



FACTSHEET SUCHT
Abhängigkeit und Substanzkonsum

Version 23.12 | 10. Dezember 2023

FACTSHEET SUCHT

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

Version 23.12 | 10. Dezember 2023

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

Für den Inhalt verantwortlich: Roland Lehner, Richard Paulik, Rainer Schmidbauer, Seifried Seyer

ZVR: 811735276

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Abhängigkeit	7
3	Diverse Suchtspezifika	14
3.1	Alkohol	14
3.1.1	Akuter Alkoholmissbrauch	14
3.1.2	Alkoholabhängigkeit	17
3.1.3	Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum	19
3.1.4	Alkoholkonsum von SchülerInnen	20
3.2	Tabak	23
3.2.1	Prävalenz des Tabakkonsums in Oberösterreich	23
3.2.2	Tabakkonsum von SchülerInnen	25
3.2.3	Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit	27
3.3	Opioide	28
3.4	Cannabis	28
3.5	Weitere Substanzen	30
3.6	Essstörungen	31
3.7	Glücksspiel	34
3.8	Kaufsucht	34
4	Todesfälle durch Substanzen	36
4.1	Todesfälle Alkohol, Nikotin, illegalisierte Substanzen	36
5	Anzeigen und Verurteilungen	40
5.1	Sichergestellte Mengen und Qualität (Reinheit) der sichergestellten Substanzen	43
6	Anhang	44
6.1	Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10	44
6.2	Diagnostische Leitlinien:	44
6.3	Diagnostische Leitlinien für pathologisches Spielen	45
6.4	Hohenheimer Kaufsuchtindikator	47
6.5	Fagerströmtest	48
6.6	Diagnoseleitfaden PIG - pathologischer Internetgebrauch (Internetsucht)	48
6.7	Möglichkeiten den Substanztod zu definieren	49

Inhaltsverzeichnis

Literatur	50
Tabellenverzeichnis	54
Abbildungsverzeichnis	55

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.¹ 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, 2009, 2015 und 2019, denen eine repräsentative Stichprobe der oberösterreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren zugrunde liegt (SEYER/PAULIK/LEHNER, 2020) und frühere.
- Im Schulbereich stehen Ergebnisse des internationalen HBSC-Forschungsprojektes der WHO zur Verfügung (FELDER-PUIG/TEUTSCH/WINKLER, 2023) sowie die periodisch durchgeführten

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

SchülerInnenbefragungen ESPAD. Die ESPAD-Erhebung (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) ist die weltweit größte Schülerbefragung über den Konsum von und Einstellungen zu legalen sowie illegalen psychoaktiven Substanzen (HOJNI/DELCOUR/-STRIZEK/UHL, 2020).

- Österreichische Repräsentativerhebungen zu Substanzgebrauch GPS: (STRIZEK/BUSCH/-PUHM/SCHWARZ, 2023), Studien von Gesundheit Österreich GmbH und periodische Berichte desselben (ANZENBERGER u. a., 2022a) sowie weitere relevante Studien.
- Eigene Auswertungen der Diagnosedaten der Leistungs- und Diagnosedokumentation der Fonds-Krankenanstalten Oberösterreichs (LKF-Daten: (SEYER, 2023)).
- Anzeigedaten des Bundesministeriums für Inneres (BMI, 2022).

2 Abhängigkeit

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

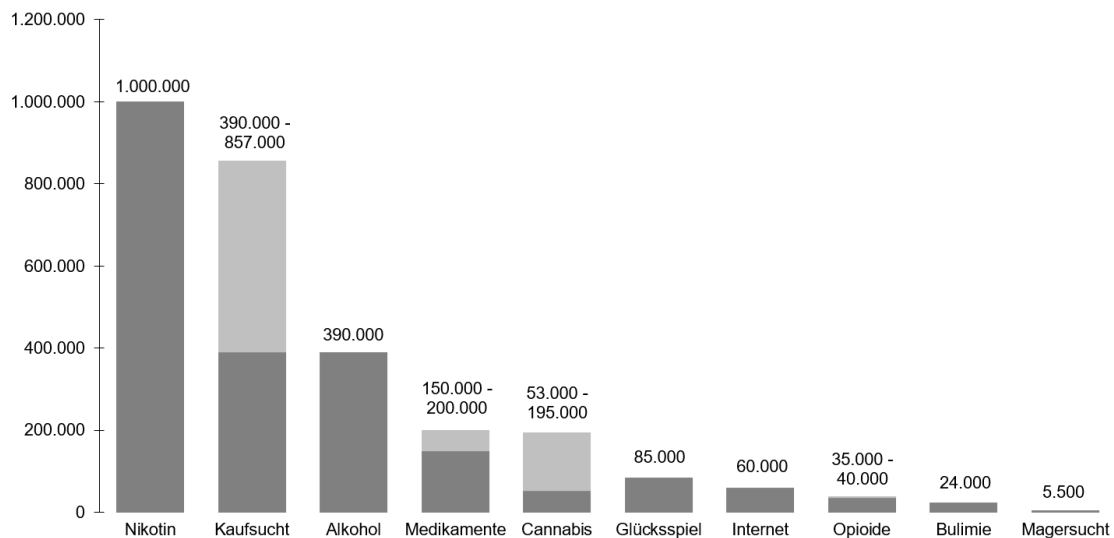


Abb. 2.1: Abhängigkeit in Österreich 2023, Quellen: siehe Beschreibung unten

Nikotin: Berechnungsgrundlage und Datenbasis ist die „Repräsentativerhebung zu Konsum und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial“, die regelmäßig durch Gesundheit Österreich durchgeführt wird, in der 17% der über 15-Jährigen angaben, täglich oder fast täglich zu rauchen - das ergibt hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung 1,275 Mio. tägliche oder fast tägliche RaucherInnen in Österreich. (STRIZEK/BUSCH/PUHM/SCHWARZ/UHL, 2021: 32) Die Zahlen zur Abhängigkeit von Nikotin sind hier nach der Publikation von SCHOBERBERGER/KUNZE (1999) geschätzt. 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,

¹ 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 Nikotin zielen die oben angeführten Zahlen eher auf körperliche Abhängigkeit, während die Verhaltenssuchte von Natur aus in rein psychischer Abhängigkeit begründet sind. „Abhängigkeit“ zw. „Sucht“ unterliegen als Begriffe auch zeitlichen Veränderungen. Die Diagnosemanuale DSM 5 und ICD-11 geben diese kategorialen Einstufungen auf und sprechen von Gebrauchsstörungen, die unterschiedlich stark ausgeprägt sein können.

1999: 29ff.). Diese Schätzung auf die täglichen oder fast täglichen RaucherInnen angewandt, führt zu etwa einer Million abhängiger RaucherInnen in Österreich.

Es muss 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: Die letzte Studie zur Kaufsucht in Österreich im Jahr 2016 wies 11% der Bevölkerung ab 14 Jahren als kaufsuchtig aus. Das ergibt für diese Bevölkerungsgruppe eine absolute Zahl von ca. 857.500 Personen, die als „de facto kaufsuchtig“ bezeichnet werden können. Weitere 13% zeigen in Sachen Shopping ein kompensatorisches Verhalten. Damit ist dieser Wert gegenüber dem Jahr 2011 stark gestiegen (vgl. TRÖGER, 2017: 9). Nach KOLLMANN/KAUTSCH (2011): „Kaufsucht in Österreich 2011“ können 7,8% der Bevölkerung ab 14 Jahren als stark kaufsuchtgefährdet eingestuft werden. [...] 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)

Diese Befragungsdaten ergeben sehr hohe Werte. Aber auch international sind starke Schwankungen bei der Schätzung der Verbreitung der Kaufsucht zu finden. Dennoch liegen sie etwas darunter und befinden sich in einem Bereich von 5% bis 8%. Man kann also durchaus auch von einem Wert ausgehen, der in etwa auf dem Niveau der Alkoholabhängigkeit liegt.

Alkohol: Laut STRIZEK/GAISWINKLER u. a. (2023) 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. 390.000 AlkoholikerInnen, für Oberösterreich sind das rund 65.000 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. (STRIZEK/GAISWINKLER u. a., 2023: 201)

Medikamente: Als Schätzgrundlage dient ein Mittelwert verschiedener Publikationen zur Abhängigkeit von Medikamenten, wobei hier die Schätzung von HALLER (2016) übernommen wird.

Eine der wenigen Studien in Österreich zur Medikamentenabhängigkeit des Anton Proksch Instituts mit 4 Befragungswellen (N=8.000 Personen) in Österreich fand im Jahr 1991 statt. 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“², dass rund zwei Prozent der erwachsenen Bevölkerung von Tranquilizern oder Hypnotika abhängig sind.“ (UHL/SPRINGER u. a., 2005: 9)

Zum Vergleich beziffern JACOBI u. a. (2014) in Deutschland die 12-Monatsprävalenz von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit mit 2,1%.

Ausgehend von diesen groben Schätzungen kommt man für die österreichische Bevölkerung vorsichtig auf ca. 150.000 bis 200.000 Personen, die von Medikamenten abhängig sind. „Etwa 80 Prozent der Medikamentensüchtigen sind von Benzodiazepinen abhängig. Das Durchschnittsalter der Abhängigen liegt bei circa 50 Jahren. Frauen sind nach allen Untersuchungen häufiger betroffen als Männer.“ (HALLER, 2016: 27)

MUSALEK/MADER beschreiben die Situation aktuell folgendermaßen: „Geschätzte 150.000 Österreicher sind von Arzneimitteln abhängig. Aufgrund der vermutlich sehr hohen Dunkelziffer liegt die Zahl der Medikamentenabhängigen aber wesentlich höher. Schätzungen zufolge könnten es bis zu 300.000 Personen sein. Eine genaue Angabe ist hier schwer möglich, da die Medikamentenabhängigkeit wie keine andere Suchterkrankung im Verborgenen stattfindet und die Betroffenen sehr lange sozial unauffällig bleiben. Auch Aufnahmen in Krankenhäusern weisen darauf hin, dass es bei Medikamenten ein Problem gibt. So werden in Österreich jährlich 30.000 stationäre Aufnahmen wegen Medikamentenzwischenfällen registriert.“ (MUSALEK/MADER, 2019: 23)

In Oberösterreich kam es im Jahr 2022 zu 1.746 stationären Aufnahmen, die mit Diagnosen in Zusammenhang mit Medikamenten einhergingen (siehe Tab. 2.1). Daneben kam es zu 525 Medikamentenzwischenfällen, die ambulant behandelt wurden.

Tab. 2.1: Diagnosecluster alle Medikamentendiagnosen 2022 nach Altersgruppen (Fälle)

Altersgruppen	Entlassungen bei Medikamentendiagnosen (Gesamt)	Belagstage bei Medikamentendiagnosen (Gesamt)	durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 Einwohner
0 - 15 Jahre	5	218	43,6	242.716	2,1
16 - 17 Jahre	2	27	13,5	30.293	6,6
18 - 19 Jahre	17	118	6,9	30.806	55,2
20 - 24 Jahre	56	548	9,8	82.636	67,8
25 - 29 Jahre	84	867	10,3	96.951	86,6
30 - 39 Jahre	264	3.726	14,1	203.161	129,9
40 - 49 Jahre	197	2.411	12,2	191.491	102,9
50 - 59 Jahre	309	3.853	12,5	234.338	131,9
60 Jahre u. älter	812	12.980	16,0	392.748	206,7
Gesamt	1.746	24.748	14,2	1.505.140	116,0

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

Cannabis: Lange Zeit war umstritten, inwieweit beim Cannabiskonsum eine Abhängigkeit entwickelt werden kann. Mit der Ausweitung des Abhängigkeitsbegriffs in Richtung schwerer Substanzgebrauchsstörung einerseits und der Ausweitung auf substanzungebundene Abhängigkeiten, kann sehr wohl auch bei Cannabis von einer Abhängigkeitsentwicklung ausgegangen werden.

Oftmals wird davon ausgegangen, dass etwa eine/r von zehn CannabiskonsumentInnen, also 10% eine Abhängigkeit entwickelt. Das wären in Österreich etwa 53.000 Personen, wenn man die Daten der letzten österreichweiten Umfrage (aktuelle KonsumentInnen: 6,8% der über 15-Jährigen also 530.000 Personen, **STRIZEK/SCHWARZ (2023: 48)**) zugrunde legt.

Eine Metastudie aus dem Jahr 2020, die 21 Studien einbezogen hat, kommt auf eine Schätzung von 13%. (vgl. **LEUNGA/CHANB/HIDESAHALL, 2020: 2**). Demgemäß wären in Österreich etwa 69.000 Personen abhängig.³

Die letzte Repräsentativerhebung zu Konsum und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (**STRIZEK/BUSCH/PUHM/SCHWARZ, 2023**) kam zu dem Ergebnis, dass 2,5% der über 15-jährigen ÖsterreicherInnen ein schweres Problem in Zusammenhang mit ihrem Cannabiskonsum haben. (vgl. **STRIZEK/SCHWARZ, 2023: 52**) Das sind in absoluten Zahlen 195.000 Personen in Österreich.

Glücksspiel: Unter „Pathologischem Spielverhalten“ wird ein Syndrom psychopathologischer Störungen auf der Verhaltens-, kognitiven und emotionalen Ebene nach den Kriterien der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV verstanden. Deren diagnostische Leitlinien finden sich im Anhang (Kap. 6.3).

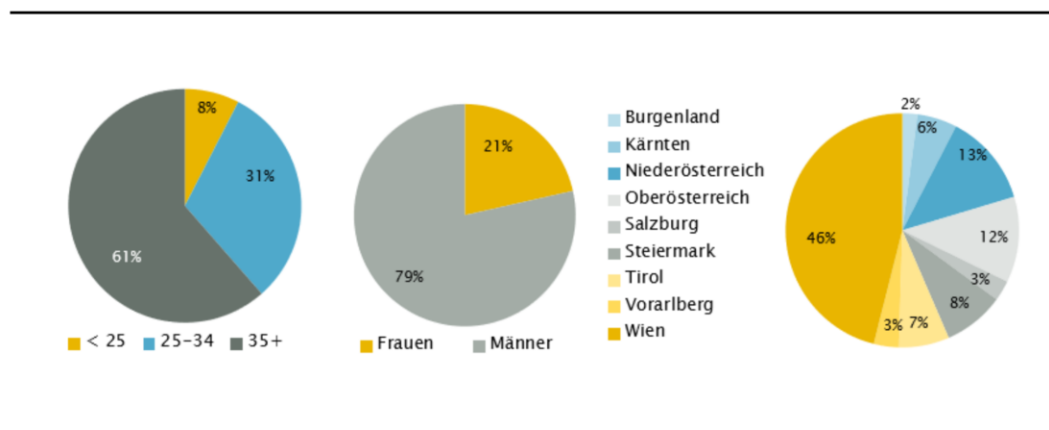
Die erste repräsentative telefonische Befragung der österreichischen Bevölkerung (im Alter von 14 bis 65 Jahre) kam zu folgendem Ergebnis: 0,43% aller Befragten weisen ein problematisches (3 oder 4 der DSM-IV Kriterien sind erfüllt) und 0,66% ein pathologisches (mindestens fünf der DSM-IV Kriterien liegen 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**)

³ „From 1383 records identified, 21 studies were included. Meta-analyses showed that among people who used cannabis, 22% (18–26%) have CUD [cannabis use disorder], 13% (8–18%) have CA [cannabis abuse], and 13% (10–15%) have CD [cannabis dependence]. Estimates from cohort studies, showed that the risk of developing CD increased to 33% (22–44%) among young people who engaged in regular (weekly or daily) use of cannabis. There was a lack of data from cohort studies to estimate the risk of CUD or CA among regular cannabis users.“ (**LEUNGA/CHANB/HIDESAHALL, 2020: 2**)

Opioide: Als Grundlage für die Anzahl der von Opioiden Abhängigen wurde die Schätzung des risikoreichen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden⁴ im Epidemiologiebericht des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheit verwendet. (vgl. ANZENBERGER u. a., 2022a: 7ff).



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

Abb. 2.2: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland, 2021), Quelle: ANZENBERGER u. a. (2022a: 7)

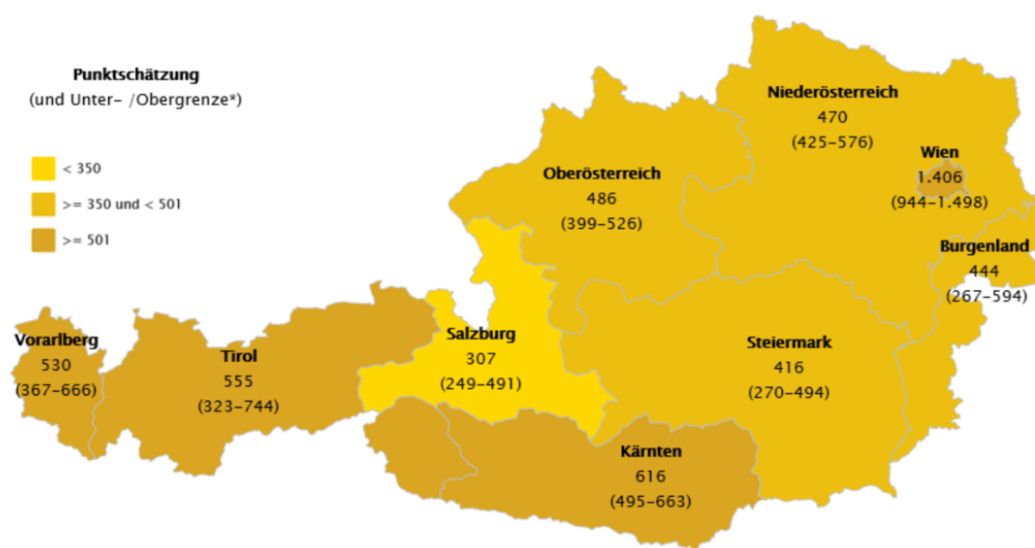
„Die aktuellsten Schätzungen kommen in Österreich für die Jahre 2020 und 2021 auf eine Anzahl von 35.000 bis 40.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden.⁵ Abbildung 2.2 gibt einen Überblick über die Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nach Alter und Geschlecht sowie nach Bundesland. Etwas über drei Viertel der Betroffenen sind Männer. Der Großteil ist 25 Jahre alt oder älter (92%) und 46 Prozent leben in Wien.“ (ANZENBERGER u. a., 2022a: 8)

Von Gesundheit Österreich (GÖG) wird für Oberösterreich geschätzt, dass im Jahr 2021 ca. 486 Personen pro 100.000 Einwohnern einen risikoreichen Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden betrieben haben. (siehe Abbildung 2.3) Umgerechnet kann davon ausgegangen werden, dass in Oberösterreich etwa 4.800 Personen risikoreichen Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten ausüben.

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

⁴ 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.

⁵ Seit einigen Jahren wird beobachtet, dass immer weniger Jugendliche und junge Erwachsene mit einem Opioidkonsum beginnen, was auf einen Rückgang der Opioidproblematik hindeutet. Die Anzahl der Betroffenen insgesamt ändert sich jedoch nur langsam. Dies hat mit dem chronischen Charakter der Opioidproblematik zu tun. Dies kann am besten in Analogie zu einer Badewanne erklärt werden, bei der zwar der Zufluss stark reduziert wird, der Abfluss jedoch stark zeitverzögert erfolgt und somit der Wasserspiegel sich nur sehr langsam ändert.



*Die bundeslandspezifischen Schätzungen sind mit äußerster Vorsicht zu interpretieren, da die Schätzungen insbesondere bei kleineren Bundesländern aufgrund der kleinen Populationsgrößen sehr unsicher sind und stark schwanken. Bei der Interpretation sollte immer das oben dargestellte Intervall zwischen Untergrenze und Obergrenze des Konfidenzintervalls über 3 Jahre herangezogen werden (d. h. als Untergrenze wird der kleinste Wert des 95-Prozent-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze dessen höchster Wert herangezogen).

Abb. 2.3: Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums nach Bundesländern 2021 (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige), Quelle: ANZENBERGER u. a. (2022a: 8)

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 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.

Diagnosen der öffentlichen Krankenanstalten: Als Indikator für die Gefährlichkeit und das Suchtpotential können die Diagnosedaten der öffentlichen Krankenhäuser (LKF-Daten) betrachtet werden. Zieht man die LKF-Daten nach ICD-10 als Vergleichszahlen heran, so helfen sie dabei, die tatsächliche Gefährlichkeit der Substanzen hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Folgen und deren gesellschaftlicher Belastung besser einschätzen zu können. Alle illegalen Drogen zusammengenom-

men erreichen im Jahr 2022 bei den Belagstagen in den oberösterreichischen Krankenanstalten 31.064 Tage, bei den Alkoholdiagnosen sind insgesamt 72.531 Belagstage zu verzeichnen und der Löwenanteil von 106.155 Belagstagen ist den Nikotindiagnosen zuzurechnen. Die Belagstage durch Störungen von nicht widmungsgemäßen Gebrauch von Medikamenten finden sich knapp nach den illegalen Drogen mit 24.748 Tagen.

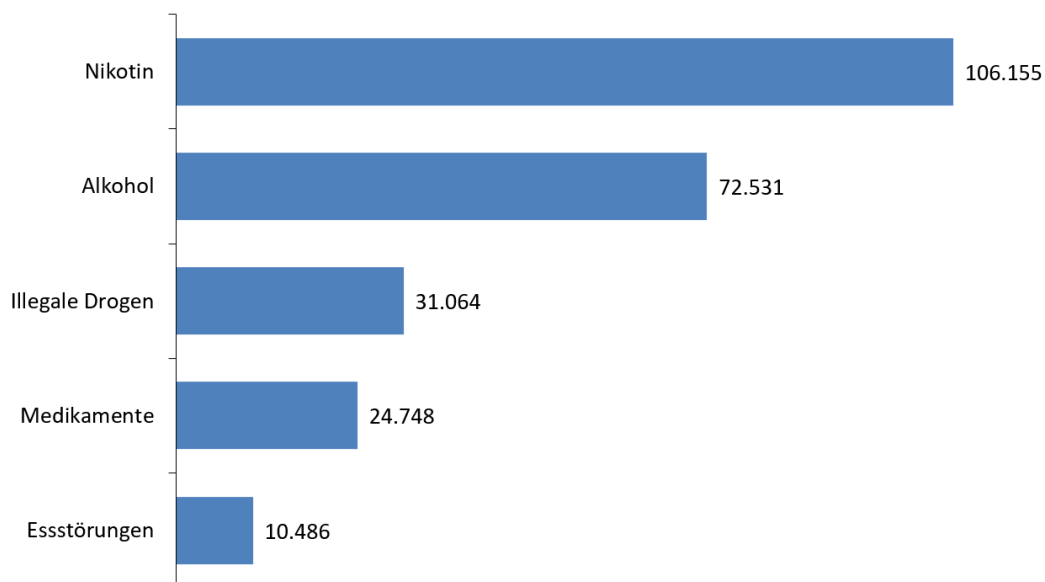


Abb. 2.4: Belagstage in oö. Spitälern nach Substanzen 2022, Quelle: LKF-Daten 2022, eigene Auswertung

3 Diverse Suchtspezifika

3.1 Alkohol

Aktuell trinken die 15- bis 99-jährigen ÖsterreicherInnen 12 Liter reinen Alkohol pro Person und Jahr, das sind 26 Gramm Reinalkohol pro Tag. (vgl. [BACHMAYER/STRIZEK/UHL, 2022: 2ff](#)) Diese Menge entspricht rund 475 Halben Bier bzw. 475 Vierteln Wein pro Person im Jahr.

3.1.1 Akuter Alkoholmissbrauch

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

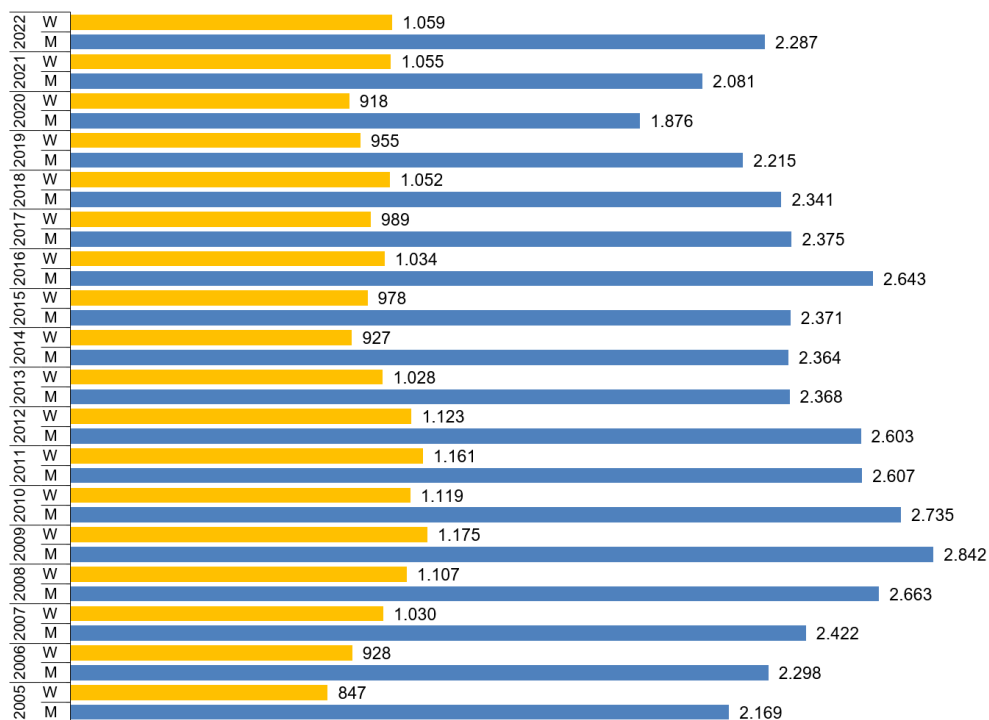


Abb. 3.1: akuter Alkoholmissbrauch in ÖÖ 2005 - 2022 (Fälle), Quelle: LKF-Daten 2022, eigene Auswertung

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

Das Geschlechterverhältnis der Diagnosen zum akuten Alkoholmissbrauch beträgt im Jahr 2022 2,2:1 (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 mit einer Diagnose bzgl. „akuter Alkoholmissbrauch“ in Behandlung zu kommen. 2022 wurde 153-mal die Diagnose „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 rund 5 Einlieferungen. Dies ist, verglichen mit anderen Altersgruppen, der höchste Wert.

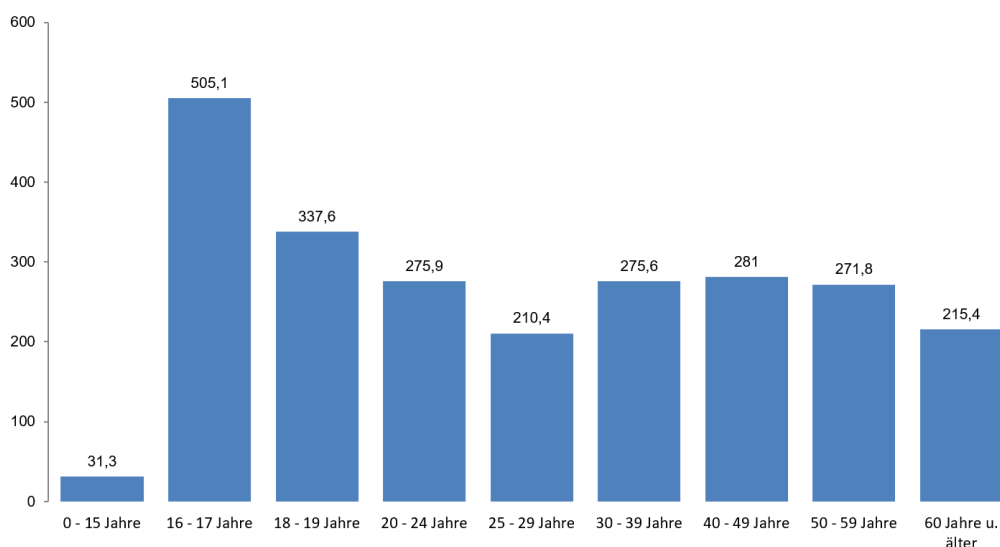


Abb. 3.2: akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2022 nach Alter, Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie, Quelle: LKF-Daten 2022, eigene Berechnung

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.

„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

3 Diverse Suchtspezifika

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)

Tab. 3.1: Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch (F10.0, F10.1, T51) 2022 nach Altersgruppen (Fälle)

Altersgruppen	Geschlecht	Entlassungen bei akutem Alkoholmissbrauch	Belagstage bei akutem Alkoholmissbrauch	durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 Einwohner
0 - 15 Jahre	M	25	22	0,9	124.771	20,0
	W	51	48	0,9	117.945	43,2
16 - 17 Jahre	M	81	96	1,2	15.519	521,9
	W	72	138	1,9	14.774	487,3
18 - 19 Jahre	M	64	116	1,8	15.863	403,5
	W	40	171	4,3	14.943	267,7
20 - 24 Jahre	M	148	1.467	9,9	43.270	342,0
	W	80	236	3,0	39.366	203,2
25 - 29 Jahre	M	139	595	4,3	50.563	274,9
	W	65	274	4,2	46.388	140,1
30 - 39 Jahre	M	412	3.966	9,6	104.779	393,2
	W	148	755	5,1	98.382	150,4
40 - 49 Jahre	M	356	2.313	6,5	97.058	366,8
	W	182	1.830	10,1	94.433	192,7
50 - 59 Jahre	M	436	2.932	6,7	117.898	369,8
	W	201	1.408	7,0	116.440	172,6
60 Jahre u. älter	M	626	4.980	8,0	179.058	349,6
	W	220	2.185	9,9	213.690	103,0
Oberösterreich	M	2.523	16.487	6,5	748.779	336,9
	W	1.233	7.045	5,7	756.361	163,0
Gesamt		3.346	23.532	7,0	1.505.140	222,3

Betrachtet man die absoluten Zahlen des Diagnoseclusters „akuter Alkoholmissbrauch“ (siehe Spalte „Entlassungen bei akutem Alkoholmissbrauch“ unten) so wird ersichtlich, dass von den gesamten 3.346 Diagnosen im Jahr 2022 in Oberösterreich „nur“ 229 bei Kindern und Jugendlichen (0-17 Jahre) gestellt wurden. Das entspricht etwa 7% der Diagnosen. Demgemäß wurden mehr als 9 von 10 (93% bzw. 3.117) der Diagnosen von „akutem Alkoholmissbrauch“ bei Erwachsenen konstatiert. Von deren missbräuchlichen Alkoholkonsum wird aber nur sehr selten in den Medien berichtet.

3.1.2 Alkoholabhängigkeit

Das Geschlechterverhältnis der Alkoholabhängigkeit² verschob sich in den letzten Jahren in Oberösterreich von knapp 3,5:1 auf 2,2:1 (männlich:weiblich). Dies entspricht auch dem Bundestrend.

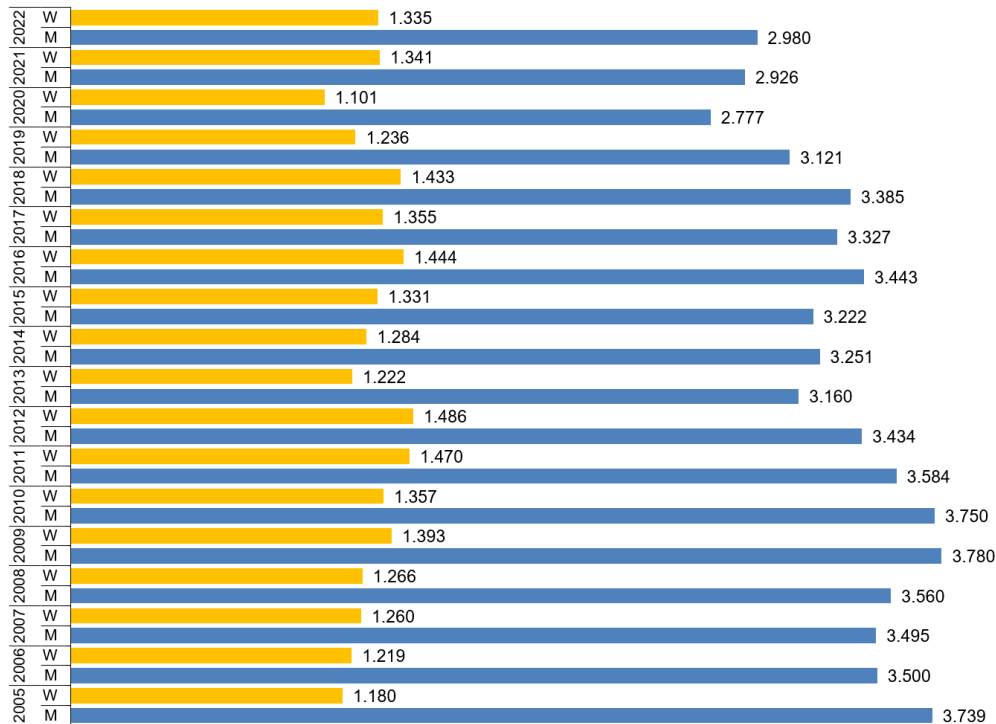


Abb. 3.3: Alkoholabhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 2005-2022 (Fälle), Quelle: LKF-Daten 2022, eigene Berechnung

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: Etwa 5 Diagnosen pro 1.000 EinwohnerInnen entfielen 2022 auf diese Altersgruppe. Bei den Männern dieser Altersgruppe werden in Oberösterreich jährlich beinahe 1% als alkoholabhängig diagnostiziert.

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 wegen Pensionierung) weg und bei Jüngeren erscheint eine Behandlung besonders angebracht, da diese „das Leben noch vor sich haben“.

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

3 Diverse Suchtspezifika

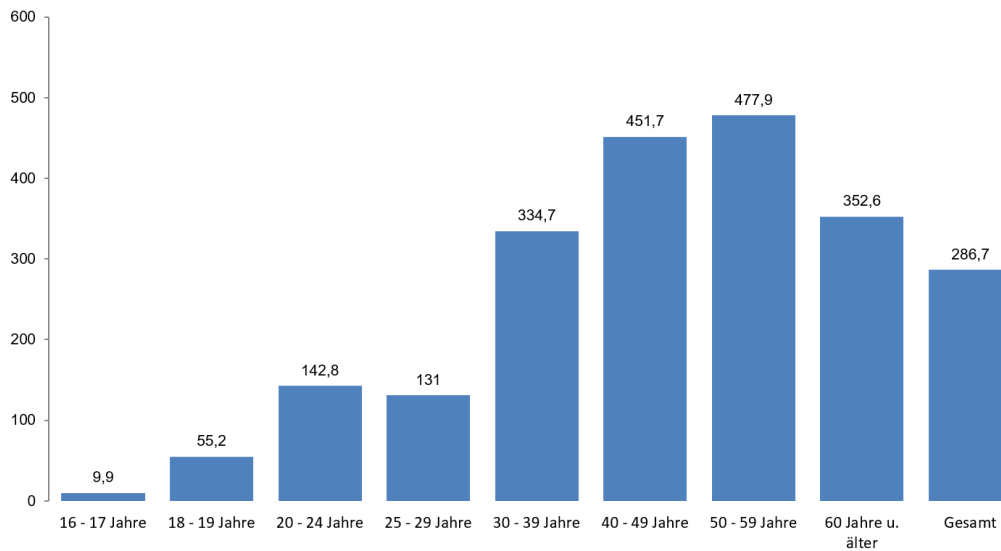


Abb. 3.4: Alkoholabhängigkeit nach Alter in OÖ 2022, Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie. Quelle: LKF-Daten 2022, eigene Berechnung

Tab. 3.2: Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit 2022 nach Altersgruppen (Fälle)

Altersgruppen	Entlassungen bei Alkoholabhängigkeit	Belagstage bei Alkoholabhängigkeit	durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 Einwohner
16 - 17 Jahre	3	22	7,3	30.293	9,9
18 - 19 Jahre	17	186	10,9	30.806	55,2
20 - 24 Jahre	118	1.006	8,5	82.636	142,8
25 - 29 Jahre	127	2.089	16,5	96.951	131,0
30 - 39 Jahre	680	8.929	13,1	203.161	334,7
40 - 49 Jahre	865	10.365	12,0	191.491	451,7
50 - 59 Jahre	1.120	12.514	11,2	234.338	477,9
60 Jahre u. älter	1.385	15.862	11,5	392.748	352,6
Gesamt	4.315	50.973	11,8	1.505.140	286,7

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 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 (FELDER-PUIG/TEUTSCH/WINKLER, 2023) von österreichischen SchülerInnen der Schulstufen 5, 7, 9 und 11 dargestellt, das durchschnittliche Alter beträgt ziemlich genau 11, 13, 15 und 17 Jahre. Es handelt sich hierbei um die zuletzt veröffentlichten Daten im Rahmen des WHO Survey HBSC (Health Behavior of Schoolaged Children) aus dem Jahre 2018.

	Mädchen		Burschen	
	9. Schulstufe	11. Schulstufe	9. Schulstufe	11. Schulstufe
nie	50,8 %	31,7 %	50,3 %	34,4 %
1-2 Tage	24,9 %	25,7 %	19,5 %	24,1 %
3-5 Tage	12,2 %	22,0 %	12,0 %	21,2 %
6 Tage und mehr	12,0 %	20,6 %	18,2 %	20,3 %
Gesamt	100 %	100 %	100 %	100 %

Abb. 3.5: An wie vielen Tagen im letzten Monat wie viele Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11 Alkohol konsumiert haben, nach Geschlecht und Schulstufe, Quelle: FELDER-PUIG/TEUTSCH/WINKLER (2023: 47)

Rund die Hälfte der befragten SchülerInnen der 9. Schulstufe tranken im letzten Monat keinen Alkohol, während dies in der 11. Schulstufe ein Drittel taten. Erwartungsgemäß nimmt der wöchentliche und tägliche Alkoholkonsum mit dem Alter deutlich zu. Zwischen Mädchen und Burschen zeigt sich kein Unterschied in der Frequenz ihres Alkoholkonsums.

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, der bereits bei der Befragung 2014 konstatiert wurde, wird von den AutorInnen wie folgt begründet: Wandel in der Jugendkultur, in der der Aufbau sozialer Kontakte heute eher über soziale Medien erfolgt als über das gemeinsame Ausprobieren von Risikoverhaltensweisen wie Tabak- und Alkoholkonsum. (vgl. RAMELOW/TEUTSCH/HOFMANN/FELDER-PUIG, 2015)

Auch die Ergebnisse einer weiteren in den Jahren von 2003 bis 2019 durchgeführten SchülerInnenbefragung (ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) legen nahe, dass SchülerInnen heute wesentlich seltener und weniger Alkohol trinken als noch vor 14

3.1 Alkohol

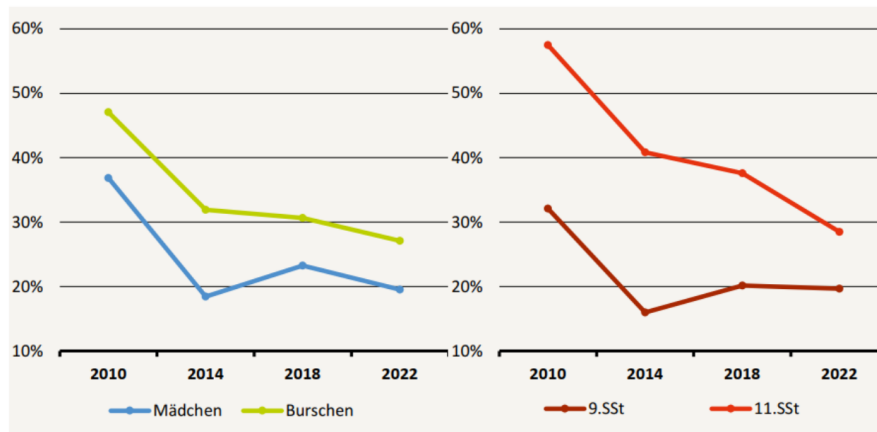


Abb. 3.6: Relative Anzahl der Schüler:innen ab Schulstufe 9, die mindestens 1 Mal pro Woche Alkohol konsumieren, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022, Quellen: FELDER-PUIG/TEUTSCH-WINKLER (2023: 84)

Jahren im Jahr 2007, was primär auf den Rückgang problematischer Konsummuster bei männlichen Jugendlichen zurückzuführen ist (vgl. GÖG, 2016: 2) (HOJNI/DELCOUR/STRIZEK/UHL, 2020: 56).

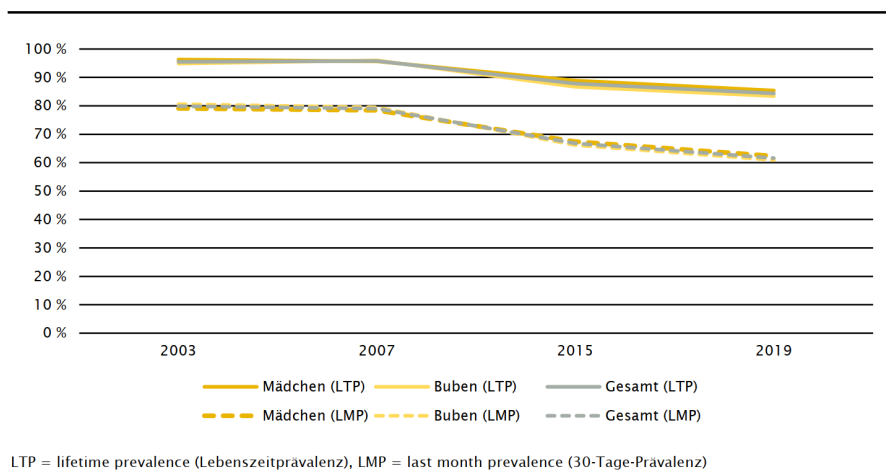


Abb. 3.7: Zeitverlauf des Alkoholkonsums nach Geschlecht (Lebenszeitprävalenz, Monatsprävalenz), Quellen: HOJNI/DELCOUR/STRIZEK/UHL (2020: 56)

„In Bezug auf Alkoholkonsum zeigt sich sowohl in Hinblick auf die Lebenszeitprävalenz als auch auf die Monatsprävalenz ein eindeutiger Rückgang (siehe Abb. 3.7): So sank die Zahl der Jugendlichen, die nach eigenen Angaben mindestens einmal im Leben ein alkoholisches Getränk konsumiert haben, von 96 Prozent im Jahr 2007 auf 85 Prozent im Jahr 2019 – oder anders formuliert: Die Zahl der abstinenten Jugendlichen vervierfachte sich über acht Jahre von vier Prozent auf 15 Prozent. Derselbe Trend ist auch in Bezug auf die Alkoholkonsumprävalenz in den letzten 30 Tagen zu beobachten: Im Jahr 2007 gaben noch vier von fünf Jugendlichen (79%) an, in den

letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert zu haben, im Jahr 2019 taten dies weniger als zwei von drei Jugendlichen (60%). Dieser Rückgang des Anteils an Alkoholkonsumentinnen/-konsumenten findet sich gleichermaßen bei weiblichen wie bei männlichen Jugendlichen“ (HOJNÍ/DELCOUR/STRIZEK/UHL, 2020: 56).

3.2 Tabak

3.2.1 Prävalenz des Tabakkonsums in Oberösterreich

Zur Darstellung der Prävalenz des Tabakkonsums in Oberösterreich werden Ergebnisse der Bevölkerungsbefragungen OÖ aus den Jahren 2000 bis 2019 präsentiert, die im Rahmen des Projektes „Drogenmonitoring OÖ“ durchgeführt wurden³, sowie Ergebnisse des internationalen HBSC-Forschungsprojekts, der „Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS)“, der ESPAD-Erhebung 2015 und 2019, Daten des Bundesministeriums für Landesverteidigung und Sport und Daten der „Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung“ (LKF).

Nimmt man die GelegenheitsraucherInnen und täglichen RaucherInnen zusammen, ergibt sich derzeit ein RaucherInnenanteil von 21%. 79% der Befragten bezeichneten sich als „absolute NichtraucherInnen“.⁴

Im Vergleich zu den früheren Befragungen weisen die Angaben der Befragung 2022 auf einen weiteren Rückgang der Raucherquote hin. Noch im Jahr 2000 gaben insgesamt 57% an zu rauchen, 2006 erreichte der Anteil der RaucherInnen 43%, im Jahr 2019 29% und 2022 gaben 21% der Befragten an zu rauchen. Im Jahr 2000 gaben 40% an täglich zu rauchen, 2006 erreichte dieser Wert 31%, 2019 17% und 2022 gaben 16% der Befragten täglichen Zigarettenkonsum an. Der Nichtraucheranteil stieg in diesem Zeitraum um 28% von 43% im Jahr 2000 auf 79% im Jahr 2022 an.

Rauchen, Geschlecht und Alter

Die Unterschiede der Raucherquote bei den Geschlechtern haben sich zunehmend angeglichen. Insgesamt rauchen zwar noch mehr Männer als Frauen (30,3%:28,2%), beim täglichen Zigarettenkonsum liegen aber die Frauen nunmehr mit 18,1% leicht vor den Männern mit 16,7% (Tab. 3.4).

³ Aus Platzgründen konzentrierte sich die Erhebung auf den Zigarettenkonsum, der heute den überwiegenden Anteil des Tabakkonsums ausmacht. Für Österreich wurde im Rahmen einer Mikrozensushebung zu den Rauchgewohnheiten der Pfeifen oder Zigarrenraucheranteil mit 1,9% beschrieben (STATISTIK AUSTRIA, 2002: 21). In Deutschland rauchen ca. 4% der männlichen Tabakkonsumenten 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).

⁴ 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)

3 Diverse Suchtspezifika

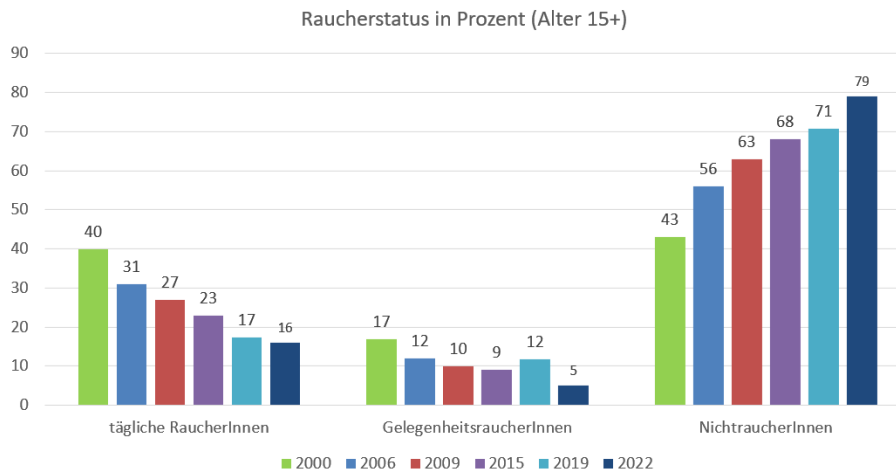


Abb. 3.8: RaucherInnenprävalenz Oberösterreich (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragungen OÖ 2000, 2006, 2009, 2015, 2019, STRIZEK/BUSCH/PUHM/SCHWARZ (2023), eigene Auswertung für OÖ, Alter 15+, STRIZEK/BUSCH/PUHM/SCHWARZ (2023)

Tab. 3.4: Verteilung RaucherInnenstatus nach Geschlecht (in Prozent), Quelle: STRIZEK/BUSCH/PUHM/SCHWARZ (2023), eigene Auswertung für OÖ, Alter 15+, N=1013

Geschlecht	RaucherInnen		
	Nicht-RaucherInnen	Gelegenheits - RaucherInnen	tägliche RaucherInnen
M	78,2	6,4	15,4
W	79,6	4,4	16,1
Gesamt	79,1	5,3	15,7

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/MRAVLAGE/STIDL/WANNENMACHER (2002) verweisen darauf, dass 90% der RaucherInnen im Erwachsenenalter vor ihrem 18. Lebensjahr zu rauchen begonnen haben. (DÜR/MRAVLAGE/STIDL/WANNENMACHER, 2002: 24)

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

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 17-jährige SchülerInnen⁵ (5. bis 11. Schulstufe) 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 17-jährigen SchülerInnen in Österreich relativ gut dokumentiert und international vergleichbar wird.

	Mädchen		Burschen	
	9. Schulstufe	11. Schulstufe	9. Schulstufe	11. Schulstufe
Zigaretten	19,2 %	25,7 %	15,9 %	15,4 %
E-Zigaretten	19,2 %	16,1 %	19,5 %	10,9 %
Wasserpfeifen	8,8 %	13,3 %	11,7 %	13,1 %
andere	8,1 %	10,8 %	18,6 %	13,7 %

Abb. 3.9: Welche Nikotinprodukte die Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11 aktuell konsumieren, nach Geschlecht und Schulstufe, Quelle: FELDER-PUIG/TEUTSCH/WINKLER (2023: 46)

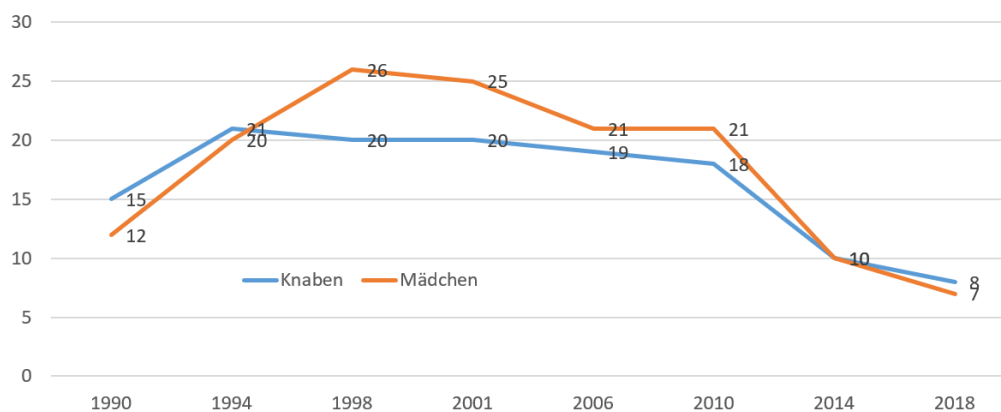


Abb. 3.10: Tabakkonsum der 15-jährigen SchülerInnen, die „täglich rauchen“, 1990 bis 2018 nach Geschlecht in Prozent, Auswertung Österreich, Quelle: FELDER-PUIG/TEUTSCH/RAMELOW/MAIER (2019: 39)

Zur Beschreibung der RaucherInnenprävalenz der 15-jährigen SchülerInnen soll das tägliche Rauchen dargestellt werden. Abbildung 3.10 gibt einen Einblick in die Entwicklung seit 1990 und

⁵ Die Ergebnisse der HBSC-Studie 2018 wurden erstmals nach den Schulstufen und nicht nach dem Alter dargestellt. Durchschnittlich sind die Schülerinnen und Schüler der vier befragten Schulstufen 11, 13, 15 und 17 Jahre alt (vgl. TEUTSCH/MAIER/RAMELOW/FELDER-PUIG, 2019: 25). Um die Lesbarkeit in Abbildung 3.10 zu vereinfachen, wurde in der obigen Darstellung weiterhin auf das durchschnittliche Alter der SchülerInnen (15-Jährige) verwiesen.

zeigt, dass in Österreich in den 1990er-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. In der Befragung 2018 kam es zu einer weiteren Reduktion, sowohl bei Burschen als auch Mädchen. Für das Erhebungsjahr 2022 liegen keine Daten zum täglichen Rauchen vor. Wie allerdings aus Abbildung 3.11 ersichtlich hat sich bei der NichtraucherInnenquote zwischen 2018 und 2022 kaum mehr etwas verändert. Bei den 17-Jährigen allerdings stieg der Anteil der NichtraucherInnen weiterhin etwas an.

Der starke Rückgang der Raucherquote bei der Befragung 2014 könnte, gemäß den AutorInnen, „mit einem Wandel in der Jugendkultur zusammenhängen, in der der Aufbau sozialer 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).

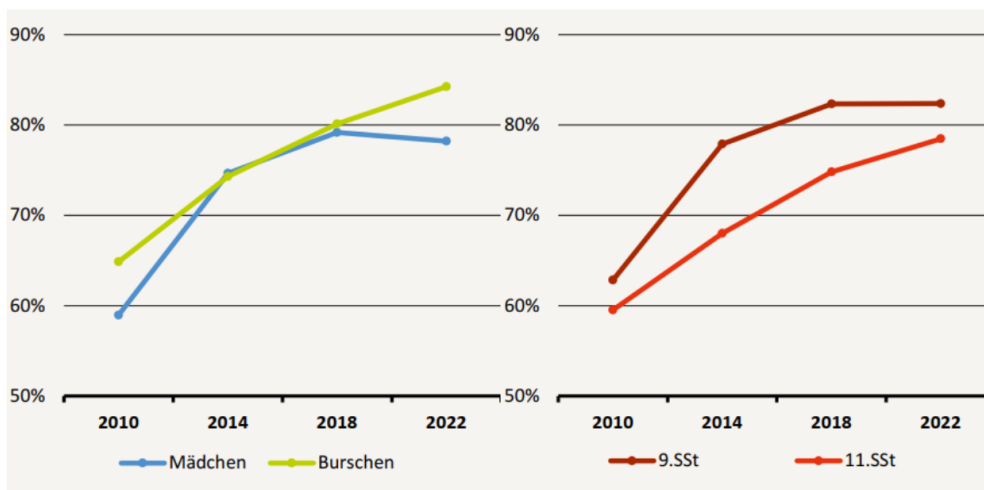


Abb. 3.11: Relative Anzahl der Schüler:innen ab Schulstufe 9, die keine Zigaretten rauchen, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022, Quelle: FELDER-PUIG/TEUTSCH/WINKLER (2023: 83)

Zur Vervollständigung des Bildes zum Rauchen bei Jugendlichen sollen weitere Erhebungen dargestellt werden, da in den Stichproben der HBSC-Studien 2014 und 2018 Berufsschulen und sonder- und heilpädagogische Einrichtungen nicht vertreten sind. Die ESPAD-Erhebung (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) ist die weltweit größte SchülerInnenbefragung zum Konsum von und zu Einstellungen zu legalen sowie illegalen psychoaktiven Substanzen. Diese Erhebung wurde in Österreich im Jahr 2015 zum insgesamt dritten Mal (nach 2003 und 2007) durchgeführt. Für den österreichischen Bericht wurden die Angaben von SchülerInnen, die beim Befragungszeitpunkt 14 bis 17 Jahre alt waren, ausgewertet. Als Referenzdimension soll hier wieder auf die 15-jährigen SchülerInnen, die täglich Zigaretten rauchen, eingegangen werden. Insgesamt geben bei der ESPAD-Studie 2015 rund 16% der befragten 15-jährigen SchülerInnen an, täglich zu rauchen.

Die Studie verweist aber auf erhebliche Unterschiede zwischen den Schultypen. Bei den 14- bis 17-jährigen SchülerInnen, die täglich rauchen erreichten SchülerInnen aus AHS (inklusive Modellversuch NMS) 10%, während SchülerInnen aus Polytechnischen Schulen und Berufsschulen 40% erreichten, also den vierfachen Wert. (vgl. STRIZEK/ANZENBERGER u. a., 2016: 35)

Das Auseinanderdriften der Raucherquote bei Jugendlichen (gut gebildete Jugendliche rauchen immer weniger, Jugendliche mit niedrigem oder fehlendem Bildungsabschluss rauchen weiterhin auf sehr hohem Niveau) wird durch eine Erhebung des „Bundesministeriums für Landesverteidigung und Sport – Militärisches Gesundheitswesen“ aus dem Jahre 2016 deutlich. So gaben von den stellungspflichtigen jungen Männer mit Matura bzw. junge Männer, die eine Höhere Schule vor der Matura besuchten, jeweils rund 15% an, Raucher zu sein (85% Nichtraucher). Rund 42% der jungen Männer mit Pflichtschulabschluss bezeichneten sich als Raucher (58% Nichtraucher) und immerhin rund 56% der Befragten ohne positiven Pflichtschulabschluss bezeichneten sich als Raucher (44% Nichtraucher). (vgl. STATISTIK AUSTRIA, 2018: 240)

3.2.3 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. SCHÖBERBERGER/KUNZE, 1999)

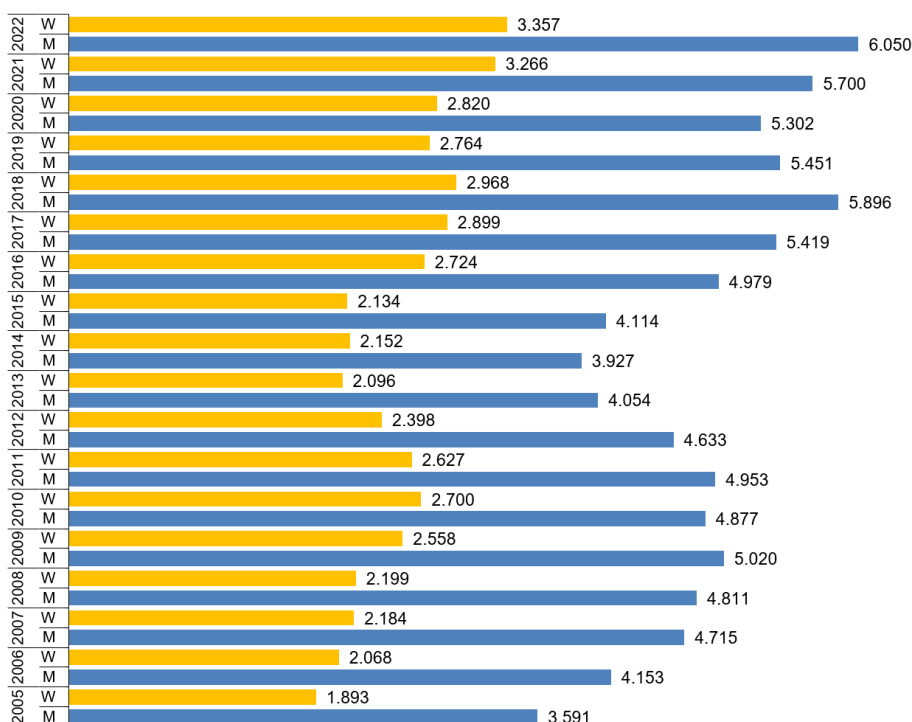


Abb. 3.12: Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 2005-2022, Quelle: LKF-Daten 2022

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. 150.000 bis 170.000 nikotinabhängige RaucherInnen in Oberösterreich (Bezugszahl sind die 16% täglichen RaucherInnen der Repräsentativbefragung von STRIZEK/BUSCH/PUHM/SCHWARZ (2023), eigene Auswertung für OÖ).

Die in Abbildung 3.12 dargestellten Diagnosezahlen zeigen bei „Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit“⁶ die Entwicklung von 2005 bis 2022. 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 2009. Eine plausible und nachvollziehbare Erklärung dafür ist noch ausständig (beispielsweise könnte eine höhere Sensibilität in der Diagnostik gegenüber Nikotinerkrankungen eine Rolle spielen). Der Rückgang der Nikotindiagnosen seit dem Jahr 2011 und der darauf folgende Anstieg bedarf ebenfalls weiterer Analyse.

3.3 Opioide

Die Konsumerfahrung mit Opioiden liegt in Oberösterreich bei ca. 1-2%, das sind etwa 12.500 - 25.000 Personen im Alter von über 15 Jahren (Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019).

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 gaben lediglich fünf Befragte 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: 31,2% der OberösterreicherInnen über 15 Jahre geben an, bereits einmal Cannabisprodukte konsumiert zu haben (Lebenszeitprävalenz), das sind etwa 395.000 Personen in Oberösterreich (Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019)

Unter den Jugendlichen im Alter von 15 bis 24 Jahren liegt die Angabe der Konsumerfahrung von Cannabis um einiges höher (42,3%); und sie liegt am höchsten in der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen - bei ca. 49% dieser Altersgruppe.

⁶ Die Diagnose „Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit“ ist eine Zusammenfassung der Diagnosen F17.1 Schädlicher Gebrauch, F17.2 Abhängigkeitssyndrom von Tabak und F17.3 Entzugssyndrom bei Tabak

3.4 Cannabis

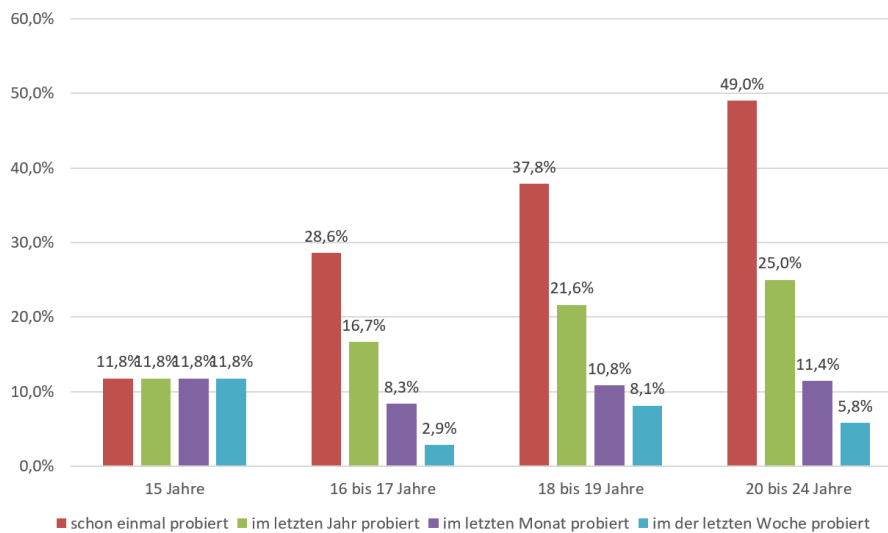


Abb. 3.13: Cannabiskonsum in OÖ, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019

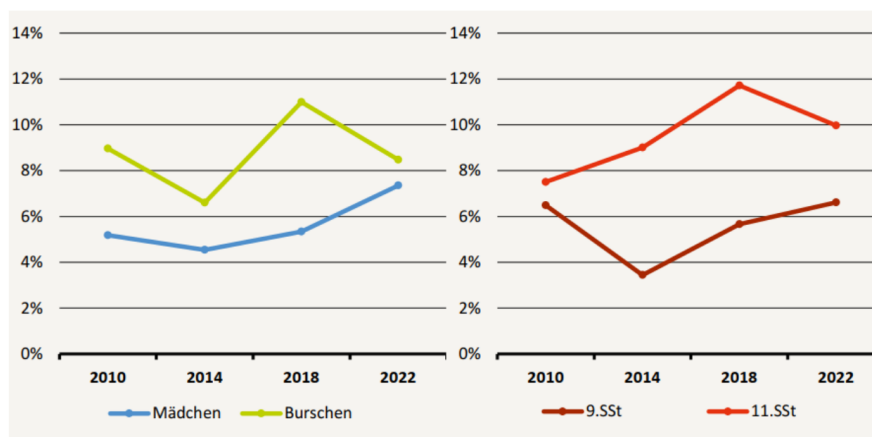


Abb. 3.14: Relative Anzahl der Cannabis-Konsument:innen ab Schulstufe 9, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022, Quelle: FELDER-PUIG/TEUTSCH/WINKLER (2023: 84)

Die letzte Befragung im Rahmen des WHO Survey HBSC (Heath Behavior of Schoolaged Children) im Jahr 2022 stellte für die Altersgruppe SchülerInnen der 9. und 11. Schulstufen (ca. 15- und 17-Jährige) in Österreich fest: „Knapp über 10% der Schüler:innen aus Schulstufe 9 haben bereits Cannabis konsumiert (Abbildung 21). In Schulstufe 11 sind es mehr als doppelt so viele. Aktuell nehmen ungefähr 7% der Mädchen und 9% der Burschen aus den beiden Schulstufen Cannabis zu sich.“ (FELDER-PUIG/TEUTSCH/WINKLER, 2023: 43)

3.5 Weitere Substanzen

In aktuellen Studien 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 Amphetamin, Kokain und Methamphetamin (Crystal Meth). Neben dem Preisverfall von Kokain und in Teilen Österreichs hohen Verfügbarkeit von Amphetamin und 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 Ausweitung des konsumierten Substanzspektrums zu beobachten; der polytoxikomane Gebrauch, d.h. der abwechselnde und gleichzeitige Gebrauch unterschiedlicher Substanzen nimmt weiterhin zu.

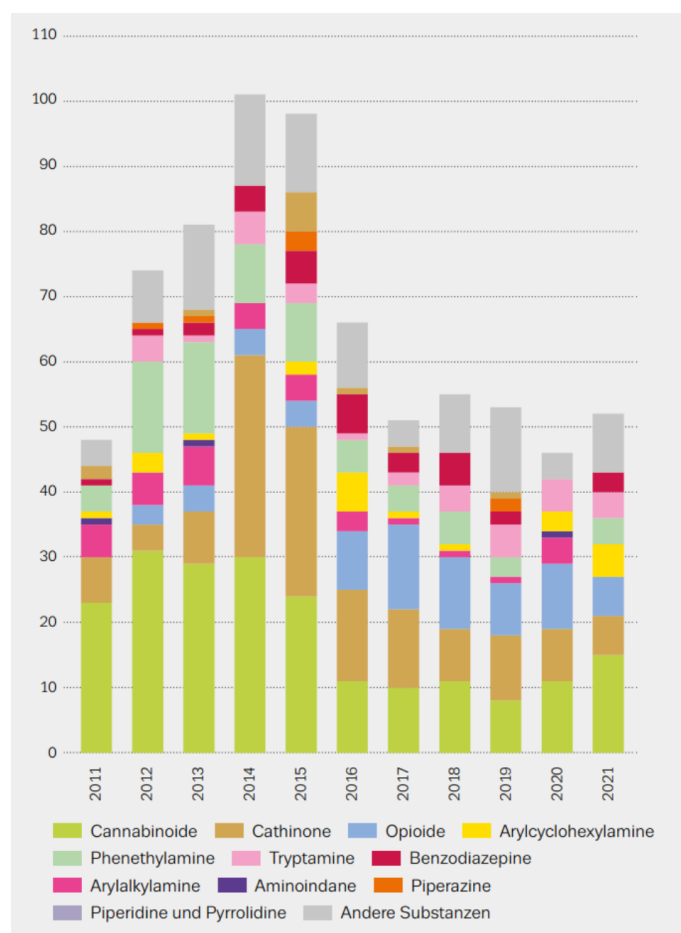


Abb. 3.15: Anzahl und Kategorien der dem EU-Frühwarnsystem erstmals gemeldeten neuen psychoaktiven Substanzen, 2011-21, Quelle: EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGEN-SUCHT (2022: 39)

„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, Arylkylamine 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 3.15)“. (EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT, 2016: 32)

„Bis Ende 2018 überwachte die EMCDDA über 730 neue psychoaktive Substanzen, von denen 55 im Jahr 2018 erstmals in Europa entdeckt wurden.“ (EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT, 2019: 35)

„Ende 2021 hat die EMCDDA etwa 880 neue psychoaktive Substanzen überwacht, von denen 52 im Jahr 2021 zum ersten Mal in Europa gemeldet wurden.“ (EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT, 2022: 35)

Die Varianten an künstlichen Cannabinoiden und die Derivate aufputschender und halluzinogener Substanzen nehmen jährlich zu. Ob neben der Verbreiterung des Angebots an Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS) diese auch an Bedeutung beim Konsum gewinnen, ist allerdings für Österreich fraglich.

„In den letzten Jahren wurde beim Probier- und Experimentierkonsum eine Verbreiterung des Substanzenspektrums 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 Einnahmeprevalenz“. (WEIGL u. a., 2015: 49)

Auch bei der aktuellen Bevölkerungsbefragung in OÖ 2019 spielen die Neuen Psychoaktiven Substanzen kaum eine Rolle.

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 2022 wurden in Oberösterreich in den öffentlichen Krankenanstalten 672 Diagnosen zu Essstörungen⁷ gestellt (Quelle: LKF-Daten 2022, eigene Auswertung SEYER (2023)).

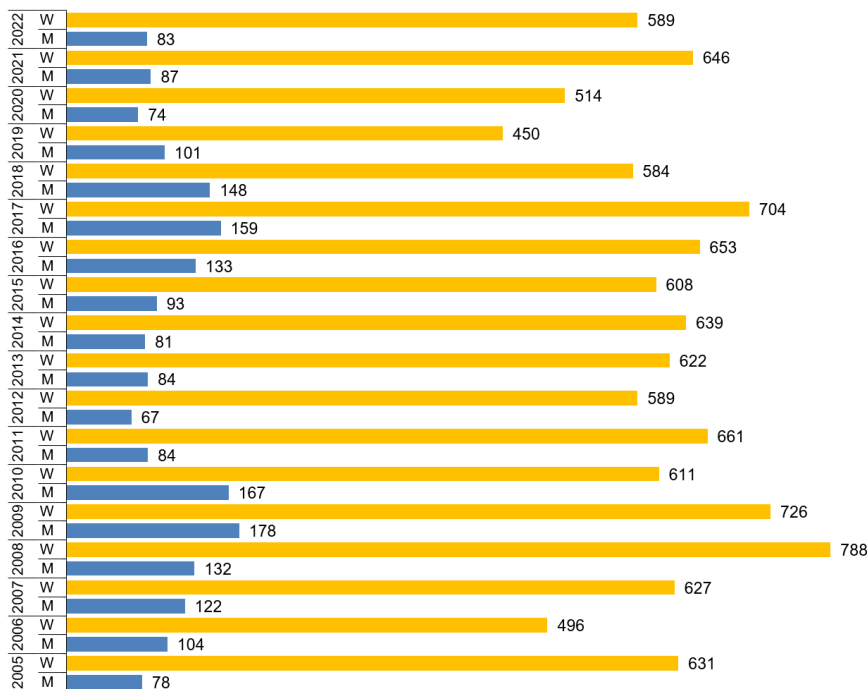


Abb. 3.16: Essstörungen nach Geschlecht in OÖ 2005-2022, Quelle: LKF-Daten 2022

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 2022 befanden sich die diagnostizierten Essstörungen wieder auf dem Niveau der Jahre 2003 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. Insgesamt verhalten sich die Essstörungen in Oberösterreich über den Zeitraum der letzten 20 Jahre sehr stabil. Altersmäßig findet sich die Spitze der behandelten Erkrankungen in der Gruppe der 16- bis 17-Jährigen (siehe Abbildung 3.17). Danach sinken die diagnostizierten Essstörungen rapide.

Die Diagnose Essstörung wird nicht nur bei Frauen gestellt, allerdings wird sie bei Männern wesentlich seltener gestellt. Das Verhältnis Männer:Frauen lag im Jahr 2022 bei etwa 1:7.

⁷ Wenn nur die Diagnosen F50.0-1 Anorexia nervosa und F50.2-3 Bulimia nervosa herangezogen werden, waren es im Jahr 2022 406 Diagnosen.

3.6 Essstörungen

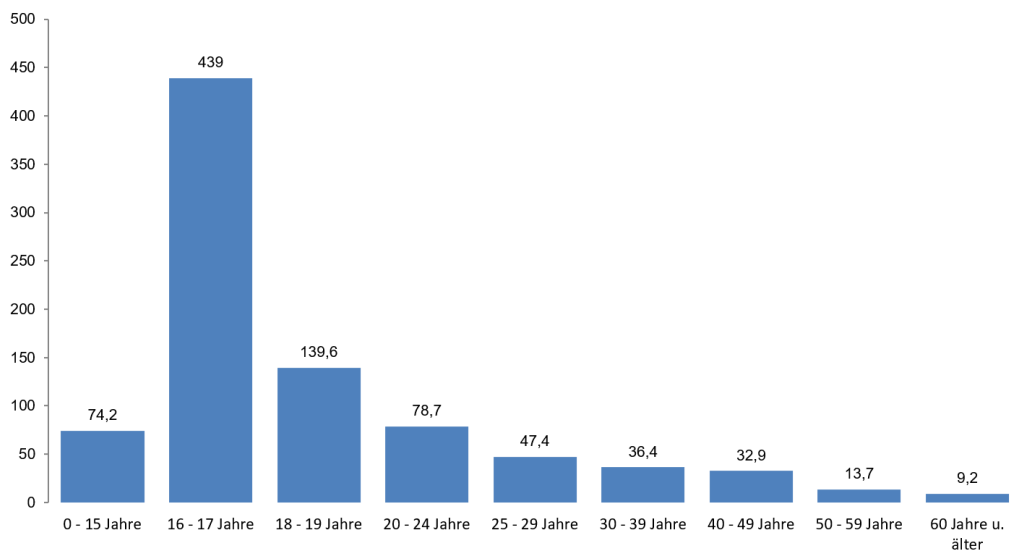


Abb. 3.17: Diagnosen Anorexie und Bulimie nach Alter in OÖ 2022, Quelle: LKF Daten 2022. Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie

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 11% (in Österreich 835.500 Personen) stark kaufsuchtgefährdeter Personen ab 14 Jahren, identifizierte Tröger (2017) noch eine Gruppe mit deutlich kompensatorischer Kaufneigung im Ausmaß von 13% (in Österreich 987.400 Personen). Der Wert der Kaufsuchtgefährdung insgesamt liegt somit 2016 bei 24% der österreichischen Bevölkerung ab 14 Jahren, bzw. bei etwa 1.822.900 kaufsuchtgefährdeter Personen.

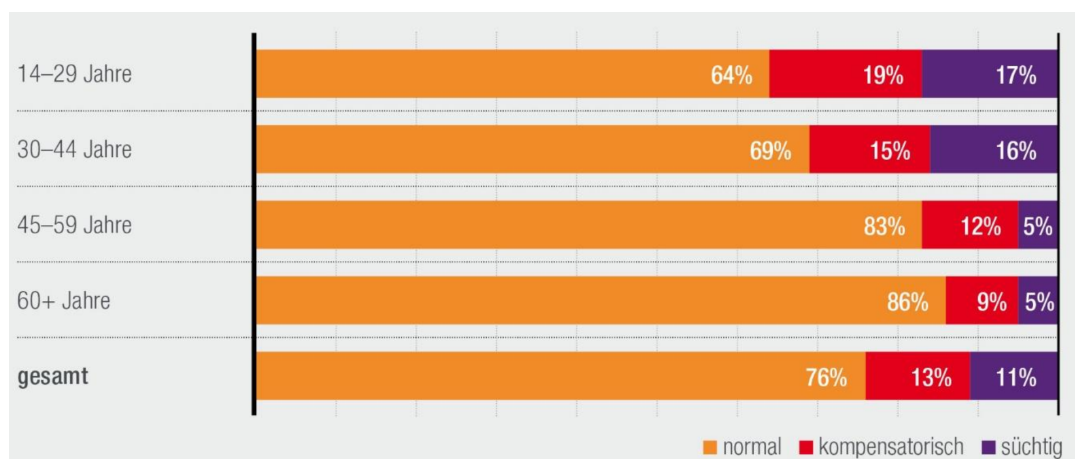


Abb. 3.18: Kaufsuchtgefährdung 2016 nach den Altersgruppen und Art der Kaufsuchtgefährdung (kompensatorisch – süchtig) aufgeschlüsselt, Quelle: TRÖGER (2017: 11)

Vergleicht man die Altersgruppen, so wird deutlich, dass insbesondere jüngere Menschen von Kaufsucht betroffen sind. Mit zunehmendem Alter nimmt die Kaufsuchtgefährdung ab.

3.8 Kaufsucht



Abb. 3.19: Kaufsuchtgefährdung 2016 nach Geschlecht und Art der Kaufsuchtgefährdung (kompensatorisch – süchtig) aufgeschlüsselt, Quelle: TRÖGER (2017: 10)

Wie in früheren Jahren stellt das Geschlecht auch 2016 einen ganz deutlichen Einflussfaktor dar. Frauen zeigen ganz deutlich höhere Werte bei der Kaufsuchtgefährdung als Männer.

Ähnliche Ergebnisse konnten bei der Bevölkerungsbefragung 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)

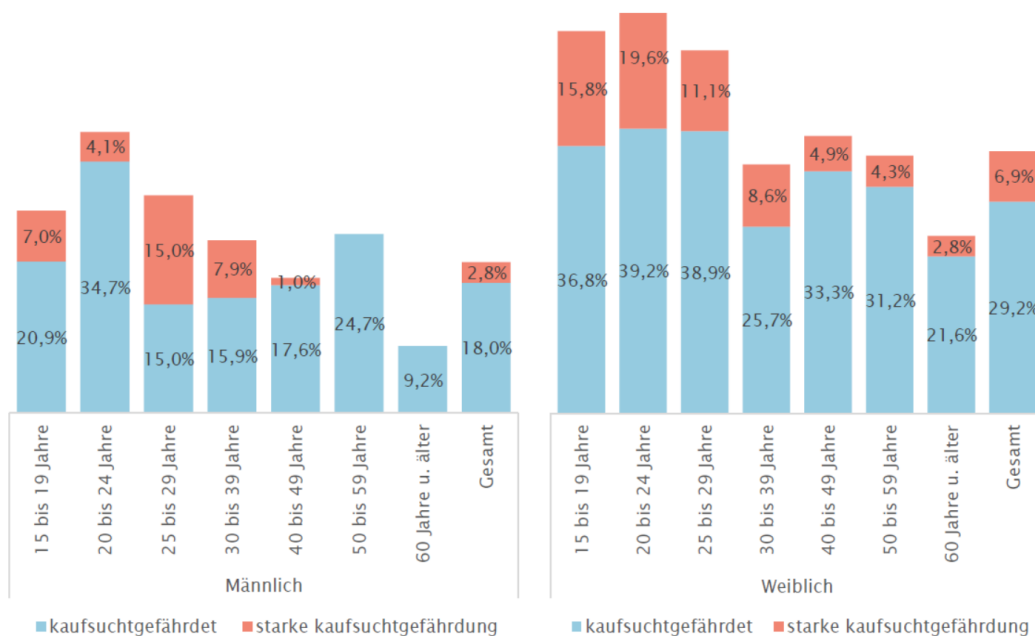


Abb. 3.20: Kaufsuchtgefährdung 2015 in Oberösterreich nach den Altersgruppen, Geschlecht und Art der Kaufsuchtgefährdung (deutlich - stark) aufgeschlüsselt, N=1184, Alter 15+, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2015 (SEYER/PAULIK/GSCHWANDTNER/LEHNER, 2016: 157)

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 Konzepts 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)

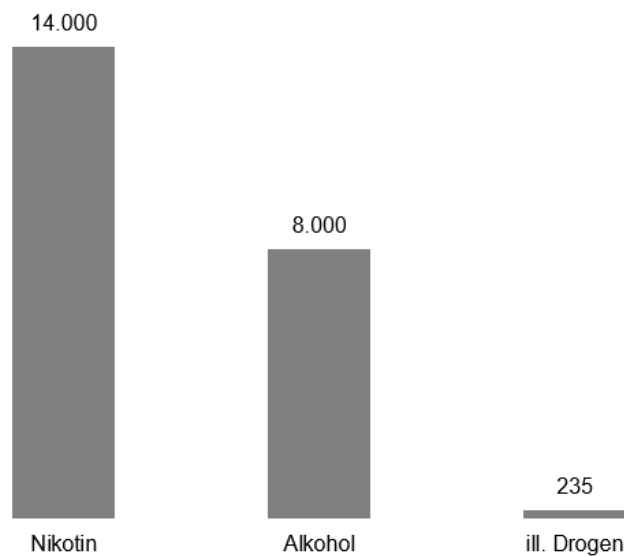


Abb. 4.1: Drogentote in Österreich, Vergleich Alkohol, Nikotin, ill. Drogen, Quelle: UHL (2002), ANZENBERGER u. a. (2022a)

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, SCHOBERBERGER/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).

„Seit Anfang der 1990er Jahre zeichnet sich eine wellenförmige Bewegung der drogenbezogenen Todesfälle ab: Die Spitzen waren jeweils Mitte der 1990er und Mitte der 2000er Jahre zu verzeichnen, wobei die Werte bis 2010 auf relativ hohem Niveau verharrten. Danach sanken die Raten der drogenbezogenen Todesfälle bis zum Jahr 2014 auf einen Tiefstwert, gefolgt von einem neuerlichen Anstieg. Während bis Mitte der 1990er Jahre in Wien bis zu zehnfach höhere Sterberaten aufgrund von Überdosierung festgestellt wurden als in den anderen Bundesländern gemeinsam, hat sich dieser Abstand im weiteren Verlauf auf ein Verhältnis von ca. 2:1 reduziert. Der (über drei Jahre

4 Todesfälle durch Substanzen

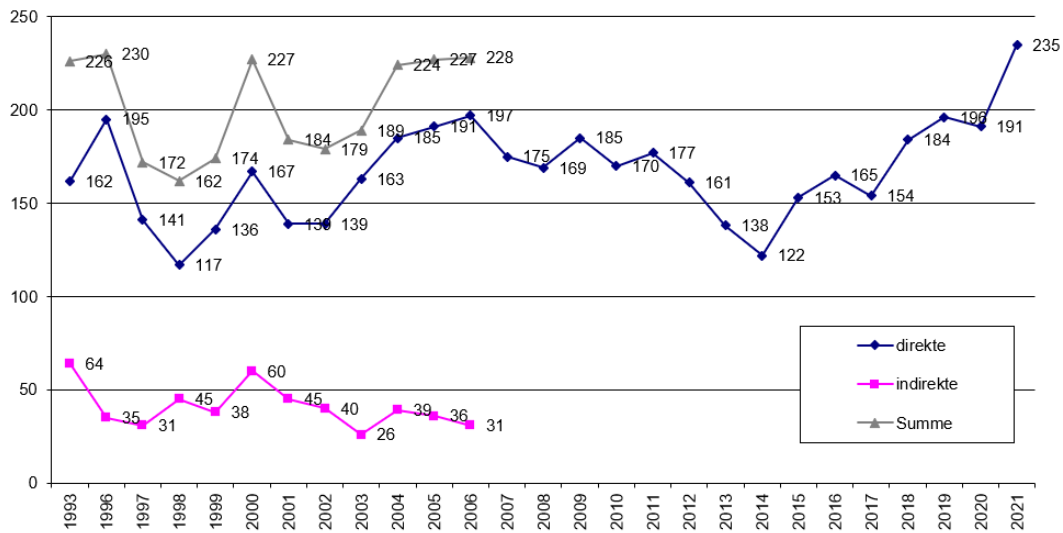


Abb. 4.2: Todesfälle durch ill. Drogen in Österreich, Quelle: ANZENBERGER u. a. (vgl. 2022b: 75) (ab 2007 keine Angaben zu den indirekten Todesfällen)

gemittelte) Anteil der Personen unter 25 Jahren pendelte sich im letzten Jahrzehnt bei rund 20 Prozent ein, steigt rezent jedoch etwas an.“ (ANZENBERGER u. a. (2022a: 51))

„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“ (ANZENBERGER u. a., 2022a: 57)

4.1 Todesfälle Alkohol, Nikotin, illegalisierte Substanzen

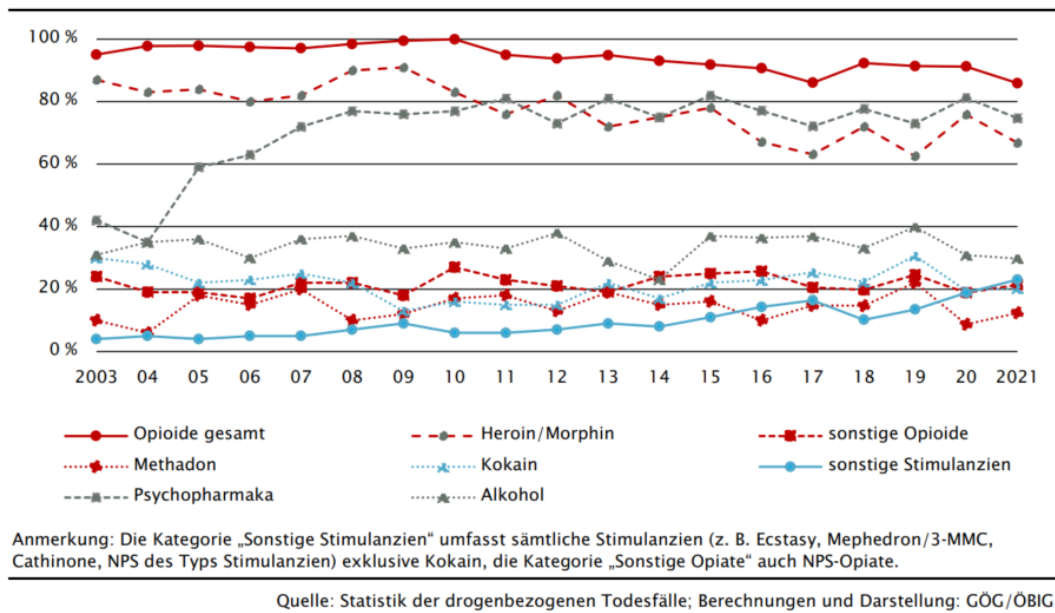


Abb. 4.3: Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2021, Quelle: ANZENBERGER u. a. (2022a: 57)

5 Anzeigen und Verurteilungen

Die Abbildungen 5.1 und 5.2 (Quelle: BMI (2022) und frühere) zeigen, 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. Dieser Trend hat sich in den letzten Jahren wieder verstärkt. So stiegen die Anzeigen von 2012 bis 2017 um 79%. In den Coronajahren 2020 und 2021 kam es zu einer

Abnahme der Anzeigen, da die Exekutive den Fokus auf andere Prioritäten gelegt hatte und auch das öffentliche Leben mit den Lockdowns immer wieder zum Erliegen kam. Da es sich bei den Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz fast ausschließlich um Kontrolldelikte handelt, also Delikte, die nur bei aktiver Verfolgung der Exekutive registriert werden, wird hier klar ersichtlich, dass der Verfolgungsdruck der KonsumentInnen von illegalisierten Substanzen langfristig stark zugenommen hat.

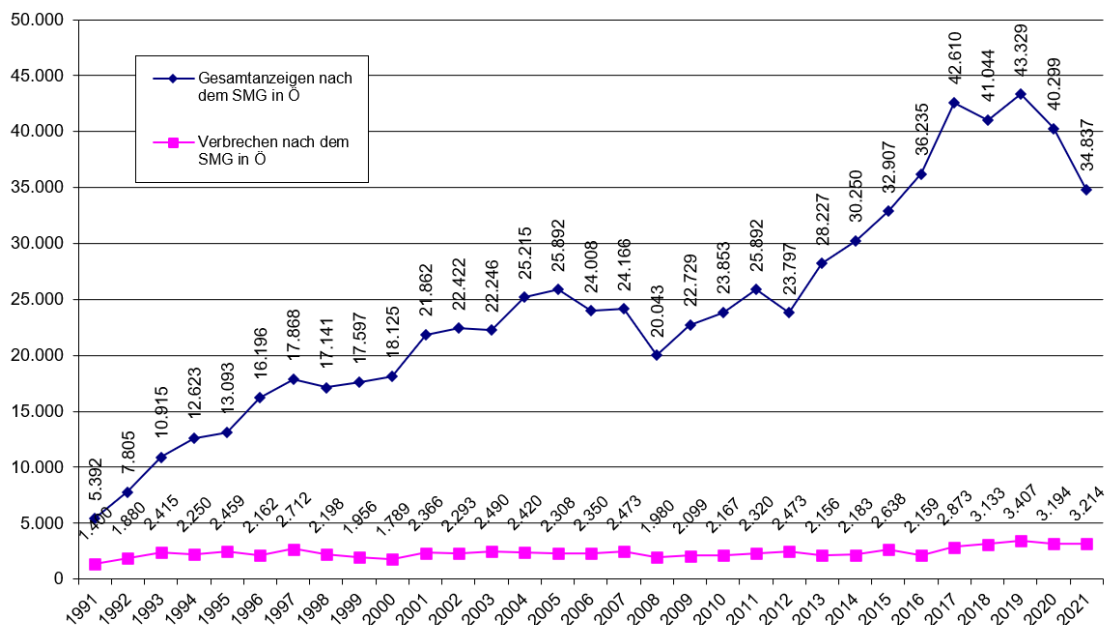


Abb. 5.1: SMG-Anzeigen und Verbrechensanteil in Österreich, Quelle: BMI 2022

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)

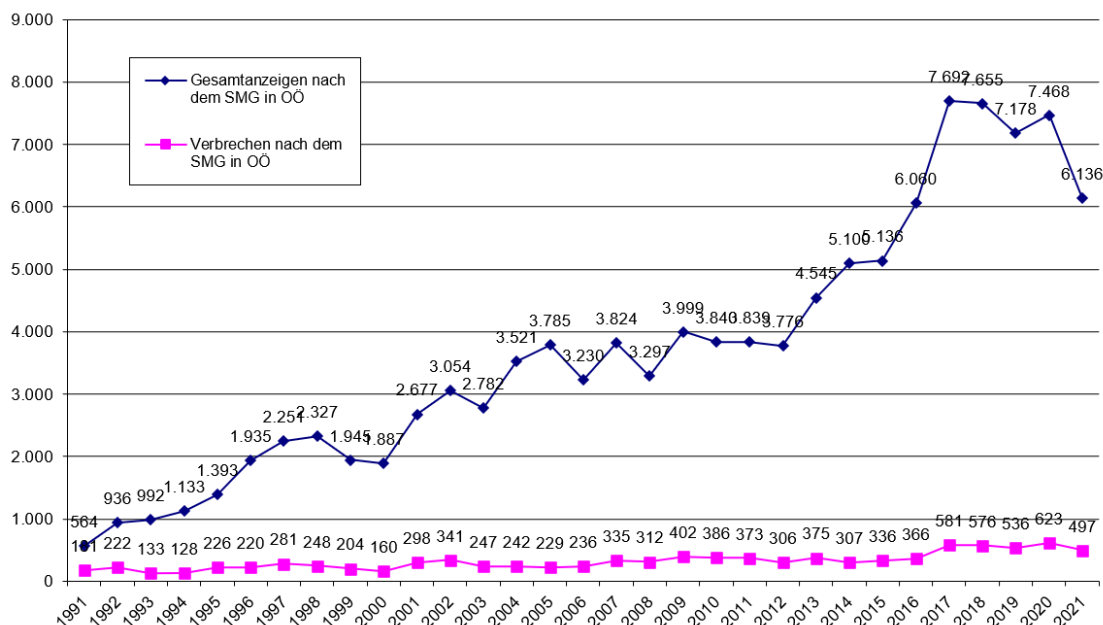


Abb. 5.2: SMG-Anzeigen und Verbrechensanteil in Oberösterreich, Quelle: BMI 2022

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 wurde ein sehr hohes Niveau erreicht, das kaum mehr zu steigern schien. Seit 2011 steigt der Anteil der Vergehen jedoch wieder. Die Aktivitäten der Exekutive scheinen verstärkt die KonsumentInnen zu treffen, während der Anteil der Verbrechen weitgehend gleich blieb.

2022 betreffen in Österreich etwa 90,8% aller Anzeigen nach dem SMG Vergehenstatbestände, in Oberösterreich liegt der Anteil der Vergehenstatbestände bei einem ähnlichen Wert (91,9%). Dies ist keine Momentaufnahme, sondern beruht auf einer kontinuierlichen Steigerung von 1991 bis 2000. Seitdem pendelt der Anteil der Vergehenstatbestände zwischen 90% und 95%.

5 Anzeigen und Verurteilungen

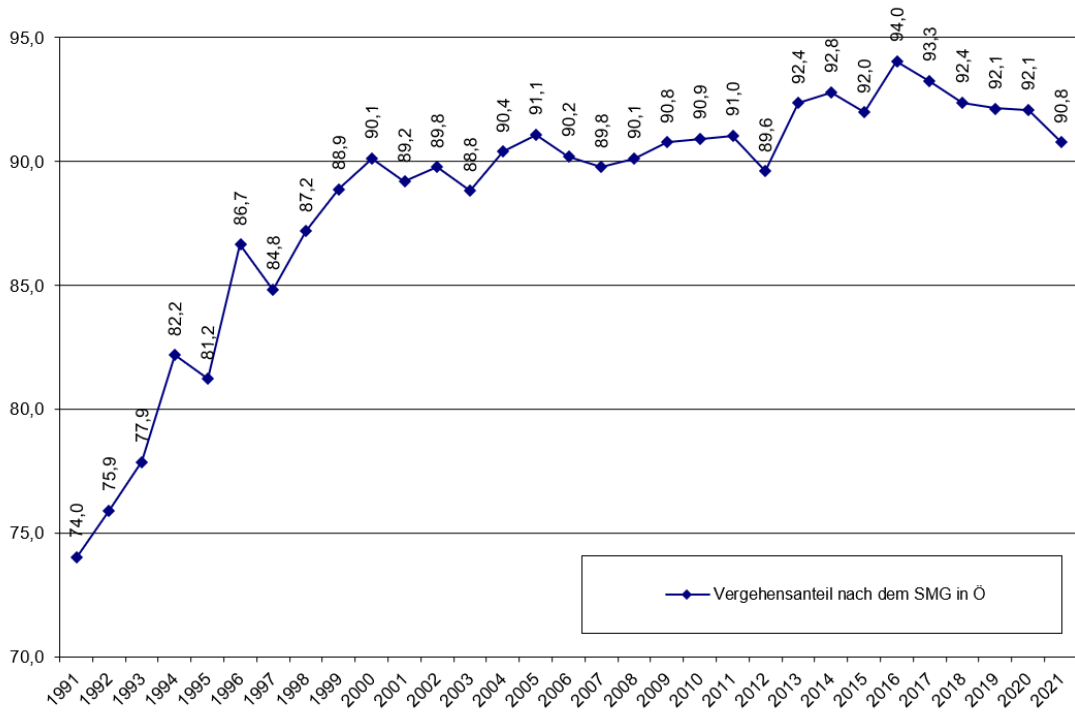


Abb. 5.3: Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Österreich, Quelle: BMI 2022

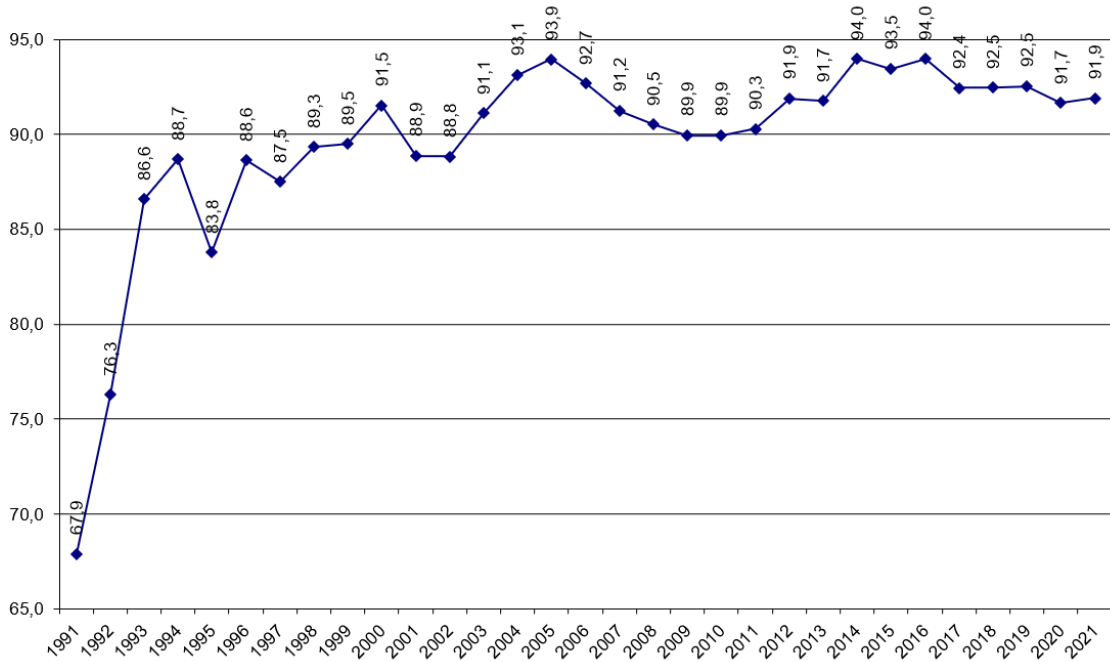


Abb. 5.4: Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich, Quelle: BMI 2022

5.1 Sichergestellte Mengen und Qualität (Reinheit) der sichergestellten Substanzen

Tab. 5.1: Sichergestellte Mengen, deren Qualität (Reinheit), Quelle: BMI (2013: 7), BMI (2015: 19), BMI (2018: 8f), BMI (2021: 8f), BMI (2022: 19)

	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Sichergestellte Mengen 2011 bis 2021 in Österreich										
Cannabis (kg)	920,0	1.757,7	1.326,0	1.138,8	1.082,8	1.659,2	1.499,6	1.367,9	2.056,8	2.113,3
Heroin (kg)	64,8	80,2	56,0	69,5	68,9	70,0	76,4	94,6	104,3	71,5
Kokain (kg)	139	24,7	31,0	119,7	86,4	71,4	75,0	87,1	63,0	80,5
XTC (Stück)	45.780	5.768	5.001	10.149	29.485	446.465	83.037	77.922	89.148	53.121
Amphetamin (kg)	-	21,4	15,9	66,7	87,6	50,3	76,8	122,2	36,8	83,4
Methamphetamin (kg)	-	7,6	4,7	2,9	4,8	5,0	8,0	30,2	9,2	10,5
Qualität der illegalen Suchtmittel (Reinheit), 2011 bis 2021 in Österreich										
Cannabiskraut	5,0%	9,6%	8,9%	9,8%	10,7%	9,6%	8,8%	7,0%	6,1%	9,1%
Cannabisharz	9,3%	9,8%	12,0%	15,2%	15,1%	13,2%	15,3%	16,5%	16,0%	16,5%
Heroin	7,8%	7,6%	11,9%	13,7%	13,7%	15,0%	15,8%	17,7%	17,7%	14,2%
Kokain	27,6%	26,0%	31,6%	33,4%	45,9%	51,4%	53,2%	51,9%	59,7%	53,6%
XTC/MDMA	44,5%	46,0%	44,6%	48,7%	47,7%	38,3%	47,8%	41,5%	44,9%	61,1%
Amphetamin	4,1%	9,5%	10,6%	18,5%	14,5%	13,8%	12,4%	19,8%	21,8%	16,0%
Methamphetamin	61,2%	56,0%	63,5%	51,5%	58,7%	57,2%	49,9%	59,4%	62,7%	64,6%

Die sichergestellten Mengen variieren im Verlauf der Jahre stark, da einzelne größere Sicherstellungen den Durchschnitt verzerren. Ebenso hängt die Entwicklung von den gesetzten Schwerpunkten der Exekutive ab.

Die Qualität (Reinheit) der sichergestellten Substanzen Heroin, Kokain und Amphetamin hat sich von 2011 bis 2020 wesentlich verbessert. Bei Heroin und Kokain hat sie sich verdoppelt, bei Amphetamin verfünffacht. Beim Cannabiskraut (Marihuana) hingegen ist eine Wellenform zu beobachten. Bis zum Jahr 2016 ist ein Anstieg der durchschnittlichen THC-Konzentration von 5% im Jahr 2011 auf 10,7% im Jahr 2016 zu sehen. Seitdem sank die THC-Konzentration wieder auf 6,1% im Jahr 2020. Im Jahr 2021 befand sich der Wert wieder auf 9,1%

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, psychotrope 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.

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)

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. 45).
- ANZENBERGER, J.** u. a. (2022a): *Epidemiologiebericht Sucht 2022. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak*. Wien: Gesundheit Österreich (siehe S. 6/11/12/36/38/39).
- Ders. (2022b): *Epidemiologiebericht Sucht 2022. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak - Annex*. Wien: Gesundheit Österreich (siehe S. 38).
- BACHMAYER, S./J. STRIZEK/A. UHL** (2022): *Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen. Datenjahr 2021*. Wien: Gesundheit Österreich (siehe S. 14).
- BENCIC, W./K. KASTNER** (2010): *Alkoholintoxikationen Jugendlicher und soziale Lage. Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften, Dokument 26*. URL: <https://www.ooegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.576352&version=1391199250> (besucht am 12. 07. 2016) (siehe S. 15).
- BMI** (2013): *Suchtmittelkriminalität. Jahresbericht 2012*. Wien: Bundesministerium für Inneres - Bundeskriminalamt (siehe S. 43).
- Ders. (2015): *Suchtmittelkriminalität. Jahresbericht 2014*. Wien: Bundesministerium für Inneres - Bundeskriminalamt (siehe S. 43).
- Ders. (2018): *Suchtmittelkriminalität. Jahresbericht 2017*. Wien: Bundesministerium für Inneres - Bundeskriminalamt (siehe S. 43).
- Ders. (2021): *Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2020. Anzeigen, Ermittlungen und Sicherstellungen*. Wien: Bundesministerium für Inneres - Bundeskriminalamt (siehe S. 43).
- Ders. (2022): *Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2021. Anzeigen, Ermittlungen und Sicherstellungen*. Wien: Bundesministerium für Inneres - Bundeskriminalamt (siehe S. 6/40/43).
- BUSCH, M.** u. a. (2015): *Epidemiologiebericht Drogen 2015. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht*. Hrsg. von **GÖG/ÖBIG**. Wien: Gesundheit Österreich GmbH (Geschäftsbereich ÖBIG) (siehe S. 12).
- 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. 24).
- 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. 40/41).
- EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT**, Hrsg. (2016): *Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen 2016*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union (siehe S. 31).

- Ders. Hrsg. (2019): *Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen 2019*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union (siehe S. 31).
- Ders. Hrsg. (2022): *Europäischer Drogenbericht 2022: Trends und Entwicklungen*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union (siehe S. 30/31).
- FELDER-PUIG, R./F. TEUTSCH/D. RAMELOW/G. MAIER (2019): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (siehe S. 25).
- FELDER-PUIG, R./F. TEUTSCH/R. WINKLER (2023): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22*. Wien: BMSGPK (siehe S. 5/20/21/25/26/29).
- GÖG (2016): *Einladung zum Pressehintergrundgespräch. Alkohol, Nikotin, Drogen und Glücksspiel: aktuelle Ergebnisse zur Suchtepidemiologie in Österreich*. Wien: GÖG (siehe S. 19/21).
- HALLER, R. (2016): »Medikamentenabhängigkeit«. In: *Österreichische Ärztezeitung* 21, 26–30 (siehe S. 8/9).
- HAUSTEIN, K./D. GRONEBURG (2008): *Tabakabhängigkeit. Gesundheitliche Schäden durch das Rauchen. Ursachen - Folgen - Behandlungsmöglichkeiten - Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Berlin-Heidelberg (siehe S. 8).
- HOJNI, M./J. DELCOUR/J. STRIZEK/A. UHL (2020): *ESPAD Österreich 2019. Ergebnisbericht*. Wien: Gesundheit Österreich (siehe S. 6/21/22).
- JACOBI, F. u. a. (2014): »Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung«. In: *Nervenarzt* 85.1, 77–87 (siehe S. 9).
- JUNGE, B./M. NAGEL (1999): »Das Rauchverhalten in Deutschland«. In: *Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2. article, 121–125 (siehe S. 23/24).
- JUNGE, B./M. THAMM (2003): »Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum«. In: *Jahrbuch Sucht*. Geesthacht. (Besucht am 12. 04. 2004) (siehe S. 23/28/37).
- 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. 10/34).
- 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 (besucht am 02. 05. 2016) (siehe S. 10).
- 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. 8/47).
- 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. 12/31).
- LENTNER, S. (1991): »Arzneimittelmißbrauch«. In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* Jg.14.Nr.3/4, 65–68 (siehe S. 9).

- LEUNGA, J./G. C. CHANB/L. HIDESE/W. D. HALL (2020): »What is the prevalence and risk of cannabis use disorders among people who use cannabis? a systematic review and meta-analysis«. In: *Addictive Behavior* 109, 2–8 (siehe S. 10).
- MUSALEK, M./R. MADER (2019): »Medikamentenabhängigkeit«. In: *Österreichische Ärztezeitung* 5, 22–29 (siehe S. 9).
- 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. 20/26).
- REISCH, L./M. NEUNER/G. RAAB (2004): »Ein Jahrzehnt verhaltenswissenschaftlicher Kaufsuchtforschung in Deutschland«. In: *Verhaltenstherapie* 14, 120–125 (siehe S. 47).
- 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. 23).
- SCHÖBERBERGER, N./M. KUNZE (1999): *Nikotinabhängigkeit. Diagnostik und Therapie*. New York - Wien: Springer (siehe S. 7/27/37).
- SEYER, S. (2023): *LKF-Daten 2022*. Linz: Institut Suchprävention (siehe S. 6/32).
- 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 (siehe S. 10/35).
- SEYER, S./R. PAULIK/R. LEHNER (2020): *Drogenmonitoring Oberösterreich 2019. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Cannabiskonsum*. Linz: Institut Suchtprävention. URL: https://www.praevention.at/fileadmin/user_upload/08_Sucht/Drogenmonitoring/Drogenmonitoring_Ooe_2019_Cannabis_Ergebnisbericht_Final_Ultimo.pdf (siehe S. 5).
- STATISTIK AUSTRIA, Hrsg. (2002): *Rauchgewohnheiten, Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997*. Wien: Statistik Austria (siehe S. 23).
- Ders. Hrsg. (2018): *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik*. Wien: Statistik Austria (siehe S. 27).
- STRIZEK, J./J. ANZENBERGER u. a. (2016): *ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht*. Wien: Gesundheit Österreich (siehe S. 27).
- STRIZEK, J./M. BUSCH/A. PUHM/T. SCHWARZ (2023): *Repräsentativerhebung zu Konsum und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial: Auswertungen der dritten Erhebungswelle*. Wien: Gesundheit Österreich (siehe S. 6/10/24/28).
- STRIZEK, J./M. BUSCH/A. PUHM/T. SCHWARZ/A. UHL (2021): *Repräsentativerhebung zu Konsum und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial*. Wien: Gesundheit Österreich (siehe S. 7).
- STRIZEK, J./S. GAISWINKLER u. a. (2023): *Handbuch Alkohol – Österreich. Band 3: Ausgewählte Themen*. Wien: Gesundheit Österreich (siehe S. 8).
- STRIZEK, J./T. SCHWARZ (2023): *Repräsentativerhebung zu Konsum und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2022 - Tabellenband Österreich*. Wien: Gesundheit Österreich (siehe S. 10).

- TEUTSCH, F./G. MAIER/D. RAMELOW/R. FELDER-PUIG (2019): *Dokumentation zur 10. österreichischen HBSC-Erhebung im Schuljahr 2017/18*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (siehe S. 25).
- TRÖGER, N. (2017): *Kaufsucht in Österreich - 2016*. Hrsg. von KAMMER FÜR ARBEITER UND ANGESTELLTE WIEN. Wien: Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien. URL: https://media.arbeiterkammer.at/wien/PDF/studien/Kaufsucht_in_Oesterreich_2017.pdf (siehe S. 8/34/35).
- UHL, A. (2002): »Todesfälle durch Substanzkonsum. Wie sinnvoll ist dieses Konzept?« In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1. (Besucht am 12. 04. 2004) (siehe S. 36/37/49).
- Ders. (2003): »Jugend und Alkohol - mit besonderer Berücksichtigung des rauschhaften Trinkens«. In: *praeval.doc* 2003 (siehe S. 16).
- UHL, A./S. BACHMAYER u. a. (2009): *Handbuch Alkohol - Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends. dritte, überarbeitete und ergänzte Auflage*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit (siehe S. 19).
- UHL, A./A. SPRINGER u. a. (2005): *Österreichweite Repräsentativerhebung zum Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Bericht*. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (siehe S. 9).
- WEIGL, M. u. a. (2015): *Bericht zur Drogensituation 2015*. Hrsg. von GÖG/ÖBIG. Wien: Gesundheit Österreich GmbH (Geschäftsbereich ÖBIG) (siehe S. 31).
- WHO, Hrsg. (1993): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle: Verlag Hans Huber (siehe S. 44).

Tabellenverzeichnis

2.1	Diagnosecluster alle Medikamentendiagnosen 2022 nach Altersgruppen (Fälle)	9
3.1	Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch (F10.0, F10.1, T51) 2022 nach Altersgruppen (Fälle)	16
3.2	Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit 2022 nach Altersgruppen (Fälle)	18
3.3	”Gefährdungsgrenze“ lt. Health Education Council (1994), Quelle: UHL/BACHMAYER u. a. (2009: 122)	19
3.4	Verteilung RaucherInnenstatus nach Geschlecht	24
5.1	Sichergestellte Mengen, deren Qualität (Reinheit)	43
6.1	Diagnostische Leitlinien für pathologisches Spielen	46
6.2	Hohenheimer Kaufsuchtindikator, Quelle: (REISCH/NEUNER/RAAB , 2004: 122)	47
6.3	Fagerströmtest	48

Abbildungsverzeichnis

2.1	Abhängigkeit in Österreich 2023, Quellen: siehe Beschreibung unten	7
2.2	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland, 2021), Quelle: ANZENBERGER u. a. (2022a: 7)	11
2.3	Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums nach Bundesländern 2021 (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige), Quelle: ANZENBERGER u. a. (2022a: 8)	12
2.4	Belagstage in oö. Spitälern nach Substanzen 2022, Quelle: LKF-Daten 2022, eigene Auswertung	13
3.1	akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2005 - 2022 (Fälle), Quelle: LKF-Daten 2022, eigene Auswertung	14
3.2	akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2022 nach Alter, Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie, Quelle: LKF-Daten 2022, eigene Berechnung	15
3.3	Alkoholabhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 2005-2022 (Fälle), Quelle: LKF-Daten 2022, eigene Berechnung	17
3.4	Alkoholabhängigkeit nach Alter in OÖ 2022, Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie. Quelle: LKF-Daten 2022, eigene Berechnung	18
3.5	An wie vielen Tagen im letzten Monat wie viele Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11 Alkohol konsumiert habe, nach Geschlecht und Schulstufe	20
3.6	Relative Anzahl der Schüler:innen ab Schulstufe 9, die mindestens 1 Mal pro Woche Alkohol konsumieren, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022	21
3.7	Zeitverlauf des Alkoholkonsums nach Geschlecht (Lebenszeitprävalenz, Monatsprävalenz), Quellen: HOJNI/DELCOUR/STRIZEK/UHL (2020: 56)	21
3.8	RaucherInnenprävalenz Oberösterreich (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragungen OÖ 2000, 2006, 2009, 2015, 2019, STRIZEK/BUSCH/PUHM/SCHWARZ (2023), eigene Auswertung für OÖ, Alter 15+, STRIZEK/BUSCH/PUHM/SCHWARZ (2023)	24
3.9	Welche Nikotinprodukte die Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11 aktuell konsumieren, nach Geschlecht und Schulstufe	25
3.10	Tabakkonsum der 15-jährigen SchülerInnen, die „täglich rauchen“, 1990 bis 2018 nach Geschlecht in Prozent, Auswertung Österreich	25
3.11	Relative Anzahl der Schüler:innen ab Schulstufe 9, die keine Zigaretten rauchen, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022	26

3.12	Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 2005-2022, Quelle: LKF-Daten 2022	27
3.13	Cannabiskonsum in OÖ, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019	29
3.14	Relative Anzahl der Cannabis-Konsument:innen ab Schulstufe 9, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022	29
3.15	Anzahl und Kategorien der dem EU-Frühwarnsystem erstmals gemeldeten neuen psychoaktiven Substanzen, 2011-21, Quelle: EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT (2022: 39)	30
3.16	Essstörungen nach Geschlecht in OÖ 2005-2022, Quelle: LKF-Daten 2022	32
3.17	Diagnosen Anorexie und Bulimie nach Alter in OÖ 2022, Quelle: LKF Daten 2022. Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie	33
3.18	Kaufsuchtgefährdung 2016 nach den Altersgruppen und Art der Kaufsuchtgefährdung (kompensatorisch – süchtig) aufgeschlüsselt, Quelle: TRÖGER (2017: 11)	34
3.19	Kaufsuchtgefährdung 2016 nach Geschlecht und Art der Kaufsuchtgefährdung (kompensatorisch – süchtig) aufgeschlüsselt, Quelle: TRÖGER (2017: 10)	35
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)	35
4.1	Drogentote in Österreich, Vergleich Alkohol, Nikotin, ill. Drogen	36
4.2	Todesfälle durch ill. Drogen in Österreich, Quelle: ANZENBERGER u. a. (vgl. 2022b: 75) (ab 2007 keine Angaben zu den indirekten Todesfällen)	38
4.3	Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2021, Quelle: ANZENBERGER u. a. (2022a: 57)	39
5.1	SMG-Anzeigen und Verbrechensanteil in Österreich, Quelle: BMI 2022	40
5.2	SMG-Anzeigen und Verbrechensanteil in Oberösterreich, Quelle: BMI 2022	41
5.3	Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Österreich, Quelle: BMI 2022	42
5.4	Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich, Quelle: BMI 2022	42