

Abhängigkeit und Substanzkonsum

Factsheet



Inhalt

1. EINLEITUNG	3
2. ABHÄNGIGKEIT	4
3. DIVERSE SUCHTSPEZIFIKA	6
3.1 Essstörungen	6
3.2 Alkohol	7
3.2.1 Akuter Alkoholmissbrauch	7
3.2.2 Alkoholabhängigkeit	8
3.2.3 Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum	10
3.3 Nikotin	11
3.4 Cannabis	13
3.5 Opiate, Kokain	13
3.6 Weitere Substanzen	13
4. TODESFÄLLE DURCH SUBSTANZEN	15
4.1 Todesfälle Alkohol, Nikotin, illegalisierte Substanzen	15
5. ANZEIGEN UND VERURTEILUNGEN NACH DEM SMG (SUCHTMITTELGESETZ).....	18
6. ANHANG:	22
6.1 Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10 (WHO 1993, S92f)	22
6.2 Diagnostische Leitlinien für Pathologisches Spielen.....	23
6.3 Fagerströmtest	24
6.4 Diagnoseleitfaden PIG - pathologischer Internetgebrauch (Internetsucht)	24
6.5 Möglichkeiten den Substanztod zu definieren (Uhl 2002).....	25
6.6 Statistische Bezugswerte	25
7. LITERATUR:	26
8. CHANGELOG	28

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.3.3 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.

Quellen sind:

- Studien renommierter Experten: Michael Kunze, Alfred Uhl und die Kollegen am Institut Suchtprävention Franz Gschwandtner, Richard Paulik, Rainer Schmidbauer
- Bevölkerungsbefragung in Oberösterreich 2006, der eine repräsentative Stichprobe der oberösterreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren zugrunde liegt.
- Kontinuierliche Auswertung der Diagnosedaten der Leistungs- und Diagnosedokumentation der Fonds-Krankenanstalten Oberösterreichs. (LKF-Daten)

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.

2. Abhängigkeit

In der nachfolgenden Grafik wird ein Überblick zur Abhängigkeit von verschiedenen Substanzen bzw. Verhaltenssuchten gegeben.²

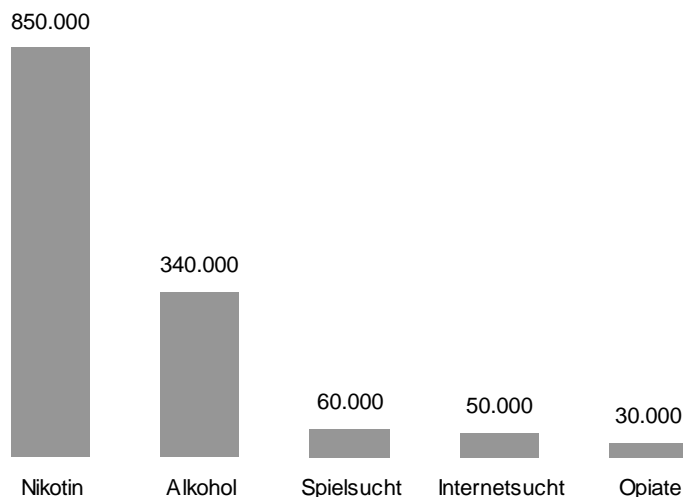


Abbildung 1: Abhängigkeit in Österreich 2004, Quellen: siehe Beschreibung unten

Nikotin:

die Zahlen zur Abhängigkeit von Nikotin sind hier nach der Publikation von Kunze et al 1999 angegeben. Es wird davon ausgegangen, dass ca. 37% der RaucherInnen (2,3 Mio) in Österreich die Kriterien der Abhängigkeit erfüllen. Basis für diese Zahl ist der Fagerströmtest (siehe Anhang, Kap. 6.3) mit 2000 Rauchern. Nach diesem Test ist bei 30% der RaucherInnen keine Nikotinabhängigkeit, bei 33% eine geringe und bei 37% der RaucherInnen eine starke Nikotinabhängigkeit nachzuweisen. (vgl. Kunze et al 1999, S.30ff) Da der Fagerströmtest in erster Linie auf körperliche Abhängigkeit zielt, Rauchen jedoch zu einem nicht unwesentlichen Teil eine psychische Komponente der Abhängigkeit beinhaltet, sind die angeführten 850.000 abhängigen RaucherInnen absolut das unterste Niveau, das angenommen werden kann. Dass auch andere Einschätzungen möglich sind, wird im Kapitel 3.3 gezeigt.

Alkohol:

Nach Uhl et al. (2005, 4) können ca. 5% der erwachsenen Bevölkerung ab 14 Jahren als alkoholabhängig eingestuft werden. Für Österreich ergibt sich dabei die absolute Zahl von ca. 340.000 AlkoholikerInnen, für Oberösterreich sind das rund 58.000 Personen.

Spielsucht:

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. Eine diagnostische Leitlinie findet sich im Anhang (Kap. 6.2).

Grundlagenstudien dazu gibt es in Österreich nicht. In der Fachliteratur wird davon ausgegangen, dass in Regionen, wo alle Arten des legalen Glücksspiels frei zugänglich sind, mit 0,5% - 1% pathologischen (krankhaften) SpielerInnen und weiteren 3% - 4% problematischen (gefährdeten) Spielern in der erwachsenen Bevölkerung zu rechnen ist.

In Oberösterreich wären das ca. 5.600 - 11.300 pathologische SpielerInnen und ca. 34.000 - 45.000 gefährdete SpielerInnen.

² Der Begriff „Abhängigkeit“ ist in dieser Allgemeinheit nicht unproblematisch, da er in den verschiedenen Verhaltens- und Suchtbereichen eine andere Bedeutung gewinnt und unterschiedliche Problematiken nach sich zieht. Insbesondere bei Alkohol und Nikotinzahlen zielen die oben angeführten Zahlen eher auf rein körperliche Abhängigkeit, während die Verhaltenssuchte von Natur aus in psychischer Abhängigkeit begründet sind.

In Österreich gibt es demnach 30.000 – 60.000 pathologische SpielerInnen und 180.000 – 240.000 gefährdete SpielerInnen.

Anteil weiblicher Personen: ca. 15% (Quelle: Verein Anonymer Spieler Wien, Tätigkeitsbericht, Forschungsdaten 1982-2002)

Meyer (2003, S. 101 zit. n. IFT 2004) schätzt die Anzahl aller "behandlungsbedürftigen SpielerInnen" in Deutschland auf 80.000 - 130.000 Personen (etwa 0,1 - 0,2 % der gesamten Bevölkerung). Schätzgrundlage ist das Verhältnis von Alkoholabhängigen in Behandlung und allen Alkoholabhängigen in der Bevölkerung (3 - 5 %), übertragen auf die Anzahl von SpielerInnen in ambulanter Behandlung. Problematisch bei dieser Schätzung ist, dass es keine Hinweise zur Therapienachfrage bei Spielern gibt, und ausländische Werte wegen der jeweils anderen Rechtsgrundlage für geldbezogene Spiele kaum genutzt werden können. Auf Österreich übertragen wären das 6.000 – 12.000 „behandlungsbedürftige SpielerInnen“.

Internetsucht:

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

Beinahe alle Forscher betonen die Nähe zur Spielsucht und zur Diagnose dient auch ein Ausschnitt des Klassifikationssystems nach DSM IV. Die Diagnosekriterien nach Zimmerl, H.D. (2004) finden sich im Anhang (Kap. 6.4). Zimmerl empfiehlt den Begriff „pathologischer Internetgebrauch“.

Probleme werden vorrangig im Bereich der Anwendung Chatroom lokalisiert. Knapp 2/3 alle Internetsüchtigen finden sich im Kommunikationsbereich (vor allem in den chatrooms), knapp 1/3 im Bereich der Online-Spiele. Nur 7% etwa im übrigen "www".

Derzeit gelten in Österreich ca. 50.000 als internetsüchtig (Quelle: Anton Proksch Institut). Das sind 3% der täglichen InternetbenutzerInnen. D.h., dass die Anzahl stetig mit der Durchdringung der Nutzung des Internets in der Gesamtbevölkerung steigen wird.

Opiate:

Quelle: ÖBIG (2006, S.22ff). Die Schätzung wurde mit dem Capture-Recapture Verfahren (Samples: Substitutionsbehandlungen und Anzeigen) durchgeführt. Die Schätzung ergibt einen Anstieg in den letzten zehn Jahren. 1994/95 lag die Zahl der problematischen OpiatkonsumentInnen bei etwa 17.000, im Jahr 2001 bei etwa 17.750 (korrigierte Schätzung). Für das Jahr 2004 wird von ca. 29.600 Personen ausgegangen. (ÖBIG verwendet im Bericht zur Drogensituation den Begriff „problematischer Opiatkonsum“).

Dieser auf den ersten Blick überraschende Anstieg bei den Opiaten wird durch das ÖBIG in erster Linie auf eine Überschätzung zurückgeführt, die methodologisch begründet wird. Bei Substitutionsbehandlungen werden KlientInnen von den behandelnden Ärzten oft nicht abgemeldet, auch wenn sie die Substitutionsbehandlung bereits beendet haben; zudem weisen viele SubstitutionsklientInnen keine problematischen Konsummuster mehr auf. (vgl. ÖBIG 2003, S.21f) Dementsprechend empfiehlt Uhl (2004) weiterhin von etwa 20.000 ProblemopiatkonsumentInnen in Österreich auszugehen, und dabei vehement zu betonen, dass es sich dabei nur um ganz grobe Schätzungen handelt. (vgl. Uhl 2004, S.36)

Daneben ist anzuführen, dass die Capture-Recapture Methode anfällig ist für institutionelle Veränderungen. Im Falle des Anzeigensamples ist zu berücksichtigen, dass die Exekutive in den vergangenen Jahren stetig steigende Anstrengungen im Bereich der Drogenverfolgung unternimmt.

Frauen sind bei den problematischen KonsumentInnen unterproportional vertreten. Der Frauenanteil liegt im Jahr 2004 bei 16,5%.

3. diverse Suchtspezifika

3.1 Essstörungen

Zur Prävalenz von Essstörungen gibt es in Österreich nur grobe Schätzungen. Gebräuchlich ist eine Anwendung von Ergebnissen deutscher Studien, insbesondere denjenigen von Claus Krüger et al. (vgl. Krüger et al. 1997), 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 20-jährigen Mädchen leiden zur Zeit mindestens 2.500 an Anorexia nervosa (Magersucht), weitere 5.000 sind sehr gefährdet bzw. weisen einzelne Symptome auf. Jedes Jahr erkranken ca. weitere 600 Mädchen. Von den 20-30jährigen Frauen leiden zur Zeit mindestens 6500 an Bulimie. Jedes Jahr erkranken zumindest 900 weitere Frauen neu an Bulimie.

In Oberösterreich werden in den öffentlichen Krankenanstalten 600 Diagnosen zu Essstörungen³ pro Jahr gestellt (Quelle: LKF Daten 2006).

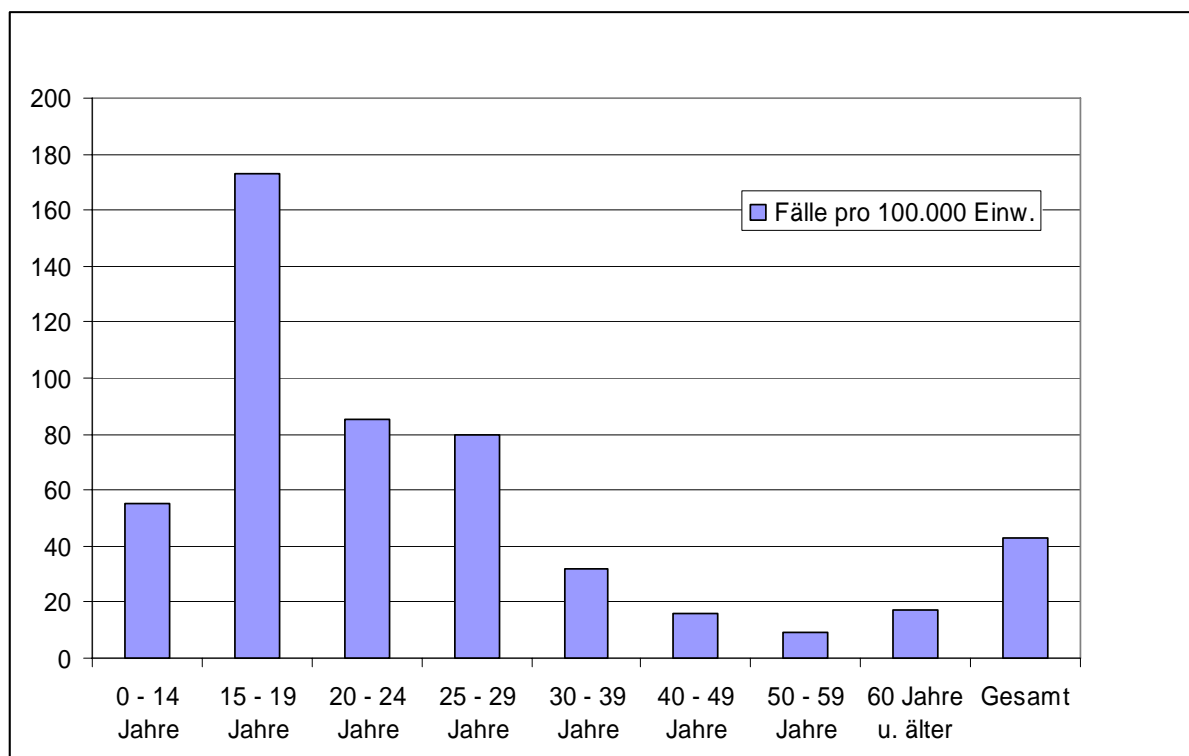


Abbildung 2: Essstörungen nach Alter in OÖ 2006, Quelle: LKF-Daten 2006

Die diagnostizierten Essstörungen sind in den letzten Jahren stark angestiegen. Ob dies der tatsächlichen Problementwicklung folgt, ist schwer zu sagen. Der Anstieg kann ebenfalls Ausdruck einer stark angestiegenen Thematisierung der Essstörungen in den Medien und im Gesundheitssystem sein, die sich in den Diagnosen widerspiegelt. Die Spitze der behandelten Erkrankungen findet sich – entgegen dem Trend der letzten Jahre – wieder in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen.

³ Die Diagnose „Essstörungen“ ist eine Zusammenfassung der Diagnosen F50.0-1 Anorexia nervosa und F50.2-3 Bulimia nervosa. Adipöse Essverhaltensmuster sind in diesen Zahlen nicht enthalten.

Die Diagnose Essstörung wird beinahe ausschließlich bei Frauen gestellt, obwohl nun auch bei Männern eine Zunahme festzustellen ist. Das Verhältnis Männer:Frauen liegt bei 1:5.

3.2 Alkohol

Laut offiziellen Verkaufszahlen tranken die 15- bis 99-jährigen ÖsterreicherInnen 2005 rund 12,6 Liter reinen Alkohol pro Person, das sind 27,2 Gramm Reinalkohol pro Tag. (Uhl et al., 2007, 120) Diese Menge entspricht rund 500 Halben Bier bzw. 500 Vierteln Wein pro Person im Jahr 2005.

3.2.1 Akuter Alkoholmissbrauch

Der diagnostizierte „akute Alkoholmissbrauch“⁴ zeigt nach der Auswertung über das Alter, dass besonders Jugendliche im Alter von 15 bis 19 Jahren stärker als der Durchschnitt der Bevölkerung gefährdet sind.

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.

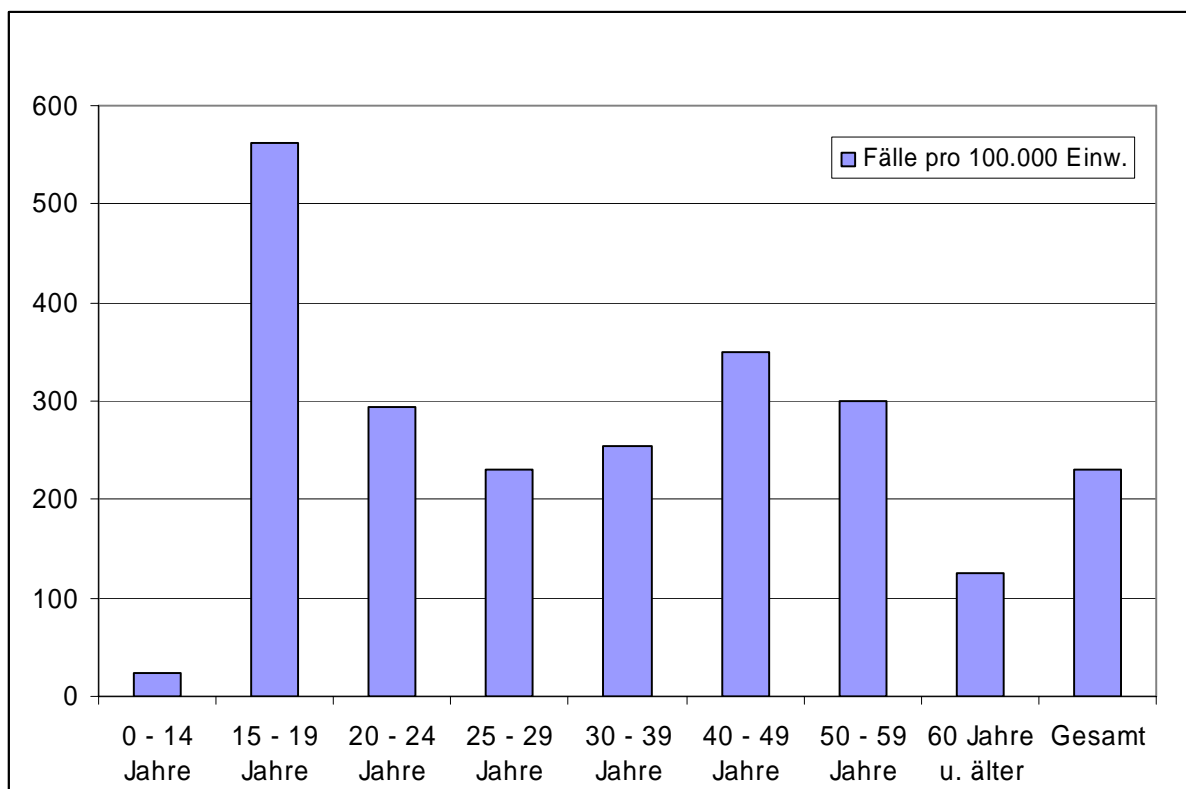


Abbildung 3: akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2006, Quelle: LKF-Daten 2006

2006 wurde 508-mal die Diagnose „akuter Alkoholmissbrauch“ bei oberösterreichischen Jugendlichen (im Alter von 15-19 Jahren) in den öffentlichen Spitälern in OÖ gestellt. Das bedeutet, auf 1000 oberösterreichische Jugendliche in diesem Alter entfallen knapp 6 Einlieferungen. Dies ist, verglichen mit allen anderen Altersgruppen der höchste Wert.

Betrachtet man allerdings die absoluten Zahlen der Diagnose „akuter Alkoholmissbrauch“ (siehe Spalte „Entlassungen bei akutem Alkoholmissbrauch“) so wird erkenntlich, dass von den gesamten

⁴ Die Diagnose „akuter Alkoholmissbrauch“ ist eine Zusammenfassung der Diagnosen F10.0 Akute Intoxikation mit Alkohol, F10.1 Schädlicher Gebrauch, T51 Toxische Wirkung durch Alkohol

3.226 Diagnosen im Jahr 2006 in Oberösterreich „nur“ 563 bei Kindern und Jugendlichen (0-19 Jahre) gestellt wurden. Das entspricht 17,5 % der Diagnosen. Demgemäß werden **mehr als vier Fünftel (82,5 % bzw. 2663) der Diagnosen von „akutem Alkoholmissbrauch“ bei Erwachsenen konstatiert.**

Altersgruppe	Entlassungen bei akutem Alkoholmissbrauch	Belagstage bei akutem Alkoholmissbrauch	Durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 Einwohner
0 - 14 Jahre	55	89	1,62	237.656	23,14
15 - 19 Jahre	508	962	2,02	90.351	562,3
20 - 24 Jahre	270	599	2,22	91.864	293,9
25 - 29 Jahre	196	1029	5,25	85.003	230,6
30 - 39 Jahre	530	2807	5,30	208.608	254,1
40 - 49 Jahre	801	5726	7,15	228.563	350,5
50 - 59 Jahre	500	3548	7,10	166.502	300,3
60 Jahre u. älter	366	2756	7,53	293.503	124,7
Gesamt	3.226	17.516	5,43	1.402.050	230,1

Tabelle 1: akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2006, Quelle: LKF-Daten 2006

3.2.2 Alkoholabhängigkeit

Die diagnostizierte Alkoholabhängigkeit⁵ zeigt für das Jahr 2006 eine klare Altersverteilung. Die Alkoholabhängigkeit steigt bis zu den Altersgruppen der 40 bis 49-Jährigen kontinuierlich an. (Die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit benötigt in der Regel jahrelangen missbräuchlichen Alkoholkonsum.)

⁵ Die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ ist eine Zusammenfassung der Diagnosen F10.4 Entzugssyndrom mit Delir, F10.3 Entzugssyndrom, F10.2 Alkoholabhängigkeitssyndrom

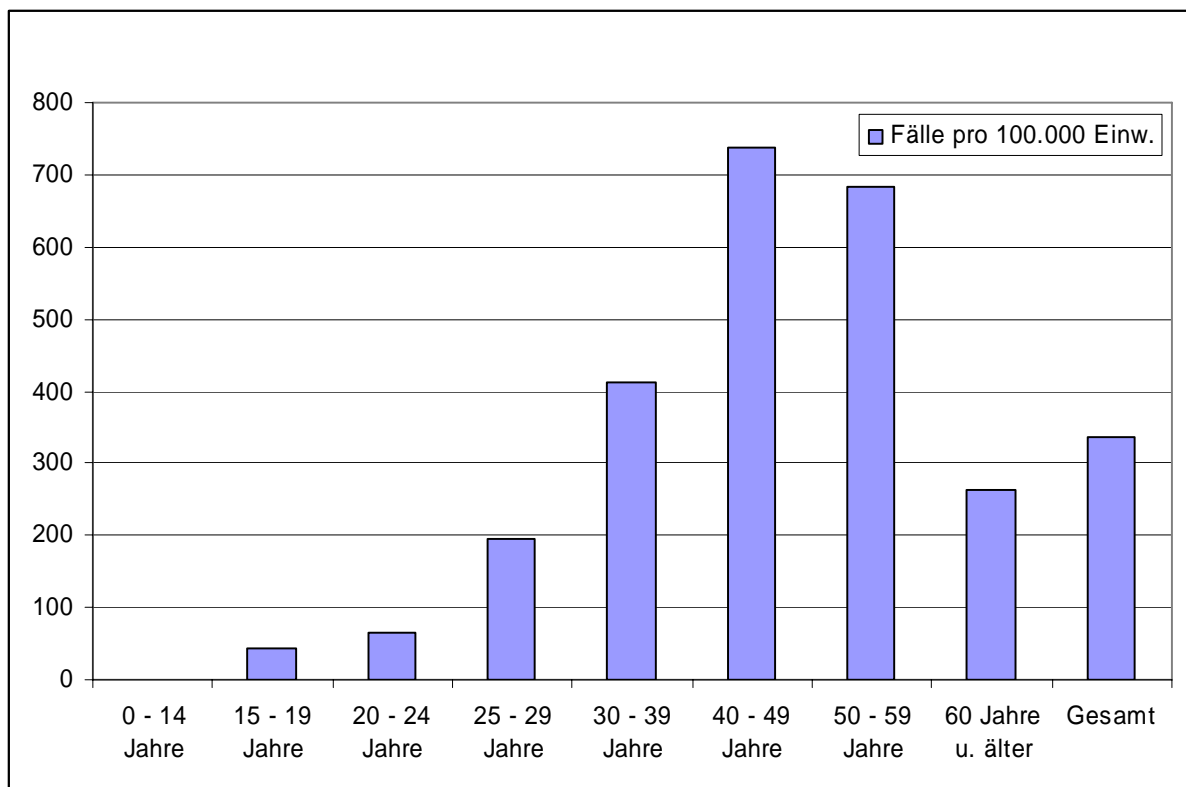


Abbildung 4: Alkoholabhängigkeit nach Alter in OÖ 2006, Quelle: LKF-Daten 2006

Die höchste Zahl der Abhängigkeitsdiagnosen ist in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen zu finden. Mehr als 7 Diagnosen pro 1.000 EinwohnerInnen entfielen 2006 auf diese Altersgruppe. Der Rückgang ab 50 Jahren ist teilweise durch die kürzere Lebensdauer von AlkoholikerInnen bedingt. Relevant für den Rückgang der Abhängigkeitsdiagnosen ab 50 Jahren dürfte auch sein, dass ab einem gewissen Alter AlkoholikerInnen sich weniger oft in Behandlung begeben. Der Druck durch den/die DienstgeberIn fällt z. B. bei Älteren (oftmals auf Grund ihrer Pensionierung) weg und bei Jüngeren erscheint eine Behandlung besonders angebracht, da diese noch „das Leben vor sich haben“.

Das Geschlechterverhältnis der Alkoholabhängigkeit verschob sich in den letzten Jahren in Oberösterreich von 4:1 auf unter 3:1 (männlich:weiblich). Dies entspricht dem Bundestrend.

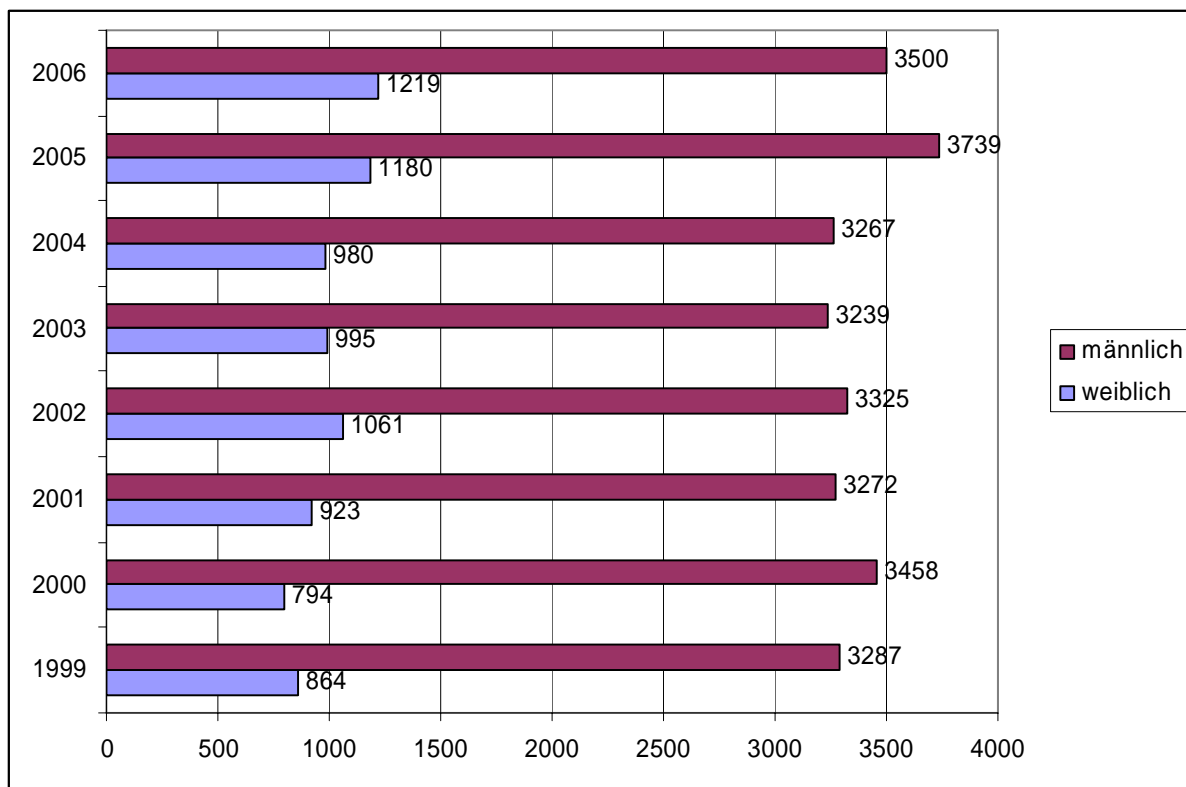


Abbildung 5: Alkoholabhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 1999-2006, Quelle: LKF-Daten 2006

3.2.3 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:

	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

Tabelle 2: „Gefährdungsgrenze“ lt. Health Education Council (1994), Quelle: Uhl et al., 2001, 67

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

Ca. 11 % (ohne AlkoholikerInnen) der ab-14-jährigen Bevölkerung pflegt einen gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum. (vgl. Uhl et al., 2005, 4). D.h. der regelmäßige Konsum von Alkohol liegt über der Gefährdungsgrenze. In absoluten Zahlen sind das in Österreich rund 730.000 Personen und bezogen auf Oberösterreich ca. 128.000 Personen, die Alkohol in einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß konsumieren.

3.3 Nikotin

3.3 Nikotin

31% der OberösterreicherInnen über 15 Jahre rauchen täglich, das sind ca. 361.000 RaucherInnen in Oberösterreich (Quelle Bevölkerungsbefragung 2006).

Der Durchschnittskonsum der täglichen RaucherInnen liegt bei 19 Zigaretten pro Tag, wobei Männer im Durchschnitt mehr rauchen als Frauen (Quelle Bevölkerungsbefragung 2006 Oberösterreich).

Bezogen auf den Fagerströmtest (siehe Anhang Kap. 6.3) zur Messung der Ausprägung der Nikotinabhängigkeit werden 37% der

Raucher in Österreich als abhängig eingeschätzt (vgl. Kunze et al 1999).

Bezogen auf die Definition des Abhängigkeitssyndroms (siehe Anhang Kap. 6.1) der ICD-10 geht man in der Fachliteratur von 70% - 80% nikotinabhängigen Rauchern aus (vgl. Junge et al 2003, S.47). Das wären in absoluten Zahlen ca. 289.000 nikotinabhängige RaucherInnen in Oberösterreich (Bezugszahl sind die 31% täglichen RaucherInnen der Bevölkerungsbefragung OÖ).

Die Diagnosezahlen zeigen bei „Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit“⁶ einen ähnlichen Altersverlauf wie bei der Alkoholabhängigkeit. Allerdings wird die Diagnose Nikotinabhängigkeit in der Regel erst dann gestellt, wenn ernste körperliche Schädigungen damit einhergehen. Ansonsten entwickeln sich bei Nikotin gegenüber Alkohol wesentlich schneller Merkmale der Abhängigkeit.

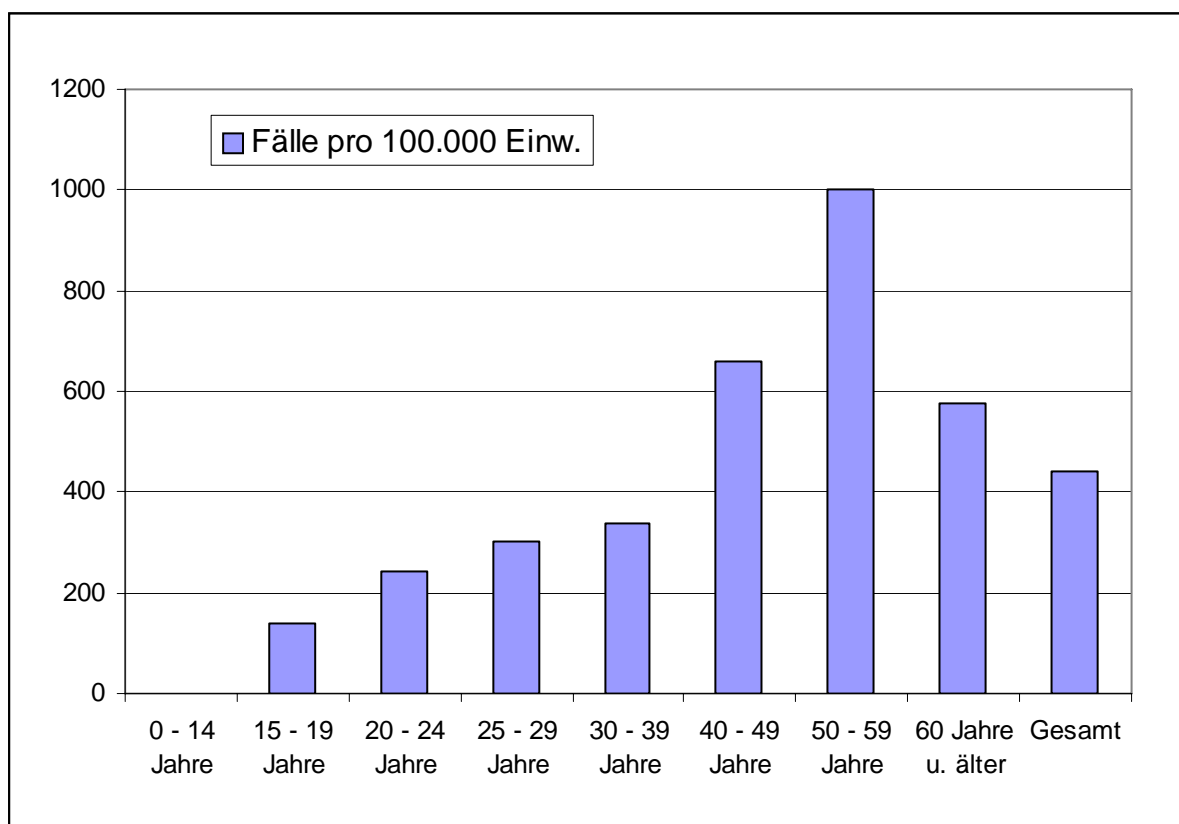


Abbildung 6: Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit nach Alter in OÖ 2006, Quelle: LKF-Daten 2006

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

Das Geschlechterverhältnis entwickelte sich bei der Diagnose Nikotinabhängigkeit, bzw. -missbrauch bei über 3:1 (männlich:weiblich) im Jahr 1999 auf unter 2:1 im Jahr 2006.

Zu beachten ist der Anstieg der Nikotindiagnosen in den Jahren 1999 – 2006 insgesamt, wobei das Geschlechterungleichgewicht sich verringerte. Eine plausible und nachvollziehbare Erklärung dafür ist noch ausständig (beispielsweise könnte eine höhere Sensibilität in der Diagnostik gegenüber Nikotinerkrankungen eine Rolle spielen).

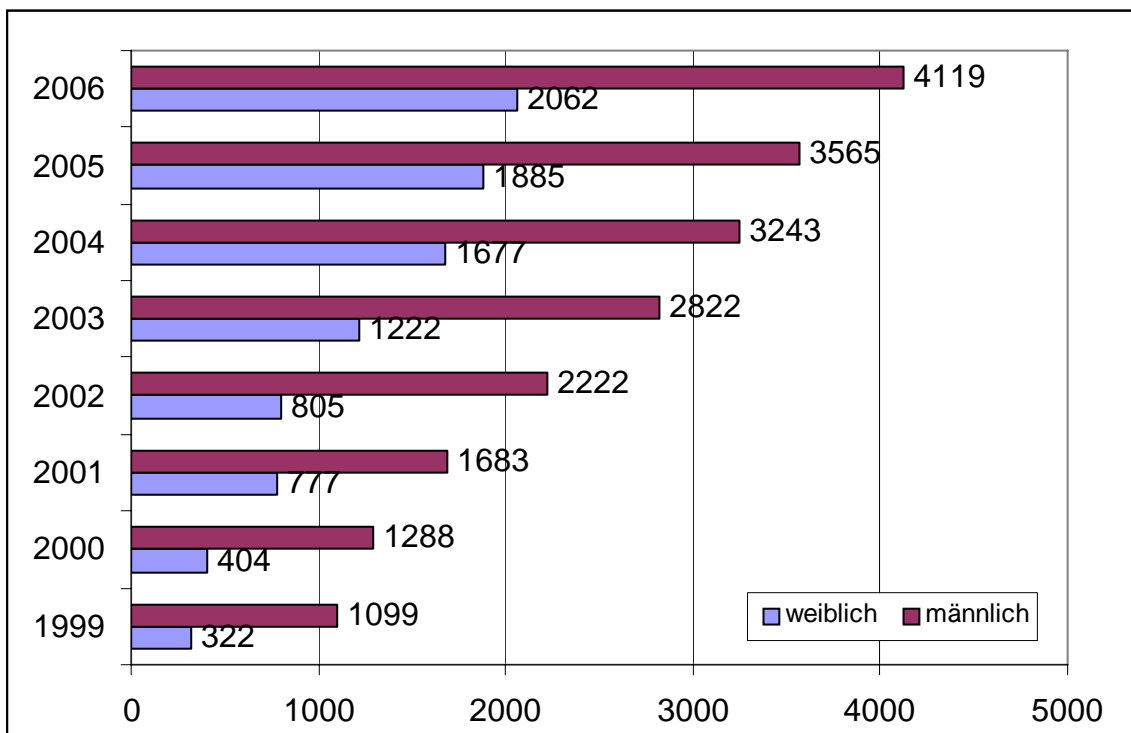


Abbildung 7: Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 1999-2006, Quelle: LKF-Daten 2006

3.4 Cannabis

Konsumerfahrung: 27,6% der OberösterreicherInnen über 15 Jahre geben an, bereits einmal Cannabisprodukte konsumiert zu haben (Lebenszeitprävalenz), das sind 321.000 Personen (Quelle: Bevölkerungsbefragung 2006 Oberösterreich)

Unter den Jugendlichen im Alter von 15 bis 24 Jahren liegt die Angabe der Konsumerfahrung von Cannabis um einiges höher (37%); und sie liegt bei den 20- bis 24-Jährigen immerhin bei ca. 40% dieser Altersgruppe.

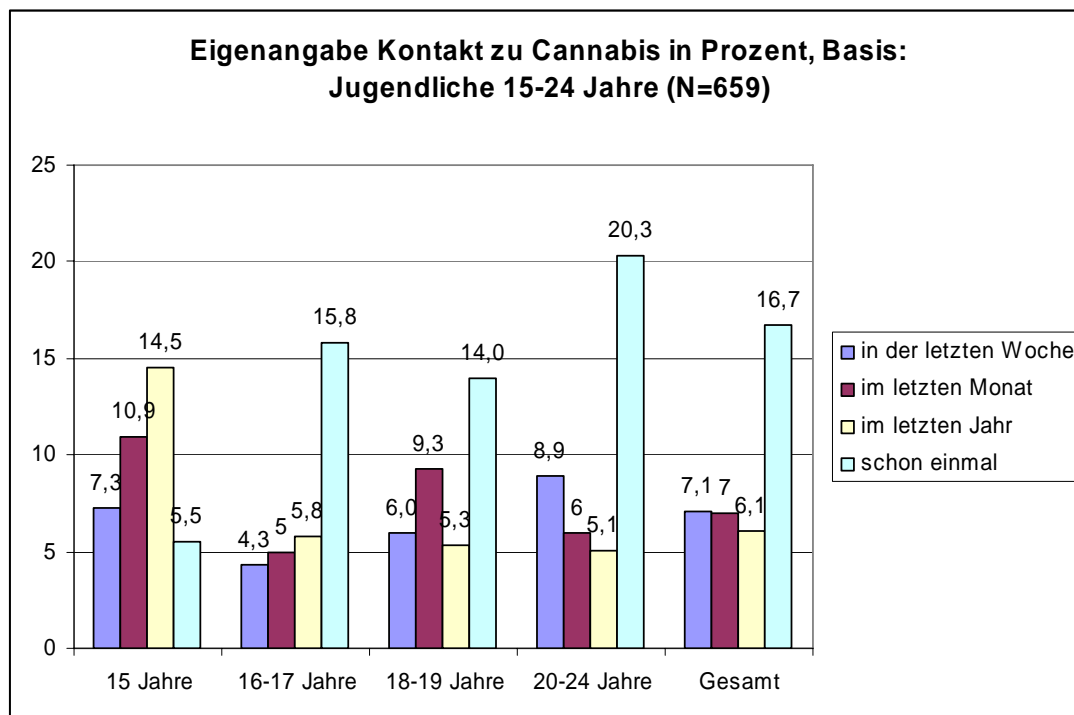


Abbildung 8: Cannabiskonsum in OÖ, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2006

3.5 Opiate, Kokain

Die Konsumerfahrung liegt bei ca. 4-6%., 46.000 – 69.000 Personen über 15 Jahren in Oberösterreich (Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2006)

3.6 Weitere Substanzen

Es finden sich eine Reihe von Belegen für die zunehmende Differenzierung des Drogenkonsums. Sowohl im Bereich des Experimentierkonsums als auch beim problematischen Konsum kommt eine Vielzahl von unterschiedlichen Substanzen zur Verwendung. Es bestätigt sich der Trend in Richtung aufputschende Substanzen – insbesondere Kokain, aber auch Amphetamine. Neben dem Preisverfall von Kokain 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 (vgl. ÖBIG 2003, S.17ff)

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

Neben Ecstasy gewinnen zunehmend biogene Drogen (z.B. Pilze) als auch LSD an Bedeutung.

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. 6.5).

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, S.28)

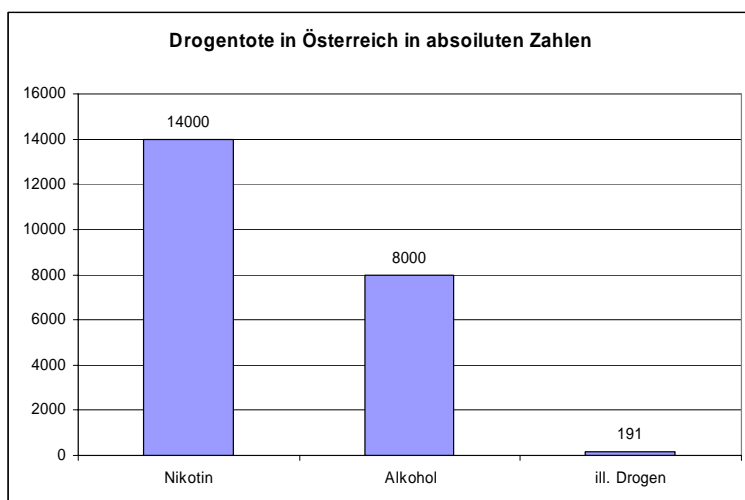


Abbildung 9: Drogentote in Österreich, Quelle: Uhl 2002, ÖBIG 2006

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. 6.5).

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, S.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, vgl. Uhl 2002, S.29) mit dem Anteil der abhängigen RaucherInnen (37% der Raucher, vgl. Kunze et al 1999) korrigiert. Nimmt man an, dass 80% der RaucherInnen abhängig sind (vgl. Junge et al 2003, S.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, S.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 Österreicher erkranken in ihrem Leben an Alkoholabhängigkeit, also werden 10% der Todesfälle dem Alkohol zugerechnet.

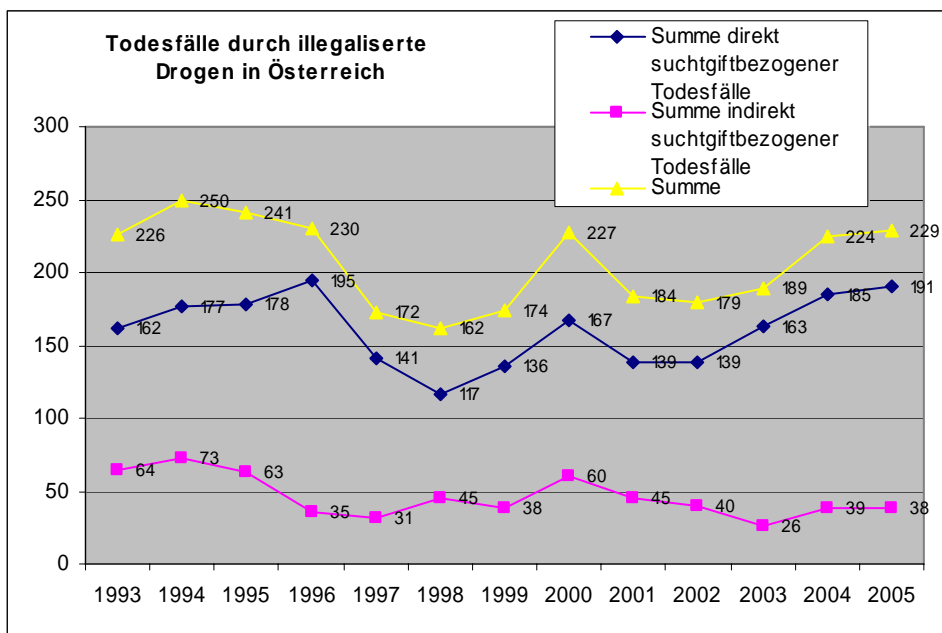
Deren Lebenserwartung ist um durchschnittlich 17 Jahre (Männer) bzw. 20 Jahre (Frauen) verkürzt. Das bedeutet, dass sich alkoholbedingt die Lebenserwartung aller ÖsterreicherInnen durchschnittlich um 1,8 Jahre verringert. (Uhl 2002, S. 30)

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)

Abbildung 10: Todesfälle durch ill. Drogen in Österreich, Quelle: ÖBIG 2006

Die Zahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle insgesamt (direkt und indirekt) lag von 1997 bis 1999 stabil zwischen 160 und 180 und stieg im Jahr 2000 auf 227 Fälle. 2001 (184 Fälle) ging die Anzahl wieder auf das Niveau von vor 2000 zurück, 2004 wurden insgesamt 185 und 2005 191 Fälle auf illegalisierte Drogen bezogene Todesfälle erfasst. (vgl. ÖBIG 2004, S.27, ÖBIG 2006)



Langfristig müsste sich die Zahl der Drogenopfer bei einer gleich bleibenden Rate von Opiatabhängigen in Österreich (1%) allerdings auf 800 Tote zubewegen (im Sinne der Nikotin und Alkohol verwendeten Definition des Substanztodes im umfassenden Sinn – STUS3). (vgl. Uhl 2002, S.29f)

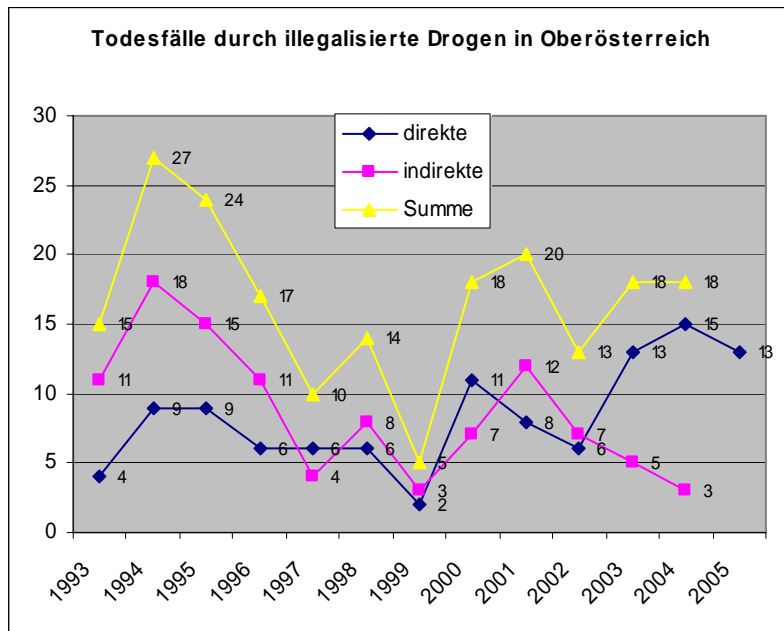


Abbildung 11: Todesfälle durch ill. Drogen in Oberösterreich, Quelle: ÖBIG 2006 (2005 keine Angaben zu indirekten Todesfälle)

5. Anzeigen und Verurteilungen nach dem SMG (Suchtmittelgesetz)

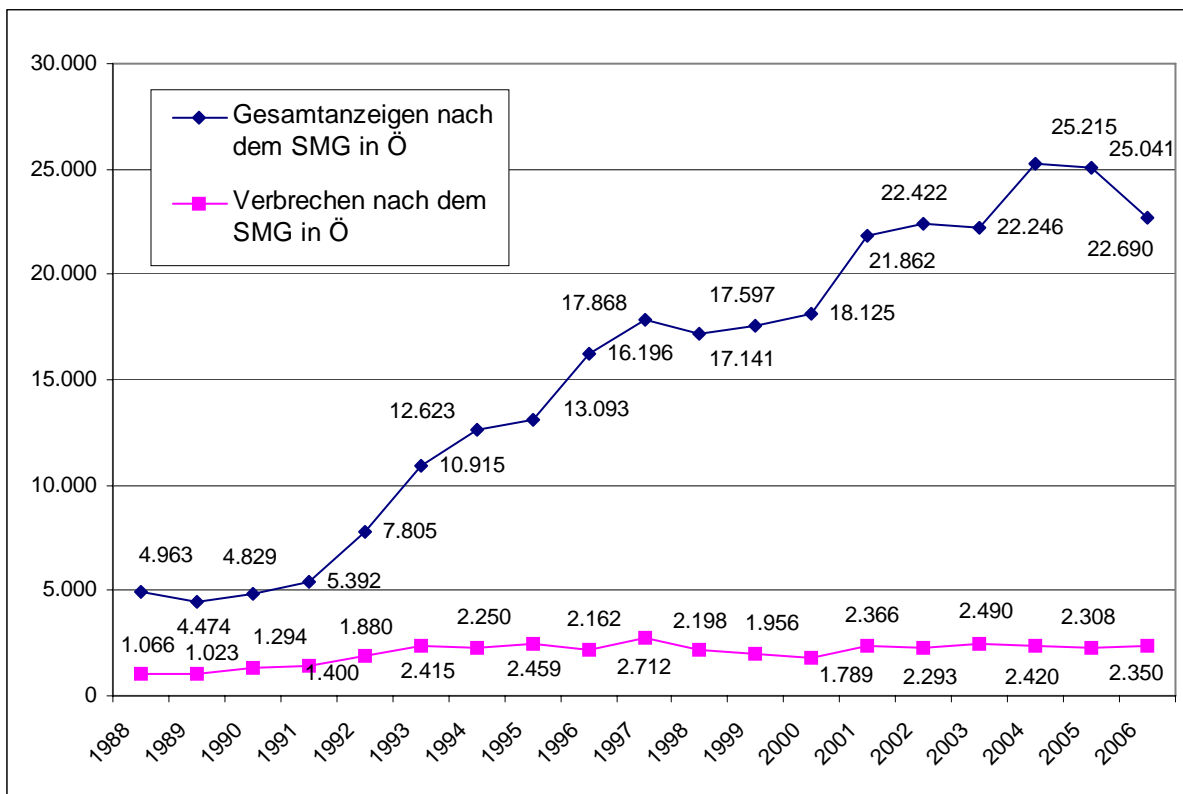


Abbildung 12: Verbrechensanteil der SMG-Anzeigen in Österreich, Quelle: BMI 2006

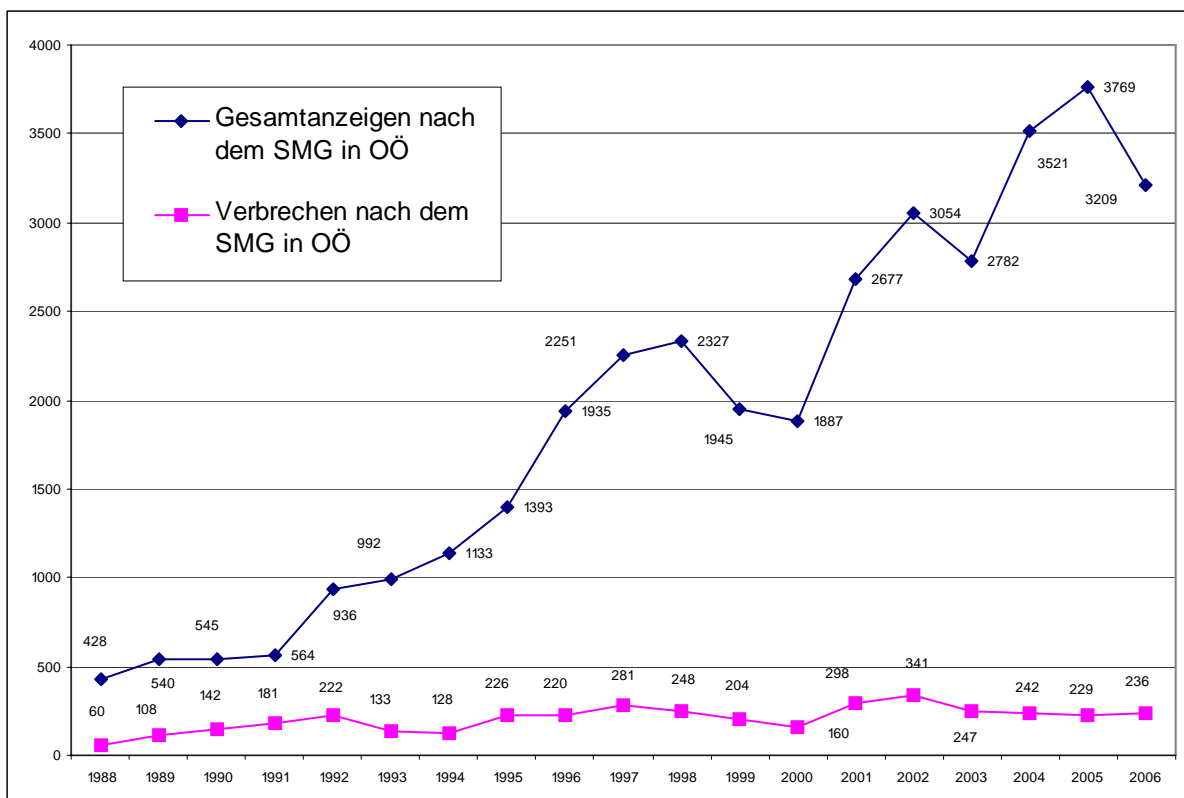


Abbildung 13: Verbrechensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich, Quelle: BMI 2006

Abbildung 12 und Abbildung 13: Verbrechensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich, Quelle: BMI zeigen deutlich, dass die gesteigerte Tätigkeit der Exekutive im Bereich der Suchtmittelkriminalität sich insbesondere in einem massiven Ansteigen der Anzeigen im Vergehensbereich niederschlägt. Der Verbrechensanteil an den SMG-Anzeigen bleibt in absoluten Zahlen weitgehend konstant.

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, da sich in Studien keine Anhaltspunkte für wesentliche Änderungen der epidemiologischen Situation finden lassen. Auch die Exekutive selbst erklärt den dramatischen Anstieg der Suchtmittelkriminalität mit dem Ausbau der eigenen Aktivitäten.⁷

⁷ vgl. Eisenbach-Stangl (2003), 214

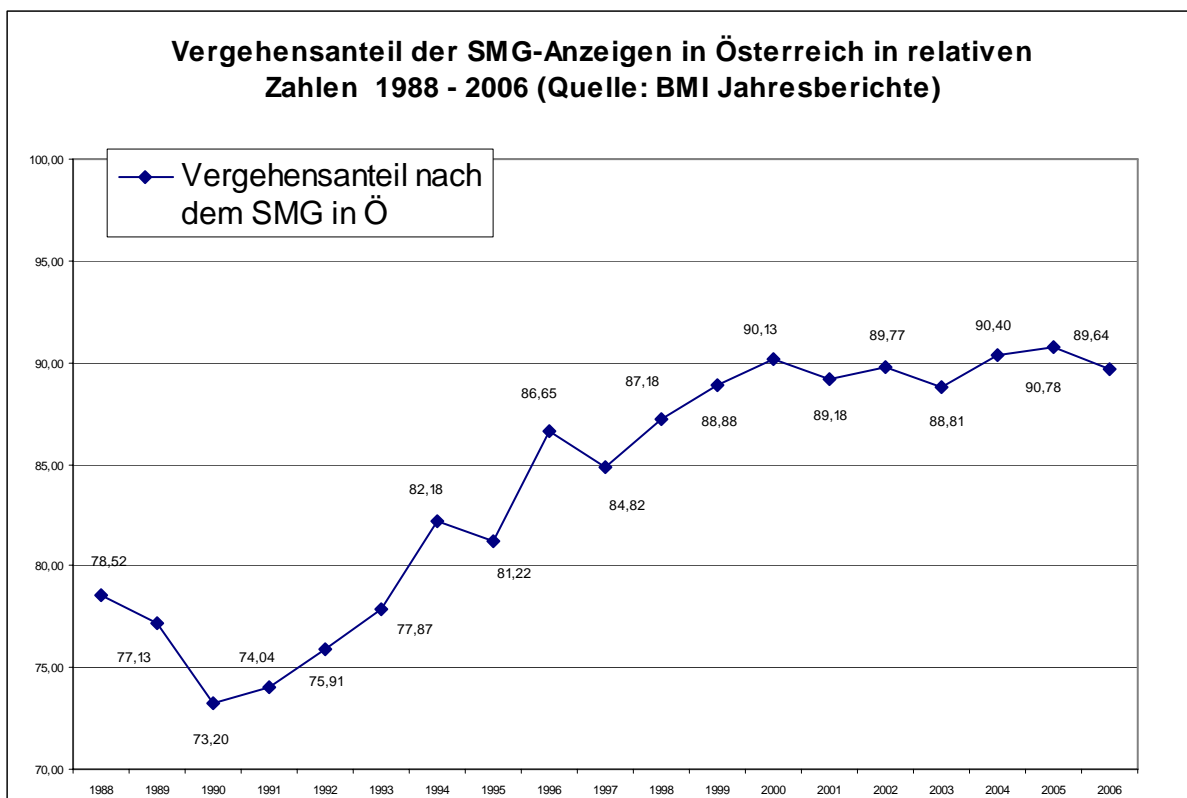


Abbildung 4: Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Österreich, Quelle: BMI 2006

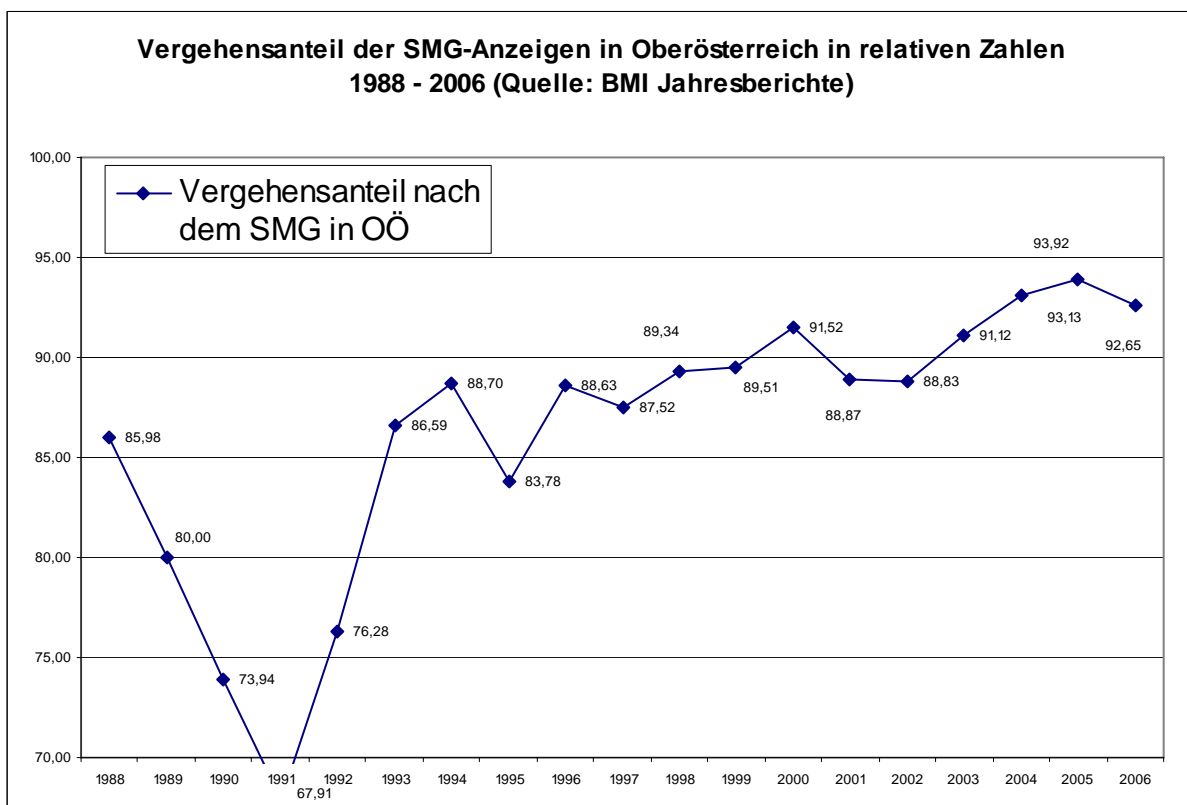


Abbildung 5: Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich, Quelle: BMI 2006

Die obigen Abbildungen 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 ca. 90% Anteil der Vergehen an den SMG-Anzeigen ist ein sehr hohes Niveau erreicht, das kaum mehr zu steigern ist. Seit diesem Zeitpunkt bleibt dieses Verhältnis aber auf diesem hohen Niveau bestehen.

2006 betreffen in Österreich beinahe 90% aller Anzeigen nach dem SMG Vergehenstatbestände, in Oberösterreich liegt der Anteil der Vergehenstatbestände noch etwas höher bei knapp unter 93%. Dies ist keine Momentaufnahme, sondern beruht auf einer kontinuierlichen Steigerung seit 1991.

6. Anhang:

6.1 Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10 (WHO 1993, S92f)

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 Sub-

stanzen 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.

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.

6.2 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
F63.0 Pathologisches Spielen <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnostische Leitlinien Dauerndes, wiederholtes Spielen 2. Anhaltendes und oft noch gesteigertes Spielen trotz negativer sozialer Konsequenzen, wie <ul style="list-style-type: none"> - Verarmung, - gestörte Familienbeziehungen, - Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse 	312.31 Pathologisches Spielen <p>Diagnostische Leitlinien</p> A Andauerndes und wiederkehrendes, fehlangepasstes Spielverhalten, was sich in mindestens fünf der folgenden Merkmale ausdrückt <ol style="list-style-type: none"> 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

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 andersorts 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.

6.3 Fagerströmtest

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.

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

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.

6.4 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 Internet- Gebrauch
- 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 Verschul-

dung durch exorbitante Telefonkosten, sowie mögliche somatische Schäden im Bereich des Sehapparates bzw. des Bewegungs- und Stützapparates.

6.5 Möglichkeiten den Substanztod zu definieren (Uhl 2002)

- a) 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.
- b) 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.
- c) Substanztod im umfassenden Sinn (STUS), d.h. der Tod von Substanzgebrauchern, -missbrauchern oder –abhängigen. Zu unterscheiden sind hier:
 - STUS1: Substanztod als Tod von Substanzgebrauchern
 - STUS2: Substanztod als Tod von Substanzmissbrauchern
 - STUS3: Substanztod als Tod von Substanzabhängigen

6.6 Statistische Bezugswahlen

EinwohnerInnen in Österreich (2002):	8.065.465
EinwohnerInnen in Österreich (2004):	8.174.700
Über 15jährige in Österreich (2002):	6.708.328
Über 15jährige in Österreich (2004):	6.848.700
EinwohnerInnen Oberösterreich (2003):	1.381.800
EinwohnerInnen Oberösterreich (2004):	1.389.201
Über 15jährige Oberösterreich (2003):	1.142.275 (Bezugszahl der oberösterreichischen Bevölkerungsbefragung 2003)
Über 15jährige Oberösterreich (2004):	1.148.761

7. Literatur:

- BMI (2004): *Suchtmittelkriminalität*. Jahresbericht 2003, Bundesministerium für Inneres - Bundeskriminalamt, Wien
- BMI (2005): *Suchtmittelkriminalität*. Jahresbericht 2004, Bundesministerium für Inneres - Bundeskriminalamt, Wien
- BMI (2006): *Suchtmittelkriminalität*. Jahresbericht 2004, Bundesministerium für Inneres - Bundeskriminalamt, Wien
- Eisenbach-Stangl, I. (2003). *Drogen und Un-Sicherheit*. Innere Sicherheiten. Jahrbuch für Rechts- und Kriminalsoziologie 2002. Stangl, W. und Hanak, G. (Hg.). Nomos Verlagsgesellschaft. Baden-Baden, S. 207-226
- IFT (2004): *Monitoring System Pathologisches Spielverhalten in Deutschland. Anzahl der pathologischen Spieler*. <http://www.pathologisches-spielen.de/Spieldaten/anzahlspieler.htm>
- Junge, Burckhard / Thamm, Michael (2003): *Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum*. Jahrbuch Sucht 2003. Geesthacht
- Krüger, C.; Reich, G.; Buchheim P.; Cierpka M. (1997): *Essstörungen: Diagnose - Epidemiologie - Verläufe*. In: Psychotherapie der Essstörungen . Reich, G; Cierpka, M. (Hrsg) Stuttgart, New York, Thieme Verlag
- Kunze, Michael / Schoberberger (1999): *Nikotinabhängigkeit*. Diagnostik und Therapie, New York – Wien; Springer
- LKF-Daten (2003): *Auswertung der Leistungs- und Diagnosedokumentation der Fonds-Krankenanstalten Oberösterreichs*. Institut Suchtprävention Linz
- LKF-Daten (2004): *Auswertung der Leistungs- und Diagnosedokumentation der Fonds-Krankenanstalten Oberösterreichs*. Institut Suchtprävention Linz
- LKF-Daten (2005): *Auswertung der Leistungs- und Diagnosedokumentation der Fonds-Krankenanstalten Oberösterreichs*. Institut Suchtprävention Linz
- LKF-Daten (2006): *Auswertung der Leistungs- und Diagnosedokumentation der Fonds-Krankenanstalten Oberösterreichs*. Institut Suchtprävention Linz
- ÖBIG (2003): *Bericht zur Drogensituation 2003*. Wien
- ÖBIG (2004): *Bericht zur Drogensituation 2004*. Wien
- ÖBIG (2006): *Bericht zur Drogensituation 2006*. Wien
- ÖBIG (2006): *Suchtbezogene Todesfälle 2005*. Wien
- Seyer, Seifried / Gschwandtner, Franz / Paulik, Richard / Schmidbauer, Rainer (2005): *Vom Gebrauch der Drogen. Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich*. Linz, Gesellschafts- und sozialpolitische Texte, Band 15, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik
- Uhl, Alfred (2002): *Todesfälle durch Substanzkonsum. Wie sinnvoll ist dieses Konzept?* In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg.25 / 2002 nr.1/2
- Uhl, Alfred (2004): *Möglichkeiten und Grenzen des Capture-Recapture-Ansatzes*. In: Sucht 50, Geesthacht, Neuland, S.29-37
- Uhl A. / Springer A. / Kobrna U. / Gnamb T. / Pfarrhofer D. (2005): *Österreichweite Repräsentativerhebung zum Substanzgebrauch, Erhebung 2004, Bericht*. Wien, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Uhl, A. / Bachmayer, U. / Kobrna, U. / Puhm, A. / Springer, A. / Kopf, N. / Beiglböck, W. / Eisenbach-Stangl, I. / Preinsberger, W. / Musalek, M. (2007): Handbuch Alkohol - Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends. dritte, überarbeitete und ergänzte Auflage. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien. In Druck.

WHO (1993): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10 Kapitel V (F). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle; Verlag Hans Huber

Zimmerl, H.D. (2004): *"INTERNETSUCHT". Eine Neumodische Krankheit? Versuch einer Antwort anhand einer Untersuchung der Applikation: Chatroom.*
<http://gin.uibk.ac.at/thema/internetsucht/chat-teil1.html>

8. Changelog

Version 1.0 – 04. Februar 2004

Erstellung der Erstversion. Beinhaltet Abhängigkeit, Substanzspezifika, Todesfälle und Anzeigen

Version 1.1 – 27. März 2004

- Layoutänderungen
- Kap. Abhängigkeit: kurze Begriffsproblematisierung
- Kap. Abhängigkeit: Einschätzung Fagerströmtest
- Kap. Abhängigkeit: Erklärung des Anstiegs der Anzahl problematischer Opiatkonsumenten
- Kap. Anzeigen: Aktualisierung mit neuen Zahlen für 2003 des BMI

Version 1.2 – 22. April 2004

- Aktualisierung der Diagnosedaten der öffentlichen Krankenanstalten (LKF-Daten) mit den Daten aus dem Jahr 2003

Version 1.3 – 06. November 2005

- Aktualisierung: Alkoholabhängigkeit
- Aktualisierung: LKF Daten 2004
- Aktualisierung: Todesfälle 2003
- Aktualisierung: Anzeigen 2004
- Zitat Eisenbach-Stangl
- Klärung des Begriffs „problematische OpiatkonsumentInnen“

Version 1.4 – 04. Mai 2007

- Aktualisierung: Alkoholabhängigkeit
- Aktualisierung: LKF Daten 2006
- Aktualisierung: Todesfälle 2006
- Aktualisierung: Anzeigen 2006