

Seifried Seyer, Franz Gschwandtner, Richard Paulik, Roland Lehner

Fact *sheet*

Abhängigkeit und Substanzkon- sum

Version 1.5
02.02.2008

institut
sucht
prävention
PRO MENTE OOE

Fact *sheet*

Überblick über statistische Kennzahlen zur Abhängigkeit, den Konsum von Substanzen und Verhaltenssüchte in Österreich

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	2
2	Abhängigkeit	3
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	9
3.2.4	Alkoholkonsum von SchülerInnen	10
3.3	Tabak	12
3.3.1	Prävalenz des Tabakkonsums in Oberösterreich	12
3.3.2	Tabakkonsum von SchülerInnen	14
3.4	Cannabis	15
3.5	Opiate, Kokain	16
3.6	Weitere Substanzen	16
4	Todesfälle durch Substanzen	18
4.1	Todesfälle Alkohol, Nikotin, illegalisierte Substanzen	18
5	Anzeigen und Verurteilungen	21
6	Anhang	24
6.1	Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10	24
6.2	Diagnostische Leitlinien:	24
6.3	Diagnostische Leitlinien für Pathologisches Spielen	26
6.4	Fagerströmtest	26
6.5	Diagnoseleitfaden PIG - pathologischer Internetgebrauch (Internetsucht)	27
6.6	Möglichkeiten den Substanztod zu definieren	27
6.7	Statistische Bezugswahlen	28
	Literaturverzeichnis	29
	Tabellenverzeichnis	31
	Abbildungsverzeichnis	32
A	Changelog	33

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 Zahlen-

traditionen 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.

wichtige Quellen dieses Dokuments sind:

- Expertenstudien von: Michael Kunze, Alfred Uhl, periodische HBSC-Studie unter der Leitung von Wolfgang Dür
- Bevölkerungsbefragungen in Oberösterreich 2003 und 2006, denen eine repräsentative Stichprobe der oberösterreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren zugrunde liegt.
- Eine 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 zu verschiedenen Substanzen bzw. Verhaltenssüchten gegeben.¹

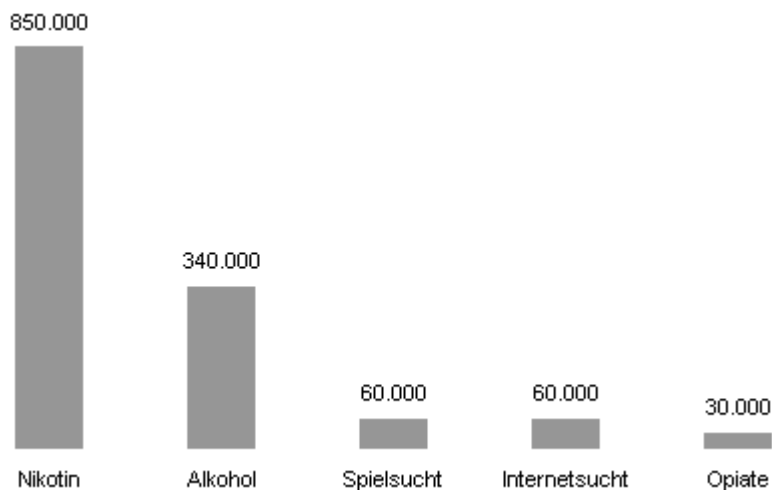


Abb. 2.1: Abhängigkeit in Österreich 2006, Quellen: siehe Beschreibung unten

Nikotin: die Zahlen zur Abhängigkeit von Nikotin sind hier nach der Publikation von [Kunze/Schoberberger \(1999\)](#) 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. 6.4) 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/Schoberberger, 1999, 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.

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 Nikotinzahlen zielen die oben angeführten Zahlen eher auf rein körperliche Abhängigkeit, während die Verhaltenssüchte von Natur aus in psychischer Abhängigkeit begründet sind.

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. 6.3). 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.

In Österreich gibt es demnach 30.000 - 60.000 pathologische SpielerInnen und 180.000 - 240.000 gefährdete SpielerInnen. Der Anteil weiblicher Perso-

nen wird auf ca. 15% geschätzt. (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 6000 - 12000 „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 (2004) finden sich im Anhang (Kap. 6.5). 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. 60.000 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, 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, 21ff) 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.“ (Uhl, 2004, 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 Konsument-
Innen 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 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 15-20jährigen Mädchen leiden

zur Zeit mindestens 2500 an Anorexia nervosa (Magersucht), weitere 5000 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 ca. 600 Diagnosen zu Essstörungen¹ pro Jahr gestellt (Quelle: Seyer/Lehner (2007)).

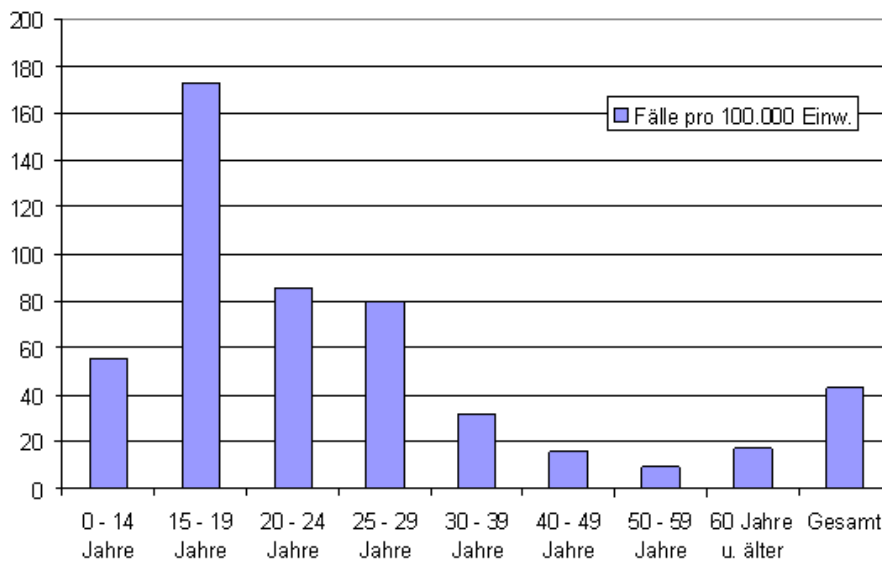


Abb. 3.1: Essstörungen nach Alter in OÖ 2006, Quelle: LKF-Daten 2006

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.

¹ 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“² 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.

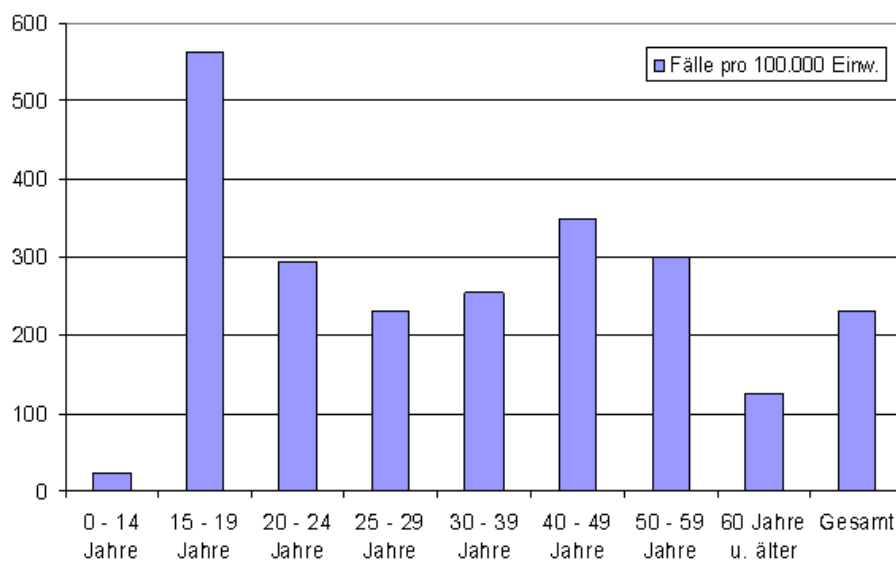


Abb. 3.2: akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2006, Quelle: LKF-Daten 2006

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 3.226 Diagnosen im Jahr 2006 in Oberösterreich „nur“ 563 bei Kindern und Jugendlichen (0-19 Jahre) gestellt wurden. Das

² Die Diagnose „akuter Alkoholmissbrauch“ ist eine Zusammenfassung der Diagnosen F10.0 Akute Intoxikation mit Alkohol, F10.1 Schädlicher Gebrauch, T51 Toxische Wirkung durch Alkohol

entspricht 17,5% der Diagnosen. Demgemäß werden mehr als vier Fünftel (82,5% bzw. 2663) der Diagnosen von „akutem Alkoholmissbrauch“ bei Erwachsenen konstatiert.

Tab. 3.1: akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2006, Quelle: LKF-Daten 2006

Altersgruppe	Entlassungen bei akutem Alkoholmiss- brauch	Belagstage bei akutem Alko- holmissbrauch	Belagsdauer in Tagen (Durchschnitt)	Wohnbevölker- ung	Fälle pro 100.000 Ein- wohnerInnen
0 - 14 J.	55	89	1,62	237.656	23,14
15 - 19 J.	508	962	2,02	90.351	562,3
20 - 24 J.	270	599	2,22	91.864	293,9
25 - 29 J.	196	1029	5,25	85.003	230,6
30 - 39 J.	530	2807	5,3	208.608	254,1
40 - 49 J.	801	5726	7,15	228.563	350,5
50 - 59 J.	500	3548	7,1	166.502	300,3
60 J. u.ä.	366	2756	7,53	293.503	124,7
Gesamt	3.226	17.516	5,43	1.402.050	230,1

3.2.2 Alkoholabhängigkeit

Die diagnostizierte Alkoholabhängigkeit³ 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.)

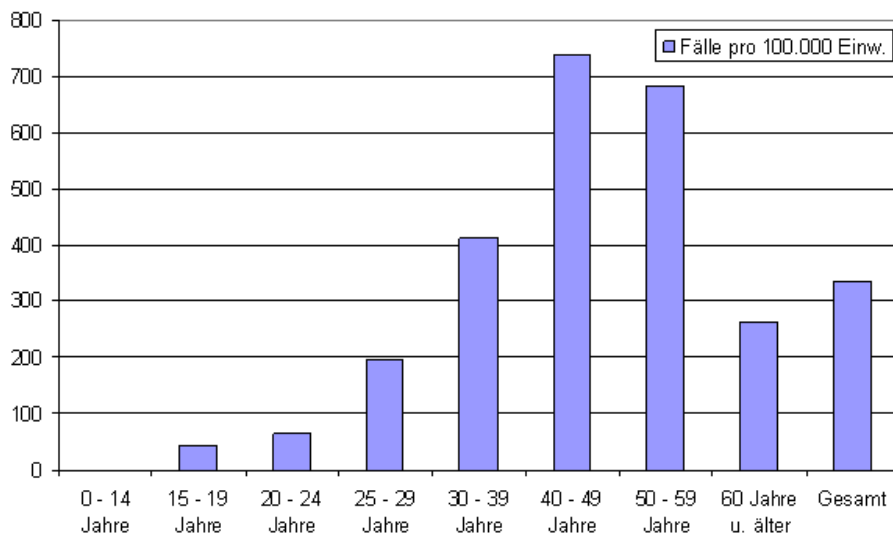


Abb. 3.3: Alkoholabhängigkeit nach Alter in OÖ 2006, Quelle: LKF-Daten 2006

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

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

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 3:1 (männlich:weiblich). Dies entspricht dem Bundestrend.

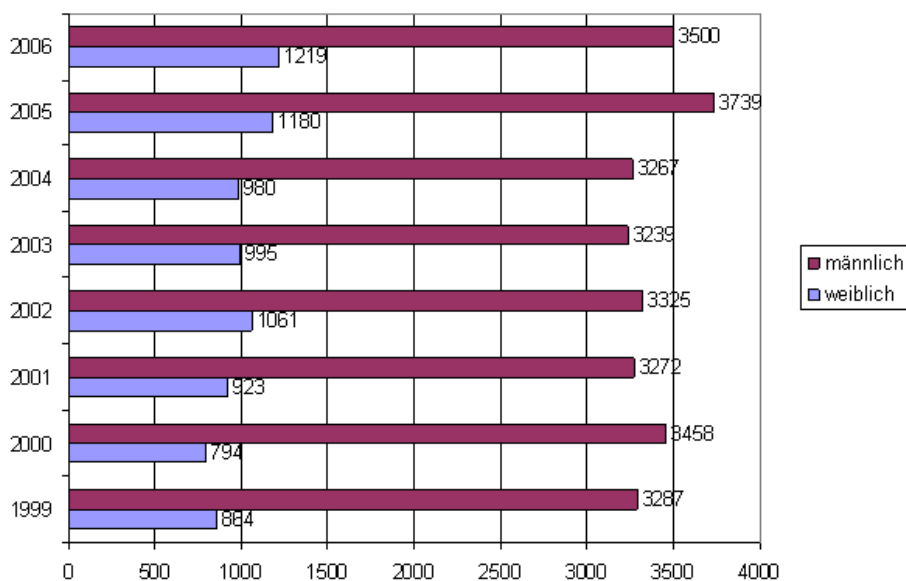


Abb. 3.4: Alkoholabhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 1999-2006, Quelle: LKF-Daten 2006

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:

Tab. 3.2: „Gefährdungsgrenze“ lt. Health Education Council (1994), Quelle: Uhl et al., 2001, 67

	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.

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 Gefährdungs-

grenze. 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.

3.2.4 Alkoholkonsum von SchülerInnen

Im diesem Kapitel werden die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung (Dür/Griebler, 2007) von österreichischen SchülerInnen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren dargestellt. Es handelt sich hierbei um die letzte Befragung im Rahmen des WHO Survey HBSC (Health Behavior of Schoolaged Children) aus dem Jahre 2006.

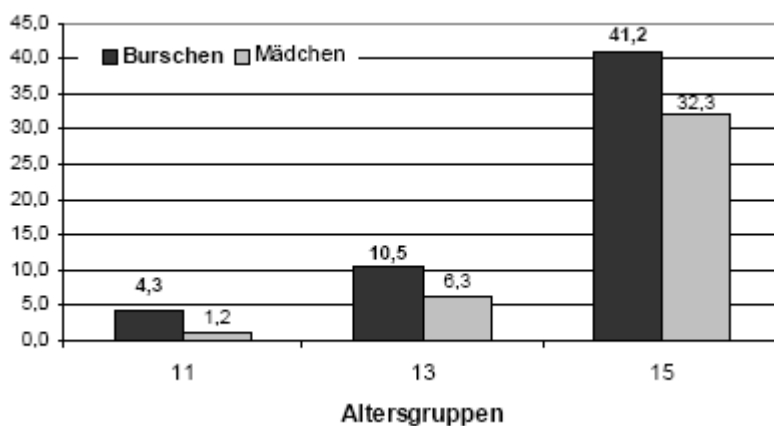


Abb. 3.5: Regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens ein alkoholisches Getränk wöchentlich oder öfter) von 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006), Quelle: Dür/Griebler (2007, 44)

Ein regelmäßiger Alkoholkonsum - definiert als Konsum mindestens eines alkoholischen Getränks in der Woche oder öfter - wird von 14,9% aller befragten SchülerInnen (Burschen 17,1%, Mädchen 12,8%) angegeben. Dür/Griebler (2007, 44)

Erwartungsgemäß nimmt der regelmäßige Alkoholkonsum mit dem Alter deutlich zu, wobei in allen Altersgruppen mehr Burschen regelmäßig Alkohol trinken: So geben 41% der 15-jährigen Burschen und 32% der gleichaltrigen Mädchen an, mindestens ein alkoholisches Getränk in der Woche oder öfter zu konsumieren.

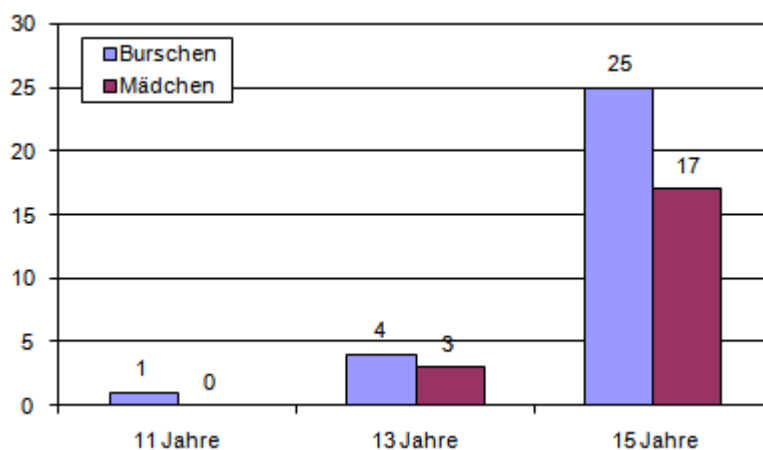


Abb. 3.6: SchülerInnen die bereits viermal oder öfter so viel Alkohol getrunken haben, dass sie „richtig betrunken waren“, nach Geschlecht und Alter (2006), Quelle: Dür/Griebler (2007, Anhang A, 22)

Sowohl in Bezug auf den Alkoholkonsum als auch auf die Erfahrung mit Betrunkenheit liegen die Burschen in allen Alterskategorien auf einem höheren Niveau als die Mädchen: Ein Viertel (25%) aller 15-jährigen Schüler gab an, mindestens viermal richtig betrunken gewesen zu sein. Davon berichteten etwa ein Sechstel (17%) aller gleichaltrigen Mädchen.

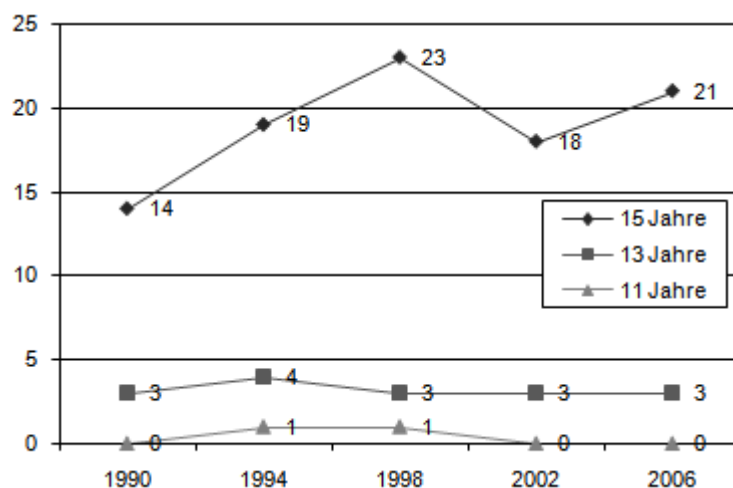


Abb. 3.7: SchülerInnen die bereits viermal oder öfter so viel Alkohol getrunken haben, dass sie „richtig betrunken waren“, 1990 bis 2006 nach Alter, Quellen: Dür/Griebler (2007, Anhang B, 3)

Die Trendanalyse zeigt, dass die Zahl der SchülerInnen welche angeben, bereits viermal oder öfter betrunken gewesen zu sein zwischen 1990 und 2006 bei den 11- (zwischen 0% und 1%) und 13-Jährigen (ca. 3%) beinahe unverändert geblieben ist.

Bei den 15-Jährigen stieg deren Zahl von 14% im Jahr 1990 auf 23% 1998. Nach einem erfreulichen Rückgang 2002 um 5 Prozentpunkte auf 18% erfolgte jedoch wieder ein Anstieg auf nunmehr 21%.

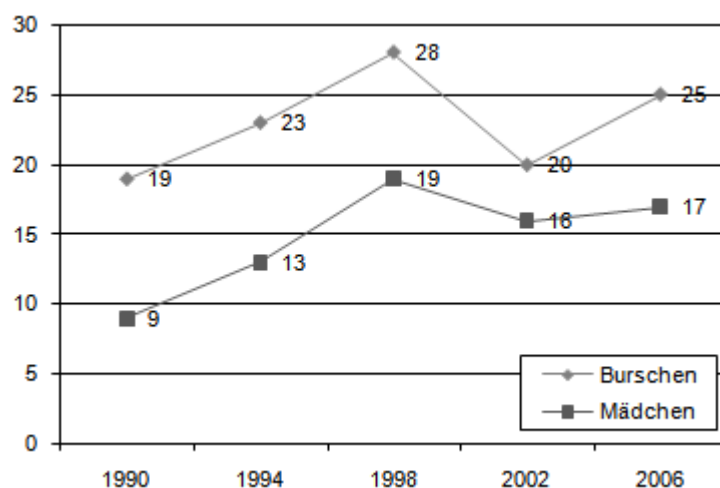


Abb. 3.8: 15-jährige SchülerInnen die bereits viermal oder öfter so viel Alkohol getrunken haben, dass sie „richtig betrunken waren“, 1990 bis 2006 nach dem Geschlecht, Quellen: Dür/Griebler (2007, Anhang B, 3)

Bei Betrachtung der 15-jährigen SchülerInnen im Zeitverlauf ist der starke Anstieg von 1990 bis 1998 bei beiden Geschlechtern erkennbar. Der darauf folgende Rückgang im Jahr 2002 fand ebenfalls bei beiden Ge-

schlechtern statt; wenn auch wesentlich stärker bei den Burschen - wodurch sich die Geschlechterdifferenz auf 4 Prozentpunkte reduzierte. Der im Jahr 2006 konstatierte Anstieg führte jedoch wieder zu einer Vergrößerung des Geschlechterunterschiedes auf 8 Prozentpunkte.

3.3 Tabak

3.3.1 Prävalenz des Tabakkonsums in Oberösterreich

Zur Darstellung der Prävalenz des Tabakkonsums 2006 präsentiert, die im Rahmen des Projektes „Drogenmonitoring OÖ“ durchgeführt wurde.⁴ in Oberösterreich werden Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung OÖ aus den Jahren 2000, 2003 und

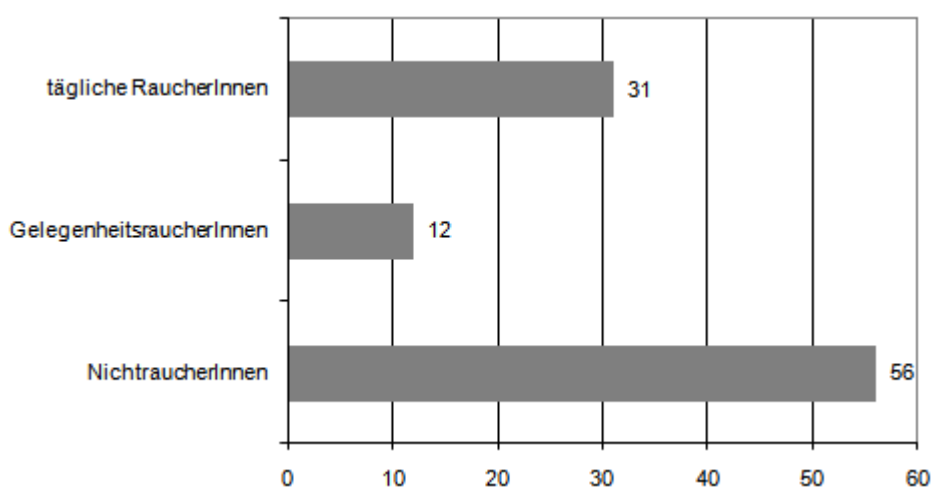


Abb. 3.9: RaucherInnenprävalenz Oberösterreich (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2006 Alter 15+, N=1508

Nimmt man die GelegenheitsraucherInnen und täglichen RaucherInnen zusammen, ergibt sich ein RaucherInnenanteil von 43%. 56% der Befragten bezeichneten sich als „absolute NichtraucherInnen“.⁵

⁴ Aus Platzgründen konzentrierte sich die Erhebung auf den Zigarettenkonsum, der heute den überwiegenden Anteil des Tabakkonsums ausmacht. Für Österreich wurde im Rahmen einer Mikrozensuserhebung zu den Rauchgewohnheiten der Pfeifen oder Zigarettenraucheranteil mit 1,9% beschrieben (Statistik Austria, 2002, 21). In Deutschland rauchen ca. 4% der männlichen Tabakkonsumenten Zigaretten 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 Folgeerhebung 2003 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 2003 und 2006 weitere Fragen entwickelt bzw. von anderen internationalen Untersuchungen übernommen oder adaptiert, z. B. aus Riemann/U. (1997).

⁵ 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) Repräsentativerhebungen können als mehr oder weniger gelungene Landkarten verstanden werden.

3.3 Tabak

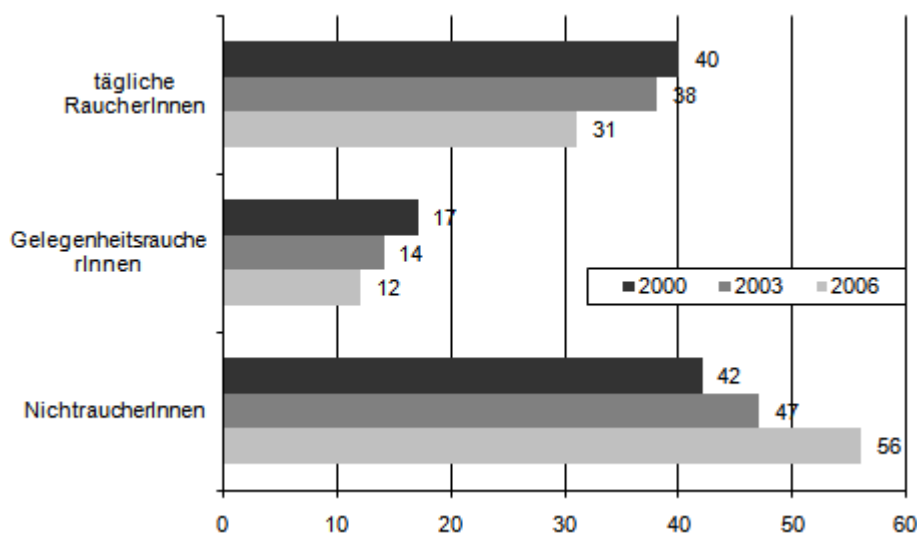


Abb. 3.10: RaucherInnenprävalenz Oberösterreich (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2000, 2003, 2006, Alter 15+

Im Vergleich zu den Befragungen im Jahr 2000 und 2003 weisen die Angaben der Befragung 2006 auf einen weiteren Rückgang der Raucherquote hin. Im Jahr 2000 gaben insgesamt 57% an zu rauchen, 2003 erreichte der Anteil der RaucherInnen 52% und 2006 gaben 43% der Befragten an zu rauchen. Im Jahr 2000 gaben 40% an täglich zu rauchen, 2003 erreichte dieser Wert 28% und 2006 gaben 31% der Befragten täglichen Zigarettenkonsum an. Der Nichtraucheranteil stieg in diesem Zeitraum um 14% von 42% im Jahr 2000 auf 56% im Jahr 2006 an.

Der Durchschnittskonsum der täglichen RaucherInnen liegt bei 19 Zigaretten pro Tag, wobei Männer im Durchschnitt mehr rauchen als Frauen (Quelle Be-

völkerungsbefragung 2006 Oberösterreich).

Bezogen auf den Fagerströmtest (siehe Anhang Kap. 6.4) zur Messung der Ausprägung der Nikotinabhängigkeit werden 37% der Raucher in Österreich als abhängig eingeschätzt (vgl. Kunze/Schoberberger, 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/Thamm, 2003, 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.

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).

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

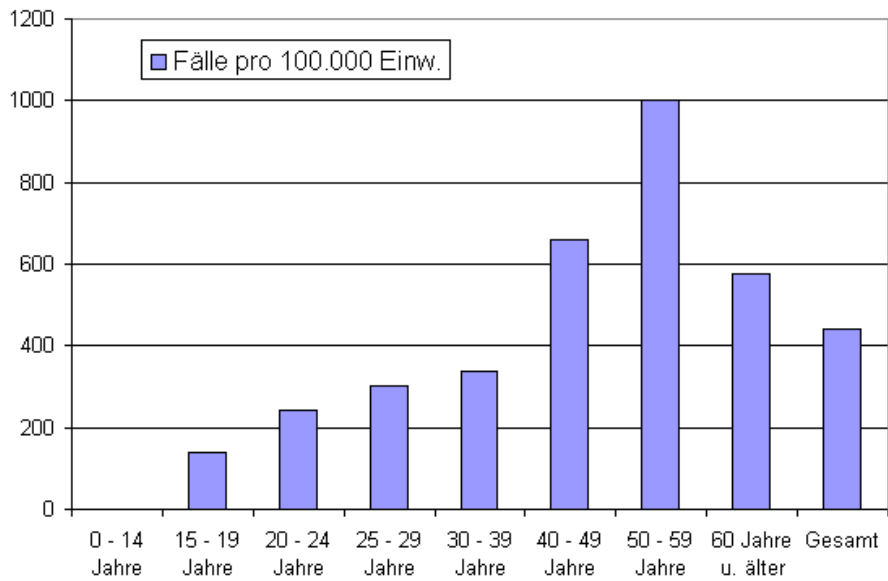


Abb. 3.11: Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit nach Alter in OÖ 2006, Quelle: LKF-Daten 2006

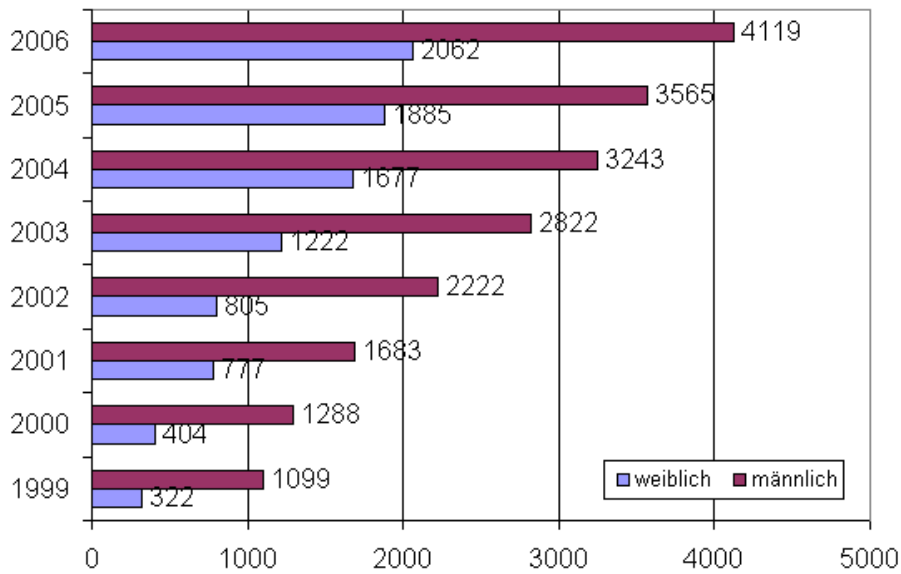


Abb. 3.12: Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 1999-2006, Quelle: LKF-Daten 2006

3.3.2 Tabakkonsum von SchülerInnen

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

Die HBSC-Studien stellen wichtige Referenzstudien dar, da aufgrund der Methodik und der Regelmäßigkeit die Entwicklungen des Rauchverhaltens der 11- bis 15-jährigen Bevölkerung in Österreich relativ gut

dokumentiert und international vergleichbar wird.

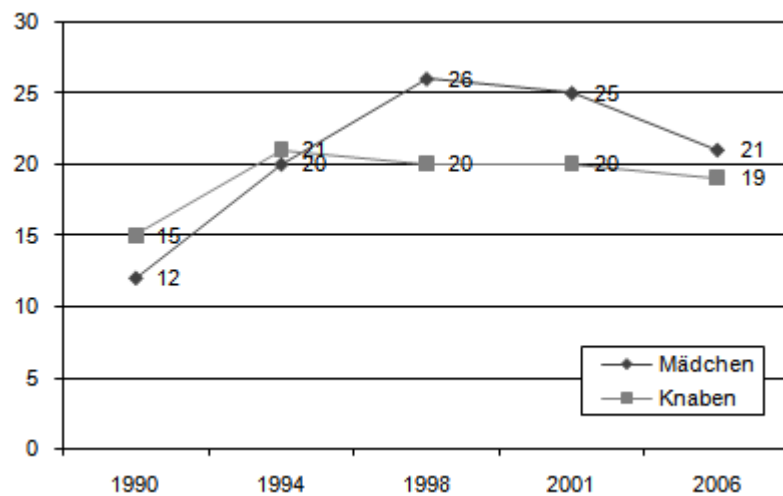


Abb. 3.13: Tabakkonsum der 15-Jährigen: SchülerInnen, die „täglich rauchen“ von 1990 bis 2006 nach Geschlecht, Auswertung Österreich, Quelle: [Dür/Griebler \(2007, 42\)](#)

Zur Beschreibung der RaucherInnenprävalenz dieser Altersgruppe soll das tägliche Rauchen dargestellt werden. Abbildung 3.13 gibt einen Einblick in die Entwicklung seit 1990 und zeigt, dass in Österreich in den 1990-er Jahren das tägliche Rauchen bei beiden Geschlechtern stark zugenommen hat. Die größte Zunahme ist bei den Mädchen zu verzeichnen. Seit 1998 ist es zu keiner weiteren Steigerung gekommen.

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)

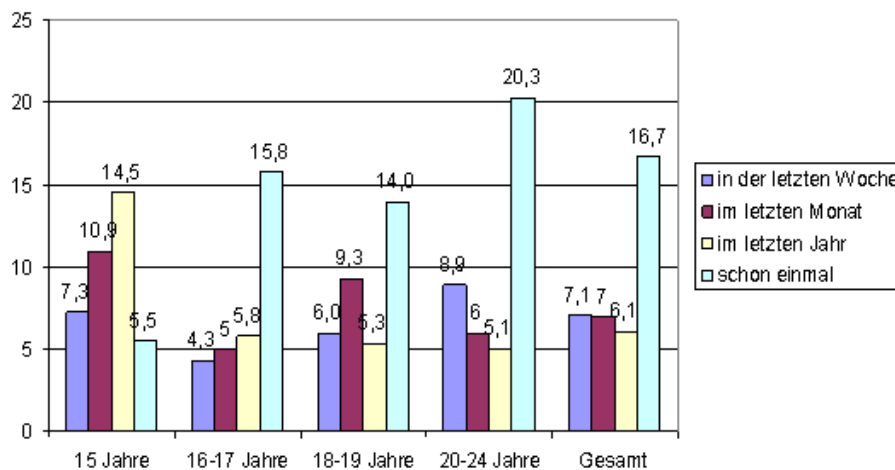


Abb. 3.14: Cannabiskonsum in OÖ, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2006

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.

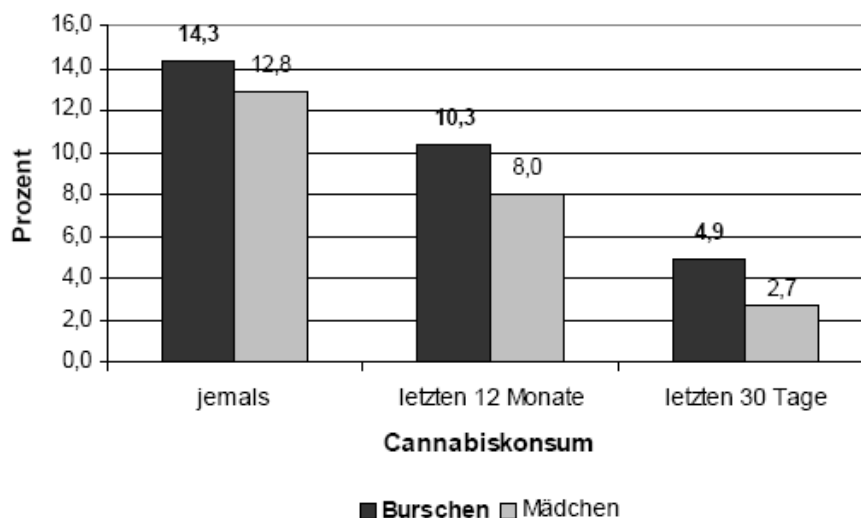


Abb. 3.15: Cannabiskonsum (jemals, letzten 12 Monate, letzten 30 Tage) bei 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006), Quelle: [Dür/Griebler \(2007, 46\)](#)

Die letzte Befragung im Rahmen des WHO Survey HBSC (Health Behavior of Schoolaged Children) im Jahr 2006 stellte für die Altersgruppe der 15-jährigen SchülerInnen in Österreich fest: „Insgesamt haben 13,5% der 15-jährigen SchülerInnen jemals in ihrem Leben Cannabis konsumiert. In den letzten 12 Monaten waren dies hingegen 9% der 15-Jährigen. Der aktuelle Cannabiskonsum, d.h. der Konsum innerhalb der letzten 30 Tage, begrenzt sich dabei auf eine kleine Gruppe von 3,7%. Insgesamt zeigt sich, dass Burschen etwas häufiger zum Cannabiskonsum neigen.“ ([Dür/Griebler, 2007, 46](#))

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 gesamtgesellschaft-

liche Entwicklungen ein Grund dafür sein - vor allem die Suche nach aufputschenden Substanzen als Anpassung an die sozialen und wirtschaftlichen Anforderungen einer zunehmenden Leistungsgesellschaft. ([ÖBIG, 2003, 17ff](#))

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

zen nimmt weiterhin zu.

Drogen (z.B. Pilze) als auch LSD an Bedeutung.

Neben Ecstasy gewinnen zunehmend biogene

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. 6.6).

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

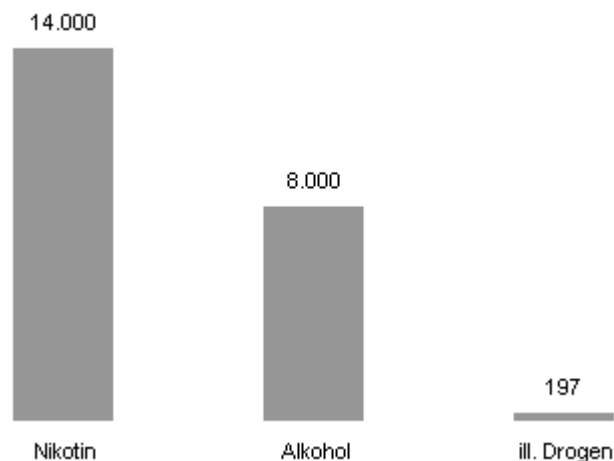


Abb. 4.1: Drogentote in Österreich, Quelle: Uhl 2002, ÖBIG 2007

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. 6.6).

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, vgl. Uhl (2002, 29)) mit dem Anteil der abhängigen RaucherInnen (37% der Raucher, vgl. Kunze/Schoberberger (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. 8000 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. (vgl. Uhl, 2002, 30)

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

Die Zahl der 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, 2005 191 und 2006 197 Fälle auf illegalisierte Drogen bezogene Todesfälle erfasst. (vgl. ÖBIG (2004, 27), ÖBIG (2007))

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, 30)

4 Todesfälle durch Substanzen

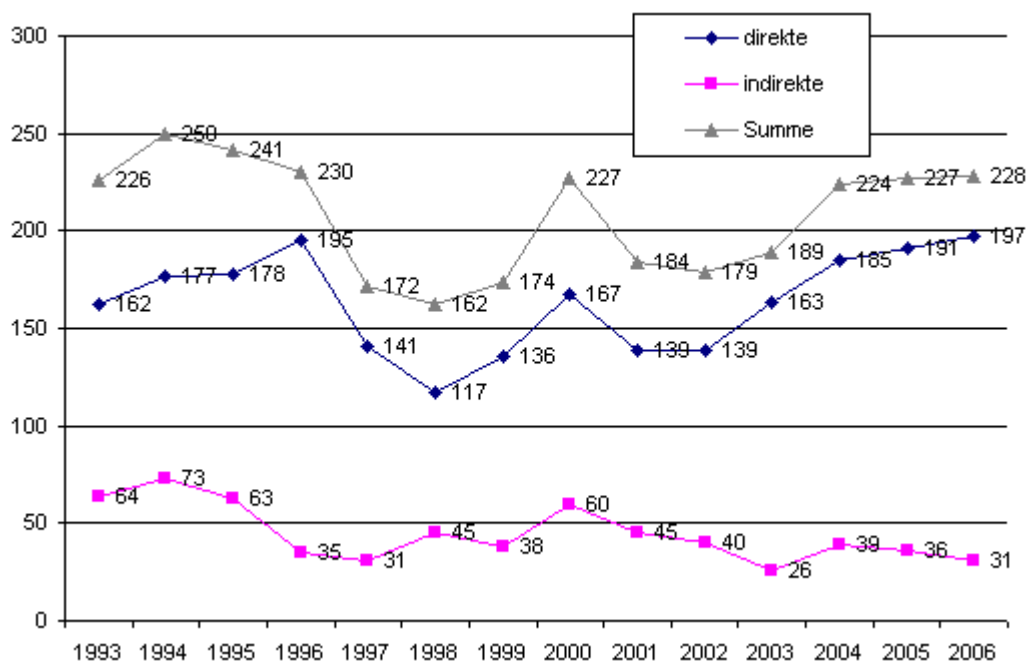


Abb. 4.2: Todesfälle durch ill. Drogen in Österreich, Quelle: ÖBIG 2007

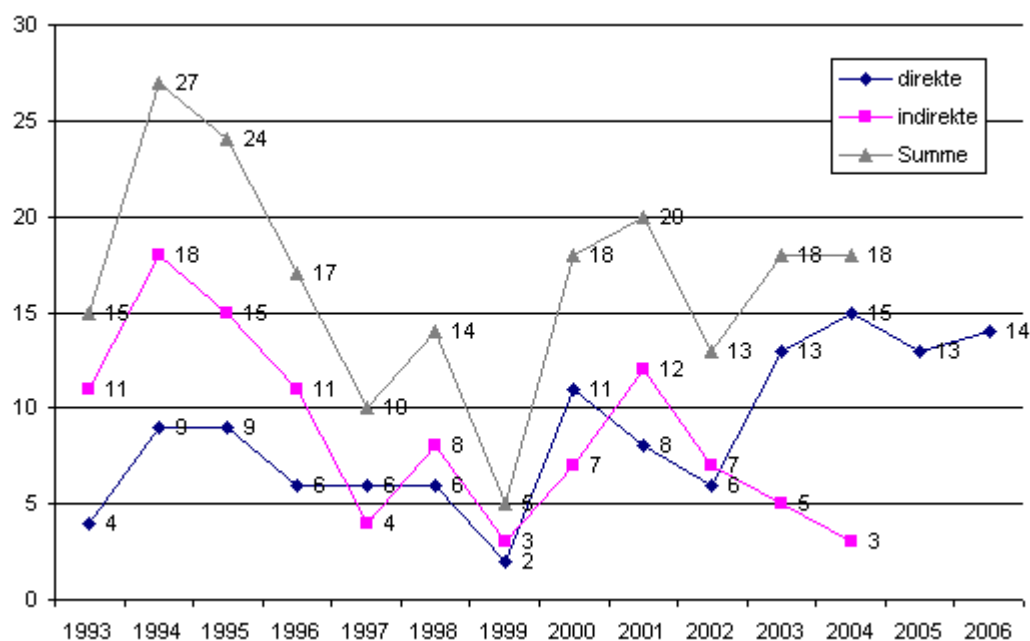


Abb. 4.3: Todesfälle durch ill. Drogen in Oberösterreich, Quelle: ÖBIG 2007 (ab 2005 keine Angaben zu den indirekten Todesfällen)

5 Anzeigen und Verurteilungen

Abbildung 5.1: Verbrechensanteil der SMG-Anzeigen in Österreich, Quelle: BMI und Abbildung 5.2: Verbrechensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich, Quelle: BMI (2006) und frühere zeigen deutlich, dass die gesteigerte Tätigkeit der Exekutive im Bereich der Suchtmittelkriminalität sich insbesondere in einem massiven Ansteigen der Anzeigen im Vergehensbereich niederschlägt. Der Verbrechensanteil an den SMG-Anzeigen bleibt in absoluten Zahlen weitgehend konstant.

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. (vgl. Eisenbach-Stangl, 2003, 214)

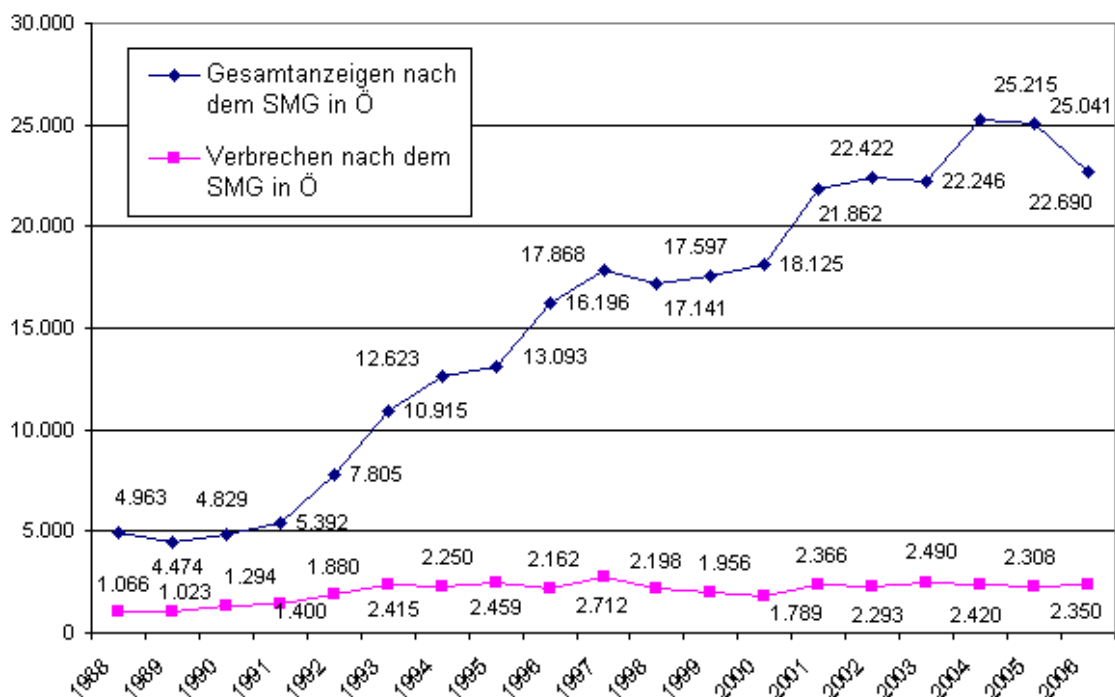


Abb. 5.1: Verbrechensanteil der SMG-Anzeigen in Österreich, Quelle: BMI 2006

5 Anzeigen und Verurteilungen

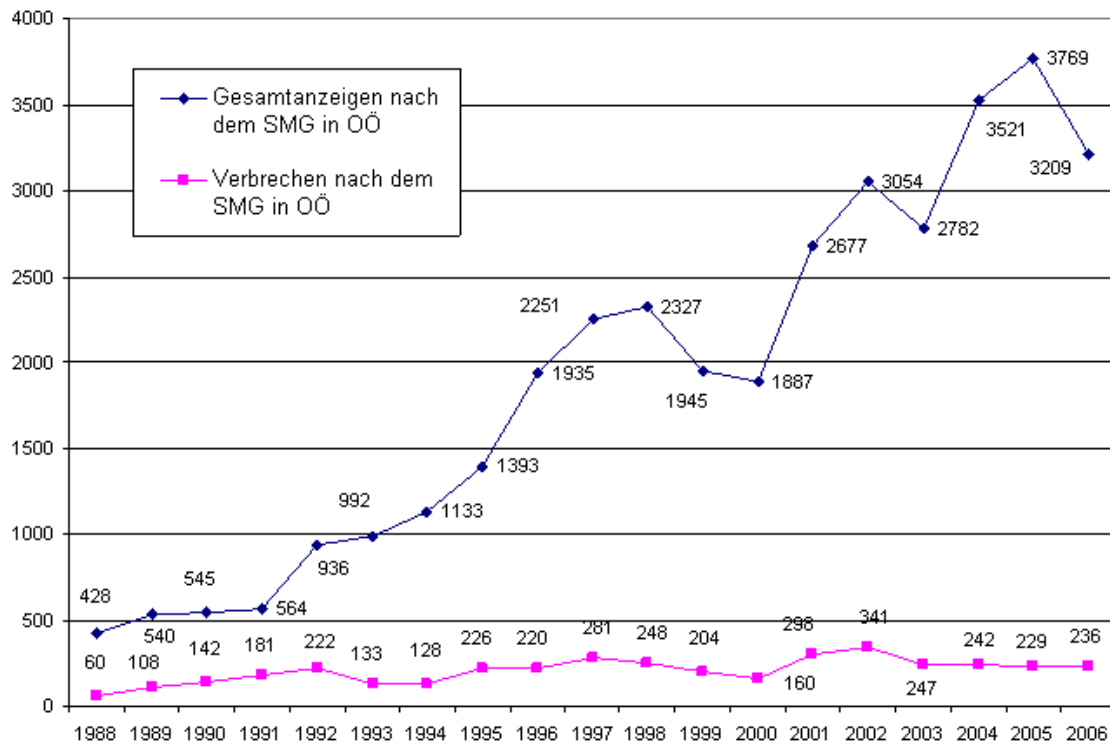


Abb. 5.2: Verbrechensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich, Quelle: BMI 2006

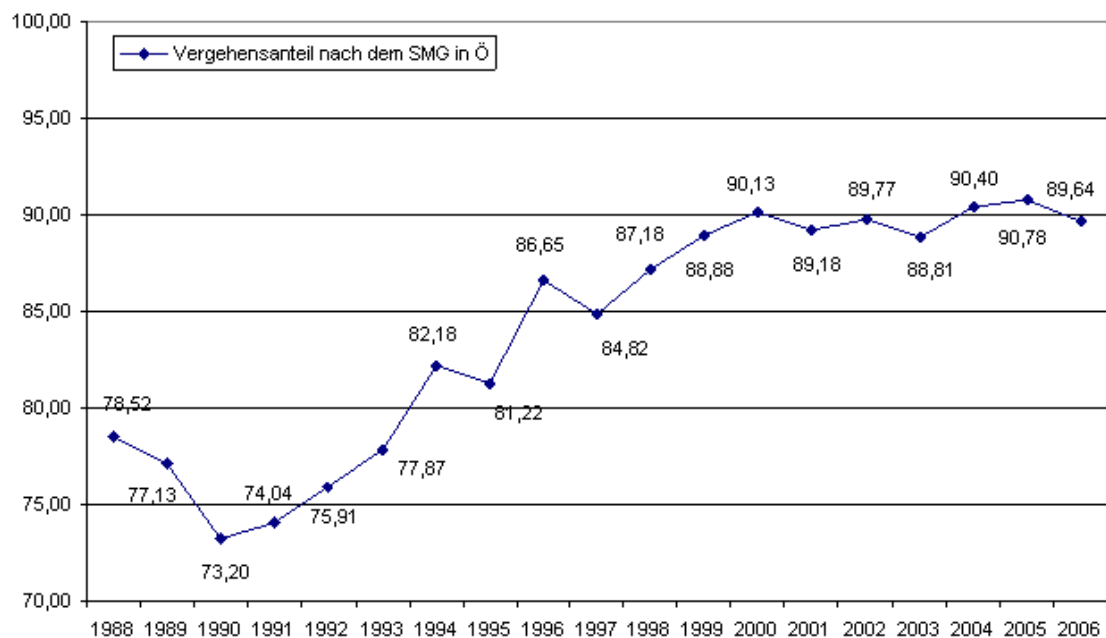


Abb. 5.3: Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Österreich, Quelle: BMI 2006

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 Exekutivität 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.

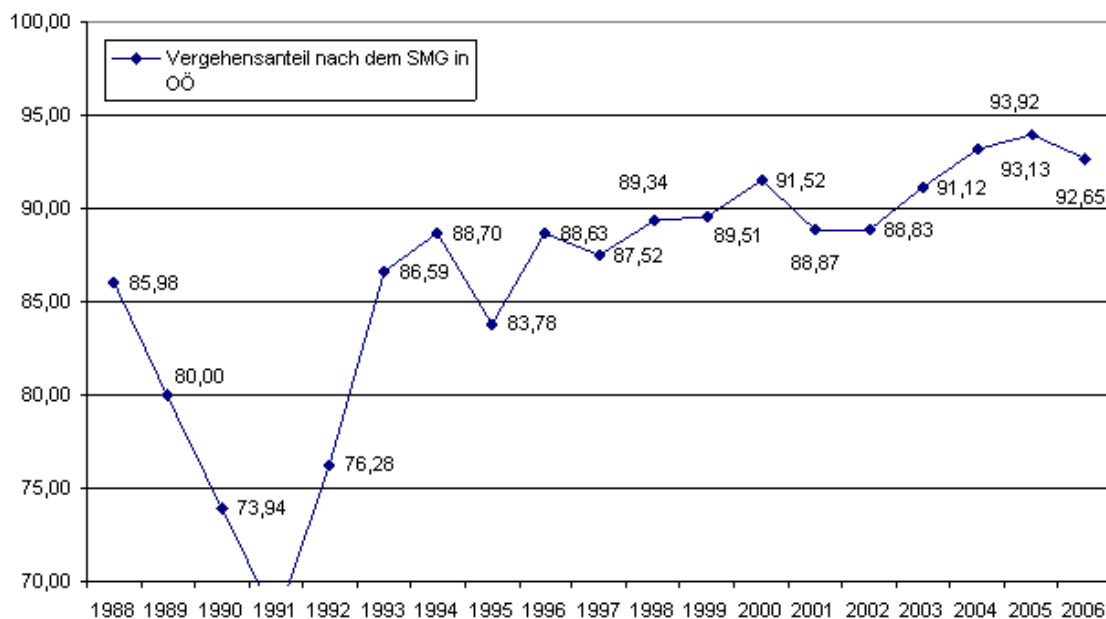


Abb. 5.4: Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich, Quelle: BMI 2004

2003 betreffen in Österreich 89% aller Anzeigen nach dem SMG Vergehenstatbestände, in Oberösterreich liegt der Anteil der Vergehenstatbestände noch etwas höher bei 91%. Dies ist keine Momentaufnahme, sondern beruht auf einer kontinuierlichen Steigerung seit 1991.

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.

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 andernorts klassifiziert
F63.0 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

6.3 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.

6.4 Fagerströmtest

Tab. 6.2: 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

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 Screenigtest verwendet.

6.5 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.

6.6 Möglichkeiten den Substanztod zu definieren

vgl. Uhl (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 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

6.7 Statistische Bezugswahlen

EinwohnerInnen in Österreich (2002): 8.065.465

EinwohnerInnen in Österreich (2004): 8.174.700

Über 15-jährige in Österreich (2002): 6.708.328

Über 15-jährige in Österreich (2004): 6.848.700

EinwohnerInnen Oberösterreich (2003): 1.381.800

EinwohnerInnen Oberösterreich (2004): 1.389.201

EinwohnerInnen Oberösterreich (2006): 1.402.050

Über 15-jährige Oberösterreich(2003): 1.142.275 (Bezugszahl der oberösterreichischen Bevölkerungsbefragung 2003)

Über 15-jährige Oberösterreich (2004): 1.148.761

Über 15-jährige Oberösterreich (2006): 1.164.394 (Bezugszahl der oberösterreichischen Bevölkerungsbefragung 2006)

Literaturverzeichnis

- BMI (Hrsg.) (2006):** Suchtmittelkriminalität. Jahresbericht 2005. Wien: Bundesministerium für Inneres - Bundeskriminalamt
- Dür, W./Griebler, R. (2007):** Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-Survey 2006. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, book
- Eisenbach-Stangl, Irmgard (2003):** Drogen und Un-Sicherheit. In **Stangl, W. und Hanak, G. (Hrsg.):** Innere Sicherheiten. Jahrbuch für Rechts- und Kriminalsoziologie 2002. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 207–226
- IFT (2004):** Monitoring System Pathologisches Spielverhalten in Deutschland. Anzahl der pathologischen Spieler. [URL: http://www.pathologisches-spielen.de/Spieldaten/anzahlspieler.htm](http://www.pathologisches-spielen.de/Spieldaten/anzahlspieler.htm) – Zugriff am 12.04.2004
- Junge, B./Nagel, M. (1999):** Das Rauchverhalten in Deutschland. Gesundheitswesen, 61, Sonderheft 2, 121–125, article
- Junge, Burckhard/Thamm, Michael (2003):** Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum. In Jahrbuch Sucht. Geesthacht
- Krüger, C. et al. (1997):** Essstörungen. In **Cierpka, C./Reich, G. (Hrsg.):** Psychotherapie der Essstörungen. Stuttgart - New York: Thieme Verlag
- Kunze, Michael/Schoberberger, N. (1999):** Nikotinabhängigkeit. Diagnostik und Therapie. New York - Wien: Springer
- ÖBIG (Hrsg.) (2003):** Bericht zur Drogensituation 2003. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
- ÖBIG (Hrsg.) (2004):** Bericht zur Drogensituation 2004. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
- ÖBIG (Hrsg.) (2006):** Suchtbezogene Todesfälle 2006. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
- ÖBIG (Hrsg.) (2007):** Bericht zur Drogensituation 2007. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
- Riemann, K./U., Gerber (1997):** Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), book
- Seyer, Seifried/Lehner, Roland (2007):** LKF-Daten 2006. Linz: Institut Suchprävention

- Statistik Austria (Hrsg.) (2002):** Rauchgewohnheiten, Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997. Wien: Statistik Austria
- Uhl, A. et al. (2007):** Handbuch Alkohol - Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends. dritte, überarbeitete und ergänzte Auflage. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, in Druck
- Uhl, A. et al. (2005):** Österreichweite Repräsentativerhebung zum Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Bericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
- Uhl, Alfred (2002):** Todesfälle durch Substanzkonsum. Wie sinnvoll ist dieses Konzept? Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Nr. 1
- Uhl, Alfred (2004):** Möglichkeiten und Grenzen des Capture-Recapture-Ansatzes. Sucht, Nr. 50, 29–37
- WHO (Hrsg.) (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. (URL: <http://gin.uibk.ac.at/thema/internetsucht/chat-teil1.html>) – Zugriff am 12.04.2004

Tabellenverzeichnis

3.1	akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2006, Quelle: LKF-Daten 2006	8
3.2	„Gefährdungsgrenze“ lt. Health Education Council (1994), Quelle: Uhl et al., 2001, 67	9
6.1	Diagnostische Leitlinien für pathologisches Spielen	25
6.2	Fagerströmtest	26

Abbildungsverzeichnis

2.1	Abhängigkeit in Österreich 2006, Quellen: siehe Beschreibung unten	3
3.1	Esstörungen nach Alter in OÖ 2006, Quelle: LKF-Daten 2006	6
3.2	akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2006, Quelle: LKF-Daten 2006	7
3.3	Alkoholabhängigkeit nach Alter in OÖ 2006, Quelle: LKF-Daten 2006	8
3.4	Alkoholabhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 1999-2006, Quelle: LKF-Daten 2006	9
3.5	regelmäßiger Alkoholkonsum von 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	10
3.6	SchülerInnen die bereits viermal oder öfter so viel Alkohol getrunken haben, dass sie „richtig betrunken waren“, nach Geschlecht und Alter	10
3.7	SchülerInnen die bereits viermal oder öfter so viel Alkohol getrunken haben, dass sie „richtig betrunken waren“, 1990 bis 2006 nach Alter	11
3.8	15-jährige SchülerInnen die bereits viermal oder öfter so viel Alkohol getrunken haben, dass sie „richtig betrunken waren“, 1990 bis 2006 nach dem Geschlecht	11
3.9	RaucherInnenprävalenz Oberösterreich (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2006 Alter 15+, N=1508	12
3.10	RaucherInnenprävalenz Oberösterreich (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2000, 2003, 2006, Alter 15+	13
3.11	Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit nach Alter in OÖ 2006, Quelle: LKF-Daten 2006	14
3.12	Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 1999-2006, Quelle: LKF-Daten 2006	14
3.13	Tabakkonsum der 15-Jährigen: SchülerInnen, die „täglich rauchen“ von 1990 bis 2006 nach Geschlecht	15
3.14	Cannabiskonsum in OÖ, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2006	15
3.15	Cannabiskonsum (jemals, letzten 12 Monate, letzten 30 Tage) bei 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	16
4.1	Drogentote in Österreich, Quelle: UHI 2002, ÖBIG 2007	18
4.2	Todesfälle durch ill. Drogen in Österreich, Quelle: ÖBIG 2007	20
4.3	Todesfälle durch ill. Drogen in Oberösterreich, Quelle: ÖBIG 2007 (ab 2005 keine Angaben zu den indirekten Todesfällen)	20
5.1	Verbrechensanteil der SMG-Anzeigen in Österreich, Quelle: BMI 2006	21
5.2	Verbrechensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich, Quelle: BMI 2006	22
5.3	Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Österreich, Quelle: BMI 2006	22
5.4	Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich, Quelle: BMI 2004	23

A Changelog

Version 1.5 - 02. Februar 2008

- Aktualisierung: Internetsucht
- Aktualisierung: Todesfälle 2006
- Integration der WHO SchülerInnenbefragung HBSC

Version 1.4 - 04. Mai 2007

- Aktualisierung: Alkoholabhängigkeit
- Aktualisierung: LKF Daten 2006
- Aktualisierung: Todesfälle 2005
- Aktualisierung: Anzeigen 2006

Version 1.3 - 22. Mai 2004

- Aktualisierung: Alkoholabhängigkeit
- Zitat Eisenbach-Stangl
- Klärung des Begriffs „problematische OpiatkonsumentInnen“

Version 1.2 - 22. April 2004

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

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 1.0 - 04. Februar 2004

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