



FACTSHEET SUCHT

Abhängigkeit und Substanzkonsum

Version 2.3 | 02. 09. 2014

FACTSHEET SUCHT

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

Version 2.3 | 02. 09. 2014

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Abhängigkeit	4
3	diverse Suchtspezifika	8
3.1	Alkohol	8
3.1.1	Akuter Alkoholmissbrauch	8
3.1.2	Alkoholabhängigkeit	12
3.1.3	Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum	14
3.1.4	Alkoholkonsum von SchülerInnen	15
3.2	Tabak	17
3.2.1	Prävalenz des Tabakkonsums in Oberösterreich	17
3.2.2	Tabakkonsum von SchülerInnen	18
3.2.3	NichtraucherInnenschutz und Passivrauchen in Oberösterreich	19
3.2.4	Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit	22
3.3	Opiate	23
3.4	Cannabis	23
3.5	weitere Substanzen	25
3.6	Essstörungen	25
3.7	Glücksspiel	27
3.8	Kaufsucht	27
4	Todesfälle durch Substanzen	29
4.1	Todesfälle Alkohol, Nikotin, illegalisierte Substanzen	29
5	Anzeigen und Verurteilungen	32
5.1	Sichergestellte Mengen und geschätzte Schwarzmarktpreise	34
6	Anhang	35
6.1	Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10	35
6.2	Diagnostische Leitlinien:	35
6.3	Diagnostische Leitlinien für Pathologisches Spielen	36
6.4	Hohenheimer Kaufsuchtindikator	37
6.5	Fagerströmtest	38
6.6	Diagnoseleitfaden PIG - pathologischer Internetgebrauch (Internetsucht)	38
6.7	Möglichkeiten den Substanztod zu definieren	39
	Literatur	40
	Tabellenverzeichnis	42

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 Zah-

lentraktionen 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, 2003, 2006 und 2009, denen eine repräsentative Stichprobe der oberösterreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren zugrunde liegt.
- Ergebnisse des internationalen HBSC-Forschungsprojektes, Österreichische Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Studien von Alfred Uhl und periodische Berichte des ÖBIG.
- Eine Auswertung der Diagnosedaten der Leistungs- und Diagnosedokumentation der Fonds-Krankenanstalten Oberösterreichs. (LKF-Daten)
- Anzeigedaten des Bundesministeriums für Inneres.

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

2 Abhängigkeit

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

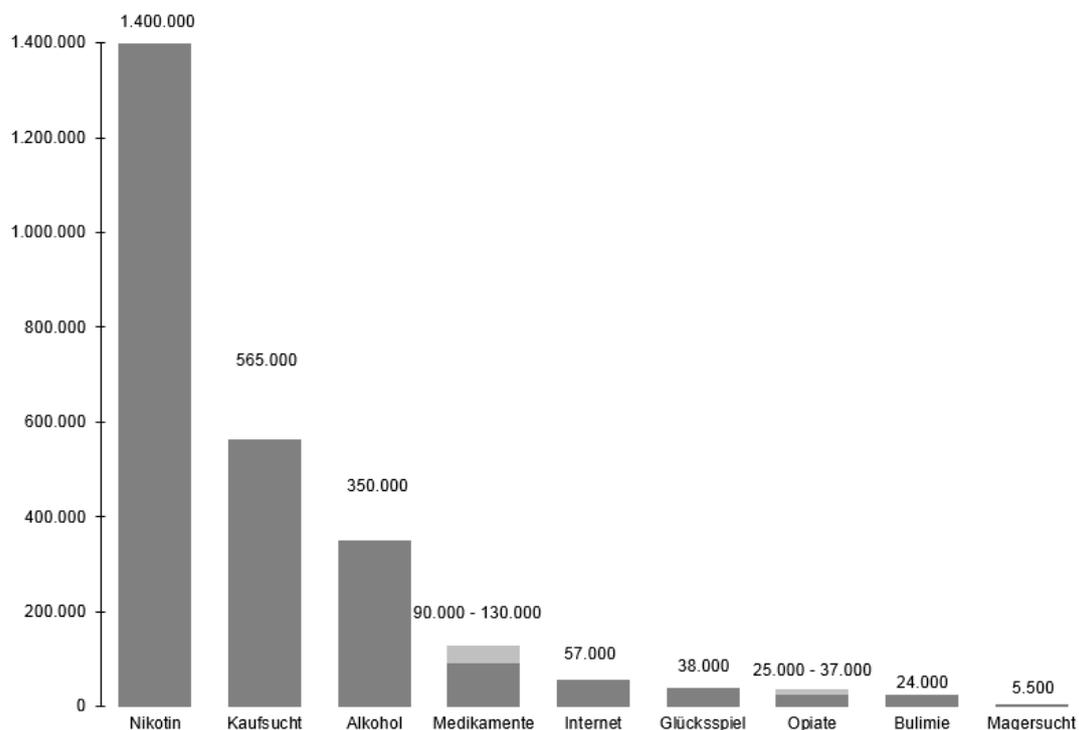


Abb. 2.1: Abhängigkeit in Österreich 2013, Quellen:siehe Beschreibung unten

Nikotin: die Zahlen zur Abhängigkeit von Nikotin sind hier nach der Publikation von Schoberberger und Kunze (1999) angegeben. Demnach ist bei 70% der RaucherInnen eine geringe (33%) bzw. eine starke (37%) Nikotinabhängigkeit nachzuweisen. Basis für diese Zahl ist der Fagerströmtest (siehe Anhang, Kap. 6.5) (Schoberberger und Kunze, 1999, S.29ff.). Berechnungsgrundlage ist weiters die „Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008“ von Uhl u. a. (2009b), in der 28% der über 15-jährigen angaben täglich zu rauchen - das ergibt hochgerechnet auf die österreichische Bevölkerung 2,0 Mio. tägliche RaucherInnen.

Es soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Angaben über den Anteil der Abhängigen RaucherInnen in der Forschung stark schwanken. „Je nach angewandtem Frageninventar (Fagerström-Test oder DSM-IV)

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

sind etwa 17-85% der Raucher stark abhängig.“ (Haustein und Groneburg, 2008)

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

Alkohol: Nach Uhl u. a. (2009b) 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. 350.000 AlkoholikerInnen, für Oberösterreich sind das rund 60.000 Personen. Der Anteil der Alkoholabhängigen unter den Männern ist etwa dreimal so hoch, als jener der Frauen: 2,5 % der Frauen und 7,5 % der Männer werden als abhängig von der Droge Alkohol eingeschätzt.

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

Es „zeigte sich, dass nach den WHO-Kriterien Dosissteigerung, Gewöhnungseffekt, Entzugssymptomatik, 90.000 - 130.000 Österreicher medikamentenabhängig sind, davon 20.000 - 40.000 von mehr als einem Medikament. Folgende Substanzgruppen waren betroffen und galten als suchtmachend. Hypnotika, Tranquillizer, 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, 2003, S. 65)

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

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 und bisher einzige 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 u. a., 2011)

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

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

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

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

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

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

Opiate: Quelle: Weigl u. a. (2010, 28ff), Weigl u. a. (2013, 28ff). Die Schätzung wurde mit dem Capture-Recapture Verfahren (Samples: Substitutionsbehandlungen und Anzeigen) durchgeführt. Die Schätzung ergibt einen Anstieg in den letzten zehn Jahren. 1994/95 lag die Zahl der problematischen OpiatkonsumentInnen bei etwa 17.000, im Jahr 2001 bei etwa 17.750 (korrigierte Schätzung). Für das Jahr 2004 wurde von ca. 29.600 Personen ausgegangen. (ÖBIG verwendet im Bericht zur Drogensituation den Begriff „problematischer Opiatkonsum“). Aktuell wird von 26.000 bis 34.000 Personen ausgegangen, die einen problematischen Opiatkonsum pflegen. (vgl. Weigl u. a., 2013, S. 30)

Dieser auf den ersten Blick überraschende Anstieg bei den Opiaten wird durch das ÖBIG in erster Linie auf eine Überschätzung zurückgeführt, die methodologisch begründet wird. Bei Substitutionsbehandlungen werden KlientInnen von den behandelnden Ärzten oft nicht abgemeldet, auch wenn sie die Substitutionsbehandlung bereits beendet haben; zudem weisen viele SubstitutionsklientInnen keine problematischen Konsummuster mehr auf. (vgl. ÖBIG, 2003, 21ff)

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

Frauen sind bei den problematischen KonsumentInnen unterproportional vertreten. „Hinsichtlich des Geschlechts ergeben die Prävalenzschätzungen für das Jahr 2009 wie auch in den Vorjahren ein Verhältnis von Männern zu Frauen von etwa 4:1.“ (Weigl u. a., 2010, S. 29)

Setzt man die Prävalenzschätzungen von 2009 in Bezug zu anderen Daten, so kommt man zu folgenden Aussagen:

- „Zwischen 27 und 52 Prozent der Personen mit problematischem Drogenkonsum (mit Beteiligung von Opiaten) befanden sich 2009 in Substitutionsbehandlung (unter der Annahme, dass sich im Jahr 2009 etwa 10.000 bis 13.000 Personen in Substitutionsbehandlung befanden);
- Zwischen 0,5 und 0,7 Prozent der Personen mit problematischem Drogenkonsum (mit Beteiligung von Opiaten) verstarben 2009 an einer Überdosierung (186 suchtgiftbezogene Todesfälle mit Beteiligung von Opiaten bzw. unbekannter Art).
- Zwischen 11 und 17 Prozent der Personen mit problematischem Drogenkonsum (mit Beteiligung von Opiaten) wurden im Jahr 2009 nach dem SMG angezeigt (4.180 Personen).“ (Weigl u. a., 2010, 29f)

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

3 diverse Suchtspezifika

3.1 Alkohol

Aktuell trinken die 15- bis 99-jährigen ÖsterreicherInnen 12,2 Liter reinen Alkohol pro Person, das sind 26,5 Gramm Reinalkohol pro Tag. (Uhl u. a., 2013, S.51) Diese Menge entspricht rund 480 Halben Bier bzw. 480 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.

Die der Interpretation dieser Zahlen sollte sehr vorsichtig erfolgen. So ist in den letzten Jahren eine erhöhte Sensibilität der Öffentlichkeit für Alkoholintoxikationen von Jugendlichen zu beobachten (Schlagwort: „Komasaufen“). Denkbar ist, dass dadurch einerseits mehr alkoholisierte Jugendliche (und Erwachsene) ins Behandlungssystem zugewiesen werden und andererseits bei ins Spital eingelieferten häufiger eine alkoholbezogene Diagnose gestellt wird. Aus beiden Gründen muss angenommen werden, dass die Daten weit stärker ansteigen als die Problematik tatsächlich zunimmt. (Starzer u. a., 2010, 34f)

Das aktuelle Geschlechterverhältnis beträgt im Jahr 2013 2,3:1 (männlich:weiblich) und hat sich im Vergleich zu 2001 kaum verändert.

Bei der Auswertung über das Alter ist zu erkennen, dass besonders Jugendliche im Alter von 16 und 17 Jahren stärker als der Durchschnitt der Bevölkerung gefährdet sind. 2011 wurde 317-mal die Diagnosen „akuter Alkoholmissbrauch“ bei oberösterreichischen Jugendlichen (im Alter von 16-17 Jahren) in öffentlichen Spitälern in Oberösterreich gestellt. Das bedeutet, auf 1000 oberösterreichische Jugendliche in diesem Alter entfallen mehr als 9 Einlieferungen. Dies ist, verglichen mit anderen Altersgruppen der höchste Wert.

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

Bei einer Auswertung von Daten der OÖ Gebietskrankenkasse kommen Bencic und 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

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

3.1 Alkohol

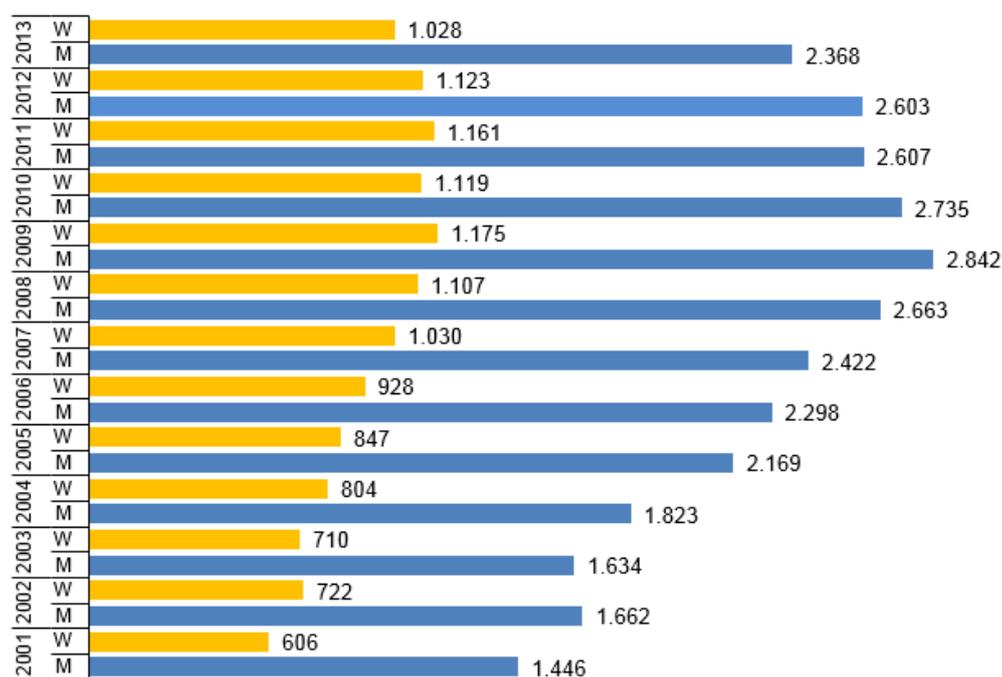


Abb. 3.1: akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2001 - 2013, Quelle: LKF-Daten 2013, eigene Auswertung

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

Betrachtet man die absoluten Zahlen des Diagnoseclusters „akuter Alkoholmissbrauch“ (siehe Spalte „Entlassungen bei akutem Alkoholmissbrauch“ unten) so wird ersichtlich, dass von den gesamten 3.396 Diagnosen im Jahr 2013 in Oberösterreich „nur“ 452 bei Kindern und Jugendlichen (0-17 Jahre) gestellt wurden. Das entspricht 13 % der Diagnosen. Demgemäß wurden beinahe 9 von 10 (87 % bzw. 2.944) der Diagnosen von „akutem Alkoholmissbrauch“ bei Erwachsenen konstatiert. Von deren missbräuchlichen Alkoholkonsum wird aber nur sehr selten in den Medien berichtet.

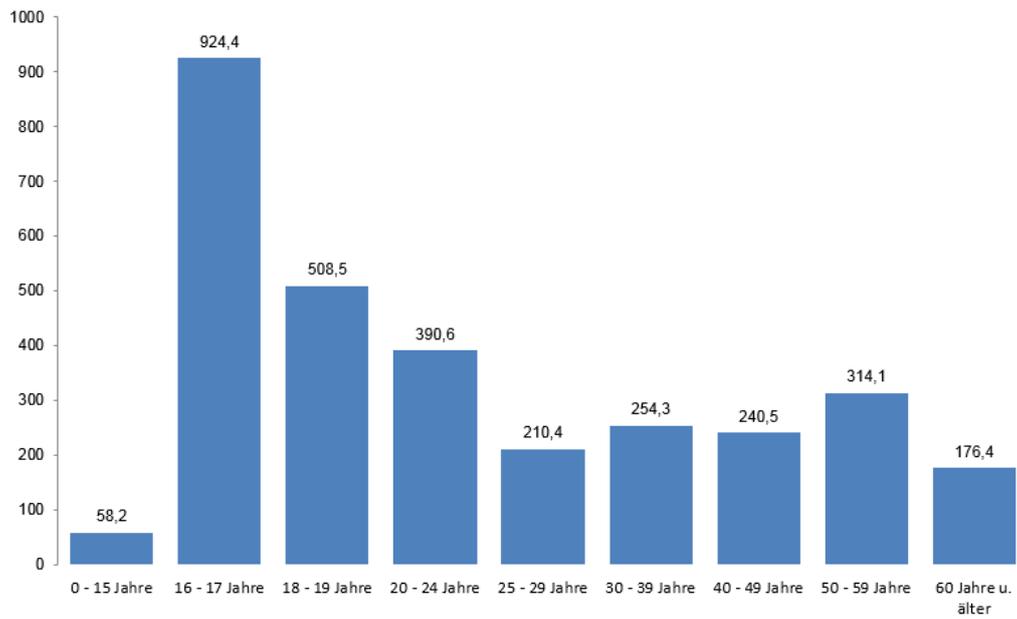


Abb. 3.2: akuter Alkoholmissbrauch in ÖÖ 2013 nach Alter, Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie, Quelle: LKF-Daten 2013, eigene Berechnung

3.1 Alkohol

Tab. 3.1: Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch (F10.0, F10.1, T51) 2013 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	67	46	0,7	117.986	56,8
	W	67	85	1,3	112.263	59,7
16 - 17 Jahre	M	186	131	0,7	17.628	1.055,1
	W	132	82	0,6	16.774	786,9
18 - 19 Jahre	M	138	141	1,0	18.597	742,1
	W	45	83	1,8	17.390	258,8
20 - 24 Jahre	M	250	581	2,3	45.944	544,1
	W	97	199	2,1	42.905	226,1
25 - 29 Jahre	M	142	518	3,7	45.821	309,9
	W	48	202	4,2	44.501	107,9
30 - 39 Jahre	M	301	1.294	4,3	90.992	330,8
	W	155	833	5,4	88.290	175,6
40 - 49 Jahre	M	378	1.932	5,1	115.398	327,6
	W	171	893	5,2	112.851	151,5
50 - 59 Jahre	M	467	3.667	7,9	102.677	454,8
	W	176	1.050	6,0	102.016	172,5
60 Jahre u. älter	M	439	2.780	6,3	143.391	306,2
	W	137	1.022	7,5	183.074	74,8
Oberösterreich	M	2.368	11.090	4,7	698.434	339,0
	W	1.028	4.449	4,3	720.064	142,8
Gesamt		3.396	15.539	4,6	1.418.498	239,4

3.1.2 Alkoholabhängigkeit

Das Geschlechterverhältnis der Alkoholabhängigkeit² verschob sich in den letzten Jahren in Oberösterreich von knapp 3,5:1 auf 2,6:1 (männlich:weiblich). Dies entspricht auch dem Bundestrend. Trotz einer Verschiebung des Geschlechterverhältnisses zu Ungunsten der Frauen, entfallen im Jahr 2013 „nur“ 28 % dieser Diagnosen auf Frauen.

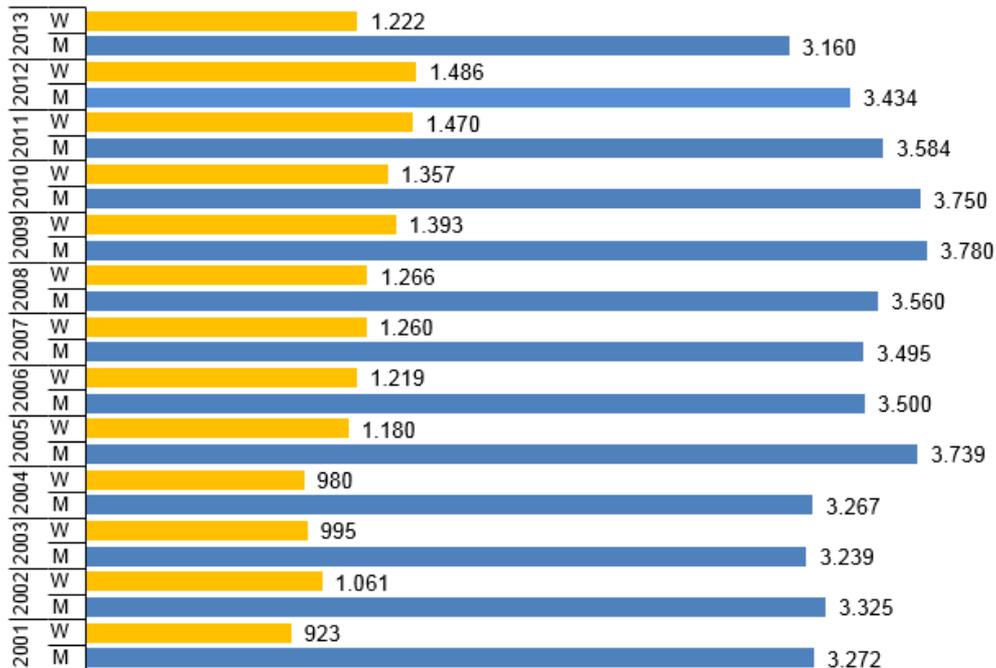


Abb. 3.3: Alkoholabhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 2001-2013, Quelle: LKF-Daten 2013, eigene Berechnung

Die Behandlung wegen Alkoholabhängigkeit steigt bis zu den Altersgruppen der 50 bis 59-Jährigen kontinuierlich an. (Die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit benötigt in der Regel jahrelangen missbräuchlichen Alkoholkonsum.) Die höchste Zahl der Abhängigkeitsdiagnosen ist in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen zu finden: Mehr als 6 Diagnosen pro 1.000 EinwohnerInnen entfielen 2013 auf diese Altersgruppe.

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

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

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

3.1 Alkohol

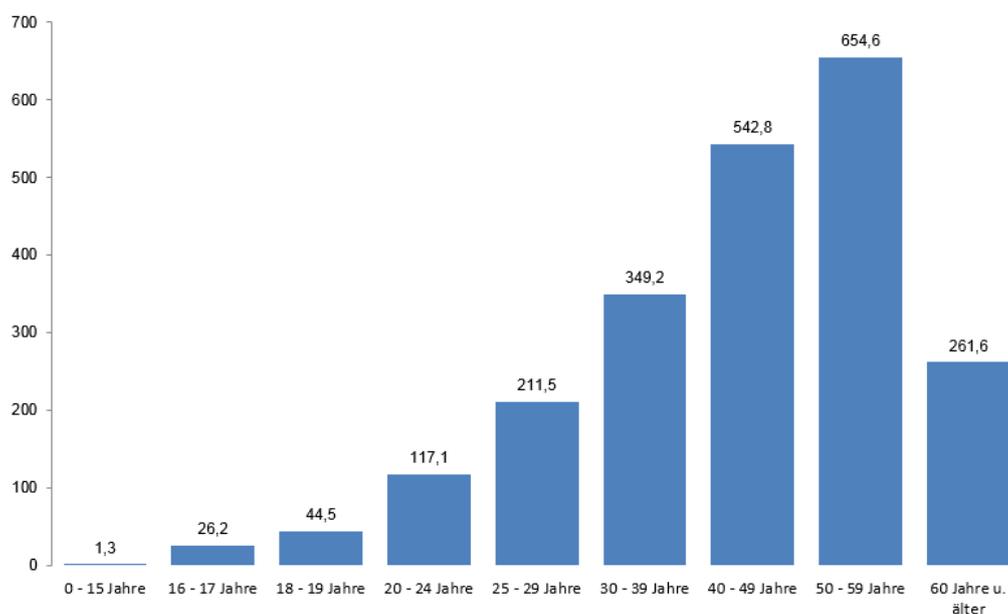


Abb. 3.4: Alkoholabhängigkeit nach Alter in OÖ 2013, Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie.
Quelle: LKF-Daten 2013, eigene Berechnung

Tab. 3.2: Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit 2013 nach Altersgruppen (Fälle)

Altersgruppen	Geschlecht	Entlassungen bei Alkoholabhängigkeit	Belagstage bei Alkoholabhängigkeit	Belagsdauer in Tagen	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 Einwohner
0 - 15 Jahre	M	1	0	0,0	117.986	0,8
	W	2	1	0,5	112.263	1,8
16 - 17 Jahre	M	6	65	10,8	17.628	34,0
	W	3	0	0,0	16.774	17,9
18 - 19 Jahre	M	11	129	11,7	18.597	59,1
	W	5	26	5,2	17.390	28,8
20 - 24 Jahre	M	77	810	10,5	45.944	167,6
	W	27	345	12,8	42.905	62,9
25 - 29 Jahre	M	153	1.963	12,8	45.821	333,9
	W	38	495	13,0	44.501	85,4
30 - 39 Jahre	M	439	5.545	12,6	90.992	482,5
	W	187	1.880	10,1	88.290	211,8
40 - 49 Jahre	M	884	11.585	13,1	115.398	766,0
	W	355	4.180	11,8	112.851	314,6
50 - 59 Jahre	M	979	13.015	13,3	102.677	953,5
	W	361	4.487	12,4	102.016	353,9
60 Jahre u. älter	M	610	6.890	11,3	143.391	425,4
	W	244	2.826	11,6	183.074	133,3
Oberösterreich	M	3.160	40.002	12,7	698.434	452,4
	W	1.222	14.240	11,7	720.064	169,7
Gesamt		4.382	54.242	12,4	1.418.498	308,9

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 u. a. (2009a, S. 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.

11,9 % der ab-15-jährigen österreichischen Bevölkerung pflegt einen solchen gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum. Sie sind jedoch (noch) nicht als alkoholabhängig im Sinne von gängigen klinischen Diagnosekriterien zu bezeichnen. Der Anteil unter den Männern ist beinahe doppelt so hoch, als jener unter den Frauen: 8 % der Frauen und 15,9 % der Männer konsumieren Alkohol in diesem Ausmaß. (Uhl u. a., 2009b, S. 15)

Werden hier noch die geschätzten 5 % Alkoholabhängigen (2,5 % der Frauen und 7,5 % der Männer) hinzu gerechnet, so wird ersichtlich, dass 16,9 % der ab-15-jährigen ÖsterreicherInnen (10,5 % der Frauen und 23,4 % der Männer) einen absolut problematischen Alkoholkonsum pflegen.

3.1.4 Alkoholkonsum von SchülerInnen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung (Ramelow u. a., 2011) von österreichischen SchülerInnen im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren dargestellt. Es handelt sich hierbei um die zuletzt veröffentlichten Daten im Rahmen des WHO Survey HBSC (Health Behavior of Schoolaged Children) aus dem Jahre 2010.

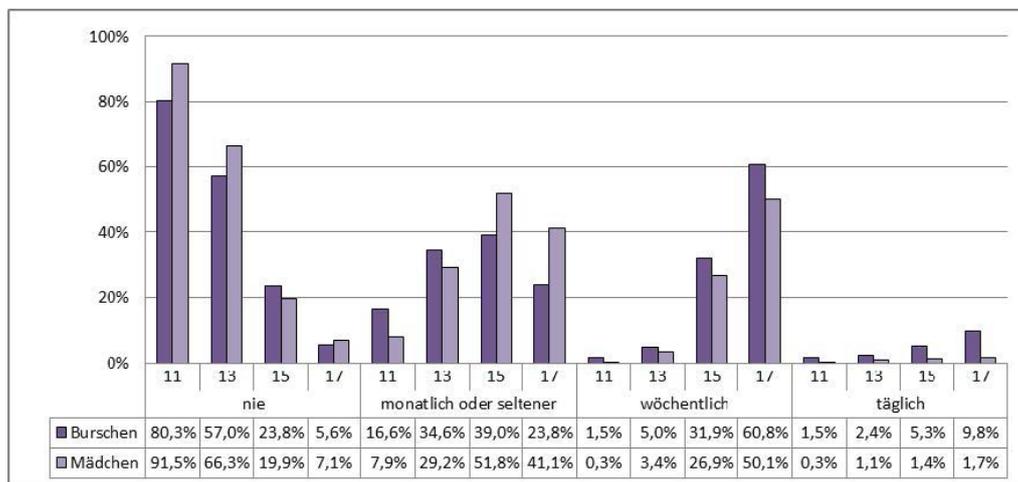


Abb. 3.5: Regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens ein alkoholisches Getränk wöchentlich oder öfter) von 11-, 13-, 15- und 17-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht, Quelle: Ramelow u. a. (2011, S.45)

Ein Viertel (25,1%) der befragten SchülerInnen trinkt mindestens einmal proWoche (jedeWoche bzw. täglich) Alkohol. Dies ist bei Burschen (28,7%) häufiger der Fall als bei Mädchen (21,7%). Erwartungsgemäß nimmt der wöchentliche und tägliche Alkoholkonsum mit dem Alter deutlich zu, wobei hier in allen Altersgruppen mehr Burschen als Mädchen Alkohol trinken.

Die Trendanalyse des mindestens wöchentlichen (wöchentlichen und täglichen) Alkoholkonsums der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen ergibt folgendes Bild:

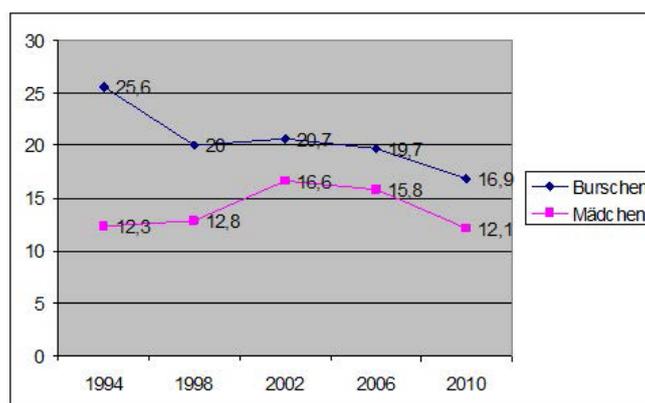


Abb. 3.6: mindestens wöchentlicher Alkoholkonsum der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Geschlecht, Quelle: Ramelow u. a. (2011, S.88)

Der mindestens wöchentliche Alkoholkonsum der Burschen ist seit 1994 von 25,6 % auf 16,9 % im Jahr

2010 gesunken. Bei den Mädchen ist der mindestens wöchentliche Alkoholkonsum nach einem Anstieg 2002 und 2006 im Jahr 2010 mit 12,1 % wieder auf den Stand der 1990er Jahre gesunken und somit verglichen mit den 1990er Jahren beinahe unverändert. Der Geschlechterunterschied hat sich von 1994 bis 2002 verringert und ist seither etwa gleich geblieben.

Bei Betrachtung des mindestens wöchentlichen Alkoholkonsums seit 1994 nach Alter, wird ersichtlich, dass dieser vor allem bei den jüngeren SchülerInnen zurückgeht:

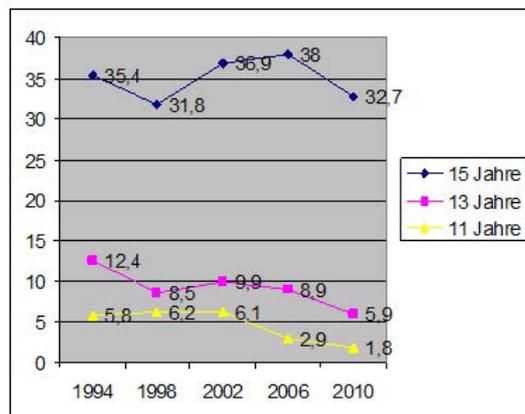


Abb. 3.7: mindestens wöchentlicher Alkoholkonsum der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter, Quellen: Ramelow u. a. (2011, S.139)

Seit 1994 ist der wöchentliche Alkoholkonsum der 11- als auch der 13-Jährigen deutlich rückläufig. Bei den 15-Jährigen ist der wöchentliche Alkoholkonsum nach einem leichten Anstieg in den Jahren 2002 und 2006 wieder auf den Stand der 1990er Jahre gesunken.

3.2 Tabak

3.2.1 Prävalenz des Tabakkonsums in Oberösterreich

Zur Darstellung der Prävalenz des Tabakkonsums in Oberösterreich werden Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung OÖ aus den Jahren 2000, 2003, 2006 und 2009 präsentiert, die im Rahmen des Projektes „Drogenmonitoring OÖ“ durchgeführt wurde³, sowie Ergebnisse des internationalen HBSC-Forschungsprojekts, der „Österreichweiten Repräsentativerhebung zum Substanzgebrauch“ und der Daten der „Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung“ (LKF).

Nimmt man die GelegenheitsraucherInnen und täglichen RaucherInnen des Drogenmonitorings 2009 zusammen, ergibt sich ein RaucherInnenanteil von 37%. 63% der Befragten bezeichneten sich als „absolute NichtraucherInnen“.⁴

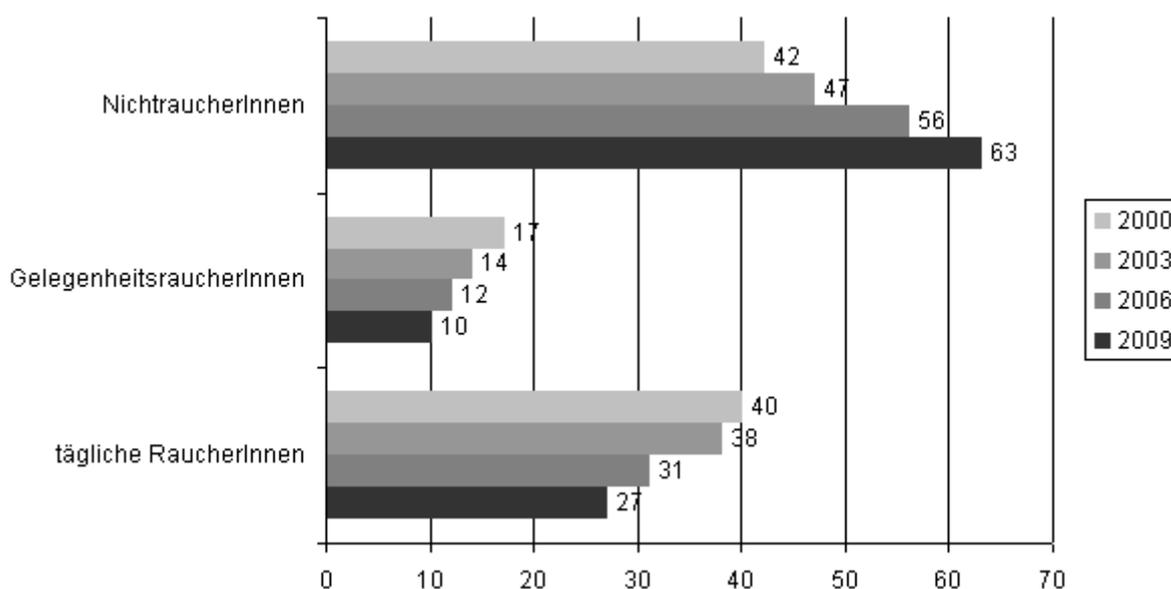


Abb. 3.8: RaucherInnenprävalenz Oberösterreich (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2000, 2003, 2006, 2009, Alter 15+

Im Vergleich zu den Befragungen im Jahr 2000, 2003 und 2006 weisen die Angaben der Befragung 2009

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, S. 21). In Deutschland rauchen ca. 4% der männlichen Tabakkonsumente Zigarren oder Zigarillos bzw. Pfeife, von den weiblichen sind es lediglich 0,4% bzw. 0,2%. (Junge und Nagel, 1999, S. 23) Zur Erhebung der RaucherInnenprävalenz und RaucherInnenstatus: Um die Vergleichbarkeit mit der Ersterhebung 2000 und Folgeerhebung 2003 zu gewährleisten, wurden die Fragen zur Prävalenz des Tabakkonsums und weiterer Fragestellungen gleich lautend übernommen, obwohl z. B. bei den täglichen RaucherInnen die Formulierungen „bin ein durchschnittlicher Raucher“ und „bin ein starker Raucher“ präziser formuliert werden könnten. Zusätzlich wurden für die Folgebefragungen 2003, 2006 und 2009 weitere Fragen entwickelt bzw. von anderen internationalen Untersuchungen übernommen oder adaptiert, z. B. aus Riemann und Gerber (1997).

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

auf einen weiteren Rückgang der Raucherquote hin. Im Jahr 2000 gaben insgesamt 57% an zu rauchen, 2003 erreichte der Anteil der RaucherInnen 52%, 2006 43% und 2009 gaben 37% der Befragten an zu rauchen. Im Jahr 2000 gaben 40% an täglich zu rauchen, 2003 erreichte dieser Wert 38%, 2006 31% und 2009 gaben 27% der Befragten täglichen Zigarettenkonsum an. Der Nichtraucheranteil stieg in diesem Zeitraum um 21% von 42% im Jahr 2000 auf 63% im Jahr 2009 an.

Rauchen, Geschlecht und Alter

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

Tab. 3.4: Verteilung RaucherInnenstatus nach Geschlecht (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2009, Alter 15+, N=1547

Geschlecht	Nicht-RaucherInnen	Gelegenheits - RaucherInnen	tägliche RaucherInnen
M	59,7	10,1	30,0
W	65,5	9,4	24,7
Gesamt	62,5	9,8	27,4

Insgesamt rauchen mehr Männer als Frauen (40,1%: 34,1%) und sie rauchen häufiger (tägliches Rauchen: 30,0%: 24,7%). Die geschlechtbezogene Altersverteilung zeigt weiters, dass die höchsten Raucheranteile in der Gruppen der jungen Männer zwischen 15 und 29 Jahren erreicht werden. Am häufigsten konsumieren die 15- bis 19-jährigen Männer (59,1% Raucher insgesamt, bei 44,3% täglichen Rauchern), gefolgt von der Gruppe der 20- bis 24-jährigen Männer (56,9% Raucher insgesamt, bei 41,4% täglichen Rauchern).

Etwas mehr als die Hälfte der 15- bis 19-jährigen Frauen (50,8%) rauchen, 30,5% sind in dieser Altersgruppe tägliche Raucherinnen. Die jungen erwachsenen Frauen (20 bis 24 Jahre) kommen auf 43,9% Raucherinnenanteil und 31,6% täglichen Raucherinnen. Bei den Frauen rauchen die 25- bis 29-Jährigen mit insgesamt 53,6% Raucherinnen und 42,4% täglichen Raucherinnen am häufigsten.

Der Durchschnittskonsum der täglichen RaucherInnen liegt bei 16,3 Zigaretten pro Tag, wobei Männer im Durchschnitt mehr rauchen als Frauen (Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2009).

Die Ergebnisse der „Österreichweiten Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch“ aus dem Jahr 2008 sind, trotz unterschiedlicher Erhebungsmethoden, den Daten aus dem Drogenmonitoring OÖ 2009 sehr ähnlich. Insgesamt gaben bei dieser Studie 38% der ÖsterreicherInnen an zu rauchen (inklusive GelegenheitsraucherInnen), wobei der Anteil bei Frauen (34%) deutlich unter jenem der Männer (43%) liegt. 31% der Männer und 26% der Frauen gaben an, täglich zu rauchen, das sind insgesamt 28% tägliche RaucherInnen. (Uhl u. a., 2009b, S. 39)

3.2.2 Tabakkonsum von SchülerInnen

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

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

dokumentiert und international vergleichbar wird.

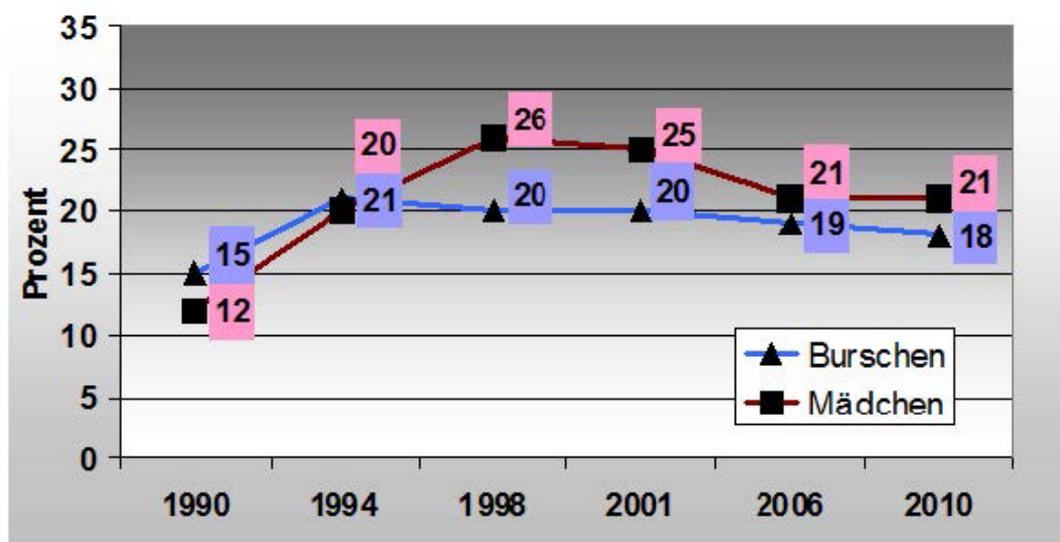


Abb. 3.9: Tabakkonsum der 15-Jährigen: SchülerInnen, die „täglich rauchen“ von 1990 bis 2010 nach Geschlecht, Auswertung Österreich, Quelle: Dür und Griebler (2007, Anhang B, S.2), Ramelow u. a. (2011, Anhang B, S.121)

Zur Beschreibung der RaucherInnenprävalenz der 15-jährigen SchülerInnen soll das tägliche Rauchen dargestellt werden. Abbildung 3.9 gibt einen Einblick in die Entwicklung seit 1990 und zeigt, dass in Österreich in den 1990-er Jahren das tägliche Rauchen bei beiden Geschlechtern stark zugenommen hat. Die größte Zunahme gab es bei den Mädchen. Seit 1998 ist eine leichte Abnahme bei beiden Geschlechtern zu verzeichnen, die im internationalen Vergleich noch immer eine der höchsten RaucherInnenquoten darstellen.

3.2.3 NichtraucherInnenschutz und Passivrauchen in Oberösterreich

NichtraucherInnenschutz kann als eines der zentralen Ziele der Tabakpolitik bezeichnet werden, da dem Schutz vor Schädigung von NichtkonsumentInnen bei jedem Substanzkonsum „oberste Priorität“ zukommt (siehe zum Beispiel Alkohol im Straßenverkehr). Nachfolgend werden Ergebnisse des zum NichtraucherInnenschutz und Passivrauchen⁵ im Bereich der eigenen Wohnung und des Arbeitsplatzes, sowie eine Gesamttagesbelastung durch Passivrauchen dargestellt.⁶

1) Passivrauchen in der Wohnung

22,4% der Befragten geben an, dass in ihrer Wohnung geraucht wird (regelmäßig 13,5%, in Ausnahmefällen 8,9%). Hochgerechnet wird demnach in 120.000 Haushalten in Oberösterreich in Innenräumen geraucht. (siehe Abbildung 3.10)

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

⁶ Die entsprechenden Fragen zum NichtraucherInnenschutz und Passivrauchen wurden in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gesundheitsplanung entwickelt und erstmalig im Drogenmonitoring OÖ 2009 abgefragt

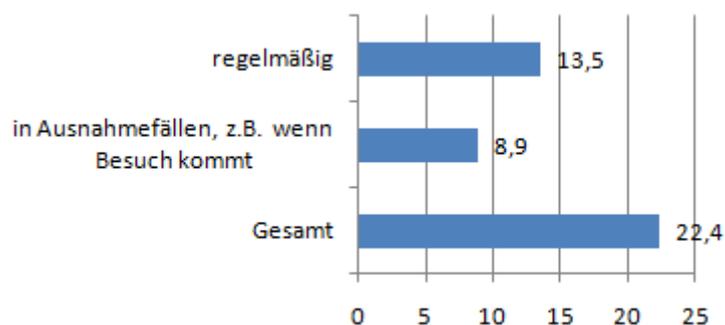


Abb. 3.10: Rauchbelastung in der eigenen Wohnung (in Prozent), Quelle Bevölkerungsbefragung OÖ 2009, Alter 15+, N=1547

2) Passivrauchbelastung und von Kindern und Jugendlichen in der Wohnung

Besonderen Schutz vor Passivrauchen sollte Kinder und Jugendlichen zukommen. Laut den Ergebnissen aus dem Drogenmonitoring 2009 sind in 18% der Haushalte in denen Kinder und Jugendliche leben durch Passivrauchen belastet (9% regelmäßig, 9% in Ausnahmefällen z.B. wenn Besuch kommt). Hochgerechnet auf alle Haushalte würde das bedeuten, dass in insgesamt 5,4% der oberösterreichischen Haushalte Minderjährige durch Passivrauch belastet sind.

Hochgerechnet auf die Bevölkerung leben damit rund 21.000 Kinder und Jugendliche in OÖ, in einem Haushalt, in dem regelmäßig geraucht wird. Weitere 22.000 Minderjährige in OÖ, leben in einem Haushalt, in dem in Ausnahmefällen geraucht wird. In Summe sind das rund 43.000 Kinder und Jugendliche die einer Passivrauchbelastung in ihrem Zuhause ausgesetzt sind. Das sind 15,2% aller Minderjährigen in OÖ.

3) Passivrauchen am Arbeitsplatz

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

Bei der Frage wie das Thema Rauchen an der Arbeitsstelle geregelt ist gaben 47,4% der Befragten, die ihre Arbeitszeit überwiegend in Innenräumen verbringen, an, dass an ihrer Arbeitsstelle nirgends geraucht werden darf. 47,3% gaben an, dass an ihrer Arbeitsstelle an bestimmten Orten geraucht werden darf und weitere 4,4% der Befragten berichteten, dass an ihrer Arbeitsstelle überall geraucht werden darf. (siehe Abb. 3.11)

Auf die Frage „Wird an ihrem direkten Arbeitsplatz geraucht?“ gaben immerhin 11,9% der Befragten, die ihre Arbeitszeit überwiegend in Innenräumen verbringen, an, dass dort geraucht wird, und weitere 9,4% das in Ausnahmefällen dort geraucht wird (insgesamt 21,3%). Umgelegt auf die Gesamtbevölkerung sind das insgesamt 11,6%. (siehe Abb. 3.12)

Für den NichtraucherInnenchutz am Arbeitsplatz besonders relevant ist, dass 15,1% der NichtraucherInnen angeben, dass an ihrem direkten Arbeitsplatz (7,8%) bzw. in Ausnahmefällen (7,3%) geraucht wird. Hochgerechnet auf die oberösterreichische Bevölkerung über 15 Jahren sind das rund 113.000 Personen die als NichtraucherInnen von Passivrauchen am Arbeitsplatz betroffen sind.

Die geschlechtsspezifische Auswertung zeigt wieder höhere Belastungen bei den Männern. 25,6% der Männer gaben an, dass an ihrem direkten Arbeitsplatz geraucht wird bzw. in Ausnahmefällen geraucht wird. Bei den Frauen betrug dieser Wert 17,6%.

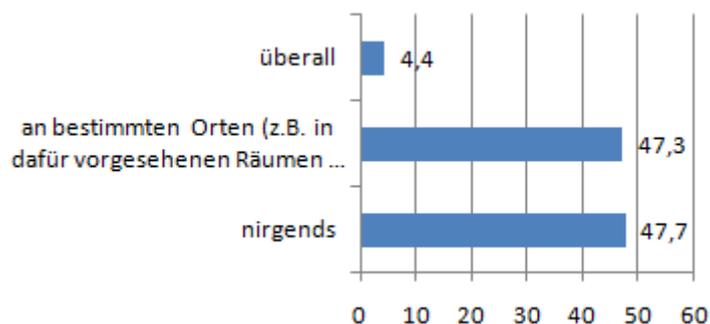


Abb. 3.11: Wo darf an Ihrer Arbeitsstelle offiziell in Innenräumen geraucht werden. (in Prozent), Quelle Bevölkerungsbefragung OÖ 2009, Alter 15+, N=831

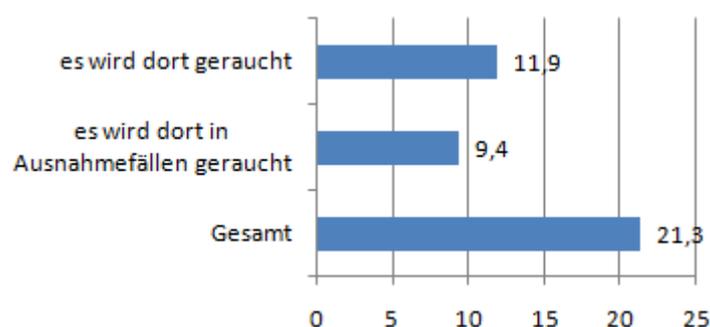


Abb. 3.12: Rauchbelastung am direkten Arbeitsplatz (in Prozent), Quelle Bevölkerungsbefragung OÖ 2009, Alter 15+, N=827

4) Tagesgesamtbelastung durch Passivrauchen

Bei der Frage „Wieviele Stunden haben Sie gestern in Räumen verbracht in denen geraucht wurde?“, gaben 73,7% der NichtraucherInnen an, sich nicht in solchen Räumen aufgehalten zu haben. Immerhin 16,8% der NichtraucherInnen gaben an bis zu 2 Stunden, weitere 5,1% bis zu 5 Stunden und weitere 3,3% über 5 Stunden und mehr in Räumen verbracht zu haben, in denen geraucht wurde. Damit geben 24,2% der NichtraucherInnen an, von Passivrauchen betroffen zu sein, hochgerechnet sind das rund 180.000 OberösterreicherInnen über 15 Jahre. Da sich die Befragung an Personen ab 15 Jahren richtete, sind die Kinder bis 14 Jahren, die Passivrauchen in der elterlichen Wohnung oder anderen Orten ausgesetzt sind, hier nicht berücksichtigt.

Auch hier zeigen sich Unterschiede bei den Geschlechtern. Insgesamt gaben 64,7% der Frauen an sich nicht in Räumen aufgehalten zu haben in denen geraucht wurde, bei den Männern waren das nur 51%.

Zusammenfassend muss von einer Untererhebung der Passivrauchbelastung ausgegangen werden. Die Angaben der Befragten werden einerseits durch soziale Wünschbarkeit beeinflusst, andererseits ist im Alltag eine Passivrauchbelastung vermutlich nicht immer bewusst, in manchen Fällen auch nicht (leicht) erkennbar. In der alltäglichen Wahrnehmung und Deutung werden Passivrauchbelastungen vermutlich mit unmittelbarer Nähe zu RaucherInnen, oder die Anwesenheit von rauchenden Personen im selben Raum eingeordnet. Weiters ist die zeitliche Erfassung des Passivrauchens nicht eindeutig, so kann unterschieden werden, ob Personen in einem Raum anwesend sind in dem gerade geraucht wird bzw. ob Personen sich in einem Raum befinden, in dem vor wenigen Stunden geraucht wurde etc.

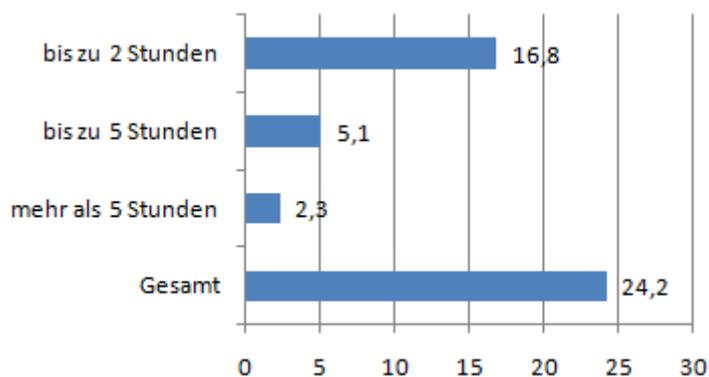


Abb. 3.13: Passivrauchbelastung der NichtraucherInnen pro Tag (in Prozent), Quelle Bevölkerungsbefragung OÖ 2009, Alter 15+, N=967

3.2.4 Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit

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

Nach der Definition des Abhängigkeitssyndroms (siehe Anhang Kap. 6.1) im Rahmen des ICD-10 geht man in der Fachliteratur von 70% - 80% nikotinabhängigen Rauchern aus (vgl. Junge und Thamm, 2003, S. 47). Das wären in absoluten Zahlen ca. 224.000 bis 256.000 nikotinabhängige RaucherInnen in Oberösterreich (Bezugszahl sind die 27% täglichen RaucherInnen der Bevölkerungsbefragung OÖ 2009).

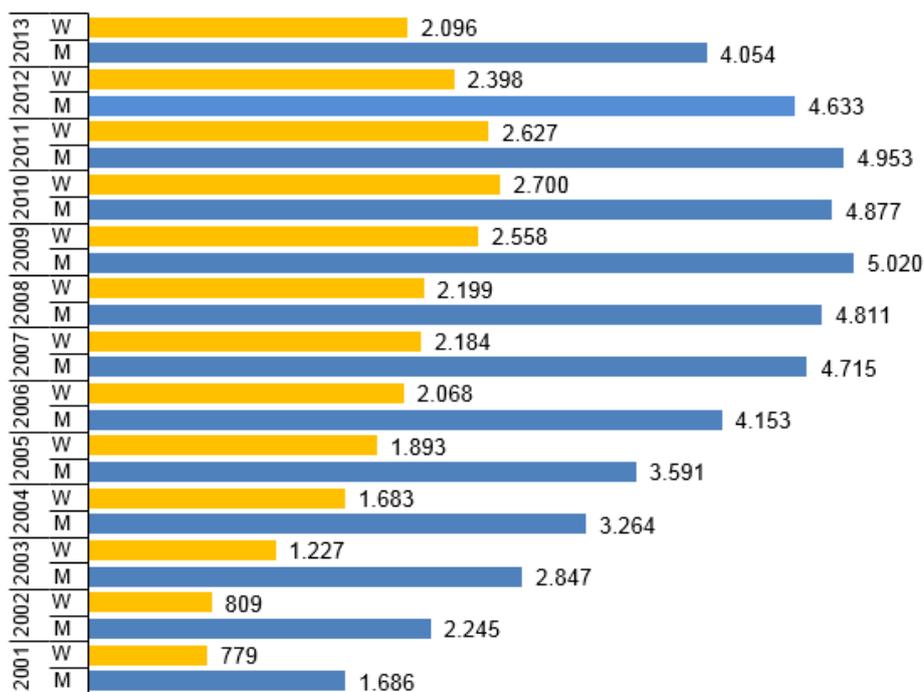


Abb. 3.14: Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 2001-2013, Quelle: LKF-Daten 2013

Die in 3.14 dargestellten Diagnosezahlen zeigen bei „Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit“⁷ einen ähnlichen Altersverlauf wie bei der Alkoholabhängigkeit. Allerdings wird die Diagnose Nikotinabhängigkeit in der Regel erst dann gestellt, wenn ernste körperliche Schädigungen damit einhergehen. Ansonsten entwickeln sich bei Nikotin im Vergleich zu Alkohol wesentlich schneller Merkmale der Abhängigkeit.

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

Zu beachten ist der starke Anstieg der Nikotindiagnosen in den Jahren 2001 bis 2007. Eine plausible und nachvollziehbare Erklärung dafür ist noch ausständig (beispielsweise könnte eine höhere Sensibilität in der Diagnostik gegenüber Nikotinerkrankungen eine Rolle spielen). Ebenso dürfte der Rückgang der Nikotindiagnosen seit dem Jahr 2011 eher mit Effekten der Datenerhebung als mit einem Rückgang der Erkrankungen in Zusammenhang stehen.

3.3 Opiate

Die Konsumerfahrungen mit Opiaten liegt in Oberösterreich bei ca. 1-2%, das sind etwa 12.000 - 24.000 Personen im Alter von über 15 Jahren (Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2009)

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

Zum problematischen Opiatkonsum gibt es aktuelle Schätzungen für Österreich. (siehe Kap. 2)

3.4 Cannabis

Konsumerfahrung: 19,6% der OberösterreicherInnen über 15 Jahre geben an, bereits einmal Cannabisprodukte konsumiert zu haben (Lebenszeitprävalenz), das sind 276.000 Personen (Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2009)

Unter den Jugendlichen im Alter von 15 bis 24 Jahren liegt die Angabe der Konsumerfahrung von Cannabis um einiges höher (26,2%); und sie liegt bei den 20- bis 24-Jährigen immerhin bei ca. 31% dieser Altersgruppe.

Die letzte Befragung im Rahmen des WHO Survey HBSC (Heath Behavior of Schoolaged Children) im Jahr 2010 stellte für die Altersgruppe der 15- bis 17-jährigen SchülerInnen in Österreich fest: „Knapp ein Fünftel (19,6%) der österreichischen Schülerinnen und Schüler haben bereits zumindest einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert, wobei dies bei mehr Burschen (22,1%) als bei Mädchen (17,5%) der Fall ist. 14,4% (Burschen: 17,4%, Mädchen: 11,8%) gaben einen Konsum im letzten Jahr an. Von aktuellem Cannabiskonsum, also in den letzten 30 Tagen, berichten 7,6% (Burschen: 10%, Mädchen: 5,7%). Insgesamt zeigt sich ein deutlich höherer Konsum von Cannabis bei Burschen als bei Mädchen. (3.16)“ (Ramelow u. a., 2011, S. 45)

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

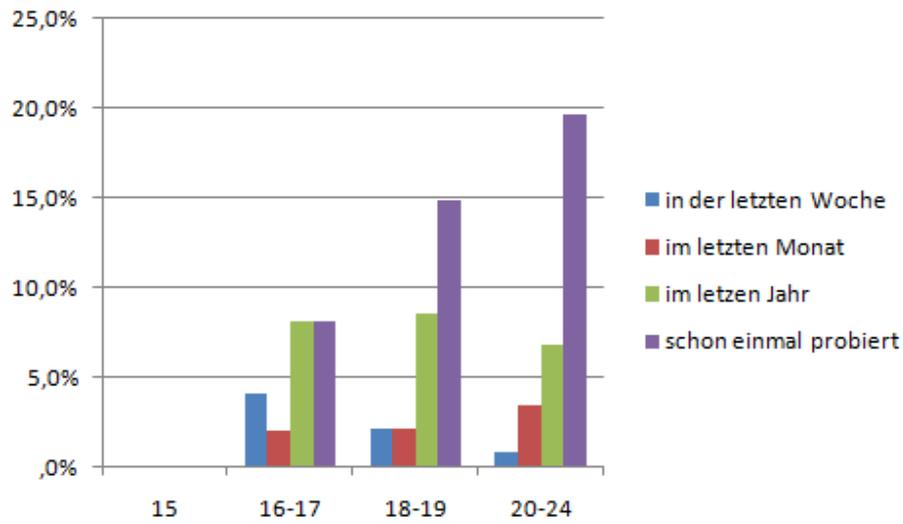


Abb. 3.15: Cannabiskonsum in OÖ, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2009

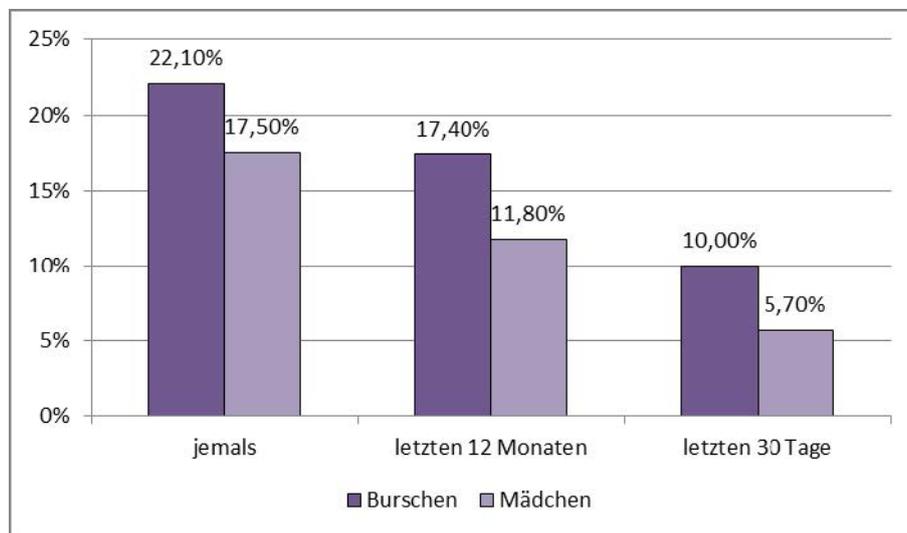


Abb. 3.16: Cannabiskonsum (jemals, letzten 12 Monate, letzten 30 Tage) bei 15- und 17-jährigen jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2010), Quelle: Ramelow u. a. (2011, S. 46)

3.5 weitere Substanzen

Es finden sich eine Reihe von Belegen für die zunehmende Differenzierung des Drogenkonsums. Sowohl im Bereich des Experimentierkonsums als auch beim problematischen Konsum kommt eine Vielzahl von unterschiedlichen Substanzen zur Verwendung. Es bestätigt sich der Trend in Richtung aufputschende Substanzen - insbesondere Kokain, aber auch Amphetamine. Neben dem Preisverfall von Kokain in den letzten Jahren dürften auch gesamtgesellschaftliche Entwicklungen ein Grund dafür sein - vor allem die Suche nach aufputschenden Substanzen als Anpassung

an die sozialen und wirtschaftlichen Anforderungen einer zunehmenden Leistungsgesellschaft. (ÖBIG, 2003, 17ff)

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

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

3.6 Essstörungen

Zur Prävalenz von Essstörungen gibt es in Österreich nur grobe Schätzungen. Gebräuchlich ist eine Anwendung von Ergebnissen deutscher Studien, insbesondere denjenigen von Krüger u. a. (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 2009 wurden in Oberösterreich in den öffentlichen Krankenanstalten 904 Diagnosen zu Essstörungen⁸ gestellt (Quelle: Seyer (2010)).

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 2010 befanden sich die diagnostizierten Essstörungen wieder auf dem Niveau der Jahre 2004 bis 2007. Ob dies der tatsächlichen Problementwicklung folgte, ist schwer zu sagen. Die Veränderungen bei den Diagnosen können auch Ausdruck einer konjunkturellen Thematisierung der Essstörungen in den Medien und im Gesundheitssystem sein, die sich in der Diagnosestellung widerspiegelt. Altersmäßig findet sich die Spitze der behandelten Erkrankungen in der Gruppe der 12- bis 17-Jährigen. Danach sinken die diagnostizierten Essstörungen rapide.

Die Diagnose Essstörung wird nicht nur bei Frauen gestellt, auch bei Männern eine Zunahme festzustellen ist. Das Verhältnis Männer:Frauen liegt im Jahr 2010 bei etwa 1:4.

⁸ Wenn nur die Diagnosen F50.0-1 Anorexia nervosa und F50.2-3 Bulimia nervosa herangezogen werden, waren es im Jahr 2009 516 Diagnosen.

3 diverse Suchtspezifika

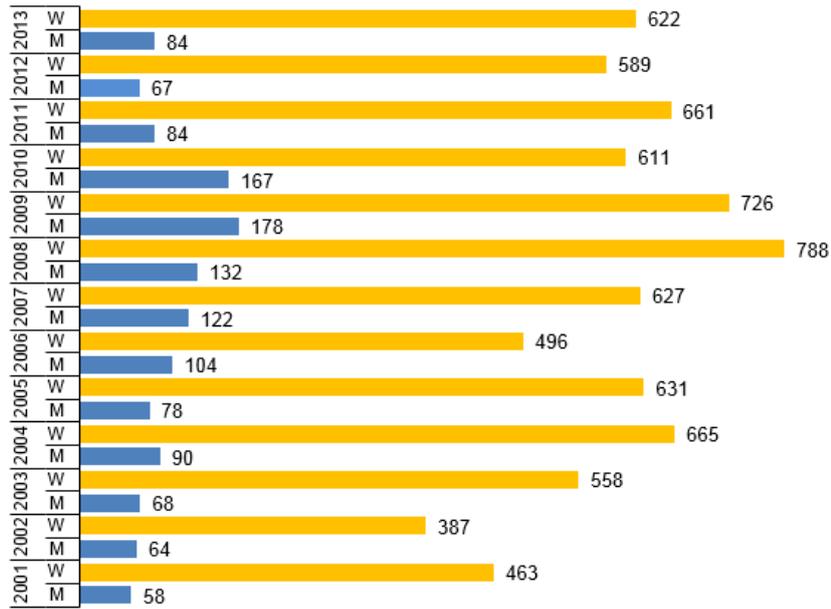


Abb. 3.17: Essstörungen nach Geschlecht in ÖÖ 2001-2013, Quelle: LKF-Daten 2013

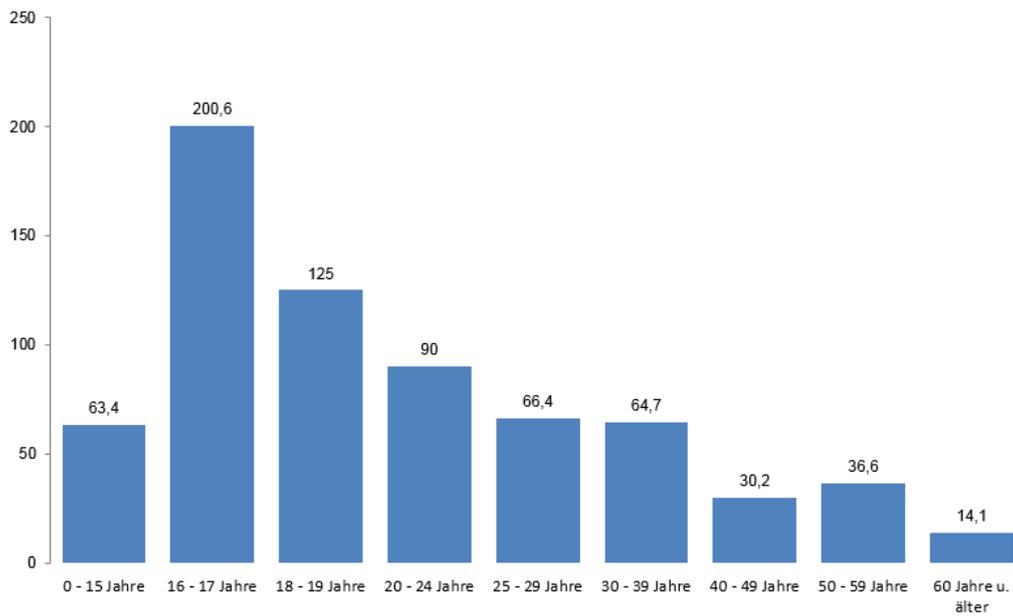


Abb. 3.18: Diagnosen Anorexie und Bulimie nach Alter in ÖÖ 2013, Quelle: LKF-Daten 2013. Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie

3.7 Glücksspiel

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

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

3.8 Kaufsucht

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

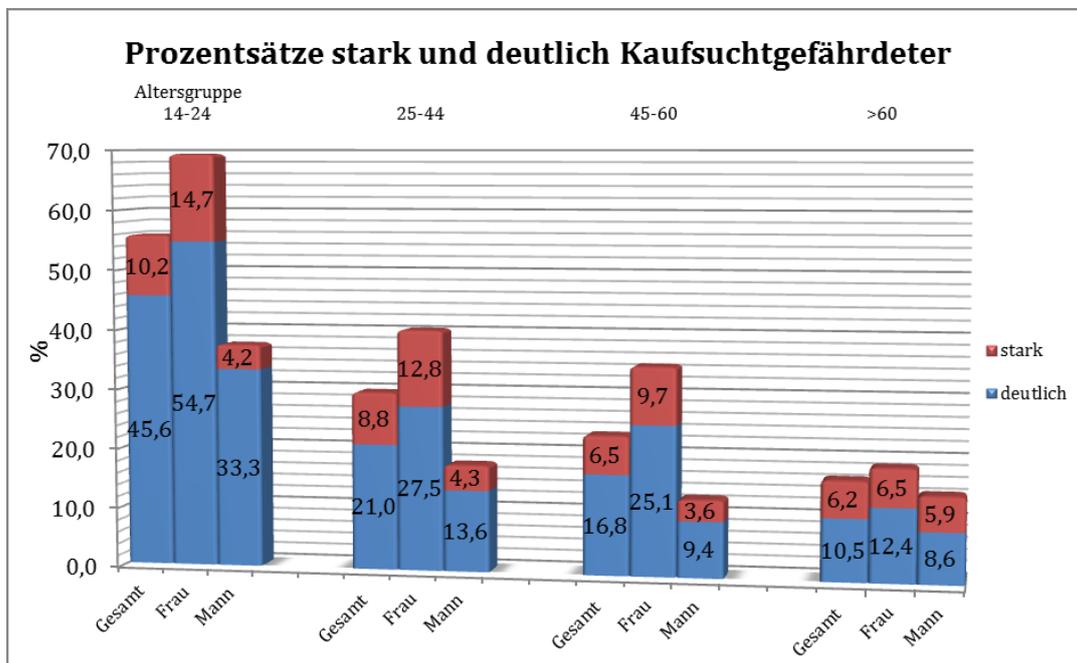


Abb. 3.19: Kaufsuchtgefährdung 2011 nach den Altersgruppen, Geschlecht und Art der Kaufsuchtgefährdung (deutlich – stark) aufgeschlüsselt, Quelle: Kollmann und Kautsch (2011, S.8)

Vergleicht man die Altersgruppen, so wird deutlich, daß insbesondere jüngere Menschen von Kaufsucht betroffen sind. Mit zunehmendem Alter nimmt die Kaufsuchtgefährdung ab. „Wie in früheren Jahren stellt das

Geschlecht auch 2011 einen ganz deutlichen Einflussfaktor dar. Frauen zeigen ganz deutlich höhere Werte bei der Kaufsuchtgefährdung als Männer. [...] Das Geschlechterverhältnis in der Gruppe der Kaufsuchtgefährdeten liegt 2011 bei 69 Prozent Frauen und 31 Prozent Männern.“ Kollmann und Kautsch (2011, S.10)

4 Todesfälle durch Substanzen

4.1 Todesfälle Alkohol, Nikotin, illegalisierte Substanzen

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

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

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

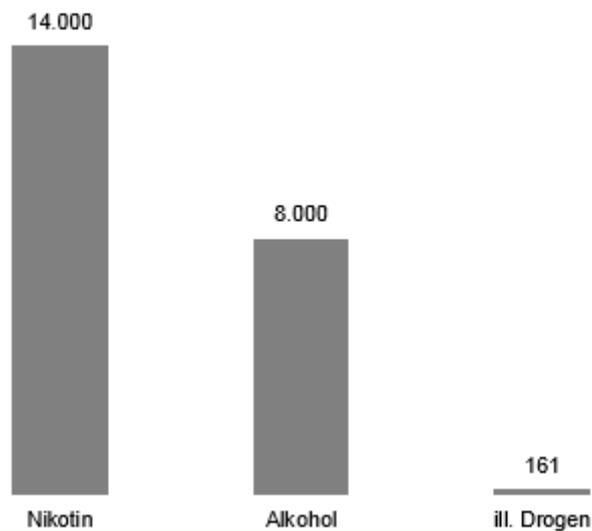


Abb. 4.1: Drogentote in Österreich, Vergleich Alkohol, Nikotin, ill. Drogen, Quelle: Uhl (2002), Weigl u. a. (2013)

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, S. 29).

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

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

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

Die Zahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle insgesamt (direkt und indirekt) lag von 1997 bis 1999 stabil zwischen 160 und 180 und stieg im Jahr 2000 auf 227 Fälle. 2001 (184 Fälle) ging die Anzahl wieder auf das Niveau von vor 2000 zurück, 2004 wurden insgesamt 185, 2005 191 und 2006 197 Fälle auf illegalisierte Drogen bezogene Todesfälle erfasst. (ÖBIG (vgl. 2004, S. 27), ÖBIG (2007), Bodenwinkler, Busch und Wirl (2009)) Für das Jahr 2012 wird von 161 direkt auf eine Überdosierung zurückzuführenden Todesfällen ausgegangen. „Es scheint aber, dass nach einem erkennbaren Anstieg zwischen 2003 und 2006 die Anzahl der tödlichen Überdosierungen langsam zurückgeht. Eine endgültige Trendaussage ist erst mit Vorliegen der Zahlen der nächsten Jahre möglich.“ (Weigl u. a., 2013, S.69)

Langfristig müsste sich die Zahl der Drogenopfer bei einer gleich bleibenden Rate von Opiatabhängigen in Österreich (1%) allerdings auf 800 Tote zubewegen (im Sinne der Nikotin und Alkohol verwendeten Definition des Substanztodes im umfassenden Sinn - STUS3). (vgl. Uhl, 2002, S. 30)

4.1 Todesfälle Alkohol, Nikotin, illegalisierte Substanzen

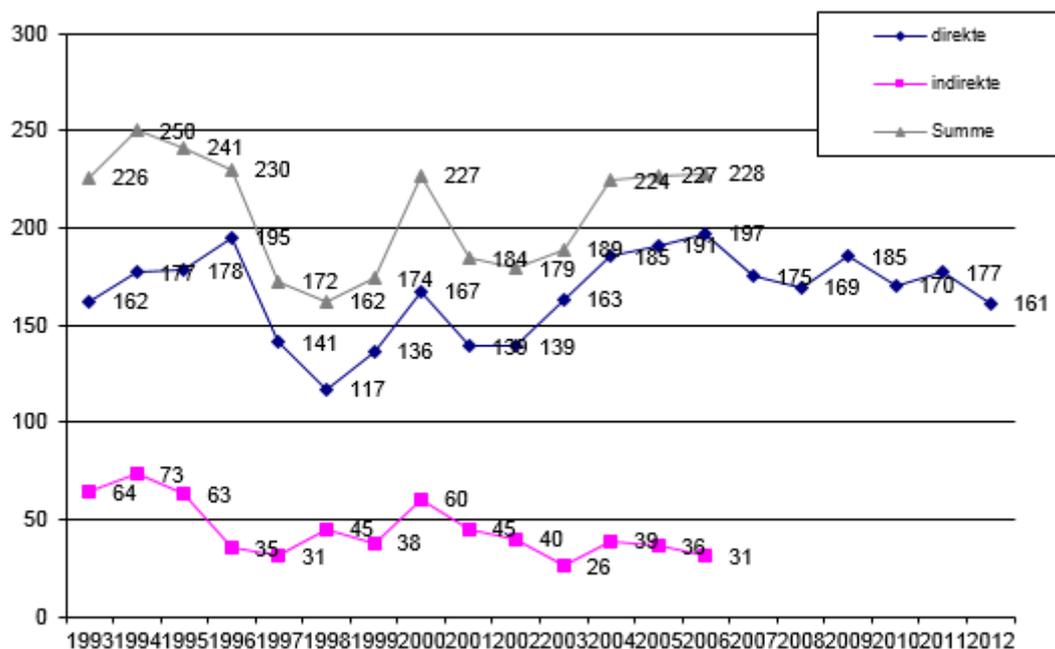


Abb. 4.2: Todesfälle durch ill. Drogen in Österreich, Quelle: Weigl u. a. (2013) (ab 2007 keine Angaben zu den indirekten Todesfällen)

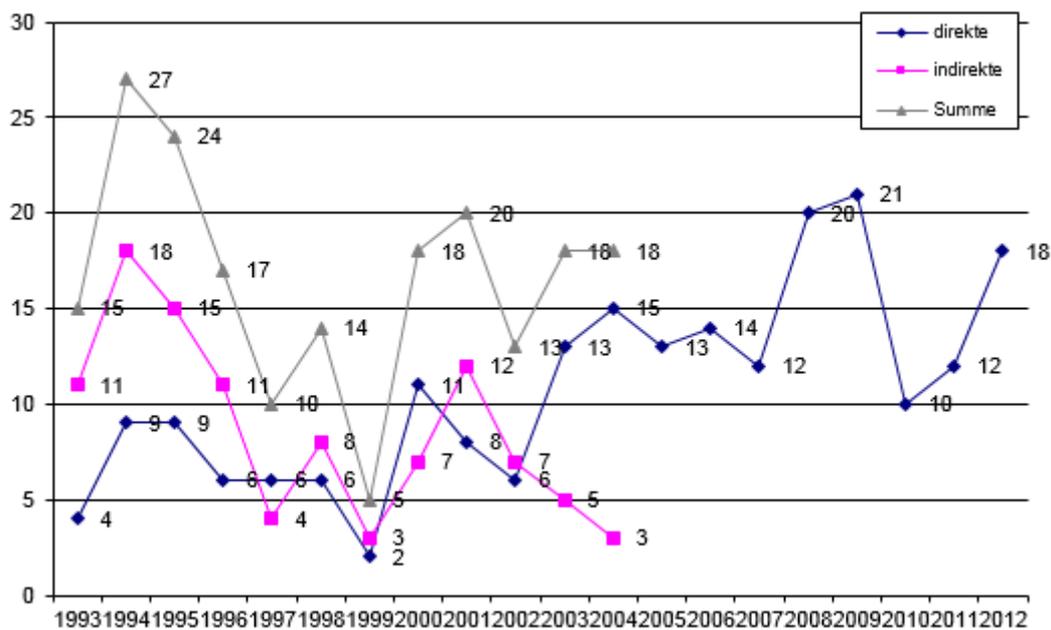


Abb. 4.3: Todesfälle durch ill. Drogen in Oberösterreich, Quelle: Weigl u. a. (2013) (ab 2005 keine Angaben zu den indirekten Todesfällen)

5 Anzeigen und Verurteilungen

Abbildung 5.1: Verbrechensanteil der SMG-Anzeigen in Österreich, Quelle: BMI und Abbildung 5.2: Verbrechensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich, Quelle: BMI (2013) und frühere zeigen deutlich, dass die gesteigerte Tätigkeit der Exekutive

im Bereich der Suchtmittelkriminalität sich insbesondere in einem massiven Ansteigen der Anzeigen im Vergehensbereich niederschlägt. Der Verbrechensanteil an den SMG-Anzeigen bleibt in absoluten Zahlen weitgehend konstant.

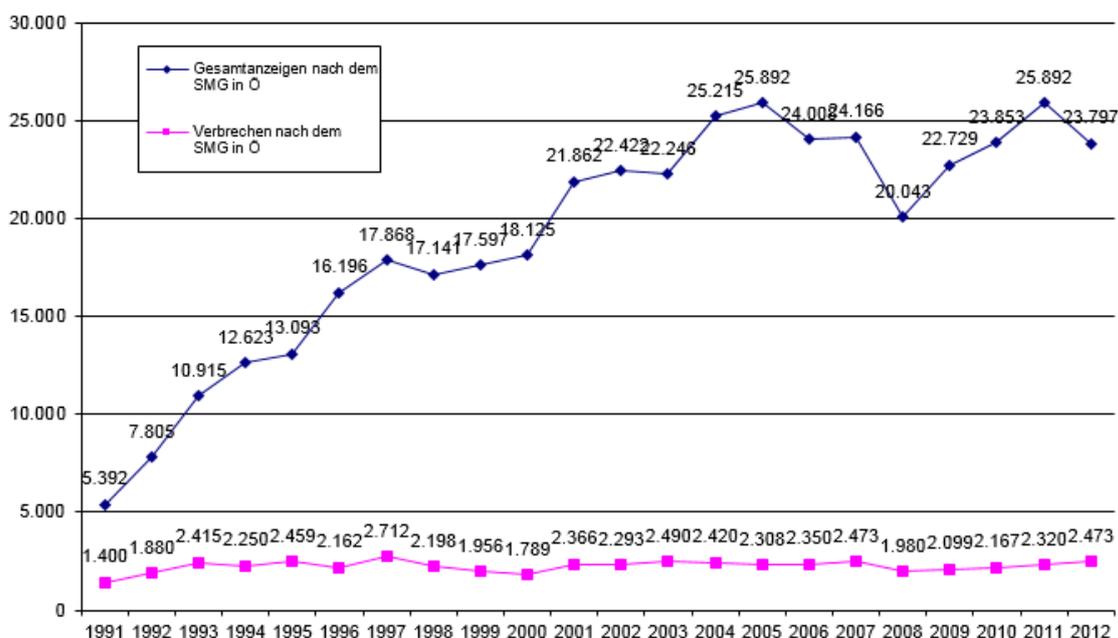


Abb. 5.1: Verbrechensanteil der SMG-Anzeigen in Österreich, Quelle: BMI 2013

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, S. 214)

Die Abbildungen 5.3 und 5.4 zeigen, dass die Entwicklung der Vergehen im Bereich der Gesamtanzeigen von 1991 bis 2000 stetig steigend war. Das heißt, dass durch die steigenden Anzeigen vorwiegend KonsumentInnen (davon vorrangig CannabiskonsumentInnen) betroffen sind und es nicht gelungen ist, die Exekutivtätigkeit vermehrt auf die Verbrechenstatbestände auszurichten. Mit etwas über 90% Anteil der Vergehen an den

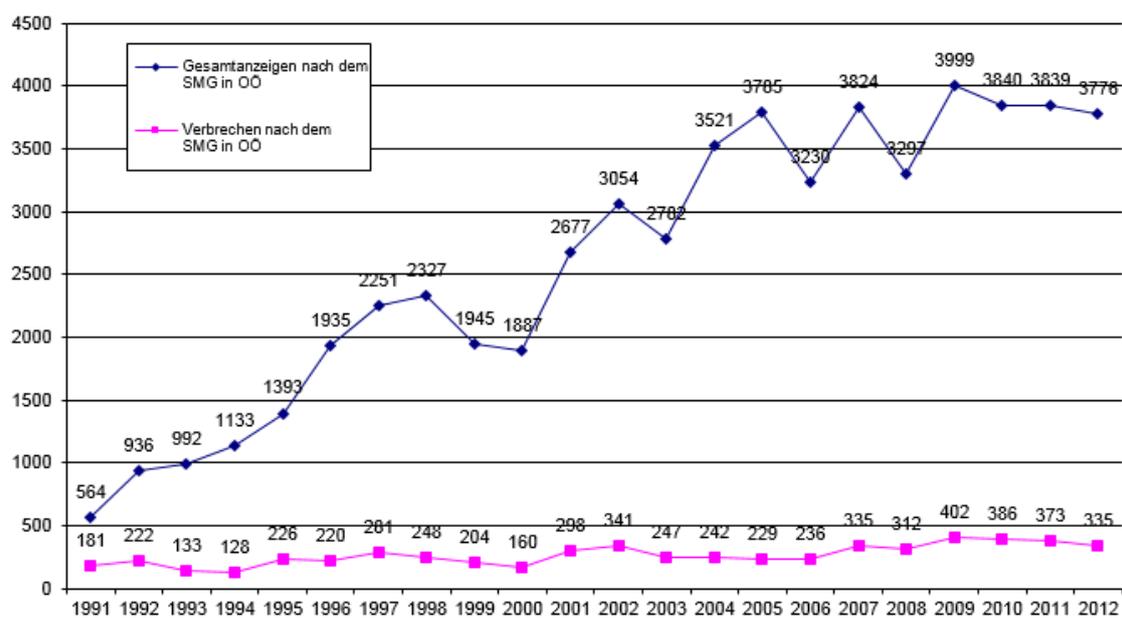


Abb. 5.2: Verbrechensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich, Quelle: BMI 2013

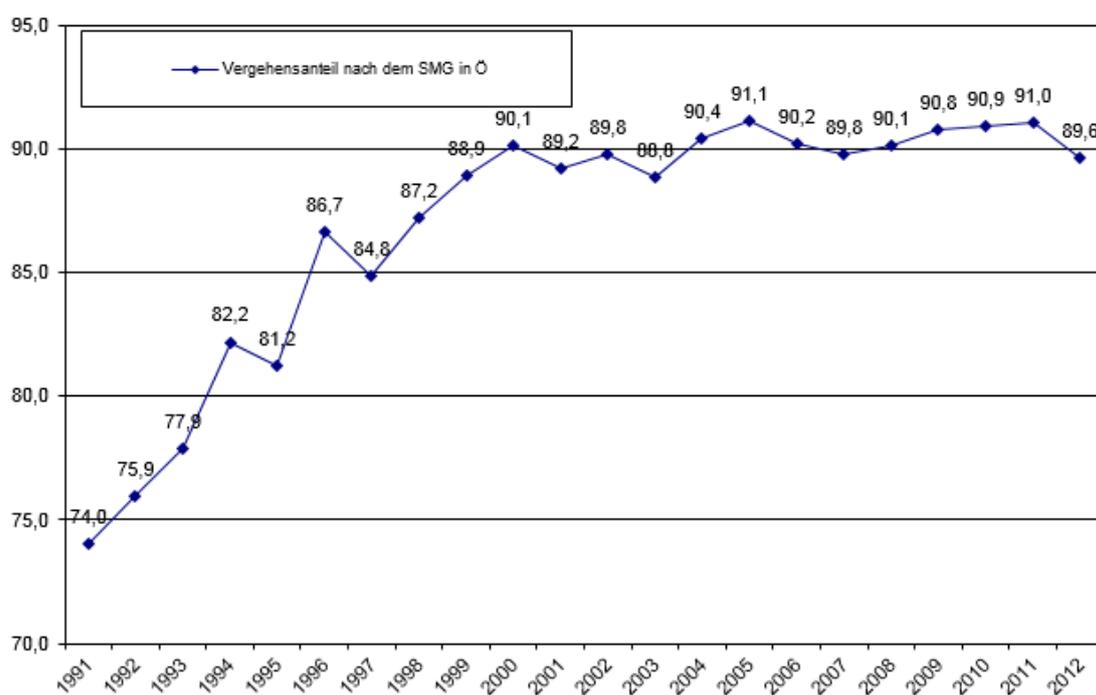


Abb. 5.3: Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Österreich, Quelle: BMI 2013

SMG-Anzeigen ist ein sehr hohes Niveau erreicht, das kaum mehr zu steigern ist. Seit diesem Zeitpunkt bleibt dieses Verhältnis aber auf diesem hohen Niveau bestehen.

2012 betreffen in Österreich etwa 90% aller Anzeigen nach dem SMG Vergehenstatbestände, in Oberöster-

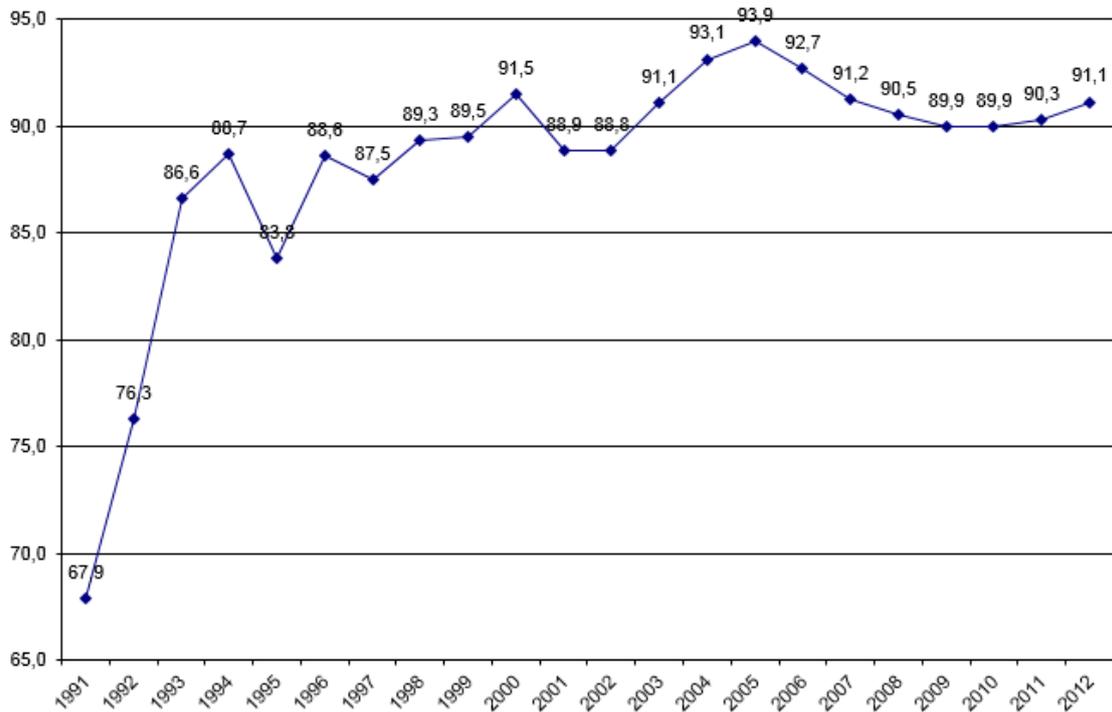


Abb. 5.4: Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich, Quelle: BMI 2013

reich liegt der Anteil der Vergehenstatbestände etwa beim gleichen Wert. Dies ist keine Momentaufnahme, sondern beruht auf einer kontinuierlichen Steigerung von 1991 bis 2000. Seitdem bewegt sich dieser Anteil immer um die 90%.

5.1 Sichergestellte Mengen und geschätzte Schwarzmarktpreise

Tab. 5.1: Sichergestellte Mengen, deren Schwarzmarktwert und Preise pro Gramm/Stück, Quelle: BMI (2013, S.7)

Substanz	Mengen in Kilo (Stück)		Schwarzmarktwert Gesamt		Preis pro Gramm (Stück)	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Cannabis	920,0	1.158,6	9.200.000 €	9.268.960 €	10 €	8 €
Heroin	64,8	222,1	3.888.000 €	13.326.540 €	60 €	60 €
Kokain	139,0	64,6	12.510.000 €	6.464.100 €	90 €	100 €
XTC (Stück)	45.780	8.998	457.800 €	89.980 €	10 €	10 €
Amphetamin	13,4	32,1	107.200 €	964.230 €	8 €	30 €

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.

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

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, S.585ff) Es wurden die Merkmale, wie sie im DSM-IV beschrieben sind, für DSM-5 fast zur Gänze übernommen: Von den 10 Kriterien wurde nur das achte Merkmal der „illegalen Handlungen“ (siehe oben) gestrichen. Hinsichtlich der Ausprägung der „gambling disorder“ wird zwischen leicht (Auftreten von 4-5 Kriterien innerhalb von 12 Monaten), mittel (6-7 Kriterien) und schwer (8-9 Kriterien) unterschieden.

6.4 Hohenheimer Kaufsuchtindikator

Tab. 6.2: Hohenheimer Kaufsuchtindikator, Quelle: (Reisch, Neuner und Raab, 2004, S.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 und Kautsch, 2011, S.4)

6.5 Fagerströmtest

Tab. 6.3: Fagerströmtest

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

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

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 Screenigetest verwendet.

6.6 Diagnoseleitfaden PIG - pathologischer Internetgebrauch (Internetsucht)

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

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

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

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

6.7 Möglichkeiten den Substanztod zu definieren

Uhl (vgl. 2002)

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

Literatur

- American Psychiatric Association, Hrsg. (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Arlington, VA, (siehe S. 37).
- Bencic, W. und K. Kastner (2010): Alkoholintoxikationen Jugendlicher und soziale Lage. Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften, Dokument 26, url: http://www.oegkk.at/mediaDB/671151_Dokument_26_inkl_Deckblatt.pdf, (siehe S. 8).
- BMI (2013): Suchtmittelkriminalität. Jahresbericht 2012, Wien: Bundesministerium für Inneres - Bundeskriminalamt, (siehe S. 32, 34).
- Bodenwinkler, Annette, Martin Busch und Charlotte Wirl (2009): Suchtgiftbezogene Todesfälle 2008, hg. v. GÖG/ÖBIG, Wien: Gesundheit Österreich GmbH (Geschäftsbereich ÖBIG), (siehe S. 30).
- Dür, W. und R. Griebler (2007): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-Survey 2006, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, book, Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, (siehe S. 19).
- Eisenbach-Stangl, Irmgard (2003): Drogen und Un-Sicherheit, in: Innere Sicherheiten. Jahrbuch für Rechts- und Kriminalsoziologie 2002, hg. v. G. Stangl W. und Hanak, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 207–226, (siehe S. 32).
- Haustein, K.O. und D. Groneburg (2008): Tabakabhängigkeit. Gesundheitliche Schäden durch das Rauchen. Ursachen - Folgen - Behandlungsmöglichkeiten - Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, Berlin-Heidelberg, (siehe S. 5).
- Junge, B. und M. Nagel (1999): Das Rauchverhalten in Deutschland, in: Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2, article, S. 121–125, (siehe S. 17).
- Junge, Burckhard und Michael Thamm (2003): Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum, in: Jahrbuch Sucht, Geesthacht, (siehe S. 17, 22, 30).
- Kalke, Jens u. a. (2011): Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich. Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht, Freiburg im Breisgau, (siehe S. 5, 27).
- Kollmann, Karl und Irene Kautsch (2011): Kaufsucht in Österreich - 2011, hg. v. Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien, Wien: Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien, (siehe S. 5, 27, 28, 38, 43).
- Krüger, C. u. a. (2001): Ess-Störungen und Adipositas: Epidemiologie - Diagnostik - Verläufe, in: Psychotherapie der Essstörungen, hg. v. C. Cierpka und G. Reich, Stuttgart - New York: Thieme Verlag, S. 24–42, (siehe S. 7, 25).
- Lentner, Susanne (2003): Arzneimittelmissbrauch, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung Jg.14.Nr.3/4, S. 65–68, (siehe S. 5).
- ÖBIG, Hrsg. (2003): Bericht zur Drogensituation 2003, Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, (siehe S. 6, 25).
- Ders. Hrsg. (2004): Bericht zur Drogensituation 2004, Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, (siehe S. 30).
- Ders. Hrsg. (2007): Bericht zur Drogensituation 2007, Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, (siehe S. 30).

- Ramelow, Daniela u. a. (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010, Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III, (siehe S. 15, 16, 19, 23, 24).
- Reisch, L.A., M. Neuner und G. Raab (2004): Ein Jahrzehnt verhaltenswissenschaftlicher Kaufsuchtforschung in Deutschland, in: Verhaltenstherapie 14, S. 120–125, (siehe S. 37, 42).
- Riemann, K. und U. Gerber (1997): Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung, book, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), (siehe S. 17).
- Rumpf, Hans-Jürgen u. a. (2011): Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA), Greiswald-Lübeck, (siehe S. 6).
- Schoberberger, N. und Michael Kunze (1999): Nikotinabhängigkeit. Diagnostik und Therapie, New York - Wien: Springer, (siehe S. 4, 22, 30).
- Seyer, Seifried (2010): LKF-Daten 2009, Linz: Institut Suchprävention, (siehe S. 25).
- Starzer, A. u. a. (2010): Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen in Oberösterreich, Linz, (siehe S. 8).
- Statistik Austria, Hrsg. (2002): Rauchgewohnheiten, Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997, Wien: Statistik Austria, (siehe S. 17).
- Uhl, A. (2002): Todesfälle durch Substanzkonsum. Wie sinnvoll ist dieses Konzept?, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1, (siehe S. 29, 30, 39).
- Ders. (2003): Jugend und Alkohol - mit besonderer Berücksichtigung des rauschhaften Trinkens, in: praeval.doc 2003, (siehe S. 9).
- Uhl, A. u. a. (2005): Österreichweite Repräsentativerhebung zum Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Bericht, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, (siehe S. 5).
- Uhl, A. u. a. (2009a): Handbuch Alkohol - Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends. dritte, überarbeitete und ergänzte Auflage., Wien: Bundesministerium für Gesundheit, (siehe S. 14, 42).
- Uhl, A. u. a. (2009b): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Band 1 Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien, (siehe S. 4, 5, 14, 18).
- Uhl, A. u. a. (2013): Handbuch Alkohol - Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2013, 5. Vollständig überarbeitete Auflage (Onlineversion)., Wien: Bundesministerium für Gesundheit, url: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/4/1/CH1039/CMS1305198709856/handbuch_alkohol_band1_statistiken_2013.pdf, (siehe S. 8).
- Weigl, Marion u. a. (2010): Bericht zur Drogensituation 2010, hg. v. GÖG/ÖBIG, Wien: Gesundheit Österreich GmbH (Geschäftsbereich ÖBIG), (siehe S. 6).
- Weigl, Marion u. a. (2013): Bericht zur Drogensituation 2013, hg. v. GÖG/ÖBIG, Wien: Gesundheit Österreich GmbH (Geschäftsbereich ÖBIG), (siehe S. 6, 29–31, 43, 44).
- WHO, Hrsg. (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Bern- Göttingen-Toronto-Seattle: Verlag Hans Huber, (siehe S. 35).
- Zimmerl, H.D. (2004): INTERNETSUCHT. Eine Neumodische Krankheit? Versuch einer Antwort anhand einer Untersuchung der Applikation: Chatroom., url: <http://gin.uibk.ac.at/thema/internetsucht/chat-teil1.html>, (siehe S. 5).

Tabellenverzeichnis

3.1	Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch (F10.0, F10.1, T51) 2013 nach Altersgruppen (Fälle)	11
3.2	Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit 2013 nach Altersgruppen (Fälle)	13
3.3	"Gefährdungsgrenze" lt. Health Education Council (1994), Quelle: Uhl u. a. (2009a, S. 122)	14
3.4	Verteilung RaucherInnenstatus nach Geschlecht	18
5.1	Sichergestellte Mengen, deren Schwarzmarktwert und Preise pro Gramm/Stück	34
6.1	Diagnostische Leitlinien für pathologisches Spielen	36
6.2	Hohenheimer Kaufsuchtindikator, Quelle: (Reisch, Neuner und Raab, 2004, S.122)	37
6.3	Fagerströmtest	38

Abbildungsverzeichnis

2.1	Abhängigkeit in Österreich 2013, Quellen:siehe Beschreibung unten	4
3.1	akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2001 - 2013, Quelle: LKF-Daten 2013, eigene Auswertung . . .	9
3.2	akuter Alkoholmissbrauch in OÖ 2013 nach Alter, Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie, Quelle: LKF-Daten 2013, eigene Berechnung	10
3.3	Alkoholabhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 2001-2013, Quelle: LKF-Daten 2013, eigene Berechnung	12
3.4	Alkoholabhängigkeit nach Alter in OÖ 2013, Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie. Quelle: LKF-Daten 2013, eigene Berechnung	13
3.5	regelmäßiger Alkoholkonsum von 11-, 13-, 15- und 17-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht	15
3.6	mindestens wöchentlicher Alkoholkonsum der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Geschlecht	15
3.7	mindestens wöchentlicher Alkoholkonsum der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter	16
3.8	RaucherInnenprävalenz Oberösterreich (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2000, 2003, 2006, 2009, Alter 15+	17
3.9	Tabakkonsum der 15-Jährigen: SchülerInnen, die „täglich rauchen“ von 1990 bis 2010 nach Geschlecht	19
3.10	Rauchbelastung in der eigenen Wohnung	20
3.11	Wo darf an Ihrer Arbeitsstelle offiziell in Innenräumen geraucht werden	21
3.12	Rauchbelastung am direkten Arbeitsplatz	21
3.13	Passivrauchbelastung der NichtraucherInnen pro Tag	22
3.14	Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 2001-2013, Quelle: LKF-Daten 2013	22
3.15	Cannabiskonsum in OÖ, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2009	24
3.16	Cannabiskonsum (jemals, letzten 12 Monate, letzten 30 Tage) bei 15- und 17-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2010)	24
3.17	Essstörungen nach Geschlecht in OÖ 2001-2013, Quelle: LKF-Daten 2013	26
3.18	Diagnosen Anorexie und Bulimie nach Alter in OÖ 2013, Quelle: LKF-Daten 2013. Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie	26
3.19	Kaufsuchtgefährdung 2011 nach den Altersgruppen, Geschlecht und Art der Kaufsuchtgefährdung (deutlich – stark) aufgeschlüsselt, Quelle: Kollmann und Kautsch (2011, S.8)	27
4.1	Drogentote in Österreich, Vergleich Alkohol, Nikotin, ill. Drogen	29
4.2	Todesfälle durch ill. Drogen in Österreich, Quelle: Weigl u. a. (2013) (ab 2007 keine Angaben zu den indirekten Todesfällen)	31

4.3	Todesfälle durch ill. Drogen in Oberösterreich, Quelle: Weigl u. a. (2013) (ab 2005 keine Angaben zu den indirekten Todesfällen)	31
5.1	Verbrechensanteil der SMG-Anzeigen in Österreich, Quelle: BMI 2013	32
5.2	Verbrechensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich, Quelle: BMI 2013	33
5.3	Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Österreich, Quelle: BMI 2013	33
5.4	Vergehensanteil der SMG-Anzeigen in Oberösterreich, Quelle: BMI 2013	34