institut
sucht
prävention
pro mente OÖ

Foto: Thomas Sturm / pixelio.de

FACTSHEET SUCHT

Abhängigkeit und Substanzkonsum

Version 2026.01 | 12. Jänner 2026

FACTSHEET SUCHT

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

Version 2026.01 | 12. Jänner 2026

IMPRESSUM: Medieninhaber: Institut Suchtprävention, pro mente OÖ, Hirschgasse 44, 4020 Linz
Für den Inhalt verantwortlich: Seifried Seyer, Roland Lehner, Richard Paulik, Rainer Schmidbauer
ZVR: 811735276

pro mente | oö

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung **3**

2 Abhängigkeit **5**

3 Diverse Suchtspezifika **12**

3.1 Alkohol . . . 12

3.1.1 Akuter Alkoholmissbrauch . . . 12

3.1.2 Alkoholabhängigkeit . . . 15

3.1.3 Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum . . . 17

3.1.4 Alkoholkonsum von SchülerInnen . . . 18

3.2 Nikotin . . . 21

3.2.1 Prävalenz des Nikotinkonsums in Oberösterreich . . . 21

3.2.2 Nikotinkonsum von SchülerInnen . . . 23

3.2.3 Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit . . . 26

3.3 Opioide . . . 27

3.4 Cannabis . . . 27

3.5 Essstörungen . . . 28

3.6 Glücksspiel . . . 30

3.7 Mediensucht . . . 30

3.7.1 Mediensucht- Überbegriff für viele Erscheinungsformen . . . 31

3.7.2 Mediensucht- Datenlage . . . 31

3.8 Kaufsucht . . . 33

4 Todesfälle durch Substanzen **35**

4.1 Todesfälle Alkohol, Nikotin, illegalisierte Substanzen . . . 35

5 Anzeigen und Verurteilungen **39**

5.1 Sichergestellte Mengen und Qualität (Reinheit) der sichergestellten Substanzen . . . 42

6 Anhang **43**

6.1 Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10 . . . 43

6.2 Diagnostische Leitlinien: . . . 43

6.3 Diagnostische Leitlinien für pathologisches Spielen . . . 44

6.4 Hohenheimer Kaufsuchtindikator . . . 46

6.5 Fagerströmtest . . . 47

6.6 Diagnoseleitfaden PIG- pathologischer Internetgebrauch (Internetsucht) 47
6.7 Möglichkeiten den Substanztod zu definieren 48

Literatur **49**

Tabellenverzeichnis **53**

Abbildungsverzeichnis **54**

1 Einleitung

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

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

Statistiken entstehen auf dem Boden von gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Konventionen und Erzählungen und oft genug wird man auf Zahlentraditionen stoßen, deren rationale Begründung ausgedünnt, wenn nicht verloren ist.[1] Als Beispiel sei hier die Schätzung der Nikotinabhängigen angeführt (siehe Kap.3.2 Nikotin).

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

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

- Bevölkerungsbefragungen in Oberösterreich 2000, 2006, 2009, 2015 und 2019, denen eine repräsentative Stichprobe der oberösterreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren zugrunde liegt (Seyer/Paulik/Lehner, 2020) und frühere.
- Im Schulbereich stehen Ergebnisse des internationalen HBSC-Forschungsprojektes der WHO zur Verfügung (Felder-Puig/Teutsch/Winkler, 2023) sowie die periodisch durchgeführten

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

SchülerInnenbefragungen ESPAD. Die ESPAD-Erhebung (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) ist die weltweit größte Schülerbefragung über den Konsum von und Einstellungen zu legalen sowie illegalen psychoaktiven Substanzen (Strizek/Akartuna/Busch/-Schwarz, 2025).

- Österreichische Repräsentativerhebungen zu Substanzgebrauch GPS: (Strizek/Busch/Puhm/-Schwarz, 2023), Studien von Gesundheit Österreich GmbH und periodische Berichte desselben (Anzenberger/Akartuna u. a., 2024) sowie weitere relevante Studien.
- Eigene Auswertungen der Diagnosedaten der Leistungs- und Diagnosedokumentation der Fonds-Krankenanstalten Oberösterreichs (LKF-Daten: (Seyer, 2025)).
- Anzeigedaten des Bundesministeriums für Inneres (BMI, 2025).

2 Abhängigkeit

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

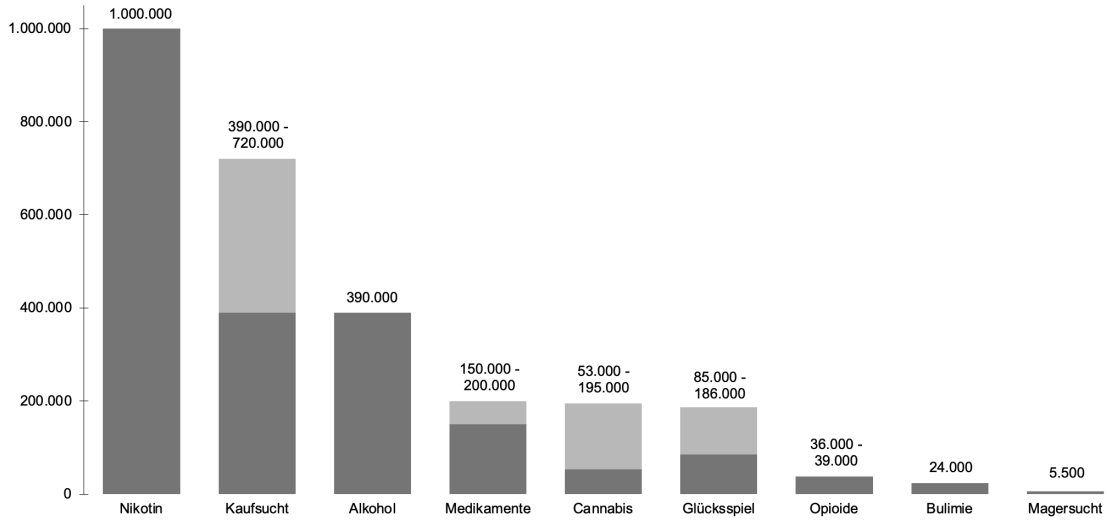


Abb. 2.1: Abhängigkeit in Österreich 2025, Quellen: siehe Beschreibung unten

Nikotin: Berechnungsgrundlage und Datenbasis ist die „Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial“, die regelmäßig durch Gesundheit Österreich durchgeführt wird, in der 17% der über 15-Jährigen angaben, täglich oder fast täglich zu rauchen - das ergibt hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung 1,275 Mio. tägliche oder fast tägliche RaucherInnen in Österreich. (Strizek/Busch/Puhm/Schwarz/Uhl, 2021: 32) Die Zahlen zur Abhängigkeit von Nikotin sind hier nach der Publikation von Schoberberger/Kunze (1999) geschätzt. Demnach ist bei 70% der RaucherInnen eine geringe (33%) bzw. eine starke (37%) Nikotinabhängigkeit nachzuweisen. Basis für diese Zahl ist der Fagerströmtest (siehe Anhang, Kap. 6.5) (Schoberberger/Kunze, 1999: 29ff.).

[1] Der Begriff „Abhängigkeit“ ist in dieser Allgemeinheit nicht unproblematisch, da er in den verschiedenen Verhaltens- und Suchtbereichen eine jeweils andere Bedeutung besitzt und sich unter diesem Begriff unterschiedlichste Problematiken versammeln. Insbesondere bei Alkohol und Nikotin zielen die oben angeführten Zahlen eher auf körperliche Abhängigkeit, während die Verhaltenssüchte von Natur aus in rein psychischer Abhängigkeit begründet sind. „Abhängigkeit“ bzw. „Sucht“ unterliegen als Begriffe auch zeitlichen Veränderungen. Die Diagnosemanuale DSM 5 und ICD-11 geben diese kategorialen Einstufungen auf und sprechen von Gebrauchsstörungen, die unterschiedlich stark ausgeprägt sein können.

Diese Schätzung auf die täglichen oder fast täglichen RaucherInnen angewandt, führt zu etwa einer Million abhängiger RaucherInnen in Österreich.

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

Kaufsucht: Die letzte Studie zur Kaufsucht in Österreich im Jahr 2023 wies 9% der Bevölkerung ab 14 Jahren als kaufsüchtig aus. Das ergibt für diese Bevölkerungsgruppe eine absolute Zahl von ca. 720.000 Personen, die als „de facto kaufsüchtig“ bezeichnet werden können. Weitere 14% zeigen in Sachen Shopping ein kompensatorisches Verhalten. Damit ist dieser Wert gegenüber dem Jahr 2016 wieder leicht gesunken (vgl. Birkner-Tröger, 2023: 3). Nach Kollmann/Kautsch (2011): „Kaufsucht in Österreich 2011“ können 7,8% der Bevölkerung ab 14 Jahren als stark kaufsuchtgefährdet eingestuft werden. [...] In der Untersuchung „kam als Erhebungsinstrument der Hohenheimer Kaufsuchtindikator (German Addictive Buying Scale, siehe Kap. 6.4) in seiner Standardversion zum Einsatz. Aus den 16 Fragen, die auf einer 4-stufigen Antwortskala zu beantworten waren, wurde ein Summenscore (GABS-Score) gebildet, welcher über das Ausmaß der Kaufsuchtgefährdung Auskunft gibt.“ (Kollmann/Kautsch, 2011: 4)

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

Alkohol: Laut Strizek/Gaiswinkler u. a. (2023) können ca. 5% der erwachsenen österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren als alkoholabhängig eingestuft werden. Für Österreich ergibt sich dabei aktuell die absolute Zahl von ca. 390.000 AlkoholikerInnen, für Oberösterreich sind das rund 65.000 Personen. Der Anteil der Alkoholabhängigen unter den Männern ist etwa dreimal so hoch als jener der Frauen: 2,5% der Frauen und 7,5% der Männer werden als abhängig von der Droge Alkohol eingeschätzt. (Strizek/Gaiswinkler u. a., 2023: 201)

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

Eine der wenigen Studien in Österreich zur Medikamentenabhängigkeit des Anton Proksch Instituts mit 4 Befragungswellen (N=8.000 Personen) in Österreich fand im Jahr 1991 statt. Es „zeigte sich, dass nach den WHO-Kriterien Dosissteigerung, Gewöhnungseffekt, Entzugssymptomatik, 90.000 - 130.000 Österreicher medikamentenabhängig sind, davon 20.000- 40.000 von mehr als einem Medikament. Folgende Substanzgruppen waren betroffen und galten als suchtmachend: Hypnotika, Tranquilizer, Analgetika, Laxantien, Spasmolytika. Wenn man für diese Substanzgruppen neben der WHO Definition wie Dosissteigerung, Gewöhnungseffekte, Entzugssyndrome auch andere Definitionen wie eine höhere Dosierung oder längerfristige Einnahmedauer als vorgesehen definiert,

sind ca. 320.000- 380.000 Österreicher gefährdet in Hinblick auf Medikamentenkonsum.“ (**Lentner**, 1991: 65)

Dazu meint Alfred Uhl: Man kann „grob spekulieren“ [2], dass rund zwei Prozent der erwachsenen Bevölkerung von Tranquilizern oder Hypnotika abhängig sind.“ (**Uhl/Springer** u. a., 2005: 9)

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

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

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

In Oberösterreich kam es im Jahr 2024 zu 1.636 stationären Aufnahmen, die mit Diagnosen in Zusammenhang mit Medikamenten einhergingen (siehe Tab. 2.1). Daneben kam es zu 487 Medikamentenzwischenfällen, die ambulant behandelt wurden.

Tab. 2.1: Diagnosecluster alle Medikamentendiagnosen 2024 nach Altersgruppen (Fälle)

Altersgruppen	Entlassungen bei Medikamentendiagnosen (Gesamt)	Belagstage bei Medikamentendiagnosen (Gesamt)	Belagsdauer in Tagen	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 Einwohner
0- 15 Jahre	1	2	2,0	246.717	0,4
18- 19 Jahre	25	136	5,4	31.695	78,9
20- 24 Jahre	41	395	9,6	82.498	49,7
25- 29 Jahre	48	2.175	45,3	94.602	50,7
30- 39 Jahre	207	2.473	12,0	207.828	99,6
40- 49 Jahre	247	2.948	11,9	196.209	125,9
50- 59 Jahre	270	3.747	13,9	226.666	119,1
60 Jahre u. älter	797	10.358	13,0	413.720	192,6
Gesamt	**1.636**	**22.234**	**13,6**	**1.530.349**	**106,9**

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

Insgesamt ist die Situation zur Abhängigkeit von Medikamenten sehr schwierig einzuschätzen, da die Schnittmenge von verschriebenen, aber nicht unbedingt benötigtem Medikamentenkonsum, der Abhängigkeit innerhalb der regulären Verschreibungspraxis und dem Konsum von Medikamenten außerhalb der ärztlichen Verschreibungen schwer zu klären ist.

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

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

Eine Metastudie aus dem Jahr 2020, die 21 Studien einbezogen hat, kommt auf eine Schätzung von 13%. (vgl. Leunga/Chanb/Hidesa/Hall, 2020: 2). Demgemäß wären in Österreich etwa 69.000 Personen abhängig.[3]

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

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

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

Eine 2015 durchgeführte Folgebefragung (Kalke/Wurst/Buth/Thon, 2015) bestätigt die Ergebnisse der Erstuntersuchung.

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

Idente Ergebnisse konnten bei der Bevölkerungsbefragung in Oberösterreich im Rahmen des Drogenmonitorings 2015 gefunden werden: „Insgesamt liegt bei 1,1% aller über 15-jährigen OberösterreicherInnen ein problematisches oder pathologisches Spielverhalten (nach DSM-IV) vor.“ (vgl. Seyer/Paulik/Gschwandtner/Lehner, 2016: 165)

Die aktuellste Studie zum Thema, die Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (Strizek/Busch/Puhm/Schwarz, 2023) kam zu dem Ergebnis, dass „insgesamt gerundet zwei Prozent aller Befragten die Kriterien für eine milde Form des pathologischen Glücksspielens und jeweils ein Prozent die Kriterien für eine moderate bzw. schwere Form des pathologischen Glücksspielens erfüllen. Pathologisches Glücksspiel ist bei Männern deutlich häufiger als bei Frauen und tritt bei beiden Geschlechtern bei jungen Menschen häufiger auf als bei älteren Personen. Zudem zeigen sich ein deutlicher Bildungseffekt und ein starker Zusammenhang mit psychischen Belastungen: Personen mit einem niedrigen formalen Bildungsabschluss und Personen mit moderaten bis starken psychischen Belastungen liefern jeweils überproportional häufig Hinweise auf ein pathologisches Glücksspielverhalten.“ (Strizek/Busch/Puhm/Schwarz, 2023: 97f) In der obigen Abbildung 2.1 sind die Ergebnisse für den moderaten bzw. pathologisches Glücksspiel berücksichtigt.

Opioide: Als Grundlage für die Anzahl der von Opioiden Abhängigen wurde die Schätzung des risikoreichen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden[4] im Epidemiologiebericht des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheit verwendet. (vgl. Anzenberger/Busch u. a., 2022: 7ff).

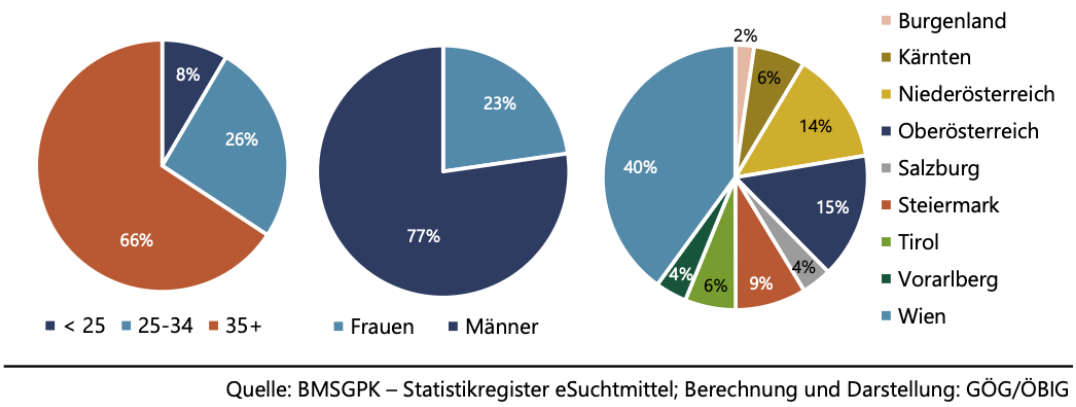


Abb. 2.2: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland, 2023), Quelle: Anzenberger/Akartuna u. a. (2024: 6)

„Die aktuellsten Schätzungen kommen in Österreich für die Jahre 2022 und 2023 auf eine Anzahl

[4] Wobei unter risikoreichem Drogenkonsum von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht ein wiederholter Drogenkonsum verstanden wird, welcher Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko einen solchen Schaden zu erleiden aussetzt.

von 36.000 bis 39.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden. Abbildung 2.2 gibt einen Überblick über die Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nach Alter und Geschlecht sowie nach Bundesland im Jahr 2023. Etwas über drei Viertel der Betroffenen sind Männer. Der Großteil ist 25 Jahre alt oder älter (92%) und etwas weniger als die Hälfte lebt in Wien (40%). Um das Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums (Opioide) in den Bundesländern genauer zu beschreiben, muss die Prävalenzschätzung auf die jeweilige Bevölkerungszahl in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen bezogen werden (vgl. Abbildung 2.3). Wien als einzige Großstadt Österreichs ist vom risikoreichen Drogenkonsum am stärksten betroffen." (Anzenberger/Akartuna u. a., 2024: 7)

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

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

Abb. 2.3: Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums nach Bundesländern 2023 (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige), Quelle: Anzenberger/Akartuna u. a. (2024: 7)

Von Gesundheit Österreich (GÖG) wird für Oberösterreich geschätzt, dass im Jahr 2023 ca. 564 Personen pro 100.000 Einwohnern einen risikoreichen Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden betrieben haben. (siehe Abbildung 2.3) Umgerechnet kann davon ausgegangen werden, dass in Oberösterreich etwa 4.800 Personen risikoreichen Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten ausüben.

Die Berechnung der aktuell risikoreichen DrogenkonsumentInnen wird folgendermaßen vorgenommen: „Alle zwei Jahre wird die Prävalenz des risikoreichen polyvalenten Konsums unter Beteiligung von Opioiden für Österreich errechnet (aktuelle Schätzungen liegen für 2023 vor). Die referierten Werte wurden mittels der Capture-Recapture-Methode (CRC) basierend auf pseudonymi-

sierten Daten aus dem „Substitutionsregister“ (zur Dokumentation der Opioid-Agonisten-Therapien) und auf den Anzeigen (nach SMG) wegen Opioiden berechnet. Validiert wurden die Berechnungen anhand der 3-Sample-CRC-Schätzung unter Einbezug der drogenbezogenen Todesfälle (2022) mit Opioidbeteiligung.“ (vgl. Anzenberger/Akartuna u. a., 2024: 6)

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

Disgnosen der öffentlichen Krankenanstalten: Als Indikator für die Gefährlichkeit und das Suchtpotential können die Diagnosedaten der öffentlichen Krankenhäuser (LKF-Daten) betrachtet werden. Zieht man die LKF-Daten nach ICD-10 als Vergleichszahlen heran, so helfen sie dabei, die tatsächliche Gefährlichkeit der Substanzen hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Folgen und deren gesellschaftlicher Belastung besser einschätzen zu können. Alle illegalen Drogen zusammengenommen erreichen im Jahr 2024 bei den Belagstagen in den oberösterreichischen Krankenanstalten 31.246 Tage, bei den Alkoholdiagnosen sind insgesamt 72.134 Belagstage zu verzeichnen und der Löwenanteil von 107.706 Belagstagen ist den Nikotindiagnosen zuzurechnen. Die Belagstage durch Störungen von nicht widmungsgemäßen Gebrauch von Medikamenten finden sich knapp nach den illegalen Drogen mit 22.234 Tagen.

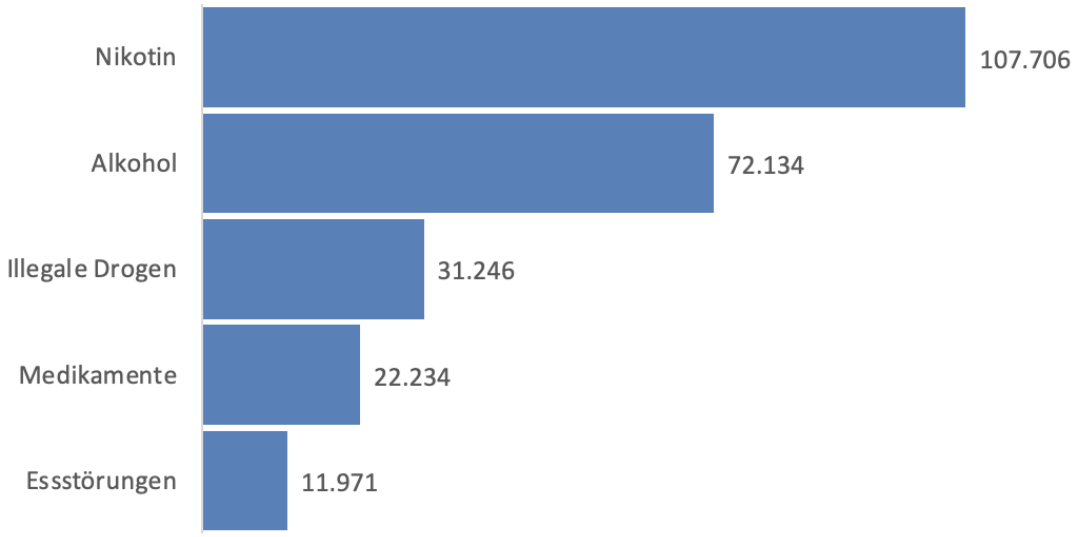


Abb. 2.4: Belagstage in oö. Spitälern nach Substanzen 2024, Quelle: Seyer (2025), eigene Auswertung

3 Diverse Suchtspezifika

3.1 Alkohol

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

3.1.1 Akuter Alkoholmissbrauch

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

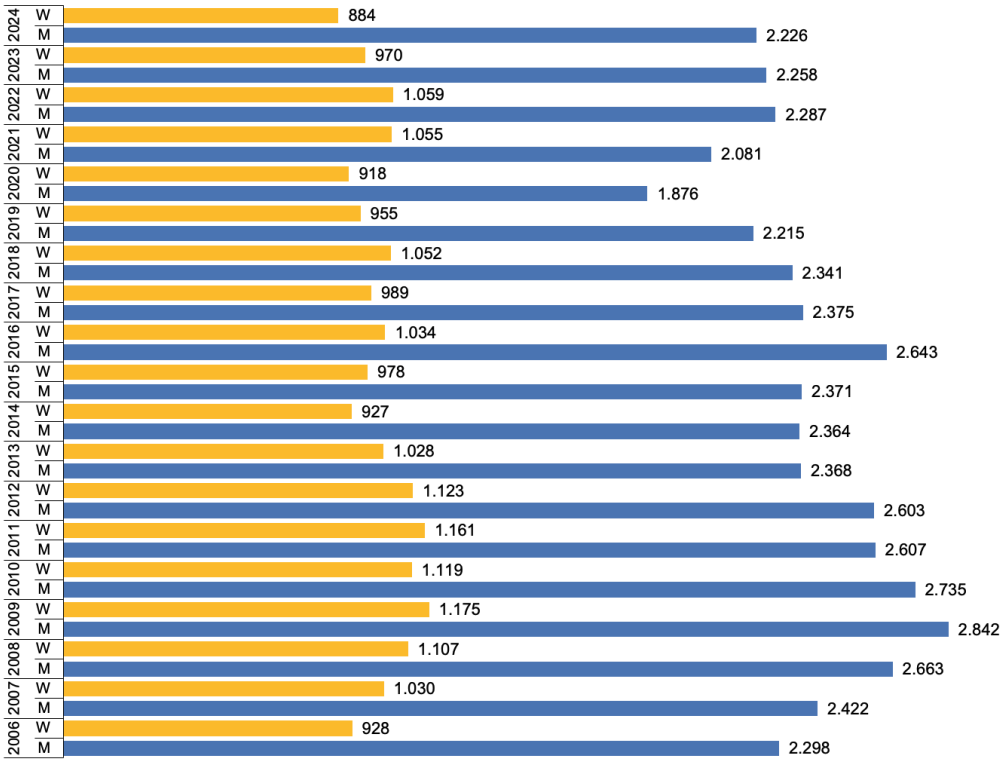


Abb. 3.1: akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2006-2024 (Fälle), Quelle: **Seyer** (2025), eigene Auswertung

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

Das Geschlechterverhältnis der Diagnosen zum akuten Alkoholmissbrauch beträgt im Jahr 2024 2,5:1 (männlich:weiblich) und hat sich im Vergleich zu 2006 kaum verändert.

Bei der Auswertung über das Alter ist zu erkennen, dass besonders Jugendliche im Alter von 16 und 17 Jahren stärker als der Durchschnitt der Bevölkerung gefährdet sind mit einer Diagnose bzgl. „akuter Alkoholmissbrauch" in Behandlung zu kommen. 2024 wurde 157-mal die Diagnose „akuter Alkoholmissbrauch" bei oberösterreichischen Jugendlichen (im Alter von 16-17 Jahren) in öffentlichen Spitälern in Oberösterreich gestellt. Das bedeutet, auf 1000 oberösterreichische Jugendliche in diesem Alter entfallen rund 5 Einlieferungen. Dies ist, verglichen mit anderen Altersgruppen, der höchste Wert.

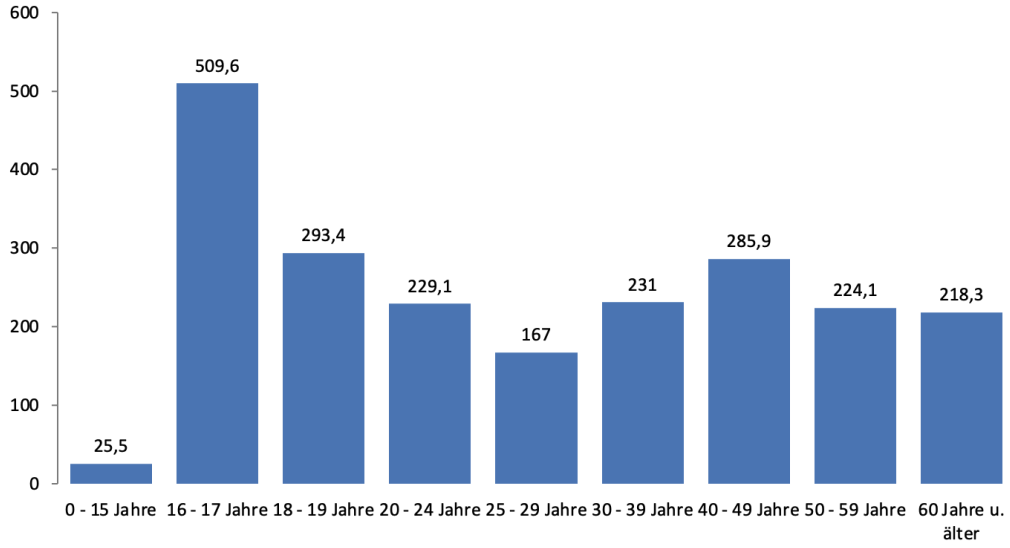


Abb. 3.2: akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2024 nach Alter, Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie, Quelle: Seyer (2025), eigene Berechnung

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

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

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

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

„Das Alkoholproblem ist- auch wenn das viele Erwachsene nicht gerne hören- primär ein Problem der Erwachsenen und nur in zweiter Linie ein Problem der Kinder und Jugendlichen. Aus diesem

Grund sollte man allen Bestrebungen Kinder und Jugendliche exklusiv ins Zentrum des Interesses zu rücken, mit großer Vorsicht gegenübertreten. Vom eigentlichen Problem abzulenken, indem man den Fokus einseitig auf Kinder und Jugendliche legt und sich diese betreffend immer strengere Kontrollmaßnahmen und Strafbestimmungen überlegt, ohne im entferntesten zu riskieren selbst davon tangiert zu werden, ist weder sachlich gerechtfertigt noch ethisch vertretbar." (Uhl, 2003: 12f)

Tab. 3.1: Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch (F10.0, F10.1, T51) 2024 nach Altersgruppen (Fälle)

Altersgruppen	Geschlecht	Entlassungen bei akutem Alkoholmissbrauch	Belagstage bei akutem Alkoholmissbrauch	Belagsdauer in Tagen	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 Einwohner
0- 15 Jahre	M	26	21	0,8	127.043	20,5
	W	37	32	0,9	119.674	30,9
16- 17 Jahre	M	82	169	2,1	15.635	524,5
	W	73	160	2,2	14.779	493,9
18- 19 Jahre	M	52	87	1,7	16.526	314,7
	W	41	113	2,8	15.169	270,3
20- 24 Jahre	M	129	1.214	9,4	43.294	298,0
	W	60	295	4,9	39.204	153,0
25- 29 Jahre	M	116	762	6,6	49.765	233,1
	W	42	111	2,6	44.837	93,7
30- 39 Jahre	M	351	2.527	7,2	107.390	326,8
	W	129	459	3,6	100.438	128,4
40- 49 Jahre	M	392	3.406	8,7	99.535	393,8
	W	169	1.077	6,4	96.674	174,8
50- 59 Jahre	M	387	2.383	6,2	113.569	340,8
	W	121	773	6,4	113.097	107,0
60 Jahre u. älter	M	691	5.286	7,7	189.681	364,3
	W	212	1.647	7,8	224.039	94,6
Oberösterreich	**M**	**2.574**	**15.855**	**6,2**	**762.438**	**337,6**
	W	**1.018**	**4.667**	**4,6**	**767.911**	**132,6**
	Gesamt	**3.110**	**20.522**	**6,6**	**1.530.349**	**203,2**

Betrachtet man die absoluten Zahlen des Diagnoseclusters „akuter Alkoholmissbrauch" (siehe Spalte „Entlassungen bei akutem Alkoholmissbrauch" unten) so wird ersichtlich, dass von den gesamten 3.110 Diagnosen im Jahr 2024 in Oberösterreich „nur" 218 bei Kindern und Jugendlichen (0-17 Jahre) gestellt wurden. Das entspricht etwa 7% der Diagnosen. Demgemäß wurden mehr als 9 von 10 (93% bzw. 2.899) der Diagnosen von „akutem Alkoholmissbrauch" bei Erwachsenen konstatiert. Von deren missbräuchlichen Alkoholkonsum wird aber nur sehr selten in den Medien berichtet.

3.1.2 Alkoholabhängigkeit

Das Geschlechterverhältnis der Alkoholabhängigkeit[2] verschob sich in den letzten Jahren in Oberösterreich von knapp 3,5:1 auf 2,7:1 (männlich:weiblich). Dies entspricht auch dem Bundestrend.

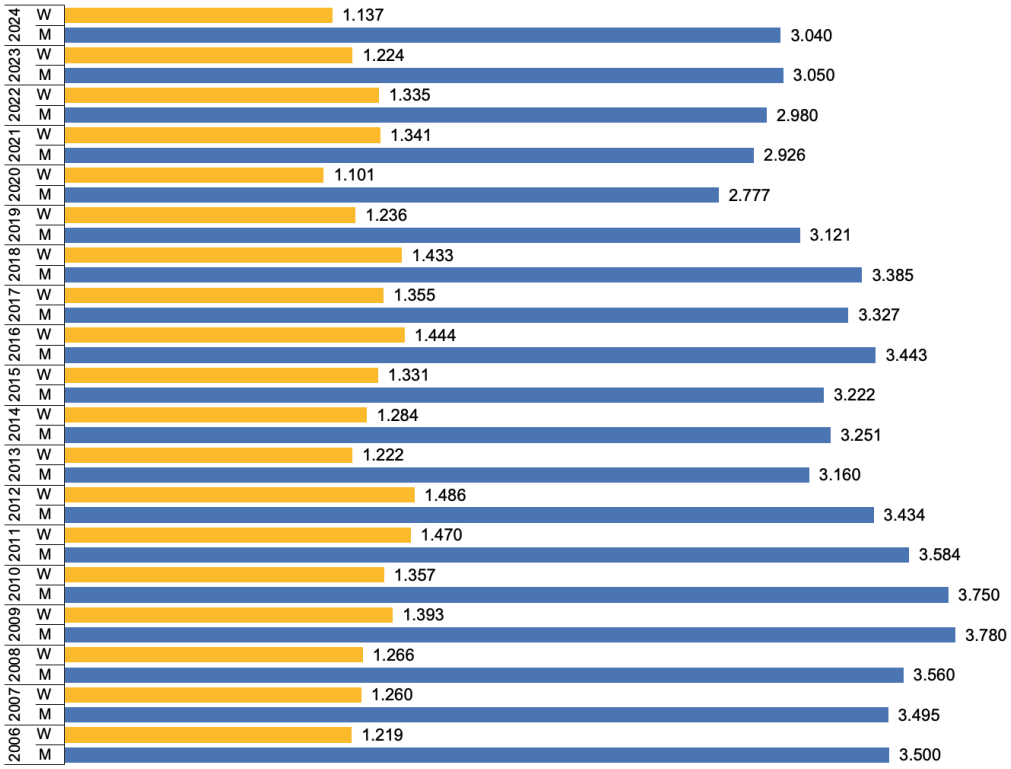


Abb. 3.3: Alkoholabhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 2006-2024 (Fälle), Quelle: Seyer (2025), eigene Berechnung

Die Behandlung wegen Alkoholabhängigkeit steigt bis zu den Altersgruppen der 40 bis 49-Jährigen kontinuierlich an. (Die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit benötigt in der Regel jahrelangen missbräuchlichen Alkoholkonsum.) Die höchste Zahl der Abhängigkeitsdiagnosen ist in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen zu finden: Etwa 5 Diagnosen pro 1.000 EinwohnerInnen entfielen 2024 auf diese Altersgruppe. Bei den Männern dieser Altersgruppe werden in Oberösterreich jährlich beinahe 1,2% als alkoholabhängig diagnostiziert.

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

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

[2] Der Diagnosecluster „Alkoholabhängigkeit" ist eine Zusammenfassung der Diagnosen F10.4 Entzugssyndrom mit Delir, F10.3 Entzugssyndrom und F10.2 Alkoholabhängigkeitssysndrom

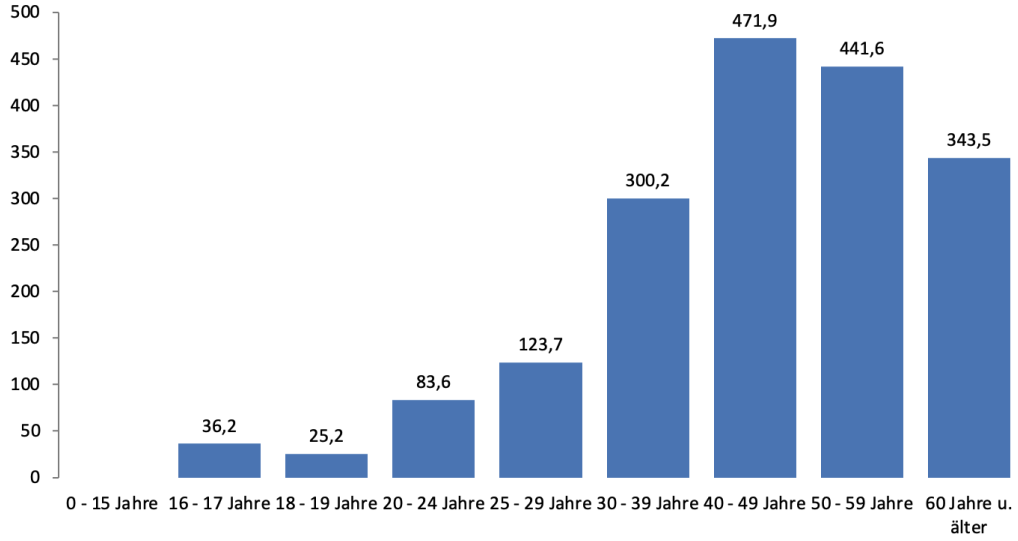


Abb. 3.4: Alkoholabhängigkeit nach Alter in OÖ 2024, Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie. Quelle: Seyer (2025), eigene Berechnung

Tab. 3.2: Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit 2024 nach Altersgruppen (Fälle)

Altersgruppen	Entlassungen bei Alkohol-abhängigkeit	Belagstage bei Alkohol-abhängigkeit	Belagsdauer in Tagen	Wohnbevöl-kerung	Fälle pro 100.000 Einwohner
16- 17 Jahre	11	56	5,1	30.414	36,2
18- 19 Jahre	8	141	17,6	31.695	25,2
20- 24 Jahre	69	596	8,6	82.498	83,6
25- 29 Jahre	117	1.930	16,5	94.602	123,7
30- 39 Jahre	624	8.368	13,4	207.828	300,2
40- 49 Jahre	926	11.914	12,9	196.209	471,9
50- 59 Jahre	1.001	11.383	11,4	226.666	441,6
60 Jahre u. älter	1.421	18.298	12,9	413.720	343,5
Gesamt	**4.177**	**52.686**	**12,6**	**1.530.349**	**272,9**

3.1.3 Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum

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

Tab. 3.3: ”Gefährdungsgrenze“ lt. Health Education Council (1994), Quelle: Uhl/Bachmayer u. a. (2009: 122)

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

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

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

3.1.4 Alkoholkonsum von SchülerInnen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung (Felder-Puig/Teutsch/-Winkler, 2023) von österreichischen SchülerInnen der Schulstufen 5, 7, 9 und 11 dargestellt, das durchschnittliche Alter beträgt ziemlich genau 11, 13, 15 und 17 Jahre. Es handelt sich hierbei um die zuletzt veröffentlichten Daten im Rahmen des WHO Survey HBSC (Health Behavior of Schoolaged Children) aus dem Jahre 2022.

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

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

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

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

Seit 1994 hat sich der wöchentliche Alkoholkonsum der 15-Jährigen beinahe halbiert (diese starke Reduktion ist vor allem seit 2010 erfolgt).

Auch bei den 13-Jährigen ist der wöchentliche Alkoholkonsum auf weniger als die Hälfte des Standes von 1994 gesunken (wenn auch von einem wesentlich geringeren Ausgangsniveau aus, als bei den 15-Jährigen).

Der Rückgang des mindestens wöchentlichen Alkoholkonsums, der bereits bei der Befragung 2014 konstatiert wurde, wird von den AutorInnen wie folgt begründet: Wandel in der Jugendkultur, in der der Aufbau sozialer Kontakte heute eher über soziale Medien erfolgt als über das gemeinsame Ausprobieren von Risikoverhaltensweisen wie Tabak- und Alkoholkonsum. (vgl. Ramelow/Teutsch/-Hofmann/Felder-Puig, 2015)

Auch die Ergebnisse einer weiteren in den Jahren von 2003 bis 2019 durchgeführten SchülerInnenbefragung (ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) legen nahe, dass SchülerInnen heute wesentlich seltener und weniger Alkohol trinken als noch vor 14 Jahren im Jahr 2007, was primär auf den Rückgang problematischer Konsummuster bei männlichen Jugendlichen

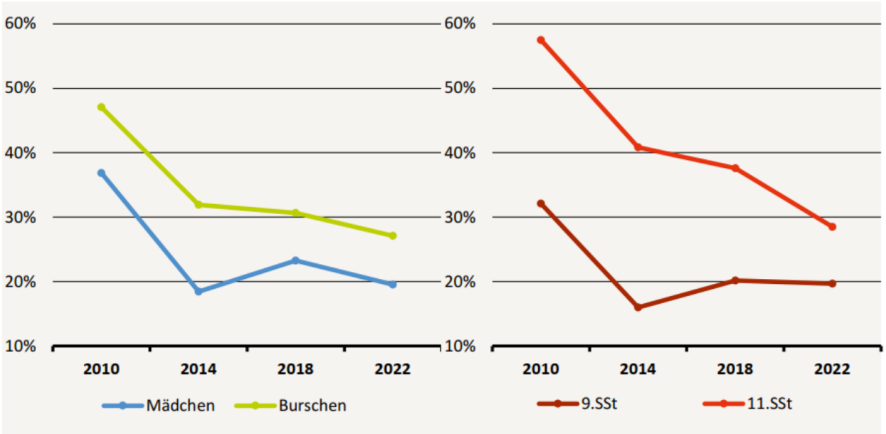


Abb. 3.6: Relative Anzahl der Schüler:innen ab Schulstufe 9, die mindestens 1 Mal pro Woche Alkohol konsumieren, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022, Quellen: **Felder-Puig/Teutsch/Winkler** (2023: 84)

zurückzuführen ist (vgl. **GÖG**, 2016: 2) (**Hojni/Delcour/Strizek/Uhl**, 2020: 56).

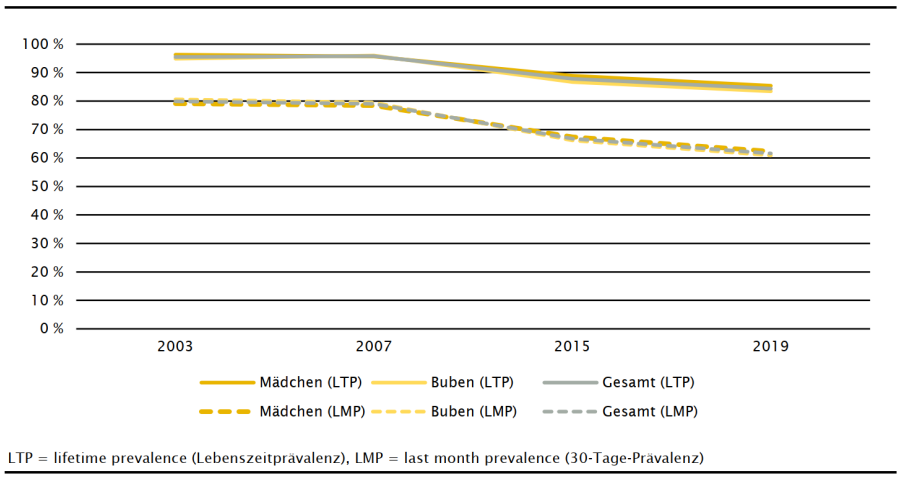


Abb. 3.7: Zeitverlauf des Alkoholkonsums nach Geschlecht (Lebenszeitprävalenz, Monatsprävalenz), Quellen: **Hojni/Delcour/Strizek/Uhl** (2020: 56)

„In Bezug auf Alkoholkonsum zeigt sich sowohl in Hinblick auf die Lebenszeitprävalenz als auch auf die Monatsprävalenz ein eindeutiger Rückgang (siehe Abb. 3.7): So sank die Zahl der Jugendlichen, die nach eigenen Angaben mindestens einmal im Leben ein alkoholisches Getränk konsumiert haben, von 96 Prozent im Jahr 2007 auf 85 Prozent im Jahr 2019 – oder anders formuliert: Die Zahl der abstinenten Jugendlichen vervierfachte sich über acht Jahre von vier Prozent auf 15 Prozent. Derselbe Trend ist auch in Bezug auf die Alkoholkonsumprävalenz in den letzten 30 Tagen zu beobachten: Im Jahr 2007 gaben noch vier von fünf Jugendlichen (79%) an, in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert zu haben, im Jahr 2019 taten dies weniger als zwei von drei Jugendlichen (60%). Dieser

Rückgang des Anteils an Alkoholkonsumentinnen/-konsumenten findet sich gleichermaßen bei weiblichen wie bei männlichen Jugendlichen“ (Hojni/Delcour/Strizek/Uhl, 2020: 56).

3.2 Nikotin

3.2.1 Prävalenz des Nikotinkonsums in Oberösterreich

Zur Darstellung der Prävalenz des Nikotinkonsums in Oberösterreich werden Ergebnisse der Bevölkerungsbefragungen OÖ aus den Jahren 2000 bis 2019 präsentiert, die im Rahmen des Projektes „Drogenmonitoring OÖ“ durchgeführt wurden[3], sowie Ergebnisse des internationalen HBSC-Forschungsprojekts, der „Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS)“, der ESPAD-Erhebung 2015, 2019 und 2024, der repräsentativen Erhebung zum Konsum und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2022, Daten des Bundesministeriums für Landesverteidigung und Sport und Daten der „Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung“ (LKF).

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

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

Rauchen, Geschlecht und Alter

Die Unterschiede der Raucherquote bei den Geschlechtern haben sich zunehmend angeglichen. Insgesamt rauchen zwar noch mehr Männer als Frauen (21,8%:20,5%), beim täglichen Zigarettenkonsum liegen aber die Frauen nunmehr mit 16,1% leicht vor den Männern mit 15,4% (Tab.

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

[4] Aufgrund der Defizite der Datenlage ist ein Vergleich mit anderen Untersuchungen nur bedingt sinnvoll. In der BRD mit einer relativ großen Zahl an bundesweiten repräsentativen Untersuchungen zum Rauchverhalten variieren die Werte zum Teil recht deutlich, in einzelnen Bereichen bis zu 10 Prozent und darüber. Als Gründe hiefür 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)

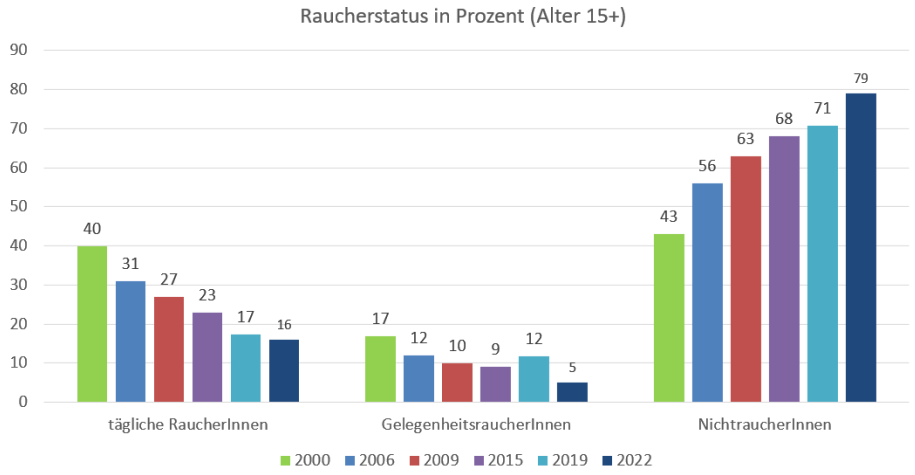


Abb. 3.8: RaucherInnenprävalenz Oberösterreich (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragungen OÖ 2000, 2006, 2009, 2015, 2019, **Strizek/Busch/Puhm/Schwarz** (2023), eigene Auswertung für OÖ, Alter 15+, **Strizek/Busch/Puhm/Schwarz** (2023)

3.4).

Tab. 3.4: Verteilung RaucherInnenstatus nach Geschlecht (in Prozent), Quelle: **Strizek/Busch/Puhm/Schwarz** (2023), eigene Auswertung für OÖ, Alter 15+, N=1013

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

Der Zusammenhang zwischen Alter und Rauchgewohnheiten wird bei der Entwicklung einer „RaucherInnenkarriere", also der Entwicklung vom Probierer zum Gewohnheitsraucher, deutlich. Der überwiegende Anteil der heute regelmäßig Konsumierenden startete die RaucherInnenlaufbahn im frühen Jugendalter. Während im Alter von 13 Jahren noch relativ wenige Burschen und Mädchen regelmäßig rauchen, nimmt die Anzahl der täglichen RaucherInnen ab dem 15. Lebensjahr immer schneller zu und erreicht in dieser Untersuchung bei den 15- bis 19-Jährigen bei beiden Geschlechtern ihren Höhepunkt (GelegenheitsraucherInnen + tägliche RaucherInnen). **Junge/Nagel** (1999) zeigen für Deutschland, dass 95% der heute 20- bis 29-Jährigen mit dem Rauchen begonnen haben, als sie jünger als 20 Jahre waren. (**Junge/Nagel**, 1999: 123) **Dür/Mravlag/Stidl/Wannenmacher** (2002) verweisen darauf, dass 90% der RaucherInnen im Erwachsenenalter vor ihrem 18. Lebensjahr zu rauchen begonnen haben. (**Dür/Mravlag/Stidl/Wannenmacher**, 2002: 24)

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

3.2.2 Nikotinkonsum von SchülerInnen

Das internationale Forschungsprojekt „Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC)“ wird von der WHO in 35 Ländern durchgeführt. Bei den in (fast) regelmäßigen Abständen durchgeführten Studien werden 11- bis 17-jährige SchülerInnen[5] (5. bis 11. Schulstufe) zu gesundheitsrelevanten Themenbereichen, unter anderem auch zu Alkohol, Nikotin und Cannabiskonsum, befragt.

Die HBSC-Studien stellen wichtige Referenzstudien dar, da aufgrund der Methodik und der Regelmäßigkeit die Entwicklungen des Rauchverhaltens der 11- bis 17-jährigen SchülerInnen in Österreich relativ gut dokumentiert und international vergleichbar wird.

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

Abb. 3.9: Welche Nikotinprodukte die Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11 aktuell konsumieren, nach Geschlecht und Schulstufe, Quelle: Felder-Puig/Teutsch/Winkler (2023: 46)

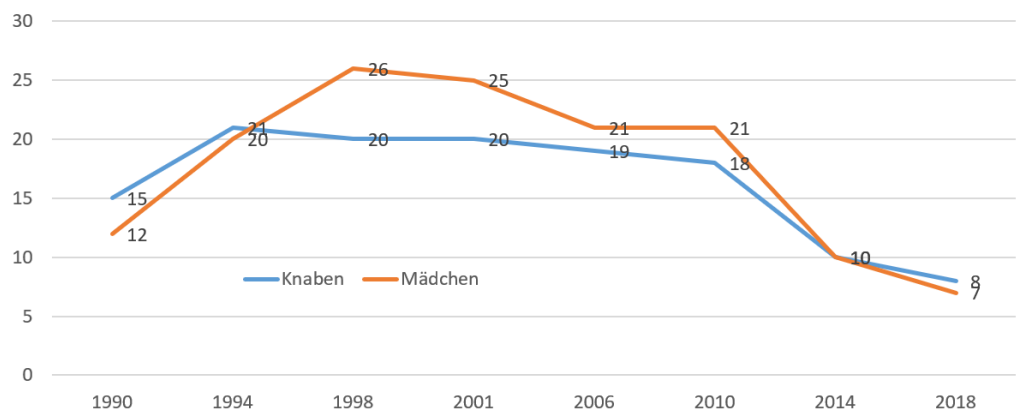


Abb. 3.10: Tabakkonsum der 15-jährigen SchülerInnen, die „täglich rauchen“, 1990 bis 2018 nach Geschlecht in Prozent, Auswertung Österreich, Quelle: Felder-Puig/Teutsch/Ramelow/Maier (2019: 39)

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

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

zeigt, dass in Österreich in den 1990er-Jahren das tägliche Rauchen bei beiden Geschlechtern stark zugenommen hat. Die größte Zunahme gab es bei den Mädchen. Ab 1998 kam es zu einer leichten Abnahme bis 2010, bei der Befragung 2014 zu einer starken Abnahme bei beiden Geschlechtern. In der Befragung 2018 kam es zu einer weiteren Reduktion, sowohl bei Burschen als auch Mädchen. Für das Erhebungsjahr 2022 liegen keine Daten zum täglichen Rauchen vor. Wie allerdings aus Abbildung 3.11 ersichtlich hat sich bei der NichraucherInnenquote zwischen 2018 und 2022 kaum mehr etwas verändert. Bei den 17-Jährigen allerdings stieg der Anteil der NichtraucherInnen weiterhin etwas an.

Der starke Rückgang der Raucherquote bei der Befragung 2014 könnte, gemäß den AutorInnen, „mit einem Wandel in der Jugendkultur zusammenhängen, in der der Aufbau sozialer Kontakte heute eher über soziale Medien erfolgt als über das gemeinsame Ausprobieren von Risikoverhaltensweisen wie Tabak- und Alkoholkonsum“ (Ramelow/Teutsch/Hofmann/Felder-Puig, 2015: 99).

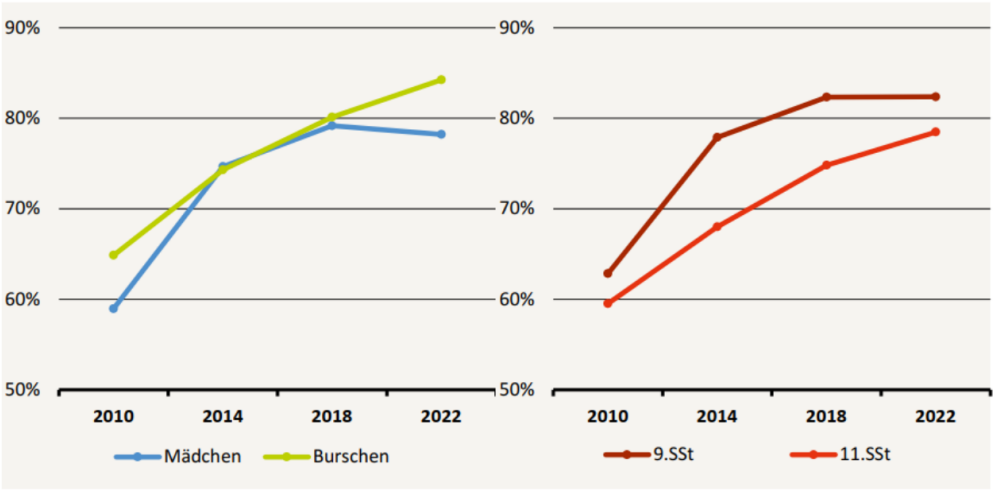


Abb. 3.11: Relative Anzahl der Schüler:innen ab Schulstufe 9, die keine Zigaretten rauchen, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022, Quelle: Felder-Puig/Teutsch/Winkler (2023: 83)

Zur Vervollständigung des Bildes zum Rauchen bei Jugendlichen sollen weitere Erhebungen dargestellt werden, da in den Stichproben der HBSC-Studien 2014 bis 2022 Berufsschulen und sonder- und heilpädagogische Einrichtungen nicht vertreten sind. Die ESPAD-Erhebung (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) ist die weltweit größte SchülerInnenbefragung zum Konsum von und zu Einstellungen zu legalen sowie illegalen psychoaktiven Substanzen. Diese Erhebung wurde in Österreich im Jahr 2024 zum insgesamt fünften Mal (nach 2003, 2007, 2015 und 2019) und zum dritten Mal online durchgeführt. Für den österreichischen Bericht wurden die Angaben von SchülerInnen, die beim Befragungszeitpunkt 14 bis 17 Jahre alt waren, ausgewertet.

Das Angebot an Tabak- und Nikotinprodukten ist in den letzten Jahren jedoch breiter und vielfältiger geworden. Während der Konsum herkömmlicher Zigaretten in der erwachsenen Bevölkerung sowie unter Jugendlichen konstant zurückgeht, gewinnen E-Zigaretten und Nikotinbeutel zunehmend an Bedeutung. E-Zigaretten sind das häufigste Einstiegsprodukt für Nikotinkonsum bei Jugendlichen,

während Erstkonsumerfahrungen hinsichtlich Nikotin mit herkömmlichen Zigaretten abnehmen. Auch Wasserpfeifen und Nikotinbeutel werden in einem relevanten Ausmaß von Personen genutzt, die wenig oder gar keine Erfahrung mit herkömmlichen Zigaretten haben. (vgl. Strizek/Akartuna/-Busch/Schwarz, 2025: 27ff)

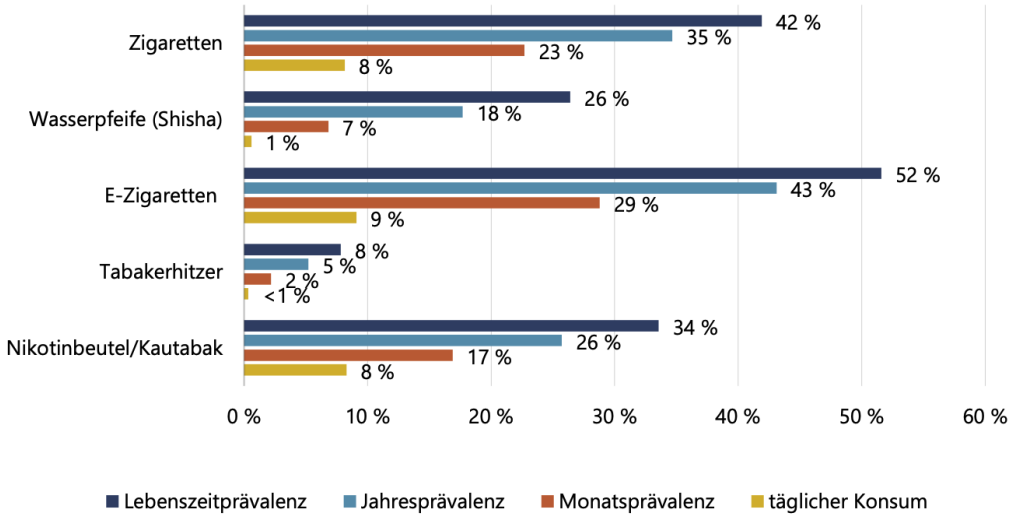


Abb. 3.12: Konsum von Tabak- und/oder nikotinhaltigen Produkten, Quelle: Strizek/Akartuna/Busch/Schwarz (2025: 30)

„Werden alle Produkte gemeinsam betrachtet, berichteten 57 Prozent der Befragten, dass sie schon mindestens einmal in ihrem Leben Zigaretten, E-Zigaretten, Nikotinbeutel, Wasserpfeife oder Tabakerhitzer konsumiert hatten. Knapp die Hälfte hat dies in den letzten 12 Monaten und 37 Prozent haben dies in den letzten 30 Tagen getan. Derzeit konsumiert fast jede:r fünfte Jugendliche (18 %) täglich oder fast täglich zumindest eines dieser Produkte. Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind gering ausgeprägt: Mädchen berichten mit Ausnahme des täglichen Konsums etwas häufiger Konsumerfahrungen als Burschen. Deutlicher hingegen zeigt sich der Zuwachs der Konsumerfahrung mit zunehmendem Alter: Bei den 14-Jährigen berichtet ein Viertel (25 %) Konsum im letzten Monat und jede:r Zehnte (9 %) täglichen oder fast täglichen Konsum, wohingegen diese Anteile für 17-Jährige auf 47 Prozent (Monatsprävalenz) bzw. 31 Prozent (täglicher oder fast täglicher Konsum eines dieser Produkte) ansteigen. Ebenso deutlich zeigen sich Unterschiede zwischen Schultypen: Schüler:innen aus PTS bzw. Berufsschulen berichten dreimal so häufig täglichen Konsum von Zigaretten, E-Zigaretten, Nikotinbeuteln, Wasserpfeifen oder Tabakerhitzern wie AHS-Schüler:innen (34 % vs. 8 %).“ (Strizek/Akartuna/Busch/Schwarz, 2025: 30)

Das Auseinanderdriften der Raucherquote bei Jugendlichen (gut gebildete Jugendliche rauchen immer weniger, Jugendliche mit niedrigem oder fehlendem Bildungsabschluss rauchen weiterhin auf sehr hohem Niveau) wird auch durch eine frühere Erhebung des „Bundesministeriums für Landesverteidigung und Sport – Militärisches Gesundheitswesen“ aus dem Jahre 2016 deutlich. So gaben von den stellungspflichtigen jungen Männer mit Matura bzw. junge Männer, die eine Höhere

Schule vor der Matura besuchten, jeweils rund 15% an, Raucher zu sein (85% Nichtraucher). Rund 42% der jungen Männer mit Pflichtschulabschluss bezeichneten sich als Raucher (58% Nichtraucher) und immerhin rund 56% der Befragten ohne positiven Pflichtschulabschluss bezeichneten sich als Raucher (44% Nichtraucher). (vgl. **Statistik Austria**, 2018: 240)

3.2.3 Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit

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

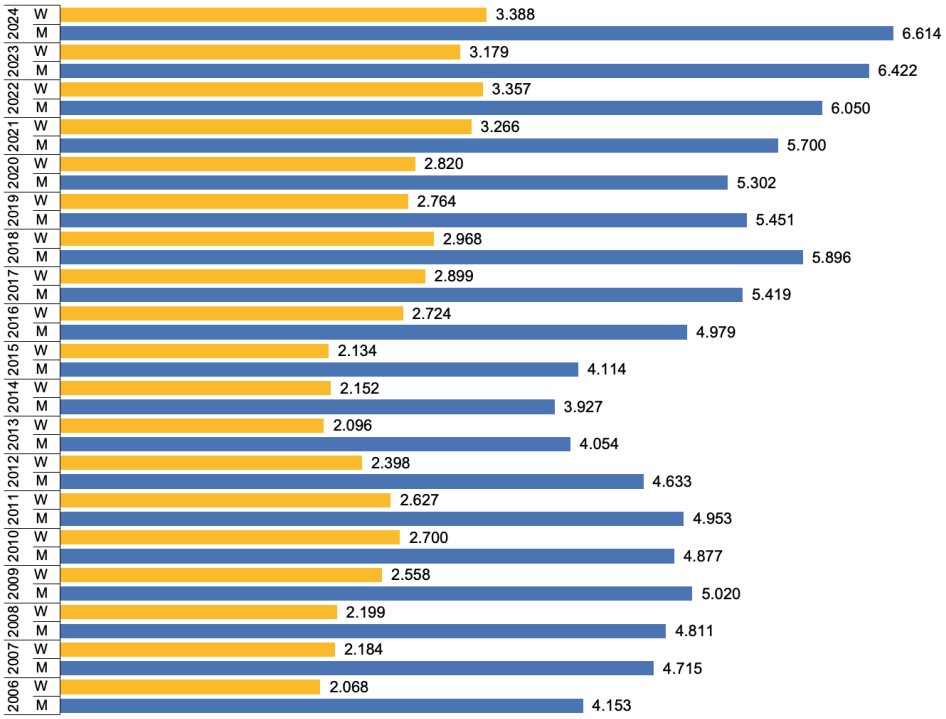


Abb. 3.13: Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 2006-2024, Quelle: **Seyer** (2025)

Nach der Definition des Abhängigkeitssyndroms (siehe Anhang Kap. 6.1) im Rahmen des ICD-10 geht man in der Fachliteratur von 70%- 80% nikotinabhängigen Rauchern aus (vgl. **Junge/Thamm**, 2003: 47). Das wären in absoluten Zahlen ca. 150.000 bis 170.000 nikotinabhängige RaucherInnen in Oberösterreich (Bezugszahl sind die 16% täglichen RaucherInnen der Repräsentativbefragung von **Strizek/Busch/Puhm/Schwarz** (2023), eigene Auswertung für OÖ).

Die in Abbildung 3.13 dargestellten Diagnosezahlen zeigen bei „Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit“[6] die Entwicklung von 2005 bis 2024. Allerdings wird die Diagnose Nikotinabhängigkeit

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

in der Regel erst dann gestellt, wenn ernste körperliche Schädigungen damit einhergehen. Ansonsten entwickeln sich bei Nikotin im Vergleich zu Alkohol wesentlich schneller Merkmale der Abhängigkeit.

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

Zu beachten ist der Anstieg der Nikotindiagnosen in den Jahren 2006 bis 2024 mit einem Knick in den Jahren 2012 bis 2015. Eine plausible und nachvollziehbare Erklärung dafür ist noch ausständig (beispielsweise könnte eine höhere Sensibilität in der Diagnostik gegenüber Nikotinerkrankungen eine Rolle spielen). Der Rückgang der Nikotindiagnosen seit dem Jahr 2011 und der darauf folgende Anstieg bedarf ebenfalls weiterer Analyse.

3.3 Opioide

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

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

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

3.4 Cannabis

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

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

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

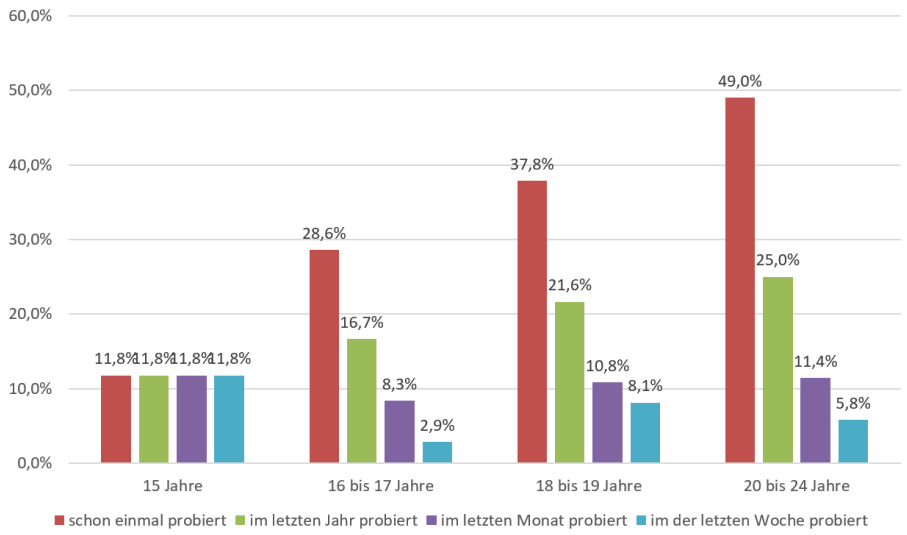


Abb. 3.14: Cannabiskonsum in OÖ, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019

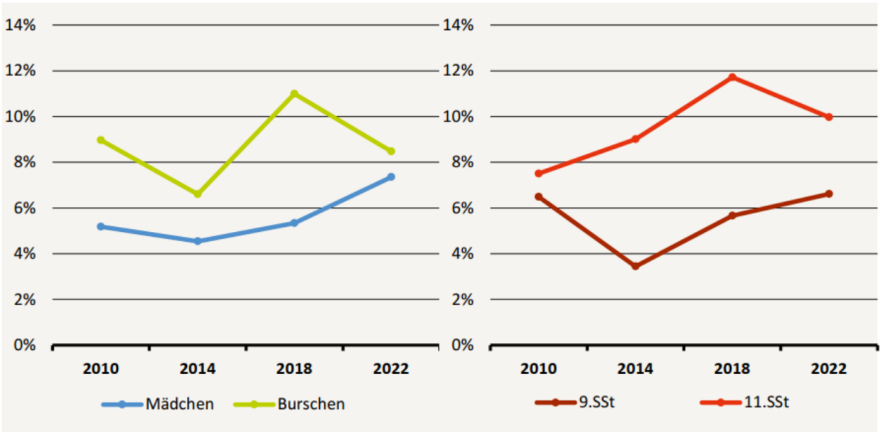


Abb. 3.15: Relative Anzahl der Cannabis-Konsument:innen ab Schulstufe 9, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022, Quelle: **Felder-Puig/Teutsch/Winkler** (2023: 84)

3.5 Essstörungen

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

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

zumindest 900 weitere Frauen neu an Bulimie.

Im Jahr 2024 wurden in Oberösterreich in den öffentlichen Krankenanstalten 594 Diagnosen zu Essstörungen[7] gestellt (Quelle: LKF-Daten 2024, eigene Auswertung Seyer (2025)).

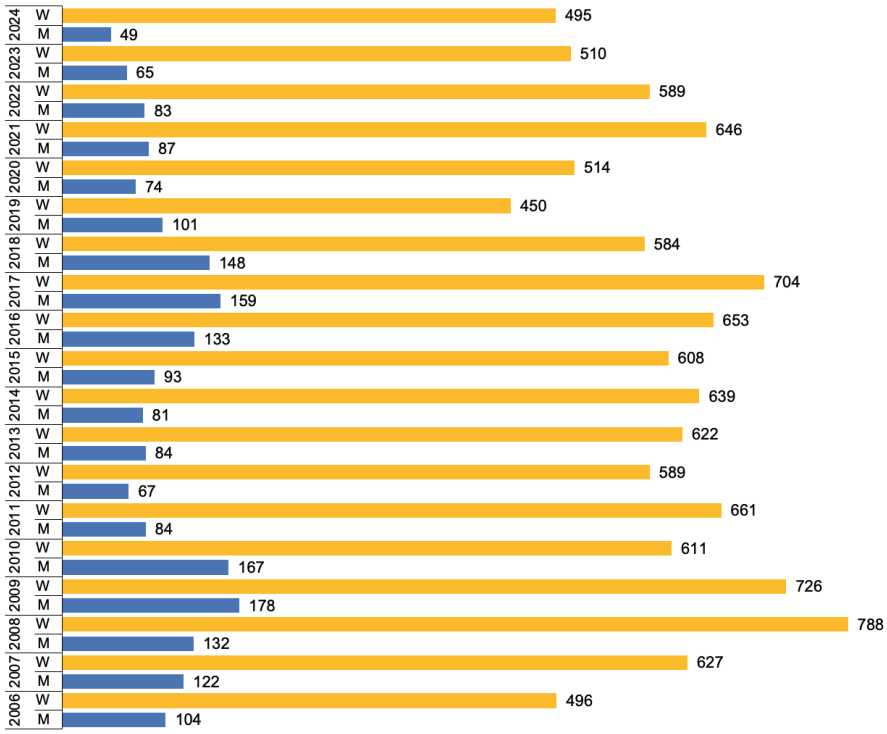


Abb. 3.16: Essstörungen nach Geschlecht in OÖ 2006-2024, Quelle: Seyer (2025)

Die diagnostizierten Essstörungen sind bis zum Jahr 2004 kontinuierlich gestiegen, stagnierten dann bis 2007 und waren im Jahr 2008 auf dem bisher höchsten Niveau. Im Jahr 2024 befanden sich die diagnostizierten Essstörungen wieder auf dem Niveau der Jahre 2003 bis 2007. Ob dies der tatsächlichen Problementwicklung folgte, ist schwer zu sagen. Die Veränderungen bei den Diagnosen können auch Ausdruck einer konjunkturellen Thematisierung der Essstörungen in den Medien und im Gesundheitssystem sein, die sich in der Diagnosestellung widerspiegelt. Insgesamt verhalten sich die Essstörungen in Oberösterreich über den Zeitraum der letzten 20 Jahre sehr stabil. Altersmäßig findet sich die Spitze der behandelten Erkrankungen in der Gruppe der 16- bis 17-Jährigen (siehe Abbildung 3.17). Danach sinken die diagnostizierten Essstörungen rapide.

Die Diagnose Essstörung wird nicht nur bei Frauen gestellt, allerdings wird sie bei Männern wesentlich seltener gestellt. Das Verhältnis Männer:Frauen lag im Jahr 2024 bei etwa 1:10.

[7] Wenn nur die Diagnosen F50.0-1 Anorexia nervosa und F50.2-3 Bulimia nervosa herangezogen werden, waren es im Jahr 2024 406 Diagnosen.

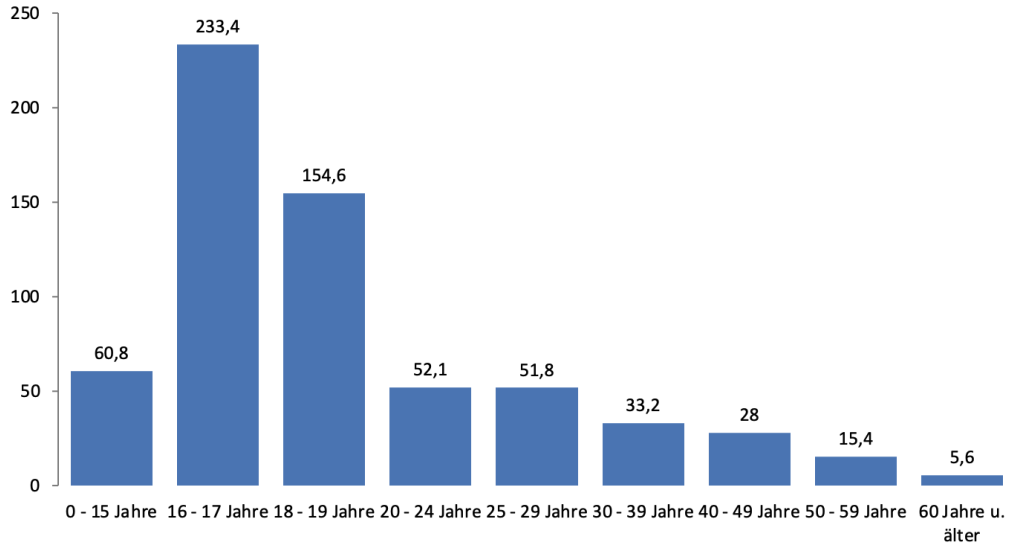


Abb. 3.17: Diagnosen Anorexie und Bulimie nach Alter in OÖ 2024, Quelle: Seyer (2025). Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie

3.6 Glücksspiel

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

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

3.7 Mediensucht

Von Mediensucht spricht man, wenn sich Menschen exzessiv mit bestimmten Gebrauchsmedien beschäftigen, übermäßig viel Zeit damit verbringen und dabei reale soziale Kontakte und das alltägliche Leben mehr und mehr vernachlässigen.

Zu den Mediensüchten zählen unter anderem Süchte wie die Computersucht, Internetsucht, Fernsehsucht oder auch die Handysucht.

Vergleichbar mit der Spielabhängigkeit wird auch bei der Mediensucht im Hirn ein Prozess ausgelöst, der zur Produktion von Endorphinen führt. Das Klingeln des Handys oder das Geräusch, wenn

eine E-Mail eingeht, lösen zum Beispiel beim Betroffenen Glücksgefühle aus, die wiederholt werden müssen.

Körperliche Gesundheitsschäden als Begleiterscheinung der Mediensucht sind häufig chronische Krankheiten, etwa durch stundenlanges Sitzen, Fettsucht (Adipositas), chronische Rücken- und Kopfschmerzen und irreparable Sehschwächen. (vgl. Sozialministerium, 2025)

Es gibt bisher keinen generell anerkannten Begriff, um das Problem der Abhängigkeit oder des problematischen Konsums von Medien bzw. Nutzungsformen des Internets zu bezeichnen. Benutzt werden zum Beispiel „Mediensucht“, pathologischer Internetgebrauch”, ”Internetsucht”oder auch ”Onlinesucht”. Da jeder Begriff unterschiedlich interpretiert wird, gibt es auch keinen eindeutigen Konsens über Merkmale, an denen eine Verhaltensstörung im Zusammenhang mit Medienkonsum erkennbar ist.

3.7.1 Mediensucht - Überbegriff für viele Erscheinungsformen

Computerspielabhängigkeit: Computerspiele sind eine beliebte Freizeitbeschäftigung von Kindern und Jugendlichen. Sportspiele, Simulationsspiele und Online Rollenspiele wie FIFA Fußball, The Sims, Need for Speed oder World of Warcraft wurden in den letzten Jahren millionenfach verkauft und sind daher weit verbreitet.

Smartphonesucht: Ebenso wie die Computerspielabhängigkeit ist die Smartphonesucht kein anerkanntes Krankheitsbild. Allgemein lässt sich durch die weite Verbreitung und die große Funktionsvielfalt der aktuellen Smartphones eine zunehmend intensivere Nutzung in allen Bevölkerungsgruppen beobachten.

Problemfeld Cybermobbing: Die Motive von Mobbing und Cybermobbing sind ähnlich. Einige spezifische Faktoren machen Cybermobbing besonders unangenehm für die Betroffenen und attraktiv für die Täter*innen.

Weitere Problemfelder: Zu den weiteren Problemfeldern zählen unter anderem Sexting, Sextorsion und Cybergrooming. Gesellschaftliche Probleme der Digitalisierung sind ebenfalls ein wichtiger Bereich: Data Poisoning der KI (gezielte „Vergiftung“ bzw. Verbreitung von gefälschten Daten über Social Media mit denen die KI gefüttert wird), die die Realitäten verschwimmen lassen. Fake News führen zu einer Brüchigkeit und Beliebigkeit der Wirklichkeit.

3.7.2 Mediensucht - Datenlage

Es gibt keine zuverlässigen Daten zum tatsächlichen Problem mit dem Umgang mit den Medien, insbesondere den sozialen Medien. Die aber allen Erziehungsberechtigten Sorgen bereiten. Ebenso gibt es keine formale Diagnose.

Problematische Nutzung von Social Media

Subjektive Befindlichkeiten im Umgang mit digitalen Medien wurden allerdings in der letzten ESPAD-Studie abgefragt. „Die ESPAD-Erhebung (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) ist die weltweit größte Schülerbefragung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (Alkohol, Nikotinprodukte, illegale Substanzen, Glücksspiel sowie digitale Medien). Diese Erhebung wurde in Österreich im Jahr 2024 zum insgesamt fünften Mal (nach 2003, 2007, 2015 und 2019) und zum dritten Mal online durchgeführt.“ ((Strizek/Akartuna/Busch/Schwarz, 2025: III))

„Knapp vier von fünf der befragten Jugendlichen stimmten der Aussage ’eher’ oder ’vollkommen’ zu, dass sie ihrer eigenen Einschätzung nach zu viel Zeit mit Social Media verbrächten. Die Zustimmungsrate zu dieser Aussage ist dabei noch deutlich höher als jene zur Aussage, dass ihre Eltern der Meinung seien, dass die befragten Jugendlichen zu viel Zeit mit Social Media verbrächten. Die Problemwahrnehmung erfolgt also deutlich häufiger durch die Jugendlichen selbst als durch ihre Eltern. Die Aussage, dass ein fehlender Zugang zu sozialen Medien schlechte Laune verursache, findet die geringste Zustimmung (vgl. Abbildung 3.18). Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern fallen im Vergleich zur analog konstruierten Skala im Bereich digitaler Spiele deutlich geringer aus; Mädchen stimmen den Aussagen tendenziell etwas häufiger zu als Burschen. Werden diese drei Einzelitems zu einem Indikator zusammengefasst [...] weisen 55 Prozent der Befragungsteilnehmer:innen ein Indiz für eine problematische Nutzung sozialer Medien auf (50% der Burschen und 61% der Mädchen).“ (Strizek/Akartuna/Busch/Schwarz, 2025: 64f)

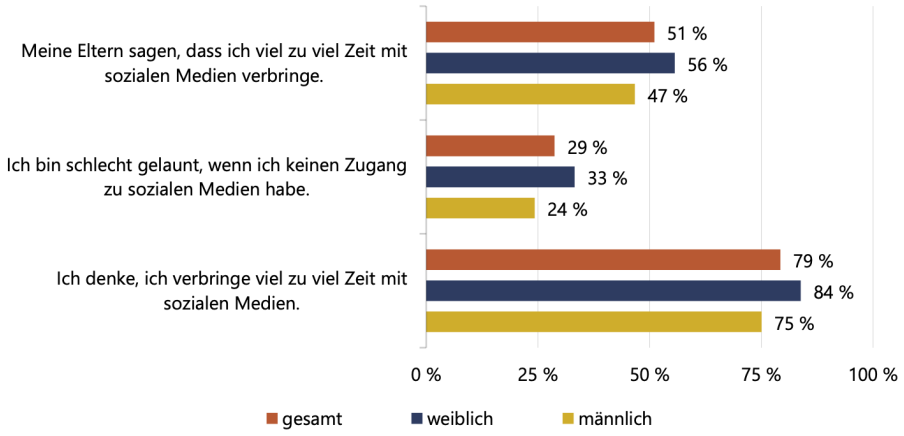


Abb. 3.18: Subjektive Problemeinschätzung (Antworten „stimme sehr zu“ und „stimme eher zu“) in Zusammenhang mit der Nutzung sozialer Medien, Quelle: Strizek/Akartuna/Busch/Schwarz (2025: 65)

„Insgesamt erzielt fast jede:r Zehnte unter den befragten Schülerinnen und Schülern (10%) einen positiven Wert in Hinblick auf eine problematische Nutzung von Social Media. Bei Mädchen (12%) fällt dieser Anteil deutlich höher aus als bei Burschen (7%), wohingegen Unterschiede nach Schultyp und Alter deutlich geringer ausfallen bzw. keine eindeutigen Muster erkennen lassen (vgl. Abbildung 3.19).“ (Strizek/Akartuna/Busch/Schwarz, 2025: 65)

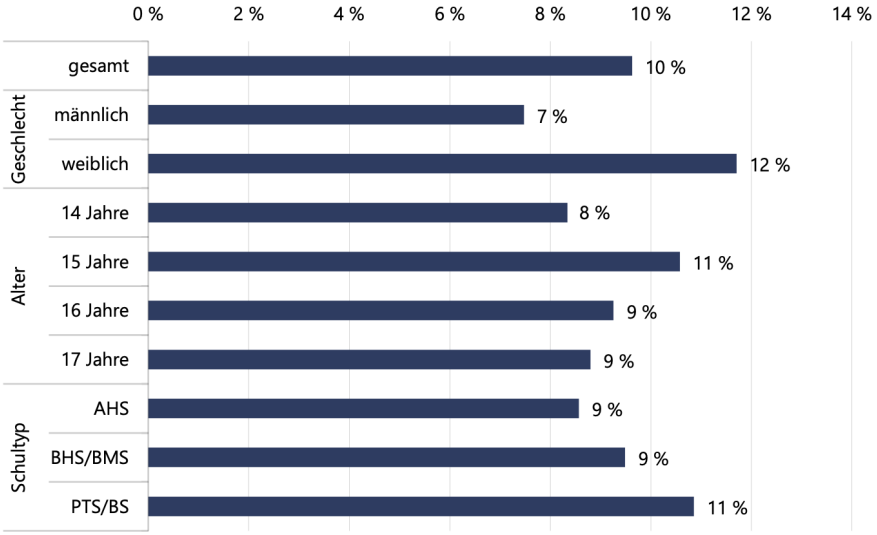


Abb. 3.19: Subjektive Problemeinschätzung (Anteil der Personen mit einem positiven Score auf der Social Media Disorder Scale, Quelle: **Strizek/Akartuna/Busch/Schwarz** (2025: 66)

3.8 Kaufsucht

Süchtiges Kaufverhalten wird wie andere Verhaltenssüchte (stoffungebundene Süchte) bislang oft als „(Nicht näher bezeichnete) Störung der Impulskontrolle“ nach den Diagnosemanuals des DSM-IV und ICD 10 eingeordnet. Neben den oben erwähnten 9% (in Österreich ca. 720.000 Personen) stark kaufsuchtgefährdeter Personen ab 14 Jahren, identifizierte Tröger (2023) noch eine Gruppe mit deutlich kompensatorischer Kaufneigung im Ausmaß von 14% (in Österreich ca. 1.100.000 Personen). Der Wert der Kaufsuchtgefährdung insgesamt liegt somit 2023 bei 21% der österreichischen Bevölkerung ab 14 Jahren, bzw. bei etwa 1.800.000 kaufsuchtgefährdeter Personen.

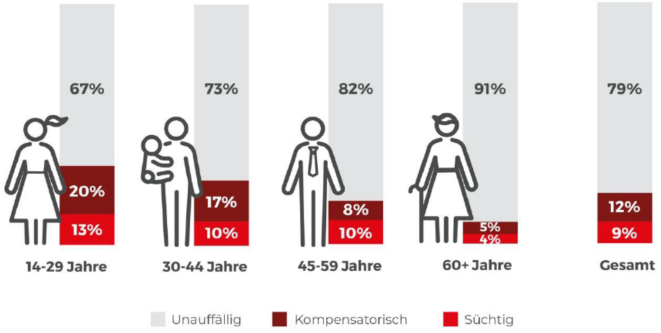


Abb. 3.20: Kaufsuchtgefährdung 2023 nach den Altersgruppen und Art der Kaufsuchtgefährdung (kompensatorisch – süchtig) aufgeschlüsselt, Quelle: **Birkner-Tröger** (2023: 6)

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

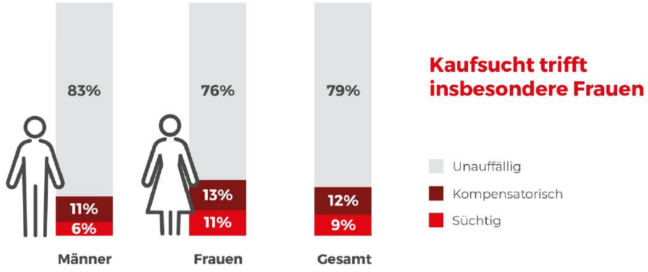


Abb. 3.21: Kaufsuchtgefährdung 2023 nach Geschlecht und Art der Kaufsuchtgefährdung (kompensatorisch – süchtig) aufgeschlüsselt, Quelle: Birkner-Tröger (2023: 7)

Wie in früheren Jahren stellt das Geschlecht auch 2023 einen ganz deutlichen Einflussfaktor dar. Frauen zeigen ganz deutlich höhere Werte bei der Kaufsuchtgefährdung als Männer.

Ähnliche Ergebnisse konnten bei einer früheren Bevölkerungsbefragung in Oberösterreich im Rahmen des Drogenmonitorings 2015 gefunden werden. In Abbildung 3.22 sind die beiden kaufsuchtgefährdeten Gruppen nach Geschlecht und Altersgruppen differenziert dargestellt. 36,1% der über 15-jährigen Frauen gegenüber 20,8% der Männer können als kaufsuchtgefährdet gelten. Besonders die Gruppe der 15- bis 30-jährigen Frauen sticht heraus. Hier finden sich Werte zwischen 50% und 59% Prozent Anteil an kaufsuchtgefährdeten Frauen. In dieser Altersgruppe finden sich zwischen 11% und 20% „stark kaufsuchtgefährdeter“ Frauen. (vgl. Seyer/Paulik/Gschwandtner/Lehner, 2016: 157)

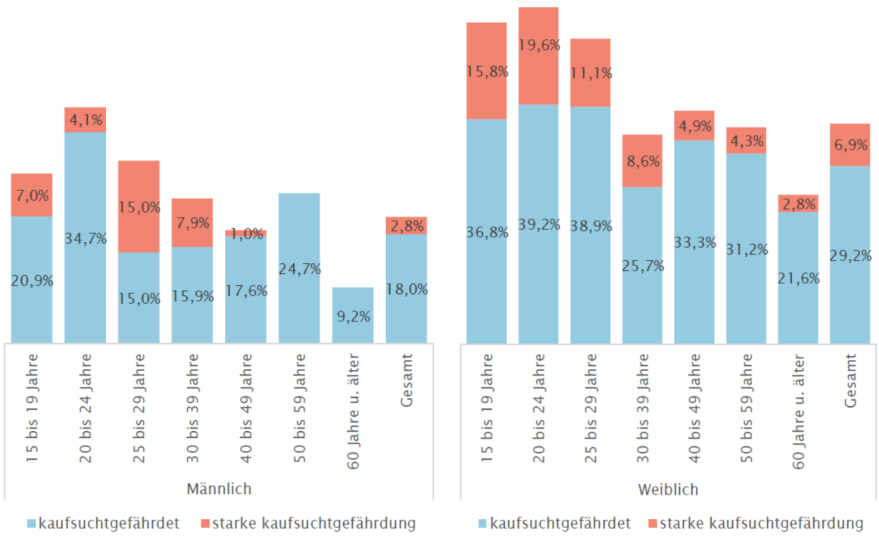


Abb. 3.22: Kaufsuchtgefährdung 2015 in Oberösterreich nach den Altersgruppen, Geschlecht und Art der Kaufsuchtgefährdung (deutlich- stark) aufgeschlüsselt, N=1184, Alter 15+, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2015 (Seyer/Paulik/Gschwandtner/Lehner, 2016: 157)

4 Todesfälle durch Substanzen

4.1 Todesfälle Alkohol, Nikotin, illegalisierte Substanzen

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

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

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

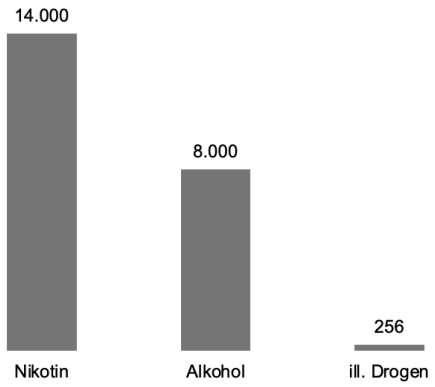


Abb. 4.1: Drogentote in Österreich, Vergleich Alkohol, Nikotin, ill. Drogen, Quelle: Uhl (2002), Anzenberger/-Akartuna u. a. (2024)

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

Bei den illegalisierten Drogen werden die Todesfälle nach einem Raster der konkreten Todesursachen gemessen und alle Todesfälle, die im engeren Sinn durch eine Substanz verursacht werden, in einer Drogenopferkartei im zuständigen Bundesministerium geführt. Bei Nikotin und Alkohol sind die Zahlen zu den Todesfällen grobe Schätzungen und die genannten Zahlen beziehen sich auf die Definition des Substanztodes im umfassenden Sinn (siehe Kap. 6.7).

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

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

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

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

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

„Von 2011 bis 2014 zeigte sich ein Rückgang der direkt drogenbezogenen Todesfälle. Im Jahr 2014 erreichten sie den niedrigsten Wert seit über zehn Jahren (vgl. Abbildung 4.2). Seither zeigt sich ein Anstieg, der in den Jahren 2017 und 2020 nur kurz unterbrochen wurde.“ (Anzenberger/Akartuna u. a. (2024: 45))

„In Abbildung 4.2 zeigt sich die Etablierung von zwei „Kohorten“ von Betroffenen: einerseits eine Kohorte, die rund um den Beginn der 2000er-Jahre in den Konsum einstieg; hier handelt es sich um eine Gruppe alternder Konsumentinnen und Konsumenten mit einer langen Suchthistorie, die mit zunehmendem Alter multimorbid werden. Dadurch sinkt u. a. die Toleranzgrenze und bereits kleinere Mengen von Substanzen können tödliche Auswirkungen haben. Das führt zu einem Anstieg der Todesfälle in dieser Altersgruppe. Parallel dazu zeigt sich in den letzten Jahren auch ein Anstieg

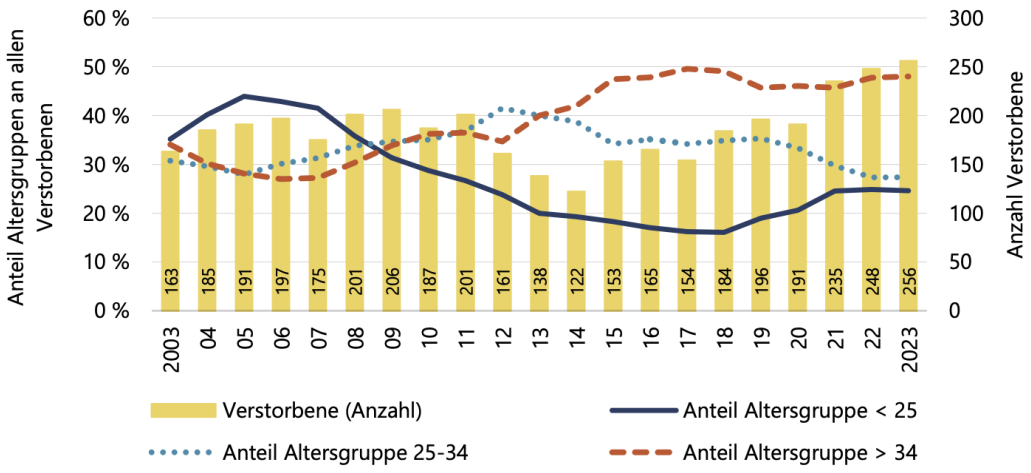
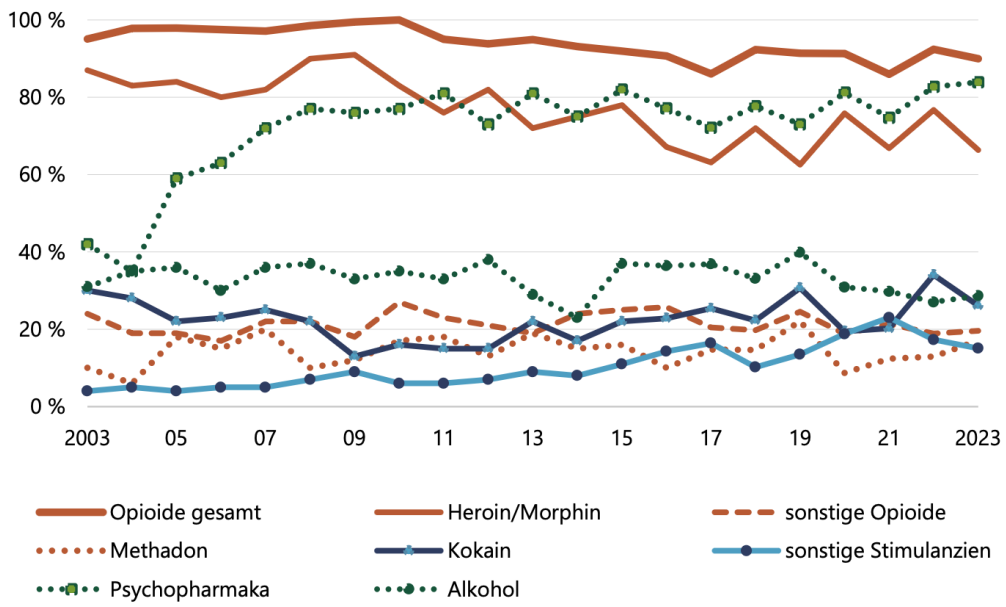


Abb. 4.2: Anzahl drogenbezogene Todesfälle und Anteile nach Altersgruppen 2003–2023, Quelle: **Anzenberger/Akartuna** u. a. (vgl. 2024: 48). Anmerkung: Bei den Anteilen der Altersgruppen wird, bis auf das aktuellste Jahr, ein gemittelter Drei-JahresWert dargestellt; die Absolutzahlen entsprechen der tatsächlichen Zahl Verstorbener des jeweiligen Jahres.

bei den jüngeren Verstorbenen. Die Gründe für die Entwicklung dieser jungen Kohorte lassen sich aus der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle nicht ableiten. Es ist unklar, ob es sich hier beispielsweise um Auswirkungen hochriskanter Konsumformen, einen Anstieg des Konsums oder eine Kombination beider Aspekte handelt. Bei den toxikologisch nachgewiesenen Substanzen zeigen sich jedenfalls keine neuen Entwicklungen.“ (**Anzenberger/Akartuna** u. a. (2024: 47))

„An der Dominanz von Opioiden hat sich in den letzten Jahren trotz einer seit 2011 leicht abnehmenden Tendenz nichts geändert. Kokain und sonstige Stimulanzien werden weiterhin bei den Todesfällen deutlich seltener festgestellt als Opioide. Tendenziell zeigt sich bei Stimulanzien (exklusive Kokain) in den letzten zehn Jahren ein Anstieg auf niedrigem Niveau, bei Kokain zeigt sich kein klarer Trend, nach einem Höchstwert im Vorjahr (34%) ist der Anteil 2023 wieder auf 26 Prozent gesunken. Sowohl Stimulanzien als auch Kokain werden vor allem in Kombination mit Opioiden festgestellt.“. (**Anzenberger/Akartuna** u. a., 2024: 52)



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

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

Abb. 4.3: Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2023, Quelle: Anzenberger/-Akartuna u. a. (2024: 52)

5 Anzeigen und Verurteilungen

Die Abbildungen 5.1 und 5.2 (Quelle: **BMI** (2025) und frühere) zeigen, dass die gesteigerte Tätigkeit der Exekutive im Bereich der Suchtmittelkriminalität sich insbesondere in einem massiven Ansteigen der Anzeigen im Vergehensbereich niederschlägt. Der Verbrechensanteil an den SMG-Anzeigen bleibt in absoluten Zahlen weitgehend konstant. Dieser Trend hat sich in den letzten Jahren wieder verstärkt. So stiegen die Anzeigen von 2012 bis 2017 um 79%. In den Coronajahren 2020 und 2021 kam es zu einer Abnahme der Anzeigen, da die Exekutive den Fokus auf andere Prioritäten gelegt hatte und auch das öffentliche Leben mit den Lockdowns immer wieder zum Erliegen kam. Seit 2022 steigen die Anzeigen wieder leicht an. Da es sich bei den Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz fast ausschließlich um Kontrolldelikte handelt, also Delikte, die nur bei aktiver Verfolgung der Exekutive registriert werden, wird hier klar ersichtlich, dass der Verfolgungsdruck der KonsumentInnen von illegalisierten Substanzen langfristig stark zugenommen hat.

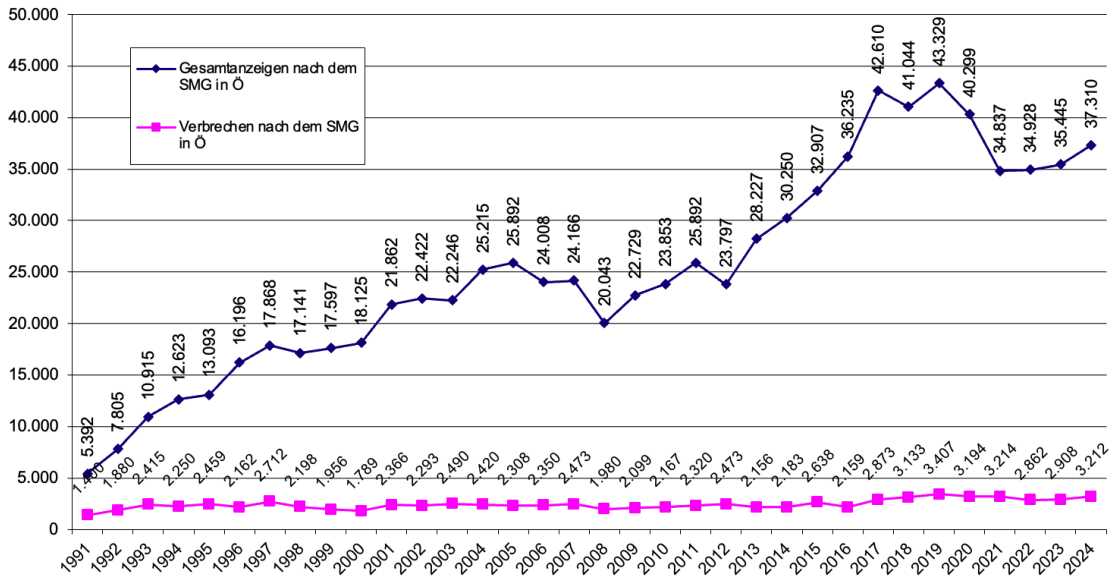


Abb. 5.1: SMG-Anzeigen und Verbrechensanteil in Österreich, Quelle: **BMI** (2025) und frühere

Eisenbach-Stangl (2003) beleuchtet im Artikel „Drogen und Un-Sicherheit“ die Entwicklung der Strafverfolgung im Suchtmittelbereich in Österreich ab 1975. Sie führt den starken Anstieg der Anzeigen vor allem auf die Reorganisation der Drogenfahndung (verstärkte Einbindung der

Bezirkspolizeikommissariate und der Zollbehörden in die Suchtmittelbekämpfung, Kooperation mit Europol, Ausbau der Aktivitäten im Drogenbereich) ab Anfang der 1990er-Jahre zurück. Auch die Exekutive selbst erklärt den dramatischen Anstieg der Suchtmittelkriminalität mit dem Ausbau der eigenen Aktivitäten. (vgl. **Eisenbach-Stangl**, 2003: 214)

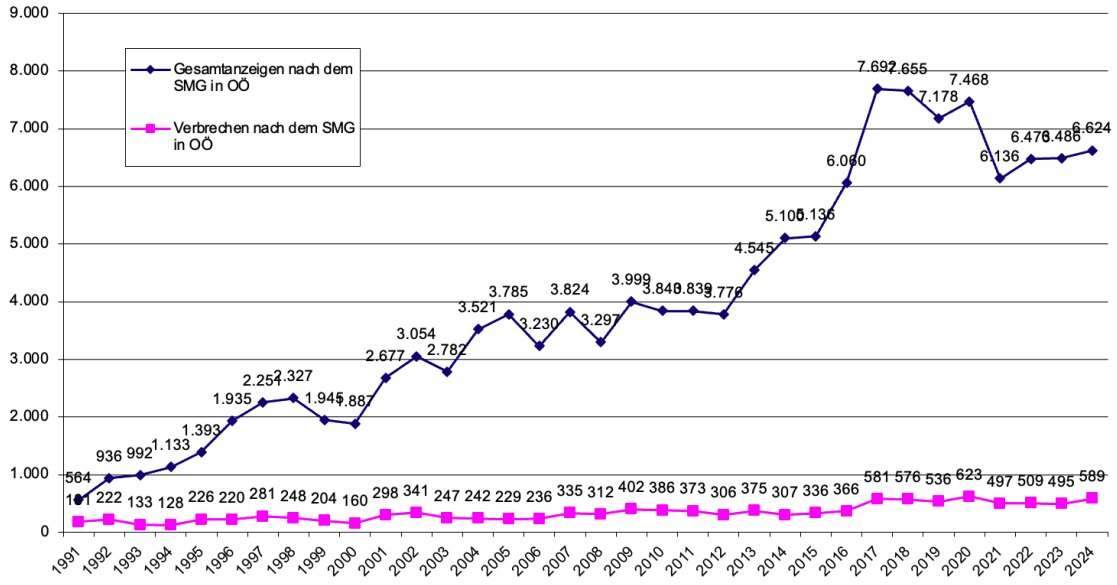


Abb. 5.2: SMG-Anzeigen und Verbrechensanteil in Oberösterreich, Quelle: **BMI** (2025) und frühere

Die Abbildungen 5.3 und 5.4 zeigen, dass die Entwicklung der Vergehen im Bereich der Gesamtanzeigen von 1991 bis 2000 stetig steigend war. Das heißt, dass durch die steigenden Anzeigen vorwiegend KonsumentInnen (davon vorrangig CannabiskonsumentInnen) betroffen sind und es nicht gelungen ist, die Exekutivtätigkeit vermehrt auf die Verbrechenstatbestände (der Anteil der Verbrechen an den SMG-Anzeigen liegt unter 10%) auszurichten.

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

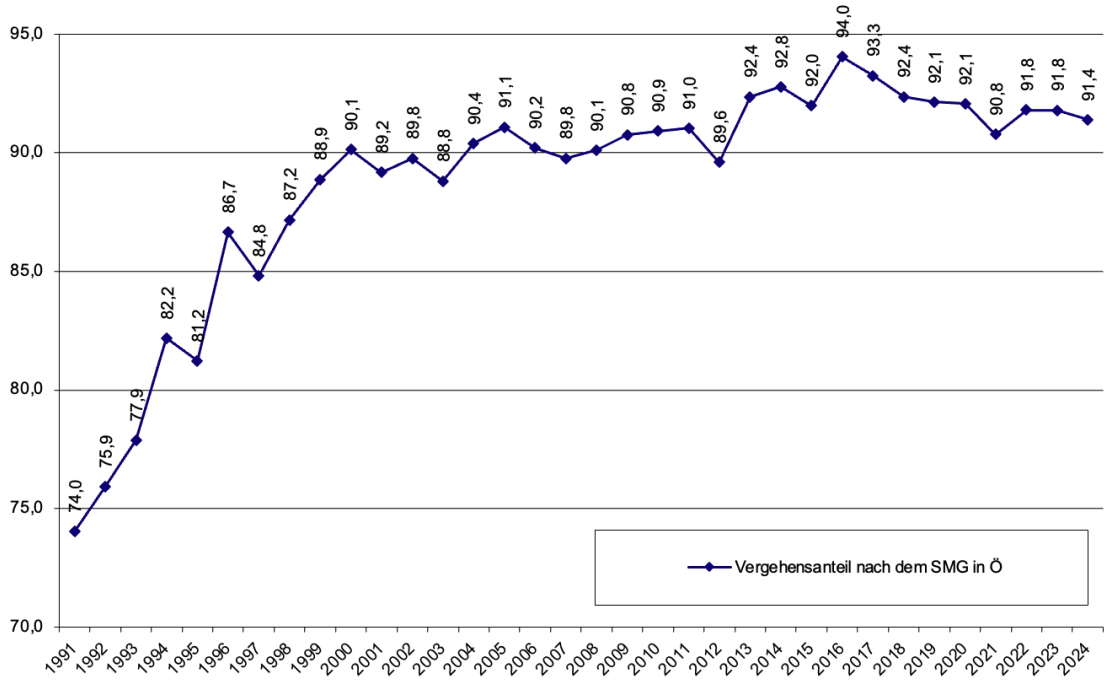


Abb. 5.3: Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Österreich, Quelle: **BMI** (2025) und frühere

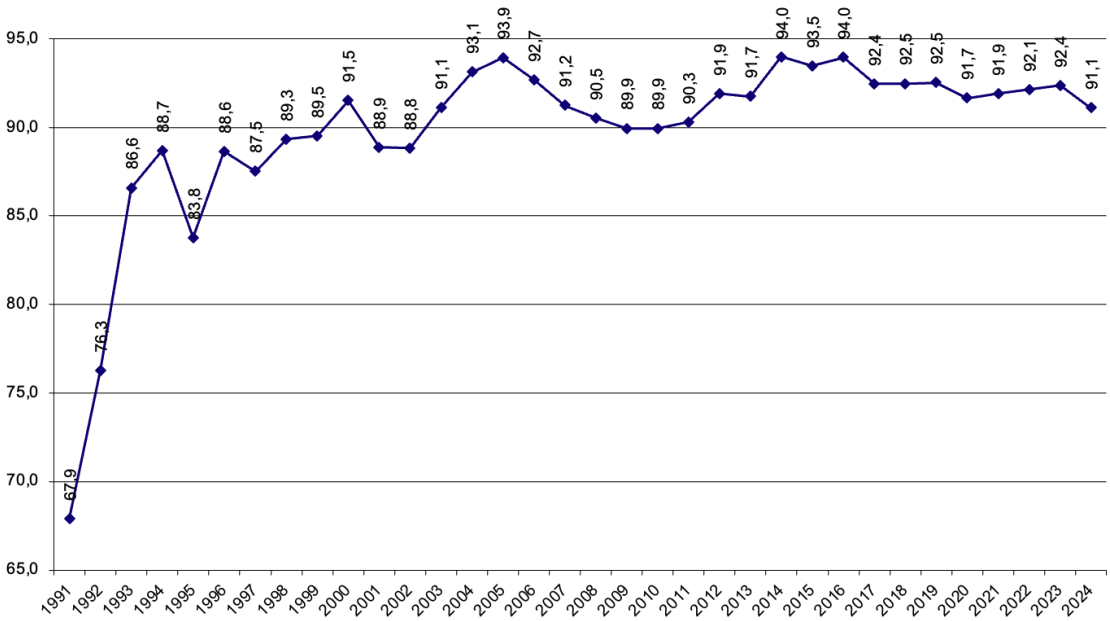


Abb. 5.4: Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich, Quelle: **BMI** (2025) und frühere

5.1 Sichergestellte Mengen und Qualität (Reinheit) der sichergestellten Substanzen

Tab. 5.1: Sichergestellte Mengen, deren Qualität (Reinheit), Quelle: BMI (2013: 7), BMI (2015: 19), BMI (2018: 8f), BMI (2021: 8f), BMI (2022: 19), BMI (2025: 13ff)

	2011	2013	2015	2017	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Sichergestellte Mengen 2011 bis 2024 in Österreich										
Cannabis (kg)	920,0	1.757,7	1.138,8	1.659,2	1.367,9	2.056,8	2.113,3	1.758,1	2.660,2	2.544,8
Heroin (kg)	64,8	80,2	69,5	70,0	94,6	104,3	71,5	102,4	57,0	27,3
Kokain (kg)	139	24,7	119,7	71,4	87,1	63,0	80,5	119,2	153,6	258,7
XTC (Stück)	45.780	5.768	10.149	446.465	77.922	89.148	53.121	20.982	30.363	25.286
Amphetamin (kg)	-	21,4	66,7	50,3	122,2	36,8	83,4	29,3	94,1	55,6
Methamphet-amin (kg)	-	7,6	2,9	5,0	30,2	9,2	10,5	9,7	8,9	12,0
Qualität der illegalen Suchtmittel (Reinheit), 2011 bis 2024 in Österreich										
Cannabiskraut	5,0%	9,6%	9,8%	9,6%	7,0%	8,2%	10,7%	10,9%	12,0%	13,5%
Cannabisharz	9,3%	9,8%	15,2%	13,2%	16,5%	8.3%	17,1%	30,7%	28,1%	28,1%
Heroin	7,8%	7,6%	13,7%	15,0%	17,7%	13,7%	12,4%	13,3%	12,2%	6,5%
Kokain	27,6%	26,0%	33,4%	51,4%	51,9%	67,6%	64,0%	75,1%	78,9%	75,8%
XTC/MDMA	44,5%	46,0%	48,7%	38,3%	41,5%	40,6%	34,9%	32,6%	28,3%	31,4%
Amphetamin	4,1%	9,5%	18,5%	13,8%	19,8%	10,5%	10,2%	10,3%	9,3%	10,5%
Methamphet-amin	61,2%	56,0%	51,5%	57,2%	59,4%	75,0%	76,1%	77,2%	77,6%	78,3%

Die sichergestellten Mengen variieren im Verlauf der Jahre stark, da einzelne größere Sicherstellungen den Durchschnitt verzerren. Ebenso hängt die Entwicklung von den gesetzten Schwerpunkten der Exekutive ab. Die Steigerung bei Kokain ist jedoch besonders auffallend.

Die Qualität (Reinheit) der sichergestellten Substanz Kokain hat sich von 2011 bis 2024 wesentlich verbessert. Bei Kokain hat sie sich mehr als verdreifacht auf etwa 80%. Nach Berichten von Check-it Testungen ist inzwischen eine Reinheit bei Kokain von über 90% zu verzeichnen. Beim Cannabiskraut (Marihuana) hingegen ist eine Wellenform zu beobachten. Bis zum Jahr 2015 ist ein Anstieg der durchschnittlichen THC-Konzentration von 5% im Jahr 2011 auf 10% im Jahr 2015 zu sehen. Zwischenzeitlich sank die THC-Konzentration wieder auf 8% im Jahr 2020. Seit 2021 bis 2024 nahm die THC-Konzentration wieder stark zu auf über 13%.

6 Anhang

6.1 Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10

nach WHO (1993)

Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren.

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

6.2 Diagnostische Leitlinien:

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

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

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

6.3 Diagnostische Leitlinien für pathologisches Spielen

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

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

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

Tab. 6.1: Diagnostische Leitlinien für pathologisches Spielen

ICD-10	DSM-IV
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	312. Störungen der Impulskontrolle, nicht 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

6.4 Hohenheimer Kaufsuchtindikator

Tab. 6.2: Hohenheimer Kaufsuchtindikator, Quelle: (Reisch/Neuner/Raab, 2004: 122)

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

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

Tab. 6.3: Fagerströmtest

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

6.5 Fagerströmtest

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

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

6.6 Diagnoseleitfaden PIG - pathologischer Internetgebrauch (Internetsucht)

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

Gefährdungsstadium: Vorliegen von bis zu 3 der obigen Kriterien in einem Zeitraum von bis zu 6 Monaten
kritisches Stadium: Vorliegen von zumindest 4 der obigen Kriterien in einem Zeitraum von bis zu 6 Monaten
chronisches Stadium: Vorliegen von zumindest 4 oder mehr der obigen Kriterien über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten plus damit einhergehendem Vorliegen irreversibler psychosozialer Schäden wie Jobverlust, Trennung v. Partner/ Familie, soziale Selbstisolation, inadäquate Verschuldung durch exorbitante Telefonkosten, sowie mögliche somatische Schäden im Bereich des Sehapparates bzw. des Bewegungs- und Stützapparates.

6.7 Möglichkeiten den Substanztod zu definieren

Uhl (vgl. 2002)

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

Literatur

American Psychiatric Association, Hrsg. (2013): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, VA (siehe S. 44).

Anzenberger, J./D. Akartuna u. a. (2024): *Epidemiologiebericht Sucht 2024. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak*. Wien: Gesundheit Österreich (siehe S. 4/9–11/35–38).

Anzenberger, J./M. Busch u. a. (2022): *Epidemiologiebericht Sucht 2022. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak*. Wien: Gesundheit Österreich (siehe S. 9).

Bachmayer, S./J. Strizek/A. Uhl (2022): *Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen. Datenjahr 2021*. Wien: Gesundheit Österreich (siehe S. 12).

Bencic, W./K. Kastner (2010): *Alkoholintoxikationen Jugendlicher und soziale Lage. Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften, Dokument 26*. **url**: https://www.ooegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.576352&version=1391199250 (besucht am 12. 07. 2016) (siehe S. 13).

Birkner-Tröger, ina (2023): *Kaufsucht in Österreich - 2023*. Hrsg. von **Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien**. Wien: Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien. (Besucht am 26. 07. 2017) (siehe S. 6/33/34).

BMI (2013): *Suchtmittelkriminalität. Jahresbericht 2012*. Wien: Bundesministerium für Inneres- Bundeskriminalamt (siehe S. 42).

Ders. (2015): *Suchtmittelkriminalität. Jahresbericht 2014*. Wien: Bundesministerium für Inneres- Bundeskriminalamt (siehe S. 42).

Ders. (2018): *Suchtmittelkriminalität. Jahresbericht 2017*. Wien: Bundesministerium für Inneres- Bundeskriminalamt (siehe S. 42).

Ders. (2021): *Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2020. Anzeigen, Ermittlungen und Sicherstellungen*. Wien: Bundesministerium für Inneres- Bundeskriminalamt (siehe S. 42).

Ders. (2022): *Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2021. Anzeigen, Ermittlungen und Sicherstellungen*. Wien: Bundesministerium für Inneres- Bundeskriminalamt (siehe S. 42).

Ders. (2025): *Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2024. Statistiken und Beiträge zu Anzeigen, Sicherstellungen und Ermittlungen*. Wien: Bundesministerium für Inneres- Bundeskriminalamt (siehe S. 4/39–42).

Dür, W./K. Mravlag/T. Stidl/G. Wannenmacher (2002): *hbsc 17, Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-Jährigen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 6. WHO-HBSC-Surveys 2001 und die Trends seit 1990*. book. Wien: Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (siehe S. 22).

Eisenbach-Stangl, I. (2003): „Drogen und Un-Sicherheit“. In: *Innere Sicherheiten. Jahrbuch für Rechts- und Kriminalsoziologie 2002*. Hrsg. von **W. Stangl/G. Hanak**. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 207–226 (siehe S. 39/40).

Felder-Puig, R./F. Teutsch/D. Ramelow/G. Maier (2019): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (siehe S. 23).

Felder-Puig, R./F. Teutsch/R. Winkler (2023): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22*. Wien: BMSGPK (siehe S. 3/18/19/23/24/27/28).

GÖG (2016): *Einladung zum Pressehintergrundgespräch. Alkohol, Nikotin, Drogen und Glücksspiel: aktuelle Ergebnisse zur Suchtepidemiologie in Österreich.* Wien: GÖG (siehe S. 17/19).

Haller, R. (2016): „Medikamentenabhängigkeit“. In: *Österreichische Ärztezeitung* 21, 26–30 (siehe S. 6/7).

Haustein, K./D. Groneburg (2008): *Tabakabhängigkeit. Gesundheitliche Schäden durch das Rauchen. Ursachen - Folgen - Behandlungsmöglichkeiten - Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Berlin-Heidelberg (siehe S. 6).

Hojni, M./J. Delcour/J. Strizek/A. Uhl (2020): *ESPAD Österreich 2019. Ergebnisbericht*. Wien: Gesundheit Österreich (siehe S. 19/20).

Jacobi, F. u. a. (2014): „Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung“. In: *Nervenarzt* 85.1, 77–87 (siehe S. 7).

Junge, B./M. Nagel (1999): „Das Rauchverhalten in Deutschland“. In: *Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2. article, 121–125 (siehe S. 21/22).

Junge, B./M. Thamm (2003): „Tabak- Zahlen und Fakten zum Konsum“. In: *Jahrbuch Sucht*. Geesthacht. (Besucht am 12. 04. 2004) (siehe S. 21/26/36).

Kalke, J./S. Buth u. a. (2011): *Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich. Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht*. Freiburg im Breisgau (siehe S. 8/30).

Kalke, J./M. Wurst/S. Buth/N. Thon (2015): *Glücksspielverhalten und Glücksspielprobleme in Österreich. Ergebnisse der Repräsentativerhebung 2015*. Hamburg. **url**: `http://www.isd-hamburg.de/dl/Repraesentativbefragung_2015_Bericht_final.pdf` (besucht am 02. 05. 2016) (siehe S. 8).

Kollmann, K./I. Kautsch (2011): *Kaufsucht in Österreich - 2011*. Hrsg. von **Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien**. Wien: Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien (siehe S. 6/46).

Krüger, C./G. Reich/P. Buchheim/M. Cierpka (2001): „Ess-Störungen und Adipositas: Epidemiologie - Diagnostik - Verläufe“. In: *Psychotherapie der Essstörungen*. Hrsg. von **C. Cierpka/G. Reich**. Stuttgart - New York: Thieme Verlag, 24–42 (siehe S. 11/28).

Lentner, S. (1991): „Arzneimittelmißbrauch“. In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* Jg.14.Nr.3/4, 65–68 (siehe S. 7).

Leunga, J./G. C. Chanb/L. Hidesa/W. D. Hall (2020): „What is the prevalence and risk of cannabis use disorders among people who use cannabis? a systematic review and meta-analysis“. In: *Addictive Behavior* 109, 2–8 (siehe S. 8).

Musalek, M./R. Mader (2019): „Medikamentenabhängigkeit“. In: *Österreichische Ärztezeitung* 5, 22–29 (siehe S. 7).

Ramelow, D./F. Teutsch/F. Hofmann/R. Felder-Puig (2015): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III (siehe S. 18/24).

Reisch, L./M. Neuner/G. Raab (2004): „Ein Jahrzehnt verhaltenswissenschaftlicher Kaufsuchtforschung in Deutschland“. In: *Verhaltenstherapie* 14, 120–125 (siehe S. 46).

Riemann, K./U. Gerber (1997): *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung*. book. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (siehe S. 21).

Schoberberger, N./M. Kunze (1999): *Nikotinabhängigkeit. Diagnostik und Therapie*. New York-Wien: Springer (siehe S. 5/26/36).

Seyer, S. (2025): *LKF-Daten 2024*. Linz: Institut Suchprävention (siehe S. 4/11–13/15/16/26/29/30).

Seyer, S./R. Paulik/F. Gschwandtner/R. Lehner (2016): *Drogenmonitoring Oberösterreich 2015. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Methamphetamine ”Crystal Meth”*. Linz: Institut Suchprävention. **url**: `http://www.praevention.at/fileadmin/user_upload/08_Sucht/20160229_Drogenmonitoring_OOE_2015_Ergebnisbericht__1_.pdf` (siehe S. 9/34).

Seyer, S./R. Paulik/R. Lehner (2020): *Drogenmonitoring Oberösterreich 2019. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Cannabiskonsum*. Linz: Institut Suchprävention. **url**: `https://www.praevention.at/fileadmin/user_upload/08_Sucht/Drogenmonitoring/Drogenmonitoring_Ooe_2019_Cannabis_Ergebnisbericht_FInal_Ultimo.pdf` (siehe S. 3).

Sozialministerium (2025): *Mediensucht*. Hrsg. von **S. Austria**. **url**: `https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Verhaltenss%C3%BCchte/Mediensucht.html` (besucht am 04. 12. 2025) (siehe S. 31).

Statistik Austria, Hrsg. (2002): *Rauchgewohnheiten, Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997*. Wien: Statistik Austria (siehe S. 21).

Ders. Hrsg. (2018): *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik*. Wien: Statistik Austria (siehe S. 26).

Strizek, J./D. Akartuna/M. Busch/T. Schwarz (2025): *ESPAD Österreich 2024. Ergebnisbericht*. Wien: Gesundheit Österreich (siehe S. 4/25/32/33).

Strizek, J./M. Busch/A. Puhm/T. Schwarz (2023): *Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial: Auswertungen der dritten Erhebungswelle*. Wien: Gesundheit Österreich (siehe S. 4/8/9/22/26).

Strizek, J./M. Busch/A. Puhm/T. Schwarz/A. Uhl (2021): *Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial*. Wien: Gesundheit Österreich (siehe S. 5).

Strizek, J./S. Gaiswinkler u. a. (2023): *Handbuch Alkohol – Österreich. Band 3: Ausgewählte Themen*. Wien: Gesundheit Österreich (siehe S. 6).

Strizek, J./T. Schwarz (2023): *Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2022 - Tabellenband Österreich*. Wien: Gesundheit Österreich (siehe S. 8).

Teutsch, F./G. Maier/D. Ramelow/R. Felder-Puig (2019): *Dokumentation zur 10. österreichischen HBSC-Erhebung im Schuljahr 2017/18*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (siehe S. 23).

Uhl, A. (2002): „Todesfälle durch Substanzkonsum. Wie sinnvoll ist dieses Konzept?" In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1. (Besucht am 12. 04. 2004) (siehe S. 35/36/48).

Ders. (2003): „Jugend und Alkohol- mit besonderer Berücksichtigung des rauschhaften Trinkens". In: *praev.doc* 2003 (siehe S. 14).

Uhl, A./S. Bachmayer u. a. (2009): *Handbuch Alkohol - Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends. dritte, überarbeitete und ergänzte Auflage.* Wien: Bundesministerium für Gesundheit (siehe S. 17).

Uhl, A./A. Springer u. a. (2005): *Österreichweite Repräsentativerhebung zum Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Bericht*. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (siehe S. 7).

WHO, Hrsg. (1993): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle: Verlag Hans Huber (siehe S. 43).

Tabellenverzeichnis

2.1 Diagnosecluster alle Medikamentendiagnosen 2024 nach Altersgruppen (Fälle) . . 7

3.1 Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch (F10.0, F10.1, T51) 2024 nach Altersgruppen (Fälle) 14
3.2 Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit 2024 nach Altersgruppen (Fälle) 16
3.3 ”Gefährdungsgrenze“ lt. Health Education Council (1994) 17
3.4 Verteilung RaucherInnenstatus nach Geschlecht 22

5.1 Sichergestellte Mengen, deren Qualität (Reinheit) 42

6.1 Diagnostische Leitlinien für pathologisches Spielen 45
6.2 Hohenheimer Kaufsuchtindikator 46
6.3 Fagerströmtest 47

Abbildungsverzeichnis

2.1 Abhängigkeit in Österreich 2025, Quellen: siehe Beschreibung unten 5
2.2 Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden nach Alter, Geschlecht und Bundesland, 2023 9
2.3 Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums nach Bundesländern 2023 (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige 10
2.4 Belagstage in oö. Spitälern nach Substanzen 2024 11

3.1 akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2006-2024 (Fälle) 12
3.2 akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2024 nach Alter, Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie 13
3.3 Alkoholabhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 2006-2024 (Fälle) 15
3.4 Alkoholabhängigkeit nach Alter in OÖ 2024, Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie 16
3.5 An wie vielen Tagen im letzten Monat wie viele Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11 Alkohol konsumiert habe, nach Geschlecht und Schulstufe 18
3.6 Relative Anzahl der Schüler:innen ab Schulstufe 9, die mindestens 1 Mal pro Woche Alkohol konsumieren, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022 19
3.7 Zeitverlauf des Alkoholkonsums nach Geschlecht (Lebenszeitprävalenz, Monatsprävalenz) 19
3.8 RaucherInnenprävalenz Oberösterreich (in Prozent) 22
3.9 Welche Nikotinprodukte die Schüler:innen der Schulstufen 9 und 11 aktuell konsumieren, nach Geschlecht und Schulstufe 23
3.10 Tabakkonsum der 15-jährigen SchülerInnen, die „täglich rauchen“, 1990 bis 2018 nach Geschlecht in Prozent, Auswertung Österreich 23
3.11 Relative Anzahl der Schüler:innen ab Schulstufe 9, die keine Zigaretten rauchen, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022 24
3.12 Konsum von Tabak- und/oder nikotinhaltigen Produkten 25
3.13 Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 2006-2024 26
3.14 Cannabiskonsum in OÖ 28
3.15 Relative Anzahl der Cannabis-Konsument:innen ab Schulstufe 9, nach Geschlecht und Schulstufe; 2010-2022 28
3.16 Essstörungen nach Geschlecht in OÖ 2006-2024 29
3.17 Diagnosen Anorexie und Bulimie nach Alter in OÖ 2024 30

3.18 Subjektive Problemeinschätzung (Antworten „stimme sehr zu“ und „stimme eher zu“) in Zusammenhang mit der Nutzung sozialer Medien 32
3.19 Subjektive Problemeinschätzung (Anteil der Personen mit einem positiven Score auf der Social Media Disorder Scale 33
3.20 Kaufsuchtgefährdung 2023 nach den Altersgruppen und Art der Kaufsuchtgefährdung (kompensatorisch – süchtig) aufgeschlüsselt 33
3.21 Kaufsuchtgefährdung 2023 nach Geschlecht und Art der Kaufsuchtgefährdung (kompensatorisch – süchtig) aufgeschlüsselt 34
3.22 Kaufsuchtgefährdung 2015 in Oberösterreich nach den Altersgruppen, Geschlecht und Art der Kaufsuchtgefährdung (deutlich- stark) aufgeschlüsselt 34

4.1 Drogentote in Österreich, Vergleich Alkohol, Nikotin, ill. Drogen 35
4.2 Anzahl drogenbezogene Todesfälle und Anteile nach Altersgruppen 2003–2023 . . 37
4.3 Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2023 38

5.1 SMG-Anzeigen und Verbrechensanteil in Österreich 39
5.2 SMG-Anzeigen und Verbrechensanteil in Oberösterreich 40
5.3 Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Österreich 41
5.4 Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich 41