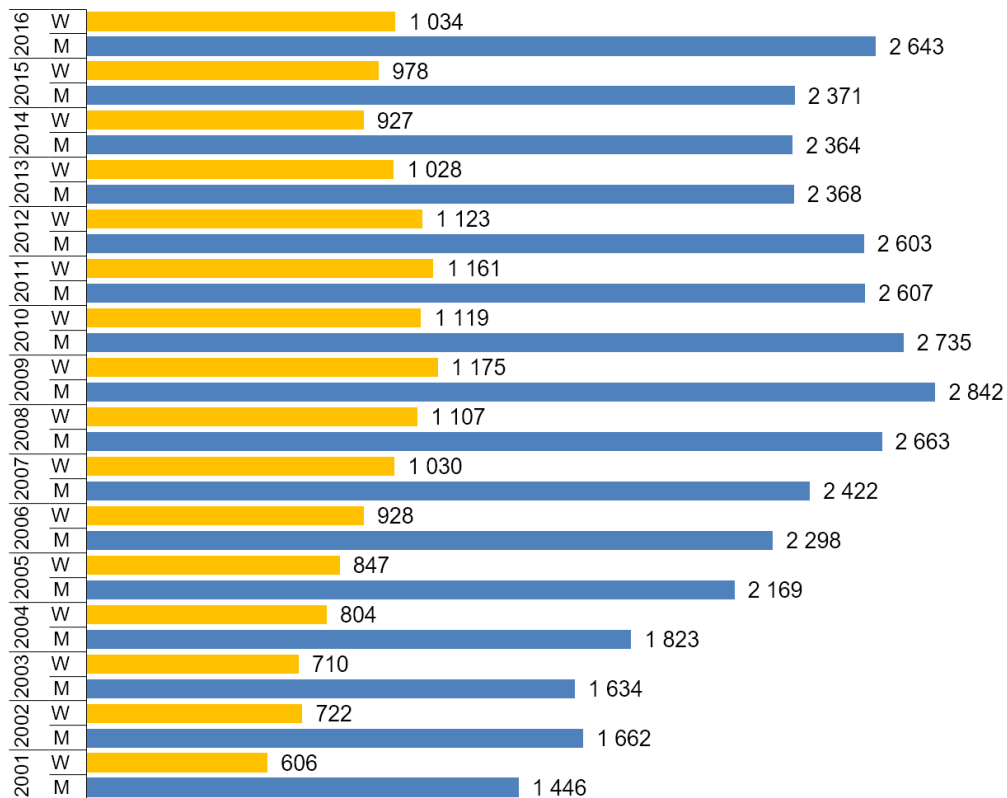


Abb. 3.1: akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2001 - 2016, Quelle: LKF-Daten 2016, eigene Auswertung

„Das Alkoholproblem ist - auch wenn das viele Erwachsene nicht gerne hören - primär ein Problem der Erwachsenen und nur in zweiter Linie ein Problem der Kinder und Jugendlichen. Aus diesem Grund sollte man allen Bestrebungen Kinder und Jugendliche exklusiv ins Zentrum des Interesses zu rücken mit großer Vorsicht gegenüberreten. Vom eigentlichen Problem abzulenken, indem man den Fokus einseitig auf Kinder und Jugendliche legt und sich diese betreffend immer strengere Kontrollmaßnahmen und Strafbestimmungen überlegt, ohne im entferntesten zu riskieren selbst davon tangiert zu werden, ist weder sachlich gerechtfertigt noch ethisch vertretbar.“ (UHL, 2003: 12f)

Betrachtet man die absoluten Zahlen des Diagnoseclusters „akuter Alkoholmissbrauch“ (siehe Spalte „Entlassungen bei akutem Alkoholmissbrauch“ unten) so wird ersichtlich, dass von den gesamten 3.677 Diagnosen im Jahr 2016 in Oberösterreich „nur“ 380 bei Kindern und Jugendlichen (0-17 Jahre) gestellt wurden. Das entspricht 10 % der Diagnosen. Demgemäß wurden beinahe 9 von 10 (90 % bzw. 3.297) der Diagnosen von „akutem Alkoholmissbrauch“ bei Erwachsenen konstatiert. Von deren missbräuchlichen Alkoholkonsum wird aber nur sehr selten in den Medien berichtet.

### 3 diverse Suchtspezifika

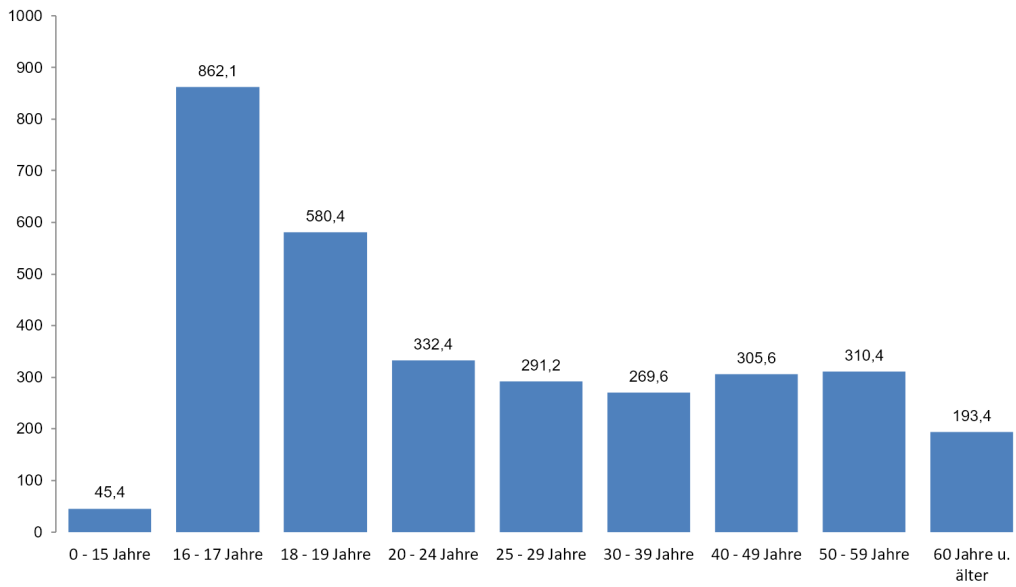


Abb. 3.2: akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2016 nach Alter, Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie, Quelle: LKF-Daten 2016, eigene Berechnung

### 3.1 Alkohol

Tab. 3.1: Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch (F10.0, F10.1, T51) 2016 nach Altersgruppen (Fälle)

Altersgruppen	Geschlecht	Entlassungen bei akutem Alkoholmissbrauch	Belagstage bei akutem Alkoholmissbrauch	Belagsdauer in Tagen	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 Einwohner
0 - 15 Jahre	M	50	37	0,7	119.727	41,8
	W	56	45	0,8	113.731	49,2
16 - 17 Jahre	M	160	108	0,7	16.776	953,7
	W	114	175	1,5	15.006	759,7
18 - 19 Jahre	M	117	140	1,2	18.028	649,0
	W	83	53	0,6	16.430	505,2
20 - 24 Jahre	M	231	593	2,6	47.658	484,7
	W	74	133	1,8	44.107	167,8
25 - 29 Jahre	M	217	867	4,0	48.894	443,8
	W	59	492	8,3	45.873	128,6
30 - 39 Jahre	M	373	1.967	5,3	95.856	389,1
	W	131	699	5,3	91.103	143,8
40 - 49 Jahre	M	455	2.535	5,6	107.504	423,2
	W	196	1.335	6,8	105.549	185,7
50 - 59 Jahre	M	509	3.306	6,5	113.036	450,3
	W	189	1.395	7,4	111.814	169,0
60 Jahre u. älter	M	531	3.511	6,6	152.678	347,8
	W	132	1.198	9,1	190.178	69,4
<b>Oberösterreich</b>	<b>M</b>	<b>2.643</b>	<b>13.064</b>	<b>4,9</b>	<b>720.157</b>	<b>367,0</b>
	<b>W</b>	<b>1.034</b>	<b>5.525</b>	<b>5,3</b>	<b>733.791</b>	<b>140,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>3.677</b>	<b>18.589</b>	<b>5,1</b>	<b>1.453.948</b>	<b>252,9</b>

### 3.1.2 Alkoholabhängigkeit

Das Geschlechterverhältnis der Alkoholabhängigkeit<sup>2</sup> verschob sich in den letzten Jahren in Oberösterreich von knapp 3,5:1 auf 2,4:1 (männlich:weiblich). Dies entspricht auch dem Bundestrend.

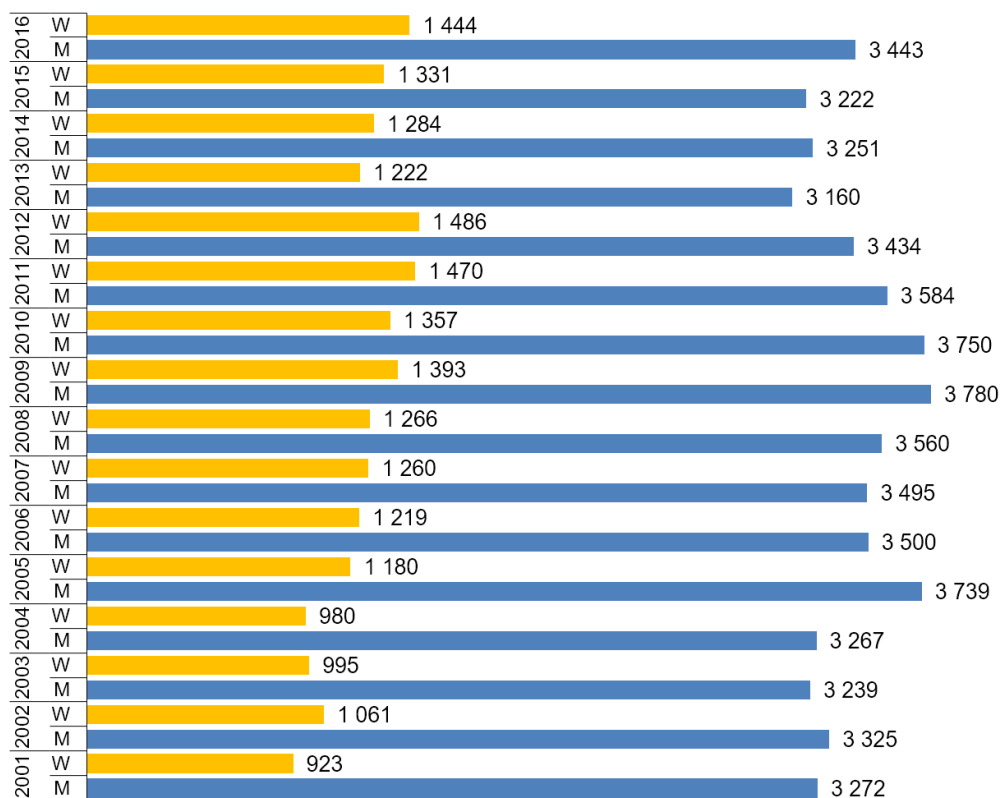


Abb. 3.3: Alkoholabhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 2001-2016, Quelle: LKF-Daten 2016, eigene Berechnung

Die Behandlung wegen Alkoholabhängigkeit steigt bis zu den Altersgruppen der 50 bis 59-Jährigen kontinuierlich an. (Die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit benötigt in der Regel jahrelangen missbräuchlichen Alkoholkonsum.) Die höchste Zahl der Abhängigkeitsdiagnosen ist in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen zu finden: Knapp 7 Diagnosen pro 1.000 EinwohnerInnen entfielen 2016 auf diese Altersgruppe.

Der Rückgang ab 60 Jahren ist teilweise durch die geringere Lebenserwartung von AlkoholikerInnen bedingt.

Relevant für den Rückgang der Abhängigkeitsdiagnosen ab 60 Jahren dürfte auch sein, dass ab einem gewissen Alter AlkoholikerInnen sich weniger oft in Behandlung begeben. Der Druck durch den/die DienstgeberIn fällt z. B. bei Älteren (oftmals auf Grund ihrer Pensionierung) weg und bei Jüngeren erscheint eine Behandlung besonders angebracht, da diese „das Leben noch vor sich haben“.

<sup>2</sup> Der Diagnosecluster „Alkoholabhängigkeit“ ist eine Zusammenfassung der Diagnosen F10.4 Entzugssyndrom mit Delir, F10.3 Entzugssyndrom, F10.2 Alkoholabhängigkeitssyndrom



### 3.1 Alkohol

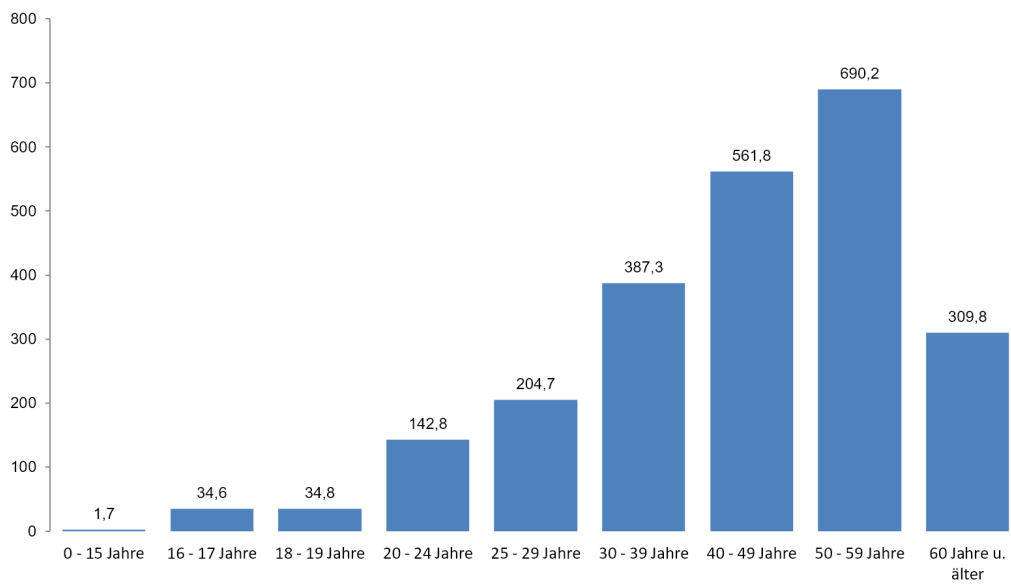


Abb. 3.4: Alkoholabhängigkeit nach Alter in OÖ 2016, Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie. Quelle: LKF-Daten 2016, eigene Berechnung

### 3 diverse Suchtspezifika

Tab. 3.2: Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit 2016 nach Altersgruppen (Fälle)

Altersgruppen	Geschlecht	Entlassungen bei Alkoholabhängigkeit	Belagstage bei Alkoholabhängigkeit	Belagsdauer in Tagen	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 Einwohner
0 - 15 Jahre	M	3	0	0,0	119.727	2,5
	W	1	7	7,0	113.731	0,9
16 - 17 Jahre	M	5	22	4,4	16.776	29,8
	W	6	124	20,7	15.006	40,0
18 - 19 Jahre	M	6	67	11,2	18.028	33,3
	W	6	53	8,8	16.430	36,5
20 - 24 Jahre	M	89	752	8,5	47.658	186,7
	W	42	426	10,1	44.107	95,2
25 - 29 Jahre	M	143	1.334	9,3	48.894	292,5
	W	51	597	11,7	45.873	111,2
30 - 39 Jahre	M	501	5.952	11,9	95.856	522,7
	W	223	2.574	11,5	91.103	244,8
40 - 49 Jahre	M	792	10.040	12,7	107.504	736,7
	W	405	5.187	12,8	105.549	383,7
50 - 59 Jahre	M	1.093	12.900	11,8	113.036	966,9
	W	459	5.460	11,9	111.814	410,5
60 Jahre u. älter	M	811	8.642	10,7	152.678	531,2
	W	251	3.232	12,9	190.178	132,0
<b>Oberösterreich</b>	<b>M</b>	<b>3.443</b>	<b>39.709</b>	<b>11,5</b>	<b>720.157</b>	<b>478,1</b>
	<b>W</b>	<b>1.444</b>	<b>17.660</b>	<b>12,2</b>	<b>733.791</b>	<b>196,8</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>4.887</b>	<b>57.369</b>	<b>11,7</b>	<b>1.453.948</b>	<b>336,1</b>

### 3.1.3 Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum

Unter den zahlreichen Versuchen Grenzmengen festzulegen, an Hand derer es möglich ist, gesundheitsschädigenden (über der „Gefährdungsgrenze“) Alkoholkonsum zu definieren, hat sich nunmehr die vom britischen Health Education Council 1994 publizierte Definition über die „Gefährdungsgrenze“ international weitgehend durchgesetzt:

Tab. 3.3: "Gefährdungsgrenze" lt. Health Education Council (1994), Quelle: [UHL/BACHMAYER/KOBRNA u. a. \(2009: 122\)](#)

	Männer	Frauen
Gefährdungsgrenze:	Ab 60 Gramm reiner Alkohol	Ab 40 Gramm reiner Alkohol
Konsum als gesundheitsgefährdend eingestuft	Pro Tag ≈ 1,5 Liter Bier oder ≈ 0,75 Liter Wein	Pro Tag ≈ 1 Liter Bier oder ≈ 0,5 Liter Wein

Ein täglicher Durchschnittskonsum ab 40 Gramm Alkohol bei Frauen und ab 60 Gramm Alkohol bei Männern (Gefährdungsgrenze) gilt als eindeutig gesundheitsgefährdend.

Etwa 14 % der ab-15-jährigen österreichischen Bevölkerung pflegt einen solchen gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum. Hierzu zählen auch die rund 5 % Alkoholabhängigen. Der Anteil unter den Männern (19 %) ist doppelt so hoch als jener unter den Frauen (9 %). ([GÖG, 2016: 2](#))

### 3.1.4 Alkoholkonsum von SchülerInnen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung ([RAMELOW/TEUTSCH/HOFMANN/FELDER-PUIG, 2015](#)) von österreichischen SchülerInnen im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren dargestellt. Es handelt sich hierbei um die zuletzt veröffentlichten Daten im Rahmen des WHO Survey HBSC (Health Behavior of Schoolaged Children) aus dem Jahre 2014.

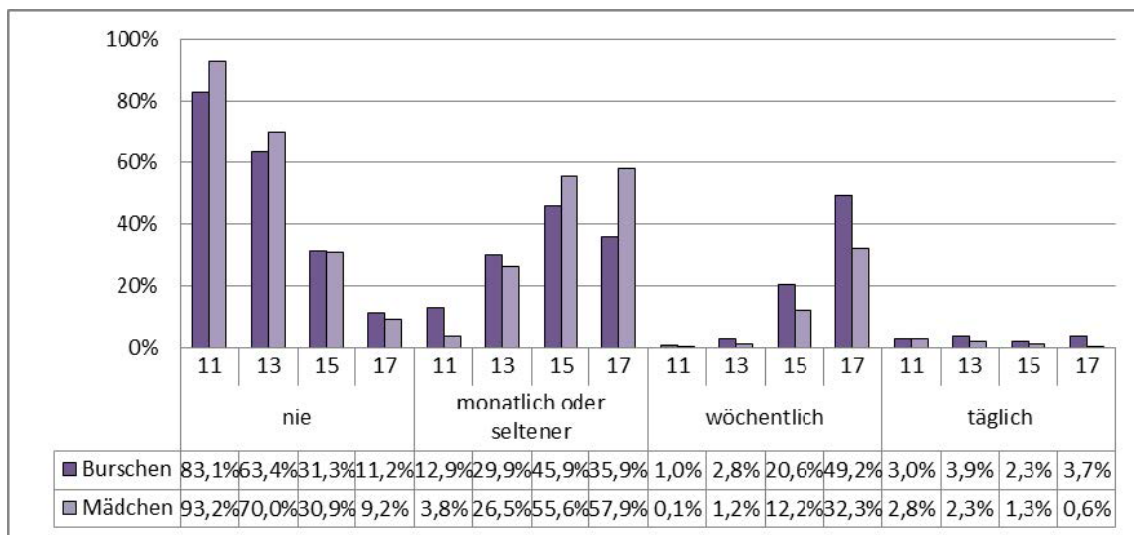


Abb. 3.5: Regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens ein alkoholisches Getränk wöchentlich oder öfter) von 11-, 13-, 15- und 17-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht, Quelle: [RAMELOW/TEUTSCH/HOFMANN/FELDER-PUIG \(2015: 48\)](#)

Rund 16 % der befragten SchülerInnen trinken mindestens einmal pro Woche (jede Woche bzw. täglich) Alkohol. Dies ist bei Burschen (19,4 %) häufiger der Fall als bei Mädchen (13,6 %). Erwartungsgemäß nimmt der wöchentliche und tägliche Alkoholkonsum mit dem Alter deutlich zu, wobei hier in allen Altersgruppen mehr Burschen als Mädchen Alkohol trinken. 22,9 % der 15-jährigen Burschen und 13,5 % der gleichaltrigen Mädchen geben an, zumindest wöchentlich (wöchentlich bzw. täglich) Alkohol zu konsumieren.

Bei Betrachtung des mindestens wöchentlichen Alkoholkonsums seit 1994 nach Alter, wird ersichtlich, dass dieser vor allem bei den 13- und 15-Jährigen stark zurückgegangen ist.

Seit 1994 hat sich der wöchentliche Alkoholkonsum der 15-Jährigen beinahe halbiert (diese starke Reduktion ist vor allem seit 2010 erfolgt). Auch bei den 13-jährigen ist der wöchentliche Alkoholkonsum auf weniger als die Hälfte des Standes von 1994 gesunken (wenn auch von einem wesentlich geringeren Ausgangsniveau aus, als bei den 15-Jährigen). Der Rückgang des mindestens wöchentlichen Alkoholkonsums bei der Befragung 2014 wird von den AutorInnen wie folgt begründet: Wandel in der Jugendkultur, in der der Aufbau soziale Kontakte heute eher über soziale Medien erfolgt als über das gemeinsame Ausprobieren von Risikoverhaltensweisen wie Tabak- und Alkoholkonsum.

Auch Ergebnisse einer weiteren im Jahr 2015 durchgeführten SchülerInnenbefragung (ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) legen nahe, dass SchülerInnen seltener

### 3.1 Alkohol

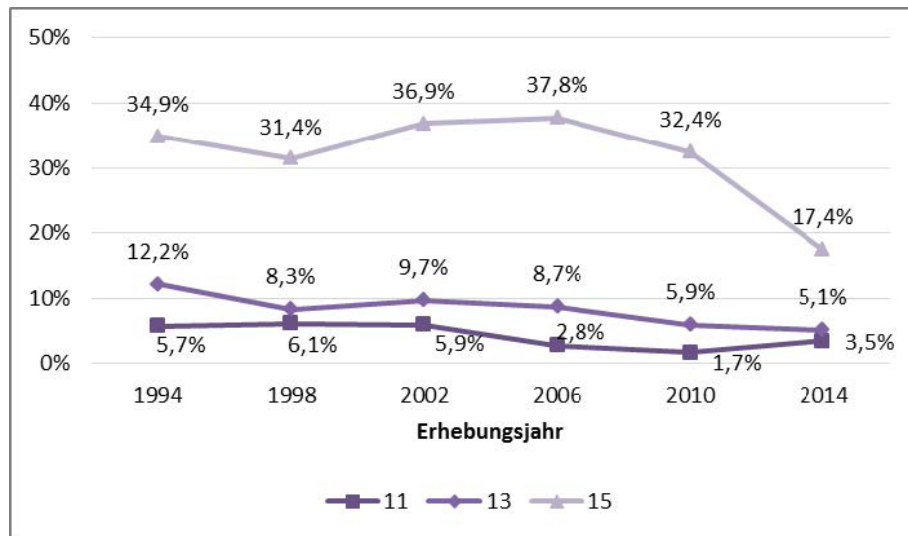


Abb. 3.6: mindestens wöchentlicher Alkoholkonsum der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter, Quellen: [RAMELOW/TEUTSCH/HOFMANN/FELDER-PUIG \(2015: 95\)](#)

und weniger Alkohol trinken als noch vor 10 Jahren, was primär auf den Rückgang problematischer Konsummuster bei männlichen Jugendlichen zurückzuführen ist. ([GÖG, 2016: 2](#))

## 3.2 Tabak

### 3.2.1 Prävalenz des Tabakkonsums in Oberösterreich

Zur Darstellung der Prävalenz des Tabakkonsums in Oberösterreich werden Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung OÖ aus den Jahren 2000, 2006 und 2015 präsentiert, die im Rahmen des Projektes „Drogenmonitoring OÖ“ durchgeführt wurde<sup>3</sup>, sowie Ergebnisse des internationalen HBSC-Forschungsprojekts, der „Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS)“ und der Daten der „Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung“ (LKF).

Nimmt man die GelegenheitsraucherInnen und täglichen RaucherInnen zusammen, ergibt sich derzeit ein RaucherInnenanteil von 32,68%, also mehr als zwei Drittel der Befragten bezeichneten sich als „absolute NichtraucherInnen“.<sup>4</sup>

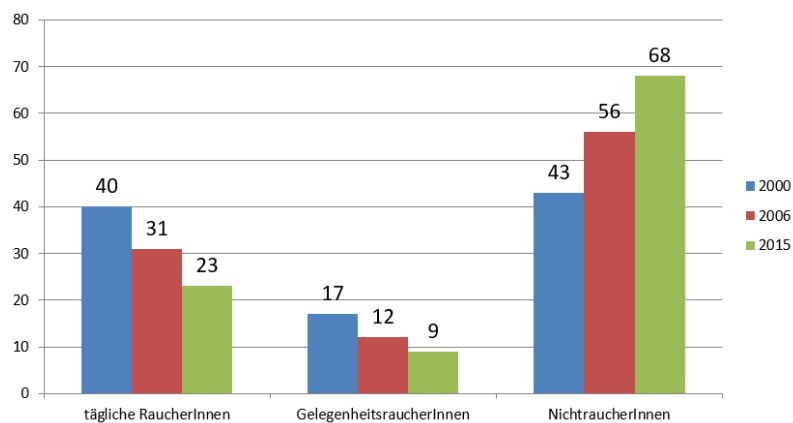


Abb. 3.7: RaucherInnenprävalenz Oberösterreich (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2000, 2006, 2015, Alter 15+

Im Vergleich zu den Befragungen im Jahr 2000, und 2006 weisen die Angaben der Befragung

<sup>3</sup> Aus Platzgründen konzentrierte sich die Erhebung auf den Zigarettenkonsum, der heute den überwiegenden Anteil des Tabakkonsums ausmacht. Für Österreich wurde im Rahmen einer Mikrozensuserhebung zu den Rauchgewohnheiten der Pfeifen oder Zigarrenraucheranteil mit 1,9% beschrieben (STATISTIK AUSTRIA, 2002: 21). In Deutschland rauchen ca. 4% der männlichen Tabakkonsumente Zigarren oder Zigarillos bzw. Pfeife, von den weiblichen sind es lediglich 0,4% bzw. 0,2%. (JUNGE/NAGEL, 1999: 23) Zur Erhebung der RaucherInnenprävalenz und RaucherInnenstatus: Um die Vergleichbarkeit mit der Ersterhebung 2000 und Folgerhebung 2006 zu gewährleisten, wurden die Fragen zur Prävalenz des Tabakkonsums und weiterer Fragestellungen gleich lautend übernommen, obwohl z. B. bei den täglichen RaucherInnen die Formulierungen „bin ein durchschnittlicher Raucher“ und „bin ein starker Raucher“ präziser formuliert werden könnten. Zusätzlich wurden für die Folgebefragungen 2006 und 2015 weitere Fragen entwickelt bzw. von anderen internationalen Untersuchungen übernommen oder adaptiert, z. B. aus RIEMANN/-GERBER (1997).

<sup>4</sup> Aufgrund der Defizite der Datenlage ist ein Vergleich mit anderen Untersuchungen nur bedingt sinnvoll. In der BRD mit einer relativ großen Zahl an bundesweiten repräsentativen Untersuchungen zum Rauchverhalten variieren die Werte zum Teil recht deutlich, in einzelnen Bereichen bis zu 10 Prozent und darüber. Als Gründe hierfür werden unterschiedliche Anlagen der Studien, Frageformulierungen und Stichprobenumfänge genannt. Zur Beurteilung von Trends sind daher Zahlen von denselben Erhebungsreihen aus verschiedenen Jahren heranzuziehen. (JUNGE/THAMM, 2003: 49)

2015 auf einen weiteren Rückgang der Raucherquote hin. Im Jahr 2000 gaben insgesamt 57% an zu rauchen, 2006 erreichte der Anteil der RaucherInnen 43% und 2015 gaben 32% der Befragten an zu rauchen. Im Jahr 2000 gaben 40% an täglich zu rauchen, 2006 erreichte dieser Wert 31% und 2015 gaben 23% der Befragten täglichen Zigarettenkonsum an. Der Nichtraucheranteil stieg in diesem Zeitraum um 25% von 43% im Jahr 2000 auf 68% im Jahr 2015 an.

### Rauchen, Geschlecht und Alter

Wie bei anderen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, ist auch das Rauchen relativ stark durch Geschlechterdifferenzen und durch das Alter bestimmt.

Tab. 3.4: Verteilung RaucherInnenstatus nach Geschlecht (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung ÖÖ 2015, Alter 15+, N=1184

Geschlecht	RaucherInnen		
	Nicht-RaucherInnen	Gelegenheits - RaucherInnen	tägliche RaucherInnen
M	65,6	9,0	25,3
W	69,6	8,8	21,7
<b>Gesamt</b>	<b>67,7</b>	<b>8,9</b>	<b>23,5</b>

Insgesamt rauchen mehr Männer als Frauen (34,3 %: 30,5 %) und sie rauchen häufiger (tägliches Rauchen: 25,3 %: 21,7 %). Der Zusammenhang zwischen Alter und Rauchgewohnheiten wird bei der Entwicklung einer „RaucherInnenkarriere“, also der Entwicklung vom Probierer zum Gewohnheitsraucher, deutlich. Der überwiegende Anteil der heute regelmäßig Konsumierenden startete die RaucherInnenlaufbahn im frühen Jugendalter. Während im Alter von 13 Jahren noch relativ wenige Burschen und Mädchen regelmäßig rauchen, nimmt die Anzahl der täglichen RaucherInnen ab dem 15. Lebensjahr immer schneller zu und erreicht in dieser Untersuchung bei den 15- bis 19-jährigen bei beiden Geschlechtern ihren Höhepunkt (GelegenheitsraucherInnen + tägliche RaucherInnen). [JUNGE/NAGEL \(1999\)](#) zeigen für Deutschland, dass 95 % der heute 20- bis 29-jährigen mit dem Rauchen begonnen haben, als sie jünger als 20 Jahre waren. ([JUNGE/NAGEL, 1999: 123](#)) [DÜR/MRAVLAK/STIDL/WANNENMACHER \(2002\)](#) verweisen darauf, dass 90 % der RaucherInnen im Erwachsenenalter vor ihrem 18. Lebensjahr zu rauchen begonnen haben. ([DÜR/MRAVLAK/STIDL/WANNENMACHER, 2002: 24](#))

Die niedrigen RaucherInnenraten älterer Menschen wird vor allem auch durch die frühere Sterblichkeit der RaucherInnen und durch die höhere Anzahl von Ex-RaucherInnen mit beeinflusst.

Die Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS) sind, trotz unterschiedlicher Erhebungsmethoden, den Daten aus dem Drogenmonitoring ÖÖ 2015 sehr ähnlich. Insgesamt gaben bei dieser Studie 30% der ÖsterreicherInnen an zu rauchen (inklusive GelegenheitsraucherInnen), wobei der Anteil bei Frauen (27%) deutlich unter jenem der Männer (33%) liegt. 27% der Männer und 22% der Frauen gaben an, täglich zu rauchen, das sind insgesamt 24% tägliche RaucherInnen. ([KLIMONT/BALDASZ, 2015: 172](#))

### 3.2.2 Tabakkonsum von SchülerInnen

Das internationale Forschungsprojekt „Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC)“ wird von der WHO in 35 Ländern durchgeführt. Bei den in (fast) regelmäßigen Abständen durchgeführten Studien werden 11 bis 15-jährige SchülerInnen (in der Erhebung 2010 wurden erstmals auch 17-jährige SchülerInnen befragt) zu gesundheitsrelevanten Themenbereichen unter anderem auch zu Alkohol, Nikotin und Cannabiskonsum befragt.

Die HBSC-Studien stellen wichtige Referenzstudien dar, da aufgrund der Methodik und der Regelmäßigkeit die Entwicklungen des Rauchverhaltens der 11- bis 15-jährigen SchülerInnen in Österreich relativ gut dokumentiert und international vergleichbar wird.

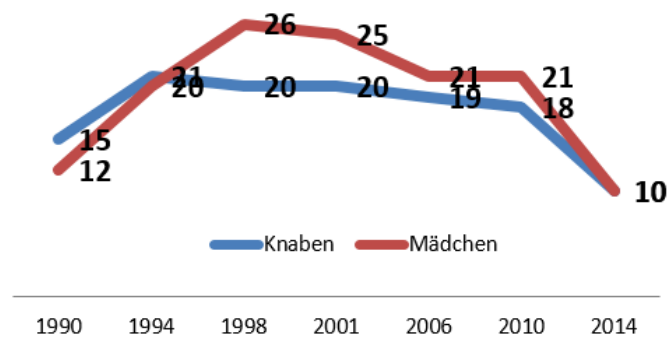


Abb. 3.8: Tabakkonsum der 15-Jährigen: SchülerInnen, die „täglich rauchen“ von 1990 bis 2014 nach Geschlecht, Auswertung Österreich, Quelle: [DÜR/GRIEBLER \(2007: Anhang B, 2\)](#), [RAMELOW/GRIEBLER u. a. \(2011: Anhang B, 121\)](#), [RAMELOW/TEUTSCH/HOFMANN/FELDER-PUIG \(2015: Anhang B, 139\)](#)

Zur Beschreibung der RaucherInnenprävalenz der 15-jährigen SchülerInnen soll das tägliche Rauchen dargestellt werden. Abbildung 3.8 gibt einen Einblick in die Entwicklung seit 1990 und zeigt, dass in Österreich in den 1990-er Jahren das tägliche Rauchen bei beiden Geschlechtern stark zugenommen hat. Die größte Zunahme gab es bei den Mädchen. Ab 1998 kam es zu einer leichten Abnahme bis 2010, bei der Befragung 2014 zu einer starken Abnahme bei beiden Geschlechtern.

Der starke Rückgang der Raucherquote bei der Befragung 2014 könnte, gemäß den AutorInnen, „mit einem Wandel in der Jugendkultur zusammenhängen, in der der Aufbau soziale Kontakte heute eher über soziale Medien erfolgt als über das gemeinsame Ausprobieren von Risikoverhaltensweisen wie Tabak- und Alkoholkonsum.“ ([RAMELOW/TEUTSCH/HOFMANN/FELDER-PUIG, 2015: 99](#))

### 3.2.3 NichtraucherInnenschutz und Passivrauchen in Oberösterreich

NichtraucherInnenschutz kann als eines der zentralen Ziele der Tabakpolitik bezeichnet werden, da dem Schutz vor Schädigung von NichtkonsumentInnen bei jedem Substanzkonsum „oberste Priorität“ zukommt (siehe zum Beispiel Alkohol im Straßenverkehr). Nachfolgend werden Ergebnisse



des zum NichtraucherInnenschutz und Passivrauchen<sup>5</sup> im Bereich der eigenen Wohnung und des Arbeitsplatzes, sowie eine Gesamttagelastung durch Passivrauchen dargestellt.<sup>6</sup>

### 1) Passivrauchen in der Wohnung

18,7% der Befragten geben an, dass in ihrer Wohnung geraucht wird (regelmäßig 12%, in Ausnahmefällen 6,8%. (siehe Abbildung 3.9)

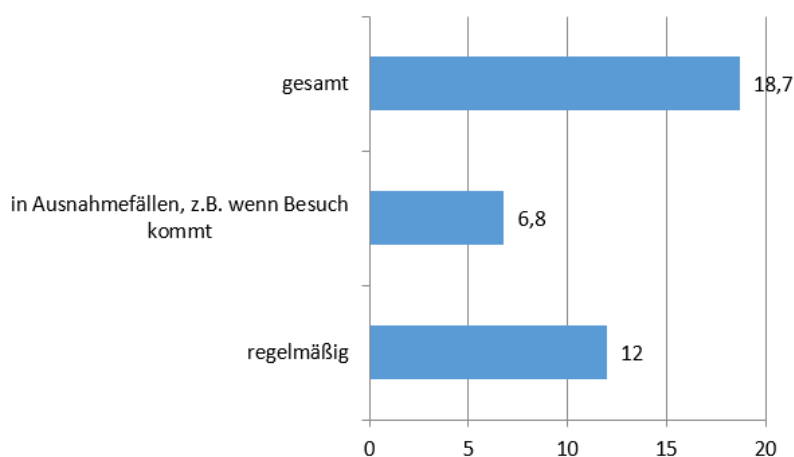


Abb. 3.9: Rauchbelastung in der eigenen Wohnung (in Prozent), Quelle Bevölkerungsbefragung OÖ 2015, Alter 15+, N=1184

### 2) Passivrauchen am Arbeitsplatz

Dem NichtraucherInnenschutz am Arbeitsplatz kommt aus suchtpreventiver Sicht eine hohe Bedeutung zu, da hier die Wahlfreiheit der Einzelnen stark eingeschränkt ist und zudem die Menschen sehr lange Zeit in diesem Setting verbringen.

Bei der Frage wie das Thema Rauchen an der Arbeitstelle geregelt ist gaben 45,8% der Befragten, die ihre Arbeitszeit überwiegend in Innenräumen verbringen, an, dass an ihrer Arbeitsstelle nirgends geraucht werden darf. 49,2% gaben an, dass an ihrer Arbeitsstelle an bestimmten Orten geraucht werden darf und weitere 3,4% der Befragten berichteten, dass an ihrer Arbeitsstelle überall geraucht werden darf. (siehe Abb. 3.10)

Auf die Frage „Wird an ihrem direkten Arbeitsplatz geraucht?“ gaben immerhin 10% der Befragten, die ihre Arbeitszeit überwiegend in Innenräumen verbringen, an, dass dort geraucht wird, und weitere 9,1% das in Ausnahmefällen dort geraucht wird (insgesamt 19,1%). (siehe Abb. 3.11)

<sup>5</sup> Die nachfolgenden Darstellungen fokussieren die Passivrauchexposition für deklarierte NichtraucherInnen und Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren. GelegenheitsraucherInnen und tägliche RaucherInnen unterliegen natürlich auch Passivrauchbelastungen außerhalb ihrer Konsumzeiten.

<sup>6</sup> Die entsprechenden Fragen zum NichtraucherInnenschutz und Passivrauchen wurden in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gesundheitsplanung entwickelt.

### 3 diverse Suchtspezifika

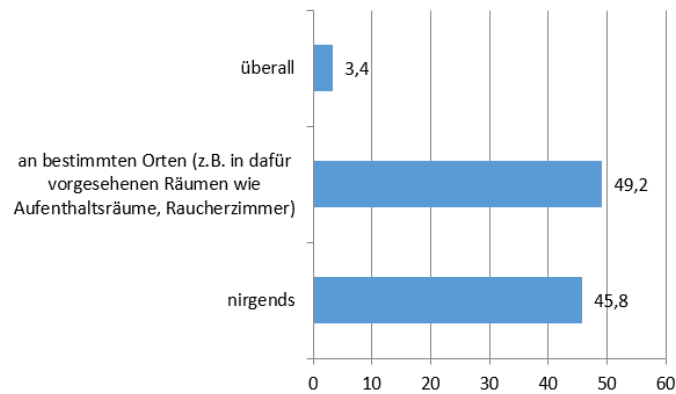


Abb. 3.10: Wo darf an Ihrer Arbeitsstelle offiziell in Innenräumen geraucht werden. (in Prozent), Quelle Bevölkerungsbefragung OÖ 2015, Alter 15+, N=606

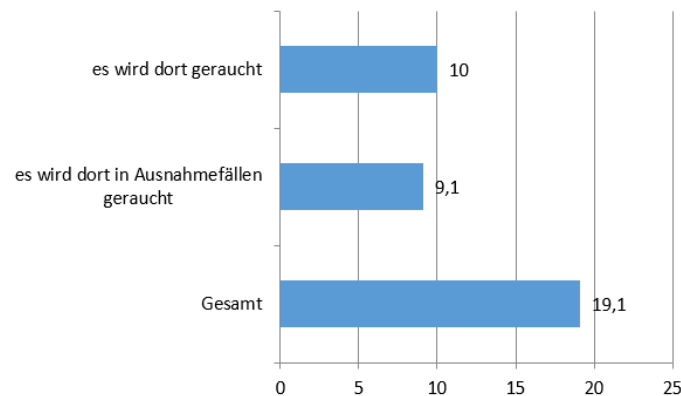


Abb. 3.11: Rauchbelastung am direkten Arbeitsplatz (in Prozent), Quelle Bevölkerungsbefragung OÖ 2015, Alter 15+, N=592

### 3) Tagesgesamtbelastung durch Passivrauchen

Bei der Frage „Wieviele Stunden haben Sie gestern in Räumen verbracht in denen geraucht wurde?“, gaben 79,6% der NichtraucherInnen an, sich nicht in solchen Räumen aufgehalten zu haben. Immerhin 14,3% der NichtraucherInnen gaben an bis zu 2 Stunden, weitere 3,8% bis zu 5 Stunden und weitere 2,3 % über 5 Stunden und mehr in Räumen verbracht zu haben, in denen geraucht wurde. Damit geben 20,4% der NichtraucherInnen an, von Passivrauchen betroffen zu sein. Da sich die Befragung an Personen ab 15 Jahren richtete, sind die Kinder bis 14 Jahren, die Passivrauchen in der elterlichen Wohnung oder anderen Orten ausgesetzt sind, hier nicht berücksichtigt.

Zusammenfassend muss von einer Untererhebung der Passivrauchbelastung ausgegangen werden. Die Angaben der Befragten werden einerseits durch soziale Wünschbarkeit beeinflusst, andererseits ist im Alltag eine Passivrauchbelastung vermutlich nicht immer bewusst, in manchen Fällen auch nicht (leicht) erkennbar. In der alltäglichen Wahrnehmung und Deutung werden Passivrauchbelastungen vermutlich mit unmittelbarer Nähe zu RaucherInnen, oder die Anwesenheit

## 3.2 Tabak

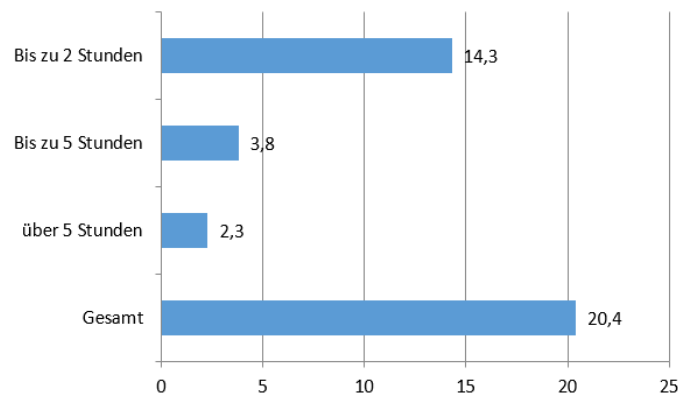


Abb. 3.12: Passivrauchbelastung der NichtraucherInnen pro Tag (in Prozent), Quelle Bevölkerungsbefragung OÖ 2015, Alter 15+, N=783

von rauchenden Personen im selben Raum eingeordnet. Weiters ist die zeitliche Erfassung des Passivrauchens nicht eindeutig, so kann unterschieden werden, ob Personen in einem Raum anwesend sind in dem gerade geraucht wird bzw. ob Personen sich in einem Raum befinden, in dem vor wenigen Stunden geraucht wurde etc.

### 3.2.4 Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit

Bezogen auf den Fagerströmtest (siehe Anhang Kap. 6.5) zur Messung der Ausprägung der Nikotinabhängigkeit ist bei 37% der RaucherInnen in Österreich eine starke, bei 33% eine geringe und bei 30% keine/sehr geringe Nikotinabhängigkeit nachzuweisen. (vgl. [SCHOBERBERGER/KUNZE, 1999](#))

Nach der Definition des Abhängigkeitssyndroms (siehe Anhang Kap. 6.1) im Rahmen des ICD-10 geht man in der Fachliteratur von 70% - 80% nikotinabhängigen Rauchern aus (vgl. [JUNGE/THAMM, 2003](#): 47). Das wären in absoluten Zahlen ca. 196.000 bis 224.000 nikotinabhängige RaucherInnen in Oberösterreich (Bezugszahl sind die 23% täglichen RaucherInnen der Bevölkerungsbefragung OÖ 2015).

Die in Abbildung 3.13 dargestellten Diagnosezahlen zeigen bei „Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit“<sup>7</sup> die Entwicklung von 2001 bis 2016. Allerdings wird die Diagnose Nikotinabhängigkeit in der Regel erst dann gestellt, wenn ernste körperliche Schädigungen damit einhergehen. Ansonsten entwickeln sich bei Nikotin im Vergleich zu Alkohol wesentlich schneller Merkmale der Abhängigkeit.

Das Geschlechterverhältnis pendelte sich bei der Diagnose Nikotinabhängigkeit in den letzten Jahren auf rund 2:1 (männlich:weiblich) ein.

Zu beachten ist der starke Anstieg der Nikotindiagnosen in den Jahren 2001 bis 2007. Eine plausible und nachvollziehbare Erklärung dafür ist noch ausständig (beispielsweise könnte eine höhere Sensibilität in der Diagnostik gegenüber Nikotinerkrankungen eine Rolle spielen). Der

<sup>7</sup> Die Diagnose „Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit“ ist eine Zusammenfassung der Diagnosen F17.1 Schädlicher Gebrauch, F17.2 Abhängigkeitssyndrom von Tabak, F17.3 Entzugssyndrom bei Tabak

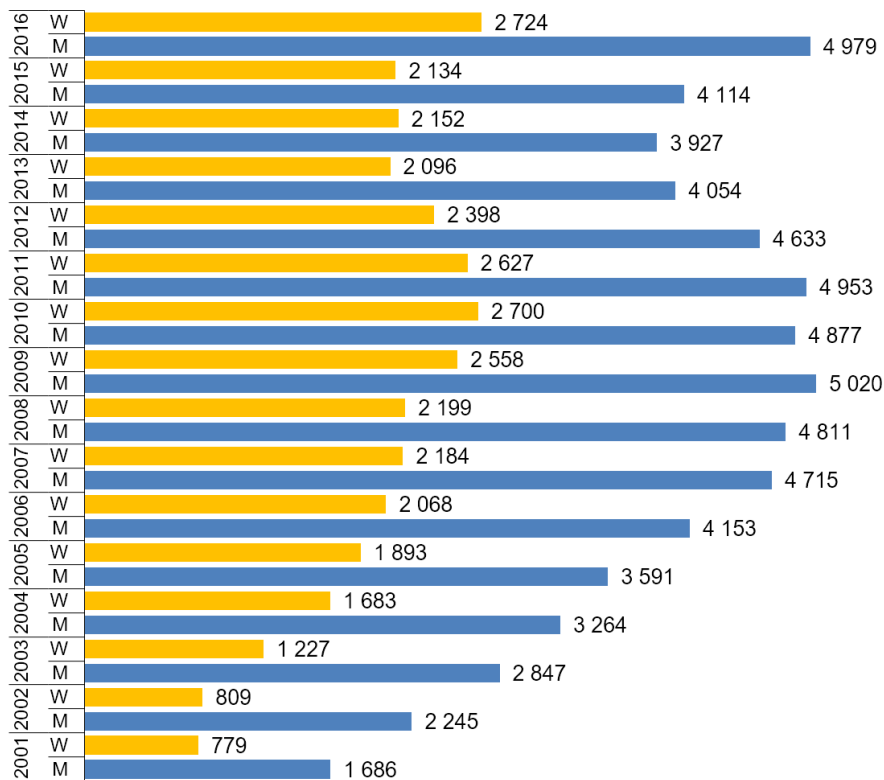


Abb. 3.13: Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 2001-2016, Quelle: LKF-Daten 2016

Rückgang der Nikotindiagnosen seit dem Jahr 2011 und der darauf folgende Anstieg scheint eher mit Effekten der Datenerhebung als mit einer Veränderung der Erkrankungen in Zusammenhang stehen.

### 3.3 Opiate

Die Konsumerfahrungen mit Opiaten liegt in Oberösterreich bei ca. 1-2%, das sind etwa 12.000 - 24.000 Personen im Alter von über 15 Jahren (Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2015)

Der aktuelle risikoreiche Konsum dieser Substanzen lässt sich mit quantitativen Methoden nicht erheben, da die Stichprobe kaum groß genug sein kann, um genügend Fälle für eine seriöse Auswertung zur Verfügung zu haben. Zudem spielt die Stichprobenverzerrung und die soziale Wünschbarkeit bei diesen Substanzen eine gewichtige Rolle. Bei der letzten Befragung in Oberösterreich gab lediglich ein Befragter an, in den letzten 30 Tagen Heroin konsumiert zu haben.

Zum risikoreichen Drogenkonsum mit Opioidbeteiligung gibt es aktuelle Schätzungen für Österreich. (siehe Kap. 2)

### 3.4 Cannabis

Konsumerfahrung: 23,7% der OberösterreicherInnen über 15 Jahre geben an, bereits einmal Cannabisprodukte konsumiert zu haben (Lebenszeitprävalenz), das sind 288.000 Personen (Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2015)

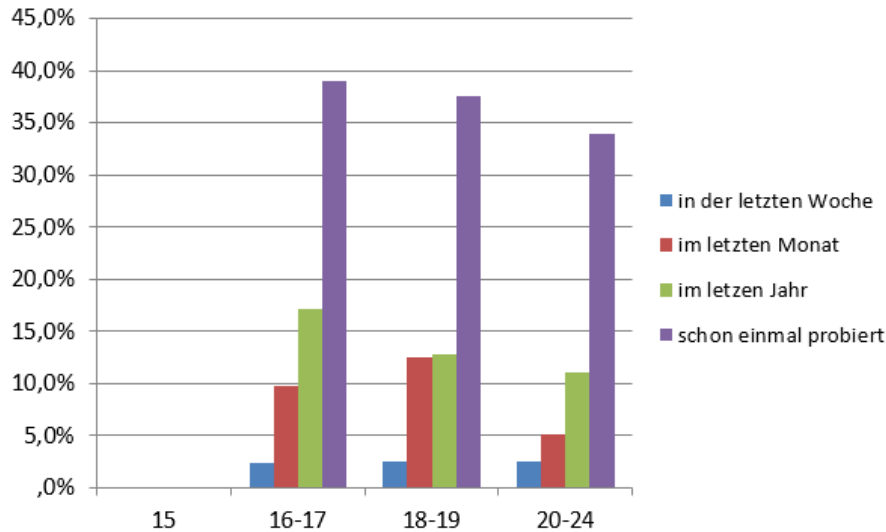


Abb. 3.14: Cannabiskonsum in OÖ, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2015

Unter den Jugendlichen im Alter von 15 bis 24 Jahren liegt die Angabe der Konsumerfahrung von Cannabis um einiges höher (34,3%); und sie liegt am höchsten in der Gruppe der 16- bis 19-jährigen immerhin bei ca. 38% dieser Altersgruppe.

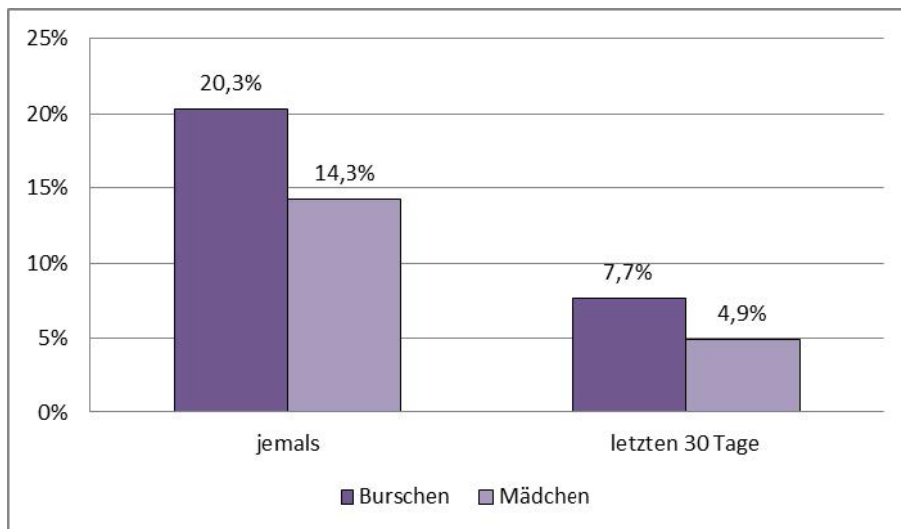


Abb. 3.15: Cannabiskonsum (jemals, letzten 30 Tage) bei 15- und 17-jährigen jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2014), Quelle: [RAMELOW/TEUTSCH/HOFMANN/FELDER-PUIG \(2015: 46\)](#)

Die letzte Befragung im Rahmen des WHO Survey HBSC (Health Behavior of Schoolaged Children) im Jahr 2014 stellte für die Altersgruppe der 15- bis 17-jährigen SchülerInnen in Österreich fest: „Rund 17% der österreichischen Schülerinnen und Schüler ab 15 Jahren haben nach eigenen Angaben bereits zumindest einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert. Von einem Konsum in den letzten 30 Tagen berichten ca. 6%. Insgesamt ist Cannabis unter Burschen weiter verbreitet als unter Mädchen. (siehe Abbildung 3.15)“ ([RAMELOW/TEUTSCH/HOFMANN/FELDER-PUIG, 2015: 49](#))

### 3.5 Weitere Substanzen

Es finden sich eine Reihe von Belegen für die zunehmende Differenzierung des Drogenkonsums. Sowohl im Bereich des Experimentierkonsums als auch beim risikoreichen Konsum kommt eine Vielzahl von unterschiedlichen Substanzen zur Verwendung. Es bestätigt sich der Trend in Richtung aufputschende Substanzen - insbesondere Methamphetamin (Crystal Meth), Amphetamin und Kokain. Neben dem Preisverfall von Kokain und in Teilen Österreichs hohen Verfügbarkeit von Methamphetamin in den letzten Jahren dürften auch gesamtgesellschaftliche Entwicklungen ein Grund dafür sein - vor allem die Suche nach aufputschenden Substanzen als Anpassung an die sozialen und wirtschaftlichen Anforderungen einer zunehmenden Leistungsgesellschaft.

Es ist weiters eine Verbreiterung des konsumierten Substanzspektrums zu beobachten, der polytoxikomane Gebrauch - d.h. der abwechselnde und gleichzeitige Gebrauch unterschiedlicher Substanzen nimmt weiterhin zu.

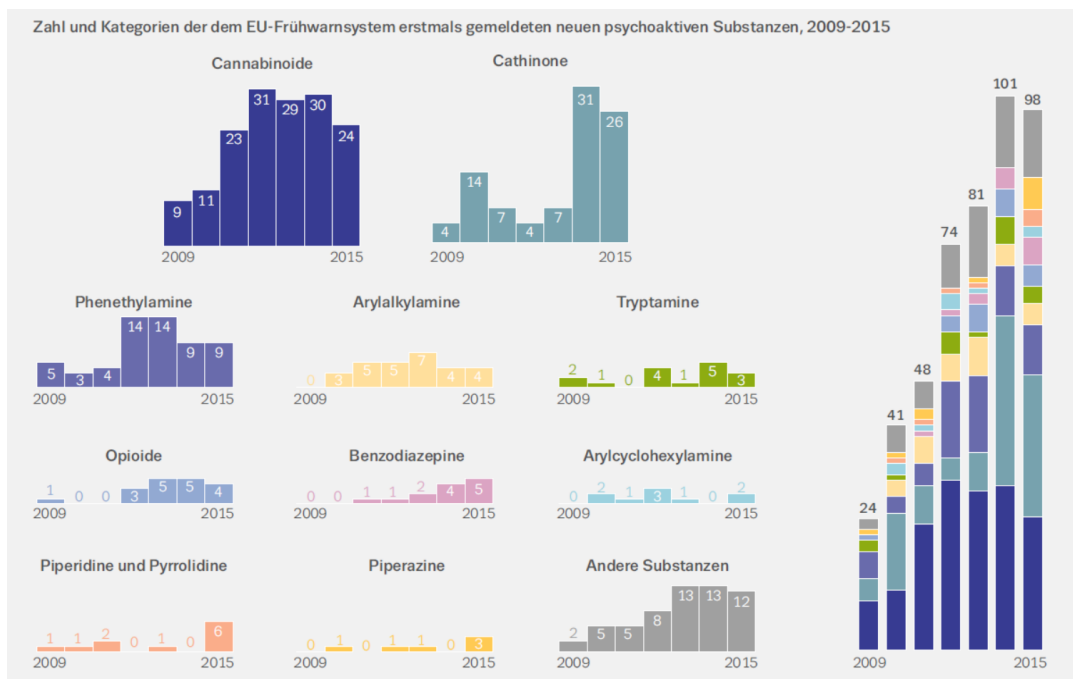


Abb. 3.16: Zahl und Kategorien der dem EU-Frühwarnsystem erstmals gemeldeten neuen psychoaktiven Substanzen, 2009-2015, Quelle: [EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT](#) (2016: 32)

Neben Ecstasy gewinnen zunehmend die sogenannten Neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) an Bedeutung. Die Varianten an künstlichen Cannabinoiden und Derivate aufputschender und halluzinogener Substanzen nehmen jährlich zu.

„In den letzten Jahren wurde beim Prober- und Experimentierkonsum eine Verbreiterung des Substanzspektrums festgestellt. In bestimmten Szenen und Gruppen von Jugendlichen finden sich dabei hohe Prävalenzraten für eine Reihe von unterschiedlichen Substanzen, darunter auch

biogene Drogen und Schnüffelstoffe. Generell ist aber der Konsum von illegalen Substanzen bei den meisten Personen auf eine kurze Lebensphase beschränkt. Die wenigen verfügbaren Daten zum Konsum von *Neuen psychoaktiven Substanzen (NPS)* - früher auch *Research Chemicals* bzw. *Legal Highs* genannt - in der Allgemeinbevölkerung sprechen trotz der großen medialen Aufmerksamkeit für eine geringe Einnahmeprävalenz“. (WEIGL u. a., 2015: 49)

„Die EMCDDA [Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht] beobachtet eine breite Palette neuer psychoaktiver Substanzen. Hierzu zählen synthetische Cannabinoide, synthetische Cathinone, Phenethylamine, Opioide, Tryptamine, Benzodiazepine, Arylalkylamine und eine Reihe weiterer Substanzen. Im Jahr 2015 wurden 98 neue Substanzen erstmals nachgewiesen. Damit beläuft sich die Zahl der beobachteten neuen Substanzen auf mehr als 560, von denen 380 (70 %) in den letzten fünf Jahren entdeckt wurden (siehe Abbildung 3.16)“. (EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT, 2016: 32)

### 3.6 Essstörungen

Zur Prävalenz von Essstörungen gibt es in Österreich nur grobe Schätzungen. Gebräuchlich ist eine Anwendung von Ergebnissen deutscher Studien, insbesondere denjenigen von KRÜGER/REICH/-BUCHHEIM/CIERPKA (2001), um annäherungsweise Aussagen zur Verbreitung der Essstörungen in Österreich treffen zu können.

Etwa 200.000 Österreicherinnen erkranken demnach zumindest einmal im Laufe ihres Lebens an einer Essstörung. D.h. etwa jede 15. Frau in Österreich ist betroffen. Von den 15- bis 25-jährigen Mädchen leiden zur Zeit etwa 5.500 an Anorexia nervosa (Magersucht), weitere 5.000 sind sehr gefährdet bzw. weisen einzelne Symptome auf. Jedes Jahr erkranken ca. weitere 600 Mädchen. Von den 18- bis 35-jährigen Frauen leiden zur Zeit etwa 24.000 an Bulimie. Jedes Jahr erkranken zumindest 900 weitere Frauen neu an Bulimie.

Im Jahr 2015 wurden in Oberösterreich in den öffentlichen Krankenanstalten 701 Diagnosen zu Essstörungen<sup>8</sup> gestellt (Quelle: LKF-Daten 2016 (SEYER, 2017)).

Die diagnostizierten Essstörungen sind bis zum Jahr 2004 kontinuierlich gestiegen, stagnierten dann bis 2007 und waren im Jahr 2008 auf dem bisher höchsten Niveau. Im Jahr 2015 befanden sich die diagnostizierten Essstörungen wieder auf dem Niveau der Jahre 2004 bis 2007. Ob dies der tatsächlichen Problementwicklung folgte, ist schwer zu sagen. Die Veränderungen bei den Diagnosen können auch Ausdruck einer konjunkturellen Thematisierung der Essstörungen in den Medien und im Gesundheitssystem sein, die sich in der Diagnosestellung widerspiegelt. Altersmäßig findet sich die Spitze der behandelten Erkrankungen in der Gruppe der 16- bis 17-jährigen. Danach sinken die diagnostizierten Essstörungen rapide.

Die Diagnose Essstörung wird nicht nur bei Frauen gestellt, auch bei Männern ist eine Zunahme festzustellen. Das Verhältnis Männer:Frauen liegt im Jahr 2015 bei etwa 1:6.

---

<sup>8</sup> Wenn nur die Diagnosen F50.0-1 Anorexia nervosa und F50.2-3 Bulimia nervosa herangezogen werden, waren es im Jahr 2009 373 Diagnosen.



### 3.6 Essstörungen

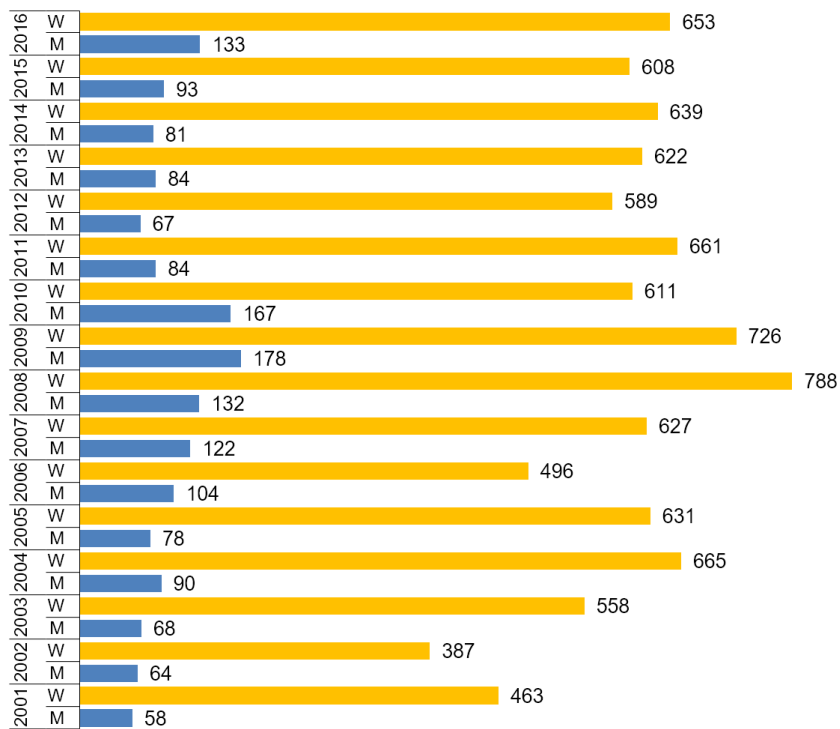


Abb. 3.17: Essstörungen nach Geschlecht in OÖ 2001-2016, Quelle: LKF-Daten 2016 (SEYER, 2017)

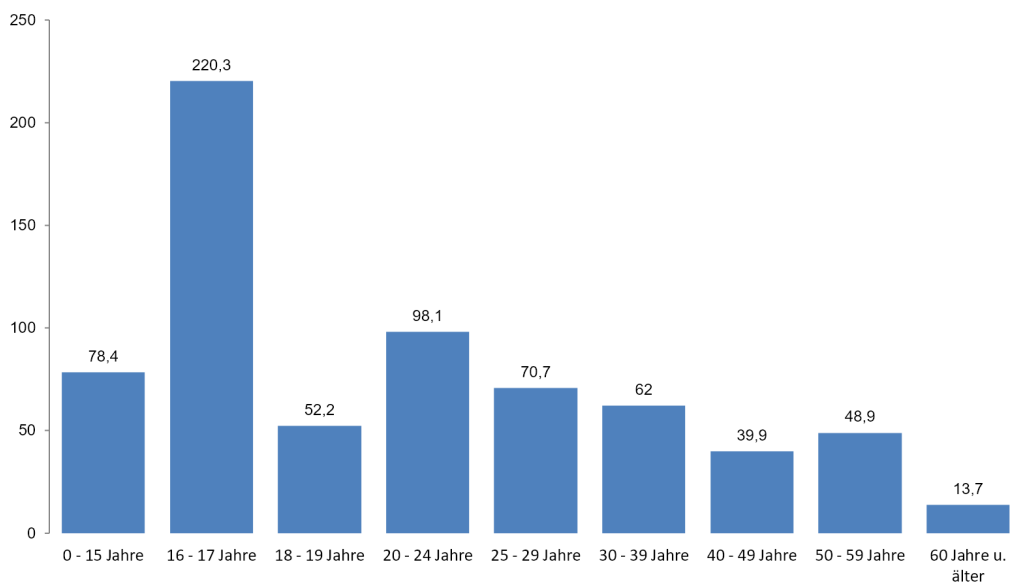


Abb. 3.18: Diagnosen Anorexie und Bulimie nach Alter in OÖ 2016, Quelle: LKF Daten 2016 (SEYER, 2017). Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie

### 3.7 Glücksspiel

Einen überdurchschnittlich hohen Anteil an problematischen bzw. pathologischen SpielerInnen weisen folgende Bevölkerungsgruppen auf: Arbeitslose, Personen mit Pflichtschulabschluss, 18- bis 35-Jährige, gering Verdienende (Einkommen unter € 1.500,- pro Monat), Personen mit häufiger Spielteilnahme und hohem Geldeinsatz. Außerdem haben Personen mit Migrationshintergrund, sowie Personen in deren Familien aktuell glücksspielbezogene Probleme bestehen, ein erhöhtes Risiko, selbst Spielprobleme zu entwickeln.

Das größte Gefährdungspotenzial der in Österreich angebotenen Glücksspiele besitzen Glücksspielautomaten: Die Prävalenz problematischen und pathologischen Spielens ist bei dieser Spielart mit Abstand am höchsten. Es folgen Sportwetten (diese gelten gesetzlich nicht als Glücksspiele, sollten laut ExpertInnen jedoch als solche eingestuft werden) und klassische Casinospiele. Die geringsten Anteile finden sich bei den Lotterien. (KALKE/BUTH u. a., 2011)

### 3.8 Kaufsucht

Süchtiges Kaufverhalten wird wie andere Verhaltenssüchte (stoffungebundene Süchte) bislang oft als „(Nicht näher bezeichnete) Störung der Impulskontrolle“ nach den Diagnosemanuals des DSM-IV und ICD 10 eingeordnet. Neben den oben erwähnten 7,8% (in Österreich 565.000 Personen) stark kaufsuchtgefährdeter Personen ab 14 Jahren, identifizieren Kollmann und Kautsch (2011) noch eine Gruppe mit deutlich kompensatorischer Kaufneigung im Ausmaß von 20% (in Österreich 1.450.000 Personen). „Der Wert der Kaufsuchtgefährdung insgesamt liegt somit 2011 bei knapp 28% (27,9%).“ (KOLLMANN/KAUTSCH, 2011: 5)

Vergleicht man die Altersgruppen, so wird deutlich, daß insbesondere jüngere Menschen von Kaufsucht betroffen sind. Mit zunehmendem Alter nimmt die Kaufsuchtgefährdung ab. „Wie in früheren Jahren stellt das Geschlecht auch 2011 einen ganz deutlichen Einflussfaktor dar. Frauen zeigen ganz deutlich höhere Werte bei der Kaufsuchtgefährdung als Männer. [...] Das Geschlechterverhältnis in der Gruppe der Kaufsuchtgefährdeten liegt 2011 bei 69 Prozent Frauen und 31 Prozent Männern.“ (KOLLMANN/KAUTSCH, 2011: 10)

Ähnliche Ergebnisse konnten bei der Bevölkerungbefragung in Oberösterreich im Rahmen des Drogenmonitorings 2015 gefunden werden. In Abbildung 3.20 sind die beiden kaufsuchtgefährdeten Gruppen nach Geschlecht und Altersgruppen differenziert dargestellt. 36,1 % der über 15-jährigen Frauen gegenüber 20,8 % der Männer können als kaufsuchtgefährdet gelten. Besonders die Gruppe der 15- bis 30-jährigen Frauen sticht heraus. Hier finden sich Werte zwischen 50 % und 59 % Prozent Anteil an kaufsuchtgefährdeten Frauen. In dieser Altersgruppe finden sich zwischen 11 % und 20 % „stark kaufsuchtgefährdeter“ Frauen. (vgl. SEYER/PAULIK/GSCHWANDTNER/LEHNER, 2016: 157)

### 3.8 Kaufsucht

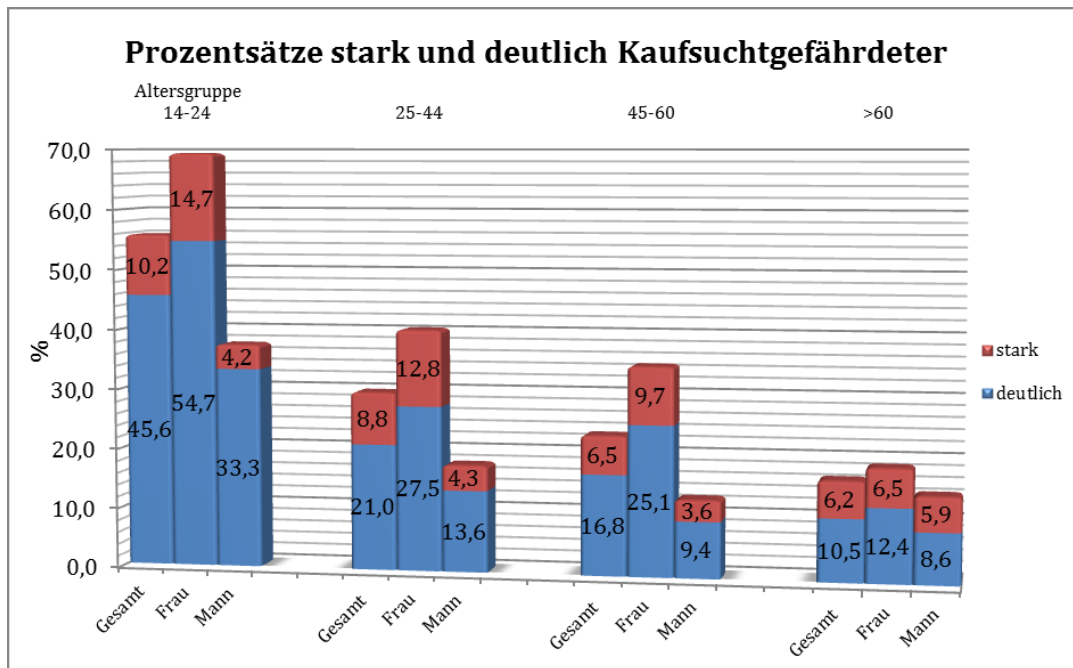


Abb. 3.19: Kaufsuchtgefährdung 2011 nach den Altersgruppen, Geschlecht und Art der Kaufsuchtgefährdung (deutlich – stark) aufgeschlüsselt, Quelle: [KOLLMANN/KAUTSCH \(2011: 8\)](#)

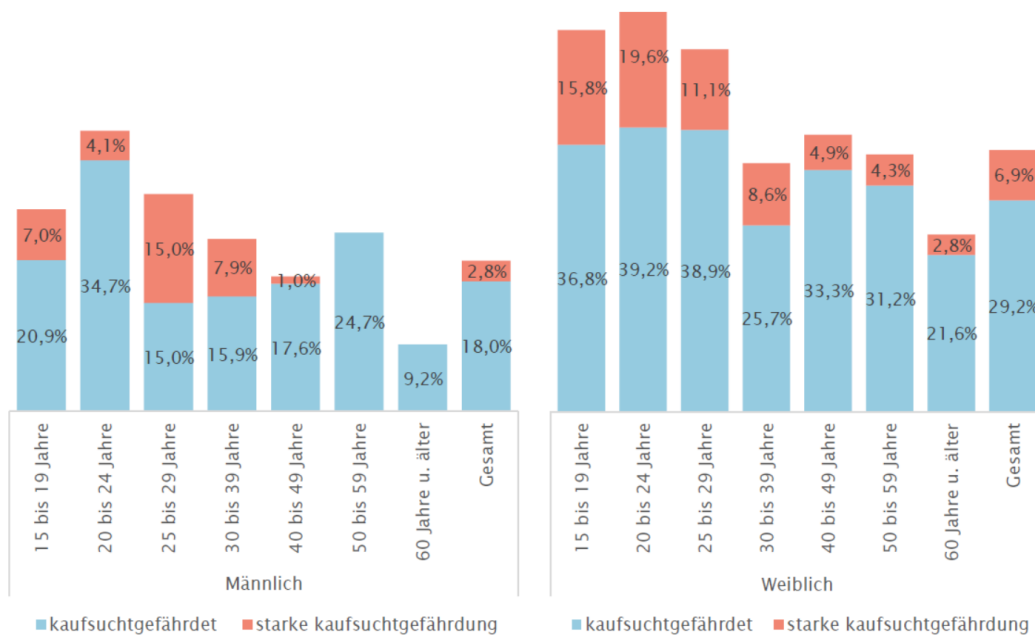


Abb. 3.20: Kaufsuchtgefährdung 2015 in Oberösterreich nach den Altersgruppen, Geschlecht und Art der Kaufsuchtgefährdung (deutlich - stark) aufgeschlüsselt, N=1184, Alter 15+, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2015 ([SEYER/PAULIK/GSCHWANDTNER/LEHNER, 2016: 157](#))

## 4 Todesfälle durch Substanzen

### 4.1 Todesfälle Alkohol, Nikotin, illegalisierte Substanzen

Zur Problematik der (kausalen) Zurechenbarkeit eines Todesfalls zu einem festgestellten Substanzkonsum und die Problematik der Brauchbarkeit von unterschiedlichen Definitionen des Substanztodes siehe den instruktiven Artikel „Todesfälle durch Substanzkonsum. Wie sinnvoll ist dieses Konzept?“ von Alfred Uhl in der „Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg.25 / 2002 nr.1/2“.

Im Anhang finden Sie nach Alfred Uhl verschiedene Möglichkeiten den Substanztod zu definieren (siehe Kap. 6.7).

Da die Sinnhaftigkeit des Konzept der Auswertung der Todesfälle zumindest in Frage steht, plädiert Uhl für Methoden, „die entweder zur Gänze auf verlorene bzw. gewonnene Lebensjahre abzielen bzw. zumindest ergänzend ausweisen.“ (UHL, 2002: 28)

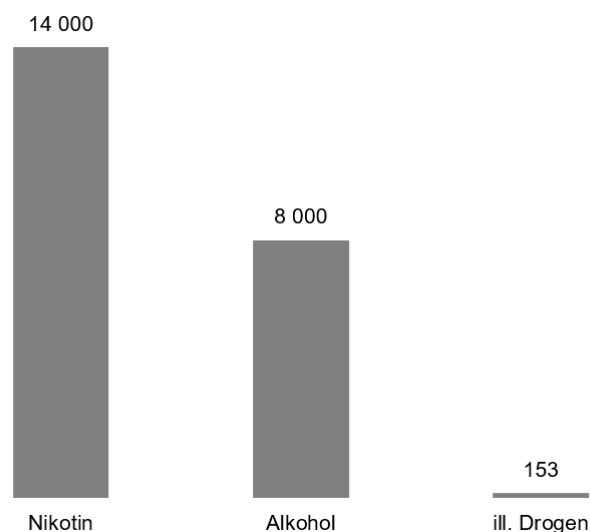


Abb. 4.1: Drogentote in Österreich, Vergleich Alkohol, Nikotin, ill. Drogen, Quelle: UHL (2002), BUSCH/-ANZENBERGER u. a. (2016)

Die Vergleichbarkeit der hier angeführten Zahlen ist nur bedingt gegeben, da sie sich auf unterschiedliche Definitionen des Substanztodes beziehen.

Bei den illegalisierten Drogen werden die Todesfälle nach einem Raster der konkreten Todesursachen gemessen und alle Todesfälle, die im engeren Sinn durch eine Substanz verursacht werden, in einer Drogenopferkartei im zuständigen Bundesministerium geführt. Bei Nikotin und Alkohol

sind die Zahlen zu den Todesfällen grobe Schätzungen und die genannten Zahlen beziehen sich auf die Definition des Substanztodes im umfassenden Sinn (siehe Kap. 6.7).

**Nikotin** Bei Nikotin gibt es die unterschiedlichsten Schätzungen der Todesfälle. Würde man den Substanztod im engeren Sinne betrachten, käme man beinahe auf 0, da tödliche Überdosierungen durch Nikotinrauchen praktisch nicht vorkommen.

Beim Substanztod im weiteren Sinne, also alle dem Substanzkonsum zurechenbaren Todesfälle, d.h. den durch Nikotinrauchen verursachten Krankheiten, gibt es Schätzungen, wonach in Österreich 9.700 Menschen (12% aller Verstorbenen) an Tabakfolgeschäden sterben. (vgl. UHL, 2002: 29).

Beim Konzept des Substanztodes im umfassenden Sinne, wie es zumeist für den Alkohol verwendet wird (STUS3), also alle nikotinabhängigen RaucherInnen, käme man auf eine Zahl von etwa 14.000 verstorbenen RaucherInnen. Hierbei wird die Zahl aller verstorbenen RaucherInnen (38.000, UHL (vgl. 2002: 29)) mit dem Anteil der abhängigen RaucherInnen (37% der Raucher, SCHÖBERBERGER/KUNZE (vgl. 1999)) korrigiert. Nimmt man an, dass 80% der RaucherInnen abhängig sind (vgl. JUNGE/THAMM, 2003: 47), käme man auf ca. 30.000 Todesfälle. Die Verkürzung der Lebenszeit wird für RaucherInnen zwischen 14 und 20 Jahren eingeschätzt, das bedeutet, „dass sich nikotinbedingt die Lebenserwartung aller ÖsterreicherInnen durchschnittlich um 7 bis 10 Jahre verringert.“ (UHL, 2002: 30)

**Alkohol** In Österreich sterben pro Jahr rund 100 Personen an einer akuten Alkoholvergiftung. Weiters versterben pro Jahr ca. 8.000 AlkoholikerInnen in Österreich (10% der Todesfälle). Diese Zahl bezieht sich auf den Substanztod im umfassenden Sinn (STUS3), d.h. alle Alkoholabhängigen, die versterben, werden damit erfasst. 10% der ÖsterreicherInnen erkranken in ihrem Leben an Alkoholabhängigkeit, also werden 10% der Todesfälle dem Alkohol zugerechnet. Deren Lebenserwartung ist um durchschnittlich 17 Jahre (Männer) bzw. 20 Jahre (Frauen) verkürzt. Das bedeutet, dass sich alkoholbedingt die Lebenserwartung aller ÖsterreicherInnen durchschnittlich um 1,8 Jahre verringert. (vgl. UHL, 2002: 30)

**illegalisierte Drogen** Seit 1989 werden in Österreich Daten zu drogenbezogenen Todesfällen im BMGF gesammelt. Hierzu gibt es eine eigene Drogenopferkartei. Diese Daten beziehen sich sowohl auf direkt an den Folgen des Drogenkonsums verstorbenen Personen (z.B. tödliche Überdosierungen) als auch auf Fälle, bei denen ein indirekter Zusammenhang mit dem Tod angenommen werden kann (z.B. AIDS-Todesfälle von durch i.v. Konsum HIV-Infizierten)

Die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle insgesamt (direkt und indirekt) lag von 1997 bis 1999 stabil zwischen 160 und 180 und stieg im Jahr 2000 auf 227 Fälle. 2001 (184 Fälle) ging die Anzahl wieder auf das Niveau von vor 2000 zurück, 2004 wurden insgesamt 185, 2005 191 und 2006 197 Fälle auf illegalisierte Drogen bezogene Todesfälle erfasst. (HAAS u. a. (2004: 27), HAAS u. a. (2007), BODENWINKLER/BUSCH/WIRL (2009)) Für das Jahr 2015 wird von 153 direkt auf eine Überdosierung zurückzuführenden Todesfällen ausgegangen. „Es zeigt sich ein klarer und signifikanter Anstieg zu Beginn der 1990er Jahre, gefolgt von sinkenden Raten ab Mitte der 1990er Jahre. Von Beginn der

#### 4 Todesfälle durch Substanzen

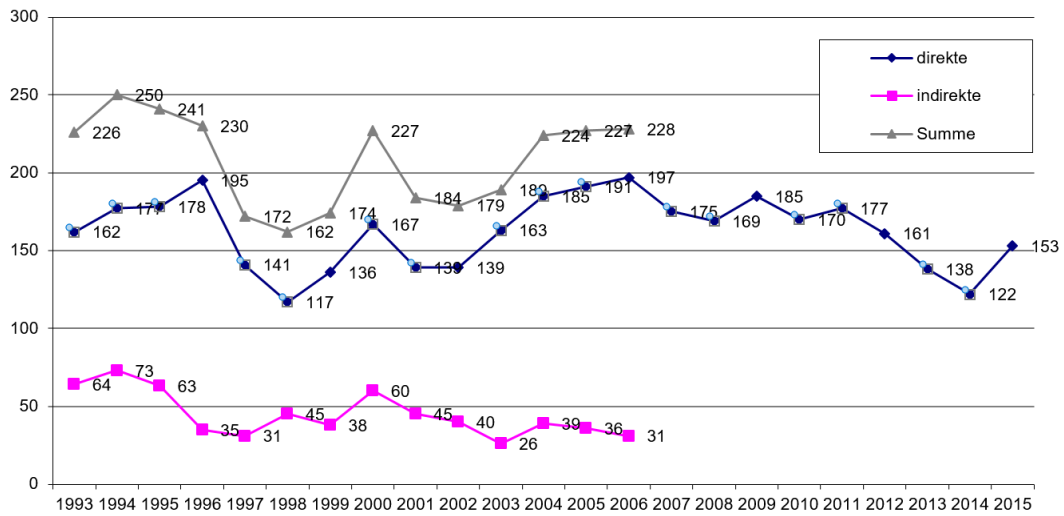


Abb. 4.2: Todesfälle durch ill. Drogen in Österreich, Quelle: [BUSCH/ANZENBERGER u. a. \(2016\)](#) (ab 2007 keine Angaben zu den indirekten Todesfällen)

2000er Jahre bis Mitte der 2000er Jahre gibt es einen Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle, der danach auf gleichbleibend hohem Niveau verharrt. Zwischen 2010 und 2014 gibt es einen stärkeren Rückgang auf 2,1 direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner/innen im Jahr 2014. Im Jahr 2015 ist ein neuerlicher Anstieg auf 2,6 Fälle pro 100.000 Einwohner/innen zu verzeichnen. Ob dies eine Trendwende darstellt oder es sich um einen Ausreißer handelt, wird sich in den Folgejahren zeigen.“ ([BUSCH/ANZENBERGER u. a., 2016](#): 64)

## 5 Anzeigen und Verurteilungen

Abbildung 5.1: Verbrechensanteil der SMG-Anzeigen in Österreich, Quelle: BMI und Abbildung 5.2: Verbrechensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich, Quelle: BMI (2016) und frühere zeigen deutlich, dass die gesteigerte Tätigkeit der Exekutive im Bereich der Suchtmittelkriminalität sich insbesondere in einem massiven Ansteigen der Anzeigen im Vergehensbereich niederschlägt. Der Verbrechensanteil an den SMG-Anzeigen bleibt in absoluten Zahlen weitgehend konstant.

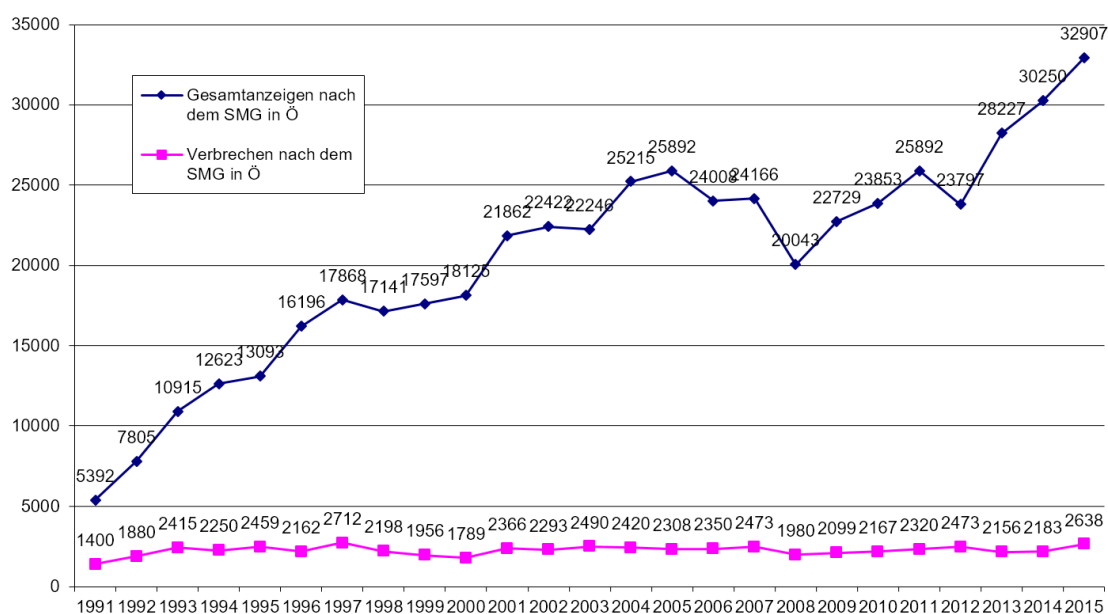


Abb. 5.1: SMG-Anzeigen und Verbrechensanteil in Österreich, Quelle: BMI 2016

EISENBACH-STANGL (2003) beleuchtet im Artikel „Drogen und Un-Sicherheit“ die Entwicklung der Strafverfolgung im Suchtmittelbereich in Österreich ab 1975. Sie führt den starken Anstieg der Anzeigen vor allem auf die Reorganisation der Drogenfahndung (verstärkte Einbindung der Bezirkspolizeikommissariate und der Zollbehörden in die Suchtmittelbekämpfung, Kooperation mit Europol, Ausbau der Aktivitäten im Drogenbereich) ab Anfang der 1990er-Jahre zurück. Auch die Exekutive selbst erklärt den dramatischen Anstieg der Suchtmittelkriminalität mit dem Ausbau der eigenen Aktivitäten. (vgl. EISENBACH-STANGL, 2003: 214)

## 5 Anzeigen und Verurteilungen

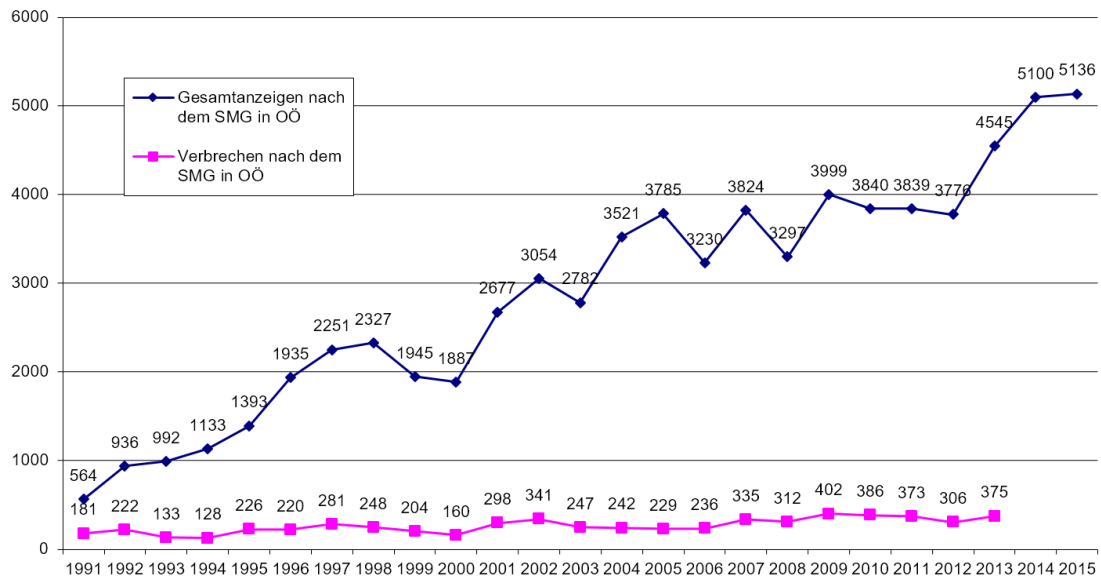


Abb. 5.2: SMG-Anzeigen und Verbrechensanteil in Oberösterreich, Quelle: BMI 2016

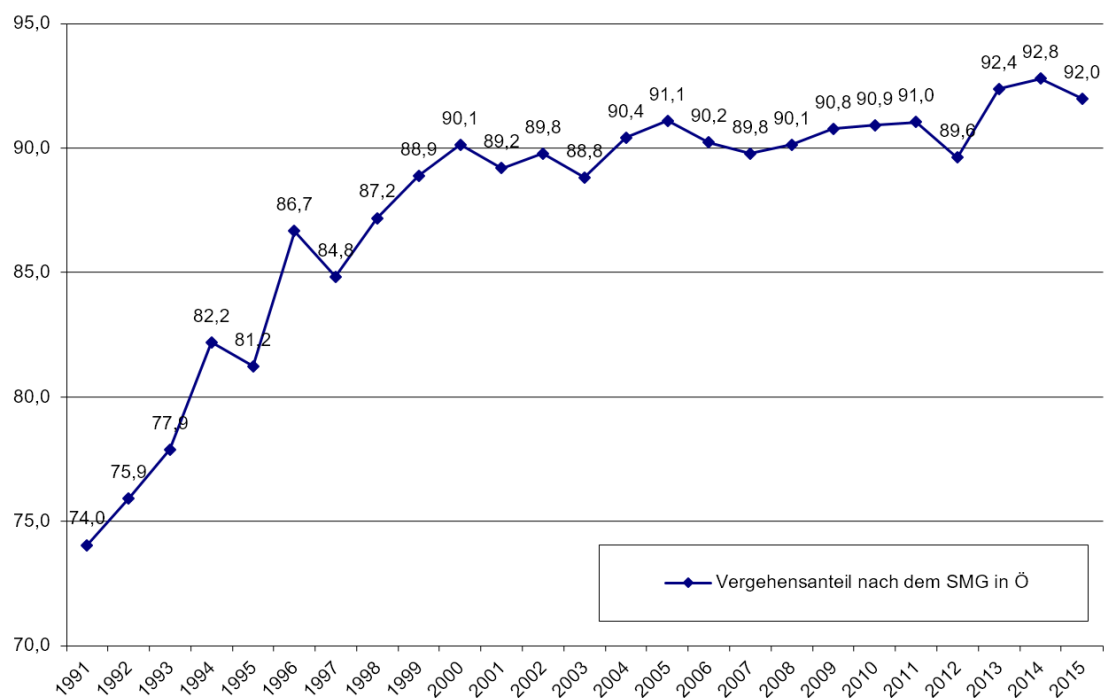


Abb. 5.3: Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Österreich, Quelle: BMI 2016

Die Abbildungen 5.3 und 5.4 zeigen, dass die Entwicklung der Vergehen im Bereich der Gesamtanzeigen von 1991 bis 2000 stetig steigend war. Das heißt, dass durch die steigenden Anzeigen vorwiegend KonsumentInnen (davon vorrangig CannabiskonsumentInnen) betroffen sind und es



nicht gelungen ist, die Exekutivtätigkeit vermehrt auf die Verbrechenstatbestände auszurichten. Mit etwas über 90% Anteil der Vergehen an den SMG-Anzeigen ist ein sehr hohes Niveau erreicht, das kaum mehr zu steigern ist. Seit diesem Zeitpunkt bleibt dieses Verhältnis aber auf diesem hohen Niveau bestehen.

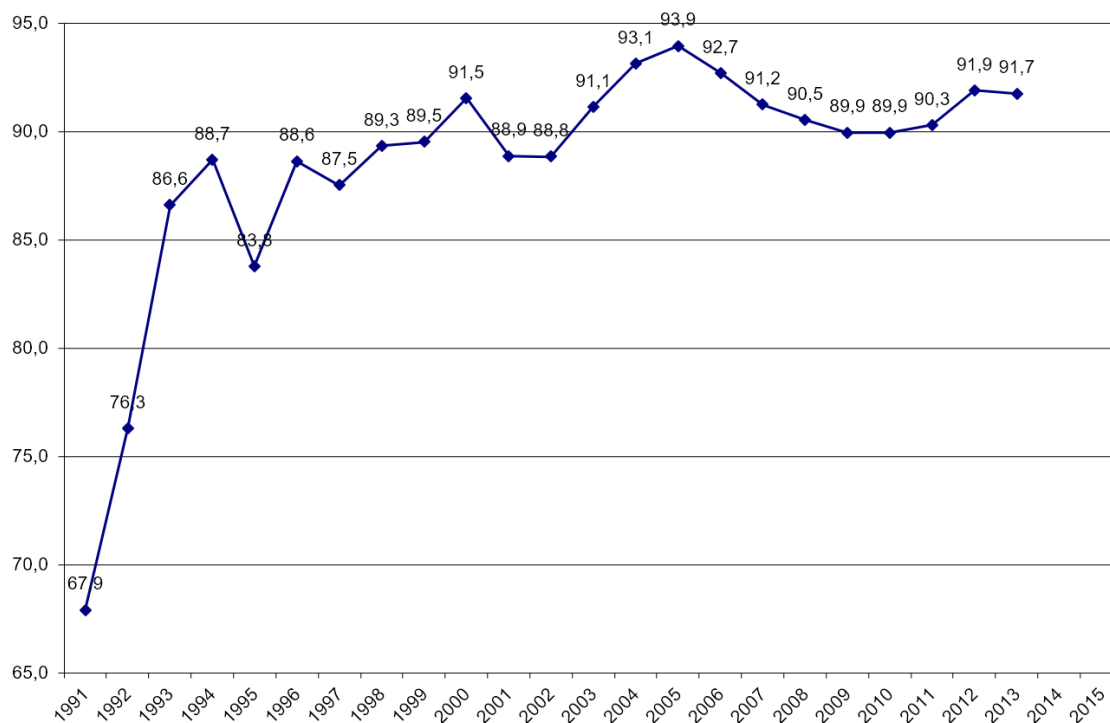


Abb. 5.4: Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich, Quelle: BMI 2016

2015 betreffen in Österreich etwa 92% aller Anzeigen nach dem SMG Vergehenstatbestände, in Oberösterreich liegt der Anteil der Vergehenstatbestände etwa beim gleichen Wert (92% im Jahr 2013). Dies ist keine Momentaufnahme, sondern beruht auf einer kontinuierlichen Steigerung von 1991 bis 2000. Seitdem bewegt sich dieser Anteil immer über und um die 90%.

## 5.1 Sichergestellte Mengen und geschätzte Schwarzmarktpreise

Tab. 5.1: Sichergestellte Mengen, deren Schwarzmarktwert und Preise pro Gramm/Stück, Quelle: [BMI \(2013: 7\)](#), [BMI \(2015: 19\)](#), [BMI \(2016: 19\)](#)

	2011	2012	2013	2014	2015
Sichergestellte Mengen					
Cannabis (kg)	920,0	1.158,6	1.757,7	1.326,0	1.138,8
Heroin (kg)	64,8	222,1	80,2	56,0	69,5
Kokain (kg)	139	64,6	24,7	31,0	119,7
XTC (Stück)	45.780	8.998	5.768	5.001	10.149
Amphetamin (kg)	-	32,1	21,4	15,9	66,7
Methamphetamin (kg)	-	-	7,6	4,7	2,9
Durchschnittlicher Marktpreis pro Gramm bzw. Stück					
Cannabis	10 €	8 €	8 €	8 €	8 €
Heroin	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
Kokain	90 €	100 €	76 €	100 €	100 €
XTC	10 €	10 €	6 €	9 €	9 €
Amphetamin	-	30 €	44 €	40 €	40 €
Methamphetamin	-	-	75 €	90 €	89 €

# 6 Anhang

## 6.1 Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10

nach WHO (1993)

Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psy-

chotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren.

Es gibt Hinweise darauf, dass die weiteren Merkmale des Abhängigkeitssyndroms bei einem Rückfall nach einer Abstinenzphase schneller auftreten als bei Nichtabhängigen.

## 6.2 Diagnostische Leitlinien:

Die sichere Diagnose „Abhängigkeit“ sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom (siehe F1x3 und F1x4) bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden)
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.

6. Anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

### 6.3 Diagnostische Leitlinien für Pathologisches Spielen

**Pathologisches Spielverhalten nach ICD-10:** Innerhalb des ICD-10 wird Pathologisches Spielverhalten (F63.0) im Rahmen der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) als eine Form der abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63) eingeordnet. Zur Klassifikation des pathologischen Spielverhaltens selbst wird angegeben, dass das Glücksspiel die Lebensführung der betroffenen Personen beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt (s. Tabelle). ICD-10 schließt differentialdiagnostisch die Diagnose für pathologisches Spielverhalten dann aus, wenn (1.) eine, auch exzessiv spielende Person, ihr Verhalten selbsttätig einschränkt, sobald es zu negativen Auswirkungen führt. Weiterhin darf pathologisches Spielverhalten nicht klassifiziert werden bei (2.) exzessivem Spielen manischer PatientInnen und (3.) bei Personen mit soziopathischer Persönlichkeit, da es in diesen Fällen lediglich ein Symptom einer anderen Störung darstellt.

**Pathologisches Spielverhalten nach DSM-IV:** Das DSM definiert das pathologische Spielen unter Störungen der Impulskontrolle, die nicht andernorts klassifiziert sind (312.31). Das pathologische Spielverhalten wird als chronisch-rezidivierendes, maladaptives Spielverhalten charakterisiert, das zumindest fünf von 10 diagnostischen Kriterien erfüllen muss. Diese beschreiben spielbedingte psychopathologische Symptome auf der Verhaltens-, kognitiven und emotionalen Ebene (s. Tabelle). Gleichzeitig muss differentialdiagnostisch das Vorliegen einer manischen Episode ausgeschlossen sein.

**Glücksspielstörung nach DSM-5:** Sowohl im ICD-10 als auch im DSM-IV wird das pathologische Spielen noch als „Störung der Impulskontrolle“ klassifiziert. In der aktuellen (2013 erschienen) Version des DSM, dem DSM-5 wird das pathologische Spielen nunmehr als Glücksspielstörung benannt („gambling disorder“) und als erste (und einzige) stoffungebundene Sucht zu den Suchtstörungen („substance-related and addictive disorders“) gezählt. ([AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013: 585ff](#)) Es wurden die Merkmale, wie sie im DSM-IV beschrieben sind, für DSM-5 fast zur Gänze übernommen: Von den 10 Kriterien wurde nur das achte Merkmal der „illegalen Handlungen“ (siehe oben) gestrichen. Hinsichtlich der Ausprägung der „gambling disorder“ wird zwischen leicht (Auftreten von 4-5 Kriterien innerhalb von 12 Monaten), mittel (6-7 Kriterien) und schwer (8-9 Kriterien) unterschieden.

### 6.3 Diagnostische Leitlinien für Pathologisches Spielen

Tab. 6.1: Diagnostische Leitlinien für pathologisches Spielen

ICD-10	DSM-IV
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	312. Störungen der Impulskontrolle, nicht andersorts klassifiziert
F63.o Pathologisches Spielen Diagnostische Leitlinien 1. Dauerndes, wiederholtes Spielen  2. Anhaltendes und oft noch gesteigertes Spielen trotz negativer sozialer Konsequenzen, wie  - Verarmung,  - gestörte Familienbeziehungen,  - Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse	312.31 Pathologisches Spielen Diagnostische Leitlinien A Andauerndes und wiederkehrendes, fehlangepasstes Spielverhalten, was sich in mindestens fünf der folgenden Merkmale ausdrückt 1. Starke Eingenommenheit vom Glücksspiel (z.B. starke gedankliche Beschäftigung mit Geldbeschaffung) 2. Steigerung der Einsätze, um gewünschte Erregung zu erreichen 3. Wiederholte erfolglose Versuche, das Spiel zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben 4. Unruhe und Gereiztheit beim Versuch, das Spiel einzuschränken oder aufzugeben 5. Spielen, um Problemen oder negativen Stimmungen zu entkommen 6. Wiederaufnahme des Glücksspiels nach Geldverlusten 7. Lügen gegenüber Dritten, um das Ausmaß der Spielproblematik zu vertuschen 8. Illegale Handlungen zur Finanzierung des Spielens 9. Gefährdung oder Verlust wichtiger Beziehungen, von Arbeitsplatz und Zukunftschancen 10. Hoffnung auf Bereitstellung von Geld durch Dritte

## 6.4 Hohenheimer Kaufsuchtindikator

Tab. 6.2: Hohenheimer Kaufsuchtindikator, Quelle: (REISCH/NEUNER/RAAB, 2004: 122)

	trifft nicht zu ————— trifft zu
1. Wenn ich Geld habe, dann muss ich es ausgeben.	1————2————3————4
2. Wenn ich durch die Innenstadt oder durch ein Kaufhaus gehe, fühle ich ein starkes Verlangen, etwas zu kaufen.	1————2————3————4
3. Oft verspüre ich einen unerklärlichen Drang, einen ganz plötzlichen, dringenden Wunsch, loszugehen und irgendetwas zu kaufen.	1————2————3————4
4. Manchmal sehe ich etwas und fühle einen unwiderstehlichen Impuls, es zu kaufen.	1————2————3————4
5. Oft habe ich das Gefühl, dass ich etwas Bestimmtes unbedingt haben muss.	1————2————3————4
6. Nach dem Kauf frage ich mich oft, ob es wirklich so wichtig war.	1————2————3————4
7. Ich kaufe oft etwas, nur weil es billig ist.	1————2————3————4
8. Oft kaufe ich etwas, weil ich einfach Lust zum Kaufen habe.	1————2————3————4
9. Werbebriefe finde ich interessant; häufig bestelle ich auch etwas.	1————2————3————4
10. Ich habe schon oft etwas gekauft, das ich dann nicht benutzt habe.	1————2————3————4
11. Ich habe schon öfters etwas gekauft, das ich mir eigentlich gar nicht leisten konnte.	1————2————3————4
12. Ich bin verschwenderisch.	1————2————3————4
13. Einkaufen ist für mich ein Weg, dem unerfreulichen Alltag zu entkommen und mich zu entspannen.	1————2————3————4
14. Manchmal merke ich, dass etwas in mir mich dazu getrieben hat, einkaufen zu gehen.	1————2————3————4
15. Manchmal habe ich ein schlechtes Gewissen, wenn ich mir etwas gekauft habe.	1————2————3————4
16. Oft traue ich mich nicht, gekaufte Sachen anderen zu zeigen, weil man mich sonst für unvernünftig halten könnte.	1————2————3————4

„Die Normierung dieser Skala wurde durch Tests mit klinisch kaufsüchtigen Personen ermittelt. Der durchschnittliche Summenscore kaufsüchtiger Personen lag bei 45. Von diesem Wert aufwärts (maximaler Wert = 64) wird daher von einer starken Kaufsuchtgefährdung (= de facto kaufsüchtig) ausgegangen. Werte zwischen 32 und 44 Punkten werden einer deutlichen Kaufsuchtgefährdung zugeordnet und bedeuten ein ausgeprägt kompensatorisches Kaufverhalten.“ (KOLLMANN/KAUTSCH, 2011: 4)

## 6.5 Fagerströmtest

Tab. 6.3: Fagerströmtest

Frage	Wahlmöglichkeit	Bewertung
Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?	innerhalb von 5 min 6 bis 30 min 31 bis 60 min nach 60 min	3 2 1 0
Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino usw.) das Rauchen zu unterlassen?	Ja nein	1 0
Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?	die erste am Morgen andere	1 0
Wieviele Zigaretten rauchen Sie im allgemeinen pro Tag?	bis 10 11 bis 20 21 bis 30 31 und mehr	0 1 2 3
Rauchen Sie am Morgen im allgemeinen mehr als am Rest des Tages?	Ja Nein	1 0
Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?	Ja Nein	1 0

### 6.5 Fagerströmtest

0 bis 2 Punkte stellt keine bzw. eine nur sehr geringe Nikotinabhängigkeit dar; 3 bis 4 Punkte: geringe Nikotinabhängigkeit; 5 bis 10 Punkte: mittlere bis hohe Nikotinabhängigkeit.

Um besser und standardisiert beurteilen zu können, wie sehr ein Mensch vom Nikotinkonsum abhängig ist, wird von behandelnden Ärzten zunehmend der Fagerström-Test verwendet. Ebenso wird er in epidemiologischen Studien als Screeningtest verwendet.

### 6.6 Diagnoseleitfaden PIG - pathologischer Internetgebrauch (Internetsucht)

- Häufiges unüberwindliches Verlangen, ins Internet einzuloggen
- Kontrollverluste (d.h. längeres Verweilen „online“ als intendiert) verbunden mit diesbezüglichen Schuldgefühlen
- sozial störende Auffälligkeit im engsten Kreis der Bezugspersonen
- PIG- bedingtes Nachlassen der Arbeitsfähigkeit
- Verheimlichung/ Bagatellisierung der Gebrauchsgewohnheiten
- Psychische Irritabilität bei Verhinderung am Internetgebrauch
- Mehrfach fehlgeschlagene Versuche der Einschränkung

*Gefährdungsstadium:* Vorliegen von bis zu 3 der obigen Kriterien in einem Zeitraum von bis zu 6 Monaten

*kritisches Stadium:* Vorliegen von zumindest 4 der obigen Kriterien in einem Zeitraum von bis zu 6 Monaten

*chronisches Stadium:* Vorliegen von zumindest 4 oder mehr der obigen Kriterien über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten plus damit einhergehendem Vorliegen irreversibler psychosozialer Schäden wie Jobverlust, Trennung v. Partner/ Familie, soziale Selbstisolation, inadäquate Verschuldung durch exorbitante Telefonkosten, sowie mögliche somatische Schäden im Bereich des Sehapparates bzw. des Bewegungs- und Stützapparates.

## 6.7 Möglichkeiten den Substanztod zu definieren

UHL (vgl. 2002)

1. Substanztod im engeren Sinn (STES) = der unmittelbare Substanztod, d.h. unmittelbar durch die Substanzeinnahme verursachte tödliche Unfälle. Zu unterscheiden sind hier:
  - STES1: Überdosierungsfälle
  - STES2: andere substanzbedingte Unfälle.
2. Substanztod im weiteren Sinn (STWS) = der unmittelbare oder mittelbare Substanztod, hierzu zählen neben den erwähnten Unfällen auch Todesfälle durch längerfristige Auswirkungen im Sinne von Erkrankungen. Zu unterscheiden sind hier:
  - STWS1: Todesfälle durch substanzbedingte Unfälle, d.h. solche, die im Zuge der Erfassung explizit mit Substanzkonsum in Zusammenhang gebracht werden.
  - STWS2: Todesfälle im Ausmaß der kausal zurechenbaren Anteile aller Erkrankungen, die bei Substanzkonsum gehäuft auftreten.
3. Substanztod im umfassenden Sinn (STUS), d.h. der Tod von Substanzgerauchern, -missbrauchern oder -abhängigen. Zu unterscheiden sind hier:
  - STUS1: Substanztod als Tod von Substanzgerauchern
  - STUS2: Substanztod als Tod von Substanzmissbrauchern
  - STUS3: Substanztod als Tod von Substanzabhängigen



# Literatur

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Hrsg. (2013): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, VA (siehe S. 42).
- BENCIC, W./K. KASTNER (2010): *Alkoholintoxikationen Jugendlicher und soziale Lage*. Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften, Dokument 26. URL: <https://www.oegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.576352&version=1391199250> (besucht am 12. 07. 2016) (siehe S. 10).
- BMI (2013): *Suchtmittelkriminalität. Jahresbericht 2012*. Wien: Bundesministerium für Inneres - Bundeskriminalamt (siehe S. 40).
- Ders. (2015): *Suchtmittelkriminalität. Jahresbericht 2014*. Wien: Bundesministerium für Inneres - Bundeskriminalamt (siehe S. 40).
- Ders. (2016): *Suchtmittelkriminalität. Jahresbericht 2015*. Wien: Bundesministerium für Inneres - Bundeskriminalamt (siehe S. 37/40).
- BODENWINKLER, A./M. BUSCH/C. WIRL (2009): *Suchtgiftbezogene Todesfälle 2008*. Hrsg. von GÖG/ÖBIG. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (siehe S. 35).
- BUSCH, M./J. ANZENBACHER u. a. (2015): *Epidemiologiebericht Drogen 2015. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht*. Hrsg. von GÖG/ÖBIG. Wien: Gesundheit Österreich GmbH (Geschäftsbereich ÖBIG) (siehe S. 8/9).
- BUSCH, M./J. ANZENBERGER u. a. (2016): *Epidemiologiebericht Drogen 2016. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht*. Hrsg. von GÖG/ÖBIG. Wien: Gesundheit Österreich GmbH (Geschäftsbereich ÖBIG) (siehe S. 8/34/36).
- DÜR, W./R. GRIEBLER (2007): *Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-Survey 2006*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. book. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (siehe S. 22).
- DÜR, W./K. MRAVLAG/T. STIDL/G. WANNENMACHER (2002): *hbsc 17, Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-Jährigen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 6. WHO-HBSC-Surveys 2001 und die Trends seit 1990*. book. Wien: Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (siehe S. 21).
- EISENBACH-STANGL, I. (2003): »Drogen und Un-Sicherheit«. In: *Innere Sicherheiten. Jahrbuch für Rechts- und Kriminalsoziologie 2002*. Hrsg. von W. STANGL/G. HANAK. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 207–226 (siehe S. 37).
- EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT, Hrsg. (2016): *Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen 2016*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union (siehe S. 29/30).

- GÖG (2016): *Einladung zum Pressehintergrundgespräch. Alkohol, Nikotin, Drogen und Glücksspiel: aktuelle Ergebnisse zur Suchtepidemiologie in Österreich*. Wien: GÖG (siehe S. 17/19).
- HAAS, S. u. a. (2004): *Bericht zur Drogensituation 2004*. Hrsg. von GÖG/ÖBIG. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (siehe S. 35).
- Ders. (2007): *Bericht zur Drogensituation 2007*. Hrsg. von GÖG/ÖBIG. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (siehe S. 35).
- HAUSTEIN, K./D. GRONEBURG (2008): *Tabakabhängigkeit. Gesundheitliche Schäden durch das Rauchen. Ursachen - Folgen - Behandlungsmöglichkeiten - Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Berlin-Heidelberg (siehe S. 6).
- JUNGE, B./M. NAGEL (1999): »Das Rauchverhalten in Deutschland«. In: *Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2. article, 121–125 (siehe S. 20/21).
- JUNGE, B./M. THAMM (2003): »Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum«. In: *Jahrbuch Sucht*. Geesthacht. (Besucht am 12. 04. 2004) (siehe S. 20/25/35).
- KALKE, J./S. BUTH u. a. (2011): *Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich. Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht*. Freiburg im Breisgau (siehe S. 7/32).
- KALKE, J./M. WURST/S. BUTH/N. THON (2015): *Glücksspielverhalten und Glücksspielprobleme in Österreich. Ergebnisse der Repräsentativerhebung 2015*. Hamburg. URL: [http://www.isd-hamburg.de/dl/Repraesentativbefragung\\_2015\\_Bericht\\_final.pdf](http://www.isd-hamburg.de/dl/Repraesentativbefragung_2015_Bericht_final.pdf) (besucht am 02. 05. 2016) (siehe S. 7).
- KLIMONT, J./E. BALDASZ (2015): *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. Hrsg. von STATISTIK AUSTRIA. Wien: Statistik Austria (siehe S. 6/21).
- KOLLMANN, K./I. KAUSCH (2011): *Kaufsucht in Österreich - 2011*. Hrsg. von KAMMER FÜR ARBEITER UND ANGESTELLTE WIEN. Wien: Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien (siehe S. 6/32/33/44).
- KRÜGER, C./G. REICH/P. BUCHHEIM/M. CIERPKA (2001): »Ess-Störungen und Adipositas: Epidemiologie - Diagnostik - Verläufe«. In: *Psychotherapie der Essstörungen*. Hrsg. von C. CIERPKA/G. REICH. Stuttgart - New York: Thieme Verlag, 24–42 (siehe S. 9/30).
- LENTNER, S. (1991): »Arzneimittelmißbrauch«. In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* Jg.14.Nr.3/4, 65–68 (siehe S. 6).
- RAMELOW, D./R. GRIEBLER u. a. (2011): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III (siehe S. 22).
- RAMELOW, D./F. TEUTSCH/F. HOFMANN/R. FELDER-PUIG (2015): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III (siehe S. 18/19/22/27/28).
- REISCH, L./M. NEUNER/G. RAAB (2004): »Ein Jahrzehnt verhaltenswissenschaftlicher Kaufsuchtforschung in Deutschland«. In: *Verhaltenstherapie* 14, 120–125 (siehe S. 44).

- RIEMANN, K./U. GERBER (1997): *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung*. book. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (siehe S. 20).
- RUMPF, H.-J./C. MEYER/A. KREUZER/U. JOHN (2011): *Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA)*. Greiswald-Lübeck (siehe S. 7).
- SCHOBERBERGER, N./M. KUNZE (1999): *Nikotinabhängigkeit. Diagnostik und Therapie*. New York - Wien: Springer (siehe S. 5/25/35).
- SEYER, S. (2017): *LKF-Daten 2016*. Linz: Institut Suchprävention (siehe S. 30/31).
- SEYER, S./R. PAULIK/F. GSCHWANDTNER/R. LEHNER (2016): *Drogenmonitoring Oberösterreich 2015. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Methamphetamine "Crystal Meth"*. Linz: Institut Suchtprävention. URL: [http://www.praevention.at/fileadmin/user\\_upload/08\\_Sucht/20160229\\_Drogenmonitoring\\_OOE\\_2015\\_Ergebnisbericht\\_\\_1\\_.pdf](http://www.praevention.at/fileadmin/user_upload/08_Sucht/20160229_Drogenmonitoring_OOE_2015_Ergebnisbericht__1_.pdf) (siehe S. 7/8/32/33).
- STATISTIK AUSTRIA, Hrsg. (2002): *Rauchgewohnheiten, Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997*. Wien: Statistik Austria (siehe S. 20).
- UHL, A./S. BACHMAYER/J. STRIZEK (2016): *Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2016, 7. Vollständig überarbeitete Auflage (Onlineversion)*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. URL: [https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/4/1/CH1039/CMS1305198709856/handbuchalkohol\\_band\\_1.pdf](https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/4/1/CH1039/CMS1305198709856/handbuchalkohol_band_1.pdf) (siehe S. 6/10).
- UHL, A. (2002): »Todesfälle durch Substanzkonsum. Wie sinnvoll ist dieses Konzept?« In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1. (Besucht am 12. 04. 2004) (siehe S. 34/35/46).
- Ders. (2003): »Jugend und Alkohol - mit besonderer Berücksichtigung des rauschhaften Trinkens«. In: *praev.doc* 2003 (siehe S. 11).
- UHL, A./S. BACHMAYER/U. KOBRNA u. a. (2009): *Handbuch Alkohol - Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends. dritte, überarbeitete und ergänzte Auflage*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit (siehe S. 17).
- UHL, A./A. SPRINGER u. a. (2005): *Österreichweite Repräsentativerhebung zum Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Bericht*. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (siehe S. 6).
- WEIGL, M. u. a. (2015): *Bericht zur Drogensituation 2015*. Hrsg. von GÖG/ÖBIG. Wien: Gesundheit Österreich GmbH (Geschäftsbereich ÖBIG) (siehe S. 30).
- WHO, Hrsg. (1993): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle: Verlag Hans Huber (siehe S. 41).
- ZIMMERL, H. (2004): *INTERNETSUCHT. Eine Neumodische Krankheit? Versuch einer Antwort anhand einer Untersuchung der Applikation: Chatroom*. URL: <http://www.e-health.at/zimmerl/chat-teil1.html> (besucht am 12. 07. 2016) (siehe S. 7).

# Tabellenverzeichnis

3.1	Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch (F10.0, F10.1, T51) 2016 nach Altersgruppen (Fälle) . . . . .	13
3.2	Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit 2016 nach Altersgruppen (Fälle) . . . . .	16
3.3	"Gefährdungsgrenze" lt. Health Education Council (1994), Quelle: <b>UHL/-BACHMAYER/KOBRNA</b> u. a. (2009: 122) . . . . .	17
3.4	Verteilung RaucherInnenstatus nach Geschlecht . . . . .	21
5.1	Sichergestellte Mengen, deren Schwarzmarktwert und Preise pro Gramm/Stück . . . . .	40
6.1	Diagnostische Leitlinien für pathologisches Spielen . . . . .	43
6.2	Hohenheimer Kaufsuchtindikator, Quelle: ( <b>REISCH/NEUNER/RAAB</b> , 2004: 122) . . . . .	44
6.3	Fagerströmtest . . . . .	45

# Abbildungsverzeichnis

2.1	Abhängigkeit in Österreich 2017, Quellen: siehe Beschreibung unten . . . . .	5
2.2	Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums nach Bundesländern 2015 (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige), Quelle: <b>BUSCH/ANZENBERGER</b> u. a. (2016: 12)	8
3.1	akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2001 - 2016, Quelle: LKF-Daten 2016, eigene Auswertung . . . . .	11
3.2	akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2016 nach Alter, Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie, Quelle: LKF-Daten 2016, eigene Berechnung . . . . .	12
3.3	Alkoholabhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 2001-2016, Quelle: LKF-Daten 2016, eigene Berechnung . . . . .	14
3.4	Alkoholabhängigkeit nach Alter in OÖ 2016, Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie. Quelle: LKF-Daten 2016, eigene Berechnung . . . . .	15
3.5	regelmäßiger Alkoholkonsum von 11-, 13-, 15- und 17-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht . . . . .	18
3.6	mindestens wöchentlicher Alkoholkonsum der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter . . . . .	19
3.7	RaucherInnenprävalenz Oberösterreich (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2000, 2006, 2015, Alter 15+ . . . . .	20
3.8	Tabakkonsum der 15-Jährigen: SchülerInnen, die „täglich rauchen“ von 1990 bis 2014 nach Geschlecht . . . . .	22
3.9	Rauchbelastung in der eigenen Wohnung . . . . .	23
3.10	Wo darf an Ihrer Arbeitsstelle offiziell in Innenräumen geraucht werden . . . . .	24
3.11	Rauchbelastung am direkten Arbeitsplatz . . . . .	24
3.12	Passivrauchbelastung der NichtraucherInnen pro Tag . . . . .	25
3.13	Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 2001-2016, Quelle: LKF-Daten 2016 . . . . .	26
3.14	Cannabiskonsum in OÖ, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2015 . . . . .	27
3.15	Cannabiskonsum (jemals, letzten 30 Tage) bei 15- und 17-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2010) . . . . .	27
3.16	Zahl und Kategorien der dem EU-Frühwarnsystem erstmals gemeldeten neuen psychoaktiven Substanzen, 2009-2015, Quelle: <b>EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT</b> (2016: 32) . . . . .	29
3.17	Essstörungen nach Geschlecht in OÖ 2001-2016, Quelle: LKF-Daten 2016 ( <b>SEYER, 2017</b> ) . . . . .	31

## Abbildungsverzeichnis

3.18	Diagnosen Anorexie und Bulimie nach Alter in OÖ 2016, Quelle: LKF Daten 2016 (SEYER, 2017). Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie .	31
3.19	Kaufsuchtgefährdung 2011 nach den Altersgruppen, Geschlecht und Art der Kaufsuchtgefährdung (deutlich – stark) aufgeschlüsselt, Quelle: KOLLMANN/KAUTSCH (2011: 8) . . . . .	33
3.20	Kaufsuchtgefährdung 2015 in Oberösterreich nach den Altersgruppen, Geschlecht und Art der Kaufsuchtgefährdung (deutlich - stark) aufgeschlüsselt, N=1184, Alter 15+, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2015 (SEYER/PAULIK/GSCHWANDTNER/-LEHNER, 2016: 157) . . . . .	33
4.1	Drogentote in Österreich, Vergleich Alkohol, Nikotin, ill. Drogen . . . . .	34
4.2	Todesfälle durch ill. Drogen in Österreich, Quelle: BUSCH/ANZENBERGER u. a. (2016) (ab 2007 keine Angaben zu den indirekten Todesfällen) . . . . .	36
5.1	SMG-Anzeigen und Verbrechensanteil in Österreich, Quelle: BMI 2016 . . . . .	37
5.2	SMG-Anzeigen und Verbrechensanteil in Oberösterreich, Quelle: BMI 2016 . . . . .	38
5.3	Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Österreich, Quelle: BMI 2016 . . . . .	38
5.4	Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich, Quelle: BMI 2016 . . . . .	39

# Personenverzeichnis

## A

- American Psychiatric Association ..... 42  
Anzenbacher, J. .... 8, 9  
Anzenberger, J. .... 8, 34, 36, 51, 52

## B

- Bachmayer, S. .... 6, 10, 17, 50  
Baldasch, E. .... 6, 21  
Bencic, W. .... 10  
BMI ..... 37, 40  
Bodenwinkler, A. .... 35  
Buchheim, P. .... 9, 30  
Busch, M. .... 8, 9, 34–36, 51, 52  
Buth, S. .... 7, 32

## C

- Cierpka, M. .... 9, 30

## D

- Dür, W. .... 21, 22

## E

- Eisenbach-Stangl, I. .... 37  
Europäische Beobachtungsstelle für Drogen  
und Drogensucht ..... 29, 30, 51

## F

- Felder-Puig, R. .... 18, 19, 22, 27, 28

## G

- Griebler, R. .... 22  
Groneburg, D. .... 6  
Gschwandtner, F. .... 7, 8, 32, 33, 52  
GÖG ..... 17, 19

## H

- Haas, S. .... 35  
Haustein, K. .... 6  
Hofmann, F. .... 18, 19, 22, 27, 28

## J

- John, U. .... 7  
Junge, B. .... 21, 25, 35

## K

- Kalke, J. .... 7, 32  
Kastner, K. .... 10  
Kautsch, I. .... 6, 32, 33, 44, 52  
Klimont, J. .... 6, 21  
Kobrna, U. .... 17, 50  
Kollmann, K. .... 6, 32, 33, 44, 52  
Kreuzer, A. .... 7  
Krüger, C. .... 9, 30  
Kunze, M. .... 5, 25, 35

## L

- Lehner, R. .... 7, 8, 32, 33, 52  
Lentner, S. .... 6

## M

- Meyer, C. .... 7  
Mravlag, K. .... 21

## N

- Nagel, M. .... 21  
Neuner, M. .... 44, 50

## P

- Paulik, R. .... 7, 8, 32, 33, 52

## PERSONENVERZEICHNIS

### R

- Raab, G. .... 44, 50  
Ramelow, D. .... 18, 19, 22, 27, 28  
Reich, G. .... 9, 30  
Reisch, L. .... 44, 50  
Rumpf, H.-J. .... 7

### S

- Schoberberger, N. .... 5, 25, 35  
Seyer, S. .... 7, 8, 30–33, 51, 52  
Springer, A. .... 6  
Stidl, T. .... 21  
Strizek, J. .... 6, 10

### T

- Teutsch, F. .... 18, 19, 22, 27, 28

- Thamm, M. .... 25, 35  
Thon, N. .... 7

### U

- Uhl, A. .... 6, 10, 11, 17, 34, 35, 46, 50

### W

- Wannenmacher, G. .... 21  
Weigl, M. .... 30  
WHO .... 41  
Wirl, C. .... 35  
Wurst, M. .... 7

### Z

- Zimmerl, H. .... 7