

Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015 Band 1: Forschungsbericht

Wissenschaftlicher Abschlussbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015 Band 1: Forschungsbericht

Wissenschaftlicher Abschlussbericht

Autoren:

Julian Strizek
Alfred Uhl

Fachliche Begleitung
Martin Busch
Alexandra Puhm
Irene Schmutterer

Fachliche Begleitung durch das BMG:

Johanna Schopper
Franz Pietsch
Andreas Weinseiss

Projektassistenz:

Monika Löbau

Wien, im Mai 2016

Im Auftrag der Bundesministeriums für Gesundheit

Zitiervorschlag:

Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2016.
Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Zl. P4/11/4760

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH –
Alle: Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Prävalenzschätzungen auf Basis von Bevölkerungsbefragungen (auf Englisch: General Population Survey / GPS) sind ein wichtiger Bestandteil des Suchtmonitorings. Die „**Österreichische Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2015**“ ist die umfassendste Erhebung zum Konsum von und zu Einstellungen zu legalen sowie illegalen psychoaktiven Substanzen seit 2008.

Zielgruppe dieser Erhebung ist die österreichische Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Methodisch und inhaltlich vergleichbare Erhebungen wurden bereits in den Jahren 2004 (Uhl et al. 2005) und 2008 (Uhl et al. 2009b) durchgeführt und ermöglichen somit Trendanalysen über einen Zeitraum von mehr als zehn Jahren.

Die **Stichprobe** umfasst 4.014 Personen, deren Daten jeweils zur Hälfte mittels Online-Fragebogen bzw. persönlichem Interview (Face-to-Face) erhoben wurden. Vergleichende Analysen von Online-Interviews und persönlichen Interviews legen nahe, dass der Einfluss der Erhebungsmethode auf die berichteten Prävalenzraten gering ist und somit die Vergleichbarkeit mit vorherigen Erhebungen gewährleistet ist. Die Zufallsstichprobe wurde nach Alter und Geschlecht so gewichtet, dass sie diesbezüglich einer repräsentativen Auswahl der österreichischen Wohnbevölkerung entspricht.

Alkohol ist jene psychoaktive Substanz, die in Österreich am häufigsten konsumiert wird. Zwei Drittel (68 %) der Angaben der Befragten lassen auf ein moderates bzw. mittleres Konsumausmaß schließen, ein weiteres knappes Fünftel der Befragten (19 %) berichtet Alkoholabstinenz. Dem gegenüber stehen 14 Prozent der Befragten, deren Konsumangaben auf ein Ausmaß hinweisen, das längerfristig als bedenklich zu beurteilen ist.¹ Männer berichten doppelt so häufig von problematischem Konsum wie Frauen, Frauen berichten doppelt so häufig wie Männer von Abstinenz.

Über die letzten 20 Jahre (1994 bis 2015) zeigt sich ein leichter Rückgang der beiden stärksten Konsumgruppen (problematischer Konsum und mittlerer Konsum) und entsprechend eine leichte Zunahme des Niedrigkonsums. Die durchschnittliche Alkoholkonsummenge ist zwar seit 1970 um 20 Prozent gesunken, war aber über die letzten 10 Jahre (2004 bis 2015) annähernd stabil.

Knapp mehr als ein Viertel der Befragten (27 %) raucht aktuell **Zigaretten** (d. h. in den letzten 30 Tagen sporadisch bis täglich) und ein Fünftel der Befragten (21 %) raucht auch täglich Zigaretten. Etwas mehr als die Hälfte aller Befragten (56 %) hat im Laufe des Lebens Raucherfahrung gemacht, raucht also aktuell oder hat früher regelmäßig geraucht. Männer rauchen häufiger Zigaretten als Frauen.

1

Zur Beurteilung von Konsumfrequenz und Konsummenge werden Korrekturverfahren eingesetzt, um die Unterschätzung des Alkoholkonsums, die bei Fragebogenerhebungen üblich ist, kompensieren zu können. Aufgrund dieser Korrekturverfahren ergeben sich deutlich größere Gruppen mit starkem Konsum und damit eignen sich diese Ergebnisse nur bedingt für Vergleiche mit anderen nationalen oder internationalen Vergleichsdaten (z. B. ATHIS), die ausschließlich unkorrigierte Rohwerte – und damit deutlich niedrigere Werte – ausweisen.

Bei anderen nikotinhaltigen Produkten spielt in erster Linie Probierkonsum eine Rolle: Ein Drittel der Befragten (32 %) hat schon einmal eine Wasserpfeife und 16 Prozent haben schon mal E-Zigaretten oder rauchfreie Produkte (z. B. „Snus“) probiert; der Anteil an aktuellen Konsumenten/Konsumentinnen derartiger Produkte liegt aber nur zwischen zwei und vier Prozent.

Der Zeitverlauf der Raucherzahlen (aktuelle Raucher/innen, tägliche Raucher/innen) entsprechend der GPS-Daten weist auf einen deutlichen Rückgang beider Indikatoren sowohl für Frauen als auch für Männer hin. Dieses Ergebnis steht einerseits im Einklang mit Ergebnissen aus dem Schulsetting (Strizek et al. 2016, Ramelow et al. 2015), denen zufolge immer weniger Jugendliche zu Rauchen beginnen. Andererseits steht dieses Ergebnis in Widerspruch mit Ergebnissen aus der ATHIS-Befragung (Klimont/Baldaszi 2015), denen zufolge sich das Rauchverhalten im letzten Jahrzehnt nur geringfügig verändert hat. Vereinbar mit diesen unterschiedlichen Ergebnissen ist die Hypothese, dass der geringere Anteil an Rauch-Einsteigern/-Einsteigerinnen in jungen Altersgruppen (abnehmende Inzidenz²) längerfristig zu einer Abnahme der Prävalenz³ führt, ein Teil des deutlichen Rückgangs laut GPS-Daten aber durch ein geändertes Antwortverhalten zustande gekommen ist.

35 Prozent der jungen Erwachsenen geben an, im bisherigen Leben bereits mindestens einmal **Cannabis** konsumiert zu haben. Da insbesondere ältere Personen Cannabiserfahrung in Interviews häufig nicht wahrheitsgemäß angeben, kann man grob schätzen, dass ein Drittel bis die Hälfte der Österreicher/innen bereits mindestens einmal Cannabis konsumiert hat. Dabei handelt es sich meist um Probierkonsum bzw. um Konsum über eine begrenzte Phase: Nur zwei Prozent der Gesamtstichprobe haben in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert.

Der Anteil an Personen mit Cannabiserfahrung ist bei Männern, bei Personen mit hohem Bildungsabschluss und bei Personen mit urbanen Wohnort am größten. Im Zeitverlauf liegt der Cannabiskonsum in etwa auf demselben Level wie im Jahr 2004 und lässt auf einen stabilen Anteil an Personen mit Cannabiserfahrung schließen.

Bei **anderen psychoaktiven Substanzen** ergeben sich im Vergleich zu Cannabis und legalen Substanzen deutliche niedrigere Prävalenzraten: Die Lebenszeitprävalenz⁴ bewegt sich zwischen null und einem Prozent (Neue Psychoaktive Substanzen, Heroin), zwischen einem und zwei Prozent (Amphetamin, LSD) bzw. zwischen zwei und drei Prozent (Biogene Drogen, Kokain, Ecstasy). Der

2

Unter Inzidenz wird in der Epidemiologie der Anteil an Personen verstanden, die in einem bestimmten Beobachtungszeitraum von Neuerkrankung betroffen sind.

3

Unter Prävalenz eines bestimmten Merkmals (eines Problems, einer Verhaltensweise, einer Krankheit) wird in der Epidemiologie der Anteil jener Personen verstanden, die dieses Merkmal in einem bestimmten Beobachtungszeitraum aufweisen.

4

Prävalenzraten, die sich auf einen kürzeren Zeitraum beziehen (auf die letzten 12 Monate, die letzte 30 Tage), betragen nur wenige Zehntel Prozent. Für eine nähere Betrachtung von risikoreichen Konsummustern bieten Behandlungsdaten daher eine bessere Auskunft als repräsentative Bevölkerungserhebungen.

aktuelle Konsum (d. h. der Konsum im letzten Monat oder im letzten Jahr) liegt für alle diese Substanzen deutlich unter einem Prozent. Männliche Befragte berichten etwas häufiger von Konsumerfahrungen als Frauen und der Konsum ist im städtischen Bereich höher als im ländlichen Bereich. Erste Konsumerfahrungen mit anderen illegalen psychoaktiven Substanzen finden tendenziell später statt als erste Konsumerfahrungen mit Cannabis.

Mehr als ein Drittel der Befragten hat in den letzten 30 Tagen an **Glücksspiel bzw. Sportwetten** teilgenommen. Die meisten Spieler/innen bevorzugen Spiele mit einem geringen Suchtgefährdungspotenzial (Lotto, Rubbellose). Automaten Spiele, denen das höchste Suchtgefährdungspotenzial zugesprochen wird, werden von vergleichsweise wenigen Personen präferiert (1 % aller Spieler/innen bzw. 0,5 % der Befragten), führen aber im Durchschnitt zu höheren Verlusten als andere Glücksspiele. Hinsichtlich der Regelung von Glücksspielautomaten differenzieren Befragte sehr stark nach der Art der Angebots: Neun von zehn Befragten sind der Meinung, dass die Aufstellung von Spielautomaten in Spielbanken (Casino) erlaubt sein soll, während sich drei Viertel der Befragten für ein Verbot von Glücksspielautomaten in Einzelaufstellung aussprechen.

Einstellungen zu **suchtpolitischen Aussagen** variieren stark nach Substanzbereich: Alkoholpolitische Aussagen stoßen auf breite Zustimmung, wenn sie die Eigenverantwortung betonen, auf Aufklärungsmaßnahmen setzen und gegen Alkohol im Straßenverkehr wirken. Restriktive Maßnahmen (z. B. Preiserhöhungen oder Angebotsreduktion) finden hingegen ausschließlich Zustimmung bei Personen, die abstinent leben, stoßen aber mehrheitlich auf Ablehnung. In Bezug auf Nikotinkonsum befürwortet eine knappe Mehrheit der Befragten (52 %) das bereits beschlossene Rauchverbot in der Gastronomie und zwei Drittel der Befragten plädieren für ein höheres gesetzliches Schutzalter (18 statt 16 Jahre). Preiserhöhungen werden hingegen von der Mehrheit der Befragten abgelehnt. Die überwiegende Mehrheit der Befragten (86 %) ist für die medizinisch indizierte Abgabe von Cannabis und die Mehrheit der Befragten (52 %) befürwortet völlige Straffreiheit für Personen, die Cannabis ohne medizinische Indikation konsumieren.

Inhalt

| | |
|---|------|
| Kurzfassung | III |
| Abbildungen..... | IX |
| Tabellen | XII |
| Abkürzungen..... | XIII |
| 1 Einleitung | 1 |
| 2 Erhebungsdesign | 2 |
| 2.1 Zielgruppe und Stichprobenziehung | 2 |
| 2.2 Datenerhebung | 3 |
| 3 Datenaufbereitung | 5 |
| 3.1 Plausibilitätsprüfung | 5 |
| 3.2 Fehlerdiagnose | 5 |
| 3.3 Fehlerkorrektur | 6 |
| 4 Gewichtung und Repräsentativität der Ergebnisse..... | 8 |
| 4.1 Allgemeine Einschränkungen | 8 |
| 4.2 Gewichtung nach Alter und Geschlecht..... | 9 |
| 4.3 Repräsentativität hinsichtlich anderer Variablen..... | 10 |
| 4.4 Einfluss der Erhebungsmethode | 12 |
| 4.5 Trennschärfe von Konsumkategorien | 15 |
| 5 Nikotin | 17 |
| 5.1 Prävalenz unterschiedlicher nikotinhaltiger Produkte | 17 |
| 5.2 Entwicklung der Raucherzahlen im Zeitverlauf | 19 |
| 5.3 Aktuelle Raucher/innen nach Alter | 20 |
| 5.4 Durchschnittliche Anzahl an Zigaretten | 21 |
| 5.5 Passiv rauchen | 24 |
| 5.6 Erste Konsumerfahrungen mit Nikotin | 25 |
| 5.7 Ausstieg und Aufhörmotivation | 27 |
| 5.8 Einstellungen zu nikotinpolitischen Maßnahmen..... | 31 |
| 5.9 Vergleich mit Ergebnissen aus Referenzprojekten..... | 33 |
| 6 Alkohol..... | 36 |
| 6.1 Alkoholkonsumgruppen auf Basis von Konsumfrequenz und Konsummenge..... | 36 |
| 6.2 Alkoholkonsum im Altersverlauf..... | 39 |
| 6.3 Täglicher Alkoholkonsum..... | 40 |
| 6.4 Indikatoren des Alkoholkonsums im Zeitverlauf..... | 41 |
| 6.5 Rausch und Frequenz von starken Konsumtagen | 44 |
| 6.6 Alkohol-Screeningtests bei Bevölkerungsbefragungen..... | 45 |

| | | |
|------|---|----|
| 6.7 | Motive für Abstinenz..... | 48 |
| 6.8 | Einstellungen zu alkoholpolitischen Aussagen..... | 50 |
| 6.9 | Schäden durch den Alkoholkonsum anderer..... | 52 |
| 6.10 | Vergleich mit Ergebnissen aus Referenzprojekten..... | 55 |
| 7 | Schlaf- und Beruhigungsmittel..... | 58 |
| 8 | Cannabiskonsum..... | 60 |
| 8.1 | Prävalenz des Cannabiskonsums..... | 60 |
| 8.2 | Cannabisprävalenz im Zeitvergleich..... | 63 |
| 8.3 | Erste Konsumerfahrungen mit Cannabis..... | 64 |
| 8.4 | Einstellungen zur Abgabe von Cannabis..... | 65 |
| 9 | Anderer psychoaktive Substanzen..... | 67 |
| 9.1 | Lebenszeitprävalenz der Erfahrung mit „anderen psychoaktiven Substanzen“..... | 67 |
| 9.2 | Erste Konsumerfahrungen mit „anderen psychoaktiven Substanzen“..... | 70 |
| 9.3 | Lebenszeitprävalenz für illegale Substanzen im Zeitverlauf..... | 71 |
| 9.4 | Online-Erwerb von illegalen Substanzen..... | 72 |
| 10 | Glücksspiel und Sportwetten..... | 74 |
| 10.1 | Prävalenz von Glücksspiel und Sportwetten..... | 74 |
| 10.2 | Einstellungen zur Regelung von Glücksspielautomaten..... | 78 |
| 11 | Quellen..... | 80 |

Abbildungen

| | | |
|-----------------|---|----|
| Abbildung 5.1: | Prävalenz des Zigarettenkonsums nach Geschlecht..... | 18 |
| Abbildung 5.2: | Prävalenz unterschiedlicher nikotinhaltiger Produkte nach Geschlecht..... | 19 |
| Abbildung 5.3: | Entwicklung des aktuellen Rauchens und des täglichen Rauchens | 20 |
| Abbildung 5.4: | Aktueller (sporadischer bis täglicher) Konsum nikotinhaltiger Produkte nach Altersgruppen | 21 |
| Abbildung 5.5: | Durchschnittlicher Tageskonsum nach Geschlecht und Alter..... | 23 |
| Abbildung 5.6: | Anzahl an gerauchter Zigaretten nach Geschlecht und Bildung..... | 24 |
| Abbildung 5.7: | Belastung von Nichtrauchern/Nichtraucherinnen durch Passivrauch zu Hause und am Arbeitsplatz | 25 |
| Abbildung 5.8: | Welches Nikotinprodukt wurde zuerst konsumiert?..... | 26 |
| Abbildung 5.9: | Welches Nikotinprodukt wurde zuerst konsumiert? (nach Altersgruppen)..... | 26 |
| Abbildung 5.10: | Einstiegsalter für die erste Zigarette bzw. regelmäßiges Rauchen..... | 27 |
| Abbildung 5.11: | Aufhörmotivation unter aktiven Rauchern bzw. Raucherinnen | 28 |
| Abbildung 5.12: | Aufhörmotivation nach Alter und Geschlecht | 29 |
| Abbildung 5.13: | Selbsteinschätzung der Änderung des Rauchverhaltens bei einer Preiserhöhung um einen Euro pro Packung | 30 |
| Abbildung 5.14: | Einstellungen zum Rauchen in der Gastronomie, nach eigenem Konsumstatus | 31 |
| Abbildung 5.15: | Einstellungen zum gesetzlichen Schutzzalter nach Konsumstatus..... | 32 |
| Abbildung 5.16: | Einstellung zu Zigarettenpreisen nach Rauchverhalten | 33 |
| Abbildung 5.17: | Vergleich des Rauchstatus nach GPS 2015 und ATHIS 2014 | 34 |
| Abbildung 5.18: | Vergleich des längerfristigen Trends im täglichen Tabak- konsum nach GPS und ATHIS..... | 35 |
| Abbildung 6.1: | Alkoholkonsumgruppen (adjustierte Werte) | 38 |
| Abbildung 6.2: | Konsumgruppen nach Alter (adjustierte Werte*)..... | 40 |
| Abbildung 6.3: | Täglicher oder fast täglicher (5 bis 6 Tage pro Woche) Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht (adjustierte Werte*)..... | 41 |
| Abbildung 6.4: | Entwicklung der Konsumgruppen im Zeitverlauf (adjustierte Werte*) | 42 |

| | | |
|-----------------|--|----|
| Abbildung 6.5: | Entwicklung des durchschnittlichen Tageskonsums in Gramm Alkohol (adjustierte Werte* und Rohwerte)..... | 43 |
| Abbildung 6.6: | Entwicklung des täglichen Alkoholkonsums (adjustierte Werte)..... | 43 |
| Abbildung 6.7: | Risky Single Drinking Occassions und Berausungs- erfahrungen (mindestens einmal pro Woche; Rohwerte bzw. adjustierte Werte*) | 45 |
| Abbildung 6.8: | Zustimmung zu einzelnen Items des RAPS-Instruments..... | 46 |
| Abbildung 6.9: | Trinkfrequenz und Konsumgruppenzuordnung von Personen mit RAPS Score 1 oder mehr | 48 |
| Abbildung 6.10: | Gründe für Abstinenz..... | 49 |
| Abbildung 6.11: | Einstellungen zu alkoholpolitischen Aussagen nach eigenem Konsumstatus („stimme sehr zu“ und „stimme eher zu“) | 51 |
| Abbildung 6.12: | Probleme durch den Alkoholkonsum anderer Personen (Community-Ebene) | 54 |
| Abbildung 6.13: | Konsumfrequenz in den letzten 12 Monaten im Vergleich von GPS 2015 und ATHIS 2014..... | 55 |
| Abbildung 6.14: | Vergleich problematischer Konsum laut GPS 2015 und ATHIS 2014 | 56 |
| Abbildung 7.1: | Prävalenzen der Einnahme von Schlaf- und Beruhigungs- mitteln nach Geschlecht..... | 58 |
| Abbildung 7.2: | Rezente Bezugsquelle für Schlaf- und Beruhigungstabletten..... | 59 |
| Abbildung 7.3: | Lebenszeitprävalenz und täglicher Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln im Altersverlauf..... | 59 |
| Abbildung 8.1: | Cannabis-Prävalenz nach Geschlecht, Urbanitätsgrad und Bildung | 61 |
| Abbildung 8.2: | Cannabisprävalenz im Altersverlauf..... | 62 |
| Abbildung 8.3: | Entwicklung der Cannabisprävalenz zwischen 2004 und 2015 nach Geschlecht..... | 63 |
| Abbildung 8.4: | Entwicklung der Cannabisprävalenz zwischen 2004 und 2015 (20- bis 30-Jährige)..... | 64 |
| Abbildung 8.5: | In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal Cannabis konsumiert?..... | 65 |
| Abbildung 8.6: | Bewertung der medizinischen Abgabe von Cannabis nach eigener Konsumerfahrung | 65 |
| Abbildung 8.7: | Bewertung der generellen Abgabe von Cannabis nach eigener Konsumerfahrung | 66 |

| | | |
|-----------------|---|----|
| Abbildung 9.1: | Lebenszeitprävalenz unterschiedlicher illegaler Substanzen nach Geschlecht..... | 68 |
| Abbildung 9.2: | Lebenszeitprävalenz für unterschiedliche illegale Substanzen, nach Urbanitätsgrad des Wohnorts | 69 |
| Abbildung 9.3: | Einstiegskurven für unterschiedliche psychoaktive Substanzen | 71 |
| Abbildung 9.4: | Lebenszeitprävalenz illegaler Substanzen im Zeitverlauf | 72 |
| Abbildung 9.5: | Anteil Personen mit Konsumerfahrung mit illegalen Substanzen und Internet-Käuferfahrungen | 73 |
| Abbildung 10.1: | Prävalenz der Teilnahme an Glücksspielen oder Sportwetten, nach Geschlecht und Bildungsabschluss | 75 |
| Abbildung 10.2: | Für welches Glücksspiel haben Sie in den letzten 30 Tagen am meisten Geld ausgegeben? | 76 |
| Abbildung 10.3: | Einstellungen zur gesetzlichen Regelung von Glücksspielautomaten | 79 |

Tabellen

| | | |
|---------------|--|----|
| Tabelle 4.1: | Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung ab 15 Jahren in gewichteter und ungewichteter Stichprobe | 10 |
| Tabelle 4.2: | Verteilung von soziodemographischen Merkmalen in Stichprobe und österreichischer Wohnbevölkerung | 12 |
| Tabelle 4.3: | Verteilung von Alter, Geschlecht und Bildung in Online-Sample und Face-to-Face-Sample | 13 |
| Tabelle 4.4: | Vergleich der Prävalenz unterschiedlicher Substanzen im Online- und Face-to-Face-Sample..... | 14 |
| Tabelle 4.5: | Kategoriale Selbstbeschreibung und Anzahl Rauchtage..... | 16 |
| Tabelle 5.1: | Anzahl an Zigaretten pro Tag bzw. Jahr | 22 |
| Tabelle 6.1: | Konsumgruppen auf Basis von Konsumfrequenz und -menge (Rohwerte und adjustierte Werte*) | 39 |
| Tabelle 6.2: | Anteile von Personen mit positiven Scores für RAPS bzw. erweiterten RAPS..... | 47 |
| Tabelle 10.1: | Für welches Glücksspiel haben Sie in den letzten 30 Tagen am meisten Geld ausgegeben?..... | 76 |
| Tabelle 10.2: | Verluste bzw. Gewinne über die letzten 30 Tage (in Euro) nach Art des bevorzugten Glücksspiels | 77 |

Abkürzungen

| | |
|-------------|--|
| ATHIS | Austrian Health Interview Survey |
| BSQF | Beverage Specific Quantity Frequency |
| CIDI | Composite International Diagnostic Interview |
| DSM-5 | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Version |
| ESPAD | European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs |
| EBDD/EMCDDA | Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht / European Monitoring Centre for Drugs and Drug Abuse |
| GF | Generic Frequency |
| GSpG | Glücksspielgesetz |
| GPS | General Population Survey (Repräsentative Bevölkerungserhebung) |
| HBSC | Health Behaviour in School Aged Children |
| LSD | Lysergsäurediethylamid |
| NPS | Neue Psychoaktive Substanz/en |
| NPSG | Neue Psychoaktive Substanzen Gesetz |
| RAPS | Rapid Alcohol Problem Screening |
| RARHA | Reducing Alcohol Related Harm Alliance |
| SMG | Suchtmittelgesetz |

1 Einleitung

Die Österreichische „**Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2015**“ bietet aktuelle Daten zu Konsummustern und Einstellungen zu legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen. Diese Untersuchung stellt die umfangreichste österreichweite Datenerhebung seit zwei vergleichbaren Repräsentativerhebungen zu Substanzgebrauch aus den Jahren 2008 und 2004 dar.

Repräsentative Bevölkerungserhebungen bieten in erster Linie eine möglichst umfassende **Momentaufnahme** aktueller Konsummuster und erlauben **internationale Vergleiche** und **Trendanalysen** über längere Zeiträume. Damit ermöglichen sie einen Erkenntnisgewinn, der sich über andere Datenquellen nicht erschließt: So lassen sich aus Verkaufs- oder Produktionsstatistiken (für legale Substanzen) keine Unterschiede nach spezifischen Merkmalen der Konsumenten und Konsumentinnen extrahieren, bieten Behandlungsstatistiken keine Auskunft über jene Personen, die sich außerhalb des Behandlungssystem befinden (z. B. weil Behandlungsbedarf nicht gegeben ist oder der notwendige Zugang nicht vorhanden ist) und sind Erkenntnisse aus qualitativen Untersuchungen stets mit dem Makel der Nicht-Repräsentativität ihrer Erkenntnisse konfrontiert.

Diesen Vorteilen von quantitativen Befragungsdaten im Bereich der Suchtforschung stehen ebenso spezifische Nachteile gegenüber: Erstens sind repräsentative Bevölkerungserhebungen – entgegen ihrer Bezeichnung – durchaus ein **selektives Erhebungsverfahren** in dem Sinne, als nicht alle Menschen in einem gleichwertigen Ausmaß in derartigen Stichproben vertreten sind (weil sie nicht erreicht werden können bzw. weil sie nicht daran teilnehmen wollen). Dieser Nachteil wiegt umso schwerer, als Personen mit problematischen Konsummustern zu jener Personengruppe gehören, die in Befragungserhebungen tendenziell untererfasst werden.

Zweitens stellt der Konsum von psychoaktiven Substanzen ein Verhalten dar, das von vielen Menschen als **sozial unerwünscht** betrachtet wird – insbesondere im Falle des Konsums von illegalen Substanzen. Aus diesem Grund wird Konsum häufig in einem geringeren Ausmaß angegeben als er tatsächlich stattfindet.

Aus den genannten Vor- und Nachteilen ergibt sich die Notwendigkeit, Ergebnisse aus Befragungserhebungen wie der vorliegenden Studie im Lichte anderer Erkenntnisse aus anderen Datenquellen zu betrachten. Dies ermöglicht einen **Abgleich der Plausibilität** der gewonnenen Daten und **ergänzende Befunde** zur Kompensation der erkannten Schwachstellen.

2 Erhebungsdesign

2.1 Zielgruppe und Stichprobenziehung

Die Zielgruppe der „Österreichischen Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch“ umfasst die **österreichische Wohnbevölkerung** (unabhängig von der Staatsbürgerschaft) im **Alter von 15 Jahren oder älter**⁵. Nicht Teil der Zielgruppe sind Personen **ohne festen Wohnsitz** (Obdachlose, Heimirrassenen) sowie Personen, die aufgrund von **Verständnisproblemen** (mangelnde Deutschkenntnisse, kognitive Einschränkungen) nicht in der Lage sind, an der Erhebung teilzunehmen.

Interviews wurden **persönlich** (Face-to-Face) bzw. **online** in allen neun Bundesländern durchgeführt, wobei darauf geachtet wurde, dass die Anzahl der Interviewteilnehmer/innen in der Bruttostichprobe⁶ proportional dem Bevölkerungsumfang der Bundesländer entspricht.

Um genauere Aussagen über einzelne Jahrgänge von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu ermöglichen, wurde die Gruppe der 15- bis 29-Jährigen überproportional häufig ausgewählt, d. h. ihr Anteil in der Stichprobe ist deutlich größer als ihr Anteil in der österreichischen Wohnbevölkerung.⁷ Technisch betrachtet besteht die Gesamtstichprobe aus insgesamt vier Subsamples: jeweils zwei repräsentative Stichproben (persönliche Interviews und Onlinebefragung) für die Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren und zwei zusätzliche Stichproben (persönliche Interviews und Onlinebefragung) für die zusätzlichen Teilnehmer/innen der Altersgruppe zwischen 15- bis 29-Jährigen.

Die Stichprobenziehung für die persönlichen Interviews erfolgte mittels einer **mehrstufigen Zufallsauswahl**. Zunächst wurden insgesamt 280 sogenannte Sample-Points – zufällig verteilt über ganz Österreich – ausgewählt, wobei festgelegt wurde, dass pro Bezirk zumindest ein Sample-Point und in bevölkerungsstarken Bezirken bis zu sieben Sample-Points definiert werden. Die Zufallsauswahl von Wohnadressen an den jeweiligen Sample-Points erfolgte mittels der Software *Data.door*, anschließend wurden die Adressen an die Interviewer/innen übergeben. Innerhalb eines Haushalts wurde die Zielperson mit der „last-birthday-method“ ausgewählt – d. h. es wurde jene Person des Haushalts befragt, die der Altersspezifikation entsprach und deren Geburtstag am wenigsten weit zurücklag.

5
Alter zum Erhebungszeitpunkt

6
Die Bruttostichprobe besteht aus den zur Befragung ausgewählten Personen, von denen aber ein gewisser Teil nicht an der Befragung teilnimmt. Die Personen, von denen auswertbare Daten vorliegen, bilden die Nettostichprobe.

7
Diese disproportionale Stichprobe wurde nach der Datenerhebung durch Gewichtung kompensiert und damit die Stichprobe hinsichtlich Alters- und Geschlechterverteilung der Wohnbevölkerung angepasst.

Das Auswahlverfahren für die online durchgeführten Interviews entspricht einer **einfachen Zufallsauswahl**. Dazu wurden Befragungsteilnehmer/Befragungsteilnehmerinnen aus einem bereits bestehenden und nahezu ausschließlich offline rekrutierten Online-Panel mit mehr als 20.000 Personen ausgewählt, bei dessen Erstellung darauf geachtet wurde, dass es der Gesamtbevölkerung möglichst gut entspricht. Personen in diesem Online-Panel werden in unregelmäßigen Abständen (ca. 3 bis 4 Befragungseinladungen pro Quartal) zu Befragungen mit unterschiedlichen Inhalten eingeladen.

2.2 Datenerhebung

Mit der Durchführung der Datenerhebung wurde im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens die Firma *Market* betraut. Die Firma *Market* verfügt sowohl über die notwendigen methodischen Erfahrungen als auch über einschlägige inhaltliche Erfahrung im Bereich Suchtforschung.

Die Datenerhebung wurde im Zeitraum zwischen 27. Oktober und 11. Dezember 2015 (Face-to-Face-Interviews) bzw. zwischen 4. November und 3. Dezember 2015 (Online-Sample) durchgeführt. Die vorliegende Erhebung unterscheidet sich von der letzten derartigen Repräsentativerhebung (Uhl et al. 2009b) insofern, als bei diesen kein **Methoden-Mix**, sondern ausschließlich persönliche Interviews (Paper-and-Pencil-Interviews bzw. Computer-Assisted-Personal-Interviews) zum Einsatz kamen.

Um die Beteiligung auf Ebene der persönlichen Interviews zu erhöhen, wurden die zufällig ausgewählten Haushalte vor der Befragung vorab informiert – je nach Verfügbarkeit von Zusatzinformationen telefonisch, schriftlich oder durch einen persönlichen Besuch durch die Interviewerin bzw. den Interviewer. Pro ausgewähltem Haushalt wurden **bis zu fünf Kontaktversuche** unternommen, bevor auf einen Ersatzhaushalt zurückgegriffen wurde. Im Durchschnitt wurden zwei Kontaktversuche zur Durchführung eines Interviews (exklusive schriftliche/telefonische Vorabinformation) benötigt. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug in etwa **30 Minuten**.

Insgesamt wurden ungefähr 6.600 Haushalte ausgewählt (Bruttostichprobe) und aus diesen 2.108 persönliche Interviews geführt (Nettostichprobe). Die Beteiligungsquote für die repräsentative Stichprobe der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren beträgt **32,1 Prozent**. Die Gründe für eine Nichtteilnahme verteilen sich wie folgt:

- » 41 Prozent der Nichtteilnehmer/innen konnten trotz fünfmaliger Kontaktversuche **nicht erreicht** werden.
- » 49 Prozent der Nichtteilnehmer/innen lehnen **grundsätzlich** eine Teilnahme an persönlichen Interviews aus unterschiedlichen Gründen ab (kein Interesse, man will keine fremde Person in den Haushalt lassen etc.).
- » 6 Prozent der Nichtteilnehmer/innen nahmen aufgrund von **Sprachproblemen** nicht teil.
- » 4 Prozent der Nichtteilnehmer/innen verweigerten eine Teilnahme aufgrund der **Thematik**.

Für die Online-Interviews wurden aus dem Online-Panel zufällig 2.900 Personen für die Repräsentativerhebung und weitere 950 Personen für das Sample der 15- bis 19-Jährigen ausgewählt

und per E-Mail kontaktiert. Zur Erhöhung der Beteiligungsquote wurden bis zu drei Erinnerungen (Reminder) ausgeschildt. In Summe konnten **1.978 Online-Interviews** realisiert werden. Das entspricht einer Beteiligungsquote von **50,9 Prozent**. Die Arten der Nicht-Beteiligung lassen sich wie folgt unterteilen:

- » 5,1 Prozent der Nichtteilnehmer/innen haben die Befragung zunächst gestartet, dann aber abgebrochen.
- » 2,2 Prozent der Nichtteilnehmer/innen haben den Link zur Befragungseinladung angeklickt, ohne die Befragung zu starten.
- » 92,7 Prozent der Nichtteilnehmer/innen haben auf die Einladung zur Befragungsteilnahme nicht reagiert.

Keine Informationen liegen uns darüber vor, inwiefern sich Nichtteilnehmer/innen in ihrem Konsumverhalten von Teilnehmern/Teilnehmerinnen der Befragung unterscheiden. Im Rahmen des deutschen Epidemiologischen Suchtsurveys 2012 (Kraus et al. 2013) wurde der Non-Response-Effekt untersucht und festgestellt, dass Personen, die eine Teilnahme an der Befragung verweigern (aber bereit sind, einen Kurzfragebogen ausfüllen), durchschnittlich weniger Alkoholkonsum angeben und seltener Cannabiskonsum berichten.

3 Datenaufbereitung

Weil Studierende, Forscher/innen und Anwender/innen nur selten damit konfrontiert werden und es aufbereiteten Daten nicht anzusehen ist, wird der Datenaufbereitung in der akademischen Methodenlehre oft zu wenig Bedeutung zugemessen, wenngleich selbst unvermeidbare, minimale Formen der Datenaufbereitung und Datenbereinigung in der Praxis viel Zeit in Anspruch nehmen. Grob lässt sich die Datenaufbereitung in folgende Schritte unterteilen (Akremi et al. 2011): Identifikation von fehlerhaften Werten mittels **Plausibilitätsprüfungen**, **Fehlerdiagnose** und **Fehlerkorrektur**.

3.1 Plausibilitätsprüfung

Plausibilitätsprüfungen dienen dazu, unzulässig fehlende Werte, unmögliche bzw. unrealistische Werte und fehlerhafte Variablenformatierungen zu identifizieren. Diese Identifikation erfolgt auf Basis von

- » logisch zulässigen Wertebereichen (z. B. das Alter einer Person kann nicht kleiner als Null sein oder die Angabe zu einer geschlossenen Frage nur den vorgegebenen Antwortkategorien entsprechen);
- » Unterscheidung zwischen zulässig fehlenden (z. B. bei auf Grund von Filtern von manchen Befragten übersprungene Fragen) und unzulässig fehlenden Werten;
- » alltagserprobtem Allgemeinwissen (z. B. das Alter einer Person sollte nicht 110 Jahre übersteigen) oder Expertenwissen (Konsumangaben von mehr als 100 Zigaretten pro Tag sind unplausibel);
- » internen Plausibilitätsprüfungen durch Kreuztabellierung von Daten, die in einer logischen Hierarchie oder Beziehung zueinander stehen (z. B. wer angibt, einmal im letzten Monat geraucht zu haben, sollte auch die Frage, ob er mindestens einmal in seinem Leben geraucht hat, bejahen).

3.2 Fehlerdiagnose

Unterschiedliche Ursachen kommen für fehlerhafte Angaben in Frage. So können Fehlerquellen von den **Erhebungsverantwortlichen** verursacht werden, etwa durch unklare Formulierungen im Erhebungsinstrument, sodass Interviewer/innen Fragen falsch stellen oder Antworten falsch interpretieren. Interviews können auch bewusst gefälscht werden. Diese Fehlerquellen sollten durch Maßnahmen wie Testdurchläufe des Fragebogens, Schulungen der Interviewer/innen sowie Kontrollanrufe bei befragten Personen (ob das Interview tatsächlich geführt wurde) minimiert werden. Alle diese Kontrollmaßnahmen wurden im Rahmen der vorliegenden Bevölkerungserhebung durchgeführt, Probleme können aber natürlich trotzdem nie ganz ausgeschlossen werden.

Ebenso können Ursachen für Fehler auf **Seiten der Befragten** bestehen. So ist denkbar, dass Befragte die Intention bzw. bestimmte Formulierungen in der Fragestellung (im Falle der Fragebogenerhebung durch den Interviewer bzw. die Interviewerin vorgelesen) anders interpretieren, als seitens der Erhebungsverantwortlichen intendiert, und somit unbewusst falsche Angaben machen. Ebenso ist es möglich, dass die Befragten die Intention einer Frage zwar korrekt erfassen, aber bewusst falsche Angaben machen. Für bewusste Falschangaben gibt es viele Gründe. Im Sinne der sozialen Erwünschtheit geben manche Befragte Antworten zu Sachverhalten, über die Sie nicht Bescheid wissen, um ihr Nichtwissen zu verschleiern, oder sie beschönigen Ihre Angaben in eine Richtung, die sie als sozial erwünscht erachten. Mitunter kommt es auch zu bewussten Fehlangaben aus Unwillen gegenüber bestimmten Befragungsinhalten oder weil Befragungen generell abgelehnt werden. Derartiges kann sich in völlig unsinnigen Angaben oder demonstrativen Extremangaben manifestieren. Letztere sind im Gegensatz zu beschönigten Angaben wesentlich leichter als Fehlangaben zu erkennen, da es die Intention der Befragten war, nicht verwertbare Angaben zu liefern (Akremi et al. 2011).

3.3 Fehlerkorrektur

Änderungen auf Basis der oben beschriebenen Plausibilitätsprüfungen wurden insbesondere bei **unplausiblen Extrem-Angaben** (auf offene Fragen) und bei offensichtlich widersprüchlichen Angaben (zu geschlossenen Fragen) getätigt. Beispielsweise wurde als unplausibel gewertet, wenn mehr als 30 Getränkeeinheiten auf die offene Frage zur maximalen Getränkeanzahl pro Trinkgelegenhheit angegeben wurden.

Die auf Basis von Selbstangaben errechneten durchschnittlichen Alkoholkonsummengen bilden aus unterschiedlichen Gründen in verschiedenen internationalen Erhebungen (Rehm et al. 2004) bloß rund 30 bis 40 Prozent des Pro-Kopf-Konsums ab, der sich auf Basis von Wirtschaftsdaten errechnen lässt. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, haben wir unter Bezugnahme auf externe Datenquellen eine **Adjustierung der durchschnittlichen Alkoholkonsummenge** durchgeführt, wie das auch schon bei den letzten Repräsentativerhebungen gemacht wurde (Uhl et al. 2005; Uhl et al. 2009b).

Für die Unterschätzung sind primär zwei Phänomene verantwortlich: Einerseits sind Personen, die in extremem Ausmaß Alkohol konsumieren, bei Repräsentativerhebungen stark unterrepräsentiert („Undersampling“). Dieses Phänomen betrifft nicht nur den Substanzkonsum. Ganz generell sind Personen mit extremen Verhaltensmustern nur schwer für Interviews erreichbar. Andererseits ist bei Personen, die mit Fragebogenerhebungen erreicht werden bzw. bereits sind, an diesen teilzunehmen, die Tendenz festzustellen, aus Gründen der sozialen Erwünschtheit einen geringeren Alkoholkonsum anzugeben, als tatsächlich der Realität entspricht („Underreporting“). In welchem Umfang dieser Vorgang bewusst abläuft und wieweit es sich bloß um Vergessen handelt, ist schwer zu beurteilen und im Sinne der quantitativen Auswirkungen (Unterschätzung der tatsächlichen Konsummenge) auch nicht von Belang.

Für die Korrektur des **Undersampling-Fehlers** wurde auf Erkenntnisse aus früheren Repräsentativerhebungen zurückgegriffen (Uhl/Springer 1996), wonach mit Befragungsmethoden lediglich **ein Viertel aller Alkoholiker/innen** erfasst wird. Rechnerisch ergänzt werden die „fehlenden Alkoholiker/innen“ auf Grundlage von Behandlungsdaten.⁸ Infolge dieser rechnerischen Adjustierung ergibt sich im korrigierten Datensatz ein Anteil von 2,5 Prozent alkoholkranken Frauen und ein Anteil von 7,5 Prozent alkoholkranken Männern.

Die nach dieser Korrektur verbleibende Diskrepanz zu dem aus Erzeugung, Verkauf, Import und Export geschätzten Durchschnittsalkoholkonsum wird als **Underreporting-Fehler** interpretiert und proportional multiplikativ korrigiert. Der mit beiden Methoden „adjustierte durchschnittliche Alkoholkonsum“ der Österreicher/innen ab 15 Jahren ist daher identisch mit dem durchschnittlichen Alkoholkonsum, der auf Grundlage der offiziellen Verkaufszahlen errechnet wurde.⁹

In der vorliegenden Untersuchung ergibt sich ohne Adjustierung ein Reinalkohol-Durchschnittskonsum pro Jahr bei Personen ab 15 Jahren von 4,2 Liter. Korrigiert man das Undersampling, so kommt man auf 7,8 Liter Reinalkohol. Adjustiert man die Werte zusätzliche in Bezug auf Wirtschaftsdaten, so erhält man den tatsächlichen Wert von 12,4 Liter Reinalkohol. Mit anderen Worten, wenn man die unkorrigierten Ergebnisse der Repräsentativerhebung für bare Münze nimmt, sieht man bloß 33 Prozent des tatsächlichen Konsums; man unterschätzt also den tatsächlichen Alkoholkonsum um 66 Prozent.

8

Die Alters- und Geschlechterverteilung entspricht jener von Patienten bzw. Patientinnen des Anton-Proksch-Instituts. Als durchschnittlicher Tageskonsum werden Werte herangezogen, die dem Konsumverhalten vor Behandlungsantritt laut Selbstauskunft der Patienten/Patientinnen entsprechen (226 Gramm Reinalkohol bei Männern und 130 Gramm Reinalkohol bei Frauen).

9

Mithilfe dieser Korrekturverfahren ist es möglich, den Alkoholikeranteil und den Durchschnittskonsum korrekt abzubilden und gleichzeitig Unterschiede zwischen Teilpopulationen und Zusammenhänge zu beschreiben, was ohne Befragungsdaten nicht möglich wäre. Für die im Rahmen der Undersampling-Korrektur aus Behandlungsdaten ergänzten Alkoholiker/innen stehen allerdings ausschließlich die Variablen Alter und Geschlecht zur Verfügung.

4 Gewichtung und Repräsentativität der Ergebnisse

4.1 Allgemeine Einschränkungen

In Verbindung mit dem in Kap. 3.3 beschriebenen Korrekturverfahren zur Kompensation des Underreporting-Fehlers und des Undersampling-Fehlers wurden bereits zwei wesentliche Einschränkungen erwähnt, die die Verlässlichkeit von Erhebungsdaten im Suchtbereich mindern. In beiden Fällen handelt es sich um einen **systematischen Bias**, d. h. um eine Verzerrung, die unabhängig von der Größe der Stichprobe auftritt. Man muss damit rechnen, dass äquivalente Verzerrungen auch bei den Angaben zu anderen psychoaktiven Substanzen bestehen; da für diese aber keine validen Referenzwerte vorliegen, ist eine analoge Adjustierung dieser Werte nicht möglich und können lediglich Vergleiche mit anderen Datenquellen (z. B. Behandlungszahlen) angestellt werden.

Verwandt mit dem Underreporting-Fehler sind alle weiteren Probleme, die damit einhergehen, dass eine Befragung grundsätzlich ein **reaktives Erhebungsverfahren** ist, d. h. im Prinzip immer die Reaktion einer Person auf einen Stimulus (auf eine Frage) gemessen wird und nicht das tatsächliche Verhalten der Person. Messungen sind immer mehr oder weniger fehlerbehaftet und es wäre naiv, Daten unkritisch eins zu eins mit jenen Phänomenen gleichzusetzen, zu deren Quantifizierung sie erhoben werden. Die Aussage „Herr X gibt an, letzte Woche keine Alkohol getrunken zu haben“ ist nicht identisch mit der faktischen Aussage „Herr X hat letzte Woche keinen Alkohol getrunken“. Diese Aussagen werden allerdings häufig als völlig äquivalent präsentiert, wodurch kaum Problembewusstsein dafür entsteht, dass Messungen das zu messende Phänomen nur mehr oder weniger präzise erfassen.

Dieses Faktum kann sich nicht nur derart auswirken, dass Substanzkonsum zu einem bestimmten Zeitpunkt falsch eingeschätzt wird, sondern auch dahingehend, dass Veränderungen im Zeitverlauf nicht durch tatsächliche Konsumveränderungen, sondern bloß durch ein **geändertes Antwortverhalten** verursacht wird. Dass derartige Faktoren eine bedeutende Rolle spielen, beweist das Beispiel der scheinbar abnehmenden Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums – also des Anteils an Cannabiserfahrenen – im Lebensverlauf: Werden Erhebungsdaten unterschiedlicher Zeitpunkte miteinander verglichen, zeigt sich in allen Daten uniform ein eklatanter Rückgang der Lebenszeitprävalenz nach dem 30. Geburtstag. Bei einer korrekten Messung müsste die Lebenszeiterfahrung von Cannabis auch in älteren Bevölkerungsgruppen zunehmen, da Personen, die z.B. als Jugendliche in den 1970er Jahren Konsumerfahrungen gemacht haben, heute um die 65 Jahre alt ist. Fest steht, dass die Lebenszeitprävalenz im Laufe eines Lebens nicht von „Konsumerfahrung“ auf „keine Konsumerfahrung“ umschwenken kann und daher der Rückgang ab dem 30. Geburtstag zu einem großen Teil geänderten Lebensumständen und einer damit verbundenen veränderten Antwortbereitschaft geschuldet ist.

Von solch prinzipiellen Problemen abgegrenzt werden können Einschränkungen der Repräsentativität, die sich aus der Stichprobengröße und damit verbundenen **Zufallsschwankungen** ergeben. Der Stichprobenumfang ist groß genug, um österreichweite Ergebnisse zu liefern und manche Unterschiede zwischen großen Teilgruppen darzustellen. Der Stichprobenumfang reicht allerdings nicht aus, um angesichts der – auch bei perfekter Stichprobenziehung – auftretenden Zufallsschwankungen genaue Werte auch für eine Vielzahl an kleinen Teilgruppen zu errechnen, weswegen Vergleiche zwischen den Bundesländern – insbesondere bei bevölkerungsschwachen Bundesländern – kaum sinnvoll sind.

Große Vorsicht ist auch geboten, wenn es um Angaben über **niedrigprävalente Phänomene** (unter ein oder zwei Prozent) geht, da wenige Fehler in der Gruppe der nicht betroffenen Personen (falsch positive Fälle) hier große Auswirkungen haben. Tritt ein Phänomen tatsächlich bei 30 Prozent der Bevölkerung auf, so spielt es wenig Rolle, wenn 1 Prozent der Betroffenen und 1 Prozent der Nichtbetroffenen falsche Angaben machen¹⁰, da in diesem Fall das Ergebnis weniger als einen Prozentpunkt abweicht. Tritt allerdings ein Phänomen bloß bei einem halben Prozent der Bevölkerung auf, dann wirken sich schon geringe Fehler dramatisch aus (Uhl 2014). Aufgrund dieser Fehlerquelle ist auch bei der Interpretation von vermeintlich dramatischen Veränderungen bei niedrigprävalenten Verhaltensweisen über zwei Zeitpunkte Vorsicht geboten: Wenn der Heroin-Konsum von 0,2 auf 0,4 Prozent ansteigt, ist zwar mathematisch korrekt von einer Verdopplung zu sprechen, es sollte aber berücksichtigt werden, dass diese Verdopplung auf Angaben von acht Personen basiert.

Wie eben ausgeführt, ist bei Repräsentativerhebungen im Suchtbereich mit erheblichen systematischen Verzerrungen zu rechnen, zu denen sich noch die Effekte von Zufallsschwankungen addieren. Nur letztere nehmen mit zunehmendem Stichprobenumfang ab und nur letztere werden von Konfidenzintervallen erfasst. Um den falschen Eindruck zu vermeiden, dass sich die wahren Werte mit großer Wahrscheinlichkeit innerhalb diese Intervalle befinden, haben wir bei der Darstellung auf die Berechnung von Konfidenzintervallen verzichtet.

4.2 Gewichtung nach Alter und Geschlecht

Nach der Datenerhebung wurde die Stichprobe entsprechend der österreichischen Wohnbevölkerung anhand der Variablen **Alter** und **Geschlecht** gewichtet. Diese Gewichtung ist notwendig, da einerseits – und wie bereits erläutert – überproportional junge Altersgruppen befragt wurden und andererseits aufgrund unterschiedlicher Beteiligungsquoten in der Bruttostichprobe eine Gewichtung nach Alter und Geschlecht notwendig war, um zu einer repräsentativen Nettostichprobe zu gelangen.

10

Ein Instrument, das Fälle mit 99 % Wahrscheinlichkeit richtig zuordnet (Sensitivität) und das auch Nicht-Fälle mit 99 % Wahrscheinlichkeit richtig zuordnet (Spezifität), wird allgemein als Instrument mit sehr guten Testkriterien beurteilt. Trotzdem ergeben sich für niedrig prävalente Phänomene beim Einsatz dieses Instruments gravierende systematische Fehleinschätzungen.

Die Abweichungen zwischen der ungewichteten Alters- und Geschlechtsverteilung und der gewichteten – der Bevölkerung entsprechenden – Verteilung werden in Tabelle 4.1 dargestellt. Starke Abweichungen mussten abgesehen von den Altersgruppen „20 bis 24 Jahre“ und „25 bis 29 Jahre“ insbesondere in den Altersgruppen „75 bis 79 Jahre“ und „80 Jahre oder älter“ durch entsprechende Gewichtung kompensiert werden. Besonders hohe Gewichte (d. h. mehr als Faktor 2) kamen ausschließlich in den sehr hohen Alterskategorien zum Einsatz. Es sollte daher bedacht werden, dass Ergebnisse für Personen zwischen 20 und 29 Jahren auf einer höheren und für Personen über 75 Jahren auf einer geringen Fallzahl beruhen, als es der Gewichtung nach den Anschein hat.

Tabelle 4.1:
Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung ab 15 Jahren in gewichteter und ungewichteter Stichprobe

| | Stichprobe ungewichtet | | Gewichtet entsprechend Bevölkerungsverteilung | |
|--------------------|------------------------|---------------|---|---------------|
| | männlich | weiblich | männlich | weiblich |
| 15–19 Jahre | 135 (7 %) | 140 (7 %) | 129 (7 %) | 122 (6 %) |
| 20–24 Jahre | 267 (14 %) | 313 (15 %) | 153 (8 %) | 146 (7 %) |
| 25–29 Jahre | 343 (18 %) | 361 (18 %) | 157 (8 %) | 153 (7 %) |
| 30–34 Jahre | 113 (6 %) | 165 (8 %) | 161 (8 %) | 159 (8 %) |
| 35–39 Jahre | 120 (6 %) | 123 (6 %) | 150 (8 %) | 148 (7 %) |
| 40–44 Jahre | 130 (7 %) | 149 (7 %) | 165 (8 %) | 168 (8 %) |
| 45–49 Jahre | 153 (8 %) | 151 (7 %) | 194 (10 %) | 192 (9 %) |
| 50–54 Jahre | 127 (6 %) | 171 (8 %) | 189 (10 %) | 188 (9 %) |
| 55–59 Jahre | 122 (6 %) | 157 (8 %) | 156 (8 %) | 161 (8 %) |
| 60–64 Jahre | 130 (7 %) | 107 (5 %) | 125 (6 %) | 134 (6 %) |
| 65–69 Jahre | 136 (7 %) | 95 (5 %) | 109 (6 %) | 121 (6 %) |
| 70–74 Jahre | 113 (6 %) | 80 (4 %) | 106 (5 %) | 127 (6 %) |
| 75–79 Jahre | 52 (3 %) | 29 (1 %) | 72 (4 %) | 93 (5 %) |
| 80+ Jahre | 15 (1 %) | 18 (1 %) | 81 (4 %) | 154 (7 %) |
| Gesamt | 1.956 (100 %) | 2.059 (100 %) | 1.947 (100 %) | 2.066 (100 %) |
| Durchschnittsalter | 42,1 | 40,1 | 46,4 | 48,7 |

Quelle: GPS 2015 (Variablen sd1 und sd2); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.3 Repräsentativität hinsichtlich anderer Variablen

Die beschriebene Gewichtung sorgt dafür, dass die Stichprobe hinsichtlich der berücksichtigten Variablen Alter und Geschlecht der Grundgesamtheit entspricht. Im Hinblick auf alle **anderen Variablen** kann es allerdings Abweichungen geben, wenn Personen mit bestimmten Merkmalen eher oder seltener an Erhebungen teilnehmen.

In Tabelle 4.2 werden soziodemographische Variablen, die möglicherweise Einfluss auf das Antwortverhalten haben können, für die Stichprobe sowie für die österreichische Wohnbevölkerung (basierend auf Daten von Statistik Austria) dargestellt.

Dabei zeigt sich, dass die Stichprobe bezüglich folgender Variablen **der Wohnbevölkerung** entspricht:

- » regionale Verteilung nach Bundesländern
- » Grad der Urbanität
- » Erwerbstätigkeit

Es gibt allerdings verhältnismäßig **große Divergenzen** zwischen der Stichprobe und der österreichischen Wohnbevölkerung in Hinblick auf die folgenden Variablen:

- » Bildungsabschluss
- » Geburtsort
- » Staatsbürgerschaft

So sind Personen unterrepräsentiert, die nicht in Österreich geboren sind und/oder eine andere Staatsbürgerschaft als die österreichische haben, was zumindest teilweise daran liegt, dass Personen mit **nicht ausreichenden Deutschkenntnissen** nicht in die Repräsentativerhebung einbezogen werden konnten.

Die zweite Ungleichverteilung betrifft den Faktor **Bildung** und stellt sich in Form einer umgedrehten U-Kurve dar: In der Stichprobe sind sowohl Personen mit überdurchschnittlichem Bildungsabschluss (tertiäre Ausbildung) als auch Personen mit unterdurchschnittlichem Bildungsabschluss (Sekundarstufe I) unterrepräsentiert, während Personen mit mittlerem Bildungsabschluss (Sekundarstufe II) überdurchschnittlich häufig in der Stichprobe zu finden sind. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit anderen Suchtsurvey (Kraus/Pabst 2010) bzw. der allgemeinen Erfahrung in der empirischen Sozialforschung, dass Fragebogenerhebungen zu einem Mittelschichtsbias tendieren (Diekmann 2007).¹¹

11

Aus unterschiedlichen Gründen wurde trotz dieser Divergenzen darauf verzichtet, zusätzliche Dimensionen in der Gewichtung zu berücksichtigen: (1) Teilweise sind derart detaillierte Informationen über die Verteilung in der Grundgesamtheit nicht vorhanden. (2) Jede Gewichtung erhöht den Einfluss des Zufallsfehlers, da unterrepräsentierte Merkmalskombinationen hoch gewichtet werden. Dieser Effekt wird umso größer, je mehr Merkmalskombinationen bestehen. Bei 14 Altersausprägungen und zwei Geschlechtsausprägungen (= 28 Gewichte) erhöht sich diese Anzahl bei Hinzuziehung einer weiteren Dimension (z. B. Bildung) mit drei Ausprägungen auf 84 Gewichte (= 28 x 3). Bei seltenen Merkmalskombinationen (z. B. hohes Alter, weiblich, tertiärer Bildungsabschluss) wären teilweise sehr große Gewichte notwendig, um eine korrekte Verteilung herzustellen. (3) Durch Gewichtung kann bei Merkmalsausprägungen, die sehr unterschiedliche Fälle zusammenfassen, ein zusätzlicher Fehler eingebaut werden. Zum Beispiel wurden unter der Rubrik „Geburtsort Ausland“ in der Stichprobe größtenteils Personen erfasst, die in Deutschland geboren sind, und nur sehr wenige Personen, die in der Türkei, in Bosnien oder Kroatien geboren sind. Ein Hochgewichten von Personen, die in Deutschland geboren sind, würde somit die Repräsentativität der Stichprobe hinsichtlich aller Personen mit ausländischem Geburtsort nicht erhöhen.

Tabelle 4.2:
Verteilung von soziodemographischen Merkmalen in Stichprobe und österreichischer
Wohnbevölkerung

| Variable | Ausprägung | Gewichtete Stichprobe | Österreichische Bevölkerung 15 Jahre oder älter |
|--------------------|--|-----------------------|---|
| Bundesland | Burgenland | 3,5 % | 3,4 % |
| | Kärnten | 7,7 % | 6,6 % |
| | Niederösterreich | 18,6 % | 19,1 % |
| | Oberösterreich | 16,1 % | 16,6 % |
| | Salzburg | 6,4 % | 6,2 % |
| | Steiermark | 14,2 % | 14,4 % |
| | Tirol | 9,0 % | 8,5 % |
| | Vorarlberg | 4,3 % | 4,3 % |
| | Wien | 20,3 % | 20,9 % |
| Bildungsabschluss | Sekundarstufe I | 17,6 % | 27,8 % |
| | Sekundarstufe II | 63,6 % | 49,2 % |
| | tertiärer Bildungsabschluss | 18,7 % | 23,0 % |
| Urbanitätsgrad | Ich lebe auf dem Land oder in einem kleinen Dorf | 39,7 % | 40,2 % |
| | Ich lebe in einer Kleinstadt (weniger als 50.000 EW) | 20,9 % | 27,0 % |
| | Ich lebe in einer mittelgroßen Stadt (50.000 bis 200.000 EW) | 10,7 % | 8,7 % |
| | Ich lebe in einer Großstadt (mehr als 200.000 EW) | 8,4 % | 3,2 % |
| | Ich lebe in Wien | 20,4 % | 20,9 % |
| Erwerbstätigkeit | erwerbstätig | 58,1 % | 57,3 % |
| | arbeitslos | 4,1 % | 3,4 % |
| | nicht Erwerbspersonen (in Ausbildung, Pension) | 37,7 % | 39,3 % |
| Geburtsort | Österreich | 93,8 % | 82,7 % |
| | Ausland | 6,2 % | 17,3 % |
| Staatsbürgerschaft | Österreich | 96,7 % | 86,7 % |
| | nicht Österreich | 3,3 % | 13,3 % |

Quelle: GPS 2015 bzw. Statistik Austria 2016abcde; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.4 Einfluss der Erhebungsmethode

Im Unterschied zu vorherigen Erhebungswellen (Uhl et al. 2005; Uhl et al. 2009b) wurde bei der vorliegenden Repräsentativerhebung ein **Methoden-Mix** aus Onlinebefragung und persönlichen Interviews (Face-to-Face und Computer-Assisted Personal Interviews) gewählt.

Online-Methoden werden zunehmend häufiger eingesetzt, nicht zuletzt, da sie deutlich geringere Kosten verursachen als persönliche Interviews. Es ist allerdings naheliegend, dass sich die gewählte Methode auf die Ergebnisse auswirkt:

- » Erstens ist anzunehmen, dass sich die Erhebungsmethode auf die **Stichprobenszusammensetzung auswirkt** (jüngere und höher gebildete Menschen nehmen eher an einer Online-Befragung teil als ältere Menschen bzw. Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau).
- » Zweitens ist naheliegend, dass sich die Abwesenheit bzw. Anwesenheit eines Interviewers / einer Interviewerin auf das **Antwortverhalten** bzw. auf die Bereitschaft, wahrheitsgemäß zu antworten, auswirkt.

Der gemeinsame Einsatz zweier unterschiedlicher Erhebungsmethoden bei sonst identen Erhebungsparametern (Zeitpunkt, Fragebogen) bietet eine ideale Möglichkeit, um Methodeneffekte zu untersuchen. Im Rahmen des deutschen Suchtsurveys (Kraus et al. 2013) wurde z. B. festgestellt, dass Personen, die die Befragung mittels Onlinefragebogen durchführten, häufiger Alkoholabstinenz und seltener Cannabiskonsum angaben als Personen, die an einer schriftlichen Erhebung teilnahmen. Deutlich größere Effekte ergaben sich dabei allerdings zwischen telefonischen und schriftlichen Interviews (und zwar ein deutlich geringerer Cannabiskonsum, Tabakkonsum und Konsum von Medikamenten bei telefonischer Befragung).

In Tabelle 4.3 wird die Verteilung der beiden Samples nach Alter, Bildung und Geschlecht dargestellt. Beim Vergleich der nicht standardisierten Werte zeigt sich, dass die Teilnehmer/innen der Online-Erhebung im Durchschnitt etwas **jünger** sind und einen höheren Anteil an Personen mit **tertiärem Bildungsabschluss** aufweisen. Um diese Unterschiede zu kompensieren, wurden beide Subsamples **standardisiert**, d. h. die Verteilung nach Geschlecht, Alter und Bildung jener aus der Gesamtstichprobe angepasst (siehe Spalte „Standardisiert für Gruppenvergleich“), wodurch Unterschiede in Bezug auf Geschlecht, Alter und Bildung logischerweise verloren gehen.

Tabelle 4.3:

Verteilung von Alter, Geschlecht und Bildung in Online-Sample und Face-to-Face-Sample

| | Nicht standardisiert | | | Standardisiert für Gruppenvergleich* | | |
|-----------------------------|----------------------|--------|--------|--------------------------------------|--------|--------|
| | Face-to-Face | Online | Gesamt | Face-to-Face | Online | Gesamt |
| männlich | 49 % | 48 % | 49 % | 49 % | 49 % | 49 % |
| weiblich | 51 % | 52 % | 51 % | 51 % | 51 % | 51 % |
| Alter (Mittelwert) | 42,1 | 39,9 | 41,1 | 41,1 | 41,1 | 41,1 |
| Alter (Median) | 41 | 33 | 38 | 38 | 38 | 38 |
| Alter (Minimum) | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Alter (Maximum) | 93 | 88 | 93 | 93 | 88 | 93 |
| Sekundarstufe I | 16 % | 13 % | 15 % | 14 % | 15 % | 14 % |
| Sekundarstufe II | 63 % | 63 % | 63 % | 63 % | 63 % | 63 % |
| tertiärer Bildungsabschluss | 18 % | 23 % | 20 % | 21 % | 20 % | 21 % |

Quelle: GPS 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG, Variablen

Beim Vergleich der beiden standardisierten Subsamples bezüglich der zentralen Prävalenzraten für unterschiedlicher Konsumerfahrungen zeigen sich nur **minimale Unterschiede**, wobei sich

keine eindeutige Tendenz in Richtung Unter- oder Überschätzung des Substanzkonsums erkennen lässt: Im Online-Sample berichtet z. B. ein größerer Anteil der Personen, Alkohol zu konsumieren (Letztmonatsprävalenz und Letztjahresprävalenz), während im Face-to-Face-Sample ein höherer Anteil täglichen Alkoholkonsum angibt. Wenig bis gar keine Unterschiede sind auch im Bereich des illegalen Substanzkonsums zu erkennen. Dort, wo Unterschiede bestehen, zeigen sie überraschenderweise höhere Werte im Face-to-Face-Sample als im Online-Sample. Das spricht gegen die These, dass die erhöhte Anonymität bei der Online-Befragung zu höheren Angaben von illegalem Substanzkonsum führt. Durchgehend höhere Werte im Online-Sample sind hingegen für die Teilnahme an Glücksspielen zu finden.

Nahezu die gleichen Unterschiede wie beim standardisierten Vergleich ergeben sich auch beim Vergleich der beiden unstandardisierten Subsamples. Damit lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Entscheidung für eine der beiden gewählten Methoden zwar einen gewissen Einfluss auf die **Stichprobenszusammensetzung** hat, dass sich diese aber nur **minimal in den berichteten Prävalenzraten** niederschlägt.

Tabelle 4.4:

Vergleich der Prävalenz unterschiedlicher Substanzen im Online- und Face-to-Face-Sample

| | Nicht standardisiert | | | Standardisiert für Gruppenvergleich* | | |
|---------------------------------------|----------------------|--------|--------|--------------------------------------|--------|--------|
| | Face-to-Face | Online | Gesamt | Face-to-Face | Online | Gesamt |
| Täglich Alkohol | 5 % | 3 % | 5 % | 5 % | 3 % | 4 % |
| Alkohol (Letztmonatsprävalenz) | 71 % | 75 % | 73 % | 71 % | 75 % | 73 % |
| Alkohol (Letztjahresprävalenz) | 90 % | 94 % | 92 % | 90 % | 93 % | 91 % |
| Alkohol (Durchschnittsmenge)** | 9,6 | 9,2 | 9,4 | 9,6 | 9,1 | 9,4 |
| Medikamente (Letztmonatsprävalenz) | 6 % | 5 % | 6 % | 6 % | 5 % | 5 % |
| Medikamente (Lebenszeitprävalenz) | 18 % | 17 % | 18 % | 18 % | 17 % | 18 % |
| Cannabis (Letztmonatsprävalenz) | 3 % | 2 % | 3 % | 3 % | 2 % | 3 % |
| Cannabis (Lebenszeitprävalenz) | 23 % | 23 % | 23 % | 25 % | 22 % | 23 % |
| Ecstasy (Lebenszeitprävalenz) | 3 % | 2 % | 3 % | 3 % | 2 % | 3 % |
| Metamphetamin (Lebenszeitprävalenz) | 1 % | 0 % | 0 % | 1 % | 0 % | 0 % |
| Amphetamin (Lebenszeitprävalenz) | 3 % | 2 % | 2 % | 3 % | 2 % | 2 % |
| Kokain (Lebenszeitprävalenz) | 3 % | 3 % | 3 % | 3 % | 3 % | 3 % |
| Heroin (Lebenszeitprävalenz) | 1 % | 0 % | 0 % | 1 % | 0 % | 0 % |
| Euphotrem (Lebenszeitprävalenz) | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % |
| Biogene Drogen (Lebenszeitprävalenz) | 4 % | 2 % | 3 % | 4 % | 2 % | 3 % |
| Schnüffelstoffe (Lebenszeitprävalenz) | 3 % | 3 % | 3 % | 3 % | 3 % | 3 % |
| NPS (Lebenszeitprävalenz) | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % |
| Glücksspiel (Letztmonatsprävalenz) | 32 % | 38 % | 35 % | 31 % | 38 % | 35 % |
| Glücksspiel (Lebenszeitprävalenz) | 74 % | 78 % | 76 % | 74 % | 78 % | 76 % |

* Standardisiert nach Alter, Geschlecht und Bildung entsprechend der Verteilung im Gesamtsample

** in Gramm Reinalkohol pro Tag (ohne Adjustierung in Bezug auf Undersampling und Underreporting)

Quelle: GPS 2015;

Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG, Variablen f1, m1, c1, met1, amp1,k1, h1,eup1, bio1, sch1, nps1 glue1

4.5 Trennschärfe von Konsumkategorien

Die Verwendung von **Konsumkategorien** zur Beschreibung eines Verhaltens (z. B. des Nikotinkonsums), das in unterschiedlichsten Abstufungen existiert, ist sehr beliebt, weil sie zwei Vorteile bietet: Erstens erleichtern verbal umschriebenen Konsumkategorien (z. B. „ich rauche fast täglich“) den Befragungsteilnehmern/Befragungsteilnehmerinnen, sich selbst einer Kategorie zuzuordnen, ohne ihr Verhalten im Detail memorieren zu müssen; zweitens ist es für die automatisierte Datenerfassung leichter, wenn nur wenige Kategorien vorgesehen sind.¹²

Das Problem der mangelnden Präzision bzw. Eindeutigkeit von verbal umschreibenden Antwortkategorien kann anhand der konsumierten Menge an Zigaretten verdeutlicht werden, wenn Ergebnisse aus verbal umschreibenden Antwortkategorien mit rein numerischen Angaben kreuztabelliert werden (vgl. Tabelle 4.5):

- » Personen, die ihr Konsumverhalten mit der Kategorie „Ja, sporadisch“ beschreiben würden, berichten von einem einzigen bis zu 15 Konsumtagen.
- » Personen, die die Konsumkategorie „ja, gelegentlich“ wählen, verteilen sich von einem einzigen auf bis zu 20 Konsumtage.
- » Personen, die „fast täglich“ als Konsumkategorie wählen, berichten von 2 bis 30 Konsumtagen.
- » ausschließlich Personen, die ihren Konsum mit der Kategorie „ja, täglich“ beschreiben, berichten auch einheitlich von 30 Konsumtagen.

Zusammengefasst umfassen die verbalen Antwortkategorien eine enorme Bandbreite an Konsumverhaltensweisen, die allerdings erst dann ans Tageslicht treten, wenn sie mit anderen Angaben kreuztabelliert werden.

12

Kritisiert wird an der Kategorienbildung in Erhebungsinstrumenten, dass die Präzision der Messungen durch die Zusammenfassung von Werten im Zuge der Erhebung leidet, da Kategoriegrenzen im Zuge der Auswertung nicht angepasst werden können und Ergebnisse nur dann sinnvoll mit den Ergebnissen anderer Studien vergleichbar sind, wenn die Grenzen identisch gezogen wurden (Diekmann 2007). Da wir uns bei der vorliegenden Repräsentativerhebung teilweise an internationalen Vorgaben orientieren mussten und Vergleiche mit bereits vorhandene Erhebungen möglich sein sollten, kamen allerdings – unabhängig von den eben angestellten Überlegungen – unterschiedliche Fragentypen zum Einsatz.

Tabelle 4.5:
Kategoriale Selbstbeschreibung und Anzahl Rauchtage

| | Ja, täglich | Ja, fast täglich | Ja, gelegentlich | Ja, sporadisch |
|---------------------------|-------------|------------------|------------------|----------------|
| jeden Tag (= an 30 Tagen) | 100 % | 5 % | 0 % | 0 % |
| an 26 bis 29 Tagen | 0 % | 18 % | 0 % | 0 % |
| an 21 bis 25 Tagen | 0 % | 33 % | 0 % | 0 % |
| an 16 bis 20 Tagen | 0 % | 32 % | 9 % | 0 % |
| an 11 bis 15 Tagen | 0 % | 7 % | 16 % | 2 % |
| an 6 bis 10 Tagen | 0 % | 2 % | 43 % | 8 % |
| an 2 bis 5 Tagen | 0 % | 3 % | 33 % | 71 % |
| an einem einzigem Tag | 0 % | 0 % | 0 % | 19 % |
| gesamt | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Anzahl Personen | 690 | 123 | 122 | 119 |
| Mittelwert an Tagen | 30 | 25 | 15 | 8 |

Quelle: GPS 2015 (Variablen: n17, n18); Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Nur sehr bedingt vergleichbar sind Ergebnisse von verbal umschreibenden Antwortkategorien, wenn **unterschiedliche Skalen** verwendet werden: Es ist naheliegende, dass die Auswahl einer Verbalkategorie bei ein und demselben Verhalten anders ausfällt, wenn dies nicht – wie hier – mit einer 5-stufigen Skala (täglich, fast täglich, gelegentlich, sporadisch, gar nicht)¹³, sondern mit einer 3-stufigen (täglich, gelegentlich, gar nicht)¹⁴ erhoben wird. Dies sollte unbedingt berücksichtigt werden, wenn einzelne Kategorien (Entwicklung der täglichen Raucher/innen) aus unterschiedlichen Datenquellen verglichen werden.

¹³
GPS 2008 und vorliegende Studie (GPS 2015)

¹⁴
ATHIS Befragung 2014 oder GPS 2004

5 Nikotin

Tabakkonsum steht bereits seit mehreren Jahrzehnten im Fokus gesundheitspolitischer Überlegungen. Präventionsmaßnahmen auf unterschiedlicher Ebene sollen zu einer **Konsumreduktion** und einer Stärkung des **Nichtraucherschutzes** führen und umfassen unter anderem (vgl. Schmutterer/Uhl, in Arbeit):

- » Verbote (z. B. Rauchverbote an bestimmten Orten, Werbeverbote),
- » Gebote (z. B. das Anbringen von Warnhinweisen auf Verpackungen),
- » Maßnahmen zur konsequenteren Kontrolle von Bestimmungen (z. B. Alterskontrolle beim Verkauf),
- » finanzielle Anreize (z. B. Steuererhöhungen auf Tabakprodukte, Mindestpreise),
- » Präventionsprogramme und Informationskampagnen,
- » Unterstützungen zur Entwöhnung.

Zwischen der letzten GPS-Erhebung in Österreich im Jahr 2008 und der aktuellen Erhebung im Jahr 2015 wurden etliche gesetzliche Verschärfungen zur **Tabakprävention** und zum Nichtraucherschutz umgesetzt. Die Einführung der **E-Zigarette** wird aus gesundheitspolitischer Perspektive aktuell kontrovers beurteilt: Einerseits werden E-Zigaretten als weniger schädliche Alternative zu herkömmlichen Zigaretten im Sinne einer „Harm Reduction“-Maßnahme begrüßt. Andererseits wird befürchtet, dass bestimmte Inhaltsstoffe negative Effekte auf die Gesundheit haben bzw. dass nicht rauchende Personen durch E-Zigaretten zum Zigarettenrauchen verleitet werden könnten.

5.1 Prävalenz unterschiedlicher nikotinhaltiger Produkte

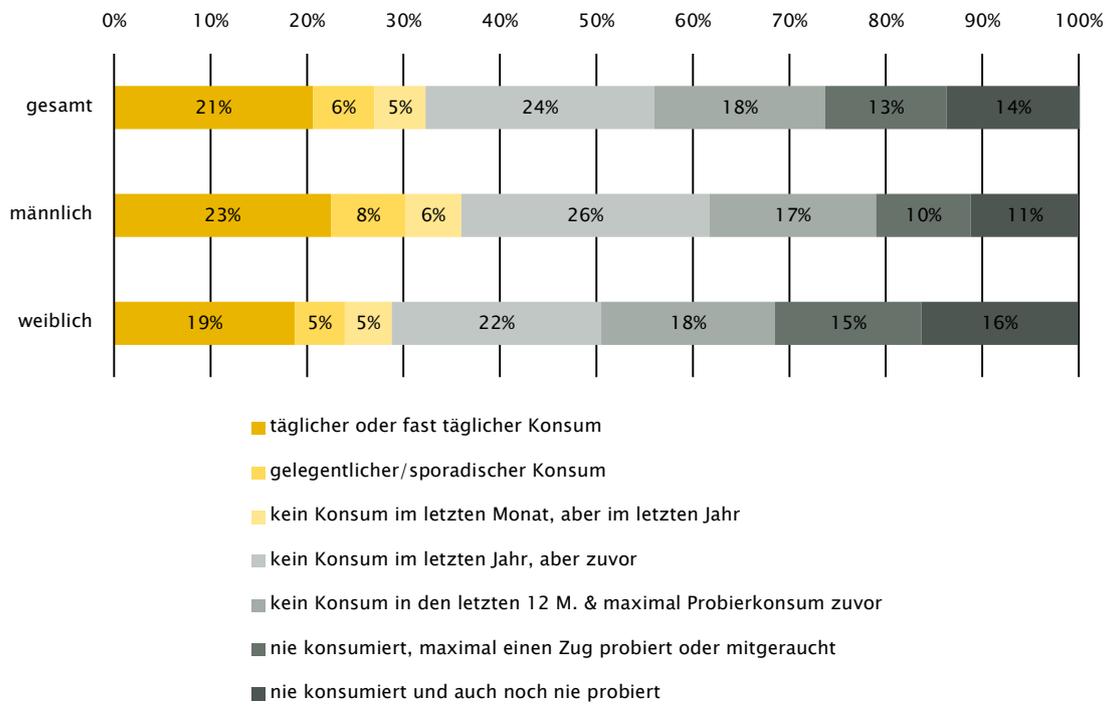
Klassische Zigaretten¹⁵ (klassisch in Abgrenzung zu E-Zigaretten) sind nach den Angaben der Befragten nach wie vor das am häufigsten konsumierte nikotinhaltige Produkt in Österreich. Knapp mehr als ein Viertel der Befragten (27 %) gibt insgesamt an, aktuell zu rauchen (d. h. in den letzten 30 Tagen sporadisch bis täglich), ein Fünftel der Befragten (21 %) gibt an, **täglich oder fast täglich zu rauchen** (vgl. Abbildung 5.1).

Der Anteil an Personen, die **jemals geraucht haben** (also entweder aktuell rauchen oder zumindest früher geraucht haben), liegt je nachdem, ob ausschließlich regelmäßiger Konsum oder auch ehemaliger Probierkonsums mitgezählt werden, zwischen 56 und 74 Prozent. In allen Konsumkategorien erreichen Männer höhere Werte als Frauen (vgl. Abbildung 5.2).

15

Im Fragebogen wurden sämtliche rauchbare nikotinhaltige Produkte („Zigaretten, Zigarren und Pfeifen“) in einer gemeinsamen Kategorie erhoben. Da unter diesen Rauchwaren Zigarren und Pfeifen relativ zu Zigaretten nur eine untergeordnete Rolle spielen, wird aus Gründen der sprachlichen Einfachheit im Folgenden von „Zigarettenkonsum“ gesprochen.

Abbildung 5.1:
Prävalenz des Zigarettenkonsums nach Geschlecht

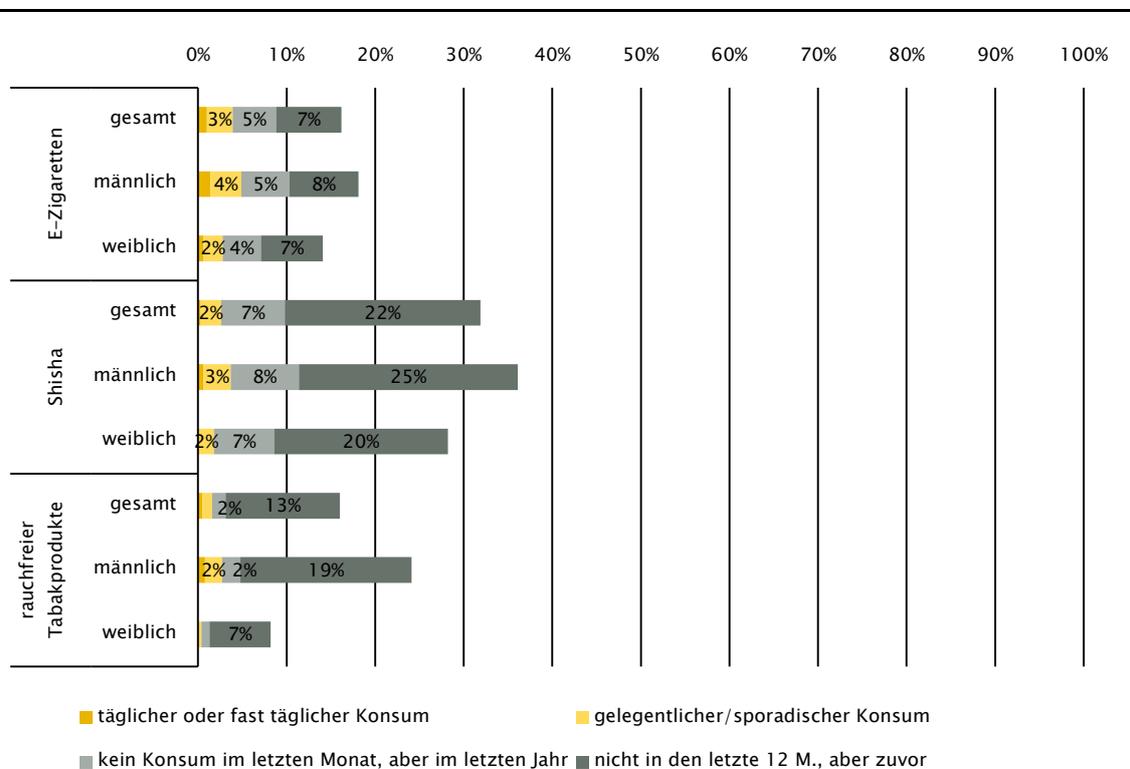


Quelle: GPS 2015 (Variablen: n1 bis n17); Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Was alle anderen nikotinhaltenen Produkten betrifft, wird am häufigsten von Konsumerfahrungen mit Wasserpfeife berichtet: Etwa ein Drittel der Befragten (32 %) hat nach eigenen Angaben schon mindestens einmal im Leben eine Wasserpfeife geraucht. Ein deutlich geringerer Anteil Befragter gibt an, schon einmal E-Zigaretten (16 %) oder rauchfreie Tabakprodukte probiert zu haben (16 %). Hinsichtlich des aktuellen Konsums (d. h. innerhalb der letzten 30 Tage) liegen **E-Zigaretten** und **Wasserpfeifen** (Shisha) hingegen fast gleichauf (4 % bzw. 3 %).

Erfahrungen mit rauchfreien nikotinhaltenen Produkten (Snus, Kautabak oder ähnlichem), werden von 16 Prozent der Befragten berichtet (Lebenszeitprävalenz). Aktueller oder gar täglicher Konsum von rauchfreien nikotinhaltenen Produkten spielt nahezu ausschließlich bei männlichen Personen – und auch bei diesen nur in sehr geringem Ausmaß (2 bis 3 %) – eine Rolle. Auch bei nikotinhaltenen Produkten abseits der klassischen Zigarette liegen männliche vor weiblichen Befragten.

Abbildung 5.2:
Prävalenz unterschiedlicher nikotinhaltiger Produkte nach Geschlecht



Quelle: GPS 2015 (Variablen: n1 bis n17); Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.2 Entwicklung der Raucherzahlen im Zeitverlauf

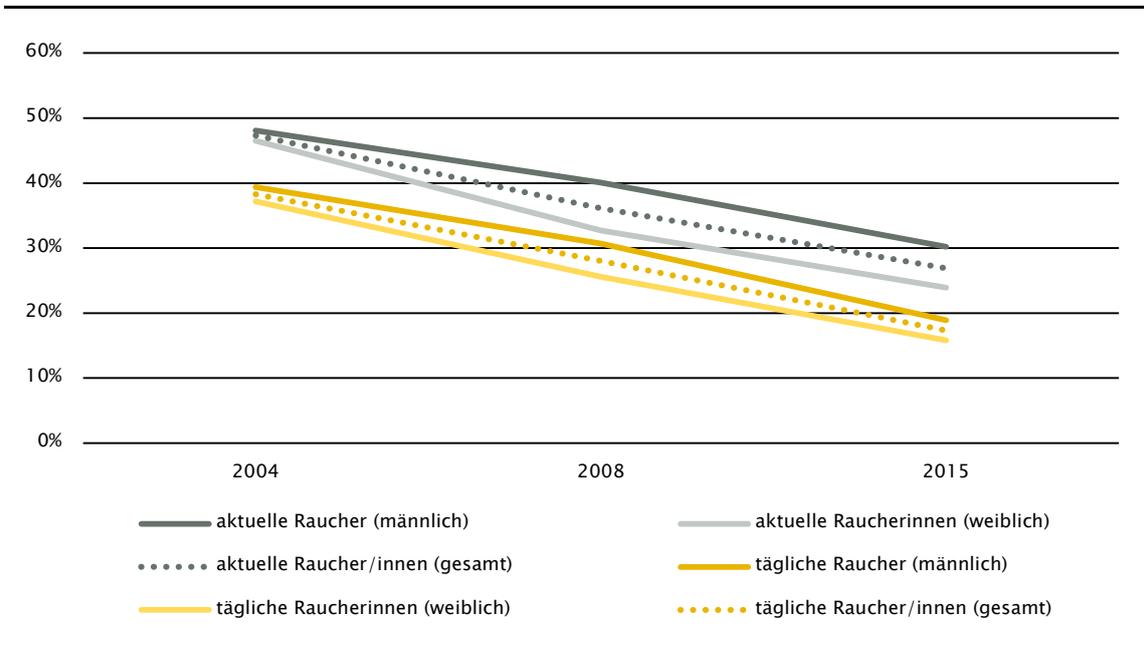
Analysen von Schmutterer/Uhl (in Arbeit) der Raucherzahlen in der Bevölkerung unter Berücksichtigung unterschiedlichster Datenquellen ergaben teilweise sehr sprunghafte Veränderungen in kleinen Zeiträumen, die kaum reale Veränderungen abbilden können und primär als Erhebungsartefakte zu erklären sind. Werden ausschließlich Daten aus den GPS Erhebungen von 2004 und 2008 berücksichtigt (Abbildung 5.3), zeichnet sich für den Zeitraum von 2004 bis 2015 ein **konstanter Rückgang** sowohl der täglichen Raucher/innen¹⁶ als auch aller aktuellen Raucher/innen (d. h. zumindest sporadischer Konsum in den letzten 30 Tagen) ab. Dieser Rückgang ist gleichermaßen bei Frauen wie bei Männern zu beobachten. Hier ist allerdings zu erwähnen, dass sich kein analoger Rückgang bei den ATHIS-Befragungen (Klimont/Baldaszi 2015) abzeichnet (vgl. Kap.

16

Da in der GPS-Erhebung 2004 nur zwischen täglichem und sporadischem Zigarettenkonsum unterschieden wurde und die Kategorie „fast täglich“ nicht verwendet wurde, werden für diese Zeitreihe im Gegensatz zur Darstellung in Kapitel 5.1 nur tägliche Raucher/innen herangezogen.

5.9), dass es allerdings in der HBSC-Erhebung (Ramelow et al. 2015) und der ESPAD-Erhebung (Strizek et al. 2016) Hinweise darauf gibt, dass weniger junge Menschen anfangen zu rauchen.

Abbildung 5.3:
Entwicklung des aktuellen Rauchens und des täglichen Rauchens



Quellen: GPS 2015 (Variablen n17, sd1) bzw. (Uhl/Springer 1996); Uhl et al. (2005), Uhl et al. (2009b)
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

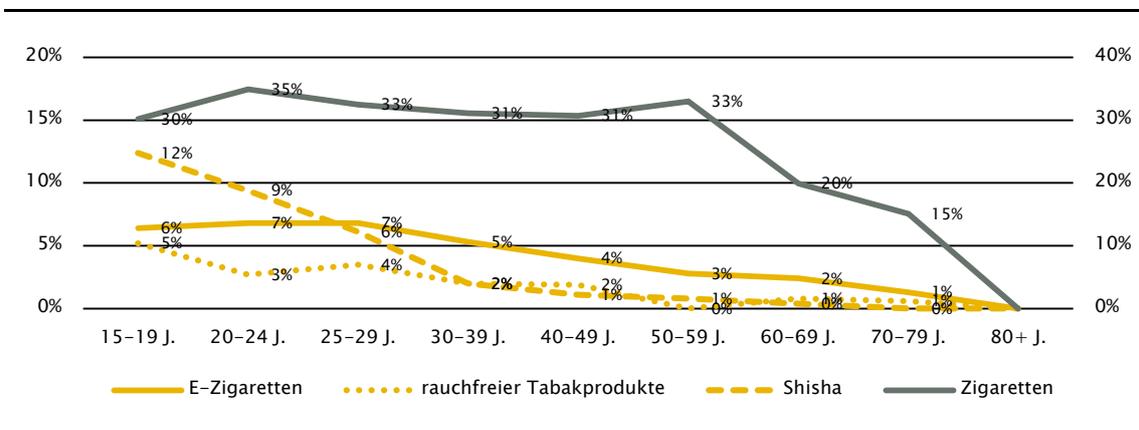
5.3 Aktuelle Raucher/innen nach Alter

Die Häufigkeit des Konsums nikotinhaltiger Produkte im Altersvergleich zeigt, dass der regelmäßige Konsum von E-Zigaretten, von rauchfreien Produkten und Wasserpfeifen in höheren Altersgruppen deutlich seltener angegeben wird als in jüngeren.

Anders stellt sich die Situation beim Zigarettenkonsum dar: Zwischen dem 20. und dem 60. Geburtstag liegt der Anteil jener, die sich als aktuelle Raucher/innen präsentieren (d. h. sporadischer bis täglicher Konsum in den letzten 30 Tagen) recht **konstant zwischen 30 und 35 Prozent**. Erst ab dieser Altersgruppe nimmt der Anteil jener, die sich aktuelle Raucher/innen nennen, kontinuierlich ab.

Abbildung 5.4:

Aktueller (sporadischer bis täglicher) Konsum nikotinhaltiger Produkte nach Altersgruppen



Quelle: GPS 2015 (Variablen: n1 bis n17, sd2); Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.4 Durchschnittliche Anzahl an Zigaretten

Auf Basis der Angaben von Rauchern und Raucherinnen zu Konsummenge und Konsumfrequenz in den letzten 30 Tagen lässt sich mittels Multiplikation die Anzahl an Zigaretten schätzen, die pro Kopf an in einem Tag bzw. in einem Jahr geraucht werden. Diese Zahlen können für alle Personen (inklusive Nichtraucher/innen) oder ausschließlich für Raucher/innen ausgewiesen werden.

Aktuelle Raucher/innen (d. h. Personen, die angeben in den letzten 30 Tagen zumindest eine Zigarette geraucht zu haben) rauchen entsprechend dieser Berechnungsmethode zwischen **12 und 13 Zigaretten pro Tag**, was einem Jahreskonsum von knapp über 4.500 Zigaretten pro Raucher/in entspricht. Umgerechnet auf alle Personen der Stichprobe – d. h. inklusive Nichtraucher/innen – ergibt das einen Konsum von durchschnittlich etwas mehr als **drei Zigaretten pro Tag** bzw. knapp über 1.100 Zigaretten pro Jahr, die pro Kopf in der Altersgruppe „15 Jahre und älter“ konsumiert werden.

Dieser durchschnittliche Tageskonsum liegt – analog zur erhobenen Konsummenge Alkohol – deutlich **unter den Konsumschätzungen** auf Basis von Verkaufsstatistiken: Diese belaufen sich auf einen Pro-Kopf-Konsum in der erwachsenen Bevölkerung (15 Jahre oder älter) von **4,8 Zigaretten pro Tag** (= Summe aller versteuerten Zigaretten) bzw. **5,5 Zigaretten pro Tag** (= versteuerte Zigaretten plus Dunkelzifferschätzung, d. h. inklusive der nicht bzw. nicht in Österreich versteuerten Zigaretten) (Schmutterer/Uhl, in Arbeit).

Die Konsummenge an konsumierten Zigaretten laut Befragungsdaten beträgt somit 45 Prozent im Vergleich zu Verkaufsstatistiken plus Dunkelzifferschätzung. Diese Unterschätzung ist somit deutlich geringer als die Unterschätzung der Alkoholkonsummene (66 %, vgl. Kap 3.3). Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass die Mechanismen, die zu dieser Unterschätzung führen, sich im Tabakbereich geringer auswirken als im Alkohobereich.

Tabelle 5.1:
Anzahl an Zigaretten pro Tag bzw. Jahr

| | Zigaretten pro Tag (gesamt) | Zigaretten pro Tag (nur Raucher/innen) | Zigaretten pro Jahr (gesamt) | Zigaretten pro Jahr (Raucher/innen) |
|-------------------------|--------------------------------|---|---------------------------------|--|
| Mittelwert | 3,2 | 12,5 | 1.166 | 4.578 |
| Minimum | 0 | *0 | 0 | 12 |
| Maximum | 80 | 80 | 29.200 | 29.200 |
| Perzentil 25 | 0 | 3 | 0 | 1.217 |
| Perzentil 50 (= Median) | 0 | 10 | 0 | 3.650 |
| Perzentil 75 | 0 | 20 | 24 | 7.300 |
| Anzahl Personen | 3.923 | 1.005 | 3.923 | 999 |

* = gerundeter Wert. Bei einer Zigarette an einem Tag pro Monat ergibt sich mathematisch ein Wert von 0,03 (=1*12/365)

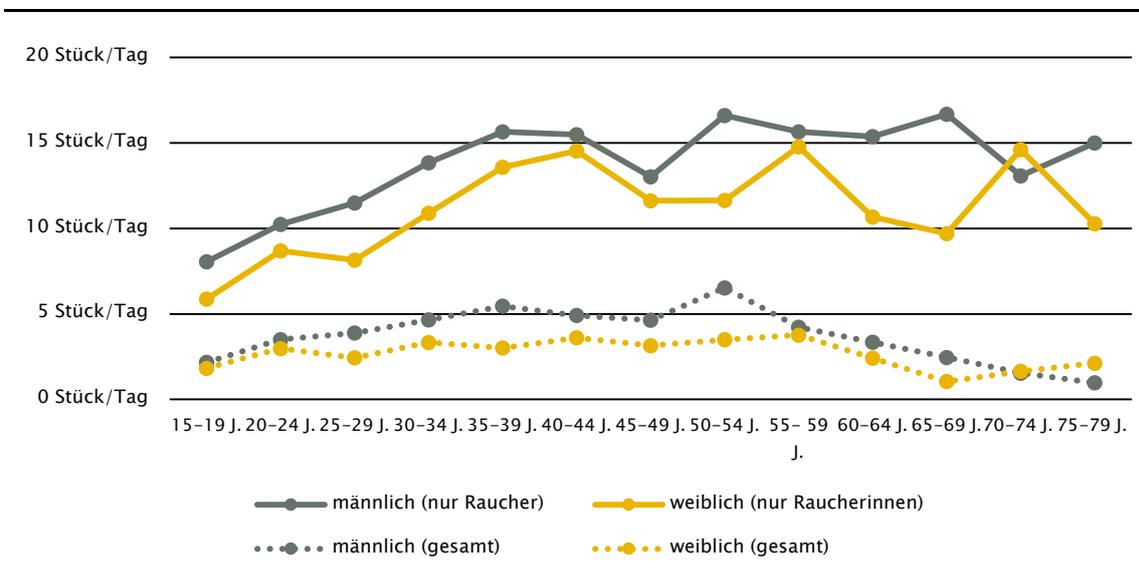
Quelle: GPS 2015 (Variable n19_1, n18, n17); Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Schätzungen auf Basis von Wirtschaftsdaten sind zwar erheblich zuverlässiger als Befragungsdaten, ermöglichen aber keine detaillierten Aussagen über Unterschiede zwischen Teilpopulationen oder über Zusammenhänge. Aus diesem Grund sind Befragungsdaten wichtig dafür, den Konsum nach Alter und Geschlecht auswerten zu können (vgl. Abbildung 5.5). Dabei zeigt sich, dass

- » Männer in (fast) allen Altersgruppe durchschnittlich mehr Zigaretten konsumieren als Frauen und
- » ältere Altersgruppen tendenziell stärker konsumieren als jüngere Altersgruppen.

Die letzte Aussage trifft insbesondere für die durchschnittliche Konsummenge unter aktiven Rauchern bzw. Raucherinnen zu. Werden hingegen auch Nichtraucher/innen berücksichtigt, ist bereits ab dem 50. Lebensjahr ein Rückgang der durchschnittlich angegebenen Konsummenge zu verzeichnen, was jedoch nicht auf ein moderateres Konsumverhalten der Raucher/innen zu rückzuführen ist, sondern darauf, dass der Anteil der Raucher/innen in diesen Alterskohorten teilweise aufgrund einer gestiegenen Aufhörbereitschaft und teilweise aufgrund der erhöhten Mortalität von Rauchern/Raucherinnen deutlich abnimmt.

Abbildung 5.5:
Durchschnittlicher Tageskonsum nach Geschlecht und Alter

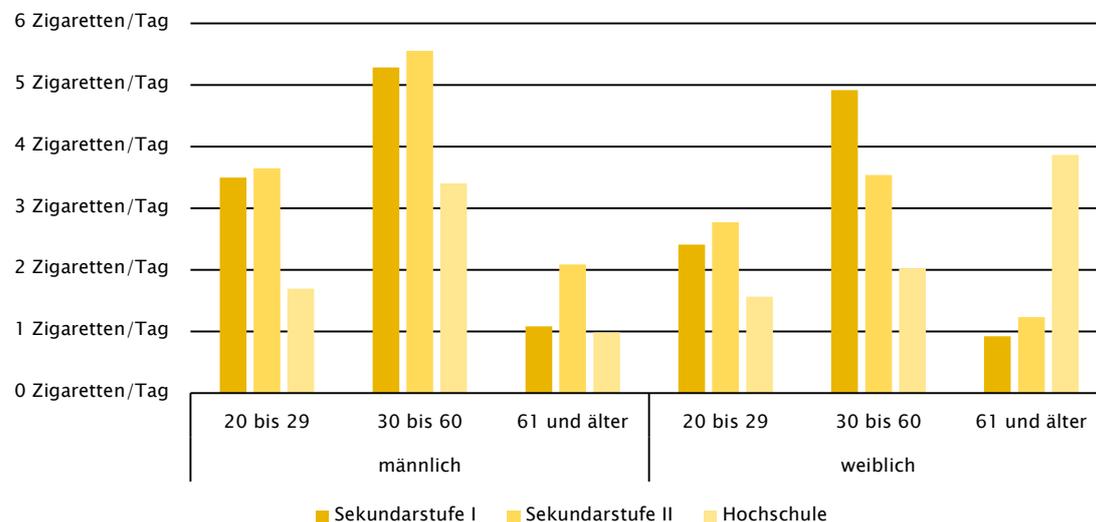


Quelle: GPS 2015 (Variable n19_1, n18, n17, sd1 sd2); Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Neben Alter und Geschlecht gilt Bildung als ein weiterer Einflussfaktor auf das Rauchverhalten. Bei Befragungsstudien im Schulsetting zeigte sich in den letzten Jahren immer wieder, dass Jugendliche in Allgemeinbildenden Höheren Schulen (AHS) und Berufsbildenden Höheren Schulen (BHS) seltener rauchen als Schüler/innen in Hauptschulen oder Berufsschulen (Strizek et al. 2008; Strizek et al. 2016). Dem gegenüber steht das Faktum, dass Rauchen früher in der Oberschicht besonders populär war und bei Frauen als Symbol für Emanzipation und Bildung galt (Spode 2011)

Diese Veränderung der Rolle und des Images des Rauchens spiegelt sich in Abbildung 5.6 wieder. Bei Frauen über 60 Jahren geben Absolventinnen von Hochschulen oder hochschulverwandten Einrichtungen im Durchschnitt deutlich mehr Zigarettenkonsum an als Frauen, die über einen niedrigeren Bildungsabschluss verfügen. Dieser Zusammenhang zwischen **Bildung und Zigarettenkonsum** dreht sich bei jüngeren Altersgruppen hingegen um: Junge Frauen bis 29 Jahre, die einen tertiären Bildungsabschluss (Hochschule oder hochschulverwandt) haben, rauchen nach eigenen Angaben im Durchschnitt weniger Zigaretten als junge Frauen, die lediglich die Sekundarstufe I oder II abgeschlossen haben. Bei Männer geben hingegen in allen Alterskohorten Männer mit höheren Bildungsabschlüssen durchschnittlich weniger Zigarettenkonsum an als Männer mit niedrigeren Bildungsabschlüssen.

Abbildung 5.6:
Anzahl an gerauchter Zigaretten nach Geschlecht und Bildung



Quelle: GPS 2015 (Variable n19_1, n18, n17, sd1 sd9); Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.5 Passiv rauchen

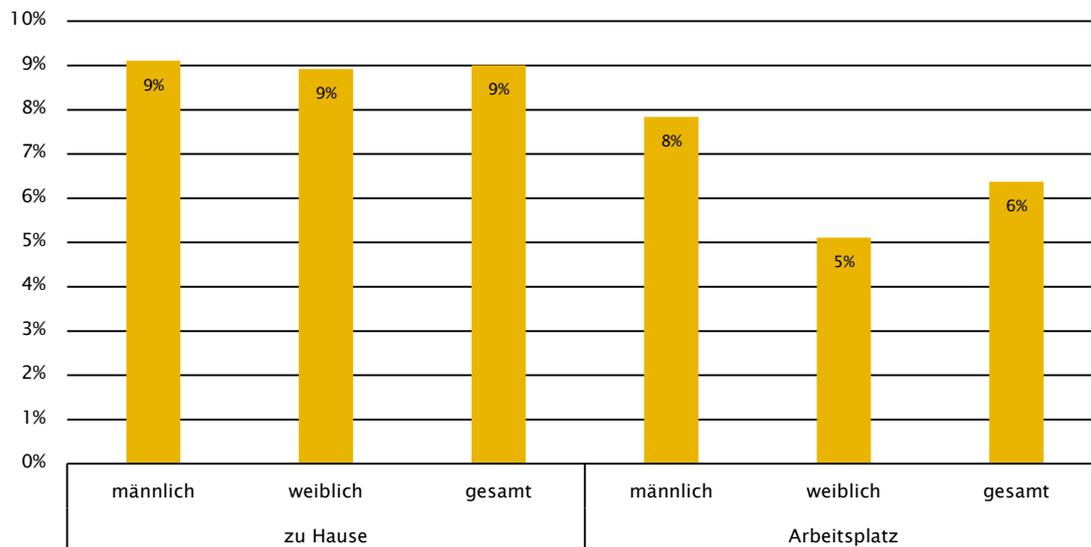
Nichtraucherschutz ist eine der zentralen Begründungen für eine strengere Tabakkontrolle. Im Rahmen der Repräsentativerhebung 2015 wurde daher erhoben, wie viele Personen in abgeschlossenen Räumen Passivrauchen ausgesetzt sind, wobei zwischen **privaten Settings** (bei sich zu Hause) und dem **Arbeitsplatz** (sofern berufstätig und nicht zu Hause oder im Freien arbeitend) unterschieden wurde.

In Abbildung 5.7 wird Passivrauchbelastung nach Geschlecht für beide Settings ausschließlich für **Nichtraucher/innen**¹⁷ dargestellt. Insgesamt wird Passivrauch-Belastung häufiger im privaten Setting (9 % aller Nichtraucher/innen) als am Arbeitsplatz (6 % aller Nichtraucher/innen) angegeben. Geschlechterunterschiede sind ausschließlich am Arbeitsplatz zu erkennen, wo Männer häufiger als Frauen von Passivrauchbelästigung berichten (8 % gegenüber 5 %).

17

Raucher/innen, die zumindest ab und zu in geschlossenen Räumen rauchen, sind automatisch dem eigenen Passivrauch ausgesetzt, auch wenn dies häufig nicht so wahrgenommen wird.

Abbildung 5.7:
Belastung von Nichtraucher/Nichtraucherinnen durch Passivrauch zu Hause und
am Arbeitsplatz



Anmerkung: Raucher = in den letzten 30 Tagen zumindest sporadisch oder gelegentlich Zigaretten geraucht;
Nichtraucher = in den letzten 30 Tagen keine Zigarette geraucht.

Quelle: GPS 2015 (Variablen: n27, n28, n13 bis n17); Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.6 Erste Konsumerfahrungen mit Nikotin

Neun von zehn Personen, die bereits Rauchwaren konsumiert haben, haben nach eigenen Angaben **mit klassischen Zigaretten** begonnen. In allen anderen Fällen wird bezüglich Ersterfahrungen vor allem Wasserpfeife bzw. Shisha genannt.¹⁸ Rauchfreie Tabakprodukte bzw. elektronische Rauchwaren spielen im Rahmen von ersten Konsumerfahrungen in der Gesamtstichprobe nur eine unbedeutende Rolle.

¹⁸

Wasserpfeifen bzw. Shisha-Tabak kann nikotinhalzig oder nikotinfrei sein, wobei anzunehmen ist, dass insbesondere Erstkonsumenten oft gar nicht wissen, ob sie in diesem Zusammenhang Nikotin zu sich genommen haben oder nicht.

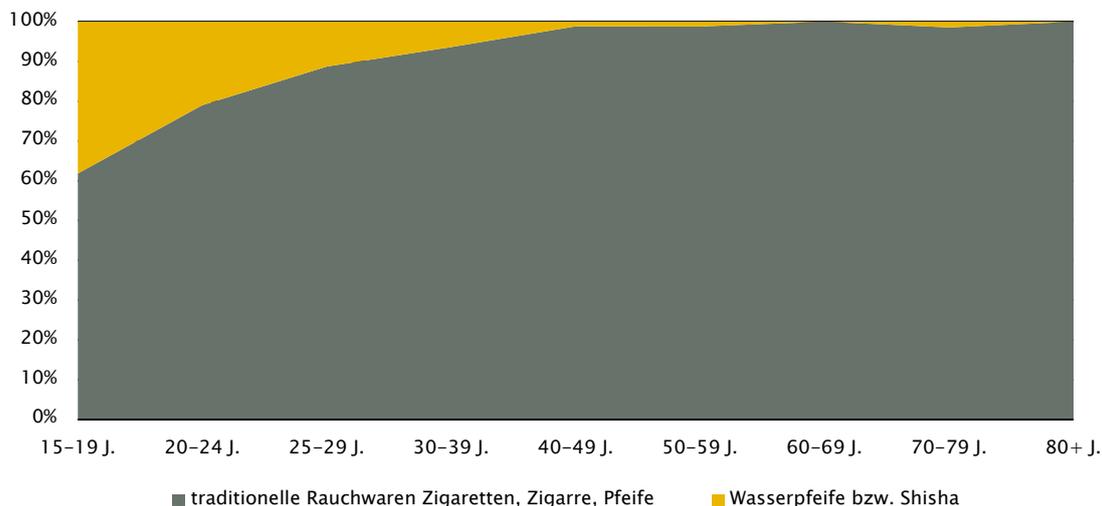
Abbildung 5.8:
Welches Nikotinprodukt wurde zuerst konsumiert?



Quelle: GPS 2015 (Variable n29); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ein anderes Bild ergibt sich allerdings, wenn die Art des Einstiegs in den Nikotinkonsum nach Altersgruppen getrennt analysiert wird (vgl. Abbildung 5.9). Ältere Personen sind nahezu ausschließlich mit klassischen Zigaretten eingestiegen, während bei jungen Befragungsteilnehmern bzw. Befragungsteilnehmerinnen Wasserpfeife und Shisha eine deutlich wichtigere Rolle spielten. In den beiden jüngsten Altersgruppen machte **ein Drittel** (35 % bei den 15– bis 19-Jährigen) bzw. **ein Fünftel** (20 % bei den 20 bis 24-Jährigen) erste Raucherfahrungen mit **Shisha oder Wasserpfeife**.

Abbildung 5.9:
Welches Nikotinprodukt wurde zuerst konsumiert? (nach Altersgruppen)



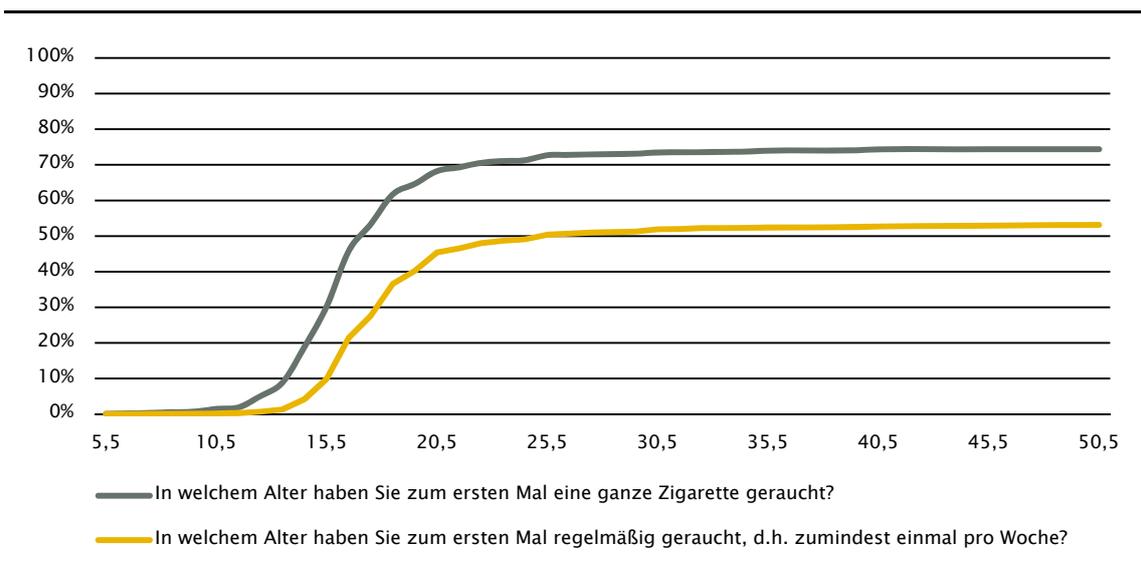
Quelle: GPS 2015 (Variablen n29, sd2); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Nur vereinzelt werden erste Probiererfahrungen mit Nikotin (erste Zigarette) bereits vor dem 12. Geburtstag berichtet (zwischen 1 % und 2 %) und nur sehr wenige geben an, bereits vor dem 14. Geburtstag mit regelmäßigem Rauchen begonnen zu haben (knapp über 1 %).

Die meisten Personen machen erste Konsumerfahrungen zwischen dem 15. und 20. Geburtstag. 30 Prozent der Befragten geben an, bereits vor dem 16. Geburtstag – und somit vor dem Erreichen des gesetzlichen Schutzzalters – eine Zigarette geraucht zu haben. Jede/r Zehnte gibt an, zu diesem Zeitpunkt bereits regelmäßig Zigaretten geraucht zu haben.

Nur ein geringer Prozentsatz der Raucher/innen gibt an, erst nach dem 20. Lebensjahr mit dem Rauchen bzw. regelmäßig zu rauchen begonnen zu haben. Das bedeutet nicht, dass ein noch späterer Einstieg nicht vorkommen würde. Sowohl in Bezug auf Rauchen als auch auf regelmäßiges Rauchen geben rund 6 Prozent der Befragten an, dass der Einstieg erst nach dem 20. Lebensjahr erfolgte (Abbildung 5.10). Insgesamt haben 74 Prozent aller Befragten jemals Konsumerfahrungen mit Zigaretten gemacht und 56 Prozent jemals regelmäßig Zigaretten geraucht

Abbildung 5.10:
Einstiegsalter für die erste Zigarette bzw. regelmäßiges Rauchen



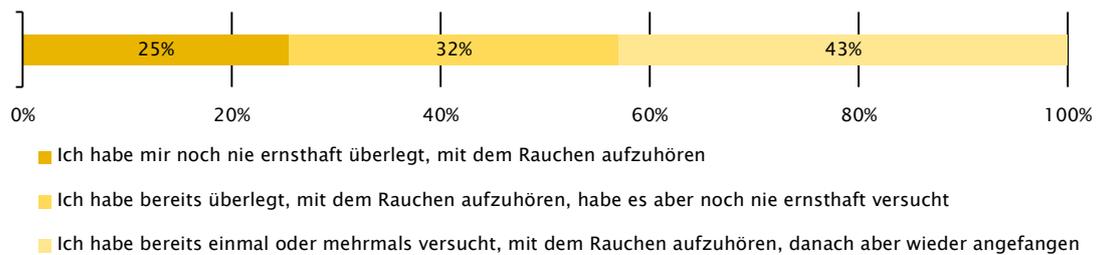
Quelle: GPS 2015 (Variablen n22 & n23); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.7 Ausstieg und Aufhormotivation

Etwas weniger als die **Hälfte (43 %)** der aktiven Raucher/innen hat nach eigenen Angaben bereits mindestens einmal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören, hat dann aber wieder damit angefangen. Ein weiteres Drittel (32 %) der aktiven Raucher/innen hat zumindest schon einmal ans Aufhören gedacht, aber noch nie einen ernsthaften Aufhörversuch unternommen. **Nur ein Viertel**

(25 %) der aktiven Raucher/innen gibt an, noch nie daran gedacht zu haben, mit dem Rauchen aufzuhören.

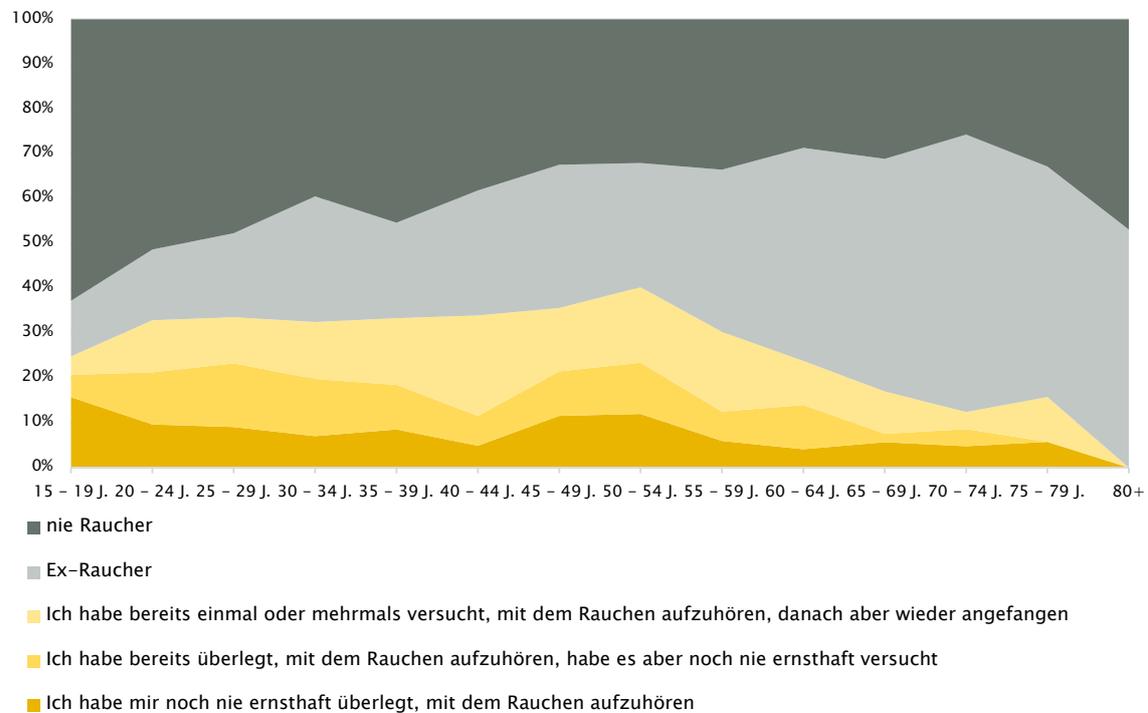
Abbildung 5.11:
Aufhörtmotivation unter aktiven Rauchern bzw. Raucherinnen



Quelle: GPS 2015 (Variablen: n20); Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Grob nach Altersgruppen unterschieden zeigt sich, dass unter aktiven Rauchern bzw. Raucherinnen in allen Altersgruppen ein Anteil von Konsumenten bzw. Konsumentinnen zu finden ist, der dem Rauchen gegenüber ambivalent eingestellt ist – in dem Sinn, dass Aufhörversuche unternommen wurden oder zumindest Aufhörüberlegungen bestehen. Dieser Anteil an ambivalenten Nikotinkonsumenten/Nikotinkonsumentinnen nimmt mit steigendem Alter zu, wobei gleichzeitig immer mehr Personen erfolgreich mit dem Rauchen aufhören und die Anzahl uneingeschränkt überzeugter Raucher/innen zunehmend kleiner wird (vgl. Abbildung 5.12).

Abbildung 5.12:
Aufhörtmotivation nach Alter und Geschlecht



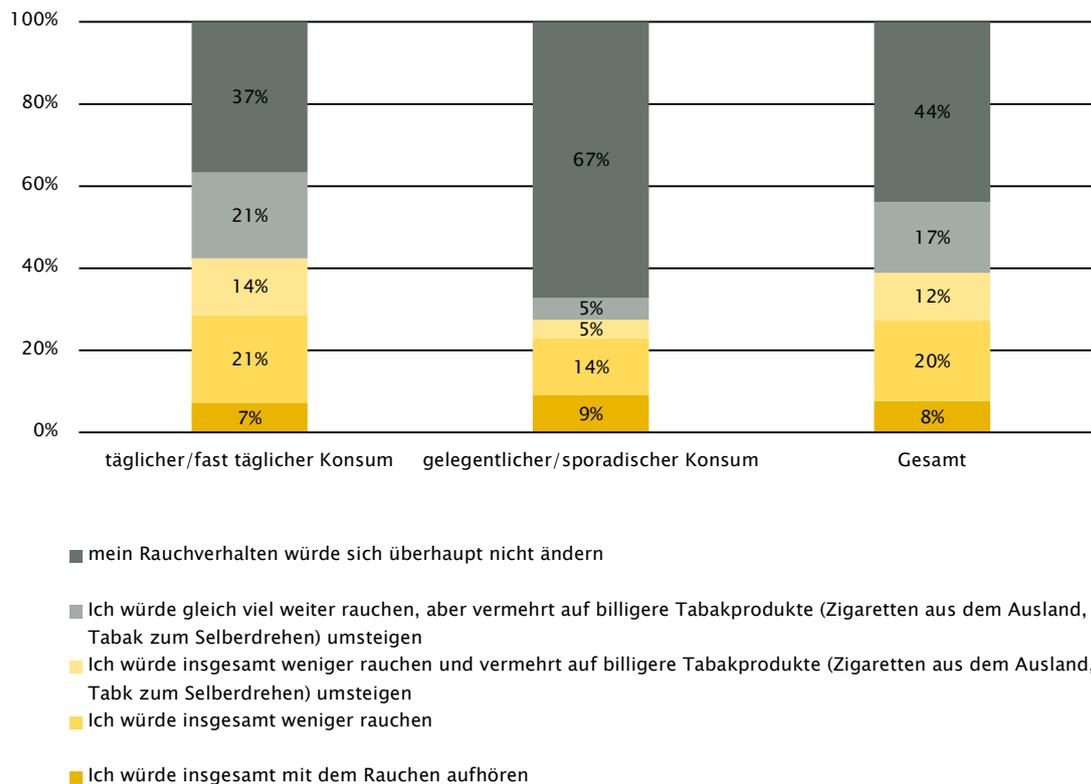
Dass Preisänderungen die Nachfrage beeinflussen, steht außer Frage. Preise sind aber bei weitem nicht das einzige Kriterium, das die Nachfrage determiniert. Solange Preissteigerungen durch Ausgabenumschichtungen oder Komplementärgüter leicht ausgleichbar sind, sind ihre Auswirkungen oft nur gering.

Der Zusammenhang zwischen Preisänderungen und Nachfrageänderungen wird in der Ökonomie als **Preiselastizität** beschrieben. Am präzisesten kann man die Preiselastizität experimentell erfassen, indem man in bestimmten Regionen Preise verändert und in vergleichbaren Regionen beibehält. Deutlich unverlässlicher ist, Menschen zu fragen, wie sie sich verhalten würden, wenn die Preise stiegen, da derartige Angaben nicht nur das antizipierte zukünftige Verhalten reflektieren, sondern auch durch emotionale Reaktion auf die geplante Maßnahme (bin ich für oder gegen eine Preiserhöhung) geprägt sind.

Ungeachtet dieser Bedenken wurden aktive Raucher/innen gefragt, auf welche Weise sie auf eine Zigarettenpreiserhöhung um einen Euro pro Packung reagieren würden. Dabei zeigt sich, dass etwa **4 von 10 aktuellen Rauchern/Raucherinnen** nach eigener Einschätzung ihr Raucherverhalten reduzieren würden (vgl. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.). Etwa ein Drittel würde nach eigenen Angaben weniger rauchen (entweder dieselben Produkte oder billigere Produkte) und weniger als **jede/r Zehnte** würde aufgrund dieser Maßnahme laut Selbstausskunft mit

dem Rauchen aufhören. Stärkere Raucher/innen (tägliches oder fast tägliches Rauchen) berichten häufiger als Gelegenheitsraucher/innen davon, dass eine Preiserhöhung ihr Rauchverhalten in Richtung weniger Konsum bzw. überhaupt kein Konsum beeinflussen würde.

Abbildung 5.13:
Selbsteinschätzung der Änderung des Rauchverhaltens bei einer Preiserhöhung um einen Euro pro Packung



Quelle: Quelle: GPS 2015 (Variablen: n21, n13 bis n17); Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

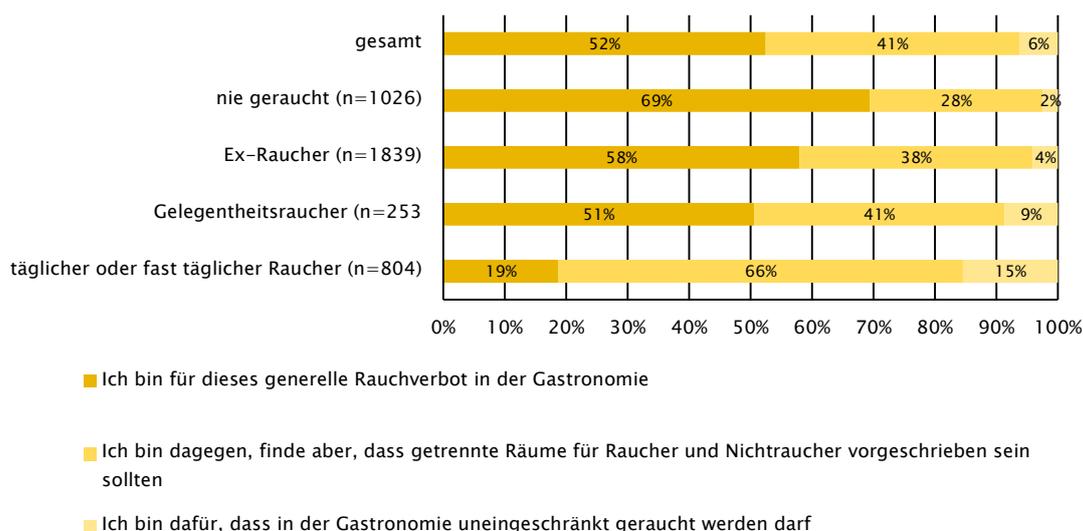
Im Diskurs über elektronische Rauchwaren (E-Zigaretten) spielen Überlegungen eine zentrale Rolle, inwiefern E-Zigaretten als eine Möglichkeit zur Reduktion des Konsums von klassischen Zigaretten dienen. Aus diesem Grund wurden all jene Personen, die in den letzten 30 Tagen elektronische Rauchwaren konsumiert haben, gefragt, ob gesundheitliche Überlegungen in Bezug auf sich selbst oder auf andere eine Rolle spielen. Das wurde von zwei Dritteln der in Frage kommenden Personen bejaht.

5.8 Einstellungen zu nikotinpolitischen Maßnahmen

Mehr als die **Hälfte der Befragten (52 %)** befürwortet das gesetzlich beschlossene generelle Rauchverbot in der Gastronomie ab 2018. Eine zweite relevante Gruppe von Befragten (42 %) spricht sich für getrennte Räume für Raucher/innen und Nichtraucher/innen, also für die Beibehaltung der derzeitigen Regelung, aus. Für völlig uneingeschränktes Rauchen in der Gastronomie treten nur 6 Prozent der Befragten ein. (vgl. Abbildung 5.14)

Nicht unerwartet ist die Zustimmung zu einem generellen Rauchverbot bei Personen, die nie regelmäßig geraucht haben, am stärksten. Auch ehemalige Raucher/innen sowie Gelegenheitsraucher/innen stimmen einem **generellen Rauchverbot** überwiegend zu. Einzig die Gruppe der täglichen Raucher/innen stimmte mehrheitlich (66 %) dafür, dass getrennte Räume für Raucher/innen und Nichtraucher/innen in der Gastronomie bestehen bleiben sollen (Abbildung 5.14).

Abbildung 5.14:
Einstellungen zum Rauchen in der Gastronomie, nach eigenem Konsumstatus



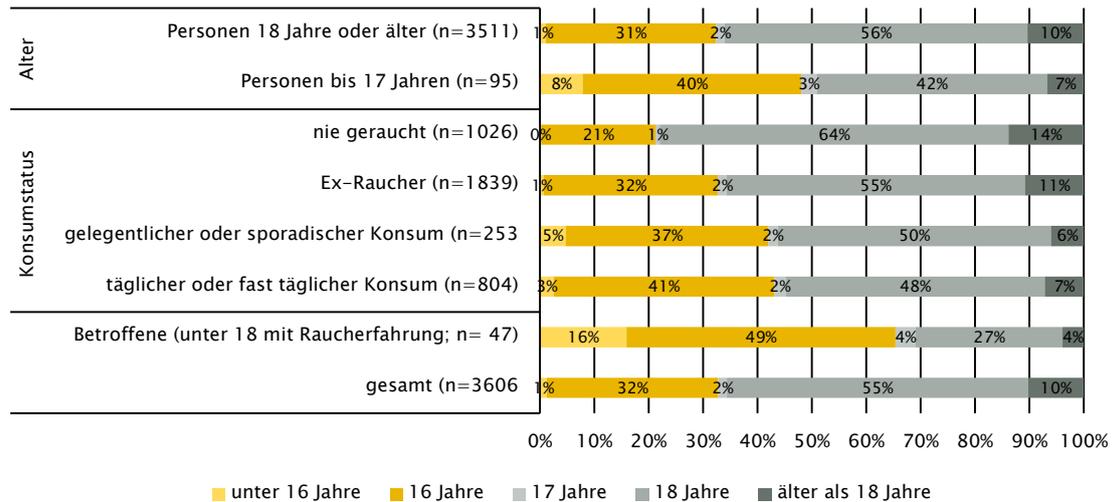
Quelle: GPS 2015 (Variablen, n24, n13 bis n18); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Das Schutzalter für Tabakkonsum liegt in Österreich derzeit in allen Bundesländern einheitlich bei 16 Jahren. Rund **zwei Drittel der Befragten** fanden diese Altersgrenze zu niedrig, wobei die überwiegende Mehrheit für eine Altersgrenze von 18 Jahren plädierte.

Auch unter 18-Jährige sprechen sich mehrheitlich für eine Altersgrenze von 18 Jahren aus, auch wenn hier ein größerer Anteil für die Beibehaltung des Schutzalters von 16 Jahren plädiert. Nicht-raucher/innen befürworteten häufiger ein höheres Schutzalter als aktive Raucher/innen. Einzig in

jener Gruppe, die von dieser Umstellung selbst betroffen wäre (unter 18-Jährige mit Konsumerfahrung), spricht sich eine knappe Mehrheit für die bestehende Altersgrenze von 16 Jahren aus (Abbildung 5.15).

Abbildung 5.15:
Einstellungen zum gesetzlichen Schutzalter nach Konsumstatus

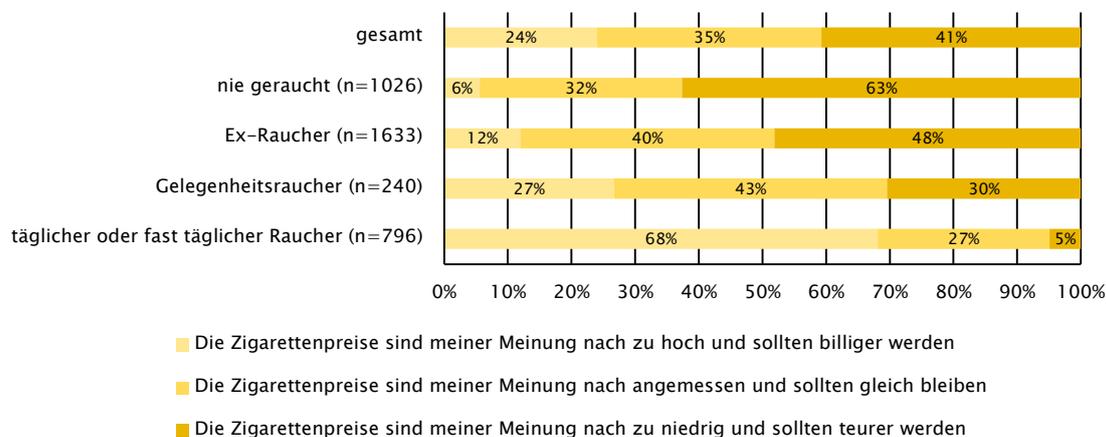


Quelle: GPS 2015 (Variablen n25_rec, n13 bis n18, sd2); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In Bezug auf die Preisgestaltung von Zigaretten zeigt sich in der Gesamtbevölkerung – also ohne Unterscheidung, ob Personen Zigaretten konsumieren oder nicht – keine eindeutige Mehrheit dafür, dass Zigaretten teurer (Zustimmung 41 %) bzw. billiger (Zustimmung 24 %) werden sollen. Ein Drittel (32 %) ist für die Beibehaltung der derzeitigen Preise.

Wenig überraschend spricht sich eine starke Mehrheit der Nichtraucher/innen für höhere Zigarettenpreise aus, während eine starke Mehrheit der täglichen Raucher/innen niedrigere Zigarettenpreise fordert (Abbildung 5.16).

Abbildung 5.16:
Einstellung zu Zigarettenpreisen nach Rauchverhalten



Quelle: GPS 2015 (Variablen n26, n13 bis n18); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.9 Vergleich mit Ergebnissen aus Referenzprojekten

Die **ATHIS-Befragung**¹⁹ (Austrian Health Interview Survey) beinhaltet zwei Fragen zum Raucherstatus, die als Vergleichswerte herangezogen werden können:

- » Die Frage „Rauchen Sie?“ bezieht sich auf den aktuellen Raucherstatus, wobei im Rahmen der ATHIS-Befragung drei Antwortkategorien („ja, täglich“, „ja, gelegentlich“ und „nein, überhaupt nicht“) und im GPS 2015 fünf Antwortkategorien („täglich“, „fast täglich“, „gelegentlich“, „sporadisch“ und „gar nicht“) verwendet wurden.
- » In Verbindung mit der Frage „Haben Sie jemals täglich geraucht?“ lässt sich der Anteil der ehemaligen Rauchern/innen schätzen. Auch hier wird im GPS 2015 das ehemalige Rauchen detaillierter erhoben als in der ATHIS-Befragung.

Aufgrund des unterschiedlichen Detaillierungsgrades sind die Ergebnisse aus GPS 2015 und ATHIS nicht unmittelbar vergleichbar. Werden die Kategorien der GPS Befragung zu den Kategorien der ATHIS-Erhebung zusammengefasst, ergeben sich folgende Unterschiede (vgl. Abbildung 5.17):

- » ATHIS identifiziert 24 Prozent der Befragten als tägliche Raucher/innen. Im Rahmen des GPS 2015 werden hingegen nur 17 Prozent als tägliche und weitere 3 Prozent als fast tägliche Raucher/innen eingestuft.

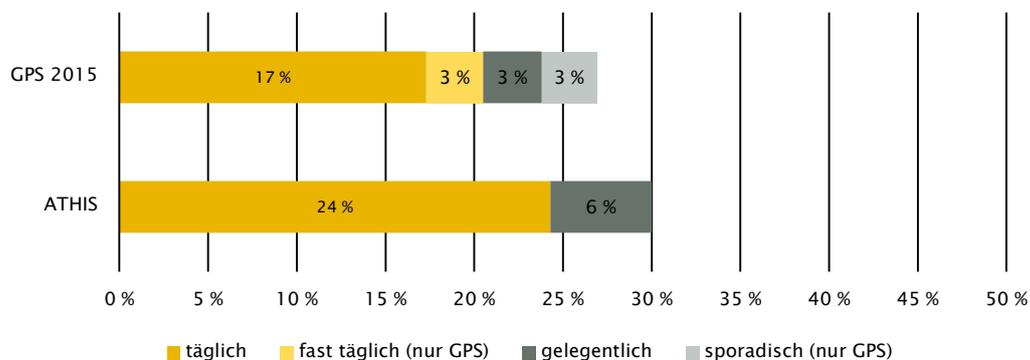
19

ATHIS wurde zuletzt im Jahr 2014 durchgeführt (Statistik Austria 2015) und zielt auf dieselbe Zielpopulation ab (Wohnbevölkerung ab 15 Jahren, umfasst eine deutlich größeren Stichprobe (über 15.000 Personen) und eignet sich somit sehr gut als Referenzdatenquelle für die Ergebnisse der vorliegenden Erhebung.

- » Sechs Prozent der Befragten rauchen laut ATHIS gelegentlich. Ein identischer Anteil ergibt sich, wenn aus den GPS-Daten gelegentliche und sporadische Konsumenten/Konsumentinnen addiert werden.

Somit ergeben die Daten des GPS 2015 einen **niedrigeren Anteil** täglicher Raucher/innen als die ATHIS-Befragung, selbst wenn Personen aus der Kategorie „fast täglich“ dazu gezählt werden (20 % gegenüber 24 %). Auch der Anteil aller Raucher/innen unterscheidet sich um vier Prozentpunkte (30 % bei ATHIS vs. 26 % bei GPS 2015).

Abbildung 5.17:
Vergleich des Rauchstatus nach GPS 2015 und ATHIS 2014



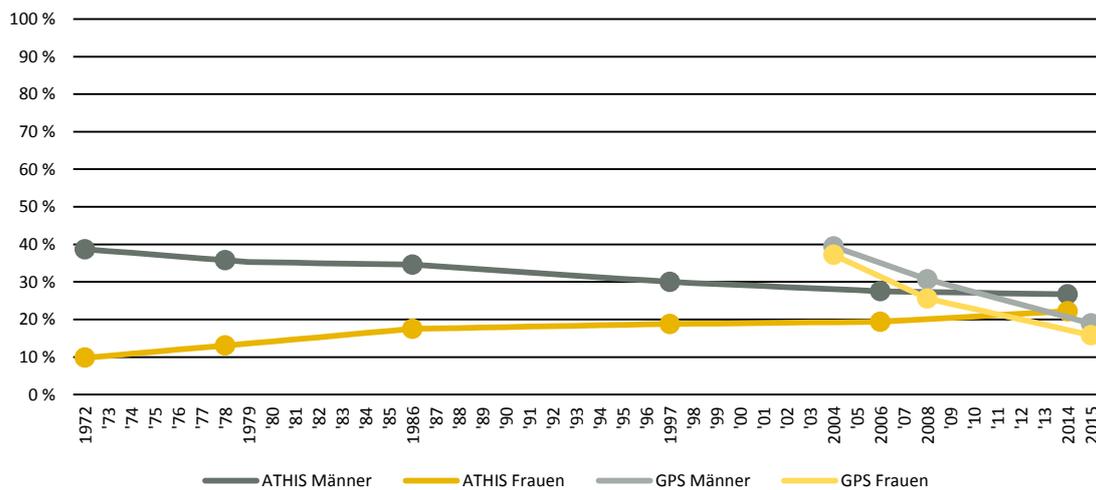
Quelle: GPS 2015 (Variablen n13 bis n18) bzw. (Klimont/Baldaszi 2015); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Auch bezüglich der Frage, wie weit der Zigarettenkonsum über die letzten Jahre abgenommen hat, kommt man je nach berücksichtigter Datenquelle zu einer unterschiedlichen Antwort. Während auf Basis der ATHIS-Daten der Eindruck entsteht, dass sich der Anteil der täglichen Raucher/innen langfristig kaum verändert und der Raucheranteil unter den Männern sinkt und unter den Frauen steigt, gewinnt man auf Basis der GPS-Daten den Eindruck, dass die Zahl der täglichen Raucher/innen sowohl für Frauen als auch für Männer von 2004 bis 2015 dramatisch zurückgegangen ist (Abbildung 5.18).

Angesichts dieser Widersprüche ist es nicht leicht, eine Aussage darüber zu machen, ob und wie weit die Verbreitung des täglichen Rauchens über die letzten Jahre zurückgegangen ist. Eine Untersuchung aller relevanter Bevölkerungserhebungen zum Tabakkonsum (Schmutterer/Uhl, in Arbeit) zeigt einerseits, dass es im kürzeren Zeithorizont große Schwankungen gibt, die primär mit einer veränderten Antwortbereitschaft und weniger mit einer tatsächlichen Veränderung des Konsumverhaltens zu erklären sind. Für einen längeren Zeithorizont legt diese Übersicht nahe, dass die Popularität des Rauchens sowohl bei Männern als auch bei Frauen deutlich zurückgegangen ist. Diese Tendenz betrifft allerdings primär den Einstieg von jungen Menschen (Inzidenz) und drückt sich weniger in der Gesamtanzahl der Raucher/innen (Prävalenz) aus.

In dieses Bild fügen sich auch Ergebnisse aus den Schülerbefragungen HBSC (Ramelow et al. 2015) und ESPAD (Strizek et al. 2016), die beide einen deutlichen Rückgang des Tabakkonsums von Kindern und Jugendlichen nahelegen.

Abbildung 5.18:
Vergleich des längerfristigen Trends im täglichen Tabakkonsum nach GPS und ATHIS



Anmerkung: Mit einem Punkt versehene Jahre stellen tatsächliche Erhebungszeitpunkte dar. Die Werte zwischen zwei Erhebungszeitpunkten wurden linear interpoliert.

Quellen: GPS 2015 (Variablen n13 bis n18) bzw. Uhl et al. (2005), Uhl et al. (2009b), (Klimont/Baldaszi 2015)
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

6 Alkohol

Alkohol ist jene psychoaktive Substanz, die in Österreich und in den meisten anderen westlichen Staaten am häufigsten konsumiert wird; völlige Abstinenz kommt hingegen vergleichsweise selten vor. Entsprechend liegt der Fokus im Bereich des Alkoholkonsums auf problematischem Konsum und weniger auf allgemeinen Prävalenzraten. Sämtliche Fragen zu Alkoholkonsum, die im GPS 2015 eingesetzt wurden, wurden im Rahmen des RARHA-Projektes entwickelt, dessen Ziel es ist, durch eine Vereinheitlichung der Erhebungsinstrumente die Vergleichbarkeit von alkoholrelevanten Daten im europäischen Kontext zu erhöhen.²⁰

Aus einer längerfristigen Perspektive kann man die Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich durch drei Charakteristika beschreiben (Uhl et al. 2009a):

- » Schwinden der **Geschlechterunterschiede**: Die weiblichen und männlichen Alkoholkonsummuster passen sich in Folge der Angleichung der Geschlechterrollen zunehmend aneinander an.
- » **Akzeleration**: Zeitliche Vorverlegung von entwicklungsrelevanten Ereignissen und Erfahrungen im Kindes- und Jugendalter in verschiedenen Teilbereichen der sozialen Teilhabe (Sexualität, Initiationsphasen, Selbstbestimmung).
- » **Globalisierung**: Anpassung der Trinkgewohnheiten im internationalen Vergleich („drinking cultures“), was zu einer zunehmenden Verringerung der Unterschiede zwischen Hoch- und Niedrigkonsumländern führt.

6.1 Alkoholkonsumgruppen auf Basis von Konsumfrequenz und Konsummenge

Das Alkoholkonsumverhalten lässt sich in erster Linie anhand der Trinkfrequenz und der Konsummenge (Quantität) beschreiben, wobei es eine Fülle von Methoden gibt, um den Alkoholkonsum quantitativ zu erfassen. Im Rahmen der Repräsentativerhebung 2015 wurden zwei Instrumente eingesetzt:

- » eine getränkesspezifische Messung („Beverage-Specific-Quantity-Frequency = BSQF) und
- » eine allgemeine Frequenzmessung („Generic-Frequency“=GF).

Die **getränkesspezifische Messung** (BSQF) wurde eingesetzt, um die Konsummenge möglichst genau zu erfassen. Methodologische Vergleiche von getränkesspezifischen und getränkeunspezifischen Instrumenten zeigen, dass die Nennung von spezifischen Getränkearten dazu führt, dass

20

Dieses prinzipiell sinnvolle Vorhaben hat zur Folge, dass nationale Forschungsteams bei der Erstellung des Instrumentes teilweise Kompromisse und Zugeständnisse machen müssen, die bei einem ausschließlich national eingesetzten Instrument nicht notwendig sind. Aus Gründen der Vollständigkeit werden trotzdem alle Fragen ausgewertet.

Befragte höhere Werte angeben, als wenn sie bloß nach der Gesamtmenge der konsumierten alkoholischen Getränken gefragt werden (Sierostawski et al. 2013). Die Gesamtkonsummenge ergibt sich als Summe der Getränkemengen für Bier, Wein und Spirituosen, die sich wiederum durch Multiplikation der durchschnittlichen Konsummenge mit der getränkesspezifischen Konsumfrequenz errechnet.²¹

Der zusätzliche Einsatz einer **allgemeinen Frequenzmessung** (GF) ist zweckmäßig, da auf Basis der BSQF-Messung allein nicht eruiert werden kann, wie häufig Personen im Jahresverlauf irgendein alkoholisches Getränk konsumiert haben: Die Addition der getränkesspezifischen Konsumfrequenzen ignoriert, dass Personen an einem Tag mehr als eine Getränkeart (z. B. Bier und Wein) konsumieren können, wodurch man die Trinkfrequenz erheblich überschätzen würde.

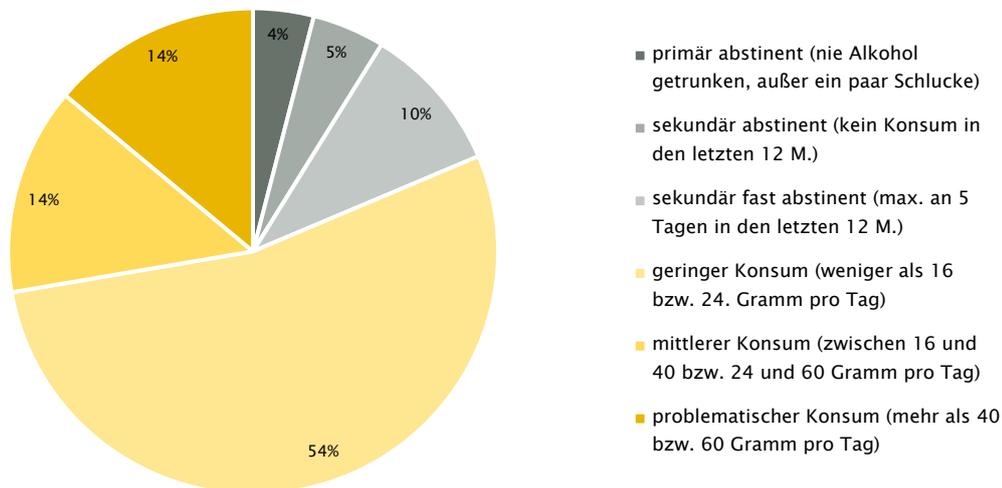
Basierend auf der BSQF-Messung und der GF-Messung wurden – nach Durchführung der in Kap. 3.3 dargelegten **Korrekturverfahren** – die befragten Personen zu **Konsumgruppen** zusammengefasst.

Bei vergleichbaren Studien in Österreich und in anderen Ländern werden üblicherweise **keine Korrekturverfahren** bei Befragungsdaten durchgeführt. Da somit die Unterschätzung des tatsächlichen Alkoholkonsums um 60 bis 70 Prozent nicht kompensiert wird (vgl. Kap. 3.3), liegt der Anteil an Personen in hohen Konsumkategorien in derartigen Untersuchungen deutlich niedriger. Es ist daher wichtig zu betonen, dass Ergebnisse auf Basis der adjustierten Daten mit Berechnungen, die auf unkorrigierte Rohwerte aufbauen, nicht vergleichbar sind. Um derartige Vergleiche zu ermöglichen, haben wir eine analoge Kategorisierung auch für die Rohdaten vorgenommen (Tabelle 6.1), betonen aber ausdrücklich, dass diese Angaben das Ausmaß des durchschnittlichen und problematischen Alkoholkonsums erheblich unterschätzen und daher im Weiteren ausschließlich die adjustierten Daten interpretiert werden.

21

Ein Rechenbeispiel: Wenn eine Person angibt, an 3 bis 4 Tagen pro Woche Bier zu trinken und an einem Tag, an dem sie Bier trinkt, durchschnittlich 2 große Bier zu trinken, errechnet sich die durchschnittliche Jahreskonsummenge in Liter Reinalkohol für Bier wie folgt: 3,5 Konsumtage pro Woche * 2 Getränkeeinheiten * 52 Wochen * 0,5 Liter * 5 % Alkoholgehalt = 9,1 Liter Reinalkohol. Analog dazu werden Konsumfrequenz und Konsummenge für Wein und Spirituosen erhoben und zur Jahreskonsummenge Reinalkohol addiert.

Abbildung 6.1:
Alkoholkonsumgruppen (adjustierte Werte)



Quelle: GPS 2015 (Variablen f1, bsqf1 bis bsqf6); Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Etwa jede/r fünfte Befragte (19 %) gibt an, in den letzten 12 Monaten **abstinent oder fast abstinent**²² gelebt zu haben, wobei das von Frauen doppelt so häufig berichtet wird (25 %) wie von Männern (12 %). Lebenszeitabstinenz (primäre Abstinenz) – das bedeutet, im bisherigen Leben maximal ein paar Schlucke Alkohol getrunken zu haben – berichten nur 4 Prozent der Befragten (3 % der Männer und 5 % der Frauen).

54 Prozent der Befragten (56 % der Frauen und 51 % der Männer) haben nach eigenen Angaben Alkohol in einem Ausmaß konsumiert, das als **moderat** bezeichnet werden kann (maximal 24 Gramm Reinalkohol pro Tag für Männer bzw. maximal 16 Gramm Reinalkohol für Frauen²³). Rund 14 Prozent der Befragten (10 % der Frauen und 18 % der Männer) liegen in Bezug auf ihren Alkoholkonsum in einem Bereich, den wir als „mittleren Konsum“ bezeichnen, was einem durchschnittlichen Tageskonsum bei Männern von 24 bis 60 Gramm Reinalkohol bzw. bei Frauen von 16 bis 40 Gramm Reinalkohol entspricht.

22

Zusammengefasst über die Kategorien „primär abstinent“, „sekundär abstinent“ und „sekundär fast abstinent“.

23

Die unterschiedlichen Grenzen für Frauen und Männer erklären sich – vereinfacht ausgedrückt – dadurch, dass Frauen durchschnittlich nur 2/3 der Körperwassermenge von Männern aufweisen und daher durchschnittlich beim Konsum von 2/3 der Alkoholmenge identische Blutalkoholkonzentrationen wie Männer erzielen (Uhl et al. 2009a).

Die Gruppe der Personen, deren Alkoholkonsum als **problematisch** einzuschätzen ist, beträgt 14 Prozent. Diese Personen (9 % der Frauen und 19 % der Männer) trinken in einem Ausmaß, das längerfristig als deutlich gesundheitsgefährdend einzuschätzen ist (durchschnittlich mehr als 60 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Männern bzw. mehr als 40 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Frauen).

Das Kriterium „problematischer Konsum“ entsprechend dieser Definition darf nicht mit einer Abhängigkeitserkrankung gleichgesetzt werden. Als alkoholabhängig zu bezeichnen sind nur ca. 5 Prozent der erwachsenen Bevölkerung (2,5 % der Frauen und 7,5 % der Männer (Uhl et al. 2009a)).

Tabelle 6.1:
Konsumgruppen auf Basis von Konsumfrequenz und -menge (Rohwerte und adjustierte Werte*)

| | Rohwerte | | | adjustiert | | |
|---|----------|----------|----------|------------|----------|----------|
| | gesamt | männlich | weiblich | gesamt | männlich | weiblich |
| primär abstinent (nie Alkohol getrunken, außer ein paar Schlucke) | 4 % | 3 % | 6 % | 4 % | 3 % | 5 % |
| sekundär abstinent (kein Konsum in den letzten 12 M.) | 5 % | 4 % | 6 % | 5 % | 4 % | 6 % |
| sekundär fast abstinent (max. an 5 Tagen in den letzten 12 M.) | 10 % | 6 % | 14 % | 10 % | 6 % | 14 % |
| moderater Konsum (weniger als 16 bzw. 24 Gramm pro Tag) ** | 69 % | 71 % | 66 % | 54 % | 51 % | 56 % |
| mittlerer Konsum (zwischen 16 und 40 bzw. 24 und 60 Gramm) ** | 9 % | 12 % | 6 % | 14 % | 18 % | 10 % |
| problematischer Konsum (mehr als 40 bzw. 60 Gramm) ** | 3 % | 4 % | 2 % | 14 % | 19 % | 9 % |
| gesamt | 3.947 | 1.926 | 2.021 | 4.102 | 2.051 | 2.051 |

* Der Begriff „adjustierte Werte“ bezieht sich auf die Korrektur der Unterschätzung des Alkoholkonsums in Befragungsdaten (vgl. Kapitel 3.3).

** unterschiedliche Grenzmengen für Männer und Frauen (siehe auch Fußnote ²³)

Quelle: GPS 2015 (Variablen f1, bsqf1 bis bsqf6, sd1); Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.2 Alkoholkonsum im Altersverlauf

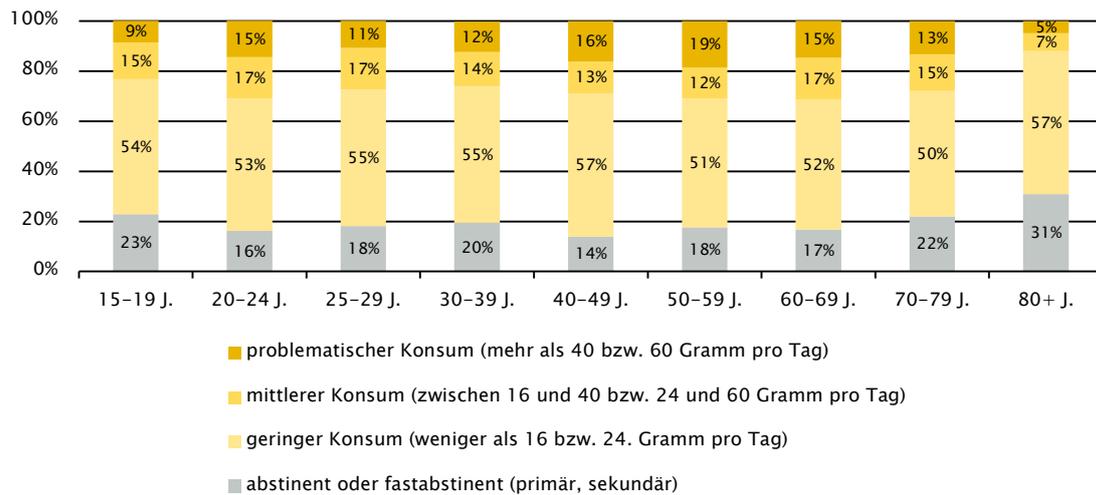
Werden die Konsumgruppen²⁴ im Altersverlauf betrachtet, zeigt sich, dass der höchste Anteil an Personen mit potenziell problematischem Konsum in der Altersgruppe der 50- bis 60-Jährigen zu finden ist (19 %). Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen vorangegangener Repräsentativerhebungen, wonach der Alkoholdurchschnittskonsum mit **zunehmendem Alter** zunimmt. In besonders hohen Altersgruppen ist der niedrigere Anteil an Personen mit potenziell problematischem Alkoholkonsum einerseits damit zu erklären, dass ältere Menschen aus gesundheitlichen Gründen

²⁴

Zur Verbesserung der Anschaulichkeit wurden die Kategorie „primär abstinent“, „sekundär abstinent“ und „sekundär fast abstinent“ zusammengefasst.

Alkohol schlechter vertragen, und andererseits darauf, dass Personen mit besonders hohem Alkoholkonsum eine deutlich höhere Sterblichkeit aufweisen und daher in hohen Altersgruppen seltener anzutreffen sind (Uhl et al. 2009a; Uhl et al. 2009b).

Abbildung 6.2:
Konsumgruppen nach Alter (adjustierte Werte*)



* Der Begriff „adjustierte Werte“ bezieht sich auf die Korrektur der Unterschätzung des Alkoholkonsums in Befragungsdaten (vgl. Kapitel 3.3)

Quelle: GPS 2015 (Variablen f1, bsqf1 bis bsqf6, sd2); Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.3 Täglicher Alkoholkonsum

Täglicher oder fast täglicher Alkoholkonsum²⁵ –unabhängig von der dabei konsumierten Menge – ist ein Phänomen, das bei **älteren Personen** ebenfalls deutlich häufiger anzutreffen ist als bei jüngeren (vgl. Abbildung 6.3).

Auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen dem **Konsumverhalten von Männern und Frauen**: Jeder fünfte männliche Befragte (21 %) berichtet von täglichem oder fast täglichem Alkoholkonsum, während nur sieben Prozent der weiblichen Befragten (7 %) ein ebensolches Verhalten berichten (jeweils adjustierte Werte). Über beide Geschlechter hinweg liegt der Anteil an Personen mit täglichem oder fast täglichem Konsum bei 14 Prozent.

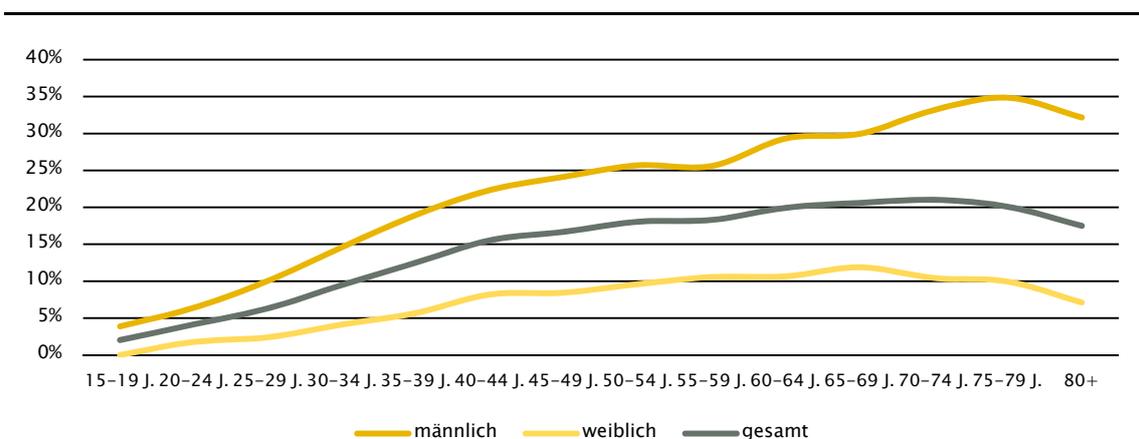
25

Auch täglicher oder fast täglicher Alkoholkonsum ist undersampling-adjustiert in dem Sinne, dass angenommen wird, dass Alkoholiker/innen täglich oder zumindest fast täglich Alkohol konsumieren.

Die aktuellen GPS-Zahlen für täglichen bzw. fast täglichen Alkoholkonsum liegen deutlich über den Ergebnissen der aktuellen ATHIS-Gesundheitsbefragung (Klimont/Baldaszi 2015), bei der zehn Prozent der Männer und drei Prozent der Frauen täglichen Alkoholkonsum angaben. Ein Teil dieser Unterschiede (rund 5 Prozentpunkte bei Männern und rund 2 Prozentpunkte bei Frauen) ist damit zu erklären, dass bei den ATHIS-Auswertungen keine entsprechende Adjustierung vorgenommen wurde.

Abbildung 6.3:

Täglicher oder fast täglicher (5 bis 6 Tage pro Woche) Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht (adjustierte Werte*)



* Der Begriff „adjustierte Werte“ bezieht sich auf die Korrektur der Unterschätzung des Alkoholkonsums in Befragungsdaten (vgl. Kapitel 3.3).

Anmerkung: Der Kurvenverlauf wurde mittels Gleitmittelwerten über drei Altersgruppen geglättet.

Quelle: GPS 2015 (Variablen f1, sd1); Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

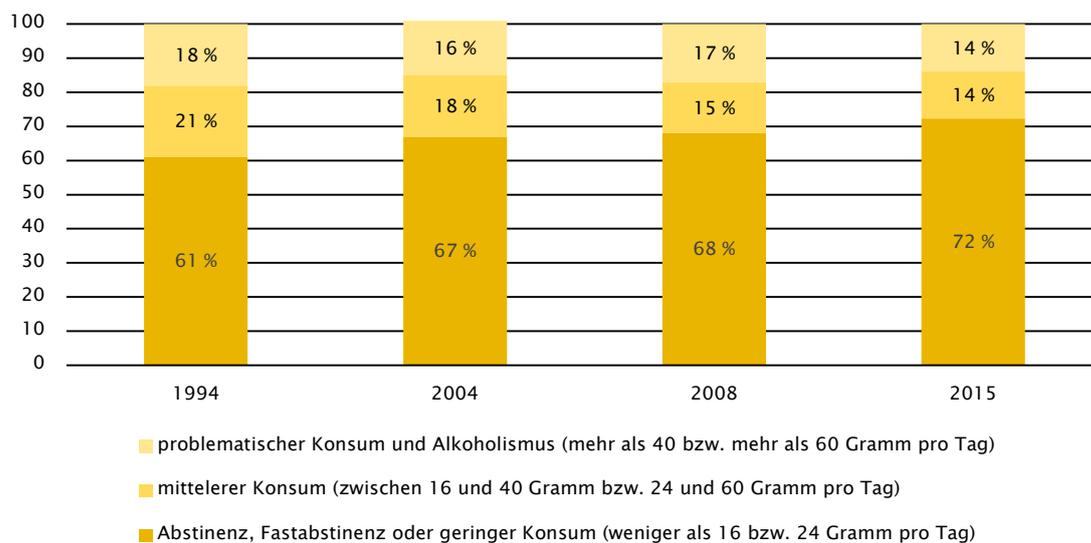
6.4 Indikatoren des Alkoholkonsums im Zeitverlauf

Die Konsumgruppen (inklusive Adjustierung) werden bei der gegenständlichen Erhebung genauso berechnet wie bei den Repräsentativerhebungen in den Jahren 1994, 2004 und 2008, wodurch sich die Daten gut für die Darstellung von Zeitverläufen eignen (vgl. Abbildung 6.4).

Im Zeitraum 1994–2015 kam es zu einem leichten Rückgang der beiden **stärksten Konsumgruppen**: Sowohl der Anteil der problematischen als auch der Anteil der mittleren Konsumenten und Konsumentinnen hat abgenommen (von 18 % auf 14 % bzw. von 21 % auf 14 %). Entsprechend ist der Anteil von **Niedrigkonsumgruppen** stetig gestiegen: Machten Abstinente, Fast-Abstinente und

Konsumenten/Konsumentinnen mit geringem Konsum²⁶ im Jahr 1994 in Summe noch 61 Prozent aus, so ist dieser Anteil im Jahr 2015 auf 72 Prozent angewachsen.

Abbildung 6.4:
Entwicklung der Konsumgruppen im Zeitverlauf (adjustierte Werte*)



* Der Begriff „adjustierte Werte“ bezieht sich auf die Korrektur der Unterschätzung des Alkoholkonsums in Befragungsdaten (vgl. Kapitel 3.3).

Quellen: GPS 2015 (Variablen f1, bsqf1 bis bsqf6, sd1) bzw. (Uhl/Springer 1996); Uhl et al. (2005), Uhl et al. (2009b)
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bezüglich des durchschnittlichen Alkoholkonsums pro Kopf ist im Zeitraum von 1994 bis 2015 ein leichter Rückgang von 31 Gramm pro Tag auf 27 Gramm pro Tag zu verzeichnen²⁷ (vgl. Abbildung 6.5). Dieser Rückgang fand allerdings in erster Linie im Zeitraum von 1994 bis 2004 statt und basiert ausschließlich auf einem rückläufigen Durchschnittskonsum der männlichen Befragten.

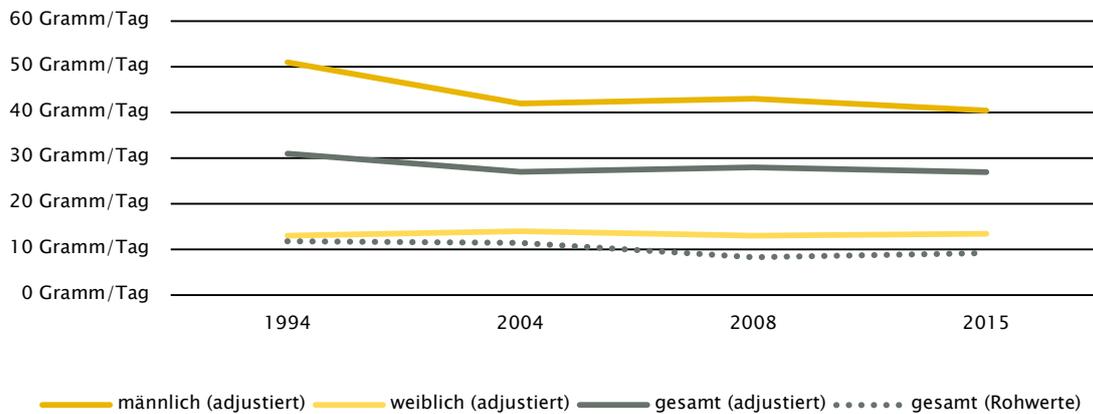
26

Da sich die Fragen, die der Unterscheidung zwischen Abstinenz, Fast-Abstinenz und Personen im Niedrigkonsumbereich dienen, zwischen den einzelnen Erhebungen stark unterscheiden (Anzahl an angebotenen Antwortkategorien, Filterführung) und daher die Anzahl der ermittelten Abstinenz stark schwankt, ist eine weitere Unterscheidung zwischen Abstinenz und Niedrigkonsum irreführend.

27

20 Gramm Reinalkohol entsprechen ungefähr einem halben Liter Bier oder einem Viertel leichten Weins.

Abbildung 6.5:
Entwicklung des durchschnittlichen Tageskonsums in Gramm Alkohol (adjustierte Werte* und Rohwerte)

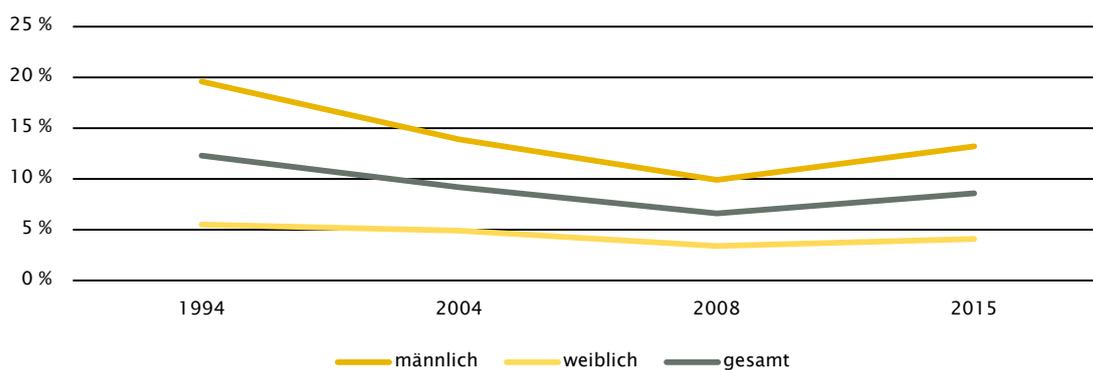


* Der Begriff „adjustierte Werte“ bezieht sich auf die Korrektur der Unterschätzung des Alkoholkonsums in Befragungsdaten (vgl. Kapitel 3.3).

Quellen: GPS 2015 (bsqf1 bis bsqf6, sd1) bzw. (Uhl/Springer 1996), Uhl et al. (2005), Uhl et al. (2009b);
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Gegensatz zum durchschnittlichen Tageskonsum ist der Anteil der Personen, die nach eigenen Angaben in den letzten 12 Monaten täglich Alkohol konsumieren, im Vergleich zur letzten Erhebung im Jahr 2008 von 7 auf 9 Prozent leicht angestiegen, wobei allerdings der längerfristige Trend deutlicher abwärts geht (Abbildung 6.6).

Abbildung 6.6:
Entwicklung des täglichen Alkoholkonsums (adjustierte Werte)



* Der Begriff „adjustierte Werte“ bezieht sich auf die Korrektur der Unterschätzung des Alkoholkonsums in Befragungsdaten (vgl. Kapitel 3.3).

Quellen: GPS 2015 (Variable f1) bzw. (Uhl/Springer 1996) Uhl et al. (2005), Uhl et al. (2009b);
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.5 Rausch und Frequenz von starken Konsumtagen

Die beiden Indikatoren „Konsumfrequenz“ und „durchschnittliche Konsummenge“ weisen beide in erster Linie auf längerfristige negative Auswirkungen eines erhöhten Alkoholkonsums hin (z. B. gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Leberschäden). Dem gegenüber steht das Konzept von **unmittelbaren negativen Auswirkungen** als Folge von Berausung oder **akuter Alkoholintoxikation** (wie z. B. erhöhtes Unfallrisiko oder Verwicklung in Gewaltsituationen).

Seit einiger Zeit ist es international üblich, Trinkgelegenheiten zu messen, bei denen mehr als eine gewisse Menge an alkoholischen Getränken konsumiert wurde. Dieses Verhalten wird häufig mit dem englischen Ausdruck „Binge Drinking“ umschrieben, was auf Deutsch wörtlich „Trinkgelage“ bedeutet, aber auch häufig mit „Komatrinken“ gleichgesetzt wird. Kritisiert wird am Konzept „Binge-Drinking“, dass **unterschiedliche Grenzmengen** in unterschiedlichen Untersuchungen verwendet werden und teilweise – sofern diese Konsummengen über einen längeren Zeitraum beibehalten werden – nicht zwingend eine starke Beeinträchtigung verursachen (Schuckit 2006). Allgemein leidet der Diskurs über die negativen Auswirkungen von akuten Alkoholintoxikationen darunter, dass zumeist lediglich die Verhaltenskomponente (Konsum von alkoholischen Getränken) gemessen wird, in der Diskussion aber Auswirkungen dieses Verhaltens im Mittelpunkt stehen (z. B. Rauschwirkung, Risikoverhalten, sozial unerwünschtes Verhalten), die gar nicht gemessen werden.

Im Rahmen des RARHA-Projektes wurde der Ausdruck „Binge Drinking“ durch den Ausdruck **„Risky Single Drinking Occasion“** ersetzt, was die konzeptuelle Problematik dieser Begrifflichkeit allerdings nicht behebt. Operationalisiert wurden diese Fragen mit jeweils zwei unterschiedlichen Grenzmengen für Frauen und Männer (mehr als 60 Gramm²⁸ bzw. 120 Gramm Reinalkohol für Männer und mehr als 40 bzw. 80 Gramm für Frauen). Die entsprechenden Auswertungen (Abbildung 6.7) wurden sowohl mit den adjustierten Daten als auch mit den nicht adjustierten Rohdaten durchgeführt.

Zusätzlich wurde eine Frage nach der Häufigkeit von subjektiven Rauscherfahrungen gestellt, wobei „Rausch“ operationalisiert wurde als ein Zustand, bei dem sich die Betroffenen unsicher auf den Beinen fühlen oder Ihre Aussprache undeutlich wird.

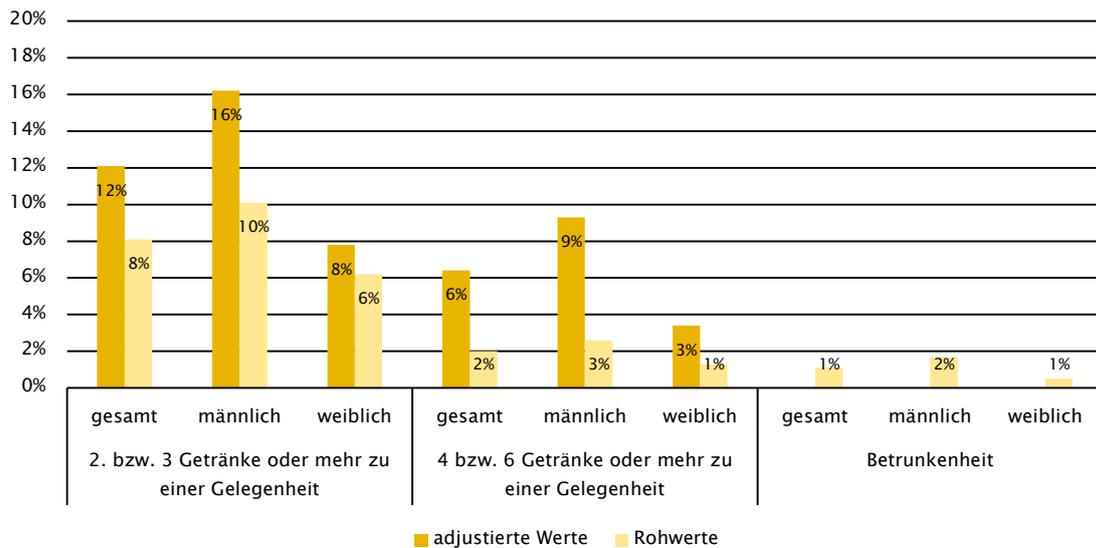
Zwölf Prozent der Befragten (16 % der Männer und 8 % der Frauen) berichten, dass sie **zumindest einmal pro Woche** 40 Gramm (Frauen) bzw. 60 Gramm Reinalkohol (Männer) oder mehr konsumieren. Rund 6 Prozent der Befragten (3 % der Frauen und 9 % der Männer) geben an, mindestens einmal pro Woche mindestens das Doppelte dieser Menge zu konsumieren (80 Gramm Reinalkohol bei Frauen bzw. 120 Gramm Reinalkohol bei Männern). Rund ein Prozent der Frauen und zwei

28

20 Gramm Reinalkohol entsprechen etwa einem großen Bier, zwei Achtellitern Wein oder der drei Stamperln Schnaps á 2 cl.

Prozent der Männer berichten von deutlich merkbarer subjektiver Betrunketheit²⁹ **mindestens einmal pro Woche.**

Abbildung 6.7:
 “Risky Single Drinking Occasions“ und Berauschungserfahrungen (mindestens einmal pro Woche;
 Rohwerte bzw. adjustierte Werte*)



* Der Begriff „adjustierte Werte“ bezieht sich auf die Korrektur der Unterschätzung des Alkoholkonsums in Befragungsdaten (vgl. Kapitel 3.3).

Quelle: GPS 2015 (Variablen rsod2, rsod4, dr1, sd1); Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.6 Alkohol-Screeningtests bei Bevölkerungsbefragungen

Es steht außer Frage, dass durch erfahrene Kliniker/innen wesentlich präziser beurteilt werden kann, ob Menschen alkoholabhängig sind oder nicht, als durch Selbsteinschätzungen mittels Fragebogen. Screening-Instrumente zur Identifikation von Alkoholabhängigen können eine sinnvolle Rolle spielen, wenn die so gewonnenen Befunde anschließend von kompetenten Begutachtern/Begutachterinnen überprüft werden. Ob derartige Instrumente allerdings ausreichend valide und reliabel sind, um auch ohne eine solche Überprüfung bei Bevölkerungsbefragungen sinnvoll eingesetzt zu werden, wird immer wieder diskutiert.

29

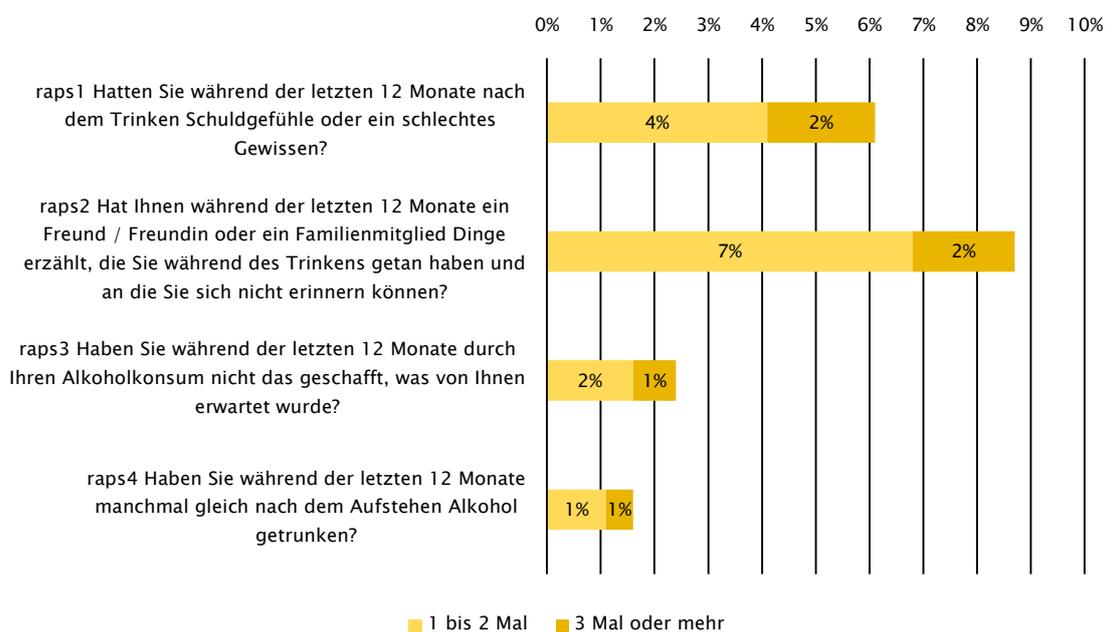
Im Gegensatz zu Fragen zu Risky Single Drinking Occasions können bei Fragen zur Anzahl an Berauschungssituationen fehlende Alkoholabhängige nicht durch Schätzung ergänzt werden (Adjustierung durch Undersampling-Korrektur), weil bei Alkoholabhängigen der Konsum von größeren Alkoholmengen angenommen werden kann, dies aber nicht unbedingt zu einer Berauschung führt.

Im Rahmen des europäischen RARHA Projektes, in dessen Zusammenhang die alkoholspezifischen Fragen der vorliegenden Studie entwickelt wurden und das auf Ergebnissen aus zahlreichen europäischen Suchtsurveys aufbaut, wurde die Verwendung des **RAPS-Instrumentes** (Rapid Alcohol Problems Screen) vorgeschlagen. Das Akronym "RAPS" setzt sich aus den Anfangsbuchstaben der folgenden vier Dimensionen zusammen:

- » Remorse (Schuldgefühle nach dem Trinken)
- » Amnesia (Erinnerungslücken)
- » Performance (nicht schaffen, was von einem erwartet wird)
- » Starter (Konsum eines alkoholischen Getränks am Morgen nach dem Aufstehen)

Das RAPS-Instrument gilt als Screening-Tool zur Identifikation von alkoholabhängigen Personen und wurde im Setting von Ambulanzen und Notaufnahmen entwickelt. Als positiv getestet gelten Personen, die mindestens eine der vier dichotom gestellten Fragen mit „ja“ beantworten und damit einen Punkt oder mehr erzielen (Cherpitel et al. 2005). In der im RARHA-Kontext empfohlenen Version werden „ja“-Angaben noch zusätzlich unterteilt in „ja, ein bis zweimal“ und „ja, dreimal und öfter“ (jeweils bezogen auf den Zeitraum der letzten 12 Monate), was aber nichts daran ändert, dass bereits ein einziges „ja“ als Hinweis auf eine Alkoholabhängigkeit gewertet wird.

Abbildung 6.8:
Zustimmung zu einzelnen Items des RAPS-Instruments



Quelle: GPS 2015 (Variablen raps1 bis raps4); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Von den vier genannten möglichen Indikatoren alkoholassoziierter Probleme werden am häufigsten Erinnerungsprobleme genannt (9%), gefolgt von Schuldgefühlen oder schlechtem Gewissen

(6 %), Problemen im Erreichen von Erwartungshaltungen (3 %) und Alkoholkonsum direkt nach dem Aufstehen (2 %) (vgl. Abbildung 6.8).

14 Prozent der Befragten erfüllen zumindest ein Kriterium (wobei hier nicht zwischen „1 bis 2 Mal in den letzten 12 Monaten“ und „3 Mal oder öfter in den letzten 12 Monaten“ unterschieden wurde) und wären damit nach Cherpitel et al. (2005) als „alkoholabhängig“ zu klassifizieren.

Tabelle 6.2:

Anteile von Personen mit positiven Scores für RAPS bzw. erweiterten RAPS

| | RAPS Score |
|--------------------|------------|
| 1 oder mehr | 14,1 % |
| 2 oder mehr | 4,2 % |
| 3 oder mehr | 1,2 % |
| 4 bzw. 4 oder mehr | 0,3 % |

Quelle: GPS 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ein dermaßen hoher Anteil an Alkoholabhängigen lässt begründete Zweifel an dieser Schätzung aufkommen.

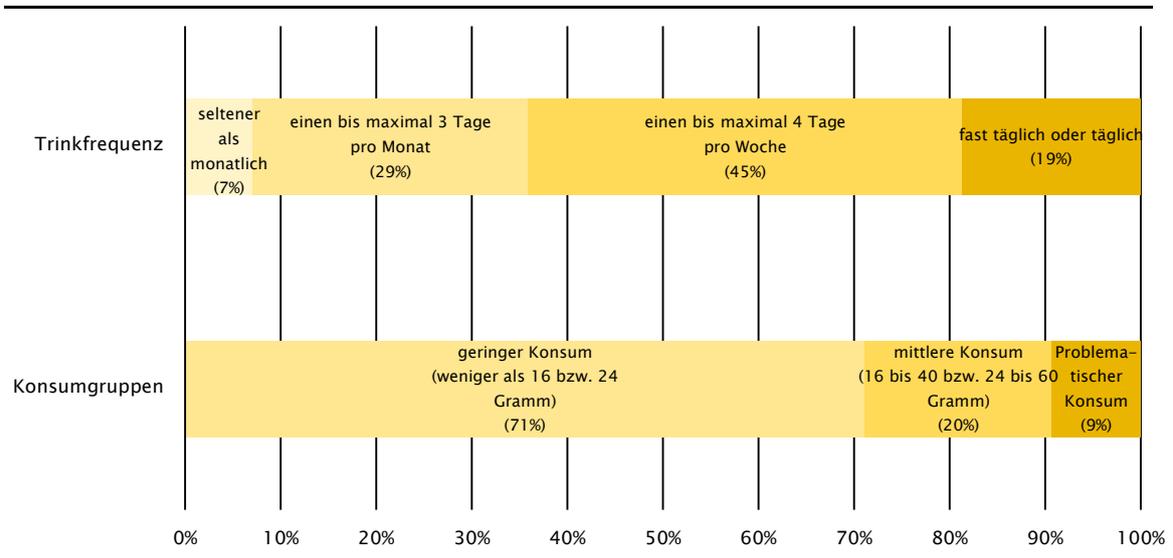
Erstens basiert die Fragebogendiagnostik auf der optimistischen Vermutung, dass die Befragten den Sinn der Fragen erfassen und nur dann eine einschlägige Antworten abgeben, wenn tatsächlich ein gravierendes Problem – in diesem Fall mit Alkohol – vorliegt. Wird hingegen der dahinterliegende Sinn der Frage nicht erfasst (Alkoholproblem ja oder nein), sondern jede Frage wortwörtlich beantwortet, ist es relativ leicht, vier von vier Punkten zu erreichen, ohne dass das Konsumverhalten auch nur ansatzweise mit Alkoholabhängigkeit in Verbindung gebracht werden kann (als konkretes Beispiel: Eine Person hat im letzten Urlaub zum Frühstück ein Glas Sekt getrunken, hatte einmal nach einer Geburtstagfeier am Morgen danach leichte Kopfschmerzen, war deswegen der Meinung, dass weniger Alkohol am Vorabend besser gewesen wäre, fühlte sich aus diesem Grund unfähig, eine Erwartung zu erfüllen, und konnte sich mitunter nicht an alle Gesprächsinhalte des Vorabends erinnern).

Zweitens ergibt eine Kreuztabellierung mit Angaben zur Konsummenge, dass von den Personen mit einem positiven RAPS-Score über **70 Prozent im geringen Alkoholkonsum-Bereich liegen**, d. h. durchschnittlich weniger als 16 Gramm (Frauen) bzw. 24 Gramm (Männer) pro Tag konsumieren. Nur jede zehnte Person mit einem RAPS-Score von 1 oder mehr konsumiert Alkohol in einem Ausmaß, das auf Basis des täglichen Durchschnittskonsums (mehr als 40 bzw. 60 Gramm pro Tag) als problematisch einzustufen ist. Die Kreuztabellierung mit der Konsumfrequenz wiederum ergibt, dass vier von fünf Personen mit einem RAPS-Score von 1 oder mehr maximal viermal pro Woche Alkohol trinken.

Die Beurteilung des RAPS fällt somit eindeutig aus: Seine Eignung als Einstieg in ein diagnostisches Gespräch oder als Screening-Instrument, um anschließend bei Verdachtsfällen genauer hinzuschauen, ist vielfach dokumentiert. Ein solches Instrument sollte aber nicht zur Erfassung von Problemfällen im Rahmen von Repräsentativerhebungen verwendet werden, weil ein Großteil der

laut Testergebnis positiven Fälle sich bei entsprechender Kreuzvalidierung als völlig unproblematische Fälle darstellen (falsch positive Fälle).

Abbildung 6.9:
Trinkfrequenz und Konsumgruppenzuordnung von Personen mit RAPS Score 1 oder mehr



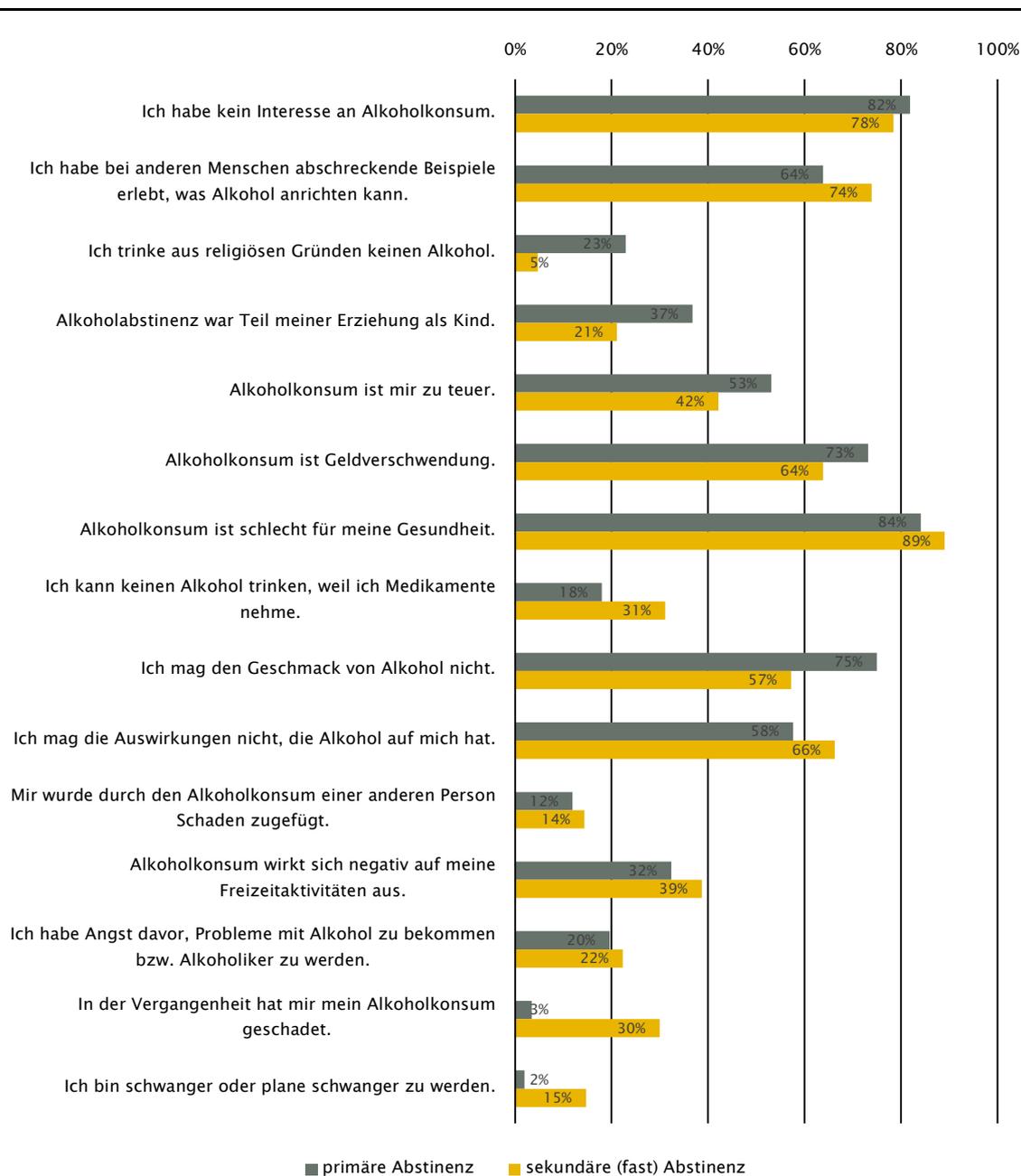
Quelle: GPS 2015 (Variablen raps 1 bis raps4, f1, Konsumgruppe); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.7 Motive für Abstinenz

Die hohe Bedeutung des Alkoholkonsums in Österreich wird dadurch deutlich, dass neun von zehn Befragten nach eigener Auskunft in den letzten zwölf Monaten – zumindest in kleinen Mengen – Alkohol konsumiert haben. Die Unterteilung von alkoholabstinenten Personen in „primär abstinent“ (d. h. noch nie im Leben Alkohol getrunken) und „sekundär abstinent“ (d. h. in den letzten 12 Monaten keinen Alkohol getrunken) ist sinnvoll, weil für diese beide Gruppen **unterschiedliche Motive für ihre Alkoholabstinenz** ausschlaggebend sein können. In Abbildung 6.10 werden unterschiedliche Gründe für beide Formen der Alkoholabstinenz gegenübergestellt. In den meisten Dimensionen zeigen sich nur geringfügige Unterschiede zwischen primär und sekundär abstinenten Personen. Dennoch ist eine Tendenz in Richtung „grundlegende Prinzipien als Motivation für primär Abstinenten“ und „anlassbezogene Gründe und negativ Erfahrungen als Motivation für sekundär Abstinenten“ erkennbar.

Für beide Gruppen spielen gesundheitliche Überlegungen die bedeutendste Rolle, gefolgt von abschreckenden Beispielen aus dem Umfeld und einem prinzipiellen Desinteresse an Alkohol bzw. einer Ablehnung der berauschenden Wirkung von Alkohol.

Abbildung 6.10:
Gründe für Abstinenz



Quelle: GPS 2015 (Variablen: mdna bis mdnp); Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.8 Einstellungen zu alkoholpolitischen Aussagen

Österreich gilt im europäischen Kontext – insbesondere im Vergleich zu nordeuropäischen und skandinavischen Staaten – als ein Land mit sehr **liberalen Einstellungen** zum Alkoholkonsum. Es ist daher von Interesse, wie Österreicher/innen zu unterschiedlichen alkoholpolitischen Maßnahmen stehen und ob es diesbezüglich große Unterschiede zwischen jenen gibt, die wenig oder kaum trinken, und jenen, die regelmäßig und/oder viel trinken (Abbildung 6.11).

Die überwiegende Mehrheit der Befragten befürwortet die prinzipielle individuelle Verantwortung von Konsumenten bzw. Konsumentinnen (92 %), den zentralen Stellenwert von Aufklärung und Information (83 %) sowie stichprobenartige Alkoholtests im Straßenverkehr (68 %). Die Mehrheit findet aber auch, dass der Staat spezielle Beschränkungen einführen darf, weil Alkohol kein Produkt wie jedes andere ist (68 % – in Abbildung 6.11 umgekehrt gepolt dargestellt) und ist dafür, dass Eltern sich an Jugendschutzbestimmungen halten müssen (65 % – in Abbildung 6.11 umgekehrt gepolt) (Abbildung 6.11).

Am unpopulärsten sind Maßnahmen zur Kontrolle der Alkoholverfügbarkeit: Ein Verkaufsverbot am Abend befürworten lediglich 24 Prozent, Einschränkungen von Alkoholverkauf und Alkoholausschank 38 Prozent und Preiserhöhungen 38 Prozent. Die Zustimmung zu restriktiven Maßnahmen ist bei Personen, die selbst keinen oder nur selten Alkohol trinken, deutlich höher als bei Personen, die von derartigen Maßnahmen direkt betroffen wären (Abbildung 6.11).

Abbildung 6.11:
Einstellungen zu alkoholpolitischen Aussagen nach eigenem Konsumstatus („stimme sehr zu“
und „stimme eher zu“)



Quelle: GPS 2015 (Variablen: apa bis apl, xf1); Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.9 Schäden durch den Alkoholkonsum anderer

Der enorme Erfolg des Konzepts des Passivrauchens für die Umsetzung von restriktiven Maßnahmen im Tabakbereich zum Schutz von unbeteiligten Dritten hat zur Folge, dass dieses Konzept auch im Alkoholbereich unter dem Namen „**harm from others**“ zunehmend an Bedeutung gewinnt. Schäden durch den Alkoholkonsum anderer wurden im Rahmen des RARHA Fragebogens auf unterschiedlichen Ebenen behandelt (Schäden durch Erziehungs- oder Bezugspersonen in der Kindheit, Schäden durch Personen aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld und Schäden von bekannten oder unbekanntem Personen aus dem weiteren sozialen Umfeld).

Es ist naheliegend und soll keinesfalls geleugnet werden, dass problematischer Alkoholkonsum nicht nur den konsumierenden Personen Schaden zufügt, sondern zudem das soziale Umfeld beeinträchtigt werden kann. Das Leid von Angehörigen von alkoholabhängigen Personen manifestiert sich unter anderem darin, dass inzwischen viele Behandlungseinrichtungen Angehörigenbetreuung anbieten.

Will man auf Basis von Befragungsdaten erheben, wie verbreitet die sozialen Auswirkungen von problematischem Alkoholkonsum in einer Bevölkerung sind, stellen sich jedoch grundlegende **methodologische Probleme**, wie etwa

- » die Verwendung von mehrdeutigen Begriffen (was ist ein „starker Trinker“),
- » die Unmöglichkeit der Beurteilung der Kausalität (ist ein negatives Ereignis aufgrund von Alkoholkonsum entstanden oder ist Alkoholkonsum lediglich eine Begleiterscheinung),
- » die Vermengung von tatsächlichen Ereignissen mit subjektivem Sicherheitsempfinden,
- » die Vermengung von unterschiedlichen negativen Ereignissen mit variierendem Schweregrad zu einem gemeinsamen Indikator.

Etwa eine/r von sieben Befragten (14 %) gibt an, dass er oder sie in ihrer/seiner Kindheit mit einer Person in einem gemeinsamen Haushalt gelebt hat, die sie/er als „starken Trinker / starke Trinkerin“ einstufen würde. Auf die Frage nach dieser Person wird die Kategorie „**Vater**“ (biologischer Vater, Adoptivvater, Pflegevater) mit deutlichem Abstand am häufigsten genannt. Sieben von zehn Personen, die von einem stark trinkenden Haushaltsmitglied berichten, nennen diese Kategorie, was umgerechnet auf die Gesamtstichprobe etwa 10 Prozent aller Befragten entspricht. Andere relevante Personengruppen liegen in einem deutlich niedrigeren Bereich. Werden Belastungen während der Kindheit durch eine stark trinkende Person im Haushalt in einem weiteren Schritt nach dem Schweregrad differenziert, berichten weibliche Personen häufiger, dass sie in einem starken Ausmaß betroffen waren, als männliche Betroffene. Unabhängig vom Geschlecht geben vier von zehn betroffene Personen an, dass sie durch die stark trinkende Person auch „stark beeinträchtigt“ waren. Dies entspricht umgerechnet **fünf Prozent der Befragten** im Gesamtsample.

Als zweite Dimension wurde erhoben, ob die Befragten aktuell (d. h. in den letzten 12 Monaten) in ihrem **unmittelbaren sozialen Umfeld** Kontakt zu Personen haben/hatten, die sie als „starke Trinker / starke Trinkerin“ bezeichnen würden, und wenn ja, in **welchem Ausmaß** sie durch diese Personen beeinträchtigt wurden („überhaupt nicht“, „leicht“ und „stark“).

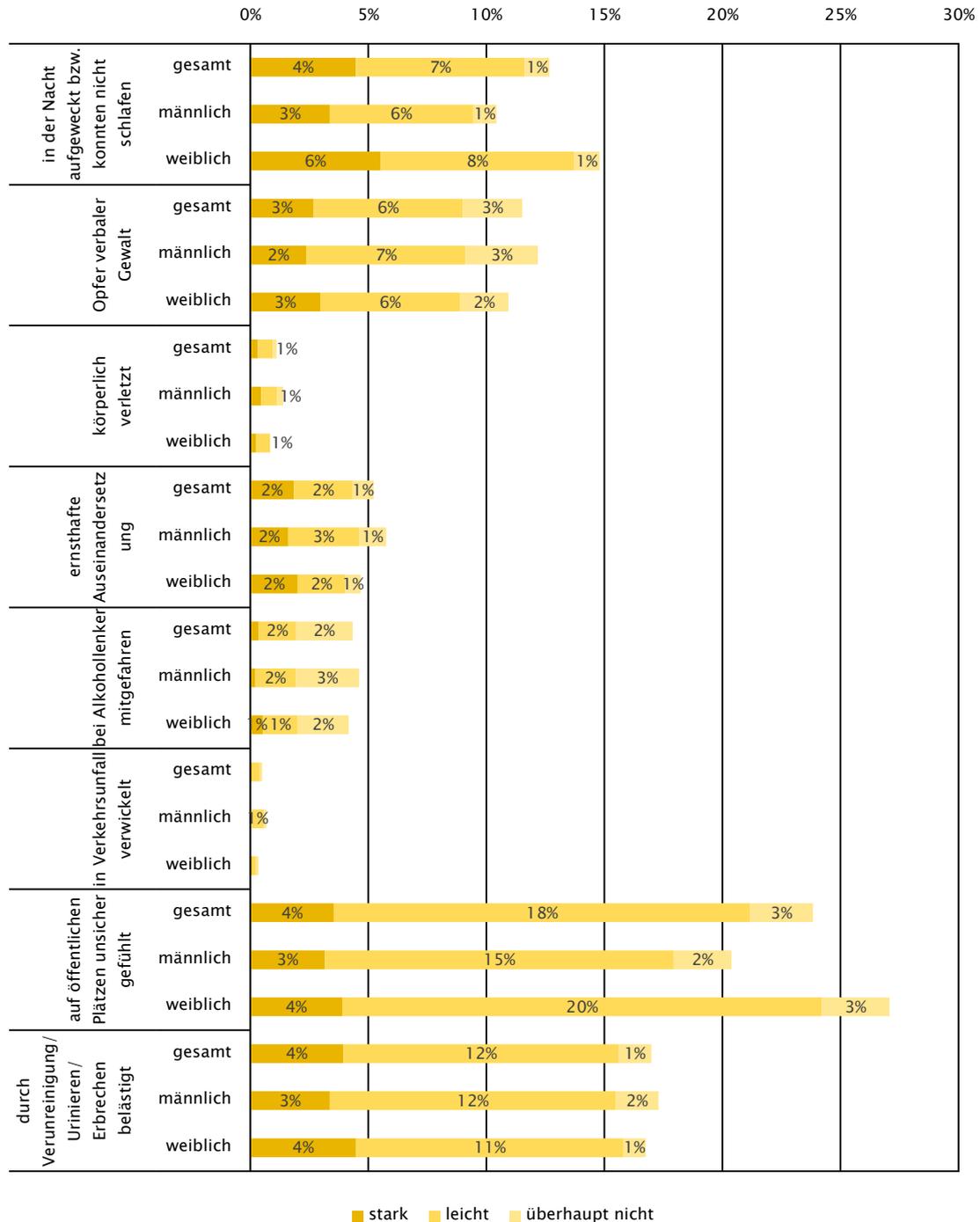
Knapp mehr als jede/r dritte Befragte (36 %) gibt an, in den letzten 12 Monaten mindestens mit einer Person Kontakt gehabt zu haben, die sie/er als „starken Trinker / starke Trinkerin“ bezeichnen würden. Etwa die Hälfte von diesen Personen gibt jedoch an, dass sie durch diese Person überhaupt nicht beeinträchtigt waren und lediglich ein Sechstel dieser Personen meint, dass sie dadurch „stark beeinträchtigt“ wurde. Dies entspricht – umgerechnet auf alle Personen in der Stichprobe – einem Anteil von **sechs Prozent**, die in den letzten 12 Monaten nach eigenen Angaben durch den Alkoholkonsum anderer Personen aus ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld stark beeinträchtigt wurden.

Wird nach unterschiedlichen Gruppen von „starken Trinkern / starken Trinkern“ differenziert und auch das Ausmaß der Belastung für die betroffene Person berücksichtigt, ergibt sich Folgendes: Die Befragten berichten selten von „starken Trinkern / starken Trinkern“ aus dem **engsten sozialen Umfeld** (Haushaltsmitglieder), sind dann aber verhältnismäßig häufig stark von diesem Verhalten beeinträchtigt. Hingegen berichten Befragte häufig von „starken Trinkern / starken Trinkern“ in einem **weiteren sozialen Umfeld**, sind dann aber nur verhältnismäßig selten in einem starken Ausmaß davon beeinträchtigt.

Als dritte Ebene von möglichen Schäden durch den Alkoholkonsum anderer Personen wurden mögliche negative Auswirkungen auf Ebene **des weiteren sozialen Umfeldes** (Community-Level) erhoben und wiederum nach dem Grad der Belastung differenziert (vgl. Abbildung 6.12). Aufgrund der Heterogenität der Items (von schwerwiegenden und gesundheits- bis lebensgefährdenden Risiken wie z. B. Verwicklung in Verkehrsunfälle bis zu geringeren Beeinträchtigungen wie Lärmbeeinträchtigung in der Nacht) ist es nicht sinnvoll, diese Einzelitems zu einem Index zusammenzufassen.

Insgesamt führen Problembereiche, die häufig genannt werden, verhältnismäßig selten zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen: Jede/r vierte Befragte (25 %) gibt an, sich in den letzten 12 Monaten mindestens einmal unwohl auf öffentlichen Plätzen gefühlt zu haben. Nur eine von 25 Personen (4 %) gibt hingegen an, dass sie durch dieses Verhalten auch stark beeinträchtigt worden ist. Das Gegenteil ist bei Problembereichen zu beobachten, die nur selten genannt werden. Etwa fünf Prozent der Befragten wurden nach eigenen Angaben durch den Alkoholkonsum anderer Menschen in „eine ernsthafte Auseinandersetzung verwickelt“, die Hälfte dieser Personen wurde dadurch auch stark beeinträchtigt.

Abbildung 6.12:
Probleme durch den Alkoholkonsum anderer Personen (Community-Ebene)



Quelle: GPS 2015 (Variablen com1 bis com8); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

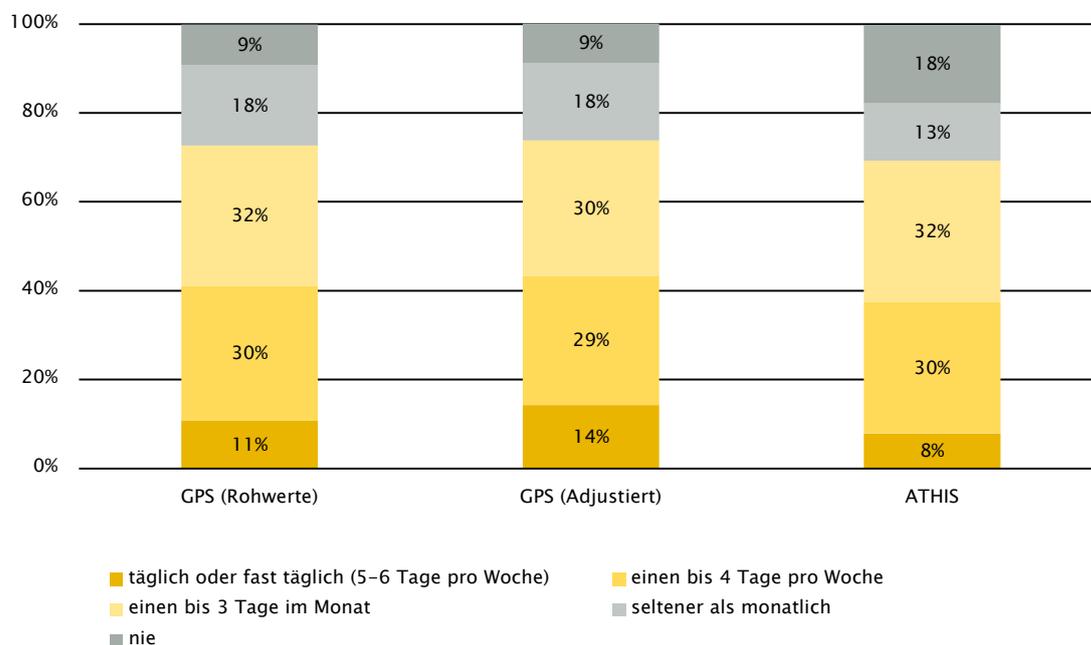
6.10 Vergleich mit Ergebnissen aus Referenzprojekten

Alkoholkonsum ist – ebenso wie Nikotinkonsum – auch Bestandteil der **ATHIS-Befragung** (Austrian Health Interview Survey). Dabei werden deutlich weniger Indikatoren abgefragt, teilweise aber ähnliche Frageninhalte angewendet. Die ATHIS-Erhebung wurde zuletzt im Jahr 2014 durchgeführt (Statistik Austria 2015) und zielt auf dieselbe Zielpopulation ab (Wohnbevölkerung ab 15 Jahre), umfasst eine deutlich größeren Stichprobe (über 15.000 Personen) und eignet sich somit sehr gut als **Referenzdatenquelle** für die Ergebnisse der vorliegenden Erhebung. Berücksichtigt werden muss dabei, dass die ATHIS-Daten nicht adjustiert werden und somit nicht die Unterschätzung von Problemkonsum nicht kompensiert wird.

In Bezug auf die **Konsumfrequenz** in den letzten 12 Monaten zeigen sich insbesondere in der Gruppe der Abstinenten relevante Unterschiede: Deren Anteil ist in der Gesundheitsbefragung (ATHIS) doppelt so hoch wie im GPS 2015. Eine plausible – wenn auch nicht überprüfbare – Hypothese lautet, dass diese Differenz zumindest teilweise durch das **Ausstrahlen des Fragekontexts** hervorgerufen wird: Bei Befragung im Kontext von allgemein gesundheitsbezogenen Fragen tendieren Personen eher dazu, sich als abstinent zu bezeichnen, als in einer Befragung, die sich speziell dem Konsum von psychoaktiven Substanzen widmet.

Abbildung 6.13:

Konsumfrequenz in den letzten 12 Monaten im Vergleich von GPS 2015 und ATHIS 2014



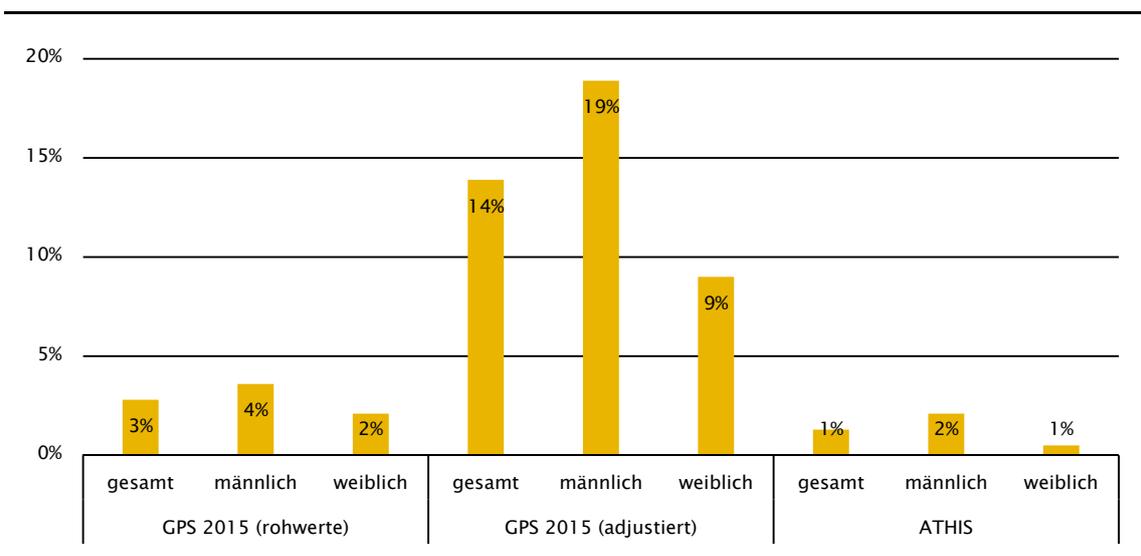
Quelle: GPS 2015 bzw. (Klimont/Baldaszi 2015) Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die ebenso deutliche Differenz zwischen „täglichem oder fast täglichem Konsum“³⁰ ist zu einem Großteil auf die Adjustierung der GPS-Daten zurückzuführen: Während in den Rohwerten die Differenz drei Prozentpunkte beträgt, steigt diese Differenz durch die Undersampling-Adjustierung (vgl. Kap. 3.3) auf sechs Prozentpunkte an.

Analog zur Berechnung der Konsumgruppen im Rahmen des GPS 2015 werden ebensolche auch im Rahmen von ATHIS 2014 errechnet. Aus methodischen Gründen kann ausschließlich die Gruppe der **problematischen Konsumenten bzw. Konsumentinnen** für einen Vergleich zwischen ATHIS 2014 und GPS 2015 herangezogen werden (jeweils definiert als ein Durchschnittskonsum von mehr als 40 Gramm pro Tag bei Frauen bzw. 60 Gramm pro Tag bei Männern).

Bereits in den nicht adjustierten Daten zeigen sich deutliche Unterschiede: Gerundete drei Prozent der Befragten werden laut GPS-Rohdaten als problematische Konsumenten/Konsumentinnen eingeschätzt, auf Basis der ATHIS-Daten wird dieser Anteil auf lediglich ein Prozent geschätzt. Auch hier kann ein **Ausstrahleffekt** anderer Fragen (gesundheitsbezogener Kontext im Rahmen von ATHIS, Substanzkonsum im Rahmen von GPS) vermutet werden, der auch in anderen Erhebungen zu Substanzkonsum beobachtet werden konnte.

Abbildung 6.14:
Vergleich problematischer Konsum laut GPS 2015 und ATHIS 2014



Quelle: GPS 2015 bzw. (Klimont/Baldaszi 2015); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

30

Hierzu wurden die im Fragebogen verwendeten feineren Kategorien aus beiden Befragung so zusammengefasst, dass sie vergleichbar sind. Konkret bedeutet dies, dass die Kategorie „täglich oder fast täglich“ auch alle Angaben aus der Kategorie „5–6 Tage pro Woche“ umfasst, da dies der Filterlogik des Fragebogens im GPS 2015 entspricht. In Publikationen von Statistik Austria werden Personen, die an „5–6 Tage pro Woche“ konsumieren, der Kategorie „mehrmals pro Woche“ zugewiesen (Klimont/Baldaszi 2015).

Bei Vergleichen zwischen ATHIS und GPS muss jedenfalls berücksichtigt werden, dass der eklatante Unterschiede zwischen den adjustierten GPS-Ergebnissen (14 % problematischer Konsum) und ATHIS zu einem Großteil auf ebendiese Adjustierung zurückzuführen ist.

Während in Kap. 6.4 für die Gesamtbevölkerung festgestellt wurde, dass die durchschnittliche Konsummenge zwischen 2004 und 2015 weitestgehend stabil ist, ist hingegen laut Schülerbefragung ESPAD (Strizek et al. 2016) für den Alkoholkonsum unter 14- bis 17-Jährigen für den nahezu identen Zeitraum (2003–2015) ein eindeutiger Rückgang festzustellen: Der Anteil an Jugendlichen, die in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert haben, sink zwischen 2003 und 2015 von 80 Prozent auf 67 Prozent. Auch in Bezug auf die durchschnittliche Konsummenge ist ein Rückgang festzustellen, wobei dieser insbesondere auf einen geringeren Konsum unter männlichen Jugendlichen zurückzuführen ist. Auch in der Schülerbefragung HBSC wurde ein deutlicher Rückgang des wöchentlichen Alkoholkonsums festgestellt (Ramelow et al. 2015). Eine mögliche Interpretation dieser Ergebnisse lautet analog zur Entwicklung des Nikotinkonsums, dass sich zwar die Gesamtprävalenz in der Bevölkerung nur wenig ändert, aber die Inzidenz bei nachkommenden Generationen deutlich abgenommen hat.

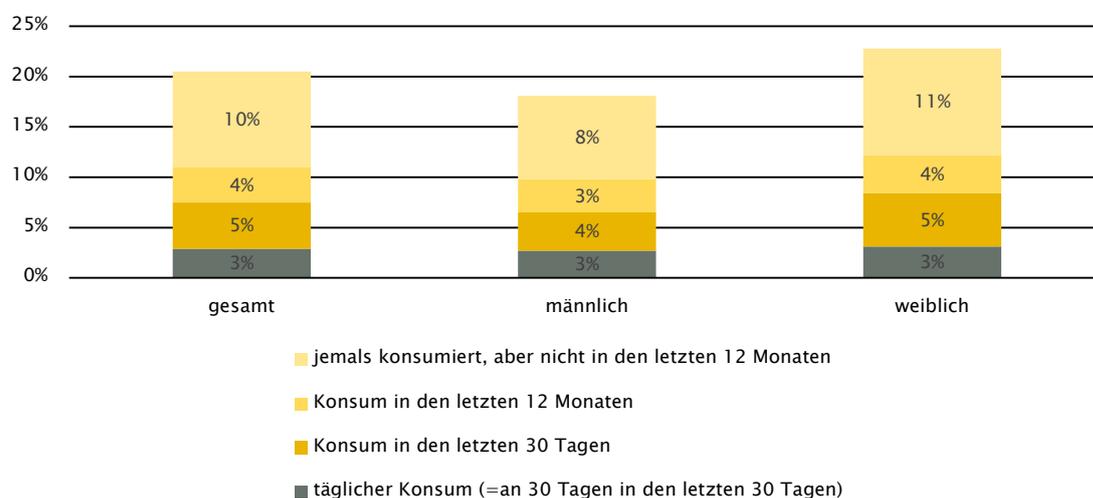
7 Schlaf- und Beruhigungsmittel

Schlaf- und Beruhigungsmittel nehmen aus zwei Gründen eine Sonderstellung im Konsum von psychoaktiven Substanzen ein: Erstens werden sie im Gegensatz zu allen anderen psychoaktiven Substanzen etwas **häufiger von Frauen** als von Männern eingenommen, zweitens steigt die Konsumerfahrung mit **steigendem Alter** kontinuierlich an, während mit Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen erste Konsumerfahrungen nahezu ausschließlich in der Jugend und im jungen Erwachsenenalter gemacht werden.

Um zu verhindern, dass hier allerlei Hausmittel, Tees, Homöopathika etc. angeführt werden, wurde im Fragetext präzisiert, dass „rezeptpflichtige Schlaf- oder Beruhigungsmedikamente, die ausschließlich mit einem ärztlichen Rezept in einer Apotheke zu erhalten sind“ gemeint sind und „alternativmedizinische Mittel (z. B. homöopathische Mittel) oder Hausmittel, wie z. B. Baldrian-tropfen, Kräutertees oder ähnliches“ nicht inkludiert werden sollen.

Etwas mehr als jede Fünfte weibliche Befragte (23 %) gibt an, dass sie im Laufe ihres Lebens Schlaf- oder Beruhigungstabletten genommen hat. Bei Männer ist dieser Anteil mit 18 Prozent etwas geringer. Täglicher Konsum über die letzten 30 Tage wurde von Männern und Frauen in etwa gleichem Ausmaß berichtet (jeweils 3 %).

Abbildung 7.1:
Prävalenzen der Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln nach Geschlecht



Quelle: GPS 2015 (Variablen m1 bis m6); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zu bedenken ist, dass Medikamentenabhängige, die sich ihre Medikamente illegal auf dem Schwarzmarkt besorgen, in Repräsentativerhebungen stark unterrepräsentiert sind bzw. diesen Konsum einem/einer fremden Interviewer/in gegenüber kaum zugeben werden, weswegen problematische und pathologische Konsumformen eher unterschätzt werden. Zu beachten ist ferner,

dass basierend auf Selbstauskunft nur Indizien dafür gesammelt werden können, ob es sich um eine klare medizinisch indizierte Medikation oder um eine missbräuchliche Anwendung handelt. Wie Abbildung 7.2 zu entnehmen ist, gaben 9 von 10 Befragten mit Konsumerfahrung eine ärztliche Verschreibung an.

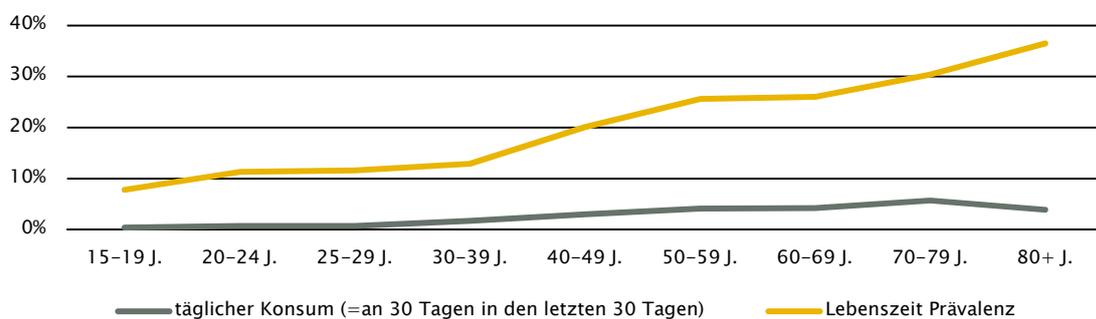
Abbildung 7.2:
Rezente Bezugsquelle für Schlaf- und Beruhigungstabletten



Quelle: GPS 2015 (Variable m7); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Während mit Alkohol, Tabak und illegalen Drogen erste Konsumerfahrungen nahezu ausschließlich zwischen dem 15. und dem 30. Lebensjahr stattfinden, findet die erste Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln in der Regel dann statt, wenn auch medizinische bzw. subjektiv erlebte Indikationen zunehmen. Solche Situationen können in jedem Lebensalter eintreten und die Anzahl der Personen, die Erfahrungen damit haben, nimmt daher mit steigendem Alter kontinuierlich zu. Zusätzlich zur Lebenszeitprävalenz nimmt auch der Anteil jener, die im letzten Monat täglich Schlaf- und Beruhigungstabletten einnahmen mit zunehmendem Alter zu (vgl. Abbildung 7.3).

Abbildung 7.3:
Lebenszeitprävalenz und täglicher Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln im Altersverlauf



Quelle: GPS 2015 (Variablen m1 bis m6, sd2); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

8 Cannabiskonsum

Cannabis ist die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge in Österreich. Aus einer gesundheitspolitischen Perspektive macht es Sinn, dabei zwischen **risikoreichem Konsum**³¹, Konsummustern ohne körperliche, psychische oder soziale Probleme und reinem Probierkonsum zu unterscheiden.

Während Bevölkerungsbefragungen ein geeignetes Mittel sind, um grob abzuschätzen, wie viele Menschen über Konsumerfahrungen mit Cannabis verfügen (Lebenszeitprävalenz) und wie viele aktuell Cannabis konsumieren (Letztmonatsprävalenz), kann man die vergleichsweise kleine Gruppe jener, die risikoreich konsumieren, weit besser über Daten aus dem Gesundheitsversorgungssystem abschätzen. Diesen Behandlungsdaten zufolge ist behandlungsbedürftiger Cannabiskonsum die **zahlenmäßig zweitgrößte relevante Gruppe**³² und beträgt rund 10 Prozent aller Personen im Sucht-Behandlungsbereich (das entspricht pro Jahr etwa 2.000 Personen bzw. 0,03 % der Bevölkerung ab 15 Jahren) (Busch et al. 2015).

8.1 Prävalenz des Cannabiskonsums

Laut GPS 2015 hat jede/r fünfte Befragte nach eigenen Angaben zumindest einmal im Leben Cannabis konsumiert (Lebenszeitprävalenz). Da ältere Personen Cannabiserfahrung in Interviews häufig nicht wahrheitsgemäß angeben, ist anzunehmen, dass dieser empirische Rohwert eine Unterschätzung darstellt und tatsächlich **ein Drittel bis die Hälfte** der Österreicher/innen bereits einmal Cannabis konsumiert hat.³³

Für die meisten Personen mit Cannabis-Erfahrung liegt diese Erfahrung aber zumindest ein Jahr oder länger zurück: Nur **fünf Prozent** der Befragten geben an, in den letzten 12 Monaten Cannabis

31

Unter risikoreichem Konsum versteht die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) einen wiederholten Drogenkonsum, der Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Problem) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt (Tanki/Vicente 2013).

32

Die größte Gruppe sind Personen mit risikoreichem Opioidkonsum inklusive polytoxikomane Konsummuster.

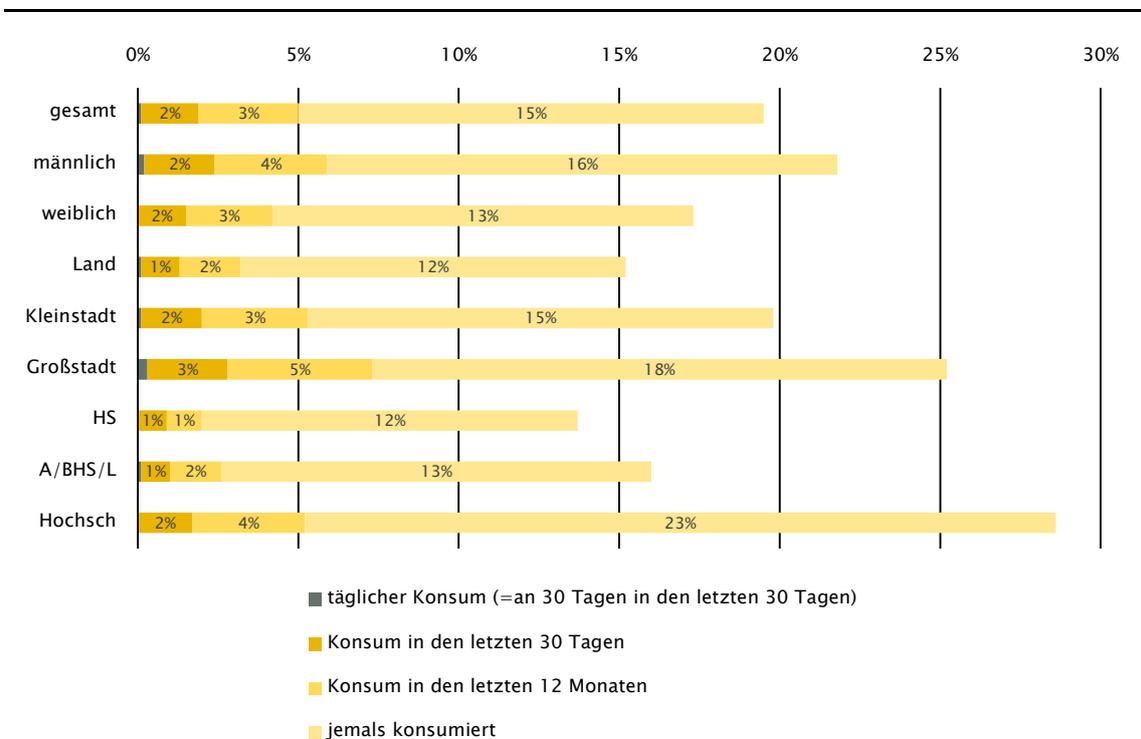
33

Dieser Schätzwert basiert darauf, dass die Angaben von 20- bis 30-Jährigen bei Erhebungen seit Jahrzehnten konstant zwischen 30 und 35 Prozent liegen und diese Personen eher wahrheitsgemäß antworten als Personen, die in einem höheren Alter zu ihren Cannabiserfahrungen gefragt werden. Da dieser Anteil an cannabiserfahrenen Personen mit zunehmendem Alter nicht kleiner werden kann (sondern durch eine geringe Anzahl an „Späteinsteigern“ bzw. „Späteinsteigerinnen“ tendenziell nur größer werden kann) und auch junge Menschen zu einem gewissen Teil Konsumerfahrungen leugnen, ist anzunehmen, dass auch der Anteil an cannabiserfahrenen Personen im Alter zwischen 20 und 30 Jahren die Untergrenze für die Schätzung des Anteils in der Gesamtbevölkerung darstellt.

konsumiert zu haben (Letztjahresprävalenz), **zwei Prozent** in den letzten 30 Tagen (Letztmonatsprävalenz). Täglicher Cannabiskonsum über die letzten 30 Tage liegt in einem niedrigen Pro-mille-Bereich. Männer berichten generell etwas häufiger von Cannabiskonsum-Erfahrungen als Frauen (vgl. Abbildung 8.1).

Deutlicher fallen hingegen Unterschiede hinsichtlich der Dimensionen „Bildung“ und „Urbanitätsgrad“ aus: Personen mit **höheren Bildungsabschlüssen** sowie Personen aus **Großstädten** (mindestens 200.000 Einwohner/innen) berichten deutlich häufiger von Erfahrungen mit Cannabis als Personen mit mittleren bzw. niedrigen Bildungsabschlüssen und Personen aus ländlichen Regionen.

Abbildung 8.1:
Cannabis-Prävalenz nach Geschlecht, Urbanitätsgrad und Bildung



Land = Dorf oder kleine Ortschaft; Kleinstadt = Stadt mit bis zu 200.000 EW; Großstadt = Stadt mit mehr als 200.000 EW; HS = Abschluss der Sekundarstufe I; A/BHS/L = Abschluss der Sekundarstufe II; Hochsch = tertiärer Bildungsabschluss

Quelle: GPS 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG, Variablen c1 bis c5, sd1 sd8 und sd9

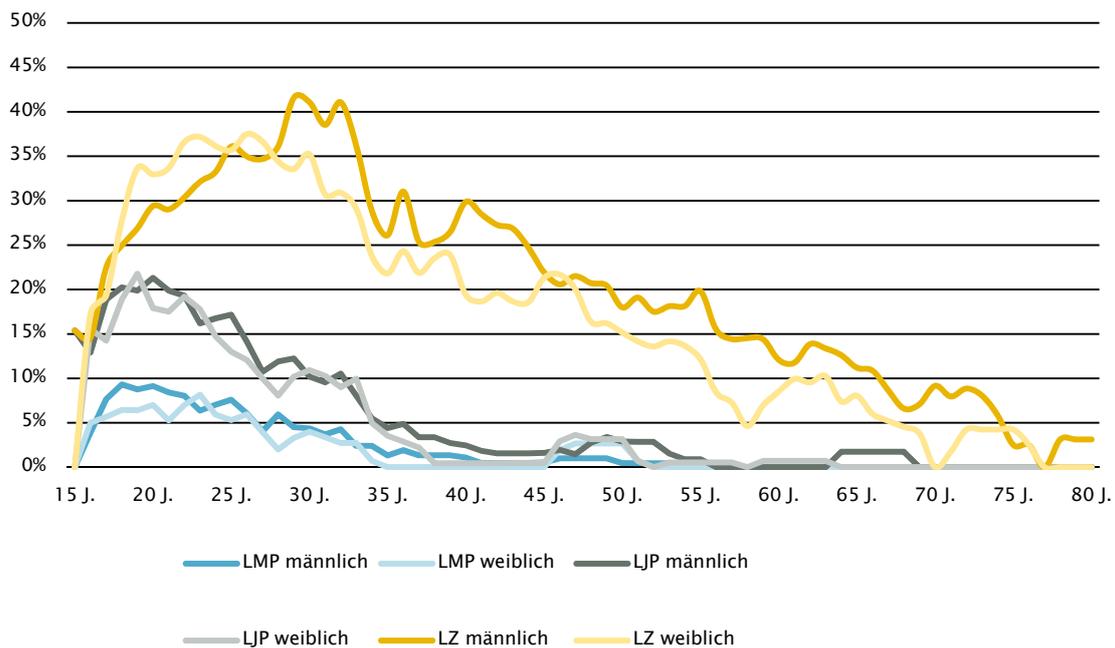
Die Auswertungen von Lebenszeit-, Letztjahres und Letztmonatsprävalenz nach Alter (vgl. Abbildung 8.2) zeigt, dass der Cannabis-Konsum bei Personen Anfang 20 am weitesten verbreitet ist: Knapp ein Fünftel der Befragten in diesem Alter berichtet von Cannabiskonsum innerhalb des letzten Jahres und der Anteil jener, die Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen angeben, liegt zwischen **fünf und zehn Prozent**.

out“ des Cannabiskonsums bei einer gleichzeitigen Zunahme von familiären und beruflichen Verpflichtungen beschreiben (Labouvie 1996).

Der Anteil an Personen mit Cannabiserfahrung steigt hingegen noch bis Anfang (bei Frauen) bzw. bis Mitte (bei Männern) der dritten Lebensdekade an, was nahelegt, dass auch zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr noch eine gewisse Anzahl an Personen erste Erfahrungen mit Cannabis machen (Abbildung 8.2).

Der massive Rückgang der Anzahl an Personen, die Cannabiserfahrungen angeben, ist damit zu erklären, dass veränderte Lebensumstände (Zuwachs an Verantwortung durch Erwerbstätigkeit und Familie) zu einer **veränderten Bereitschaft** führen, Fragen zu illegalem Verhalten in einem Interviewsetting wahrheitsgemäß zu beantworten. Das kann man aus dem Umstand ableiten, dass die Anzahl der Cannabiserfahrenen zwischen dem 15. und dem 30. Lebensjahr bei früheren Repräsentativerhebungen ähnlich hoch war (Maritsch et al. 1985; Uhl et al. 2005) wie bei der aktuellen Befragung und dass eine Person, die einmal Cannabis konsumiert hat, nicht wieder „Cannabis-jungfräulich“ werden kann.

Abbildung 8.2:
Cannabisprävalenz im Altersverlauf



LMP = Letztmonatsprävalenz; LJP= Letztjahresprävalenz; LZ = Lebenszeitprävalenz;
berechnet auf Basis von Einzeljahren, interpoliert über 5-Jahresschritte, Linie optisch geglättet

Quelle: GPS 2015 (Variablen c1 bis c4); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

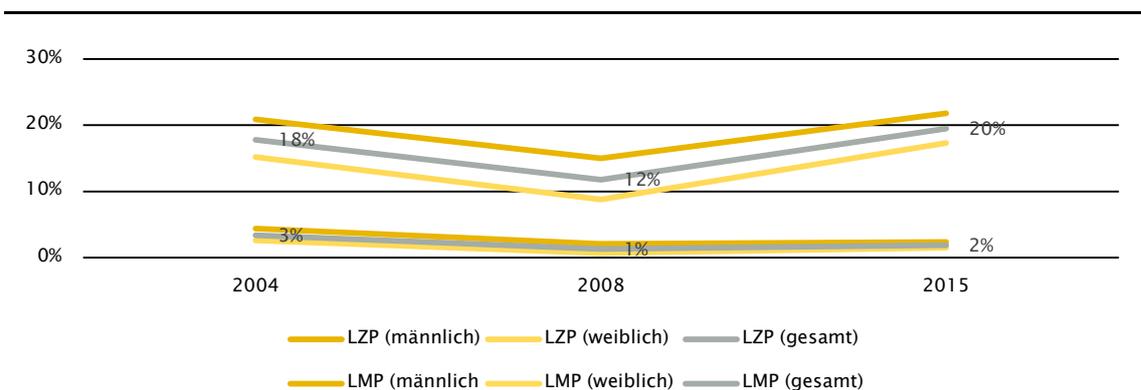
Unter der Annahme einer allgemeinen Dunkelziffer aufgrund fehlender Bereitschaft, Cannabiskonsum in einer Interviewsituation zuzugeben, sowie der Annahme, dass speziell ältere Altersgruppen seltener Cannabiserfahrungen wahrheitsgemäß berichten, kann man zusammenfassend grob schätzen, dass zwischen einem **Drittel und der Hälfte der Bevölkerung** über Erfahrungen mit Cannabis verfügen. Bei einem Großteil dieser Personen ist der Konsum aber lediglich eine vorübergehende Probiererfahrung.

8.2 Cannabisprävalenz im Zeitvergleich

Daten aus dem GPS des Jahres 2008 haben einen deutlichen Rückgang des Cannabiskonsums im Vergleich zum Jahr 2004 angedeutet. Dieses Ergebnis stand im Widerspruch einerseits zu Ergebnissen aus anderen regelmäßig durchgeführten Studien (Wiener Suchtmittelstudie, zitiert nach Weigl et al. 2015), die einen kontinuierlichen Anstieg des Konsums feststellten, und andererseits dem Umstand, dass in vier Jahren nur ein relativ geringer Rückgang der Lebenszeitprävalenz möglich ist. Es handelt sich somit bei diesem Rückgang eindeutig um ein Erhebungsartefakt (Weigl et al. 2015). Eine mögliche Erklärung für unerklärbare hohe Veränderungen der Lebenszeit-Prävalenz ist eine veränderte Antwortbereitschaft, etwa durch eine zunehmende Problematisierung des Cannabisgebrauchs.

Von größerer Relevanz für die Beurteilung der aktuellen Situation ist die Anzahl der aktuellen Konsumenten bzw. Konsumentinnen (Abbildung 8.3). Der Konsum im letzten Monat (Letztmonatsprävalenz) ist laut GPS-Daten zwischen 2004 und 2015 von 3 auf 2 Prozent gesunken. Da die (nur geringfügig veränderbare) Lebenszeitprävalenz in den Jahren 2004 und 2015 vergleichbar ist, kann man ableiten, dass die Antwortbereitschaft in Bezug auf Cannabiserfahrungen zu diesen beiden Zeitpunkten ähnlich ausgeprägt war – und damit indirekt, dass man den beobachtbaren Veränderungen in Bezug auf die Letztmonatsprävalenz auch trauen kann.

Abbildung 8.3:
Entwicklung der Cannabisprävalenz zwischen 2004 und 2015 nach Geschlecht

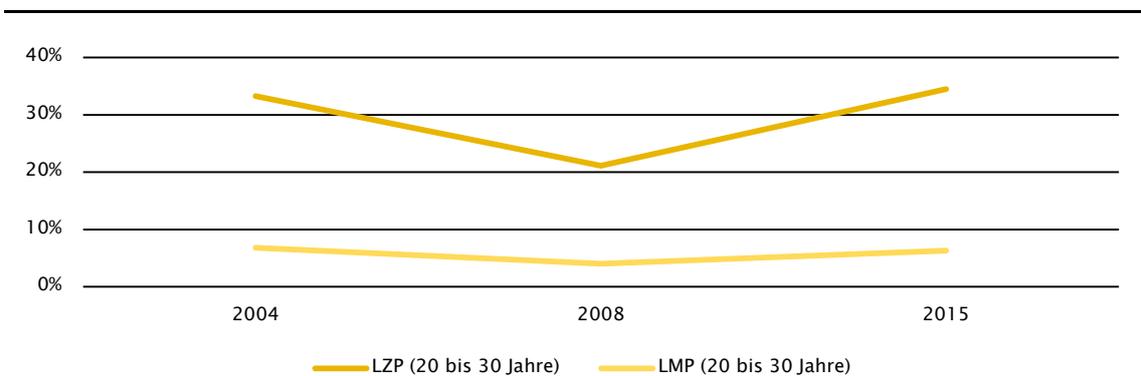


Legende: LZT = Lebenszeitprävalenz, LMP = Letztmonatsprävalenz

Quellen: GPS 2015 (Variablen c1 bis c4) bzw. Uhl et al. (2005), Uhl et al. (2009b)
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG, Variablen c1 bis c5

Die Prävalenz des Cannabiskonsums in der Altersgruppen der 20- bis 30-Jährigen wurde im Kapitel zuvor als zentraler Indikator für den Anteil an cannabiserfahrenen Personen beschrieben. Im Zeitverlauf (vgl. Abbildung 8.4) zeigt sich auch für diese Altersgruppe ein Einbruch der Lebenszeitprävalenz im Erhebungsjahr 2008. Nachdem dieser Einbruch für die Gesamtstichprobe unmöglich tatsächlich stattgefunden haben kann, sondern vielmehr eine geänderte Antwortbereitschaft widerspiegelt, ergibt sich für eine Trendbeschreibung zusammenfassend das Ergebnis, dass sich der Anteil der Personen mit Cannabiserfahrung in Österreich konstant zwischen einem Drittel und der Hälfte der erwachsenen Bevölkerung bewegt.

Abbildung 8.4:
Entwicklung der Cannabisprävalenz zwischen 2004 und 2015 (20- bis 30-Jährige)



Legende: LZT = Lebenszeitprävalenz, LMP = Letztmonatsprävalenz

Quellen: GPS 2015 (Variablen c1 bis c4) bzw. Uhl et al. (2005), Uhl et al. (2009b)
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG, Variablen c1 bis c5

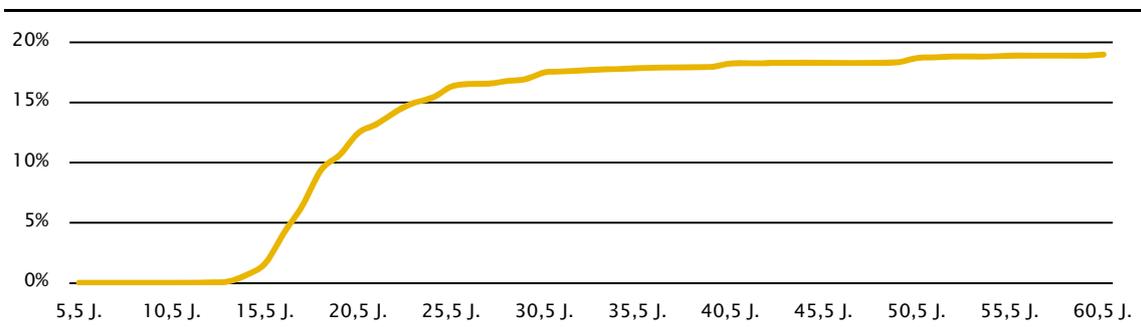
8.3 Erste Konsumerfahrungen mit Cannabis

Erste Konsumerfahrungen mit Cannabis werden zumeist im Alter zwischen **15 und 25 Jahren** gesammelt (erkennbar am steilen Kurvenverlauf). Nur wenige Personen, die jemals in ihrem Leben Cannabis konsumieren, machen erste Konsumerfahrungen nach dem 30. Geburtstag.

Mit 15,5 Jahren haben zwischen ein und zwei Prozent aller Befragten nach eigenen Angaben Erfahrungen mit Cannabis gemacht. Bis 20,5 Jahre steigt dieser Anteil auf 12,5 Prozent an und bis 25,5 Jahre haben ca. 16 Prozent Erfahrung mit Cannabis gemacht. Danach ist nur noch eine leichte Zunahme an Personen mit Cannabiserfahrung zu verzeichnen.

Abbildung 8.5:

In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal Cannabis konsumiert?



Quelle: GPS 2015 (Variable C_2); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

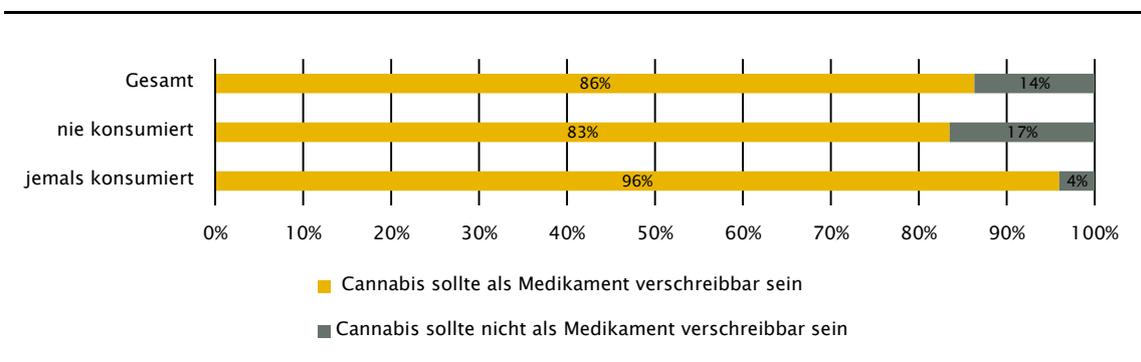
8.4 Einstellungen zur Abgabe von Cannabis

Neben Fragen über eigene Konsumerfahrungen wurden zwei Fragen gestellt, die Einstellungen zu zwei unterschiedlichen Formen der Cannabis-Abgabe betreffen: einerseits die **medizinisch indizierte Abgabe** (Grotenhermen/Müller-Vahl 2016) – z. B. zur Schmerztherapie bei Personen mit multipler Sklerose oder zur Linderung der Nebenwirkungen bei Chemotherapie – und andererseits die Abgabe zum nicht medizinisch indizierten **Freizeitkonsum**.

Die medizinisch indizierte Abgabe von Cannabis erfährt eine **eindeutige Zustimmung** seitens der Befragten: fünf von sechs Personen (86 %) sprechen sich dafür aus, dass in solchen Fällen Cannabis als Medikament verschreibbar sein sollte. Der Anteil an Zustimmung ist unter Personen, die bereits mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert haben, nochmals höher als unter Personen, die noch nie Cannabis konsumiert haben. Insgesamt ist diese Unterscheidung aber zu vernachlässigen und überwiegt die Aussage einer starken Zustimmung zur medizinischen Abgabe von Cannabis **unabhängig von der eigenen Konsumerfahrung**.

Abbildung 8.6:

Bewertung der medizinischen Abgabe von Cannabis nach eigener Konsumerfahrung



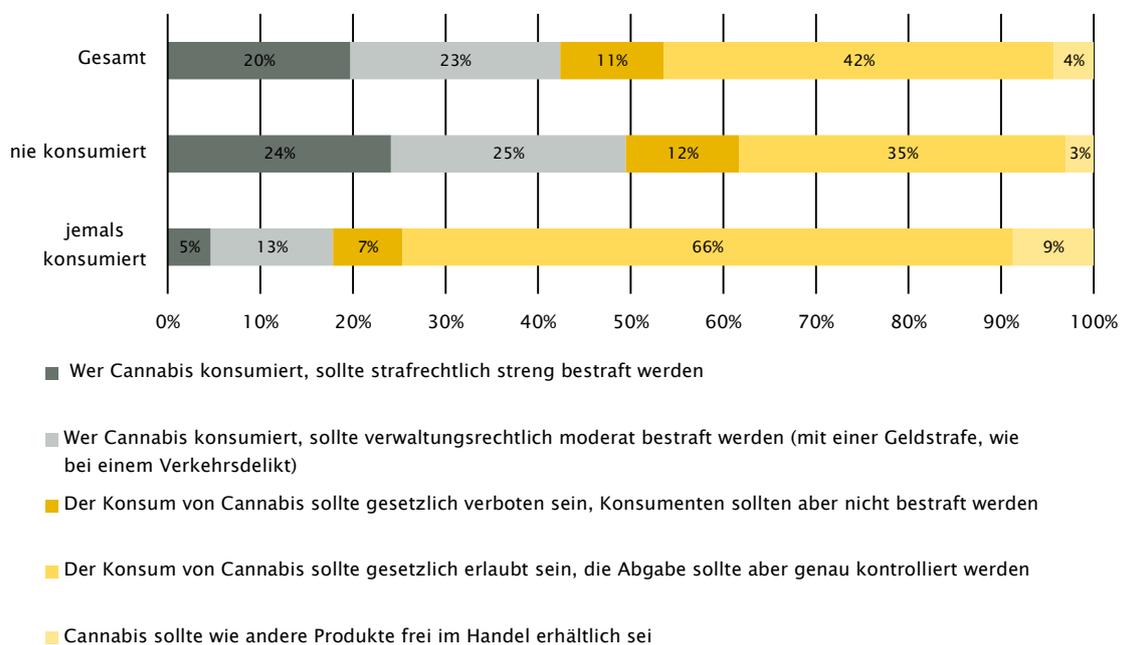
Quelle: GPS 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG, Variablen c1 & can1

Wesentlich deutlichere Unterschiede gibt es zwischen cannabiserfahrenen Personen und Personen ohne Konsumerfahrung in Bezug auf nicht medizinisch indizierten Freizeitkonsum, wobei erstere eine wesentlich liberalere Position vertreten.

Insgesamt erhält die Position „Cannabis sollte gesetzlich erlaubt sein, die Abgabe aber genau kontrolliert werden (Jugendschutz, Qualitätssicherung, Werbeverbot und ähnliches)“ mit 42 Prozent aller Befragten die meiste Zustimmung. Von den Personen mit Konsumerfahrung stimmen sogar zwei Drittel dieser Aussage zu, von den Personen ohne Konsumerfahrung nur 35 Prozent. Straffreiheit für Cannabiskonsumenten bzw. Cannabiskonsumentinnen (die letzten drei Positionen zusammengefasst) fordern 57 Prozent der Befragten (82 % der Cannabiserfahrenen und 50 % der Cannabisunerfahrenen. Für eine strenge strafrechtliche Verfolgung von Cannabiskonsumenten/-konsumentinnen treten nur 20 Prozent der Befragten ein. Für verwaltungsrechtliche Geldstrafen für Cannabiskonsumenten/-konsumentinnen – analog zu Verkehrsdelikten – treten weitere 23 Prozent ein.

Damit gibt es insgesamt eine klare Mehrheit von 57 Prozent für Straffreiheit für **nicht-medizinisch indizierten Cannabiskonsum** und eine Minderheit von 43 Prozent, die weiterhin für mehr oder weniger strenge Strafen für Cannabiskonsumenten/-konsumentinnen eintritt.

Abbildung 8.7:
Bewertung der generellen Abgabe von Cannabis nach eigener Konsumerfahrung



Quelle: GPS 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG, Variablen c1 & can2

9 Anderer psychoaktive Substanzen

Als „andere psychoaktive Stoffe“ gelten in diesem Kapitel alle noch nicht besprochenen psychoaktiven Substanzen, also illegale Drogen (außer Cannabis), Schnüffelstoffe und neue psychoaktive Substanzen (NPS).

Der Konsum der meisten illegalen Drogen innerhalb der letzten 12 Monate (Letztjahresprävalenz) oder gar innerhalb der letzten 30 Tage (Letztmonatsprävalenz) kommt – aus statistischer Perspektive – so selten vor, dass sein Ausmaß mit Bevölkerungsbefragungen nicht sinnvoll erhebbar ist.³⁴ Aus diesem Grund werden für diese Substanzen **ausschließlich Lebenszeitprävalenzen** dargestellt – auch wenn uns natürlich bewusst ist, dass Lebenszeitprävalenzen keine geeigneten Indikatoren sind, um risikoreichen Konsum bzw. relevante Probleme in diesem Zusammenhang adäquat zu erfassen.

Die wichtigsten Datenquellen zur Erfassung risikoreichen und pathologischen Konsums dieser Drogen sind **Behandlungsdaten** im Rahmen des Drogenmonitorings: Bei etwa 85 Prozent aller in drogenspezifischen Einrichtungen behandelten Personen steht Opioidkonsum (meist in Rahmen polytoxikomaner Konsummuster) im Mittelpunkt. Diese Personengruppe entspricht etwa zwei Dritteln der geschätzten 28.000 bis 29.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum in Österreich. Aktuelle Daten aus dem Drogenmonitoring weisen auf einen Rückgang des risikoreichen Opioidkonsums in der jüngsten Altersgruppen (15– bis 24-Jährige) hin. Darüber hinaus zeigt sich, dass es gelingt, immer mehr Opioidabhängige zur Substitutionsbehandlung zu motivieren (Steigerung der In-Treatment-Rate) (Busch et al. 2015).

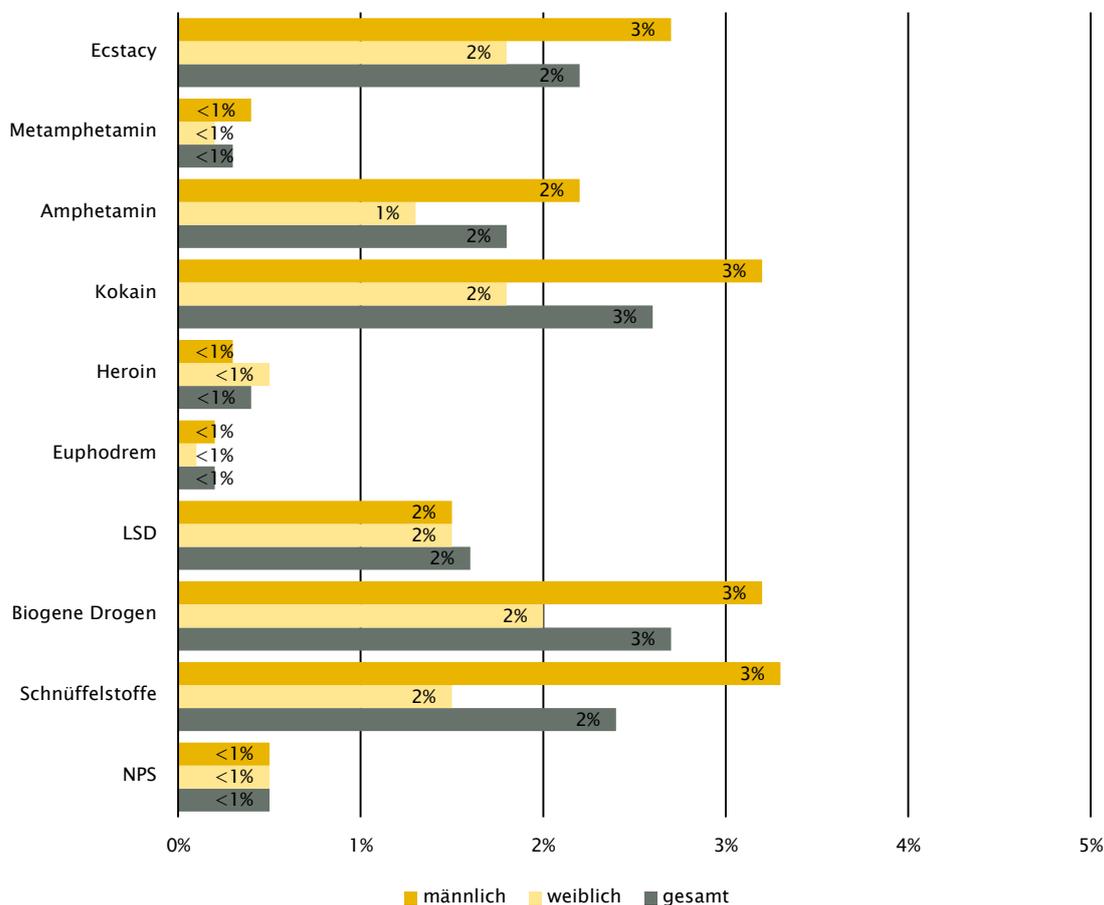
9.1 Lebenszeitprävalenz der Erfahrung mit „anderen psychoaktiven Substanzen“

Auch bei niedrigen Prävalenzraten ist die Versuchung groß, relative Veränderungen im Komma-bereich inhaltlich zu interpretieren, was angesichts der in Kapitel 4.1 beschriebenen Limitationen kaum angebracht ist. Um keine ungerechtfertigte Präzision zu suggerieren, wurden die Prozentangaben auf ganze Prozentwerte gerundet und ist es ratsam, die folgenden Ergebnisse als **ungefähre Schätzwerte** zu begreifen. Als Indiz dafür, dass das Ausmaß an absurde Angaben eher gering ist, kann hingegen der Umstand gewertet werden, dass nur 0,2 Prozent der Befragten angeben, jemals die fiktive Droge „Euphorem“ konsumiert zu haben..

34

Dazu kommt, dass problematische und süchtige Konsumenten/Konsumentinnen bei Bevölkerungsbefragungen stark unterrepräsentiert sind und falls sie erfasst werden, fremden Interviewern/Interviewerinnen gegenüber ihren Konsum in der Regel nicht offen zugeben.

Abbildung 9.1:
Lebenszeitprävalenz unterschiedlicher illegaler Substanzen nach Geschlecht



Quelle: GPS 2015 (c1, e1, a1, met1, k1, h1,lsd1, bio1, sd1); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In Sinne der genannten Einschränkungen können die folgenden Aussagen über den **Konsum von anderen psychoaktiven Substanzen** getroffen werden:

- » Zwischen zwei und drei Prozent der Befragten geben an, irgendwann in ihrem Leben biogene Drogen, Kokain, Ecstasy oder Schnüffelstoffe konsumiert zu haben.
- » Ein bis zwei Prozent der Befragten haben nach eigenen Angaben schon einmal Amphetamin oder LSD probiert.
- » Weniger als ein Prozent der Befragten geben an, schon mindestens einmal Heroin, Metamphetamin (Crystal Meth) oder Neue Psychoaktive Substanzen (NPS)³⁵ probiert zu haben.

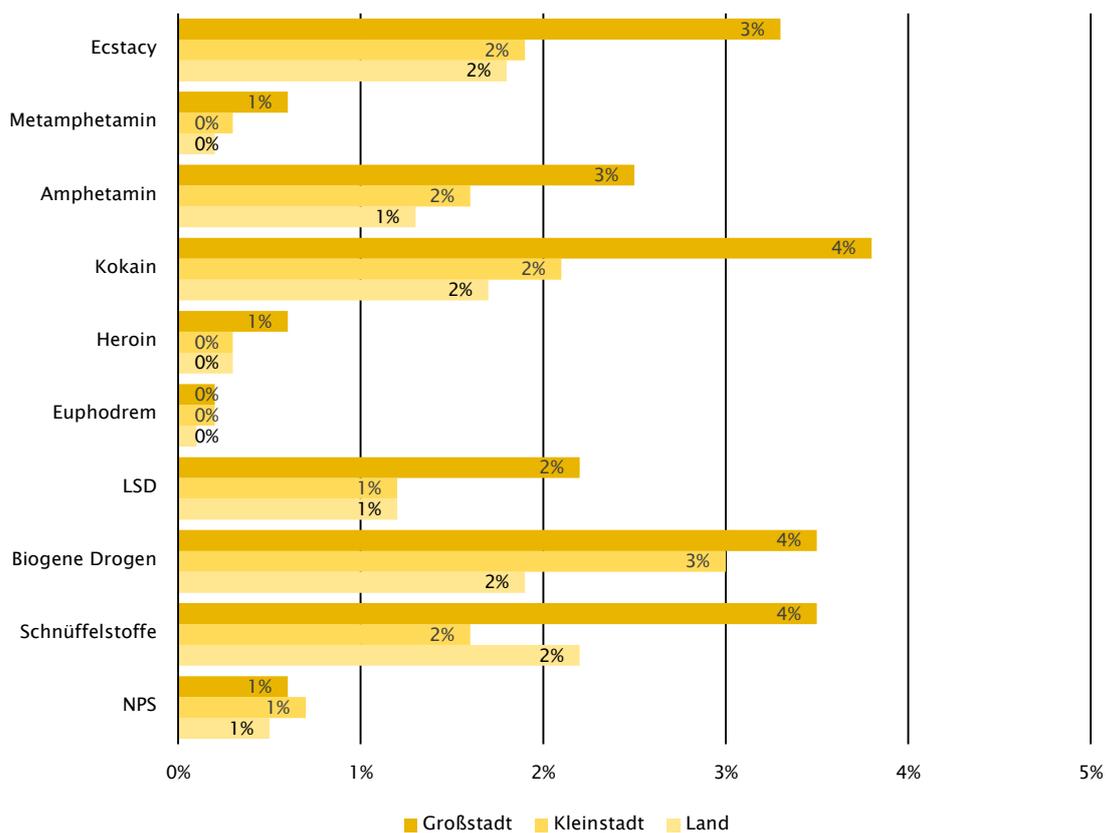
35

Da das Angebot an NPS einem stetigen Wandel unterworfen ist, wurden Personen mit Konsumerfahrung zusätzlich gefragt, welche Art von Substanz konsumiert wurde. Die Rückmeldungen dazu sind allerdings wenig ergiebig, da viele (ehemalige)

Geschlechterunterschiede sind ausschließlich bei jenen Substanzen zu beobachten, die in einem Prävalenz-Bereich von etwa zwei Prozent oder mehr liegen: Männliche Befragten geben häufiger an, dass sie mindestens schon einmal Amphetamin, Ecstasy, Kokain, biogene Drogen und Schnüffelstoffe konsumiert haben. Bei allen anderen Substanzen sind keine Geschlechterunterschiede zu beobachten.

Deutliche Unterschiede zeigen sich zwischen **urbanen und ruralen Gebieten**: Personen, die in Großstädten wohnen (in Städten mit mehr als 200.000 Einwohnern/Einwohnerinnen), berichten deutlich häufiger von Konsumerfahrungen als Personen, die in einem kleinstädtischen Bereich (Orte bis 200.000 Einwohner/innen) oder in einem ländlichen bzw. dörflichen Umfeld leben (vgl. Abbildung 9.2).

Abbildung 9.2:
Lebenszeitprävalenz für unterschiedliche illegale Substanzen, nach Urbanitätsgrad des Wohnorts



Quelle: GPS 2015 (c1, e1, a1, met1, k1, h1, lsd1, bio1, sd8); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

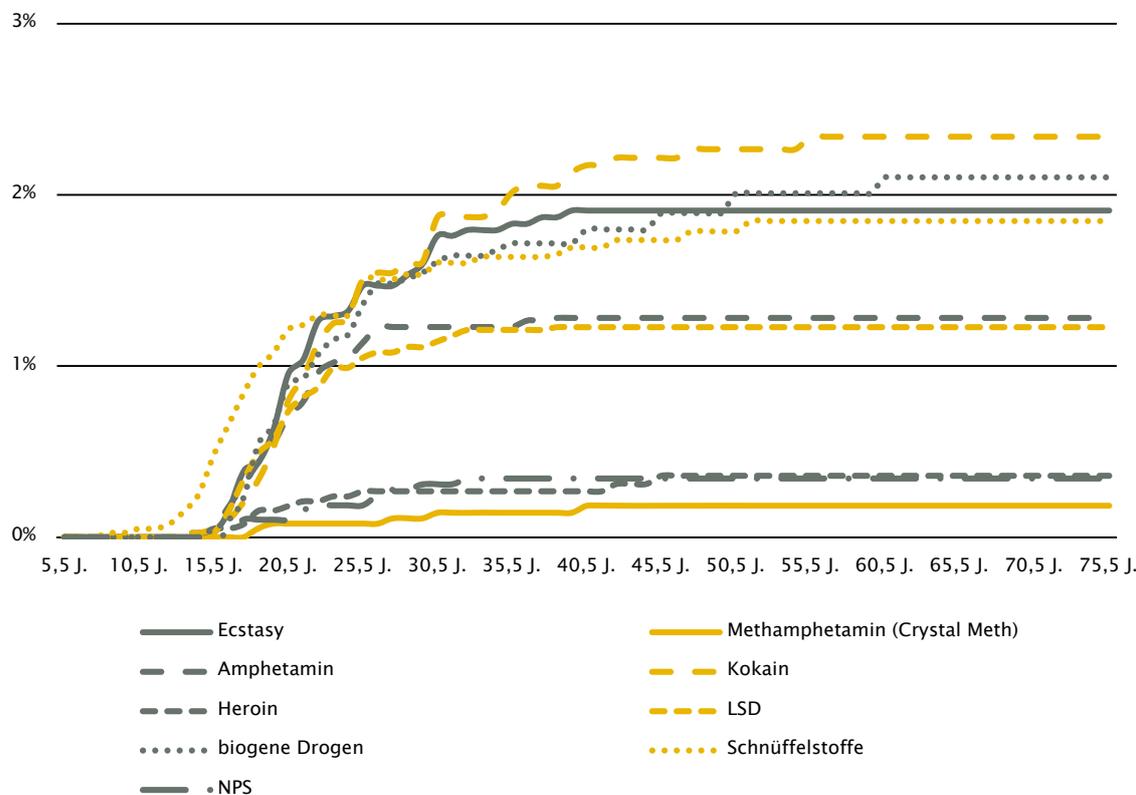
Konsumenten/Konsumentinnen sich nicht an den spezifischen Produktnamen erinnern können bzw. nur sehr allgemein mit „Kräutermischung“ geantwortet haben. In den wenigen konkreten Rückmeldungen werden die Namen „Spice“ (Kräutermischung vermischt mit synthetischen Cannabinoiden), 2-CB (Halluzinogen) und MCC (=Mephedron, Stimulans) genannt.

9.2 Erste Konsumerfahrungen mit „anderen psychoaktiven Substanzen“

In der Suchtforschung ist es üblich, den Zeitpunkt der ersten Konsumerfahrung mit „Einstiegsalter“ zu bezeichnen. Wir weichen von dieser Konvention bewusst ab, da man eigentlich nur dann von „Einstiegsalter“ sprechen kann, wenn auf den ersten Konsum eine längere Phase des regelmäßigen Konsums folgt. Selbst bei Alkohol und Nikotin – wo dies am häufigsten der Fall ist – kann durchaus ein längerer Zeitabstand zwischen ersten Konsumerfahrungen und einem regelmäßigen Konsum bestehen. Da bei den hier abgehandelten psychoaktiven Substanzen reiner Probier- oder Experimentierkonsum weit häufiger vorkommen als der Einstieg in regelmäßigen Konsum, ist die Bezeichnung **„erste Konsumerfahrung“** treffender als „Einstiegsalter“.

Die meisten Personen, die Erfahrung mit „anderen psychoaktiven Substanzen“ berichten, haben erste Konsumerfahrungen zwischen dem 15. und dem 25. Lebensjahr gemacht. Zwar machen etliche Personen erste Konsumerfahrungen erst später, die Wahrscheinlichkeit dafür nimmt aber mit zunehmendem Alter ab. Damit scheint es, dass „andere psychoaktive Substanzen“ im Vergleich zu Cannabis nicht nur seltener konsumiert werden, sondern dass erste Erfahrungen damit meist auch erst später gemacht werden (Abbildung 9.3). Nur bei Schnüffelfstoffen erfolgt der Einstieg durchschnittlich deutlich früher als bei illegalen psychoaktiven Substanzen, was angesichts der leichteren Verfügbarkeit – die Kategorie Schnüffelfstoffe beinhaltet in erster Linie legal erhältliche Substanzen wie Klebstoff und Benzin – durchaus plausibel erscheint.

Abbildung 9.3:
Einstiegskurven für unterschiedliche psychoaktive Substanzen

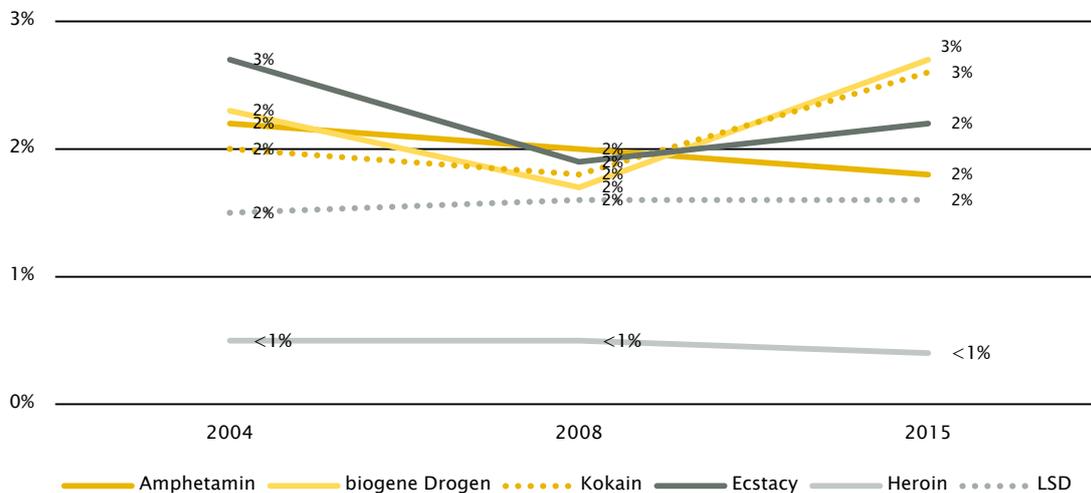


Quelle: GPS 2015 (Variablen e2, ma2, a2, k2, h2, lsd2, bio2, sch2, nps2); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

9.3 Lebenszeitprävalenz für illegale Substanzen im Zeitverlauf

Betrachtet man die Veränderungen in der berichteten Lebenszeitprävalenz über die drei GPS-Erhebungen 2004, 2008 und 2015, so gewinnt man den Eindruck, dass die Lebenszeitprävalenz bei der zweiten Erhebung (2008) für die meisten Substanzen (z. B. Kokain, Ecstasy, biogene Drogen) niedriger war als bei der ersten und der dritten Erhebung (2004 bzw. 2015). Hier muss man allerdings bedenken, dass ein Absinken und Ansteigen um einen Prozentpunkt, auch wenn das bei relativer Betrachtung viel erscheint, wenig aussagekräftig ist. Dazu kommt das Argument, dass die Lebenszeitprävalenz in der Gesamtbevölkerung über einen Zeitraum von vier Jahren nicht erheblich sinken kann, weil Erfahrungen, die einmal gemacht wurden, nicht mehr verschwinden können und die Bevölkerungsdynamik nur geringfügige Veränderungen nach unten verursachen kann. Die naheliegendste Interpretation der in Abbildung 9.4 ersichtlichen Daten ist daher, dass sich von 2004 bis 2015 nur wenig verändert hat.

Abbildung 9.4:
Lebenszeitprävalenz illegaler Substanzen im Zeitverlauf



Quellen: GPS 2015 (Variablen c1 bis c4, bio1 bis bio4, k1 bis k4, e1 bis e4, h1 bis h4 lsd1 bis lsd4) bzw. Uhl et al. (2005), Uhl et al. (2009b); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG, Variablen c1 bis c5

9.4 Online-Erwerb von illegalen Substanzen

Der steigende Einfluss von Internettechnologien beeinflusst auch den Handel mit Drogen, indem virtuelle Märkte die früher sehr manifesten Grenzen eines realen Straßenmarktes deutlich erweitern. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei dem sogenannten **Dark Web**, also Bereichen des Internets, die durch Verschlüsselungstechnologien erhöhte Anonymität garantieren. Teil der Diskussion über Online-Märkte ist auch ihr Potenzial als **schadensminimierende Maßnahme**, da Reputationssysteme, der Austausch mit anderen Konsumenten/Konsumentinnen und die Vermeidung von Kontakten mit Drogenmärkten auf der Straße den Erwerb von illegalen Substanzen nicht nur leichter, sondern auch sicherer machen (Mounteney et al. 2015)

Der Handel mit illegalen Drogen im Internet stellt jedenfalls eine relativ neue Entwicklung dar, welche Behörden, aber auch Konsumierende, Käufer/innen, politische Entscheidungsträger/innen und Präventionsfachkräfte vor neue Aufgaben stellt; ein Umstand, der in Österreich im Rahmen von unterschiedlichen Projekten (JICDT³⁶, VIDRO³⁷) thematisiert wird (BMI 2015; VICESSE 2016).

36

Joint investigation to combat drug trafficking via the virtual market (darknet) within and also into the EU

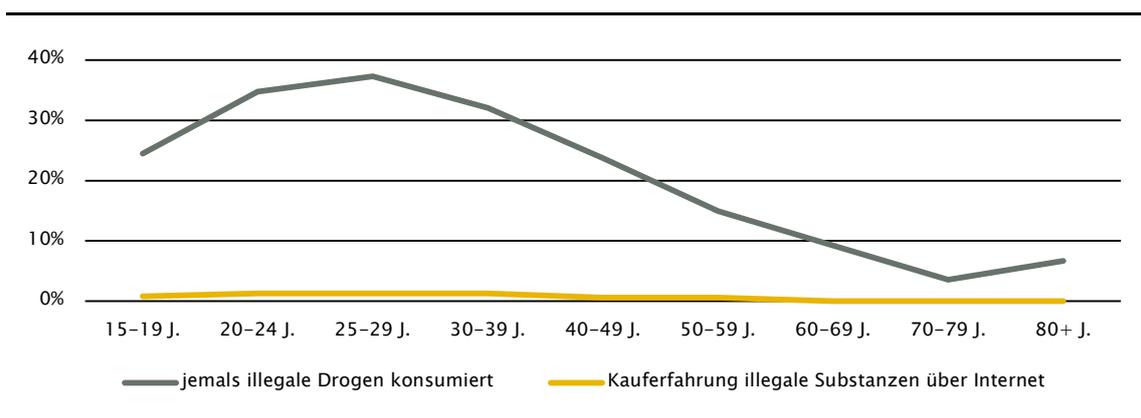
37

Virtueller Drogenhandel

Im Rahmen des GPS 2015 wurde erstmals im Rahmen einer Bevölkerungsbefragung erhoben, ob Personen jemals illegale psychoaktive Substanzen (inklusive Neue Psychoaktive Substanzen bzw. verschreibungspflichtige Medikamente) über das Internet bezogen haben. Insgesamt wurde diese Frage von über 99 Prozent der Befragten verneint. Nur 28 von 4.014 Personen (= **0,6 %**) berichten von solchen **Kauferfahrungen**. Auf die offene Frage nach der Art der Substanz werden am häufigsten Substanzen aus dem Bereich der biogenen Drogen (z. B. Magic Mushrooms), aus dem Bereich der NPS (Poppers, „Kräutermischungen“) sowie Cannabis genannt. Auf die ebenso offene Frage nach dem benutzten Portal werden einerseits Seiten aus dem allgemein zugänglichen Internet (z. B. Versandseiten aus dem Ausland) und teilweise Seiten aus dem „Dark Net“ (Zugang mittels Tor, Silkroad) genannt.

Welchen Stellenwert das Internet für den internationalen Drogenhandel derzeit hat, können wir aus der vorliegenden Studie natürlich nicht beantworten. Aus den Ergebnissen kann man allerdings ableiten, dass der Einkauf über das Internet auf der **Letztverbraucher-Ebene** nach wie vor keine große Rolle zu spielen scheint (vgl. Abbildung 9.5).

Abbildung 9.5:
Anteil Personen mit Konsumerfahrung mit illegalen Substanzen und Internet-Kauferfahrungen



Quelle: GPS 2015 (c1, e1, a1, met1, k1, h1, lsd1, bio1, bezug1); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

10 Glücksspiel und Sportwetten

Das Angebot von Glücksspiel wird in Österreich primär über das Glücksspielgesetz (GSpG) geregelt.³⁸ Mit Ausnahme sogenannter Landesausspielungen (früher auch kleines Glücksspiel genannt) obliegt die Regelung des Glücksspielangebots dem Bund. Sportwetten sind in Österreich nicht als Glücksspiel definiert und werden daher nicht über das Glücksspielgesetz geregelt (Puhm/Uhl in Arbeit). Dieser Umstand wurde mehrfach kritisiert, insbesondere da erfolgreich belegt werden konnte, dass Sportwetten mit Buchmacher- bzw. Festquotenwetten im Vergleich zu Totalisatorwetten³⁹ eine höhere Anziehungskraft auf problematische Spieler ausüben, damit ein höheres Gefährdungspotenzial besitzen und der wahrgenommene Kompetenzanteil (z. B. Fachwissen über bestimmte Sportarten) im Gegensatz zum wahrgenommenen Zufallsanteil von Teilnehmern/Teilnehmerinnen überschätzt wird (Meyer/Hayer 2005).

10.1 Prävalenz von Glücksspiel und Sportwetten

Im Gegensatz zu den bisherigen GPS-Erhebungswellen aus den Jahren 1996, 2004 und 2008 wurden diesmal auch Fragen zu Glücksspiel und Sportwetten inkludiert. Den Ergebnissen zufolge gibt nur etwa ein Viertel der Befragten (23 %) an, noch nie an Glücksspiel oder Sportwetten teilgenommen zu haben. Etwas mehr als die **Hälfte der Befragten** (56 %) gibt an, in den letzten 12 Monaten an Glücksspiel oder Sportwetten teilgenommen zu haben, und etwas **mehr als ein Drittel** (37 %) berichtet dies für die letzten 30 Tagen. Die tägliche Teilnahme an Glücksspiel oder Sportwetten wird in der Stichprobe kaum berichtet (0,4 %).

Männliche Befragte berichten für alle Zeitfenster (Lebenszeit, letzte 12 Monate, letzte 30 Tage) häufiger von der Teilnahme an Glücksspiel oder Sportwetten als weibliche Befragte (vgl. Abbildung 10.1). Hingegen zeigt sich kein relevanter Zusammenhang zwischen dem Ausbildungsgrad und der Teilnahme an Glücksspiel oder Sportwetten.

38

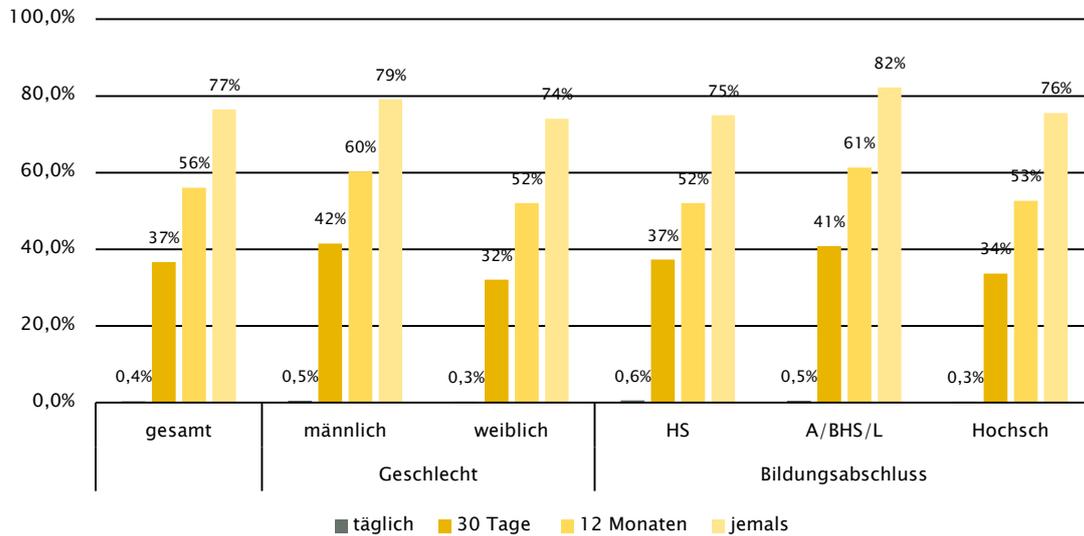
Zusätzliche Regelungen bestehen für Landesausspielungen auf Landesebene sowie in Form der Automatenglücksspielverordnung.

39

Bei Totalisatorenwetten (z. B. Lotto oder Toto) spielen die Wettteilnehmer/innen untereinander und nicht gegen einen Buchmacher bzw. fest Quoten. Der Gesamteinsatz aller Wettteilnehmer/innen wird abzüglich einer einbehaltenen Teilnahmegebühr unter den Teilnehmern/Teilnehmerinnen wieder ausgezahlt. Bei Buchmacher- bzw. Festquotenwetten spielen Wettteilnehmer gegen einen Buchmacher und auf Basis von fixierten Quoten.

Abbildung 10.1:

Prävalenz der Teilnahme an Glücksspielen oder Sportwetten, nach Geschlecht und Bildungsabschluss



Legende: HS = Hauptschule, A/BHS/L = AHS, BHS, BMS oder Lehre, Hochsch = Hochschule oder hochschulverwandter Abschluss

Quelle: GPS 2015 (Variablen Glü1 & Glü2); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zur Differenzierung unterschiedlicher Arten von Glücksspiel wurden all jene Personen, die in den letzten 30 Tagen an Glücksspiel teilgenommen haben (= aktive Spieler/innen), gefragt, für welche Art von Glücksspiel sie am meisten Geld ausgegeben haben (vgl. Tabelle 10.1): Unabhängig vom Geschlecht nennen drei Viertel der aktiven Spieler/innen (78,8 % bzw. 76,7 %) auf diese Frage Lotto. Rubbellose, Sportwetten, Casinospiele, Kartenspiele und Glücksspielautomaten folgen mit deutlichem Abstand, teilweise mit erheblichen Unterschieden zwischen den Geschlechtern: So werden Rubellose und Glücksspielautomaten häufiger von weiblichen Spielerinnen genannt, Sportwetten und Kartenspiele hingegen häufiger von männlichen Spielern.

Werden Lotto und Rubbellose zusammengefasst, geben **9 von 10 aktiven Spielern/Spielerinnen** das meiste Geld für jene Glücksspielformen aus, denen ein relativ geringes Suchtgefährdungspotenzial zugesprochen wird. Nur rund ein Prozent jener Befragten, die im letzten Monat gespielt haben, geben an, Automaten Spiele zu präferieren.

Tabelle 10.1:

Für welches Glücksspiel haben Sie in den letzten 30 Tagen am meisten Geld ausgegeben?

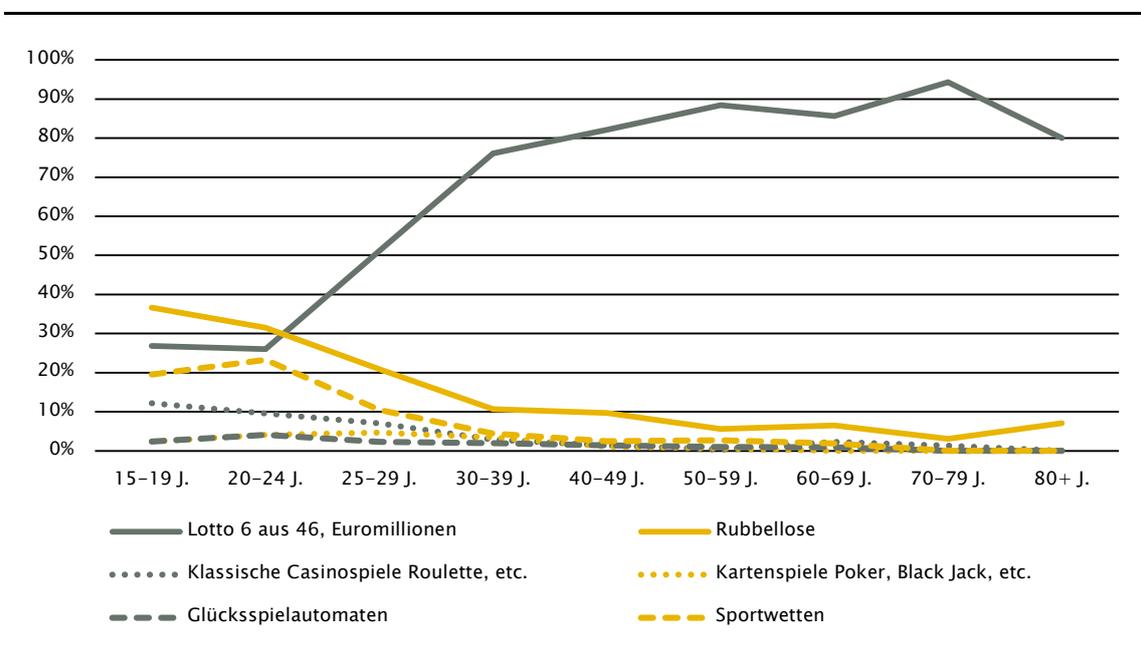
| | gesamt | männlich | weiblich |
|---|--------|----------|----------|
| Lotto 6 aus 46, Euromillionen | 77,9 % | 78,8 % | 76,7 % |
| Toto | 0,2 % | 0,4 % | 0,0 % |
| Rubbellose | 10,1 % | 6,3 % | 14,8 % |
| Klassische Casinospiele, Roulette etc. | 2,6 % | 2,6 % | 2,5 % |
| Kartenspiele wie Poker, Black Jack etc. | 1,4 % | 2,1 % | 0,6 % |
| Glücksspielautomaten | 1,3 % | 1,0 % | 1,6 % |
| Sportwetten | 4,5 % | 7,3 % | 0,9 % |
| andere | 2,0 % | 1,4 % | 2,8 % |
| gesamt | 1.433 | 794 | 640 |

Quelle: GPS 2015 (Variable Glü4, sd1); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Neben Geschlechterunterschieden zeigen sich zudem im Bezug auf **Altersgruppen** eindeutige Unterschiede in der Beliebtheit unterschiedlicher Glücksspiele: So sind in den beiden jüngsten Altersgruppen (15–19 Jahre und 20–24 Jahre) Rubbellose jenes Glücksspiel, für das am meisten Geld ausgegeben wird, dessen Beliebtheit aber ab der Altersgruppe der 25-Jährigen ebenso abnimmt wie die Beliebtheit aller anderen Glücksspiele mit Ausnahme von Lotto: Je älter die befragten Personen sind, desto größer ist der Anteil jener, die am meisten Geld für Lotto ausgeben (ab der Altersgruppe der 40-Jährigen konstant über 80 % des ausgegebenen Geldes).

Abbildung 10.2:

Für welches Glücksspiel haben Sie in den letzten 30 Tagen am meisten Geld ausgegeben?



Quelle: GPS 2015 (Variable Glü4); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Glücksspielautomaten werden häufig als Glücksspielart mit dem **höchsten Suchtgefährdungspotenzial** beschrieben (Meyer/Bachmann 2011). Eine der Gründe dafür liegt darin, dass durch die hohe Spielfrequenz bei Glücksspielautomaten – selbst bei geringen Einsätzen – in kurzer Zeit deutlich höhere Verluste möglich sind als etwa bei einer wöchentlichen Teilnahme an Lotto.

Im Rahmen des GPS 2015 wurden Befragungsteilnehmer/innen gebeten, ihr persönliches Saldo aus Verlusten und Gewinnen aus allen Glücksspiel-Teilnahmen in den letzten 30 Tagen anzugeben. In Tabelle 10.2 werden die angegebenen Gewinne bzw. Verluste der letzten 30 Tage ausgewiesen, wobei jeweils die beiden Quartile⁴⁰ und der Median⁴¹ dargestellt werden. Die höchsten Geldverluste werden von jenen berichtet, die an Glücksspielautomaten spielen: Ein Viertel der entsprechenden Personen hat in den letzten 30 Tagen an Glücksspielautomaten mehr als 231 Euro (unteres Quartil) verloren. Mit deutlichem Abstand folgen Rubbellose und Casinospiele, bei denen ein Viertel der entsprechenden Personen über die letzten 30 Tage jeweils mehr als 60 Euro verloren haben.

Unabhängig vom Spielangebot gibt mehr als die Hälfte der Befragten an, mehr verloren als gewonnen zu haben (Median), was angesichts des Umstandes, dass nur ein Teil der eingezahlten Gelder ausgeschüttet wird, auch nicht anders möglich ist. Mit Ausnahme von Lotto-Spielerinnen/-Spielern berichtet etwa ein Viertel der Spielteilnehmer/innen, kleine Gewinne zwischen 10 und 30 Euro in den letzten 30 Tage gemacht haben, wodurch das Gefühl aufrechterhalten werden kann, beim Glücksspiel auch gewinnen zu können.

Tabelle 10.2:
Verluste bzw. Gewinne über die letzten 30 Tage (in Euro) nach Art des bevorzugten Glücksspiels

| | Lotto 6 aus 46, Euro-millionen | Rubbellose | Casinospiele (z. B. Roulette) | Kartenspiele (z. B. Poker, Black Jack) | Glücksspielautomaten | Sportwetten | Insgesamt |
|---------------------|--------------------------------|------------|-------------------------------|--|----------------------|-------------|-----------|
| Quartil 25 | - 30 | - 60 | - 60 | - 35 | - 231 | - 26 | - 30 |
| Quartil 50 (Median) | - 15 | - 4 | - 20 | - 20 | - 23 | - 5 | - 14 |
| Quartil 75 | - 7 | + 20 | + 20 | + 30 | + 11 | + 10 | - 5 |
| N | 1.017 | 136 | 34 | 19 | 16 | 58 | 1.311 |

Anmerkung: Verluste werden mit einem negativen Vorzeichen dargestellt, Gewinne mit einem positiven Vorzeichen.

Quelle: GPS 2015 (Variable Glue3 & Glue4); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

40

Quartile sind hier jene Werte, bei denen 25 % der Personen mehr und 75 % der Personen weniger verloren bzw. gewonnen haben.

41

Der Median ist hier jener Wert, bei dem jeweils 50 % der Personen mehr und 50 % der Personen weniger verloren bzw. gewonnen haben.

Vergleichswerte zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie bietet eine Erhebung zum Glücksspielverhalten in Österreich, die im Jahr 2011 (Kalke et al. 2011) durchgeführt und im Jahr 2015 wiederholt wurden (Kalke/Wurst 2015). Im Rahmen dieser Studie wurden 10.000 Personen im Alter zwischen 14 und 65 Jahren ausführlich über ihr Glücksspielverhalten befragt. Im Vergleich zu den Ergebnissen der vorliegenden Erhebung ergeben sich bei Kalke/Wurst (2015) leicht niedrigere Werte in Bezug auf die Letztmonatsprävalenz (27 % Spieler/innen in den letzten 30 Tagen), aber eine ähnlich hohe Schätzung der Anzahl Spieler/innen an Glücksspielautomaten (jeweils 0,5 % der Befragten).⁴²

10.2 Einstellungen zur Regelung von Glücksspielautomaten

In Österreich unterscheidet die gesetzliche Regelung zwischen dem Betrieb von **Glücksspielautomaten in Spielbanken** (Casinos), dem Betrieb von Video Lotterie Terminals (VLTs) und dem Betrieb von Glücksspielautomaten in **Automatensalons** und in **Einzelaufstellung** (früher umgangssprachlich als „kleines Glücksspiel“ bezeichnet). Konzessionen für das kleine Glücksspiel (Landesauspielungen) werden auf Länderebene vergeben. Derzeit (Stand März 2016) ist das kleine Glücksspiel im Burgenland, in Kärnten, in Niederösterreich, in Oberösterreich und in der Steiermark erlaubt und in den anderen vier Bundesländern verboten (vgl. Puhm/Uhl 2016). Zusätzlich zu diesen terrestrischen Angeboten werden (zu den Automaten analoge) Glücksspiele auch im **Internet** angeboten, wobei es in Österreich dafür nur eine Lizenz gibt. Daneben gibt es sowohl terrestrisch als auch im Internet eine Reihe von nicht lizenzierten, also illegalen, Anbietern.

Fast **90 Prozent** der Befragten befürworten, dass Glücksspielautomaten in Spielbanken (Casinos) entsprechend der derzeitigen gesetzlichen Lage erlaubt sind. 61 Prozent meinen, dass Glücksspielautomaten in Automatensalons angeboten werden dürfen. Die Einzelaufstellung von Glücksspielautomaten in Gaststätten, Tankstellen, Wettcafes und ähnlichem lehnen **drei Viertel der Befragten** ab. **9 von 10** Befragten schließlich lehnen nicht konzessioniertes „Automatenspiel im Internet ohne staatliche Kontrolle“ ab. Lizenziertes „Automatenspiel im Internet unter staatlicher Kontrolle“ lehnen 50 Prozent der Befragten ab (Abbildung 10.3).⁴³

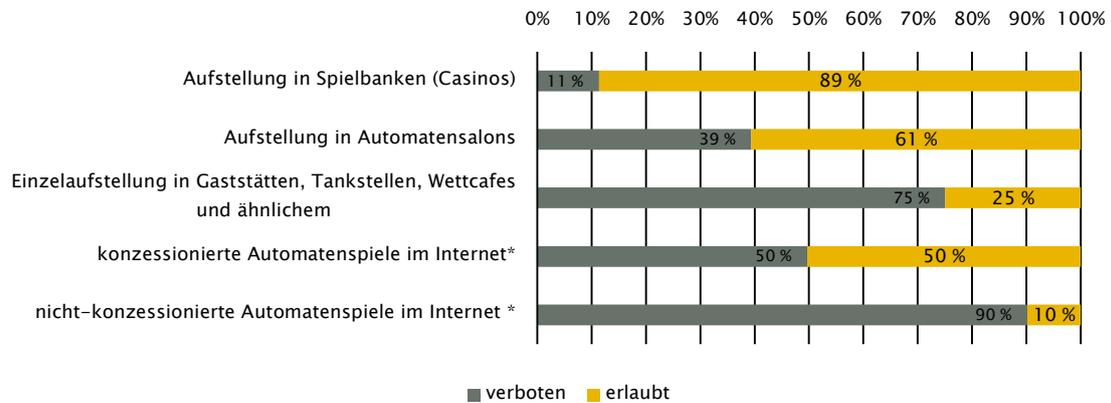
42

Der Anteil an „problematischen Spielern bzw. Spielerinnen“ wird von (Kalke/Wurst 2015) auf ca. 1 % geschätzt. Dies ist insofern überraschend, als aus der Behandlung von Spielsüchtigen bekannt ist, dass diese zu einem Großteil an Automaten spielen und somit die Anzahl an Automatenspieler/innen deutlich größer sein sollte als die Anzahl an problematischen Spielern bzw. Spielerinnen.

43

Da ein Großteil der Österreicher/innen über die Details der Glücksspielangebote und über das Glücksspielgesetz nicht oder nur sehr oberflächlich informiert sind (Puhm/Uhl 2016) und da es zu diesem Thema kaum einen detaillierten Diskurs in der Öffentlichkeit gibt, scheint es sinnvoll, die in Abbildung 10.3 präsentierten Stellungnahmen in erster Linie als emotional geprägte Ad-hoc-Urteile zu betrachten, die sich, wenn intensive mediale Diskurse stattfinden, kurzfristig rasch ändern können.

Abbildung 10.3:
Einstellungen zur gesetzlichen Regelung von Glücksspielautomaten



* Zur Unterscheidung zwischen konzessionierten und nicht konzessionierten Spielangeboten wurde die Formulierung „unter staatlicher Kontrolle“ bzw. „ohne staatliche Kontrolle“ verwendet.

Quelle: GPS 2015 (Variable Glue5a bis Glue5e); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

11 Quellen

- Akreml, Leila; Bausr, Nina; Fromm, Sabine (Hg.) (2011): Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene 1. Datenaufbereitung und uni- und bivariate Statistik. 3., überarbeitete und erweiterte Aufl., Verlag für Sozialwissenschaften / Springer, Wiesbaden
- BMI (2015): JICDT-VM Darknet Project. Broschüre
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Türscherl, Elisabeth (2015): Epidemiologiebericht Drogen. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Cherpitel, C. J.; Ye, Y.; Bond, J.; Borges, G.; Cremonte, M.; Marais, S.; Poznyak, V.; Sovinova, H.; Moskalewicz, J.; Swiatkiewicz, G. (2005): Cross-national performance of the RAPS4/RAPS4-QF for tolerance and heavy drinking: data from 13 countries. In: J Stud Alcohol 66/3:428-432
- Diekmann, Andreas (2007): Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 17. Aufl., Reinbek: Rowohlt,
- Grotenhermen, F.; Müller-Vahl, K. (2016): Cannabis und Cannabinoide in der Medizin: Fakten und Ausblick. In: Suchttherapie
- Kalke, Jens; Buth, Sven; Rosenkranz, Moritz; Schütze, Christian; Oechsler, Harald; Verthein, Uwe (2011): Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich. Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht. 1. Aufl., Lambertus, Freiburg
- Kalke, Jens; Wurst, Friedrich Martin (2015): Glücksspielverhalten und Glücksspielprobleme in Österreich. Ergebnisse der Repräsentativerhebung 2015. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD), Hamburg
- Klimont, Jeannette; Baldaszti, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. STATISTIK AUSTRIA, Wien
- Kraus, Ludwig; Pabst, Alexander (2010): Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. In: Sucht 56/5:315-326
- Kraus, Ludwig; Piontek, Daniela; Pabst, Alexander; Matos, Elena Gomes de (2013): Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012. In: Sucht 59/6:309-320
- Labouvie, Erich (1996): Maturing out of substance use: selection and self-correction. In: Journal of Drug Issues 26/2:457-476
- Maritsch, F; Springer, Alfred; Uhl, Alfred (1985): Ausführliche Darstellung der Ergebnisse einer quantitativen Studie über den Cannabiskonsum in Österreich. Repräsentativerhebung Nov. 84. Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung, Wien

- Meyer, Gerhard; Hayer, Tobias (2005): Das Gefährdungspotential von Lotterien und Sportwetten. Eine Untersuchung von Spielern aus Versorgungseinrichtungen. Abschlussbericht an das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein–Westfalen und an die Westdeutsche Lotterie GmbH & Co. KG, Bremen
- Meyer, Gerhard; Bachmann, Meinolf (2011): Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten. 3., vollst. überarbeitete und erweiterte Aufl., Springer–Verlag, Berlin, Heidelberg
- Mounteney, Jane; Bo, Alessandra Bo; Oteo, Alberto (2015): The Internet and drug markets. INSIGHTS, Bd. 21 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA, Luxembourg
- Puhm, Alexandra; Uhl, Alfred (2016): Studie zur Evaluation der Novelle des Glücksspielgesetzes 2010 und deren Umsetzung im Bereich Spielerschutz. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des BMF, Wien
- Puhm, Alexandra; Uhl, Alfred (in Arbeit): Novelle des Glücksspielgesetzes 2010: Evaluation der Umsetzung im Bereich Spielerschutz. Bundesministerium für Finanzen, Wien
- Ramelow, Daniela; Teutsch, Friedrich; Hofmann, Felix; Felder–Puig, Rosemarie (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO–HBSC–Survey 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Rehm, Jürgen; Room, Robin; Monteiro, Maristela; Gmel, Gerhard; Graham, Kathryn; Rehn, Nina; Sempos, Christopher T.; Frick, Ulrich; Jernigan, David (2004): Alcohol Use. In: Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of disease due to Selected Major Risk Factors. Hg. v. Ezzati, M et al. WHO, Geneva: 959–1108
- Schmutterer, Irene ; Uhl, Alfred (in Arbeit): Zur Prävalenz des Rauchens in Österreich.
- Schuckit, Marc A. (2006): Guidance for authors on the policy of the Journal of Studies on Alcohol regarding the appropriate use of the term "binge"
- Sierostawski, Janusz; Foster, John; Moskalewicz, Jacek (2013): Survey of European drinking surveys. Alcohol survey experiences of 22 European countries. In: Drugs: Education, Prevention and Policy 20/5:383–398
- Spode, Hasso (2011): Kulturgeschichte des Tabaks. In: Alkohol und Tabak – Grundlagen der Folgeerkrankungen. Hg. v. Singer, M.; Batra, A.; Mann, K. . Thieme, Stuttgart: 13–24
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred; Schmutterer, Irene; Grimm, Gerhard; Bohrn, Karl; Fenk, Regine; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2008): ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Hg. v. Ludwig–Boltzmann–Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial– und Gesundheitspsychologie (ISG). Bundesministerium für Gesundheit, Wien

- Strizek, Julian; Anzenberger, Judith; Kadlik, Andrea; Schmutterer, Irene; Uhl, Alfred (2016): ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Tanki, Danica ; Vicente, Julián (2013): PDU (Problem drug use) revision summary. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA
- Uhl, Alfred; Springer, Alfred (1996): Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster. Repräsentativerhebung 1993/94. Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung, Wien
- Uhl, Alfred; Springer, Alfred; Kobrna, Ulrike; Gnambs, T.; Pfarrhofer, D. (2005): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Bericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, Alfred; Bachmayer, Sonja; Kobrna, Ulrike; Puhm, Alexandra; Springer, Alfred; Kopf, Nikolaus; Beiglböck, Wolfgang; Eisenbach-Stangl, Irmgard; Preinsperger, Wolfgang; Musalek, Michael (2009a): Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends. 3. überarbeitete und ergänzte Aufl., Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Puhm, Alexandra; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2009b): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Uhl, Alfred (2014): Populär aber irreführend: Forschung mit „pseudo-klinischen Stichproben“ aus Bevölkerungsumfragen. In: Sucht 60/2:123–125
- VICESSE (2016): VIDRO. Virtual Drug Markets Project – Relations between conventional and online drug dealing [Online]. Vienna Centre for Societal Security. <http://vicesse.eu/vidro/> [Zugriff am 20.3.2016]
- Weigl, Marion; Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Horvath, Ilonka; Türscherl, Elisabeth (2015): Bericht zur Drogensituation 2015. Gesundheit Österreich GmbH, Wien