

# Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial

Wissenschaftlicher Bericht

---

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz



# Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial

Wissenschaftlicher Bericht

Autorinnen/Autoren:

Julian Strizek  
Martin Busch  
Alexandra Puhm  
Tanja Schwarz  
Alfred Uhl

Fachliche Begleitung:

Franz Pietsch  
Claudia Rafling  
Raphael Bayer

Projektassistenz:

Monika Löbau

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im April 2021

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Strizek, Julian; Busch, Martin; Puhm, Alexandra; Schwarz, Tanja; Uhl, Alfred (2021): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/11/4760

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei – insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3, „Gesundheit und Wohlbefinden“, sowie zu den Unterzielen SDG 3.5 (Die Prävention und Behandlung des Substanzmissbrauchs, namentlich des Suchtstoffmissbrauchs und des schädlichen Gebrauchs von Alkohol, verstärken) sowie SDG 3.a (Die Durchführung des Rahmenübereinkommens der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in allen Ländern nach Bedarf stärken).

Der Umwelt zuliebe:

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

# Kurzfassung

## Hintergrund/Aufgabenstellung/Fragestellung

Schätzungen, wie häufig bestimmte Verhaltensweisen in der Bevölkerung in einem bestimmten Zeitraum auftreten (Prävalenzschätzungen) auf Basis von Bevölkerungsbefragungen (auf Englisch: general population survey, GPS) sind ein wichtiger Bestandteil des Suchtmonitorings. Die „Österreichische Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2020“ ist die umfassendste bundesweite Erhebung zu suchtrelevanten Konsum- und Verhaltensweisen sowie zu Einstellungen gegenüber suchtrelevanten Fragestellungen und bietet umfassendes Datenmaterial zu den Themenbereichen Alkohol, Tabak und verwandte Produkte, illegale psychoaktive Substanzen, Medikamente, Teilnahme an Glücksspielen<sup>1</sup> sowie Nutzung von Computerspielen. Durch die Koinzidenz der Erhebung mit der Ausbreitung der Corona-Pandemie in Österreich wurden zusätzlich die Auswirkungen des ersten Lockdowns auf suchtrelevante Verhaltensweisen untersucht und spezielle Corona-Module ergänzt.

## Methode/Methoden

Zielgruppe dieser Erhebung ist die österreichische Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Methodisch und inhaltlich vergleichbare Erhebungen wurden bereits in den Jahren 2004, 2008 und 2015 durchgeführt und ermöglichen somit Trendanalysen über einen Zeitraum von sechzehn Jahren. Aufgrund der Kontakteinschränkungen infolge der Corona-Pandemie musste die Erhebungsmethode kurzfristig in eine reine Onlineerhebung abgeändert werden. Erstmals wurden heuer alle Teilnehmer/-innen der ersten Erhebungswelle (April bis Juni) auch zur Teilnahme an einer zweiten Erhebungswelle (September bis Oktober) eingeladen. Die Stichprobe der ersten Erhebungswelle umfasst gültige Angaben von 5.963 Personen (Beteiligungsrates = 55 %), die Stichprobe der zweiten Erhebungswelle 3.289 Angaben (Beteiligungsrates = 39 % der ursprünglichen Bruttostichprobe bzw. 55 % der Teilnehmer/-innen der ersten Erhebungswelle). Die Datensätze aus den beiden Erhebungswellen wurde jeweils separat so gewichtet, dass sie nach den Variablen Alter und Geschlecht einer repräsentativen Auswahl der österreichischen Wohnbevölkerung entsprechen.

---

<sup>1</sup>

Die Ergebnisse zu Glücksspiel werden in einem separaten Bericht publiziert.

## Ergebnisse

### *Vorläufige Veränderungen des Verhaltens seit der Corona-Pandemie während des ersten Lock-downs bzw. bis zum Zeitpunkt des zweiten Interviews*

Die deutliche Mehrheit der Befragten – je nach Substanz zwischen zwei Drittel und vier Fünftel – berichtet, dass es bei ihnen im Rahmen des ersten Lockdowns zu keinen relevanten Veränderungen im Konsum psychoaktiver Substanzen gekommen sei. Die Nutzung von **Computerspielen** hat am häufigsten zugenommen.

**Frauen** berichten wesentlich häufiger als Männer von einem **gesteigerten Substanzkonsum** während der Corona-Krise. Ähnliches ergibt sich auch bei Alkohol, Tabak und ganz besonders bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln: Frauen berichten doppelt so häufig davon, seit Corona mehr Schlaf- und Beruhigungstabletten einzunehmen als Männer. 21 Prozent der Raucherinnen (14 % der Raucher) berichten von einer Steigerung des Zigarettenkonsums. **Männer** berichten hingegen häufiger als Frauen von einer Reduktion ihres jeweiligen Konsums (z. B. 19 % der Alkoholkonsumenten gegenüber 13 % der Alkoholkonsumentinnen).

Die meisten **älteren Menschen** berichten, dass sie ihr Konsumverhalten während der Corona-Krise nicht wesentlich verändert haben (80 % geben dies z. B. beim Alkoholkonsum an). **Jüngere Menschen** haben ihr Konsumverhalten am ehesten verändert: Ungefähr 40 Prozent der 15- bis 34-Jährigen geben an, **ihre Rauch- und Trinkgewohnheiten verändert** zu haben.

Die ergänzenden Ergebnisse aus der zweiten Erhebungswelle legen nahe, dass **Verhaltensänderungen – sofern es zu welchen gekommen ist – großteils nur von kurzer Dauer** waren: So hat sich weder die Konsumintensität bei Raucherinnen/Rauchern von Zigaretten noch die Anzahl täglicher bzw. fast täglicher Raucher/-innen dauerhaft verändert. Der Anteil der Befragten, die **täglichen oder fast täglichen Alkoholkonsum angaben, stieg kurzfristig** deutlich an, sank aber danach wieder auf das Ausgangsniveau ab. Auch bei der Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie bei der Nutzung von Computerspielen legen die vorhandenen Daten nur eine **kurzfristige Intensivierung des Konsum- bzw. Nutzungsverhaltens während des ersten Lockdowns** nahe, nicht aber eine relevante Veränderung über den gesamten Beobachtungszeitraum bis zur zweiten Erhebungswelle. Insgesamt legen die Ergebnisse somit nahe, dass es während des ersten Lockdowns zwar bei manchen Personen durchaus zu Verhaltensänderungen gekommen ist, danach aber eine Rückkehr zu gewohnten Konsummustern stattgefunden hat.

### *Nikotin*

Fast ein Viertel der befragten Personen ab 15 Jahren (24 %) gibt insgesamt an, aktuell zu rauchen (d. h. in den letzten 30 Tagen zumindest eine Zigarette). Jede(r) Sechste (17 %) **raucht täglich oder fast täglich**. Männer und Frauen unterscheiden sich in Hinblick auf diese beiden Indikatoren um maximal einen Prozentpunkt.

Auch bei der **Konsumintensität** – gemessen an der durchschnittlichen Anzahl von Zigaretten pro Tag und bezogen auf alle Personen – zeigen sich keine Unterschiede zwischen Männern und

Frauen. **Ältere Raucher/-innen** rauchen intensiver als jüngere. Mit Ausnahme der ältesten Altersgruppen zeigt sich auch ein deutlicher Bildungsgradient, nämlich dass Personen mit einem **niedrigeren Bildungsabschluss** mehr Zigaretten pro Tag konsumieren als solche mit einem höheren Bildungsabschluss.

Sieben Prozent der Befragten rauchen zwar selbst nicht, sind aber zu Hause dem **Tabakrauch anderer Personen** ausgesetzt. Der aktuelle (tägliche bis gelegentliche) Konsum **anderer nikotinhaltiger Produkte** (E-Zigaretten, Shisha, rauchfreie Produkte) ist weitgehend auf Jugendliche und junge Erwachsene beschränkt. Diese Altersgruppe macht auch in einem relevanten Ausmaß (jeweils etwa ein Viertel) erste Konsumerfahrungen mit Nikotin über E-Zigaretten oder Shisha, wohingegen bei älteren Personen der Einstieg nahezu ausschließlich über die klassische Zigarette erfolgte.

**Erste Konsumerfahrungen** mit klassischen Zigaretten werden zu einem Großteil zwischen 14 und 18 Jahren gesammelt. Allerdings beginnt auch jede siebte Raucherin / jeder siebte Raucher erst nach dem 20. Geburtstag regelmäßig zu rauchen.

Etwa ein Drittel der täglichen Raucher/-innen (35 %) hat in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal ernsthaft versucht, mit dem **Rauchen aufzuhören**. Von diesen Personen hat wiederum ein Drittel Hilfsmittel wie z. B. Apps, Nikotinersatzprodukte oder Beratungsangebote in Anspruch genommen.

Im Vergleich mit den Vorerhebungen zeigt sich eine Fortsetzung des **Rückgangs der Zahl der aktuellen bzw. der täglichen Raucher/-innen**. Der Durchschnittskonsum klassischer Zigaretten unter aktiven Raucherinnen und Rauchern bleibt hingegen nahezu unverändert. Während bei rauchfreien Produkten im Vergleich zu 2015 ein Anstieg zu verzeichnen ist, verweisen die vorliegenden Daten auf einen rückläufigen Trend bei der Nutzung von E-Zigaretten.

### *Alkohol*

Für 15 Prozent der Befragten wird, basierend auf anhand von Behandlungs- und Verkaufszahlen adjustierten Daten, ein **problematischer Alkoholkonsum** ausgewiesen. Diese Schätzung umfasst Personen mit Alkoholabhängigkeit sowie Personen mit einem Konsumverhalten, das längerfristig mit großer Wahrscheinlichkeit zu körperlichen Problemen führt. Für Männer wird häufiger (19 %) ein problematischer Konsum ausgewiesen als für Frauen (11 %).

Für Männer wird außerdem eine höhere **durchschnittliche Konsummenge** pro Tag berechnet als für Frauen (38 Gramm bzw. 15 Gramm Reinalkohol laut adjustierten Werten), und Männer geben auch etwa doppelt so häufig wie Frauen (25 % bzw. 12 % auf Basis der adjustierten Werte) an, **täglich oder fast täglich Alkohol** zu trinken. Ein ähnliches Geschlechterverhältnis ergibt sich beim wöchentlichen Gebrauch **großer Konsummengen** (mehr als 120 Gramm bei einer Gelegenheit bei Männern bzw. mehr als 80 Gramm bei einer Gelegenheit bei Frauen), was in Summe bei neun Prozent der Befragten mindestens einmal pro Woche vorkommt.

Auch Auswirkungen von Alkoholkonsum auf das soziale Umfeld wurde in der Bevölkerungsbefragung untersucht. Sechs Prozent der Befragten berichten, dass sie mit mindestens einer **Person im**

**Haushalt leben, deren Alkoholkonsum ihnen unterschiedliche Probleme** bereitet (z. B. indem die/der Betreffende ihnen Sorgen bereitet, sie verbalen Aggressionen aussetzt oder diese Person Aufgaben vernachlässigt). Dieser Anteil vom Konsum anderer in Mitleidenschaft Gezogener ist unter Frauen sowie unter jungen Personen überdurchschnittlich hoch. Frauen sind am häufigsten vom Alkoholkonsum ihres Partners betroffen, jüngere Menschen am häufigsten durch jenen ihres Vaters. Etwa zwei Drittel der Betroffenen sind der Meinung, dass die verursachten Probleme ohne Alkohol nicht bestünden.

Als weiterer Bereich wurden Erfahrungen in Bezug auf Auswirkungen, Einstellungen und Wissen in puncto Alkohol erhoben. Eine wichtige Erkenntnis für die Prävention ist hierbei, dass **junge Menschen häufiger als ältere Menschen** davon ausgehen, dass Alkohol auf sie positive Auswirkungen (z. B. soziale oder emotionale Komponenten), aber auch negative Auswirkungen (z. B. „Ich werde anderen gegenüber aggressiv.“ oder „Ich werde traurig und niedergeschlagen.“) hat. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich in dieser Hinsicht hingegen keine relevanten Unterschiede. Für Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum haben kompensatorische Wirkungen (z. B. gegen Stress, um Probleme zu vergessen) eine erhöhte Bedeutung.

Insgesamt kennen etwa **sechs von zehn Personen die korrekten gesetzlichen Altersgrenzen** für den Konsum alkoholischer Getränke, wobei dieser Anteil unter jungen Menschen deutlich höher ist. Eltern sind häufiger die korrekten Altersgrenzen bekannt, nichtsdestominder kann aber ein Viertel der Personen mit betreuungspflichtigen Kindern diese nicht korrekt für alle Getränkearten nennen.

Einstellungsfragen in Sachen Alkohol offenbaren, dass **Alkoholkonsum während der Schwangerschaft** sowie **Alkoholkonsum am Arbeitsplatz** von der überwiegenden Mehrheit der Befragten als Problem betrachtet wird und somit eine entsprechende Sensibilität zum Thema Punktnüchternheit vorhanden ist. Unter Maßnahmen zur Verhinderung von Alkoholproblemen finden **Aufklärung und Informationskampagnen** die größte Zustimmung. Die Mehrheit der Befragten stimmt der Aussage zu, dass **Alkohol mehr Probleme für die Gesellschaft verursacht als illegale Drogen**.

#### *Schlaf- und Beruhigungstabletten*

Sieben Prozent der Befragten geben an in den letzten 30 Tagen Schlaf- oder Beruhigungsmittel eingenommen zu haben (30-Tage-Prävalenz), vier Prozent der Befragten berichten von einer **sehr häufigen Einnahme** (viermal oder häufiger in den letzten 30 Tagen) solcher Substanzen. **Beide Indikatoren sind bei Frauen höher als bei Männern und bei älteren Personen höher als bei jungen**. Im Zeitverlauf zeigen sich hier seit 1996 insgesamt nur geringe Schwankungen in der Nutzungsprävalenz insgesamt, die Unterschiede zwischen Frauen und Männern haben dabei jedoch abgenommen. Der für andere Substanzen häufig beschriebene Trend einer **Angleichung der Geschlechterrollen** im Konsumverhalten aneinander lässt sich somit unter umgekehrten Ausgangsbedingungen auch für die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln konstatieren.

#### *Cannabis*

20 Prozent aller Befragten und 28 Prozent der jungen Erwachsenen geben laut aktuellen Daten an, im bisherigen Leben bereits mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben (Lebenszeitprävalenz). Insbesondere ältere Personen machen in Befragungen häufig keine wahrheitsgemäßen Angaben zur Cannabiserfahrung, und seit mehreren Jahrzehnten kommen Befragungen in Österreich zudem zum Ergebnis, dass rund ein Drittel der jungen Erwachsenen über Erfahrung im Umgang mit Cannabis verfügt. Da Personen, die als junge Erwachsene Cannabiserfahrungen gemacht haben, diese im späteren Lebensverlauf nicht mehr verlieren können, sowie unter Annahme einer allgemeinen Dunkelziffer ist als grobe Schätzung anzunehmen, dass ein **Drittel bis die Hälfte der Österreicher/-innen** bereits mindestens einmal Cannabis konsumiert hat. Dabei handelt es sich meist bloß um Probierkonsum bzw. um Konsum über eine begrenzte Phase: Nur **drei Prozent** der aktuellen Gesamtstichprobe geben für die letzten 30 Tagen Cannabiskonsum an.

Der Anteil an Personen mit Cannabiserfahrung ist bei Männern, bei Personen mit hohem Bildungsabschluss und bei Personen mit urbanem Wohnort am größten. Im Zeitverlauf liegt der Cannabiskonsum in etwa auf demselben Level wie in den Jahren 2004 und 2015 und lässt auf einen **stabilen Anteil** der Personen mit Cannabiserfahrung schließen.

Etwa ein Prozent der Stichprobe gibt an Cannabis sechsmal pro Monat oder mehr zu konsumieren, und etwa 0,4 Prozent können als **potenziell problematische Cannabiskonsumtinnen/-konsumenten** klassifiziert werden (basierend auf dem angewandten Screening-Tool).

**Der Konsum legaler Cannabisprodukte** mit einem hohen CBD-Gehalt (und einem gleichzeitig minimalen THC-Gehalt) wird über die gesamte bisherige Lebenszeit (Lebenszeitprävalenz) zwar seltener berichtet, aber die **12-Monats- bzw. 30-Tage-Prävalenz** des CBD-Konsums ist höher als jene des Konsums von illegalem Cannabis. Das erklärt sich damit, dass CBD-Produkte erst seit einigen Jahren eine relevante Rolle spielen, wobei die Konsumerfahrungen mit illegalem THC-Cannabis bei den Befragten teilweise sehr lange zurückliegen. CBD-Konsumerfahrungen sind zudem in Hinblick auf Geschlecht und Alter **gleichmäßiger verteilt**, als dies bei illegalem Cannabis der Fall ist. Die häufigste Konsumform findet in Form von Ölen statt.

Die **medizinische Abgabe von THC-haltigem Cannabis** wird von über 90 Prozent jener Personen unterstützt, die zu diesem Thema eine explizite Meinung haben. Etwas mehr als die Hälfte jener Personen, die zu diesem Thema eine explizite Meinung haben, ist für eine allgemeine **gesetzliche Freigabe von Cannabis** bei genau kontrollierter Abgabe (56 %). Insgesamt sprechen sich über 70 Prozent für Straffreiheit bei Cannabiskonsum aus. Sowohl in Bezug auf die medizinische als auch auf die allgemeine Abgabe von THC-haltigem Cannabis haben im Vergleich zur Erhebung von 2015 **liberale Positionen** Zuwachs erfahren.

Nur ein Drittel der Befragten fühlt sich allerdings ausreichend informiert, um Fragen zur Regulierung von CBD-Cannabis beantworten zu können. Von diesen Personen spricht sich jeweils eine Mehrheit für eine **kontrollierte Abgabe** solcher Produkte (Jugendschutz, behördliche Kontrolle von Verkaufsstellen) und eine **medizinische Verwendung** aus, wohingegen ein **generelles Verbot** solcher Produkte eindeutig abgelehnt wird.

*Andere psychoaktive Substanzen*

**Drei bis vier** Prozent der Befragten geben an, irgendwann in ihrem Leben biogene Drogen, Kokain, Ecstasy, Amphetamin oder Schnüffelstoffe konsumiert zu haben. **Ein bis zwei Prozent** der Befragten haben nach eigenen Angaben schon einmal Metamphetamin, LSD oder neue psychoaktive Substanzen (NPS) probiert. Tendenziell geben **Männer** bei fast allen Drogen öfter als Frauen an, diese bereits probiert zu haben. Deutliche Unterschiede zeigen sich zwischen **urbanen und ruralen Gebieten**. Die Konsumerfahrungen werden bei allen illegalen Drogen in Dörfern oder kleinen Ortschaften seltener angegeben als in urbanen Gebieten.

Wenngleich eine Mehrheit der Befragungsteilnehmer/-innen der Aussage zustimmt, dass Drogensucht in **erster Linie eine Erkrankung** darstellt (und nicht ein Verbrechen), äußern dennoch fast drei Viertel der Befragten **zumindest leichte Vorbehalte** dagegen, sollte in ihrer näheren Umgebung eine Drogenberatungseinrichtung errichtet werden. Im Vergleich zu den Vorerhebungen aus den Jahren 2004 und 2008 zeigen sich in diesen beiden Einstellungsfragen kaum Veränderungen.

#### *Risikoeinschätzung von Tabak und Cannabis*

Im Vergleich zu den Vorerhebungen aus den Jahren 2004 und 2008 zeigt sich eine **deutliche Sensibilisierung** in Hinblick auf die Gefahren **regelmäßigen und starken Zigarettenkonsums**. Laut aktuellen Daten wird regelmäßiger Konsum von Zigaretten gleich häufig als „sehr gefährlich“ eingestuft“ wie der regelmäßige Konsum von THC-Cannabis. Speziell junge Menschen und Personen mit hohem Bildungsabschluss schätzen die **Gefährlichkeit von THC-Cannabis vergleichsweise gering** ein. Gleichzeitig wird in Relation zu anderen Risikoverhaltensweisen (z. B. Paragleiten, Extrembergsteigen, zu wenig Bewegung, nicht auf die Ernährung achten) nach wie vor auch der Probierkonsum psychoaktiver Substanzen verhältnismäßig häufig als „sehr gefährlich“ eingestuft.

#### *Digitale Spiele*

Im Bereich der Verhaltenssuchte kommt der Nutzung digitaler Spiele aktuell viel Aufmerksamkeit zu. Acht Prozent der Befragten nutzen digitale Spiele in einem Ausmaß von mehr als zehn Stunden pro Woche, zusätzliche **fünf Prozent in einem Ausmaß von mehr als 20 Stunden** pro Woche. In der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen geben 20 Prozent an mehr als zehn Stunden oder mehr als 20 Stunden pro Woche zu spielen. Die tägliche Nutzung digitaler Spiele ist bei jungen Altersgruppen eine Domäne des männlichen Geschlechts, während bei höheren Altersgruppen keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen bzw. ältere Frauen häufiger täglich spielen als ältere Männer. **Lootboxen** integrieren Glücksspielelemente in digitale Spiele und werden seitens der Suchtprävention als Problem betrachtet. In der vorliegenden Stichprobe haben jedoch nur drei Prozent aller Befragten bzw. fünf Prozent der Personen mit aktuellen Spielerfahrungen jemals in ihrem Leben Geld für Lootboxen ausgegeben.

### **Schlussfolgerungen**

Die vorliegenden Daten bieten umfangreich und aktuell Auskunft über Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial in der österreichischen Wohnbevölkerung und ermöglichen gleichzeitig Zeitreihenanalysen mit vorangegangenen Erhebungswellen. Bei den am häufigsten konsumierten legalen

Substanzen (Alkohol und Tabak) ist im Zeitverlauf eine Veränderung in Richtung eines gemäßigeren Umgangs zu beobachten. Der Anteil an Personen mit Cannabiserfahrung ist im Zeitverlauf weitgehend stabil. Männer sind in vielerlei Hinsicht nach wie vor stärker von Suchtverhalten betroffen als Frauen, wenngleich hier Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Zeitverlauf abnehmen. Die deutlichsten Auswirkungen des ersten Lockdowns sind im Bereich von Computerspielen (Anstieg) zu beobachten, während jeweils die meisten Konsumentinnen/Konsumenten von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen keine wesentlichen Veränderungen berichteten. Tendenziell kam es bei jüngeren Menschen eher zu Veränderungen im Konsum- oder Nutzungsverhalten als bei älteren Menschen.

### **Schlüsselwörter**

Bevölkerungsbefragung, Alkohol, Tabak, Cannabis, illegale Drogen, Computerspielen, Corona

# Summary

## Background

Prevalence estimates based on general population surveys (GPS) are a central constituent for monitoring of addictive behaviour. The "Austrian Representative Survey on Addictive Behaviours 2020" is the most comprehensive nationwide survey on addictive behaviours and also covers attitudes towards alcohol, tobacco, illicit psychoactive substances, medications, and gambling (results on gambling are published in another report). Due to the timely coincidence of the survey with the first wave of the Corona pandemic in Austria (April to June 2020), data on short-term changes in behaviour as a result of the pandemic were also assessed.

## Methods

The target group of this survey is the resident population of Austria aged 15 years and older. Methodologically comparable surveys have already been conducted in 2004, 2008 and 2015, thus trend analyses over a period of sixteen years were feasible. Due to physical distancing measures as a result of the Corona pandemic, data was collected via online-surveys. Respondents were randomly selected from a pre-existing representative panel. All participants of the first survey wave (April to June) were invited to take part in a second survey wave (September to October) as well. The sample of the first survey wave includes valid data from 5,963 persons (response rate = 55 %), the sample of the second survey wave includes valid data from 3,289 respondents (response rate = 39 % of the original sample and 55 % of all respondents from the first wave). The data sets from both survey waves were independently weighted so that they correspond to a representative sample of the Austrian resident population in terms of age and gender.

## Results

### *Changes in behaviour since the beginning of the Corona pandemic*

Between two-thirds and four-fifths of the respondents reported that there had been no relevant changes in their use of various psychoactive substances as a result of the Corona pandemic. Of all potentially addictive behaviours, computer game use was most likely to have seen an increase in usage.

Women were much more likely than men to report increased substance use during the first wave of the Corona pandemic. A similar effect can be observed for alcohol, tobacco, and especially sleeping pills and tranquillisers: Women were twice as likely as men to report taking more sleeping pills and tranquillisers since the start of the Corona pandemic and 21 percent of female smokers (compared to 14 % of male smokers) reported an increase in cigarette use. On the other hand, men were more likely than women to report a reduction in their substance use (e.g. 19 % of male alcohol users reduced their intake versus 13 % of female alcohol users).

Elderly people (65y+) reported more often that they did not change their consumption behaviour relevantly during the first wave of the Corona crisis. Young people (15 to 34y) changed their consumption patterns most commonly: About 40 percent of 15- to 34-year-olds reported that they changed their smoking and drinking habits.

The supplementary results from the second survey wave suggest that behavioural changes – if any – were largely short-term: for example, there was no lasting change in the intensity of cigarette smoking or in the number of daily or almost daily smokers. The proportion of respondents reporting daily or almost daily alcohol use increased significantly in the short term, but subsequently fell back to baseline levels. In the case of sleeping pills and tranquillisers as well as the use of computer games, the available data suggest only a short-term intensification of substance use or potentially addictive behaviour during the first lockdown, but not a relevant change over the entire observation period up to the second wave of the survey.

#### *Nicotine use*

Nearly a quarter of all respondents (24 %) report current smoking and one in six (17 %) smokes daily or almost daily. Differences on that indicator for men and women differ by less than one percentage point.

Men and women also do not show any difference in terms of the average number of cigarettes per day. Older smokers smoke more intensively than younger ones. With the exception of the oldest age groups, there is also a clear educational gradient. People with a lower level of education consume more cigarettes per day than those with a higher level of education.

Seven percent of respondents do not smoke themselves but are exposed to other persons' tobacco smoke at home. Current (daily to occasional) use of other nicotine-containing products (e-cigarettes, shisha, smokeless products) is almost exclusively reported by adolescents and young adults. In this age group a relevant proportion uses e-cigarettes or shisha before traditional cigarettes, whereas older people almost exclusively started with traditional cigarettes.

The majority of nicotine users starts using traditional cigarettes between the ages of 14 and 18. However, every seventh smoker starts to smoke regularly after the age of 20.

About one-third of daily smokers (35 %) have tried to quit smoking at least once in the past twelve months. Of these individuals, one-third used aids such as apps, nicotine replacement products, or counselling services.

In comparison to former results, the decline of current or daily smokers continues. In contrast, the average number of cigarettes smoked by active smokers remains almost unchanged. While there has been an increase in smokeless products compared to 2015, the available data indicate a downward trend in the use of e-cigarettes.

#### *Alcohol use*

After adjusting self-reported data using treatment and sales figures, problematic use of alcohol is estimated for 15 percent of the respondents. This estimate includes individuals with alcohol dependence as well as individuals with consumption patterns that are likely to lead to physical problems in the long run. Problematic consumption is reported more frequently for men (19 %) than for women (11 %).

Men also report a higher average amount of alcohol per day than women (38 grams and 15 grams of pure alcohol, respectively, based on adjusted values), and men are also about twice as likely as women (25 % and 12 %, respectively, based on adjusted values) to report drinking alcohol daily or almost daily. A similar gender ratio emerges for consumption of large amounts on one occasion (more than 120 grams for men and more than 80 grams for women), which is reported in total by nine percent of respondents on a weekly basis.

Six percent of respondents report living with at least one person in the household whose alcohol consumption induces various problems for them (e.g. causing worries, exposure to verbal aggression, neglecting tasks). Harm from other people's drinking is higher in women and young people. Women are most often affected by their partner's alcohol consumption, younger people most often by that of their father. About two thirds of those affected are convinced that these problems would not exist without alcohol.

Positive effects of alcohol use (e.g., social or emotional components) predominate over negative effects of alcohol use (e.g., conflict or sadness) among all respondents. There are no relevant gender differences, but all effects are more pronounced in younger individuals than in older ones. For people with problematic substance use, compensatory effects (e.g., against stress, to forget problems) are of elevated importance.

Overall, about 6 in 10 people know the correct age limits for alcoholic beverages, with this proportion being significantly higher in young people. But even a quarter of respondents with children cannot provide the correct age limit for all types of alcoholic beverages.

Attitudinal questions about alcohol reveal high sensitivity in the areas "alcohol and pregnancy" as well as "alcohol and the workplace". The highest level of support was expressed for education and information campaigns to prevent alcohol-related problems. The majority of respondents agrees with the statement that alcohol causes more problems for society than illicit drugs.

#### *Use of sleeping pills and tranquillisers*

Seven percent of the respondents reported that they used sleeping pills or tranquillisers in the past 30 days, and four percent of respondents reported very frequent use (four times or more in the past 30 days). Both indicators are higher for women than for men and higher for older persons than for young persons. Over time, there were only slight fluctuations in the overall prevalence of use since 1996, but differences between women and men in this respect tailed off. The convergence of gender roles in consumption patterns, often reported for substances like alcohol or tobacco, can thus also be observed for the use of sleeping pills and tranquillisers under reversed initial conditions.

### *Use of cannabis*

According to current data, 20 percent of all respondents and 28 percent of young adults state that they already used cannabis at least once in their lives. Based on survey results for young people in the last decades and assuming a general underreporting bias it can be roughly estimated that between one third and one half of all adults in Austria have already used cannabis at least once. To ever have used cannabis is a criterion that cannot be lost in when growing older, but the readiness to admit this behaviour can diminish. In many cases, respondents only tried cannabis once or for a limited period of time. Only three percent of the current total sample report to have consumed cannabis in the last 30 days.

The proportion of persons with cannabis experience is highest among males, persons with high educational attainment, and urban residents. Presently the rate of cannabis use is at about the same level as in 2004 and 2015, suggesting a stable proportion of individuals who ever used cannabis.

About one percent of the sample uses cannabis reports using cannabis regularly (six times per month or more), and about 0.4 percent score positive on a screening tool to assess potentially problematic cannabis users.

Life time prevalence of legal cannabis products with high CBD content (and at the same time a very low THC content) is lower compared to illicit cannabis, whereas the 12-month and 30-day prevalence of using CBD is higher compared to using illicit cannabis. This can be explained by the fact that CBD products only started to play a relevant role a few years ago, whereas the use of illegal THC cannabis in some cases date back a long time. CBD consumption experiences are also more evenly distributed in terms of gender and age compared to illegal cannabis. The most common form of use is oils.

Medical dispensing of THC cannabis is supported by over 90 percent of those who have an explicit opinion on this issue. Regarding the general provision of cannabis, a majority of those having an explicit opinion on this issue are in favour of cannabis use to be legally permitted, but that dispensing should be closely controlled (56 %). Overall, more than 70 percent agree that cannabis users should not be punished. In terms of both medical and general dispensing of cannabis containing THC, liberal positions have relevantly increased since the 2015 survey.

Only one-third of respondents, however, feels sufficiently informed to decide how CBD cannabis should be regulated. Of these respondents, a majority is in favour of a controlled distribution (protection of minors, official control of sales outlets) and medical use. A general ban of such products, however, is clearly rejected.

### *Other psychoactive substances*

Three to four percent of respondents report having used biogenic drugs, cocaine, ecstasy, amphetamine or sniffing substances at some point in their lives. One to two percent of respondents say they have tried methamphetamine, LSD or new psychoactive substances (NPS). Men tend to

indicate more often that they have tried almost all drugs than women. For all illicit drugs, experience of use is less common in rural areas than in urban areas.

Although a majority of respondents agree that drug addiction is primarily a disease (and not a crime), almost three quarters of respondents express at least slight objections to the idea of a drug counselling center in their vicinity. Compared to previous surveys from 2004 and 2008, there are hardly any changes in these two attitude questions.

### *Risk assessment*

Compared to previous surveys from 2004 and 2008, there is a clear increase in awareness with regard to the risks associated with regular and heavy cigarette consumption. According to current data, regular use of cigarettes is rated “very dangerous” as often as regular use of THC cannabis. Especially young people and people with a higher level of education rate the danger associated with using THC cannabis comparatively low. At the same time, compared with other risk behaviours (e.g. paragliding, extreme mountaineering, too little exercise, not paying attention to diet), experimental use of psychoactive substances is still rated as “very dangerous” relatively frequently.

### *Digital games*

Eight percent of the respondents use digital games to an extent of more than ten hours per week. Additional five percent play to an extent of more than 20 hours per week. In the youngest age group (15-34y), 20 percent report playing more than ten hours or more than 20 hours per week. In the youngest age group daily use of digital games is much more often reported by males, whereas older women play more frequently on a daily basis than older men. Loot boxes integrate gambling elements into digital games and are therefore considered problematic in terms of addictive behaviours. In the present sample, only three percent of all respondents or five percent of those with current gaming experience ever spent money on loot boxes in their lives.

## **Conclusion**

The available data provide comprehensive and up-to-date information on addictive behaviours in the Austrian population. Consistency with previous surveys allow for time series analyses. In the case of alcohol and tobacco, a trend towards more moderate use is observed over time. In contrast, the number of persons with cannabis experience has largely remained stable over time. Men continue to be more at risk of develop addictive behaviour than women, although gender differences have narrowed over time. The strongest effects of the first lockdown can be observed for computer games (increase), while the clear majority of users of legal and illegal psychoactive substances do not report any significant changes. Younger people tended to experience more changes in their behaviour than older people.

## **Keywords**

General population survey, substance use, gaming, addictive behaviour





# Inhalt

Kurzfassung .....	III
Summary .....	X
Abbildungen.....	XIX
Tabellen .....	XXII
Abkürzungen.....	XXIV
1 Einleitung .....	1
2 Studiendesign.....	2
2.1 Zielgruppe .....	2
2.2 Erhebungsmethodik .....	2
2.3 Inhalte der Befragung.....	3
2.4 Stichprobenziehung und Datenerhebung.....	6
3 Datenaufbereitung.....	8
3.1 Plausibilitätsprüfung .....	8
3.2 Fehlerdiagnose .....	8
3.3 Fehlerkorrektur.....	9
4 Gewichtung und Repräsentativität der Ergebnisse.....	11
4.1 Gewichtung nach Alter und Geschlecht.....	11
4.2 Repräsentativität hinsichtlich anderer Variablen.....	12
5 Auswirkungen der Corona-Krise .....	14
5.1 Belastungen infolge der Corona-Krise .....	14
5.2 Auswirkungen auf den Konsum von (E-)Zigaretten .....	17
5.3 Auswirkungen auf den Konsum von Alkohol.....	21
5.4 Auswirkungen auf den Konsum von Cannabis.....	25
5.5 Auswirkungen auf den Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln.....	27
5.6 Auswirkungen auf die Nutzung von Computerspielen .....	28
6 Nikotin .....	31
6.1 Prävalenz des Konsums von Zigaretten.....	32
6.2 Prävalenz des Konsums anderer nikotinhaltiger Produkte .....	36
6.3 Einstieg in den Nikotinkonsum.....	39
6.4 Aufhörversuche .....	42
6.5 Wesentliche Entwicklungen des Nikotinkonsums im Zeitverlauf.....	44
6.6 Vergleich der aktuellen Ergebnisse mit Referenzprojekten .....	46
7 Alkohol.....	51
7.1 Alkoholkonsumgruppen, durchschnittliche Konsummenge und tägliches Trinken .....	51
7.2 Erfahrung mit Berauschung und starken Konsumtagen .....	56

7.3	Erfahrungen und Erwartungen bezüglich der Wirkung von Alkohol und Motive für Abstinenz.....	59
7.4	Inanspruchnahme von Rat und Hilfe wegen Alkoholproblemen .....	62
7.5	Probleme durch den Alkoholkonsum anderer .....	65
7.6	Wissen zu Jugendschutz und Einstellungen zu Alkoholkonsum .....	67
7.7	Wesentliche Entwicklung des Alkoholkonsums im Zeitverlauf.....	70
7.8	Vergleich der aktuellen Ergebnisse mit Referenzprojekten .....	72
8	Schlaf- und Beruhigungsmittel.....	74
8.1	Prävalenz der Einnahme von Schlaf- bzw. Beruhigungsmitteln.....	74
8.2	Bezugsquellen von Schlaf- bzw. Beruhigungsmitteln .....	75
8.3	Wesentliche Entwicklungen der Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln im Zeitverlauf .....	76
9	Cannabis .....	78
9.1	Prävalenz des Cannabiskonsums .....	79
9.2	Cannabisprävalenz im Zeitvergleich.....	81
9.3	Erste Konsumerfahrungen mit Cannabis .....	82
9.4	Hochfrequenter bzw. risikoreicher Cannabiskonsum .....	83
9.5	Regulierung von Cannabisprodukten.....	85
9.6	CBD-Cannabis: Konsumerfahrung und Einstellungen zur Regulierung .....	87
10	Weitere Ergebnisse zu illegalen psychoaktiven Substanzen .....	90
10.1	Lebenszeitprävalenz der Erfahrung mit „anderen psychoaktiven Substanzen“.....	90
10.2	Einstellungen zu Menschen, die Drogen konsumieren.....	92
11	Digitale Spiele.....	94
11.1	Prävalenz der zeitintensiven bzw. täglichen Nutzung digitaler Spiele .....	94
11.2	Lootboxen .....	96
12	Konditionale Prävalenz unterschiedlicher Konsum und Verhaltensmuster.....	98
13	Risikoeinschätzungen für unterschiedliche Konsummuster .....	100
14	Quellen.....	104

# Abbildungen

Abbildung 5.1: Zigarettenrauchen vor und nach Beginn der Corona-Krise .....	17
Abbildung 5.2: Anteil der Personen mit täglichem bzw. fast täglichem (5–6 Tage pro Woche) Zigarettenkonsum zu vier Phasen während der Corona-Krise .....	18
Abbildung 5.3: E-Zigaretten-Konsum vor und nach Beginn der Corona-Krise .....	19
Abbildung 5.4: Reaktionen auf die vorübergehende Schließung von Vape-Shops (Mitte März bis Ende April).....	20
Abbildung 5.5: Alkoholkonsum vor und nach Beginn der Corona-Krise .....	21
Abbildung 5.6: Anteil der Personen mit täglichem oder fast täglichem (5–6 Tage pro Woche) Alkoholkonsum zu vier Phasen der Corona-Krise .....	22
Abbildung 5.7: Cannabiskonsum vor und nach Beginn der Corona-Krise.....	25
Abbildung 5.8: Anteil der Personen, die mindestens wöchentlich Cannabis konsumieren, zu vier Phasen der Corona-Krise.....	26
Abbildung 5.9: Konsum von Schlaf-/Beruhigungsmitteln vor und nach Beginn der Corona-Krise.....	27
Abbildung 5.10: Anteil der Personen, die mehrmals pro Woche Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen, zu vier Phasen der Corona-Krise .....	28
Abbildung 5.13: Nutzung von Computerspielen vor und nach Beginn der Corona-Krise .....	29
Abbildung 5.14: Anteil der Personen, die täglich Computerspiele spielen, zu vier Phasen der Corona-Krise.....	29
Abbildung 6.1: Prävalenz des Zigarettenkonsums nach Geschlecht.....	32
Abbildung 6.2: Durchschnittlicher Tageskonsum nach Geschlecht und Alter.....	34
Abbildung 6.3: Anzahl gerauchter Zigaretten nach Geschlecht, Alter und Bildung.....	35
Abbildung 6.4: Belastung durch Passivrauch zu Hause .....	36
Abbildung 6.5: Prävalenz unterschiedlicher nikotinhaltiger Produkte nach Geschlecht .....	37
Abbildung 6.6: Aktueller (gelegentlicher bis täglicher) Konsum nikotinhaltiger Produkte nach Altersgruppen.....	38
Abbildung 6.7: Welches Nikotinprodukt wurde zuerst konsumiert?.....	40
Abbildung 6.8: Welches Nikotinprodukt wurde zuerst konsumiert? (Nach Altersgruppen).....	41
Abbildung 6.9: Einstiegsalter für die erste Zigarette bzw. regelmäßiges Rauchen.....	42
Abbildung 6.10: Verwendung von Hilfsmitteln zum Rauchstopp .....	43
Abbildung 6.11: Anteil von E-Zigaretten Konsumierenden die angeben aus gesundheitlichen Gründen E-Zigaretten zu rauchen Menschen nach Altersgruppen .....	44

Abbildung 6.12: Entwicklung des aktuellen Rauchens und des täglichen Rauchens zwischen 2004 und 2020.....	45
Abbildung 6.13: Entwicklung des aktuellen Konsums anderer nikotinhaltiger Produkte 2015–2020 .....	46
Abbildung 6.14: Vergleich des Rauchstatus nach GPS 2020 und ATHIS 2019 .....	47
Abbildung 6.15: Vergleich des längerfristigen Trends im täglichen Tabakkonsum nach Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch (GPS) und Statistik Austria (ATHIS bzw. früher Mikrozensus).....	49
Abbildung 7.1: Durchschnittliche Konsummenge in Gramm Alkohol pro Tag nach Alter und Geschlecht.....	53
Abbildung 7.2: Alkoholkonsumgruppen nach Geschlecht .....	54
Abbildung 7.3: Täglicher oder fast täglicher (5 bis 6 Tage pro Woche) Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht (adjustierte Werte*).....	56
Abbildung 7.4: Starke Konsumtage und Erfahrung mit Berausung (jeweils der Anteil mit einmal wöchentlich oder häufiger) nach Geschlecht.....	58
Abbildung 7.5: Bedarf an Unterstützungsangeboten und deren Nutzung .....	64
Abbildung 7.6: Anteil der Personen, die durch den Alkoholkonsum einer Person in ihrem Haushalt Probleme erleben (nach Geschlecht und Altersgruppen).....	65
Abbildung 7.7: Welche Person ist für das Problem verantwortlich, und um welche Art von Problemen handelt es sich (bezogen jeweils auf alle Personen, die von Problemen durch den Alkoholkonsum anderer berichten) .....	66
Abbildung 7.8: Hypothetische Einschätzung, ob das genannte Problem auch ohne Alkohol bestünde oder nicht.....	67
Abbildung 7.9: Entwicklung der Konsumgruppen im Zeitverlauf (adjustierte Werte*).....	71
Abbildung 7.10: Entwicklung des durchschnittlichen Tageskonsums in Gramm Alkohol nach Alter und drei Altersgruppen (adjustierte Werte*).....	72
Abbildung 7.11: Vergleich der Alkoholkonsumgruppen laut ATHIS 2019 bzw. GPS 2020 (Rohwerte bzw. adjustierte Werte) .....	73
Abbildung 8.1: Prävalenz des Konsums von Schlaf- bzw. Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Altersgruppen.....	75
Abbildung 8.2: Bezugsquellen von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln .....	76
Abbildung 8.3: Einnahme von Schlaf- bzw. Beruhigungsmitteln im Zeitverlauf der Erhebungen von 2004, 2008, 2015 und 2020 .....	77
Abbildung 9.1: Cannabisprävalenz nach Geschlecht, Urbanitätsgrad und Bildung .....	80
Abbildung 9.2: Cannabisprävalenz im Altersverlauf.....	81
Abbildung 9.3: Entwicklung der Cannabisprävalenz 2004 bis 2020 nach Geschlecht.....	82

Abbildung 9.4: Alter des ersten Konsums von Cannabis unter allen Personen, die jemals Cannabis konsumiert haben.....	83
Abbildung 9.5: Konsumfrequenz der Personen, die im letzten Monat Cannabis konsumiert haben .....	83
Abbildung 9.6: Bewertung der medizinischen Abgabe von THC-Cannabis 2015 und 2020.....	85
Abbildung 9.7: Bewertung der allgemeinen Abgabe von Cannabis 2015 und 2020 .....	86
Abbildung 9.8: Einstellungen zur Regulierung von CBD-Cannabis (bezogen ausschließlich auf Personen, die sich zu diesem Thema ausreichend informiert fühlen).....	89
Abbildung 10.1: Ist ein drogenabhängiger Mensch eher ein Straftäter oder eher ein Kranker (Vergleich zwischen 2004, 2008 und 2020).....	93
Abbildung 10.2: Hypothetische Reaktion auf die Errichtung einer Beratungsstelle für Drogenabhängige in der näheren Wohnumgebung .....	93
Abbildung 12.1: Nutzungsintensität bei digitalen Spielen nach Geschlecht und Altersgruppen....	95
Abbildung 12.2: Tägliche Nutzung von Computerspielen nach Alter und Geschlecht.....	96
Abbildung 12.3: Nutzung von Lootboxen nach Spielintensität .....	97
Abbildung 14.1: Entwicklung der Gefährlichkeitseinschätzung im Zeitverlauf 2004, 2008 und 2020 (jeweils Anteil der Einschätzungen „sehr gefährlich“).....	103

# Tabellen

Tabelle 2.1: Übersicht über die Inhalte der Befragung in Welle 1 (T1) und Welle 2 (T2) .....	4
Tabelle 4.1: Stichprobe: Wohnbevölkerung und Gewichtung nach Geschlecht und Altersgruppen (Welle 1).....	11
Tabelle 4.2: Verteilung soziodemografischer Merkmale in Stichprobe und österreichischer Wohnbevölkerung (Welle 1) .....	13
Tabelle 5.1: Vorbelastungen bzw. negative Veränderungen durch Corona zum Zeitpunkt der ersten Befragung .....	15
Tabelle 5.2: Subjektive Belastungen als Folge der Corona-Pandemie zu Erhebungswelle 1 und 2.....	16
Tabelle 5.3: Veränderung der durchschnittlichen Menge gerauchter Zigaretten pro Tag zwischen Phase 1 (vor Corona) und Phase 4 (vier Wochen vor dem Interview im Oktober), bezogen auf alle Personen mit Zigarettenkonsum im Jahr 2020.....	19
Tabelle 5.4: Veränderung der durchschnittlichen Alkoholkonsummenge in Gramm Alkohol zwischen Phase 1 (vor Corona) und Phase 4 (vier Wochen vor dem Interview im Oktober), bezogen auf alle Personen mit Alkoholkonsum im Jahr 2020.....	24
Tabelle 6.1: Anzahl der Zigaretten pro Tag bzw. Jahr .....	33
Tabelle 6.2: Anzahl der Zigaretten pro Tag im Vergleich zwischen GPS 2015, 2020 und ATHIS 2006/07, 2014, 2019 .....	50
Tabelle 7.1: Konsumgruppen auf Basis von Konsumfrequenz und -menge (Rohwerte und adjustierte Werte*) .....	55
Tabelle 7.2: Wirkungserwartung an Alkoholkonsum (Anteil Angaben „trifft meistens zu“).....	60
Tabelle 7.3: Motive für Alkoholabstinenz nach Geschlecht und Altersgruppen (jeweils Anteil der Zustimmung) .....	62
Tabelle 7.4: Anzahl richtiger Einschätzungen des Jugendschutzalters für unterschiedliche Getränkearten, unterschieden nach Betreuungspflicht .....	68
Tabelle 7.5: Einstellungen zu Alkoholkonsum zwischen 2008 und 2020 (Anteil „stimme voll zu“ und „stimme eher zu“) .....	69
Tabelle 9.1: Prävalenzen des Konsums von CBD-Cannabis nach Geschlecht und Altersgruppen.....	87
Tabelle 9.2: In welcher Form werden CBD-haltige Cannabisprodukte konsumiert?.....	88
Tabelle 10.1: Lebenszeitprävalenz für unterschiedliche Substanzen inklusive bzw. exklusive jener Personen, die einen Konsum von „Euphotrem“ angegeben haben .....	92
Tabelle 13.1: Konditionale Prävalenz unterschiedlichen Konsum- und Nutzungsverhaltens ....	98

Tabelle 14.1: Anteil der Angaben mit Einschätzung „sehr gefährlich“ (absteigend sortiert) ... 102

# Abkürzungen

ATHIS	Austrian Health Interview Survey
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BSQF	beverage specific quantity frequency
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fünfte Auflage)
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
GF	generic frequency
ges.	gesamt
GPS	General Population Survey
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
LSD	Lysergsäurediethylamid
m.	männlich
NPS	neue psychoaktive Substanzen
w.	weiblich

# 1 Einleitung

Die österreichische **Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2020** bietet aktuelle Daten in Bezug auf Konsummuster bei legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen, auf das Nutzungsverhalten bei Glücksspiel sowie Computerspielen und auf Einstellungen gegenüber Substanzkonsum sowie Glücksspiel- und Computerspielverhalten. Diese Untersuchung stellt die umfangreichste österreichweite Datenerhebung seit drei vergleichbaren Repräsentativerhebungen zu Substanzgebrauch (in den Jahren 2004, 2008 und 2015) dar.<sup>2</sup>

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 Konsumentinnen und Konsumenten extrahieren, bieten Behandlungsstatistiken keine Auskunft über jene Personen, die sich außerhalb des Behandlungssystems befinden (z. B. weil Behandlungsbedarf nicht gegeben ist oder der notwendige Zugang nicht vorhanden ist) und sind qualitative Untersuchungen stets mit dem Makel der Nichtrepräsentativität ihrer Erkenntnisse konfrontiert.

Diesen Vorteilen quantitativer Befragungsdaten im Bereich der Suchtforschung stehen ebenso spezifische Nachteile gegenüber: Erstens sind repräsentative Bevölkerungserhebungen – entgegen ihrer Bezeichnung – durchaus ein **selektives Erhebungsverfahren**, und zwar in dem Sinne, dass 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 jenen Personengruppen gehören, die in Befragungserhebungen tendenziell untererfasst werden.

Zweitens stellt der Konsum psychoaktiver Substanzen ein Verhalten dar, das von vielen Menschen als **sozial unerwünscht** betrachtet wird – insbesondere im Falle des Konsums illegaler Substanzen. Aus diesem Grund wird Substanzkonsum 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. In den folgenden Bericht werden daher auch theoretische Aspekte und weitere Studienergebnisse einbezogen, um die Validität der Aussagen zu erhöhen.

---

<sup>2</sup>

Fragen zu Glücksspiel wurden erstmalig 2015 mit inkludiert, wurden in der gegenständlichen Erhebung aber deutlich umfangreicher erhoben. Sämtliche Ergebnisse zu Glücksspiel werden in einem separaten Bericht publiziert.

## 2 Studiendesign

### 2.1 Zielgruppe

Die Zielgruppe der „Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2020“ umfasst die **österreichische Wohnbevölkerung** (unabhängig von der Staatsbürgerschaft) im **Alter von 15 Jahren oder älter**<sup>3</sup>. Nicht Teil der Zielgruppe sind Personen **ohne festen Wohnsitz** (z. B. Obdachlose) sowie Personen, die aufgrund von **Verständnisproblemen** (infolge mangelnder Deutschkenntnisse, kognitiver Einschränkungen) nicht in der Lage sind, an der Erhebung teilzunehmen.

### 2.2 Erhebungsmethodik

Die Erhebung wurde durch ein Marktforschungsinstitut und erstmalig ausschließlich mittels **Onlinefragebögen** durchgeführt. Die Auswahl der Befragungsteilnehmer/-innen erfolgte mittels einfacher Zufallsauswahl aus einem Pool von 30.000 Personen eines offline rekrutierten Onlinepanels. Vom ursprünglichen Plan eines Methodenmixes – jeweils die Hälfte der Interviews sollte persönlich bzw. online durchgeführt werden – musste abgesehen werden, weil der projektierte Beginn der Datenerhebung mit Einschränkungen infolge der Corona-Pandemie in Österreich zusammenfiel. Damit weicht die Erhebungsmethodik sowohl von jener der Vorerhebung aus dem Jahr 2015 ab (Methodenmix aus persönlichen Interviews und Onlinebefragung) als auch von jener der Erhebungen vor 2015 (jeweils ausschließlich persönliche Interviews).

Effekte aufgrund der Selektion der Befragungsteilnehmer/-innen bzw. aufgrund des Befragungsettings (z. B. Auswirkungen einer als höher oder geringer wahrgenommenen Anonymität) können nicht ausgeschlossen werden und mangels eines Split-Half-Designs auch für die aktuellen Daten nicht berechnet werden. Analysen der Daten von 2015 haben jedoch ergeben, dass das damalige Onlinesample im Vergleich zum Sample der Face-to-Face-Befragung minimale Unterschiede in Hinblick auf soziodemografische Variablen aufweist (z. B. einen etwas höheren Anteil tertiärer Bildungsabschlüsse), aber zwischen beiden Samples keine nennenswerten Unterschiede in den Konsumprävalenzen zu verzeichnen sind (Strizek/Uhl 2016).

Ein weiterer Unterschied zu sämtlichen Vorerhebungen besteht darin, dass für die aktuelle Befragung alle Teilnehmer/-innen der ersten Erhebungswelle (Ende April bis Anfang Juni 2020) zur Teilnahme an einer **zweiten Erhebungswelle** eingeladen wurden (September bis Oktober 2020). Diese Entscheidung ist in erster Linie dem Umstand geschuldet, dass aufgrund der Corona-Pandemie zusätzliche Fragen in den ursprünglichen Fragenkatalog aufgenommen wurden und daher

---

3

Alter zum Erhebungszeitpunkt

ein Teil der ursprünglich geplanten (und nicht coronarelevanten) Fragen weichen musste und in eine zweite Erhebungswelle verschoben wurde. Da sich die Angaben zu beiden Erhebungswellen über die ID der Befragungsteilnehmer/-innen verknüpfen lassen (Paneldesign), sind zusätzlich vergleichende Analysen von Daten zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten möglich.

## 2.3 Inhalte der Befragung

In Rahmen der ersten Erhebungswelle wurden **sämtliche Indikatoren** erhoben, denen im österreichischen Suchtmonitoring eine zentrale Rolle zukommt (z. B. Konsumprävalenzen und Konsummengen bei Substanzkonsum). Im Vergleich zu den Vorerhebungen wurde der Themenbereich Glücksspiel<sup>4</sup> umfangreicher erhoben, und im Bereich Cannabis wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass derzeit unterschiedliche Cannabisprodukte (überwiegend CBD-haltige sowie überwiegend THC-haltige Cannabisprodukte) populär sind, weswegen mittels einer einleitenden Filterfrage zwischen entsprechenden Konsumerfahrungen differenziert werden musste.

An anderen Stellen wurde der ursprünglich geplante Fragebogen – der sich sehr stark an jenem der vorangegangenen Erhebung orientiert hatte – deutlich abgeändert, um der Bedeutung der aktuellen Corona-Pandemie gerecht zu werden. Zu den meisten Substanzen sowie zur Nutzung von Glücksspielen und Computerspielen wurden Fragen ergänzt, die auf **Veränderungen im Konsum- bzw. Nutzungsverhalten** seit Beginn der Corona-Pandemie sowie auf Motive für etwaige Verhaltensänderungen abzielen.

In der zweiten Erhebungswelle wurden teilweise Konsumfragen nochmals gestellt, sofern davon zu erwarten war, dass sich daraus eine etwaige **Veränderung des Verhaltens** zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten **sinnvoll ableiten** lässt (zum Beispiel die Letztmonatsprävalenz).<sup>5</sup> Außerdem wurde die Veränderung des Konsum- bzw. Nutzungsverhaltens in eine längerfristige Perspektive eingebettet und wurden zusätzliche Details der Unterschiede zwischen dem aktuellen Verhalten und jenem vor Corona erhoben (etwa bezüglich der Frage, ob Alkohol eher in Gesellschaft oder allein konsumiert wird). Zuletzt wurden in der zweiten Erhebungswelle jene Fragen inkludiert, die nicht coronaspezifisch sind und in der ersten Erhebungswelle aus Platzgründen nicht gestellt wurden, wie etwa **Fragen zu Einstellungen** gegenüber Substanzen und suchtpolitischen Maßnahmen. Insgesamt konnte mittels der Durchführung zweier Erhebungswellen die Anzahl abgefragter Themenbereiche im Vergleich zu früheren Erhebungsdurchgängen deutlich erhöht werden. Eine Übersicht über alle Module der Befragung zu den beiden Erhebungszeitpunkten findet sich in Tabelle 2.1.

---

4

Sämtliche Ergebnisse zu Glücksspiel werden in einem separaten Bericht publiziert.

5

Fragen, die aus logischen Gründen kaum zur Veränderungsmessung zwischen den beiden Zeitpunkten geeignet sind – also zum Beispiel jene nach der Lebenszeitprävalenz einer Substanz – wurden hingegen nicht gestellt.

Tabelle 2.1:

Übersicht über die Inhalte der Befragung in Welle 1 (T1) und Welle 2 (T2)

	Welle 1	Welle 2
<b>Wohlbefinden</b>		
subjektive Belastungen infolge der Corona-Pandemie	X	X
Kurzskala soziale Unterstützung		X
Kurzskala Einsamkeit		X
<b>Nikotin</b>		
Lebensprävalenz	X	
Jahresprävalenz	X	
Monatsprävalenz	X	
Aufhörversuche	X	
durchschnittliche Konsummenge	X	
kurzfristige Veränderungen im Konsumverhalten (T1 bzw. vor Corona)	X	
Motive für etwaige Konsumveränderung	X	
längerfristige Veränderungen im Konsumverhalten (T2 bzw. drei definierte Zeitpunkte davor)		X
durchschnittliche Konsummenge zu T2 und vor Corona		X
Erstkonsumalter	X	
Passivrauchen	X	
Konsumprävalenzen von E-Zigaretten	X	
längerfristige Veränderungen im Konsumverhalten bei E-Zigaretten-Gebrauch (T2 bzw. drei Zeitpunkte davor)		X
Umgang mit der Schließung von Vape-Shops		X
Konsumprävalenzen bei Shisha	X	
Konsumprävalenz bei anderen nikotinhaltigen Produkten	X	
Einstiegsprodukt	X	
Risikoeinschätzung Zigaretten- und E-Zigaretten-Konsum		X
<b>Alkohol</b>		
Lebenszeitprävalenz	X	
Jahresprävalenz	X	
Monatsprävalenz	X	X
Konsumfrequenz und Konsummenge unterschiedlicher Getränkearten	X	
generische Konsumfrequenz	X	
durchschnittliche Konsummenge	X	
kurzfristige Veränderungen im Konsumverhalten (T1 bzw. vor Corona)	X	
Motive für etwaige Konsumveränderung	X	
längerfristige Veränderungen im Konsumverhalten (T2 bzw. drei definierte Zeitpunkte davor)		X
durchschnittliche Konsummenge zu T2 bzw. vor Corona		X
typischer Konsumort zu T2 bzw. vor Corona		X
Konsum allein oder in Gesellschaft zu T2 bzw. vor Corona		
mehr als 40/60 Gramm bzw. 80/120 Gramm bei einer Gelegenheit	X	
Frequenz von Rauschen	X	
Bedarf an Unterstützungsangeboten	X	
Motive für Abstinenz	X	
Schäden durch den Alkoholkonsum anderer	X	
Wirkung durch den Konsum von Alkohol		X
Einstellungen zu alkoholpolitischen Maßnahmen		X
Wissen zum gesetzlichen Schutzalter		X
Bezug von Alkohol über das Internet		
Risikoeinschätzung Alkoholkonsum		X

	Welle 1	Welle 2
<b>Medikamente</b>		
Lebenszeitprävalenz	X	
Jahresprävalenz	X	
Monatsprävalenz	X	
kurzfristige Veränderungen im Konsumverhalten (T1 bzw. vor Corona)	X	
längerfristige Veränderungen im Konsumverhalten (T2 bzw. drei definierte Zeitpunkte davor)		X
Bezugsquelle zu T2 bzw. vor Corona		X
<b>Cannabis (separat für THC-, CBD-Cannabis und nicht näher spezifiziertes Cannabis)</b>	X	
Lebenszeitprävalenz	X	
Jahresprävalenz	X	
Monatsprävalenz	X	
Erstkonsumalter	X	
kurzfristige Veränderungen im Konsumverhalten (T1 und vor Corona)	X	
Motive für etwaige Konsumveränderung	X	
längerfristige Veränderungen im Konsumverhalten (T2 bzw. drei definierte Zeitpunkte davor)		X
Veränderung der Verfügbarkeit von Cannabis zu T2 bzw. vor Corona		X
Nutzung des Darknets für den Bezug von Cannabis (T2 bzw. drei Zeitpunkte davor)		X
Indikatoren eines problematischen Cannabiskonsums (ausschließlich für THC-Cannabis und nicht näher spezifiziertes Cannabis)	X	X
Form des Konsums (ausschließlich für CBD-Cannabis)	X	
Einstellung zur medizinischen Abgabe von THC-Cannabis		X
Einstellung zur Regulierung von THC-Cannabis allgemein		X
Einstellung zur Regulierung von CBD-Cannabis allgemein		X
Risikoeinschätzung Cannabiskonsum (THC bzw. CBD)		X
<b>andere illegale Substanzen</b>		
Lebenszeitprävalenz	X	
Jahresprävalenz	X	
Monatsprävalenz	X	
Einstellungen zu Drogensüchtigen und zu Einrichtungen der Suchthilfe		X
Nutzung des Darknets bzw. des Clearnets für den Bezug von Drogen oder neuen psychoaktiven Substanzen		X
<b>neue psychoaktive Substanzen</b>		
Lebenszeitprävalenz	X	
Jahresprävalenz	X	
Monatsprävalenz	X	
Form des Konsums (ausschließlich für CBD-Cannabis)	X	
kurzfristige Veränderungen im Konsumverhalten (T1 bzw. vor Corona)		
<b>Computerspielen</b>	X	
Lebenszeitprävalenz	X	
Jahresprävalenz	X	
Monatsprävalenz	X	
durchschnittliche Spielzeit (T1 bzw. vor Corona)	X	
kurzfristige Veränderungen im Nutzungsverhalten (T1 bzw. vor Corona)	X	
längerfristige Veränderungen in der Nutzungsfrequenz (T2 bzw. drei definierte Zeitpunkte davor)		X
durchschnittliche Spieldauer zu T2 bzw. vor Corona		X
Nutzung von und Ausgaben für Lootboxen	X	

<b>Glücksspiel *</b>	<b>Welle 1</b>	<b>Welle 2</b>
Lebenszeitprävalenz (Glücksspiel allgemein)	X	
Jahresprävalenz (für unterschiedliche Glücksspielarten)	X	
Monatsprävalenz (für unterschiedliche Glücksspielarten)	X	
Spielort für unterschiedliche Glücksspielarten	X	
Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen	X	
Saldo aus Gewinn/Verlust in den letzten 30 Tagen	X	
kurzfristige Veränderungen im Konsumverhalten (T1 und vor Corona)	X	
Motive für etwaige Konsumveränderung	X	
längerfristige Veränderungen in der Nutzungsfrequenz (T2 bzw. drei definierte Zeitpunkte davor)		X
durchschnittliche Ausgaben für Glücksspiel zu T2 bzw. vor Corona		X
Skala zur Messung problematischen bzw. pathologischen Glücksspiels	X	
Jahresprävalenz und Nutzungsfrequenz simulierten Glücksspiels		X
Spielort für Automatenspiel zu T2 bzw. vor Corona		X
Spielort für Sportwetten zu T2 bzw. vor Corona		X
Spielort für Poker zu T2 bzw. vor Corona		X
Motive für die Teilnahme an Glücksspielen		X
Einstellungen zur Glücksspielregulierung		X
<b>Soziodemografische Variablen</b>		
Geschlecht	X	
Alter	X	
Geburtsort	X	
Staatsbürgerschaft (eigene und jene der Eltern)	X	
Partnerschaftsstatus	X	
Familienstand	X	
Haushaltsgröße	X	
Urbanitätsgrad des Hauptwohnsitzes	X	
Bundesland	X	
Betreuungspflichten für Kinder oder andere Personen		X
Veränderung der Betreuungspflichten seit Corona		X
Bildungsabschluss	X	
Berufsstatus	X	X
Veränderungen des Berufsstatus seit Corona	X	X
Haushaltseinkommen	X	
Veränderungen des Haushaltseinkommens seit Corona	X	
chronische Erkrankungen	X	
Religionsbekenntnis	X	

\* Ergebnisse zu Glücksspiel werden in einem separaten Bericht publiziert.

Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 2.4 Stichprobenziehung und Datenerhebung

Die Befragung wurde in allen neun Bundesländern durchgeführt, wobei darauf geachtet wurde, dass die Anzahl der Teilnehmer/-innen in der Bruttostichprobe proportional dem Bevölkerungsumfang der Bundesländer entspricht.

Um präzisere Aussagen über Jugendliche und junge 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. Werden Parameter über die gesamte Stichprobe berechnet, wird der überproportionale Anteil dieser Teilgruppe durch Gewichtung kompensiert. Insgesamt setzt sich die Stichprobe aus gültigen Angaben von 5.963 Personen zusammen, wobei knapp 5.000 von ihnen repräsentativ für die österreichische Wohnbevölkerung realisiert wurden und zusätzlich 1.000 Personen repräsentativ aus der Altersgruppe 15- bis 29 Jahre befragt wurden.

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

Das Auswahlverfahren für die online durchgeführten Befragungen entspricht einer **einfachen Zufallsauswahl**. Dazu wurden Befragungsteilnehmer/-innen aus einem bereits bestehenden Onlinepanel mit mehr als 30.000 Haushalten ausgewählt, bei dessen Erstellung darauf geachtet worden war, dass es der Gesamtbevölkerung möglichst gut entspricht. Um einen überproportionalen Anteil internetaffiner Menschen zu vermeiden, wurde dieses Panel nahezu ausschließlich offline rekrutiert (Anteil Rekrutierung per Telefon = 94 %). Personen in diesem Onlinepanel werden in unregelmäßigen Abständen (ca. drei bis vier Befragungseinladungen pro Quartal) zu Befragungen mit unterschiedlichen Inhalten eingeladen.

Die erste Erhebungswelle fand zwischen 29. April und 2. Juni 2020 statt, die zweite Erhebungswelle folgte zwischen 30. September und 26. Oktober 2020. Alle Personen, die an der ersten Erhebungswelle teilgenommen hatten, und nur diese, wurden auch zur Teilnahme an der zweiten Erhebungswelle eingeladen. In beiden Erhebungswellen wurden alle ausgewählten Personen bis zu dreimal zur Teilnahme eingeladen. Für die erste Erhebungswelle konnte eine Stichprobengröße von  $n = 5.963$  sowie eine Beteiligungsquote von 39 Prozent erreicht werden. 55 Prozent der Teilnehmer/-innen aus der ersten Welle haben sich auch an der zweiten Erhebungswelle beteiligt ( $n = 3.289$ ). Um Verzerrungen durch diesen „Panelschwund“ zu korrigieren, wurden die Daten aus beiden Erhebungswellen jeweils separat nach der Alters- und Geschlechtsverteilung der österreichischen Wohnbevölkerung gewichtet (vgl. Kap. 4.1).

## 3 Datenaufbereitung

Wenngleich die Datenaufbereitung essenziell und unabdingbar ist, wird ihr in der akademischen Methodenlehre oft zu wenig Bedeutung zugemessen, weil dieser Prozess nur selten in Publikationen Niederschlag findet und den aufbereiteten Daten dieser entscheidende Vorgang, der selbst bei unvermeidbaren, minimalen Formen der Datenaufbereitung und Datenbereinigung in der Praxis viel Zeit in Anspruch nimmt, nicht anzusehen ist. Grob lässt sich die Datenaufbereitung in folgende Schritte unterteilen (Akremi et al. 2011): Identifikation fehlerhafter Werte 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

- » logisch zulässiger Wertebereiche (z. B. kann das Alter einer Person nicht kleiner als null sein oder die Angabe zu einer geschlossenen Frage nur den vorgegebenen Antwortkategorien entsprechen),
- » einer Unterscheidung zwischen zulässig fehlenden Werten (dazu zählen etwa aufgrund von Filtern von manchen Befragten übersprungene Fragen) und unzulässig fehlenden Werten,
- » alltagserprobten Allgemeinwissens (z. B. sollte das Alter einer Person nicht 110 Jahre übersteigen) oder von Expertenwissen (Konsumangaben von mehr als 100 Zigaretten pro Tag sind unplausibel) sowie
- » interner Plausibilitätsprüfungen durch Kreuztabellierung von Daten, die in einer logischen Hierarchie oder Beziehung zueinander stehen (wer beispielsweise 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 infrage, wobei im Wesentlichen zwischen **bewussten und unbewussten Falschangaben** differenziert werden kann.

Die Ursache unbewusster Falschangaben kann bei den Erhebungsverantwortlichen liegen, wenn etwa durch unklare Formulierungen im Erhebungsinstrument Missverständnisse provoziert werden. Diese Fehlerquellen sollten durch Maßnahmen wie Testdurchläufe des Fragebogens oder Interviewerschulungen minimiert werden. Da Letzteres bei Onlinefragebögen nicht möglich ist, kam bei der vorliegenden Erhebung der Gestaltung des Fragebogens und der Nutzung entsprechender technischer Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. ausführlicher Erläuterungstexte bei komplexeren Begriffen oder Fragestellungen) eine wichtige Rolle zu. Selbst ausführliches Testen kann jedoch

niemals verhindern, dass ein gewisser Anteil der Befragten die Intention bzw. bestimmte Formulierungen in der Fragestellung anders interpretiert, als dies seitens der Erhebungsverantwortlichen intendiert war, und somit unbewusst falsche Angaben macht.

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 (und wurden im Rahmen der Datenaufbereitung ausgeschlossen), da es die Intention der Befragten war, nichtverwertbare Angaben zu liefern (Akremi et al. 2011).

### 3.3 Fehlerkorrektur

Datenbereinigungen auf Basis der oben beschriebenen Plausibilitätsprüfungen wurden insbesondere bei

- » **unzulässig fehlenden Werten** (Ausschluss gesamter Datensätze mit fehlenden Angaben zu Alter oder Geschlecht) und
- » **unplausiblen Extremangaben** (z. B. wurde als unplausibel gewertet, wenn mehr als 30 Getränkeeinheiten auf die offene Frage zur maximalen Getränkeanzahl pro Trinkgelegenheit angegeben worden waren)

vorgenommen. Korrekturen offensichtlich widersprüchlicher Angaben auf Basis geschlossener Fragen waren nur in Ausnahmefällen notwendig, da durch die Erhebungsmethode bereits bei der (elektronischen) Dateneingabe Plausibilitätschecks durchgeführt worden waren.

Eine spezifische Form der Fehlerkorrektur bei der Berechnung der durchschnittlich konsumierten Alkoholmenge erfolgte analog den vorherigen Repräsentativerhebungen: Die auf Basis von Selbstangaben errechneten durchschnittlichen Alkoholkonsummungen 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 der Fall gewesen war (Strizek/Uhl 2016; Uhl, Alfred et al. 2005; Uhl et al. 2009c).

Für die Unterschätzung der durchschnittlichen Alkoholkonsummenge sind primär zwei Phänomene verantwortlich: Einerseits sind Personen, die in extremem Ausmaß Alkohol konsumieren, bei Repräsentativerhebungen üblicherweise stark unterrepräsentiert (Undersampling). Dieses Phäno-

men betrifft nicht nur den Substanzkonsum. Ganz generell sind Personen mit extremen Verhaltensmustern nur schwer für Befragungen erreichbar. Andererseits ist bei Personen, die mit Fragebogenerhebungen erreicht werden bzw. bereit sind, an diesen teilzunehmen, die Tendenz festzustellen, aus Gründen der sozialen Erwünschtheit einen geringeren als den tatsächlichen Alkoholkonsum anzugeben (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 Repräsentativerhebungen lediglich **ein Viertel aller Alkoholiker/-innen** erfasst wird. Rechnerisch ergänzt werden die „fehlenden Alkoholiker/-innen“ auf Grundlage von Behandlungsdaten.<sup>6</sup> 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 auf diese Weise berechnete „adjustierte durchschnittliche Alkoholkonsum“ der Befragungsteilnehmer/-innen ab 15 Jahren ist daher identisch mit dem durchschnittlichen Alkoholkonsum, der auf Grundlage offizieller Verkaufszahlen für ebendiese Altersgruppe errechnet wurde.<sup>7</sup>

In der vorliegenden Untersuchung ergibt sich ohne Adjustierung ein Reinalkohol-Durchschnittskonsum pro Jahr bei Personen ab 15 Jahren von 4,6 Litern oder 10 Gramm pro Tag (dies entspricht etwa 0,25 Liter Bier oder einem Sechzehntelliter Wein). Nach Korrektur des Undersampling-Fehlers kommt man auf 7,8 Liter Reinalkohol. Adjustiert man die Werte zusätzliche in Bezug auf Wirtschaftsdaten (Underreporting-Korrektur), erhält man den realistischen Wert von 12,4 Liter Reinalkohol. Mit anderen Worten: Wenn man die unkorrigierten Ergebnisse der Repräsentativerhebung für bare Münze nimmt, sieht man bloß 37 Prozent des tatsächlichen Konsums; man unterschätzt also den laut Produktionsdaten verkauften Alkoholkonsum um 63 Prozent.

---

6

Die Alters- und Geschlechterverteilung entspricht jener stationär behandelter Personen mit der Hauptdiagnose F10.2 aus dem Jahr 2018. Als durchschnittlicher Tageskonsum werden Werte herangezogen, die dem Konsumverhalten vor Behandlungsantritt laut Selbstauskunft der Patientinnen/Patienten entsprechen (226 Gramm Reinalkohol bei Männern und 130 Gramm Reinalkohol bei Frauen).

7

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, sowie der durchschnittliche Alkoholkonsum pro Tag zur Verfügung.

## 4 Gewichtung und Repräsentativität der Ergebnisse

### 4.1 Gewichtung nach Alter und Geschlecht

Die Datensätze der beiden Erhebungswellen wurden miteinander verknüpft und jeweils entsprechend der Alters- und Geschlechtsverteilung der österreichischen Wohnbevölkerung gewichtet. Das bedeutet, dass zwei Gewichte erstellt wurden, wobei Gewicht 1 ausschließlich für Auswertungen von Daten der ersten Erhebungswelle und Gewicht 2 ausschließlich für Auswertungen von Daten der zweiten Erhebungswelle herangezogen wurde. Auf diese Weise wurde vermieden, dass durch den Panelschwund (= Ausfall von Teilnehmerinnen/Teilnehmern der ersten Erhebungswelle bei der zweiten Erhebungswelle) die Daten der zweiten Erhebungswelle die österreichische Wohnbevölkerung nicht repräsentativ abbilden.

Tabelle 4.1:

Stichprobe: Wohnbevölkerung und Gewichtung nach Geschlecht und Altersgruppen (Welle 1)

	Stichprobe (ungewichtet)		österreichische Wohnbevölkerung		Gewichtungsfaktor		Stichprobe (gewichtet)	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
15-17 Jahre*	57	46	132.591	124.675	1,83	2,13	104	98
18-19 Jahre	129	101	94.278	87.460	0,57	0,68	74	69
20-24 Jahre	398	400	273.309	257.454	0,54	0,51	215	203
25-29 Jahre	343	424	308.820	294.888	0,71	0,55	243	232
30-34 Jahre	86	227	306.621	296.545	2,80	1,03	241	233
35-39 Jahre	148	270	302.548	297.410	1,61	0,87	238	234
40-44 Jahre	140	269	283.265	283.391	1,59	0,83	223	223
45-49 Jahre	177	277	319.069	323.491	1,42	0,92	251	254
50-54 Jahre	177	299	359.620	355.963	1,60	0,94	283	280
55-59 Jahre	213	285	332.571	334.314	1,23	0,92	262	263
60-64 Jahre	187	235	263.940	279.301	1,11	0,93	208	220
65-69 Jahre	181	190	211.022	235.023	0,92	0,97	166	185
70-74 Jahre	206	128	177.376	210.049	0,68	1,29	140	165
75+ Jahre	228	142	334.431	500.658	1,15	2,77	263	394
Gesamt	2.670	3.293	3.699.461	3.880.622	—	—	2.911	3.053
Durchschnitts- alter	45,5	43,7	—	—	—	—	46,8	48,8

\*Da die Anzahl der 15- bis 17-Jährigen im Sample deutlich von der Anzahl der 18- bis 19-Jährigen abweicht, wurden hier anstelle eines Gewichts für eine Fünfjahresgruppe zwei separate Gewichte berechnet.

Quelle: GPS 2020 (Variablen sd1 und sd2); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 4.2 Repräsentativität hinsichtlich anderer Variablen

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

In Tabelle 4.2 wird die Verteilung soziodemografischer Variablen, die möglicherweise das Antwortverhalten beeinflussen, für die Stichprobe sowie für die österreichische Wohnbevölkerung (basierend auf Daten der Statistik Austria) dargestellt.

Dabei zeigt sich, dass die (nach Alter und Geschlecht gewichtete) Stichprobe hinsichtlich der **regionalen Verteilung** nach Bundesländern sowie hinsichtlich des **Erwerbsstatus** (erwerbstätig, arbeitslos, nicht erwerbstätig) der Wohnbevölkerung entspricht.

Dem stehen verhältnismäßig große Divergenzen zwischen der Stichprobe und der österreichischen Wohnbevölkerung in Hinblick auf den **Bildungsabschluss**, den **Geburtsort** sowie die **Staatsbürgerschaft** gegenüber.<sup>8</sup> 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. In Hinblick auf den Faktor **Bildung** sind Personen mit einem unterdurchschnittlichen Bildungsabschluss (Sekundarstufe I, siehe Erläuterung bei Tabelle 4.2) unterrepräsentiert, wohingegen Personen mit einem mittleren Bildungsabschluss (Sekundarstufe II) überrepräsentiert sind. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit anderen Suchtsurveys (Kraus/Pabst 2010) bzw. der allgemeinen Erfahrung in der empirischen Sozialforschung, dass Fragebogenerhebungen häufig einen Mittelschichtsbias aufweisen (Diekmann 2007).

---

8

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 stark hoch gewichtet werden. Dieser Effekt wird umso größer, je mehr Merkmalskombinationen bestehen. Bei 13 Altersausprägungen und zwei Geschlechtsausprägungen (= 26 Gewichte) erhöht sich diese Anzahl bei Hinzuziehung einer weiteren Dimension (z. B. Bildung) mit drei Ausprägungen auf 78 Gewichte (=  $26 \times 3$ ). 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 verhältnismäßig (also im Vergleich zur tatsächlichen Verteilung in der österreichischen Wohnbevölkerung) viele Personen erfasst, die in Deutschland geboren sind, und verhältnismäßig 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 soziodemografischer Merkmale in Stichprobe und österreichischer Wohnbevölkerung (Welle 1)

Variable	Ausprägung	gewichtete Stichprobe	österreichische Bevölkerung 15 Jahre oder älter
Bundesland	Burgenland	3 %	3 %
	Kärnten	6 %	6 %
	Niederösterreich	19 %	19 %
	Oberösterreich	21 %	17 %
	Salzburg	5 %	6 %
	Steiermark	13 %	14 %
	Tirol	8 %	8 %
	Vorarlberg	3 %	4 %
	Wien	22 %	21 %
Bildungsabschluss	Sekundarstufe I	9 %	19 %
	Sekundarstufe II	58 %	51 %
	tertiärer Bildungsabschluss	33 %	31 %
Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	59 %	59 %
	arbeitslos	5 %	3 %
	Nichterwerbspersonen (z. B. in Ausbildung, Pension)	36 %	39 %
Geburtsort	Österreich	94 %	78 %
	Ausland	6 %	22 %
Staatsbürgerschaft	österreichisch	93 %	84 %
	nichtösterreichisch	7 %	16 %

Erläuterung zur Variable Bildungsabschluss: Sekundarstufe I umfasst alle Personen, die als höchsten Bildungsabschluss nicht mehr als die Unterstufe einer allgemeinbildenden, berufsbildenden oder mittleren Schule abgeschlossen haben ( $\triangleq$  Pflichtschulabschluss ohne Berufsausbildung). Sekundarstufe II umfasst alle Personen, die als höchsten Bildungsabschluss eine Lehre oder die Oberstufe einer allgemeinbildenden oder eine berufsbildende höhere bzw. mittlere Schule abgeschlossen haben ( $\triangleq$  Matura oder Berufsausbildung). Tertiärer Bildungsabschluss umfasst alle Personen, die als höchsten Bildungsabschluss eine Hochschule (Universität) oder einen Fachlehrgang mit Hochschulcharakter abgeschlossen haben.

Quelle: GPS 2020 bzw. (Statistik Austria 2020d; Statistik Austria 2020b; Statistik Austria 2020a; Statistik Austria 2020c)  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 5 Auswirkungen der Corona-Krise

Fragen mit einem direkten Bezug zu Corona bzw. zu vorläufigen Folgen der Corona-Krise zielen auf objektive und subjektive Belastungen im Rahmen des ersten Lockdowns bzw. zum Zeitpunkt des zweiten Interviews ab (vgl. Kap. 5.1). Da derartigen Fragen in anderen Erhebungen beträchtlich umfangreicher nachgegangen wurde, zielen die diesbezüglichen Fragen im Rahmen der gegenständlichen Repräsentativerhebung nicht darauf ab, eine umfassende Darstellung der negativen Auswirkungen der Corona-Krise zu ermöglichen. Stattdessen dienen sie in erster Linie als mögliche Einflussvariablen für Veränderungen im Substanzkonsumverhalten sowie der Glücks- und Computerspielnutzung (vgl. Kap. bis Kap. 5.6). Dabei folgte der Aufbau der Fragenblöcke in der ersten Welle (Ende April bis Anfang Juni) jeweils demselben Muster, dergestalt dass einer Frage zur Veränderung des jeweiligen Verhaltens eine Frage zu den Motiven für diese Verhaltensänderung folgt.

In der zweiten Erhebungswelle (Ende September bis Ende Oktober) wurden erneut Fragen zur Veränderung des Konsum- bzw. Nutzungsverhaltens gestellt, die sich von jenen der ersten Welle in folgender Hinsicht unterscheiden:

- » Im Vergleich zur ersten Erhebungswelle wurden in Hinblick auf den zu **berücksichtigenden Zeithorizont** anstelle zweier Phasen (vor dem ersten Lockdown vs. seit dem ersten Lockdown) insgesamt vier Phasen<sup>9</sup> unterschieden.
- » Zudem wurden Veränderungen detaillierter erhoben, beispielsweise wurde nicht nur erhoben, ob der Alkoholkonsum in Summe zugenommen hat, sondern **Konsumfrequenz** und durchschnittliche **Konsummenge** wurden separat erhoben.
- » **Motive** für eine Veränderung des Verhaltens wurden hingegen im Rahmen der zweiten Erhebungswelle nicht erneut abgefragt.

### 5.1 Belastungen infolge der Corona-Krise

Objektive Komponenten möglicher Belastungen durch die Corona-Krise umfassen z. B. eine Veränderung des Haushalteinkommens, das Vorhandensein von Vorerkrankungen (die entsprechend der COVID-19-Risikogruppe-Verordnung [BGBl. II Nr. 203/2020] einen schweren Verlauf begünstigen würden) oder berufliche Veränderungen (vgl. Tabelle 5.1). Zusätzlich wurden vier subjektive Dimensionen erhoben, nämlich negative Veränderungen in den Bereichen psychisches Wohlbefinden, Arbeits- und Einkommenssituation, soziales Wohlbefinden sowie allgemeine Verschlechterungen (vgl. Tabelle 5.2). Diese vier subjektiven Dimensionen wurden auf identische Weise auch in Welle 2 erhoben.

---

9

Phase 1: vor Corona (Jänner–Februar 2020); Phase 2: während des ersten Lockdowns (März–Juni 2020); Phase 3: ab Beginn der Lockerungen (Juli bis Anfang September 2020); Phase 4: aktueller Konsum (in den letzten 4 Wochen)

Tabelle 5.1:

Vorbelastungen bzw. negative Veränderungen durch Corona zum Zeitpunkt der ersten Befragung

	männlich	weiblich	15 bis 34 Jahre	35 bis 64 Jahre	65 Jahre oder älter	gesamt
<b>Vorerkrankungen</b>						
keine chronischen Erkrankungen	67 %	70 %	82 %	69 %	48 %	68 %
chronische Erkrankungen laut COVID-19-Risikogruppe-Verordnung	26 %	19 %	11 %	20 %	43 %	23 %
andere chronische Erkrankungen	7 %	11 %	7 %	10 %	9 %	9 %
<b>berufliche Veränderungen</b>						
Ja, ich bin weiterhin berufstätig, arbeite aber vor allem von zu Hause (Home-Office).	27 %	22 %	30 %	32 %	3 %	25 %
Ja, ich bin zwar weiterhin berufstätig, aber befinde mich in Kurzarbeit.	13 %	11 %	19 %	14 %	0 %	12 %
Ja, ich gehöre einer Berufsgruppe an, die derzeit nicht arbeiten darf.	3 %	4 %	6 %	4 %	2 %	4 %
Ja, ich habe infolge der Corona-Krise meinen Arbeitsplatz verloren.	3 %	2 %	7 %	1 %	0 %	3 %
Nein, ich bin weiterhin berufstätig und arbeite weiterhin an meinem gewohnten Arbeitsplatz.	26 %	21 %	25 %	32 %	3 %	23 %
Nein, ich war bereits vor der Corona-Krise nicht berufstätig.	27 %	34 %	15 %	16 %	81 %	30 %
<b>Veränderung des Haushaltseinkommens</b>						
keine Veränderung des Einkommens	57 %	60 %	44 %	58 %	76 %	58 %
verringertes Einkommen	36 %	34 %	43 %	36 %	21 %	35 %
höheres Einkommen	8 %	6 %	13 %	6 %	3 %	7 %

Quelle: GPS 2020 (Variablen s16a bis s16g, sd18, sd19); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Erwartungsgemäß gaben ältere Personen zum Zeitpunkt der ersten Befragung häufiger an von Vorerkrankungen betroffen zu sein als jüngere. Letztere sind hingegen deutlich häufiger von beruflichen Veränderungen betroffen: So gibt etwa ein Drittel der Befragten (19 % + 6 % + 7 % = 32 %) in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen an, dass sie zum Zeitpunkte der ersten Erhebungswelle, also nach dem ersten Lockdown, infolge der Corona-Krise ihren Arbeitsplatz verloren haben bzw. nicht arbeiten durften oder sich in Kurzarbeit befanden. Die jüngste Altersgruppe ist auch am häufigsten von einer Reduktion des Haushaltseinkommens betroffen (43 %). Männer sind etwas häufiger von Vorerkrankungen betroffen als Frauen, sonst zeigen sich jedoch eher geringfügige Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Auch in den subjektiven Belastungsdimensionen spiegelt sich zu beiden Erhebungszeitpunkten wider, dass Personen zwischen 15 und 34 Jahren am stärksten in ihrer Arbeits- oder Einkommenssituation betroffen sind. Geringer fallen Altersunterschiede in Bezug auf das psychische Wohlbefinden, das soziale Wohlbefinden sowie auf die Einschätzung einer generellen Verschlechterung des Lebens aus. Tendenziell schneiden aber auch bei diesen Dimensionen Personen aus der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen am schlechtesten ab. Der durchschnittliche Belastungswert liegt bei Frauen zu beiden Erhebungszeitpunkten in den Dimensionen psychisches Wohlbefinden und soziales Wohlbefinden über jenem von Männern, wohingegen Männer im Bereich Arbeits- und

Einkommenssituation im Durchschnitt eine höhere Belastung berichten. Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern hier aber vergleichsweise gering (vgl. Tabelle 5.2). Im Vergleich der durchschnittlichen Belastung zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten fällt in erster Linie eine Entspannung in den Bereichen „Arbeits- und Einkommenssituation“ sowie „soziales Wohlbefinden“ auf. Belastungen in Bezug auf das „psychische Wohlbefinden“ und eine insgesamt empfundene „Verschlechterung des Lebens“ haben sich hingegen nur sehr geringfügig zum Positiven verändert, wenngleich auch hier für keine der Subgruppen eine Verschlechterung relativ zum ersten Befragungszeitpunkt zu beobachten ist.

Tabelle 5.2:  
Subjektive Belastungen als Folge der Corona-Pandemie zu Erhebungswelle 1 und 2

Seit Ausbruch der Corona-Krise hat sich ...	Männlich	weiblich	15 bis 34 Jahre	35 bis 64 Jahre	65 Jahre oder älter	gesamt
... mein psychisches Wohlbefinden deutlich verschlechtert (z. B. aus Angst vor einer Ansteckung, aus Sorge um nahestehende Menschen).	3,2	3,6	3,8	3,4	3,2	3,4
	3,2	3,5	3,8	3,3	2,9	3,4
.. meine Arbeits- und Einkommenssituation deutlich verschlechtert (z. B. habe ich akute Sorge um meinen Arbeitsplatz, bin arbeitslos geworden, bin in Kurzarbeit, habe jetzt ein deutlich geringeres Einkommen).	3,1	2,9	3,9	3,1	1,5	3,0
	2,7	2,4	3,4	2,6	1,4	2,6
... mein soziales Wohlbefinden deutlich verschlechtert (z. B. durch Einsamkeit, fehlenden Kontakt zu wichtigen Menschen, intensive Betreuungsaufgaben).	4,0	4,3	4,7	4,0	3,5	4,1
	3,4	3,7	4,1	3,5	3,0	3,5
... mein Leben insgesamt deutlich verschlechtert.	3,2	3,3	3,7	3,2	2,7	3,2
	3,0	3,1	3,6	3,1	2,5	3,1

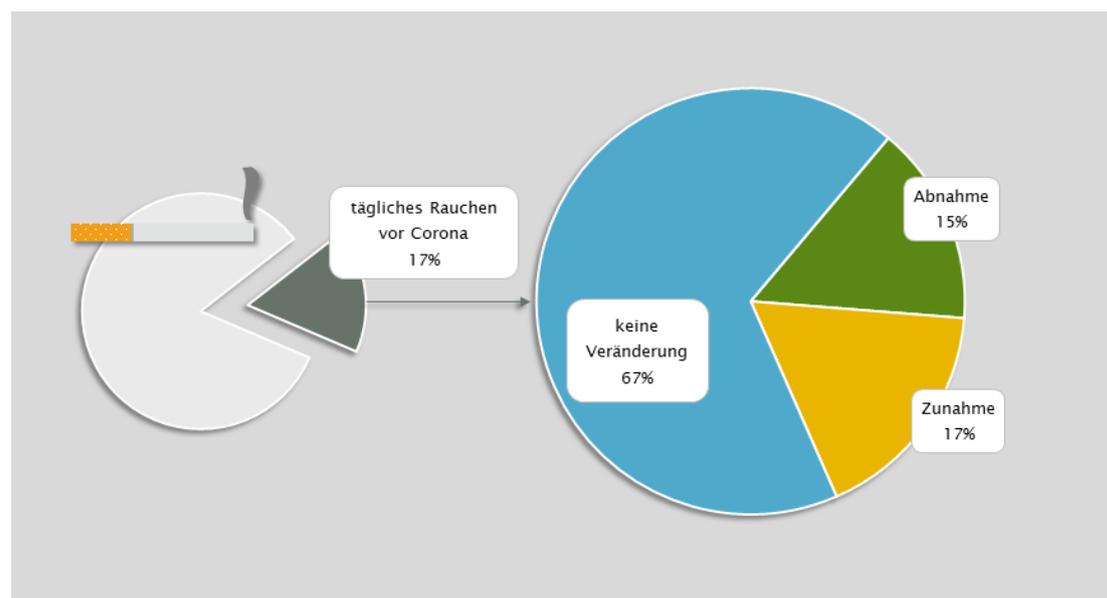
Mittelwert, berechnet auf Basis aller gültigen Angaben mit einer Skala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 10 (trifft sehr zu). Innerhalb jeder Zelle beziehen sich der obere Wert auf das Ergebnis der ersten und der untere Wert auf jenes der zweiten Erhebungswelle.

Quelle: GPS 2020 (Variablen c1 bis c4); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 5.2 Auswirkungen auf den Konsum von (E-)Zigaretten

### Kurzfristige Veränderung des Konsumverhaltens während des ersten Lockdowns laut erster Erhebungswelle

Abbildung 5.1:  
Zigarettenrauchen vor und nach Beginn der Corona-Krise



Quelle: Österreichische Repräsentativerhebung zu suchtrelevantem Verhalten (2020); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Knapp jede(r) fünfte Befragte (17 %) gibt an, in den letzten 30 Tagen vor der Corona-Krise täglich Zigaretten geraucht zu haben. Von diesen täglichen Raucherinnen/Rauchern haben **etwa gleich viele Personen seit Beginn der Krise ihren Konsum gesteigert bzw. reduziert** (17 % vs. 15 %). Personen, welche die Corona-Krise überproportional als Belastung (siehe subjektive Belastungsindikatoren in Tabelle 5.2) wahrnehmen, berichten auch häufiger als weniger belastete Personen, ihre Konsumgewohnheiten geändert zu haben (sowohl in Richtung Konsumreduktion als auch in Richtung Konsumsteigerung).

Ein Fünftel der rauchenden Frauen gibt an, seit Corona ihren Zigarettenkonsum gesteigert zu haben (21 %). Bei Männern beträgt dieser Anteil nur 14 Prozent. Insgesamt zeigen sich stärkere Auswirkungen auf das Konsumverhalten jüngerer Menschen als auf jenes Älterer: Ca. 40 Prozent der rauchenden 15- bis 34-Jährigen haben ihr Konsumverhalten geändert, während es bei den rauchenden über 65-Jährigen nur 20 Prozent sind.

Als wichtigsten Faktor für eine Reduktion des Zigarettenkonsums nennt etwa ein Drittel mangelnde Gelegenheiten, weil z. B. zu Hause nicht geraucht wird und durch die Einschränkungen des Lockdowns es seltener zu Versuchungen kam, Zigaretten zu rauchen. Ein Viertel nennt gesundheitliche

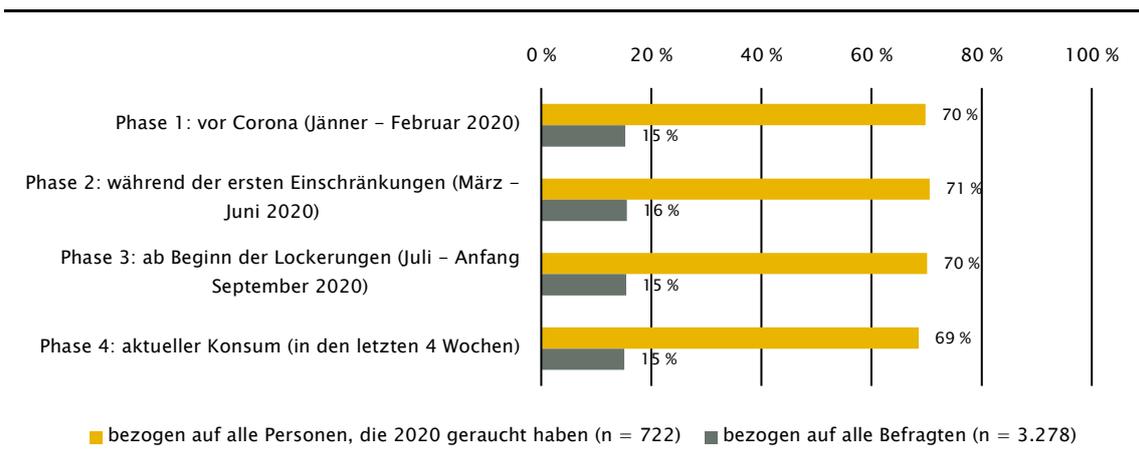
Überlegungen im Zusammenhang mit einer möglichen Corona-Infektion als Grund dafür, den Zigarettenkonsum zu reduzieren. Die am häufigsten genannten Gründe für einen gesteigerten Zigarettenkonsum sind einerseits erhöhter Stress bzw. mehr Belastungen, andererseits mehr Freizeit.

### Längerfristige Auswirkungen auf das Rauchverhalten laut zweiter Erhebungswelle

Die Ergebnisse aus der zweiten Erhebungswelle zeigen in Hinblick auf die Konsumfrequenz, dass es unter Personen, die in den letzten zwölf Monaten Zigaretten konsumiert haben, während des ersten Lockdowns zu keiner nennenswerten Veränderung des Anteils der Personen mit täglichem oder fast täglichem (5–6 Tage pro Woche) Zigarettenkonsum gekommen ist (vgl. Abbildung 5.2). Analog dazu hat sich auch in Bezug auf alle befragten Personen (inklusive jener Personen, die seit Anfang 2020 keine Zigaretten geraucht haben) keine nennenswerte Veränderung ergeben und beträgt der Anteil der täglichen bzw. fast täglichen Raucher/-innen gleichbleibend etwa 15 bis 16 Prozent über alle vier Phasen hinweg.

Abbildung 5.2:

Anteil der Personen mit täglichem bzw. fast täglichem (5–6 Tage pro Woche) Zigarettenkonsum zu vier Phasen während der Corona-Krise



Quelle: GPS 2020 (Variablen zig\_phase1 zig\_phase2 zig\_phase3 zig\_phase4.); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Auf Basis der Angaben von Raucherinnen und Rauchern zu Konsummenge und Konsumfrequenz zwischen Phase 1 (vor Corona) und Phase 4 (vier Wochen vor dem Interview im Oktober) lässt sich mittels Multiplikation die durchschnittliche Anzahl der Zigaretten schätzen, die in dieser Zeit geraucht wurden. Bezogen auf alle Personen mit Zigarettenkonsum im Jahr 2020, zeigt sich keinerlei Veränderung bei der durchschnittlichen Gesamtanzahl gerauchter Zigaretten zwischen der Zeit vor Corona (Phase 1) und den letzten vier Wochen vor der Durchführung des Interviews (Phase 4; vgl. Tabelle 5.3). Ebenso wenig lassen sich hier Unterschiede zwischen Männern und Frauen erkennen. Nach Altersgruppen differenziert, gibt es allerdings Unterschiede: Bei Personen im Alter ab 65 Jahren ist ein deutlicher Rückgang um 14 Prozent zu verzeichnen, bei 15- bis 35-Jährigen ein geringer Rückgang um vier Prozent und bei 35- bis 64-Jährigen eine Zunahme um fünf Prozent. Personen mit einem hohen Bildungsabschluss (Hochschule oder Ähnliches) weisen hingegen einen

erhöhten Zigarettenkonsum auf, bei den beiden anderen Gruppen (Sekundarstufe I und II) wurde ein geringer Konsumrückgang berichtet.

Tabelle 5.3:

Veränderung der durchschnittlichen Menge gerauchter Zigaretten pro Tag zwischen Phase 1 (vor Corona) und Phase 4 (vier Wochen vor dem Interview im Oktober), bezogen auf alle Personen mit Zigarettenkonsum im Jahr 2020

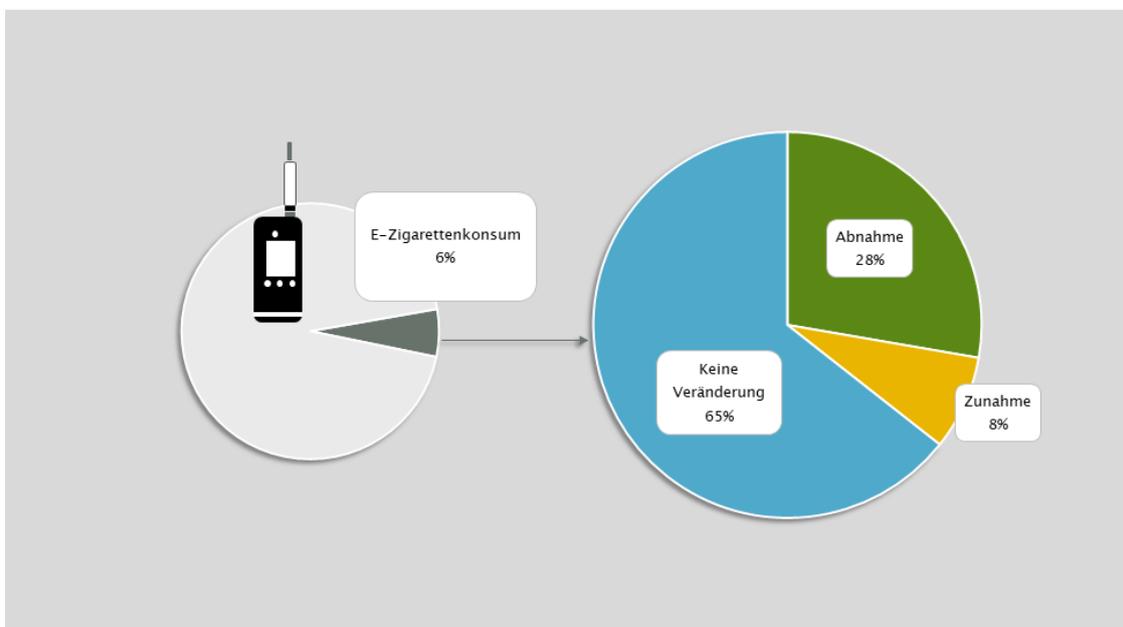
	Phase 1 (vor Corona, Jänner bis Februar 2020)	Phase 4 (in den letzten vier Wochen)	prozentuelle Veränderung
gesamt	11,0	11,0	0 %
männlich	11,0	11,1	1 %
weiblich	11,0	10,8	-1 %
15 bis 34 Jahre	7,9	7,6	-4 %
35 bis 64 Jahre	11,7	12,4	5 %
65 Jahre und älter	14,3	12,2	-14 %
Sekundarstufe I	15,8	15,7	-1 %
Sekundarstufe II	11,4	11,1	-3 %
Hochschule	8,5	9,3	9 %

Quelle: GPS 2020 (Variablen zig\_pro\_tag\_phase1 zig\_pro\_tag\_phase4, sd1, sd2\_rec2, sd10\_rec); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### Kurzfristige Auswirkungen auf den Konsum von E-Zigaretten

Abbildung 5.3:

E-Zigaretten-Konsum vor und nach Beginn der Corona-Krise



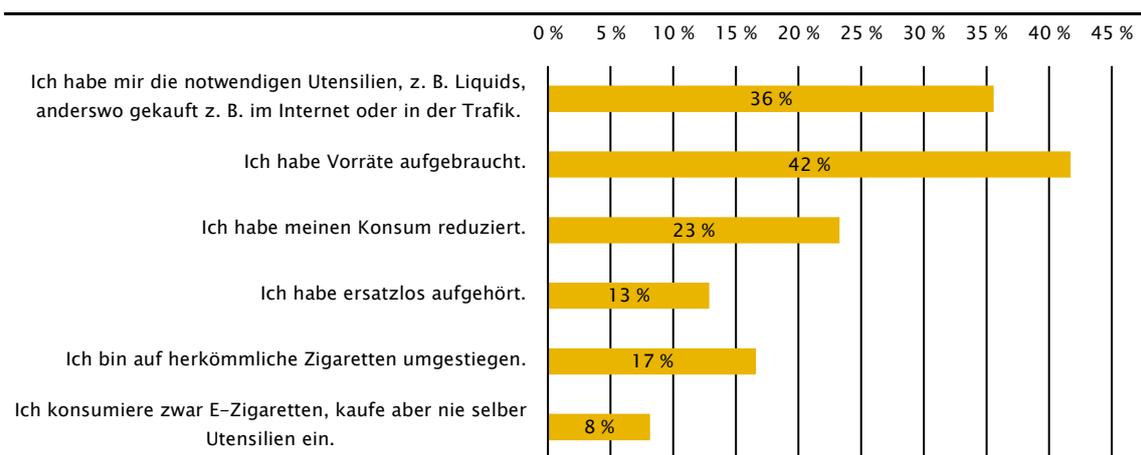
Quelle: Österreichische Repräsentativerhebung zu suchtrelevantem Verhalten (2020); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Knapp sechs Prozent der Befragten gaben an, im letzten Jahr vor der Corona-Krise E-Zigaretten konsumiert zu haben, davon etwa ein Prozent täglich. Zwei Drittel der E-Zigaretten-Konsumierenden des letzten Jahres erklärten, dass die Corona-Krise keinen Einfluss auf ihr Rauchverhalten gehabt habe. Der Anteil der E-Zigaretten-Konsumierenden, die nach eigenen Angaben seitdem **weniger E-Zigaretten** dampfen (28 %), ist wesentlich größer als der Anteil jener, welche dies seit der Corona-Krise verstärkt tun (8 %). Hinsichtlich der Auswirkungen auf den E-Zigaretten-Konsum zeigen sich keine relevanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

### Reaktionen auf geschlossene Vape-Shops

Personen, die angegeben haben, während Phase 1 (vor Corona) zumindest selten E-Zigaretten konsumiert zu haben, wurden hinsichtlich ihrer Reaktion auf die vorübergehende Schließung von Vape-Shops<sup>10</sup> befragt (vgl. Abbildung 5.4, Mehrfachantworten waren möglich). Der Großteil der Befragten hat weiterhin E-Zigaretten konsumiert und hat die notwendigen Utensilien von anderen Quellen bezogen (36 %) bzw. Vorräte aufgebraucht (42 %). Fast ein Viertel (23 %) hat dabei auch den Konsum reduziert oder sogar ersatzlos damit aufgehört (13 %).

Abbildung 5.4:  
Reaktionen auf die vorübergehende Schließung von Vape-Shops (Mitte März bis Ende April)



Anmerkung: Die Prozentangaben beziehen sich auf jene Befragten, die angegeben haben, während Phase 1 (vor Corona) zumindest selten E-Zigaretten konsumiert zu haben (n = 66). Mehrfachantworten möglich.

Quelle: GPS 2020 (Variablen ezig\_reaktion1 bis ezig\_reaktion8); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

10

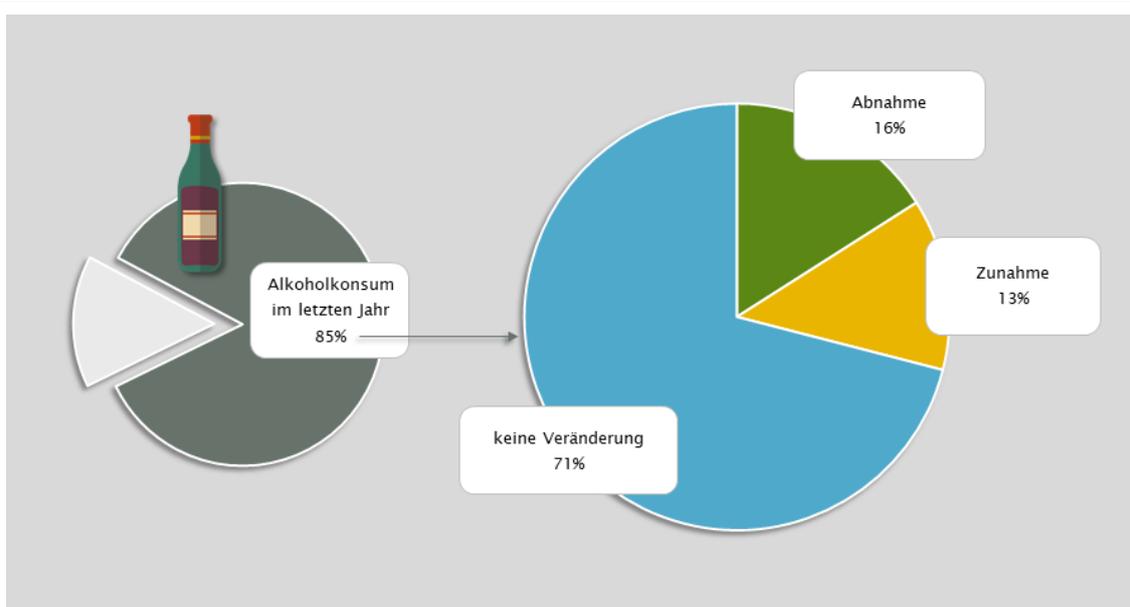
Anmerkung: Ein Vape-Shop ist ein Geschäft, das sich auf den Verkauf von E-Zigaretten und deren Zubehör spezialisiert hat.

## 5.3 Auswirkungen auf den Konsum von Alkohol

### Kurzfristige Veränderung des Konsumverhaltens während des ersten Lockdowns laut erster Erhebungswelle

Etwa 85 Prozent der Befragten haben in den letzten zwölf Monaten Alkohol getrunken. Von diesen Personen hat wiederum die große Mehrheit zum Zeitpunkt der ersten Erhebungswelle ihr Konsumverhalten infolge der Corona-Krise nicht verändert (71 %). Die Anteile der Personen, die ihren Konsum reduziert (16 %) bzw. gesteigert haben (13 %) sind ähnlich groß (vgl. Abbildung 5.5). Analog dem Tabakkonsum beeinflusst die Corona-Krise überproportional das Alkoholkonsumverhalten junger Menschen: 44 Prozent der 15- bis 34-Jährigen haben während des ersten Lockdowns ihren Konsum relevant gesteigert oder reduziert, während dies nur bei 14 Prozent der Befragten ab 65 Jahren der Fall ist.

Abbildung 5.5:  
Alkoholkonsum vor und nach Beginn der Corona-Krise



Quelle: GPS 2020 (Variablen a1 und a3b); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Männer haben etwas häufiger ihren Alkoholkonsum während des ersten Lockdowns reduziert als Frauen (19 % vs. 13 %). Personen, die ihren Alkoholkonsum reduziert haben, taten dies am häufigsten, weil sie in erster Linie in Gesellschaft trinken (64 %) oder weil sie prinzipiell zu Hause nicht trinken (40 %).

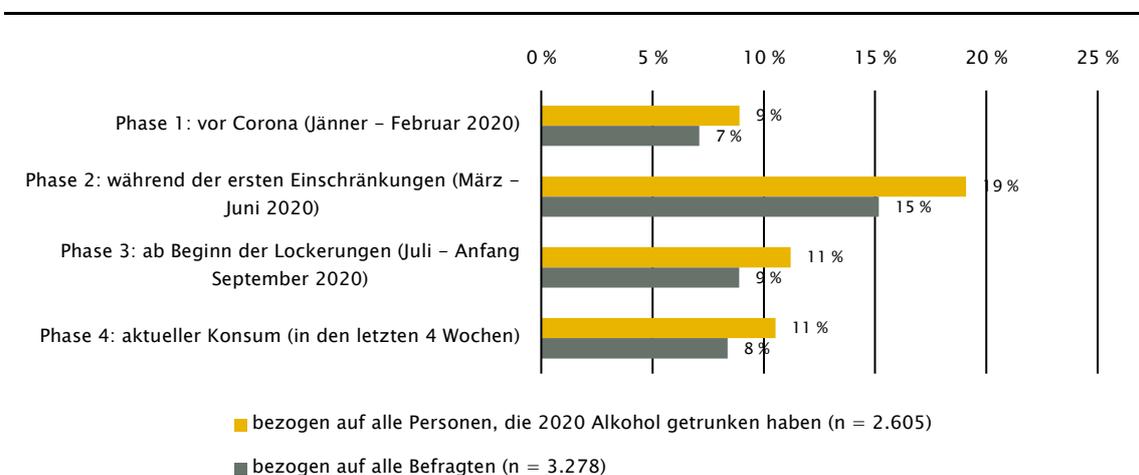
Viele Personen, deren Alkoholkonsum zugenommen hat, nennen mehr Freizeit (43 %), aber auch Stress (26 %) als Grund dafür. Personen, die sich überproportional durch die Corona-Krise belastet fühlen (siehe subjektive Belastungsindikatoren in Tabelle 5.2), haben auch häufiger ihren Konsum erhöht.

## Längerfristige Veränderungen im Konsumverhalten laut zweiter Erhebungswelle

Die Ergebnisse aus der zweiten Erhebungswelle legen nahe, dass es während des ersten Lockdowns zu einem deutlichen, aber nur kurzfristigen Anstieg des Anteils der Personen mit täglichem oder fast täglichem (5–6 Tage pro Woche) Alkoholkonsum gekommen ist: Der Anteil täglicher bzw. fast täglicher Konsumentinnen/Konsumenten in Bezug auf alle Personen, die in den letzten zwölf Monaten Alkohol konsumiert haben, verdoppelte sich zwischen Phase 1 (vor Corona) und Phase 2 (während des ersten Lockdowns), sank in der darauffolgenden Zeit bis vor der zweiten Erhebungswelle jedoch wieder annähernd auf das Niveau vor Corona ab (vgl. Abbildung 5.6).

Abbildung 5.6:

Anteil der Personen mit täglichem oder fast täglichem (5–6 Tage pro Woche) Alkoholkonsum zu vier Phasen der Corona-Krise



Quelle: GPS 2020 (Variablen alk\_phase1 alk\_phase2 alk\_phase3 alk\_phase4.); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Auch der Pro-Kopf-Konsum<sup>11</sup>, berechnet jeweils aus der angegebenen Konsumfrequenz und der angegebenen durchschnittlichen Konsummenge an einem Konsumtag, zeigt insgesamt nur geringfügige Schwankungen zwischen der Zeit vor Corona (Phase 1) und den letzten vier Wochen vor der Durchführung des Interviews (Phase 4), wenngleich für alle Subpopulationen eine (leichte) Zunahme des Durchschnittskonsums zu verzeichnen ist (vgl. Tabelle 5.4). Insgesamt legen die Angaben der Befragten nahe, dass es in diesem Zeitraum unter Personen, die im Jahr 2020 Alkohol konsumiert haben, zu einem Anstieg des Durchschnittskonsums von zehn Prozent gekommen ist.

11

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den adjustierten Pro-Kopf-Konsum sind nicht interpretierbar, da diese Adjustierung auf Basis der Wirtschaftsdaten des Jahres 2019 erfolgt und somit Veränderungen infolge von Corona-Einschränkungen noch nicht erfasst werden (vgl. Kap. 3.3). Wird hingegen der Pro-Kopf-Konsum auf Basis der Rohwerte (also ohne Undersampling- und Underreporting-Adjustierung) als Indikator herangezogen, zeigt sich im Vergleich zur Erhebung von 2015 (Strizek/Uhl 2016) kein Rückgang des Alkoholkonsums, sondern sogar eine leichte Zunahme (von 4,2 Litern pro Jahr auf 4,4 Liter pro Jahr).

Prozentuell betrachtet, ergibt sich bei Frauen ein größerer Anstieg als bei Männern, bei Personen mit niedrigem Bildungsabschluss ist dieser Anstieg größer als bei höheren Bildungsschichten und bei Personen mit einem hohen Durchschnittskonsum größer als bei Personen mit geringem oder moderatem Alkoholkonsum. Da seitens der Alkoholindustrie während des Lockdowns erhebliche Verkaufseinbußen berichtet wurden, sollten diese Befunde, basierend auf Aussagen Befragter, allerdings mit Vorsicht interpretiert werden. Eine verlässliche Aussage darüber, ob die Lockdowns zu einem Anstieg oder zu einem Rückgang des Alkoholkonsums geführt haben, ist erst möglich, wenn die Wirtschaftsdaten der Jahre 2020 und 2021 vorliegen und Befragungsdaten anhand der aktuellen Wirtschaftsdaten adjustiert werden können.

Wenig überraschend haben aber die Beschränkungen dazu geführt, dass im Zeitraum vor der zweiten Erhebungswelle der Anteil der Personen, die überwiegend oder ausschließlich zu Hause Alkohol trinken bzw. die überwiegend oder ausschließlich allein Alkohol trinken, im Vergleich zu der Zeit vor Corona um jeweils ca. ein Drittel angestiegen ist<sup>12</sup>. Entgegen der Erwartung haben die Einschränkungen infolge der Corona-Krise allerdings nicht dazu geführt, dass Personen, die bereits vor Corona überwiegend oder ausschließlich zu Hause Alkohol getrunken haben bzw. die bereits vor Corona überwiegend oder ausschließlich allein Alkohol getrunken haben, einen überproportional hohen Anstieg ihres Durchschnittskonsums verzeichnen.

---

12

Der Anteil der Personen, die überwiegend bzw. ausschließlich zu Hause Alkohol trinken, stieg von 38 % auf 49 %. Der Anteil der Personen, die überwiegend bzw. ausschließlich allein Alkohol trinken, stieg von 10 % auf 13 % (jeweils bezogen auf alle Personen, die im Jahr 2020 Alkohol konsumiert haben).

Tabelle 5.4:

Veränderung der durchschnittlichen Alkoholkonsummenge in Gramm Alkohol zwischen Phase 1 (vor Corona) und Phase 4 (vier Wochen vor dem Interview im Oktober), bezogen auf alle Personen mit Alkoholkonsum im Jahr 2020

	<b>Phase 1</b> (vor Corona, Jänner bis Februar 2020)*	<b>Phase 4</b> (in den letzten vier Wochen)*	<b>prozentuelle Veränderung</b>
gesamt	8,1	8,8	9 %
männlich	10,5	11,1	6 %
weiblich	5,5	6,3	14 %
15 bis 34 Jahre	6,6	6,8	4 %
35 bis 64 Jahre	8,1	9,0	12 %
65 Jahre und älter	9,9	10,5	7 %
Sekundarstufe I	7,6	9,7	28 %
Sekundarstufe II	8,0	8,6	8 %
Hochschule	8,6	9,4	9 %
geringer Konsum**	5,5	5,6	1 %
mittlerer Konsum**	17,2	19,0	10 %
problematischer Konsum**	31,9	38,9	22 %
Konsum ausschließlich oder überwiegend zu Hause (vor Corona)	10,2	10,8	6 %
etwa gleich oft zu Hause bzw. außer Haus (vor Corona)	7,5	8,9	19 %
Konsum ausschließlich oder überwiegend außer Haus (vor Corona)	7,3	7,2	-1 %
Konsum ausschließlich oder überwiegend allein (vor Corona)	15,5	16,3	5 %
etwa gleich oft allein bzw. gemeinsam mit anderen Menschen (vor Corona)	11,7	12,9	11 %
Konsum ausschließlich oder überwiegend gemeinsam mit anderen Menschen (vor Corona)	6,7	7,1	5 %

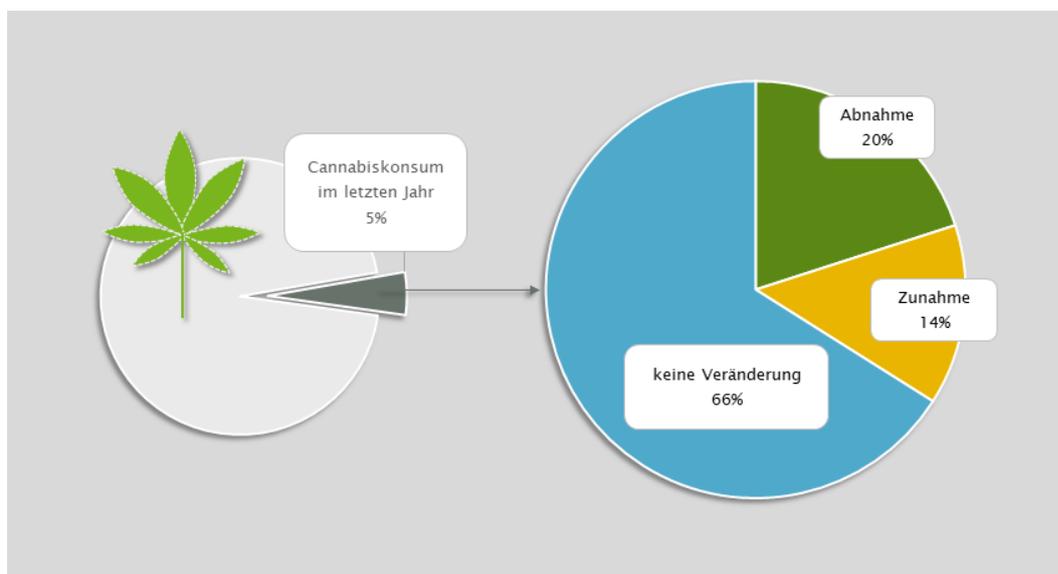
\*Angaben jeweils in Gramm Alkohol pro Tag

\*\*Angaben zur durchschnittlichen Konsummenge in Phase 1 und Phase 4 entsprechen Rohwerten, die Zuteilung zu den drei Konsumgruppen beruht auf den adjustierten Angaben zum Konsum in den letzten 30 Tagen (vgl. Kap. 7.1).

Quelle: GPS 2020 (Variablen alk\_pro\_tag\_phase1 alk\_pro\_tag\_phase4, alk\_ort\_phase1 alk\_alleine\_phase1, sd1, sd2\_rec2, sd10\_rec, sd10\_rec, konsumgruppe\_alk); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 5.4 Auswirkungen auf den Konsum von Cannabis

Abbildung 5.7:  
Cannabiskonsum vor und nach Beginn der Corona-Krise



Quelle: Österreichische Repräsentativerhebung zu suchtrelevantem Verhalten (2020); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

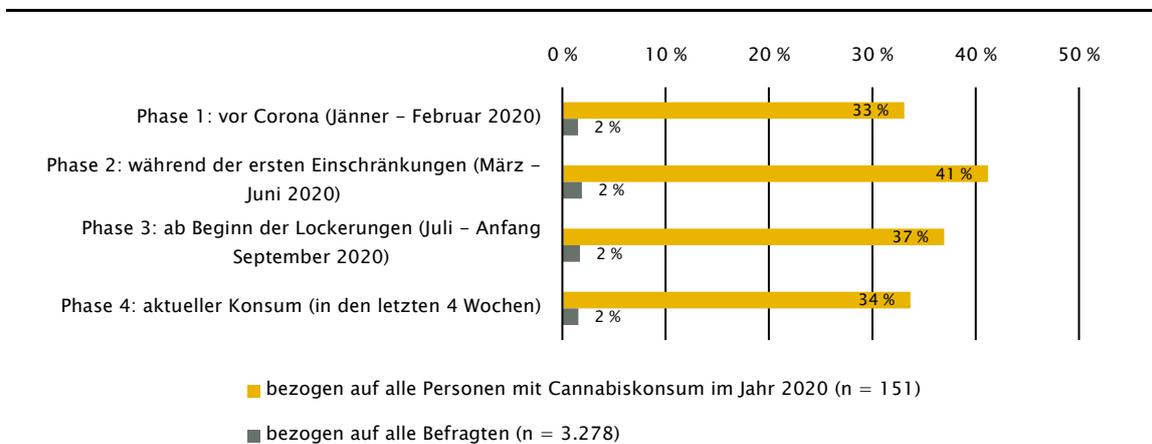
Etwa fünf Prozent der Befragten geben an, im letzten Jahr Cannabis konsumiert zu haben. Zwei Drittel dieser Personen erklären, dass die Corona-Krise keinen Einfluss auf ihren Cannabiskonsum hatte. Der Anteil der Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten, die nach eigenen Angaben seitdem weniger Cannabis rauchen (20 %), ist größer als der Anteil jener, die seit der Corona-Krise mehr Cannabis rauchen (14 %). Der am häufigsten genannte Grund für den Rückgang des Cannabiskonsums liegt darin, dass die betreffenden Personen nur in Gesellschaft anderer konsumieren und dies während der Corona-Krise nicht bzw. schwerer möglich war. Personen mit einer Zunahme des Cannabiskonsums nennen zu zwei Dritteln mehr Freizeit als Motiv und zu einem Drittel Stress und Belastungen.

### Längerfristige Veränderungen im Konsumverhalten laut zweiter Erhebungswelle

In Hinblick auf die Konsumintensität unter Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten wurde während des ersten Lockdowns ein kurzfristiger Anstieg unter den Personen verzeichnet, die mindestens einmal pro Woche Cannabis konsumieren (vgl. Abbildung 5.8). Aufgrund der geringen Prävalenz des Cannabiskonsums fällt diese Veränderung allerdings kaum ins Gewicht. Auf alle Befragungsteilnehmer/-innen bezogen, liegt der Anteil des mindestens wöchentlichen Cannabiskonsums in allen vier Phasen bei rund zwei Prozent aller Befragungsteilnehmer/-innen).

Abbildung 5.8:

Anteil der Personen, die mindestens wöchentlich Cannabis konsumieren, zu vier Phasen der Corona-Krise

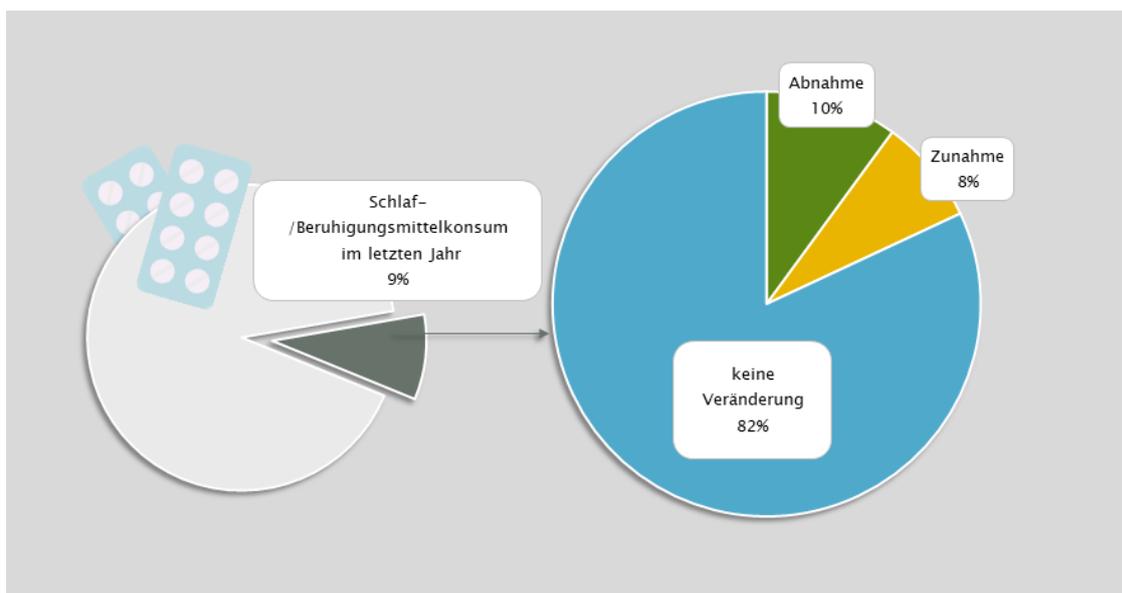


Quelle: GPS 2020 (Welle 2), Variablen canthc\_phase1 bis canthc\_phase4; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Eine deutliche Mehrheit der aktuellen Cannabiskonsumtinnen/-konsumenten (70 %) berichtet zudem, dass der erste Lockdown keine Auswirkungen auf die Verfügbarkeit von Cannabis hatte. Ein weiteres Viertel gab an, dass es deutlich schwieriger gewesen sei, Cannabis zu bekommen, und vier Prozent erklärten, dass dies deutlich leichter gewesen sei.

## 5.5 Auswirkungen auf den Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln

Abbildung 5.9:  
Konsum von Schlaf-/Beruhigungsmitteln vor und nach Beginn der Corona-Krise



Quelle: Österreichische Repräsentativerhebung zu suchtrelevantem Verhalten (2020); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

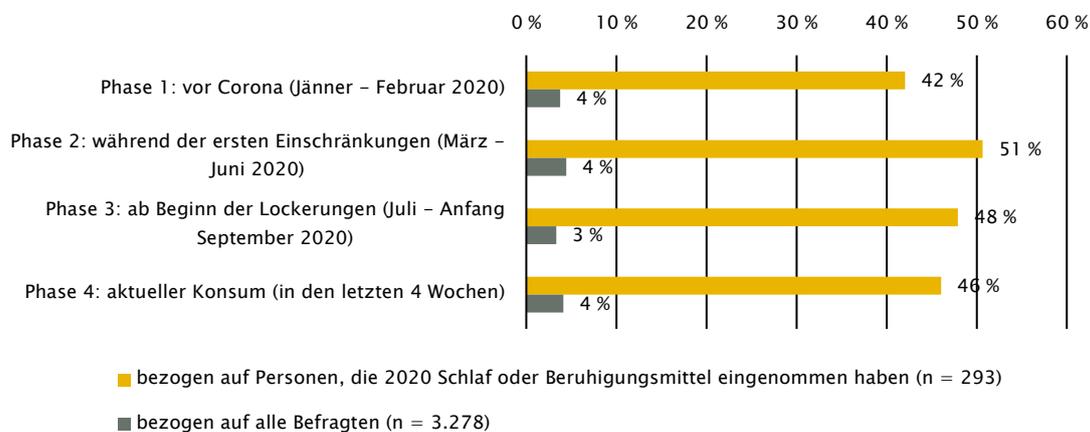
Neun Prozent der Befragten haben nach eigenen Angaben in den letzten zwölf Monaten rezeptpflichtige Schlaf- oder Beruhigungsmittel eingenommen. Etwa 80 Prozent dieser Personen haben seit der Corona-Krise an dieser Einnahme nichts Wesentliches geändert. Der Anteil der Personen, die seither den Schlaf- und Beruhigungsmittelkonsum reduziert (oder ganz eingestellt) haben bzw. seitdem mehr Schlaf- und Beruhigungsmittel eingenommen haben, ist in etwa gleich hoch (jeweils eine von zehn Personen). Frauen berichten doppelt so häufig wie Männer davon, seit der Corona-Krise mehr Schlaf- und Beruhigungsmittel einzunehmen.

### Längerfristige Veränderungen im Konsumverhalten laut zweiter Erhebungswelle

Ähnlich wie beim Konsum von Cannabis zeigt sich auch bei der Einnahme von Schlaf- bzw. Beruhigungsmitteln eine leichte und kurzfristige Intensivierung während des ersten Lockdowns (vgl. Abbildung 5.10), die aber aufgrund der niedrigen Prävalenzrate, bezogen auf alle Befragungsteilnehmer/-innen, kaum ins Gewicht fällt.

Abbildung 5.10:

Anteil der Personen, die mehrmals pro Woche Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen, zu vier Phasen der Corona-Krise



Quelle: GPS 2020 (zweite Welle); Variablen med\_phase1 bis med\_phase4

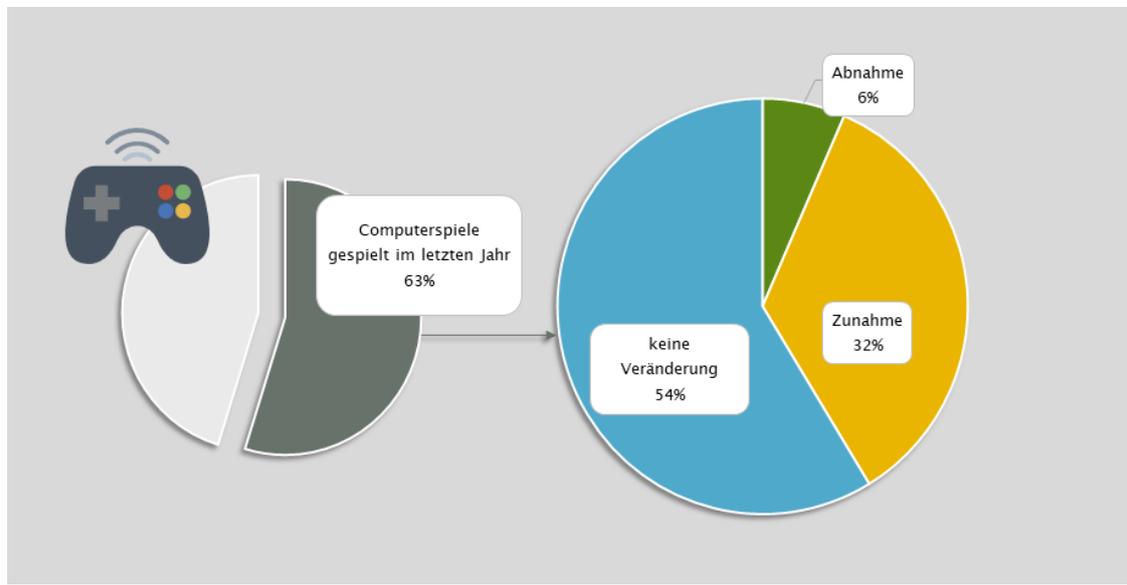
Keine relevante Veränderung ist zudem bei der Wahl der Bezugsquelle zwischen dem Zeitpunkt vor Corona sowie den letzten vier Wochen vor dem zweiten Erhebungszeitpunkt im Herbst zu beobachten: In beiden Phasen berichtete die deutliche Mehrheit jener Personen, die im letzten Monat Schlaf- oder Beruhigungstabletten eingenommen haben, dass sie diese von einer Ärztin / einem Arzt verschrieben bekamen (87 % in Phase 1 bzw. 86 % in Phase 2). Elf Prozent (Phase 1) bzw. 13 Prozent (Phase 4) nannten den Kauf in Apotheken ohne Rezept als Bezugsquelle. Andere Bezugsformen wie Bekannte oder Freundinnen/Freunde (jeweils 4 % zu beiden Zeitpunkten), Familienmitglieder (3 % in Phase 1 bzw. 2 % in Phase 4) spielen zu beiden Zeitpunkten eine untergeordnete Rolle.

## 5.6 Auswirkungen auf die Nutzung von Computerspielen

### Kurzfristige Veränderungen der Teilnahme an Computerspielen während des ersten Lockdowns laut erster Erhebungswelle

Knapp zwei Drittel der Befragten (63 %) haben in den letzten zwölf Monaten Computerspiele genutzt. Von diesen Personen gibt wiederum etwas mehr als die Hälfte (54 %) an, dass sich ihr Spielverhalten seit Corona nicht geändert hat, ein Drittel (32 %) berichtet von einer Steigerung des Computerspielverhaltens und sechs Prozent von einer Abnahme. Werden ausschließlich jene Personen betrachtet, die seit der Corona-Krise ihr Spielverhalten verändert (also reduziert oder erhöht) haben, hat sich die durchschnittliche Spieldauer pro Woche von vier auf acht Stunden verdoppelt.

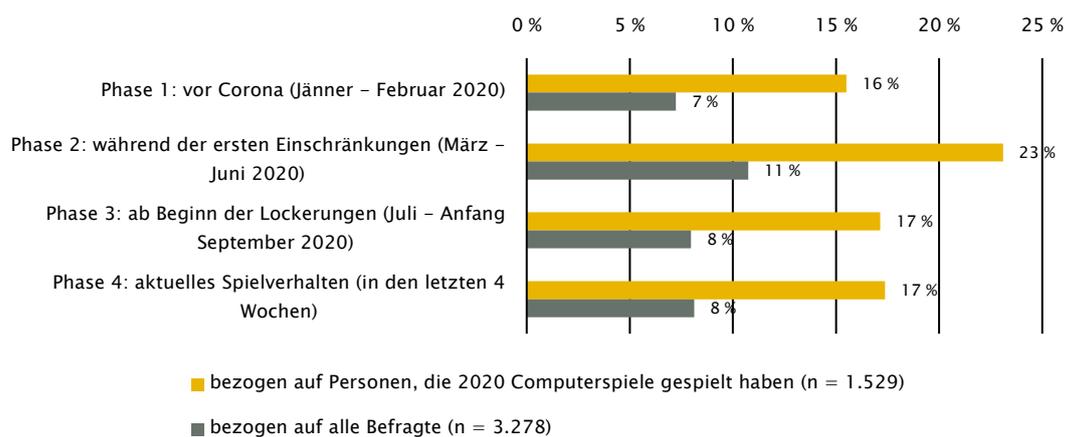
Abbildung 5.11:  
Nutzung von Computerspielen vor und nach Beginn der Corona-Krise



Quelle: Österreichische Repräsentativerhebung zu suchtrelevantem Verhalten (2020); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die rückblickende Einschätzung im Rahmen der zweiten Erhebungswelle zeichnet ein ähnliches Bild für die Nutzung von Computerspielen, wie es sich auch bei manchen Substanzen ergeben hat: Einer kurzfristigen Intensivierung des Nutzungsverhaltens während des ersten Lockdowns folgt ein Rückgang auf das Ausgangsniveau im weiteren Jahresverlauf.

Abbildung 5.12:  
Anteil der Personen, die täglich Computerspiele spielen, zu vier Phasen der Corona-Krise



Quelle: GPS 2020, Variablen gam\_phase1bis gam\_phase4; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Auch die durchschnittliche Spieldauer an einem typischen Spieltag (erhoben ausschließlich für die Phase 1 (vor Corona) und die Phase 4 (die letzten vier Wochen vor der zweiten Erhebungswelle) lässt nicht auf eine relevante dauerhafte Intensivierung des Computerspielverhaltens schließen: Dieses war vor Corona bei 1,7 Stunden gelegen und stieg im Herbst des Jahres auf 1,8 Stunden an (jeweils bezogen auf alle Personen, die 2020 Computerspiele gespielt haben).

## 6 Nikotin

Überlegungen zur Tabakprävention haben gesundheitspolitisch hohe Relevanz. Die Umsetzung eines Maßnahmenbündels auf individueller und struktureller Ebene soll zu einer Konsumreduktion und einer Stärkung des Nichtraucherschutzes führen. Es beinhaltet unter anderem umfassende 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. der Alterskontrolle beim Verkauf), finanzielle Anreize (z. B. Steuererhöhungen auf Tabakprodukte, Mindestpreise), Präventionsprogramme, Informationskampagnen, Unterstützungen zur Entwöhnung und vieles mehr.

Zwischen der letzten GPS-Erhebung in Österreich im Jahr 2015 und der aktuellen Erhebung im Jahr 2020 wurden etliche gesetzliche Verschärfungen in den Bereichen **Tabakprävention** und **Nicht-raucherschutz** umgesetzt. Aufgrund der Novelle zum Tabakgesetz sind seit Mai 2017 Fotos möglicher Gesundheitsschäden bzw. Folgen des Rauchens („Schockbilder“) sowie neue bzw. größere Warnhinweise auf den Zigarettenpackungen zu sehen. Etikettierungen wie „light“ oder „mild“ auf den Verpackungen wurden verboten. Das Inverkehrbringen von Kautabak in Österreich wurde ebenfalls verboten (BGBl. I Nr. 22/2016). Mit 1. Mai 2018 wurde ein Rauchverbot in geschlossenen Fahrzeugen bei Anwesenheit von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren eingeführt (BGBl. I Nr. 13/2018). Anfang 2019 wurde in Österreich ein bundesweites Verkaufsverbot von Tabakerzeugnissen sowie diesen verwandten Erzeugnissen an unter 18-Jährige eingeführt. Gleichzeitig wurden die österreichischen Jugendschutzbestimmungen der Länder auch in puncto Nikotin harmonisiert und verschärft. Der Erwerb, Besitz und Konsum von Tabakwaren und verwandten Erzeugnissen oder Nachahmerprodukten ist Jugendlichen unter 18 Jahren seither verboten.

Das generelle **Rauchverbot in der Gastronomie** trat in Österreich hingegen erst mit 1. November 2019 in Kraft (BGBl. I Nr. 66/2019). Nach einer Übergangsphase gilt seit Mai 2020 auch das EU-weite Verbot von Mentholzigaretten, die den Tabakgeschmack überdecken und so den Konsum fördern sollen (BGBl. I Nr. 22/2016). Zu beachten ist, dass die Rauchverbote nicht nur für „klassische Tabakerzeugnisse“, sondern auch für rauchfreie Tabakerzeugnisse wie Wasserpfeifen/Shishas oder E-Zigaretten gelten.

Der Konsum von **E-Zigaretten** wird aus gesundheitspolitischer Perspektive nach wie vor 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 ebenfalls negative Effekte auf die Gesundheit haben bzw. dass nichtrauchende Personen durch E-Zigaretten zum Zigarettenrauchen verleitet werden könnten.

Österreich befindet sich nach Inkrafttreten des Rauchverbots in der Gastronomie in der Tobacco Control Scale 2019, dem wichtigsten internationalen Tabakpräventionsranking, auf Platz 20 von 36 Ländern (im vorangegangenen Jahr belegte Österreich dort den letzten Platz). Die Tobacco Control Scale wird von den europäischen Krebsligen in Kooperation mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt. Darin vergleichen mehr als 40 Expertinnen und Experten die Maßnahmen der nationalen Regierungen in Europa zum Eindämmen des Rauchens. Dazu zählen beispielsweise

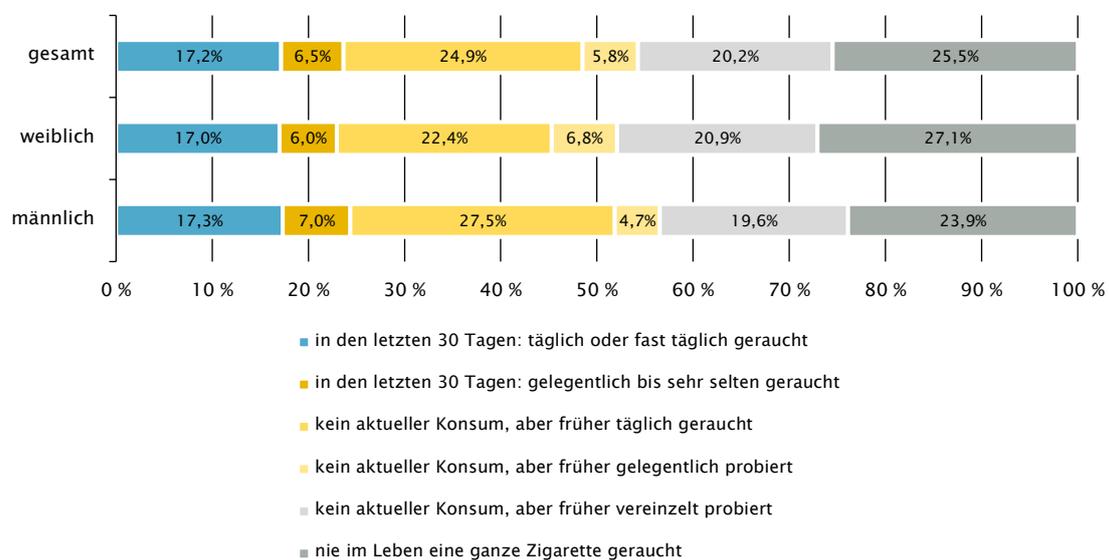
der Nichtraucherchutz, Werberichtlinien, Vorschriften für die Gestaltung von Zigarettenschachteln oder Ausgaben für die einschlägige Aufklärung der Bürgerinnen und Bürger (Joossens et al. 2020).

## 6.1 Prävalenz des Konsums von Zigaretten

Nach wie vor sind klassische Zigaretten (klassisch in Abgrenzung zu E-Zigaretten) das am häufigsten konsumierte nikotinhaltige Produkt in Österreich. Fast ein Viertel der befragten Personen ab 15 Jahren (24 %) gibt insgesamt an, aktuell zu rauchen (das sind Personen, die angeben, in den letzten 30 Tagen zumindest eine Zigarette geraucht zu haben). Jede(r) Sechste (17 %) **raucht täglich oder fast täglich** (vgl. Abbildung 6.1).

Der Anteil der Personen, die jemals in ihrem Leben **täglich geraucht** haben (also entweder aktuell täglich rauchen oder zumindest früher täglich geraucht haben), liegt bei 42 Prozent. In allen Konsumkategorien gibt es nur sehr geringfügige Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Der Anteil ehemaliger Raucher ist hingegen höher als jener ehemaliger Raucherinnen. Knapp mehr als ein Viertel (26 %) der befragten Männer und Frauen hat **noch nie im Leben** eine ganze Zigarette geraucht (vgl. Abbildung 6.1).

Abbildung 6.1:  
Prävalenz des Zigarettenkonsums nach Geschlecht



Quelle: GPS 2020 (Variablen n1, n2, n6, sd1); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Auf Basis der Angaben von Raucherinnen und Rauchern zu Konsummenge und Konsumfrequenz in den letzten 30 Tagen lässt sich mittels Multiplikation die **Anzahl der Zigaretten** schätzen, die pro Kopf an einem Tag bzw. in einem Jahr geraucht werden. Diese Zahlen können für alle Personen

(inklusive Nichtraucher/-innen) oder ausschließlich für Raucher/-innen ausgewiesen werden (vgl. Tabelle 6.1).

Aktuelle Raucher/-innen (d. h. Personen, die angeben, in den letzten 30 Tagen zumindest eine Zigarette geraucht zu haben) rauchen entsprechend dieser Berechnungsmethode zwischen zwölf 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 Nichtraucherinnen/Nichtrauchern –, ergibt das einen Konsum von durchschnittlich etwas mehr als zwei Zigaretten pro Tag bzw. nicht ganz 900 Zigaretten pro Jahr, die pro Kopf in der Altersgruppe 15 Jahre und älter konsumiert werden (vgl. Tabelle 6.1).

Tabelle 6.1:  
Anzahl der 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	2,4	12,6	885	4.591
Minimum	0	0*	0	12
Maximum	50	50	18.250	18.250
Perzentil 25	0	5	0	1.825
Perzentil 50 (= Median)	0	11	0	4.015
Perzentil 75	0	20	0	7.300
Anzahl Personen	5.584	1.076	5.584	1.076

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

Quelle: GPS 2020 (Variablen n7, n8); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der auf Basis der Befragungsdaten berechnete durchschnittliche Tageskonsum von 2,4 Zigaretten liegt – analog der erhobenen Alkoholkonsummenge – deutlich unter den Konsumschätzungen auf Basis von **Verkaufsstatistiken**: Diese belaufen sich im Jahr 2019 auf einen Pro-Kopf-Konsum in der erwachsenen Bevölkerung (15 Jahre oder älter) von 4,2 Zigaretten pro Tag (= Summe aller versteuerten Zigaretten) bzw. 5,1 Zigaretten pro Tag (= versteuerte Zigaretten plus Dunkelzifferschätzung, d. h. inklusive der nicht bzw. nicht in Österreich versteuerten Zigaretten (Schmutterer 2021)).

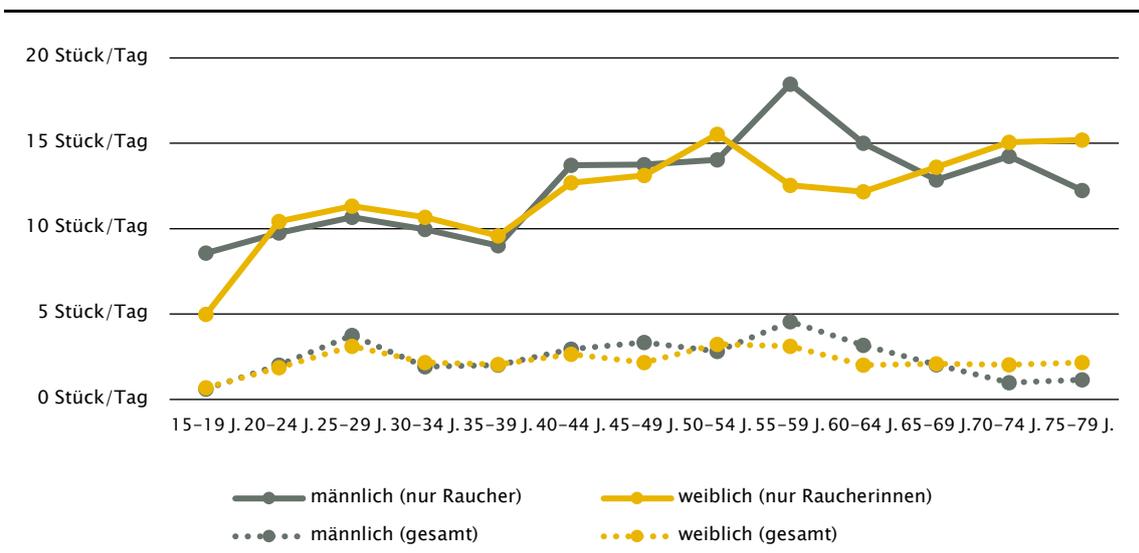
Die Konsummenge gerauchter Zigaretten laut Befragungsdaten beträgt im Vergleich somit 45 Prozent der aus Verkaufsstatistiken plus Dunkelzifferschätzung ermittelten Menge. Diese Unterschätzung ist somit deutlich geringer als die Unterschätzung der Alkoholkonsummenge (63 %, vgl. Kap 3.3). Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass die Mechanismen, die zu dieser Unterschätzung führen, sich im Tabakbereich geringer auswirken als im Alkoholbereich.

Wenngleich Schätzungen auf Basis von Wirtschaftsdaten die Konsumintensität zuverlässiger als Befragungsdaten abbilden, ermöglichen aber ausschließlich Befragungsdaten detaillierte Auswertungen der Konsumintensität nach Alter und Geschlecht (vgl. Abbildung 6.2). Dabei zeigt sich, dass

- » sich das Rauchverhalten von Männern und jenes von Frauen in Österreich über (fast) alle Altersgruppen hinweg nahezu aneinander angeglichen haben (Gesamtmittelwert Zigaretten/Tag: Frauen 2,3, Männer 2,5) und
- » ältere Altersgruppen tendenziell stärker konsumieren (= höhere durchschnittliche Anzahl an Zigaretten) als jüngere.

Die letzte Aussage trifft insbesondere für die durchschnittliche Konsummenge unter aktiven Raucherinnen bzw. Rauchern zu. Werden hingegen auch Nichtraucher/-innen berücksichtigt, ist bereits ab dem 55. Lebensjahr ein Rückgang der durchschnittlich angegebenen Konsummenge zu verzeichnen, was jedoch nicht auf ein moderateres Konsumverhalten der Raucher/-innen zurückzuführen ist, sondern darauf, dass der Anteil der Raucher/-innen in diesen Alterskohorten teilweise aufgrund einer gestiegenen Aufhörbereitschaft und teilweise aufgrund der erhöhten Mortalität von Raucherinnen/Rauchern deutlich abnimmt.

Abbildung 6.2:  
Durchschnittlicher Tageskonsum nach Geschlecht und Alter



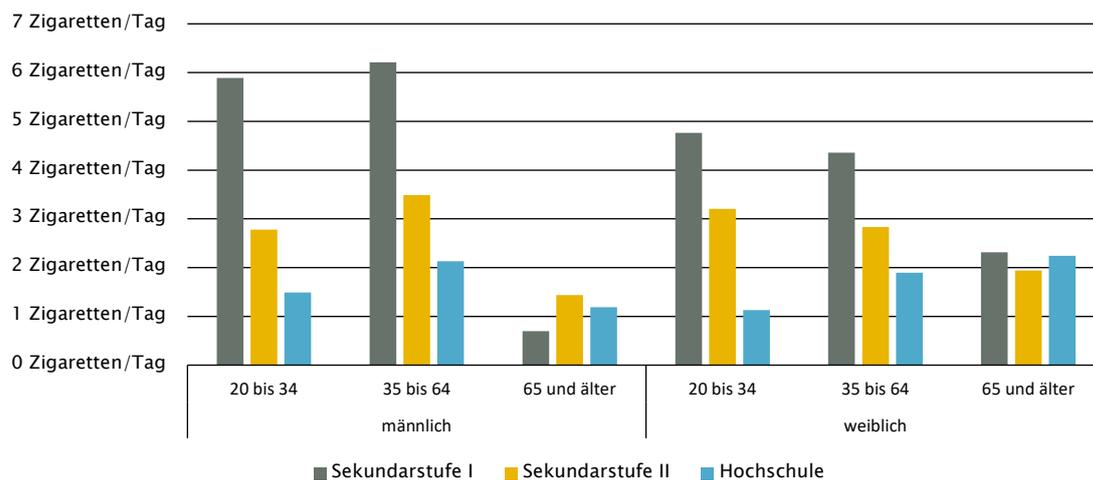
Quelle: GPS 2020 (Variablen n1, n2, n6, sd1, sd2); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Neben Alter und Geschlecht gilt Bildung als ein weiterer wichtiger Einflussfaktor für 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 polytechnischen Schulen oder Berufsschulen (Hojni et al. 2019; Strizek et al. 2008; Strizek et al. 2016).

Zwischen dem Grad der Schulbildung und dem Tabakkonsum besteht auch bei der aktuellen Erhebung ein deutlich ausgeprägter – negativer – Zusammenhang: Junge Erwachsene (20 bis 34 Jahre) sowie Personen im mittleren Alter (35 bis 64 Jahre), die lediglich die Sekundarstufe I oder II abgeschlossen haben, geben im Durchschnitt deutlich mehr Zigarettenkonsum an als Personen,

die über einen höheren Bildungsabschluss verfügen (vgl. Abbildung 6.3; Erläuterung zur Variable Bildungsabschluss siehe Tabelle 4.2).

Abbildung 6.3:  
Anzahl gerauchter Zigaretten nach Geschlecht, Alter und Bildung



Erläuterung zur Variable Bildungsabschluss siehe Tabelle 4.2  
Durchschnittswerte beziehen sich auf alle Befragungsteilnehmer/-innen der jeweiligen Altersgruppe. Da Personen unter 20 Jahren sich zu einem großen Teil noch im Bildungssystem befinden, wurden Personen zwischen 15 und 19 Jahren nicht in die Auswertung miteinbezogen.

Quelle: GPS 2020 (Variablen n1, n2, n6, sd1, sd2, sd10); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

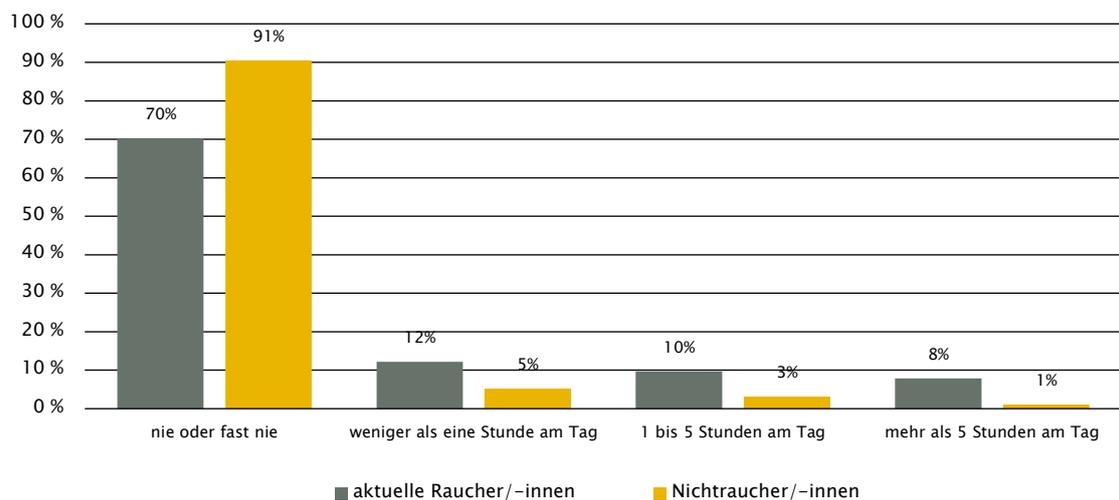
Bei älteren Altersgruppen dreht sich der Zusammenhang zwischen Bildung und Zigarettenkonsum hingegen um: Frauen über 65 Jahre, die einen tertiären Bildungsabschluss (Hochschule oder hochschulverwandt) haben, rauchen nach eigenen Angaben im Durchschnitt mehr Zigaretten als junge Frauen, die lediglich die Sekundarstufe I oder II abgeschlossen haben. Bei Frauen dieser Altersgruppe wird zudem ein höherer Tageskonsum angegeben als bei ihren Altersgenossen. Diesem Geschlechterunterschied könnte zugrunde liegen, dass Rauchen früher in der Oberschicht besonders populär war und bei Frauen als Symbol für Emanzipation und Bildung galt (Spode 2011).

### Passivrauchen

Das Einatmen von Passivrauch aus der Umgebungsluft ist ähnlich schädlich wie aktives Rauchen (DKFZ 2008). Passivrauch hält sich lange in der Luft und belastet selbst Räume, in denen aktuell nicht geraucht wird. Um den Nichtraucherchutz zu stärken, wurden in Österreich umfassende Verbote und Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauch am Arbeitsplatz, in geschlossenen Räumen, in öffentlichen Verkehrsmitteln und an geschlossenen öffentlichen Orten umgesetzt. Im Rahmen der Repräsentativerhebung 2020 wurde daher erhoben, wie viele Personen bei sich zu Hause Tabakrauch durch andere ausgesetzt sind, was in Abbildung 6.4 nach eigenem Rauchstatus dargestellt wird: In Summe sind neun Prozent aller befragten Nichtraucher/-innen (das entspricht 7 %

aller Personen in der Stichprobe) zu Hause täglich dem Passivrauch anderer ausgesetzt. Unter aktiven Raucherinnen/Rauchern liegt dieser Anteil deutlich höher.

Abbildung 6.4:  
Belastung durch Passivrauch zu Hause



Anmerkung: Die Prozentangaben beziehen jeweils sich auf jene Befragten, die angegeben haben, in den letzten 30 Tagen zumindest eine Zigarette geraucht zu haben (n = 1.371), bzw. auf jene Personen, die angegeben haben, aktuell nicht (mehr) zu rauchen (n = 4.462).

Quelle: GPS 2020 (Variablen n12, n1, n2, n6); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 6.2 Prävalenz des Konsums anderer nikotinhaltiger Produkte

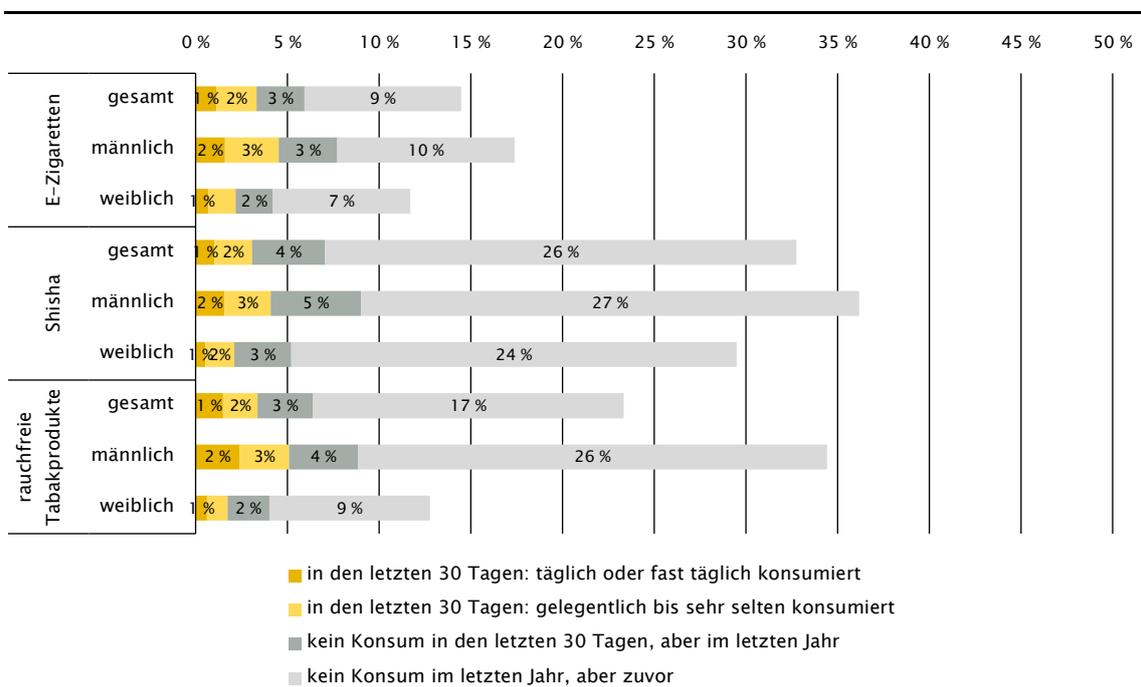
Das Spektrum an Tabakerzeugnissen bzw. verwandten Erzeugnissen hat sich in den letzten Jahren deutlich erweitert. Im Konsumverhalten bei diesen Produkten spielt in erster Linie Probierkonsum eine Rolle (vgl. Abbildung 6.5). Am häufigsten wird von Konsumerfahrungen mit **Wasserpfeife bzw. Shisha** berichtet: Etwa ein Drittel der Befragten (33 %) hat nach eigenen Angaben schon mindestens einmal im Leben Shisha geraucht. Ein deutlich geringerer Anteil Befragter gibt an, schon einmal **E-Zigaretten** (14 %) oder **rauchfreie Tabakprodukte** (z. B. Kautabak, Schnupftabak oder Snus; 23 %) probiert zu haben.<sup>13</sup> Hinsichtlich des aktuellen Konsums (d. h. innerhalb der letzten 30 Tage) liegen E-Zigaretten, Wasserpfeifen und auch rauchfreie Tabakprodukte hingegen fast gleichauf (3 %). Etwa ein Prozent der Befragten berichtet von täglichem Konsum dieser Produkte.

13

Diese erstaunlich hohe Lebenszeitprävalenz ist insbesondere auf eine relativ hohe Anzahl von Personen zurückzuführen, die früher (aber nicht in letzten zwölf Monaten) Schnupftabak benutzt haben (15 % aller Befragten).

Männer konsumieren nikotinhaltige Produkte abseits der klassischen Zigaretten häufiger als weibliche Befragte (vgl. Abbildung 6.5). Die Lebenszeitprävalenz bei Frauen liegt sowohl bei E-Zigaretten als auch bei Shishas zwischen sechs und sieben Prozentpunkten unter jener von Männern. Erfahrungen mit rauchfreien nikotinhaltigen Produkten (Snus, Kautabak oder Ähnlichem) werden insgesamt von 23 Prozent der Befragten berichtet, die Lebenszeitprävalenz der Männer ist mit etwa 34 Prozent jedoch deutlich höher als jene der Frauen (13 %). Aktueller oder gar täglicher Konsum rauchfreier nikotinhaltiger Produkte spielt nahezu ausschließlich bei männlichen Personen – jedoch auch bei diesen nur in sehr geringem Ausmaß (2–3 %) – eine Rolle.

Abbildung 6.5:  
Prävalenz unterschiedlicher nikotinhaltiger Produkte nach Geschlecht

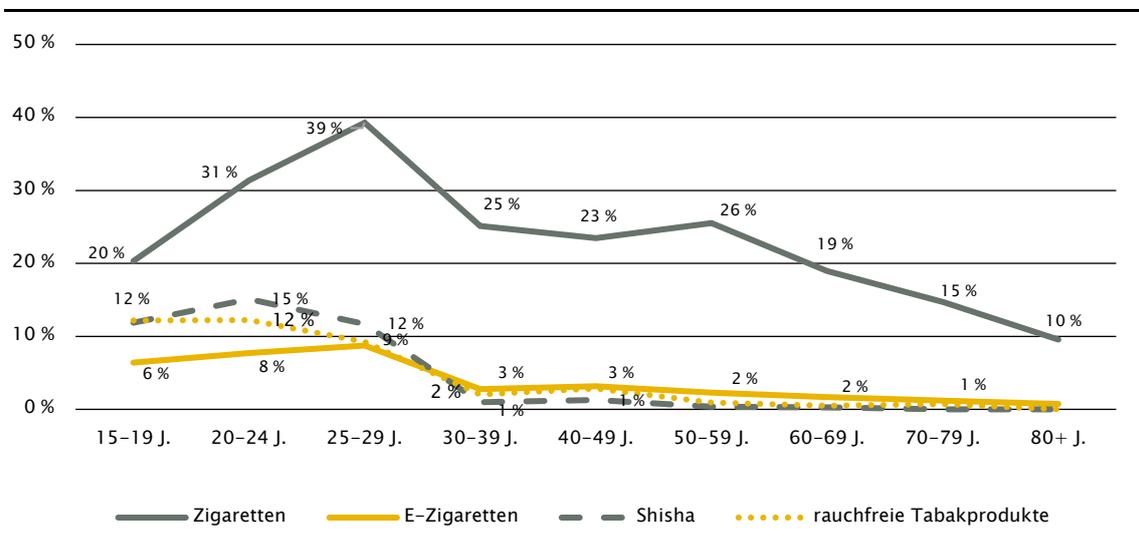


Quelle: GPS 2020 (Variablen n14–n16, n19–n21, n23f–n23i, sd1); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Häufigkeit des Konsums nikotinhaltiger Produkte im Altersvergleich zeigt, dass der regelmäßige Konsum von E-Zigaretten, Wasserpfeifen und rauchfreien Produkten **in höheren Altersgruppen deutlich seltener** angegeben wird als in jüngeren (vgl. Abbildung 6.6).

Abbildung 6.6:

Aktueller (gelegentlicher bis täglicher) Konsum nikotinhaltiger Produkte nach Altersgruppen



Quelle: GPS 2020 (Variablen n14-n16, n19-n21, n23f-n23i, sd2); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bei Wasserpfeifen bzw. Shishas erreicht der Anteil aktueller Konsumentinnen/Konsumenten (gelegentlich bis täglich) mit 15 Prozent bei den 20- bis 24-Jährigen sein Maximum, sinkt danach deutlich ab und stagniert bei Befragten ab dem 30. Lebensjahr bei etwa einem Prozent. Der Verlauf des aktuellen Konsums von E-Zigaretten erreicht etwas später ein geringeres Maximum (9 % in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen), ist in den höheren Altersgruppen dann aber etwas häufiger als der Konsum von Wasserpfeife, wenngleich ebenfalls auf sehr niedrigem Niveau (2-3 % ab dem 30. Lebensjahr). Der aktuelle Konsum **rauchfreier Tabakerzeugnisse** (z. B. von Kautabak, Schnupftabak oder Snus) erreicht in den Altersgruppen von 15 bis 24 Jahren sein Maximum (12 %) und sinkt in höheren Altersgruppen auf ein bis zwei Prozent.

Im direkten Vergleich mit **klassischen Zigaretten** zeigt sich, dass **andere nikotinhaltige Produkte** zum Teil (Shisha und rauchfreie Produkte) früher im Altersverlauf ihre Maximalprävalenz erreichen, zum Teil (E-Zigaretten) aber auch einen identischen Altersverlauf zeigen (Maximum im Alter von 25 bis 29 Jahren). Allen Produkten ist gemein, dass ca. ab dem 30. Lebensjahr ein Rückgang des aktuellen Konsums zu verzeichnen ist.

Die Bedeutung junger Altersgruppen ist bei anderen nikotinhaltigen Produkten dennoch eine gänzlich andere als bei klassischen Zigaretten. Während insbesondere bei Shisha und rauchfreien Produkten aktueller Konsum unter Personen über 30 Jahren eine absolute Seltenheit darstellt, ist der Anteil aktueller Konsumentinnen/Konsumenten klassischer Zigaretten bei 60- bis 69-Jährigen immer noch fast gleich hoch wie jener bei den 15- bis 19-Jährigen. Anders ausgedrückt: Die aktuelle Konsumentin / Der aktuelle Konsument klassischer Zigaretten ist im Durchschnitt deutlich älter als die aktuelle Konsumentin / der aktuelle Konsument anderer nikotinhaltiger Produkte. Raucher/-innen klassischer Zigaretten sind im Durchschnitt 44 Jahre alt, E-Zigaretten-Konsumentin-

nen/-Konsumenten eine Spur jünger und durchschnittlich 37 Jahre alt. Bei rauchfreien Tabakprodukten kommt die durchschnittliche Konsumentin / der durchschnittliche Konsument auf 30 Jahre. Am jüngsten ist die Gruppe der Raucher/-innen von Shishas bzw. Wasserpfeifen, hier beträgt das Durchschnittsalter 26 Jahre.

Aus diesem Faktum lässt sich jedoch nicht ableiten, ob dies

- » an der relativ rezenten Verfügbarkeit anderer nikotinhaltiger Produkte liegt (die in weiterer Folge vermehrt von jungen Menschen aufgegriffen werden, was als Kohorteneffekt zu verstehen wäre),
- » ob junge Menschen generell eine breitere Palette an Substanzen ausprobieren und daher bei selten konsumierten Produkten jugendliche Konsumentinnen/Konsumenten immer überwiegen (dies wäre als Lebenszykluseffekt zu verstehen) oder
- » ob diese Produkte unabhängig vom Zeitpunkt ihrer Markteinführung einen spezifischen Anreiz auf jüngere Altersgruppen ausüben.

### 6.3 Einstieg in den Nikotinkonsum

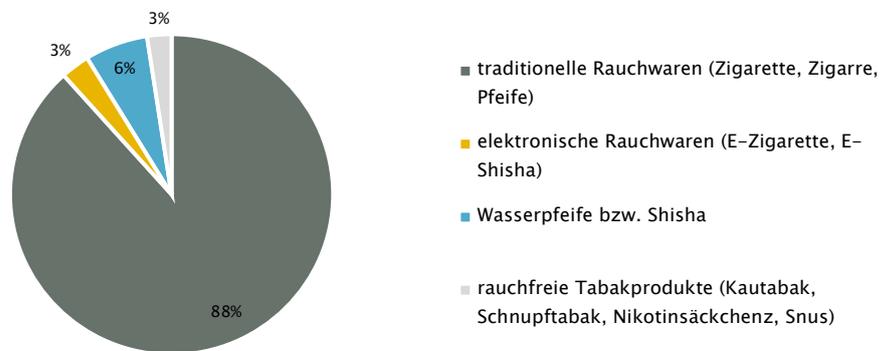
Neun von zehn Personen, die bereits ein Nikotinprodukt konsumiert haben, begannen damit nach eigenen Angaben mit **klassischen Zigaretten** (vgl. Abbildung 6.7) In allen anderen Fällen wird bezüglich Ersterfahrungen vor allem Wasserpfeife bzw. Shisha genannt.<sup>14</sup> Rauchfreie Tabakprodukte bzw. elektronische nikotinhaltige Produkte spielen im Rahmen erster Konsumerfahrungen in der Gesamtstichprobe nur eine unbedeutende Rolle.

---

14

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

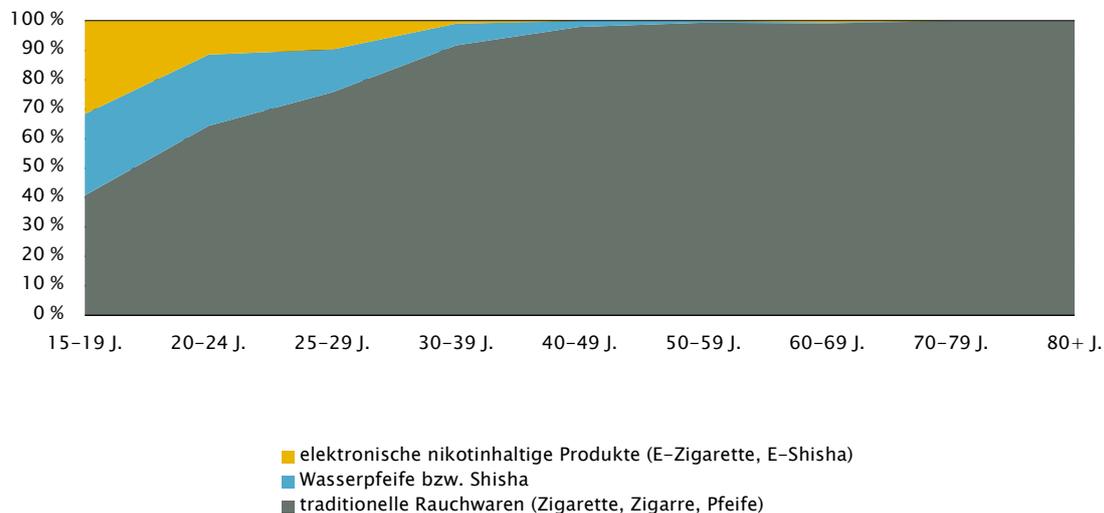
Abbildung 6.7:  
Welches Nikotinprodukt wurde zuerst konsumiert?



Quelle: GPS 2020 (Variablen n24); 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 6.8). **Ältere Personen** sind nahezu ausschließlich mit **klassischen Zigaretten** eingestiegen, während bei jungen Befragungsteilnehmerinnen/-teilnehmern Wasserpfeife bzw. Shisha, aber auch elektronische nikotinhaltige Produkte eine deutlich wichtigere Rolle spielten. In den beiden jüngsten Altersgruppen machte jeweils **ein Viertel** (25 % bei den 15- bis 19-Jährigen, 23 % bei den 20- bis 24-Jährigen) erste Raucherfahrungen mit **Wasserpfeife bzw. Shisha**. 29 % der Befragten im Alter von 15 bis 19 gaben an, zuallererst **E-Zigaretten** bzw. E-Shishas konsumiert zu haben. In Bezug auf die Art des Einstiegs in den Nikotinkonsum bestehen keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Abbildung 6.8:  
Welches Nikotinprodukt wurde zuerst konsumiert? (Nach Altersgruppen)

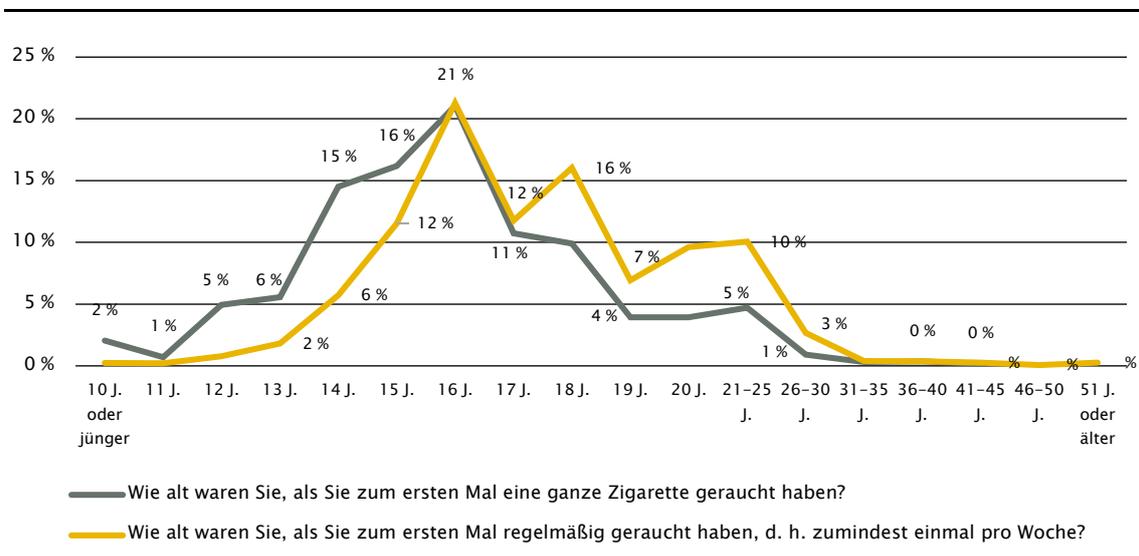


Quelle: GPS 2020 (Variablen n24, sd2); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die meisten Personen machen **erste Konsumerfahrungen** zwischen dem 14. und 18. Geburtstag (vgl. Abbildung 6.9). Insgesamt geben 44 Prozent der Raucher/-innen an, **vor dem 16. Geburtstag** – und somit vor dem Erreichen des bis 1. Jänner 2019 geltenden gesetzlichen Schutzalters – ihre erste Zigarette geraucht zu haben, und weitere 21 Prozent machen im 16. Lebensjahr ihre ersten Konsumerfahrungen. Probiererfahrungen mit Nikotin (erste Zigarette) **vor dem zwölften Geburtstag** werden nur vereinzelt berichtet (< 3 %). Auch ein erster Probierkonsum nach dem 20. Geburtstag kommt vergleichsweise selten vor (7 % aller Raucher/-innen).

Knapp über ein Drittel der Raucher/-innen (34 %) hat bereits vor dem 16. Geburtstag **regelmäßig** geraucht, und zusätzliche 21 Prozent haben im 16. Lebensjahr regelmäßig zu rauchen begonnen. Nur wenige geben an, bereits vor dem 14. Geburtstag **regelmäßig geraucht** zu haben (knapp über 3 %). Jede siebte Raucherin / Jeder siebte Raucher (14 %) hat hingegen erst nach dem 21. Geburtstag begonnen, regelmäßig zu rauchen.

Abbildung 6.9:  
Einstiegsalter für die erste Zigarette bzw. regelmäßiges Rauchen



Quelle: GPS 2020 (Variablen n10, n11, sd2); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 6.4 Aufhörversuche

Unter jenen Personen, die in den letzten zwölf Monaten mindestens einen Monat lang täglich geraucht haben (unabhängig davon, ob sie aktuell rauchen), hat nach eigenen Angaben in etwa **jede(r) Dritte** (35 %) in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal ernsthaft versucht, mit dem **Rauchen aufzuhören**. Der Anteil der Personen mit Aufhörversuchen ist bei Männern und Frauen nahezu gleich hoch, und es zeigen sich diesbezüglich auch nur geringfügige Unterschiede zwischen jungen und alten Raucherinnen/Rauchern<sup>15</sup>.

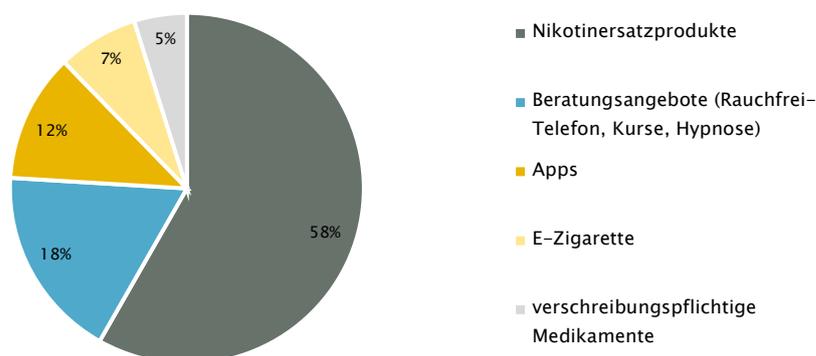
Von allen Personen, die in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal ernsthaft versuchten, mit dem Rauchen aufzuhören, haben **34 Prozent** bei ihrem letzten Aufhörversuch **Hilfsmittel** wie z. B. Apps, Nikotinersatzprodukte oder Beratungsangebote genutzt (vgl. Abbildung 6.10). Innerhalb

<sup>15</sup>

da mit zunehmendem Alter immer mehr Personen aufhören zu rauchen sollte aus logischen Gründen der Anteil an Personen mit einer geringen Aufhörmotivation anstiegen. Die Tatsache, dass sich dies empirisch nicht zeigt (sondern die Aufhörmotivation im Altersverlauf gleich hoch bleibt) ist somit so zu deuten, dass im Einzel mit zunehmenden Alter zwar die Aufhörmotivation steigt, dieser Effekt aber durch den erfolgreichen Ausstieg der besonders Ausstiegsmotivierten überdeckt wird.

dieser relativ kleinen Subgruppe<sup>16</sup> wurden wiederum **Nikotinersatzprodukte** wie Sprays, Kaugummi und Pflaster am öftesten als Hilfsmittel zum Rauchstopp verwendet. Ein nicht unbeachtlicher Teil (18 %) nannte Beratungsgespräche und Seminarteilnahmen, zwölf Prozent nutzten Apps. Sieben Prozent dieser Gruppe gaben an, **E-Zigaretten** (sowohl mit als auch ohne Nikotin) bei ihrem letzten Aufhörversuch als Hilfsmittel konsumiert zu haben.

Abbildung 6.10:  
Verwendung von Hilfsmitteln zum Rauchstopp



Anmerkung: Die Prozentangaben beziehen sich auf jene Befragten, die angegeben haben, bei ihrem letzten Aufhörversuch Hilfsmittel genutzt zu haben (n = 126).

Quelle: GPS 2020 (Variablen n5); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

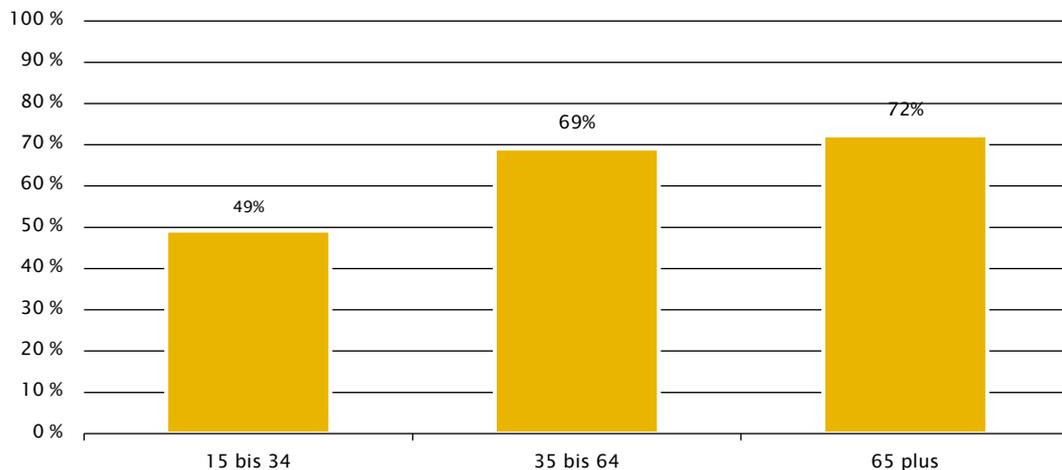
Genau diese Frage, nämlich inwiefern **E-Zigaretten** als eine Möglichkeit zur **Reduktion des Konsums klassischer Zigaretten** dienen, nimmt im Diskurs über E-Zigaretten und andere elektronische nikotinhaltige Produkte eine zentrale Rolle ein. Für sechs von zehn Befragten (59 %), die in den letzten 30 Tagen elektronische nikotinhaltige Produkte konsumiert haben, spielen gesundheitliche Gründe eine Rolle, wobei dieser Anteil bei jüngeren E-Zigaretten-Konsumentinnen/-Konsumenten (ca. die Hälfte) niedriger ist als bei älteren (ca. 70 Prozent; vgl. Abbildung 6.11).

16

Von knapp über 1.000 täglichen Raucherinnen/Rauchern in den letzten zwölf Monaten haben 371 einen Aufhörversuch unternommen, von denen wiederum 126 Personen Hilfsmittel verwendet haben.

Abbildung 6.11:

Anteil von E-Zigaretten Konsumierenden die angeben aus gesundheitlichen Gründen E-Zigaretten zu rauchen Menschen nach Altersgruppen



Quelle: GPS 2020 (Variablen n18, sd2); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 6.5 Wesentliche Entwicklungen des Nikotinkonsums im Zeitverlauf

### Zigaretten

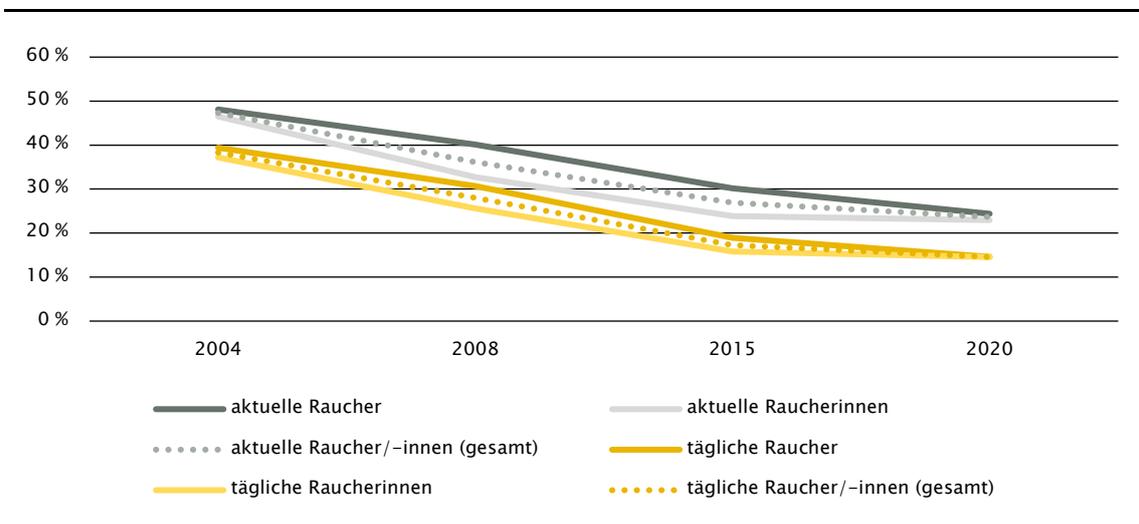
Werden ausschließlich Daten aus den GPS-Erhebungen von 2004, 2008, 2015 und 2020 berücksichtigt (vgl. Abbildung 6.12), zeichnet sich für den Zeitraum von 2004 bis 2020 ein **konstanter Rückgang** sowohl der **täglichen Raucher/-innen**<sup>17</sup> als auch aller **aktuellen Raucher/-innen** (d. h. zumindest 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 aktuellen ATHIS-Befragungen (Klimont 2020) abzeichnet (vgl. Kap. 6.6), dass es allerdings in der HBSC-Erhebung (Felder-Puig et al. 2019) und der ESPAD-Erhebung (Hojni et al. 2019) Hinweise darauf gibt, dass weniger junge Menschen anfangen zu rauchen.

17

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 6.1 ausschließlich tägliche Raucher/-innen herangezogen.

Abbildung 6.12:

Entwicklung des aktuellen Rauchens und des täglichen Rauchens zwischen 2004 und 2020



Quelle: GPS 2020 (Variablen n1, n2, n6, sd1); bzw. (Uhl/Springer 1996); Uhl, Alfred et al. (2005) ENREF\_12, Uhl et al. (2009c); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

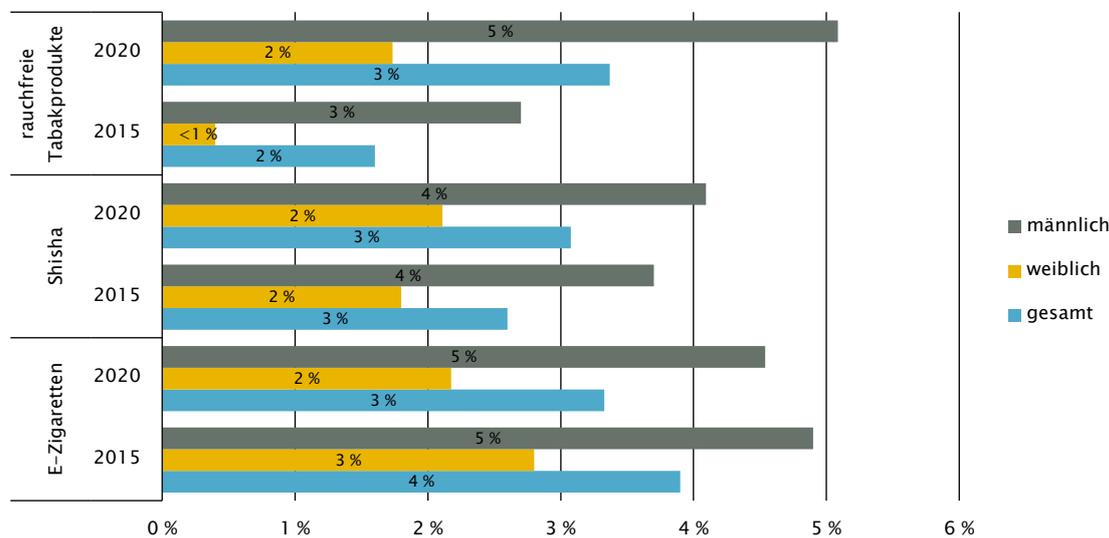
Auch der Vergleich der jeweiligen **Anzahl gerauchter Zigaretten** in der Gesamtstichprobe in den Jahren 2015 und 2020 – inklusive Nichtraucherinnen/Nichtrauchern – zeigt, dass der durchschnittliche Konsum von etwa drei Zigaretten pro Tag bzw. knapp über 1.100 Zigaretten pro Jahr (2015) auf etwas mehr als zwei Zigaretten pro Tag bzw. nicht ganz 900 Zigaretten pro Jahr (2020) **gesunken** ist. Da die Anzahl gerauchter Zigaretten unter aktiven Raucherinnen/Rauchern (d. h. unter Personen, die angaben, in den letzten 30 Tagen zumindest eine Zigarette geraucht zu haben) in den letzten fünf Jahren nahezu unverändert ist, ist dieser Rückgang auf die niedrigere Prävalenz von Raucherinnen/Rauchern zurückzuführen und nicht auf ein gemäßigteres Konsumverhalten der rauchenden Bevölkerung.

### E-Zigaretten und andere nikotinhaltige Produkte

Im Gegensatz zum Rauchen klassischer Zigaretten zeigt der Vergleich mit der Erhebung im Jahr 2015 einen deutlichen **Anstieg** des Konsums **anderer nikotinhaltiger Produkte**, vor allem **rauchfreier Produkte** (vgl. Abbildung 6.13). Der aktuelle Konsum rauchfreier Produkte wie Kautabak, Schnupftabak oder Snus befindet sich nach wie vor auf einem sehr niedrigen Niveau, hat sich innerhalb von fünf Jahren aber nahezu verdoppelt und insbesondere bei Frauen deutlich zugenommen.

Abbildung 6.13:

Entwicklung des aktuellen Konsums anderer nikotinhaltiger Produkte 2015–2020



Quelle: GPS 2020 (Variablen n14–n16, n19–n21, n23f–n23i, sd1); Strizek/Uhl (2016)  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Auch beim Konsum von **Wasserpfeifen bzw. Shishas** ist bei der Erhebung 2020 ein **leichter Anstieg** zu verzeichnen. Obwohl der **Konsum von E-Zigaretten** eine hohe mediale Präsenz und auch in der Forschung viel Aufmerksamkeit erfährt – nicht zuletzt aufgrund seiner umstrittenen Rolle als weniger schädliche Alternative zur normalen Zigarette –, lässt sich beim Dampfen von **E-Zigaretten** ein **leichter Rückgang** des aktuellen Konsums sowohl bei Männern als auch bei Frauen feststellen.

## 6.6 Vergleich der aktuellen Ergebnisse mit Referenzprojekten

Die **ATHIS-Befragung**<sup>18</sup> 2019 (Austrian Health Interview Survey) wurde ein Jahr vor der gegenständlichen Erhebung durchgeführt und beinhaltet zwei Fragen zum Raucherstatus, die als Vergleichswerte herangezogen werden können:

- » Die Frage „Rauchen Sie Tabakprodukte? Nicht gemeint sind E-Zigaretten oder ähnliche elektronische Produkte.“ bezieht sich auf den aktuellen Raucherstatus, wobei im Rahmen der ATHIS-Befragung drei Antwortkategorien („ja, täglich“, „ja, gelegentlich“ und „nein, überhaupt nicht“)

18

ATHIS wurde zuletzt im Jahr 2019 von der Statistik Austria (2020) durchgeführt und ist auf dieselbe Zielpopulation gerichtet (Wohnbevölkerung ab 15 Jahren, umfasst eine deutlich größere Stichprobe (über 15.000 Personen) und eignet sich somit sehr gut als Referenzdatenquelle für die Ergebnisse der vorliegenden Erhebung.

und im GPS 2020 fünf Antwortkategorien („täglich“, „fast täglich“, „gelegentlich“, „vereinzelt“ und „gar nicht“) verwendet wurden.

- » In Verbindung mit der Frage „Haben Sie jemals täglich geraucht?“ lässt sich der Anteil der ehemaligen Raucher/-innen schätzen. Auch hier wird im GPS 2020 das ehemalige Rauchen detaillierter erhoben als in der ATHIS-Befragung.

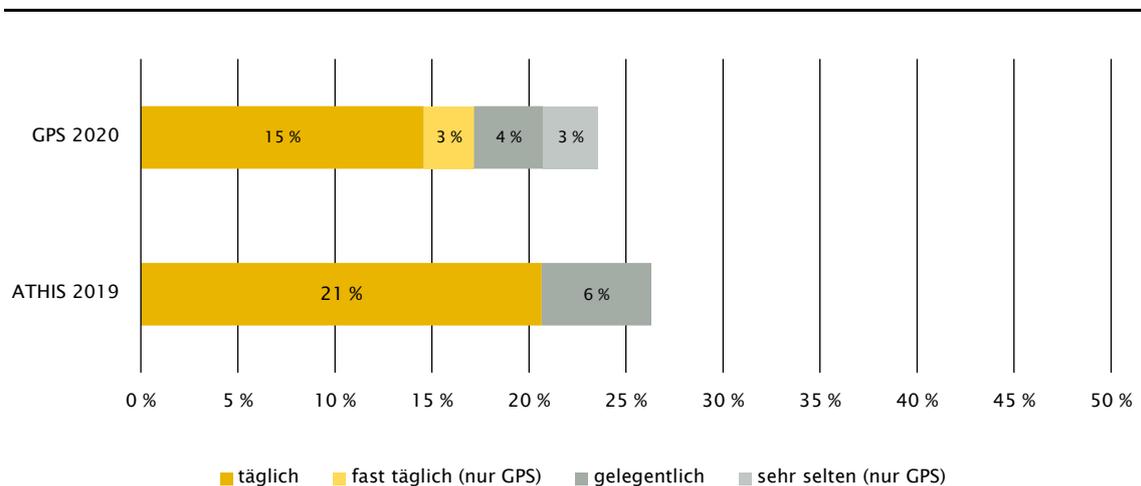
### Prävalenz des Zigarettenkonsums

Aufgrund des unterschiedlichen Detailliertheitsgrades sind die Ergebnisse aus GPS 2020 und jene aus ATHIS nicht unmittelbar vergleichbar. Werden die Kategorien der GPS-Befragung und jene der ATHIS-Erhebung gegenüber gestellt, ergeben sich folgende Unterschiede (vgl. Abbildung 6.14):

- » ATHIS identifiziert 21 Prozent der Befragten als tägliche Raucher/-innen. Im Rahmen des GPS 2020 werden hingegen nur in Summe gerundete 17 Prozent als tägliche bzw. fast tägliche Raucher/-innen eingestuft.
- » Sechs Prozent der Befragten rauchen laut ATHIS gelegentlich. Ein ähnlicher Anteil ergibt sich, wenn bei den GPS-Daten gelegentliche und sporadische Konsumentinnen/Konsumenten addiert werden.

Dementsprechend ergeben die Daten des GPS 2020 einen **niedrigeren Anteil** täglicher Raucher/-innen als die ATHIS-Befragung (17 % gegenüber 21 %), der sich in weiterer Folge auch im Anteil aller Raucher/-innen abbildet (26 % bei ATHIS vs. 24 % bei GPS 2020).

Abbildung 6.14:  
Vergleich des Rauchstatus nach GPS 2020 und ATHIS 2019



Quelle: GPS 2020 (Variable n6) bzw. Klimont (2020); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Für eine Beurteilung der längerfristigen Entwicklung des Zigarettenkonsums über die letzten 16 Jahre kommt man je nach berücksichtigter Datenquelle zu einer unterschiedlichen Antwort. Auf Basis der ATHIS-Daten entsteht der Eindruck, dass sich der Anteil der täglichen Raucher/-innen bis

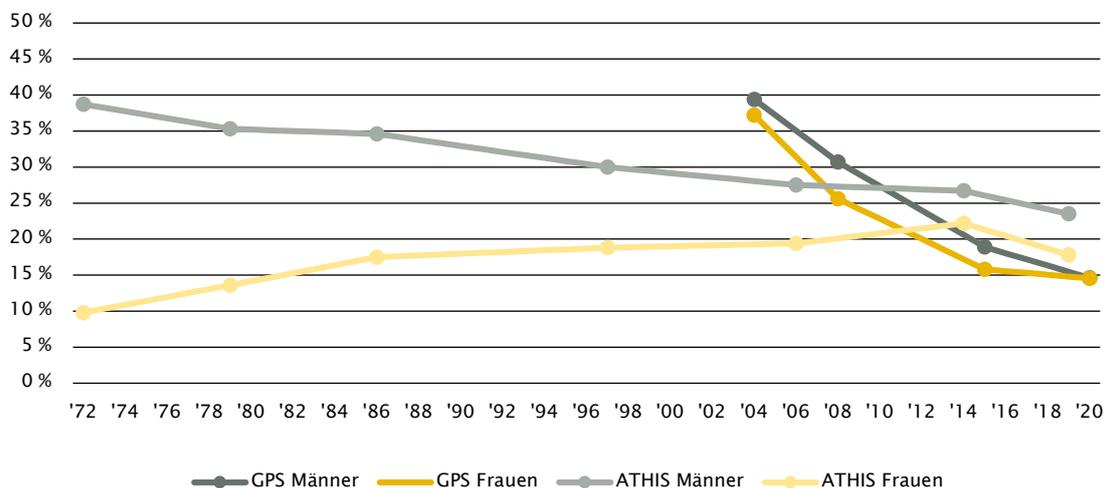
2014, langfristig gesehen, wenig verändert hat und sich in den letzten Jahrzehnten für beide Geschlechter konträr entwickelte. Über die Jahre nahm bei den Männern der Anteil der täglich Rauchenden kontinuierlich ab und liegt nun bei 24 %. Bei den Frauen zeigte sich hier bis 2014 ein kontinuierlicher Anstieg und somit ein gegenläufiger Trend. Mit Blick auf die GPS-Daten von 2004, 2008, 2015 und 2020 gewinnt man den Eindruck, dass die Zahl der täglichen Raucher/-innen sowohl für Frauen als auch für Männer von 2004 bis 2015 stark zurückgegangen ist, mit einem etwas abgeschwächten Rückgang zwischen 2015 und 2020 (vgl. Abbildung 6.15). In dieses Bild fügen sich auch Ergebnisse aus den Schülerbefragungen HBSC (Felder-Puig et al. 2019) und ESPAD (Hojni et al. 2019), die beide einen deutlichen Rückgang des Tabakkonsums von Kindern und Jugendlichen nahelegen.

Angesichts dieser Widersprüche ist es nicht leicht, eine triftige Aussage darüber zu machen, ob und in welchem Ausmaß die Verbreitung des täglichen Rauchens über die letzten Jahre zurückgegangen ist. Eine rezente Untersuchung aller relevanter Bevölkerungserhebungen zum Tabakkonsum (Schmutterer, 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 junger Menschen (Inzidenz) und drückt sich weniger in der Gesamtanzahl der Raucher/-innen (Prävalenz) aus.

In Hinblick auf die Beurteilung der kurzfristigen Entwicklung zwischen den jeweils zwei letzten Erhebungswellen kommen hingegen sowohl ATHIS als auch GPS zu demselben Trendergebnis, nämlich zu einem Rückgang des Rauchens sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Während diese Entwicklung laut GPS-Daten u. a. dazu geführt hat, dass Geschlechterunterschiede komplett verschwunden sind, rauchen laut ATHIS Männer immer noch häufiger täglich Zigaretten als Frauen. In Summe haben die Diskrepanzen zwischen den Prävalenzschätzungen der beiden Erhebungen abgenommen.

Abbildung 6.15:

Vergleich des längerfristigen Trends im täglichen Tabakkonsum nach Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch (GPS) und Statistik Austria (ATHIS bzw. früher Mikrozensus)



Anmerkung: Mit einem Punkt versehene Jahre stellen tatsächliche Erhebungszeitpunkte dar. Die Werte zwischen zwei Erhebungszeitpunkten wurden linear interpoliert. Für eine detailliertere und kritische Diskussion der längerfristigen Entwicklung der Raucherzahlen vgl. Uhl et al. (2009a)

Quellen: GPS 2020 (Variablen n6, sd1) bzw. Klimont (2020); (Strizek/Uhl 2016); Uhl, Alfred et al. (2005); Uhl et al. (2009c) ENREF\_35, ENREF\_13  
 Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### Anzahl gerauchter Zigaretten

Auf Basis der Angaben aller Raucherinnen und Raucher zu Konsummenge und Konsumfrequenz in den letzten 30 Tagen wurde auch die **Anzahl der Zigaretten** geschätzt, die pro Kopf an einem Tag geraucht werden, und mit den ATHis-Daten der aktuellen Erhebung sowie den Erhebungen von 2006/07 und 2014 verglichen (vgl. Tabelle 6.2).

Beim GPS 2020 rauchen Männer im Schnitt nur geringfügig mehr Zigaretten pro Tag, als Frauen dies tun (Männer: 12,8 Stück, Frauen: 12,4 Stück). Bei ATHis 2019 sind hingegen sowohl deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede zu erkennen als auch eine höhere Gesamtzahl durchschnittlich gerauchter Zigaretten pro Tag: Insgesamt konsumieren gemäß ATHis 2019 alle Raucher/-innen 15,2 Zigaretten täglich, wobei Männer mit 17,1 Zigaretten/Tag wesentlich mehr als Frauen (13,3 Zigaretten/Tag) rauchen. Auch in der Vorerhebung (ATHIS 2014) lag die Anzahl gerauchter Zigaretten sowohl gesamt als auch bei Männern und Frauen über der Schätzung von GPS im Jahr 2015 (vgl. Tabelle 6.2).

Tabelle 6.2:

Anzahl der Zigaretten pro Tag im Vergleich zwischen GPS 2015, 2020 und ATHIS 2006/07, 2014, 2019

GPS Erhebungsjahr	Zigaretten pro Tag (nur Raucher/-innen)	ATHIS Erhebungsjahr	Zigaretten pro Tag (nur Raucher/-innen)
<b>GPS 2020 gesamt</b>	<b>12,6</b>	<b>ATHIS 2019 gesamt</b>	<b>15,2</b>
GPS 2020 Männer	12,8	ATHIS 2019 Männer	17,1
GPS 2020 Frauen	12,4	ATHIS 2019 Frauen	13,3
<b>GPS 2015 gesamt</b>	<b>12,5</b>	<b>ATHIS 2014 gesamt</b>	<b>15,5</b>
GPS 2015 Männer	13,8	ATHIS 2014 Männer	17,3
GPS 2015 Frauen	11,0	ATHIS 2014 Frauen	13,6
		<b>ATHIS 2006/07 gesamt</b>	<b>16,4</b>
		ATHIS 2006/07 Männer	18,5
		ATHIS 2006/07 Frauen	14,3

Quelle: GPS 2020 (Variablen n7, n8) bzw. Strizek/Uhl (2016), Klimont (2020); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## E-Zigaretten

Neben dem Rauchen von Tabakprodukten wurde in der Gesundheitsbefragung ATHIS 2019 auch erstmals nach dem **Konsum von E-Zigaretten** oder ähnlichen elektronischen Produkten gefragt. Ein Vergleich mit den GPS-2020-Daten zeigt, dass ATHIS-Befragte **weitaus seltener** angeben, schon einmal E-Zigaretten oder ähnliche Produkte konsumiert zu haben: 9,3 % der Männer und 5,1 % der Frauen bei ATHIS 2019 gegenüber 17,4 % der Männer und 11,7 % der Frauen bei GPS 2020.

Über einen derzeit **täglichen Konsum** dieser Produkte berichteten aber bei ATHIS 2019 nur 1,0 % der Männer und 0,4 % der Frauen, über einen derzeit **gelegentlichen Konsum** 2,2 % (Männer) bzw. 1,5 % (Frauen). Ähnliche Angaben haben auch die Befragten bei GPS 2020 gemacht: 1,6 % der Männer und 0,7 % der Frauen rauchen **täglich oder fast täglich E-Zigaretten**, 2,9 % (Männer) bzw. 1,5 % (Frauen) gaben an, **gelegentlich bis sehr selten** E-Zigaretten zu konsumieren.

## 7 Alkohol

Dem Global Information System on Alcohol and Health der WHO zufolge ist Österreich sowie auch andere mitteleuropäische Länder – gemessen am Durchschnittskonsum pro Kopf – ein Alkoholhochkonsumland. Die aktuellste Schätzung für die österreichische Wohnbevölkerung im Alter von 15 Jahren oder älter ergibt einen Pro-Kopf-Konsum von 12,2 Liter Reinalkohol pro Jahr (Bachmayer et al. 2019). Gleichzeitig findet Alkoholkonsum in Österreich ebenso wie in den anderen traditionellen alkoholproduzierenden Ländern Mittel- und Südeuropas größtenteils integriert statt, d. h. es wird häufig, aber zumeist nur in geringen Mengen getrunken (wohingegen in „explosiven Konsumkulturen“ wie etwa in Nordeuropa eher selten, aber wenn, dann in großen Mengen getrunken wird). Entsprechend überwiegt in der österreichischen Alkoholpolitik ein „Problemansatz“, d. h. punktuelle Maßnahmen gegen problematischen Alkoholkonsum finden breite Akzeptanz, während Maßnahmen, die auf die Verringerung jeglichen Alkoholkonsum abzielen („Bevölkerungsansatz“) nur wenig Bedeutung zukommt (Uhl et al. 2020).

### 7.1 Alkoholkonsumgruppen, durchschnittliche Konsummenge und tägliches Trinken

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 2020 wurden analog der Erhebung 2015 zwei Instrumente eingesetzt:

- » eine getränkesspezifische Messung („beverage specific quantity frequency“ = BSQF), bei der für jede alkoholische Getränkeart (Bier, Wein, Spirituosen, Most) separat die konsumierte Menge sowie die Konsumfrequenz erhoben wird, und
- » eine getränkeunspezifische Frequenzmessung („generic frequency“ = GF).

Beide Instrumente wurden in Vorarbeiten zur Erhebung 2015 im Rahmen des EU-Projekts RARHA (Moskalewicz et al. 2016) entwickelt, um als Standardinstrument für Erhebungen in Europa zu fungieren. Die getränkesspezifische Messung (BSQF) wird eingesetzt, um die Konsummenge möglichst genau zu erfassen. Methodologische Vergleiche von getränkesspezifischen und getränkeunspezifischen Instrumenten zeigen, dass die Nennung spezifischer Getränkearten dazu führt, dass Befragte höhere Werte angeben, als wenn sie bloß nach der Gesamtmenge der konsumierten alkoholischen Getränken gefragt werden (Sierosławski et al. 2013). Die Gesamtkonsummenge ergibt

sich als Summe der Getränkemengen für Bier, Wein, Spirituosen und Most bzw. Obstwein<sup>19</sup>, die sich wiederum durch Multiplikation der durchschnittlichen Konsummenge mit der getränkesspezifischen Konsumfrequenz errechnet.

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.

Basierend auf der BSQF-Messung und der GF-Messung, wurde – nach Durchführung der in Kap. 3.3 dargelegten Korrekturverfahren – die durchschnittliche konsumierte Alkoholmenge pro Tag berechnet und wurden, darauf aufbauend, die befragten Personen zu Konsumgruppen zusammengefasst. Die durchschnittliche konsumierte Alkoholmenge pro Tag liegt laut adjustierten<sup>20</sup> Daten für Männer bei 38 Gramm Reinalkohol und für Frauen bei 15 Gramm Reinalkohol.<sup>21</sup> Abbildung 7.1 verdeutlicht zudem die Bedeutung, die dem Korrekturverfahren zukommt: Während die Rohwerte für Männer mit zunehmendem Alter stetig ansteigen und für Frauen insgesamt nur geringe Schwankungen aufweisen, kommt durch die Berücksichtigung der Undersampling-Korrektur den mittleren Altersgruppen eine hervorgehobene Bedeutung zu (weil in diesen Altersgruppen die meisten Personen in einschlägiger Behandlung sind und zum Sample ergänzt werden).

---

19

Most bzw. Obstwein wurden im Vergleich zur Erhebung 2015 diesmal zusätzlich erhoben. Der Konsum von Most ist nicht zuletzt insofern von besonderer Relevanz für die Dokumentation des Alkoholkonsums in Österreich, als zu diesem Getränk – im Gegensatz zu Bier und Wein – keine österreichweiten Produktionsdaten zur Verfügung stehen. Aus diesem Umstand ergibt sich auch, dass Most in der internationalen Berichterstattung von Alkoholkonsumdaten als „unrecorded consumption“ geführt wird.

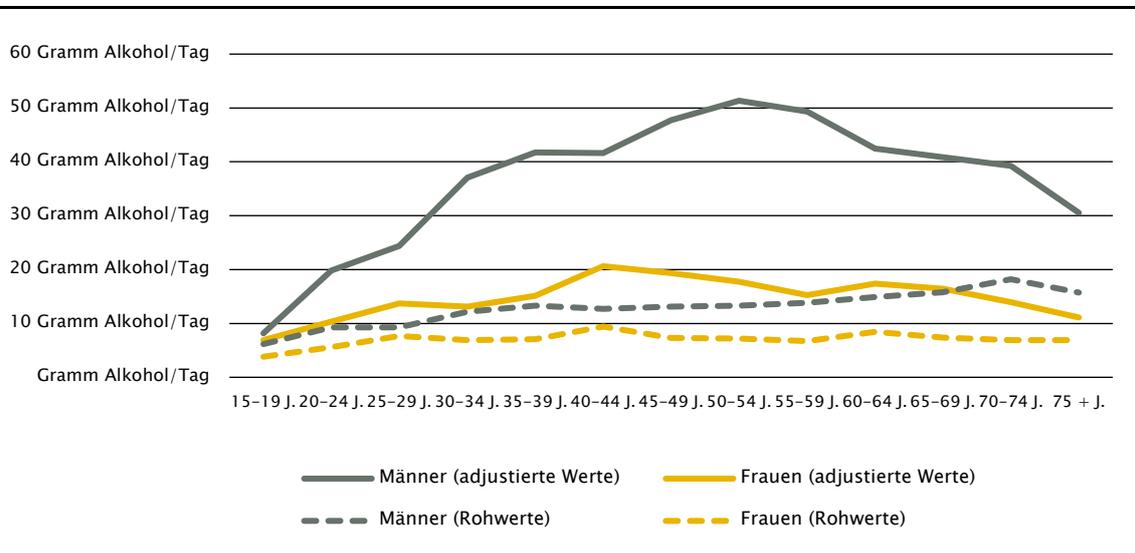
20

Die empirischen Rohwerte würden hingegen lediglich 13 Gramm für Männer und sieben Gramm für Frauen ausweisen.

21

20 Gramm entsprechen etwa einem halben Liter Bier oder etwas weniger als einem Viertelliter Wein.

Abbildung 7.1:  
Durchschnittliche Konsummenge in Gramm Alkohol pro Tag nach Alter und Geschlecht



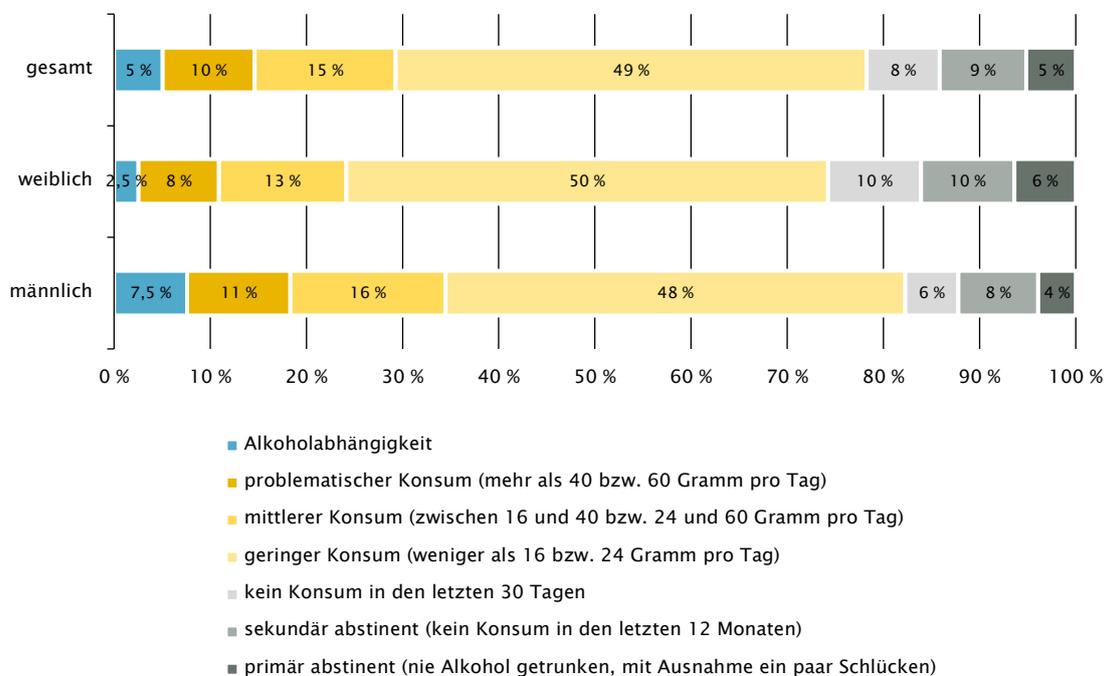
Quelle: GPS 2020 (Variablen a1, a2, bsqf1a bis bsqf4c); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Werden diese adjustierten Daten des Pro-Kopf-Konsums zur Bildung von Konsumgruppen herangezogen, wird für 15 Prozent ein problematischer Alkoholkonsum<sup>22</sup> ausgewiesen, wobei diese Schätzung sowohl Personen mit einer Alkoholabhängigkeit umfasst als auch Personen mit einem Durchschnittskonsum, der längerfristig mit großer Wahrscheinlichkeit zu körperlichen Problemen führt (über der Gefährdungsgrenze). Für Männer wird häufiger (19 %) ein problematischer Konsum ausgewiesen als für Frauen (11 %).

22

als problematischer Alkoholkonsum wird hierfür eine durchschnittliche Menge von mehr als 40 Gramm pro Tag für Frauen bzw. von mehr als 60 Gramm pro Tag für Männer definiert (für eine Begründung dieser Grenzmengen vgl. Uhl et al. 2020).

Abbildung 7.2:  
Alkoholkonsumgruppen nach Geschlecht



Anmerkung: Die geringeren Gramm-Alkohol-Angaben pro Tag beziehen sich jeweils auf Frauen, die höheren auf Männer.

Quelle: GPS 2020 (Variablen a1, a2, bsqf1a bis bsqf4c); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bei weiteren 15 Prozent liegt die durchschnittliche Konsummenge pro Tag in einem mittleren Bereich, d. h. oberhalb der „Harmlosigkeitsgrenze“ – die bei etwas mehr als einem österreichischen Standardglas für Männer und bei etwas weniger als einem österreichischen Standardglas für Frauen liegt – und unterhalb der „Gefährdungsgrenze“. Der größte Anteil der Befragungsteilnehmer/-innen konsumiert unterhalb der Harmlosigkeitsgrenze (etwa die Hälfte der Stichprobe). Der Anteil der Personen mit Konsum im mittleren bzw. im niedrigen Konsumbereich ist bei Frauen und Männern nahezu gleich groß.

22 Prozent geben an aktuell (= in den letzten 30 Tagen) keinen Alkohol zu trinken, bzw. in den letzten zwölf Monaten keinen Alkohol oder überhaupt noch nie Alkohol konsumiert zu haben. Unter Frauen ist dieser Anteil höher (26 %) als unter Männern (18 %).

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 der Personen in hohen Konsumkategorien in derartigen Untersuchungen deutlich niedriger. Es ist daher wichtig, zu betonen, dass Ergebnisse auf Basis adjustierter Daten mit Berechnungen, die auf unkorrigierten Rohwerten aufbauen, nicht vergleichbar sind. Um derartige Vergleiche zu ermöglichen, wurde eine analoge Kategorisierung auch für die Rohdaten vorgenommen (vgl. Tabelle 7.1).

Dabei wird deutlich, dass der empirische Anteil von Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten, die mehr als nur moderat konsumieren, auf Basis der Rohdaten etwa die Hälfte des Wertes erreicht ( $12\% + 3\% = 15\%$  vs.  $15\% + 10\% + 5\% = 30\%$ ), der sich infolge der Underreporting- und Undersamplingadjustierung ergibt. Es muss daher ausdrücklich betont werden, dass diese Rohangaben das Ausmaß des durchschnittlichen und problematischen Alkoholkonsums erheblich unterschätzen und wir daher die adjustierten Daten als aussagekräftiger interpretieren.

Tabelle 7.1:

Konsumgruppen auf Basis von Konsumfrequenz und -menge (Rohwerte und adjustierte Werte\*)

	männlich (Rohwert)	weiblich (Rohwert)	Gesamt (Rohwert)	männlich (adjustiert)	weiblich (adjustiert)	Gesamt (adjustiert)
primär abstinent (nie Alkohol getrunken, außer ein paar Schluck)	4 %	6 %	5 %	4 %	6 %	5 %
sekundär abstinent (kein Konsum in den letzten 12 Monaten)	9 %	10 %	9 %	8 %	10 %	9 %
kein Konsum in den letzten 30 Tagen	6 %	10 %	8 %	6 %	10 %	8 %
moderater Konsum (weniger als 16 bzw. 24 Gramm pro Tag)**	64 %	61 %	63 %	48 %	50 %	49 %
mittlerer Konsum (zwischen 16 und 40 bzw. 24 und 60 Gramm/Tag)**	14 %	9 %	12 %	16 %	13 %	15 %
problematischer Konsum (mehr als 40 bzw. 60 Gramm/Tag)**	3 %	3 %	3 %	11 %	8 %	10 %
Alkoholabhängigkeit	—	—	—	7,5 %	2,5 %	5 %
Anzahl der Befragten	2.836	3.004	5.840	3.036	3.044	6.080

\*Der Begriff „adjustierte Werte“ bezieht sich auf die Korrektur der Unterschätzung des Alkoholkonsums in Befragungsdaten.

\*\*unterschiedliche Grenzmengen für Männer und Frauen

Quelle: GPS 2020 (Variablen a1, a2, bsqf1a bis bsqf4c); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

**Täglicher oder fast täglicher** Alkoholkonsum ist nicht deckungsgleich mit einem gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum, sofern er lediglich in sehr geringen Mengen stattfindet. Täglicher oder fast täglicher Alkoholkonsum – unabhängig von der konsumierten Menge – wird in Summe von 18 Prozent der adjustierten<sup>23</sup> Stichprobe berichtet, wobei dies Männer (25 %) etwa doppelt so häufig tun als Frauen (12 %). Nach Altersgruppen betrachtet, zeigt sich ein deutlicher Anstieg des täglichen bzw. fast täglichen Alkoholkonsums mit zunehmendem Alter, der erst in der obersten Altersgruppe (75 Jahre oder älter) wieder abnimmt (vgl. Abbildung 7.3).

23

Auch die Konsumfrequenz wurde einer Undersamplingadjustierung unterzogen, und zwar in dem Sinne, dass angenommen wird, dass Alkoholiker/-innen täglich oder zumindest fast täglich Alkohol konsumieren.

Abbildung 7.3:

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

Quelle: GPS 2020 (Variablen f1, sd1); Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die aktuellen GPS-Zahlen für täglichen bzw. fast täglichen Alkoholkonsum liegen deutlich über den Ergebnissen der aktuellen ATHIS-Gesundheitsbefragung (Klimont/Baldaszi 2015), bei der neun Prozent der Männer und 2,5 Prozent der Frauen täglichen Alkoholkonsum angaben. Selbst unter Berücksichtigung der Tatsache, dass bei den ATHIS-Auswertungen keine entsprechende Adjustierung vorgenommen werden, weisen die aktuellen GPS-Zahlen einen doppelt so hohen Anteil täglicher bzw. fast täglicher Alkoholkonsumentinnen/-konsumenten aus<sup>24</sup>.

## 7.2 Erfahrung mit Berausung und 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 steht das Konzept **unmittelbarer negativer Auswirkungen** als Folge von Berausung oder **akuter Alkoholintoxikation** (wie z. B. ein erhöhtes Unfallrisiko oder die Verwicklung in Gewaltsituationen) gegenüber.

Um Trinkgelegenheiten zu messen, bei denen mehr als eine gewisse Menge alkoholischer Getränke konsumiert wurde, hat sich der englische Ausdruck „binge drinking“ etabliert. Auf Deutsch würde

24

Die nichtadjustierten Zahlen laut GPS weisen für Männer einen Anteil von 20 % und für Frauen einen Anteil von 11 % aus.

dieser Begriff wörtlich „Trinkgelage“ bedeuten, wird aber auch häufig mit „Komatrinken“ gleichgesetzt. Kritisiert wird am Konzept des Binge-Drinking, dass in diversen Untersuchungen **unterschiedliche Grenzmengen** verwendet werden, die 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 akuter Alkoholintoxikationen darunter, dass zumeist lediglich die Verhaltenskomponente (Konsum alkoholischer Getränke) gemessen wird, in der Diskussion aber Auswirkungen dieses Verhaltens im Mittelpunkt stehen (z. B. Rauschwirkung, Risikoverhalten, sozial unerwünschtes Verhalten), die gar nicht gemessen werden. Abgesehen von Auswirkungen auf die individuelle Person ist die Häufigkeit größerer Konsummengen aber auch ein Indikator für eine **Konsumkultur**, d. h. dafür, ob in einem Land eher integrierte (d. h. häufig, aber immer nur in vergleichsweise geringen Mengen) oder explosive Trinkstile (d. h. eher selten, aber wenn, dann in großen Mengen) vorherrschen.

In diesem Kontext wird als etwas neutralere Formulierung denn der Ausdruck Binge-Drinking der Begriff **„risky single drinking occasion“** verwendet. Operationalisiert wird dieses Konzept mit jeweils zwei unterschiedlichen Grenzmengen für Frauen und Männer (mehr als 60 Gramm<sup>25</sup> bei einer Trinkgelegenheit für Männer und mehr als 40 Gramm bei einer Trinkgelegenheit für Frauen)<sup>26</sup>. Zusätzlich wurde erhoben, wie häufig die doppelte Konsummenge (also mehr als 120 Gramm für Männer bzw. mehr als 80 Gramm für Frauen) konsumiert wurde. Die entsprechenden Auswertungen (vgl. Abbildung 7.4) wurden sowohl mit den undersamplingadjustierten<sup>27</sup> Daten als auch mit den nichtadjustierten Rohdaten durchgeführt.

Zusätzlich wurde eine Frage nach der Häufigkeit subjektiver Rauscherfahrungen gestellt, wobei „Rausch“ als ein Zustand operationalisiert wurde, bei dem sich die Betroffenen unsicher auf den Beinen fühlen oder ihre Aussprache undeutlich wird. Da bei Personen mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen aufgrund der Gewöhnung an Alkohol auch große Mengen nicht zwingend eine Berauscheidung verursachen müssen, ist für diese Angaben keine inhaltlich gerechtfertigte Adjustierung möglich.

---

25

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

26

Die hier als „riskant“ definierten Mengen an Einzeltagen von 40 Gramm bzw. 60 Gramm Alkohol sind numerisch identisch mit der Gefährdungsgrenze, ab deren Überschreitung im langfristigen Durchschnitt wir die Kategorie „problematischer Konsum“ zugewiesen haben. Personen, die gelegentlich die Grenzwerte einer „risky single drinking occasion“ überschreiten, sind aber dennoch klar von jenen Personen zu unterscheiden, deren durchschnittlicher Tageskonsum dieselben Grenzwerte überschreitet, weil Letztere ein deutlich größeres Risiko für alkoholbedingte Gesundheitsschäden aufweisen.

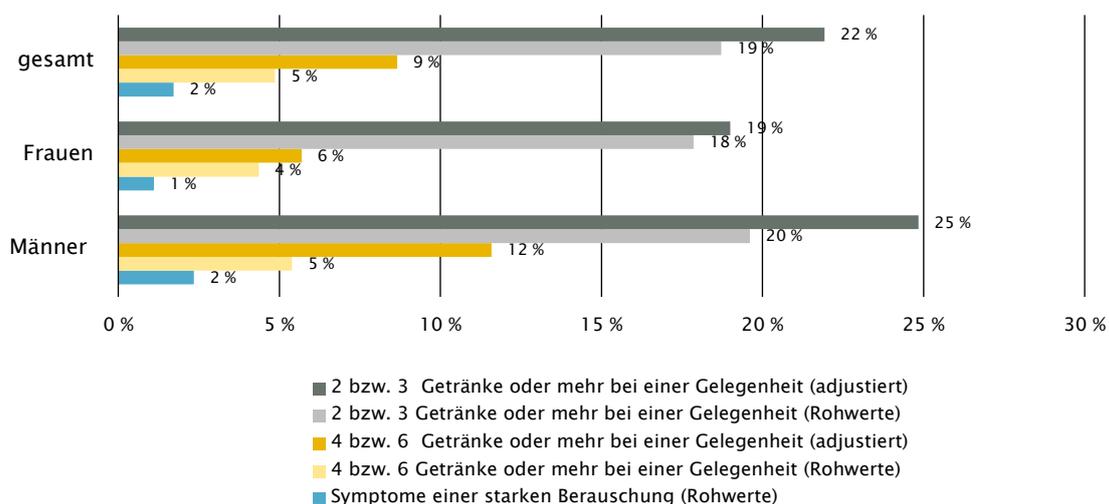
27

Das heißt, dass für Personen, die als Alkoholiker/-innen zu dem Sample ergänzt wurden, ein mindestens wöchentlicher Konsum der jeweiligen Grenzmenge angenommen wurde.

Insgesamt lassen die adjustierten Daten darauf schließen, dass in Österreich knapp über ein Fünftel der Bevölkerung (22 %) regelmäßig, d. h. zumindest einmal pro Woche (oder häufiger), 40 bzw. 60 Gramm Alkohol bei einer Gelegenheit konsumiert. Etwa eine von zehn Personen (9 %) überschreitet einmal pro Woche oder häufiger die doppelte Menge von 80 bzw. 120 Gramm Alkohol bei einer Gelegenheit.<sup>28</sup> Regelmäßige Symptome einer starken Berausung werden hingegen deutlich seltener berichtet, und nur zwei Prozent der Befragten geben an, dass dies bei ihnen einmal pro Woche oder häufiger der Fall sei.

Sämtliche Indikatoren für starke Konsumtage bzw. Rauscherfahrungen liegen für Männer höher als für Frauen. Diese Geschlechterunterschiede treten in den adjustierten Daten aber deutlich ausgeprägter zutage als in den Rohwerten<sup>29</sup>.

Abbildung 7.4:  
Starke Konsumtage und Erfahrung mit Berausung (jeweils der Anteil mit einmal wöchentlich oder häufiger) nach Geschlecht



\*Der Begriff „adjustierte Werte“ bezieht sich auf die Korrektur der Unterschätzung des Alkoholkonsums in Befragungsdaten.

Quelle: GPS 2020 (Variablen rsod1, rsod2, dr1); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

28  
Die entsprechenden Rohwerte liegen bei 18 % bzw. 5 %.

29  
Da mehr Männer häufiger von Alkoholabhängigkeitserkrankungen betroffen sind und sich entsprechend auch häufiger in Behandlung befinden, wird männlicher Alkoholkonsum durch diese Adjustierung stärker beeinflusst als Alkoholkonsum von Frauen.

## 7.3 Erfahrungen und Erwartungen bezüglich der Wirkung von Alkohol und Motive für Abstinenz

Alle Personen, die in den letzten zwölf Monaten Alkohol konsumiert haben, wurden danach gefragt, welche Wirkung Alkoholkonsum bei ihnen meistens, gelegentlich oder nie auslöst. Die Bandbreite dieser Auswirkungen umfasst dabei sowohl positive als auch negative Effekte.<sup>30</sup>

Häufig genannt werden dabei in erster Linie positive Auswirkungen in Bezug auf **positive Effekte in sozialen Situationen** („Mir fällt es leichter, auf andere Menschen zuzugehen“, Anteil Kategorie „meistens“ = 17 %; „Ich kann offener mit anderen Personen über meine Gefühle und Probleme sprechen“, 12 %; „Ich fühle mich in Gruppen wohler und weniger unsicher“, 10 %) sowie ebenfalls **positive emotionale Auswirkungen** in Hinblick auf Entspannung („Ich werde entspannter bzw. bin weniger gestresst“, 17 %) und Spaßempfinden („Ich habe mehr Spaß bei dem, was ich gerade tue.“, 10 %).

Insgesamt zeigen sich nur geringe Unterschiede in der Beurteilung der Auswirkungen von Alkoholkonsum zwischen Männern und Frauen. Deutliche Unterschiede gibt es hingegen zwischen verschiedenen Altersgruppen. Für junge Menschen spielt die positive Alkoholwirkung im sozialen Kontext eine vergleichsweise große Rolle, die mit zunehmendem Alter nachlässt. Negative Auswirkungen des Alkoholkonsums, im Sinne einer depressiven oder aggressiven Wirkung, werden zwar generell nur sehr selten berichtet, kommen aber bei jüngeren ebenso häufig vor wie bei Älteren. Sowohl positive als auch negative Auswirkungen von Alkoholkonsum verlieren somit mit **zunehmendem Alter an Bedeutung**.

Die Beurteilung der Auswirkungen von Alkoholkonsum offenbart auch Unterschiede zwischen Personen mit problematischem Alkoholkonsum und Personen mit einem unproblematischen Alkoholkonsum, wenngleich diese weniger stark ausgeprägt sind wie Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Personen: **Personen mit problematischem Konsum** verbinden Alkoholkonsum öfter mit Entspannung, Stressreduktion und der Möglichkeit, Probleme zu vergessen, d. h. mit kompensatorischen Konsummotiven, die auch in der Diagnose von Alkoholproblemen eine Rolle spielen.

---

30

Die vorliegenden Daten erlauben hingegen keine eindeutige Beurteilung, inwiefern die genannten Auswirkungen auf tatsächlichen Erfahrungen basieren oder eher als Erwartungshaltungen zu klassifizieren sind.

Tabelle 7.2:

Wirkungserwartung an Alkoholkonsum (Anteil Angaben „trifft meistens zu“)

	männl.	weibl.	15-34	35-64	65 plus	gering. Konsum	mittl. Konsum	probl. Konsum	gesamt
Mir fällt es leichter, auf andere Menschen zuzugehen.	16 %	18 %	37 %	12 %	5 %	16 %	22 %	15 %	17 %
Ich kann offener mit anderen Personen über meine Gefühle und Probleme sprechen.	11 %	13 %	25 %	9 %	4 %	11 %	14 %	15 %	12 %
Ich habe das Gefühl, anziehender und attraktiver zu sein.	4 %	5 %	12 %	3 %	1 %	5 %	4 %	6 %	5 %
Ich werde anderen gegenüber aggressiv.	1 %	1 %	3 %	1 %	1 %	1 %	2 %	1 %	1 %
Ich werde traurig und niedergeschlagen.	2 %	2 %	4 %	1 %	0 %	1 %	1 %	3 %	1 %
Ich werde entspannter bzw. bin weniger gestresst.	16 %	18 %	24 %	18 %	8 %	14 %	21 %	28 %	17 %
Ich bin weniger niedergeschlagen oder kann Probleme besser vergessen.	7 %	8 %	15 %	6 %	2 %	6 %	9 %	11 %	7 %
Ich fühle mich in Gruppen wohler und weniger unsicher.	7 %	11 %	22 %	6 %	3 %	9 %	11 %	10 %	10 %
Ich habe mehr Spaß bei dem, was ich gerade tue.	13 %	13 %	24 %	10 %	7 %	12 %	16 %	17 %	13 %
	1.371	1.334	687	1.405	613	1.702	490	350	2.542

Quelle: GPS 2020, Welle 2, Variablen alk\_wirkung1 bis alk\_wirkung\_9; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ebenso wie sich Konsummotive oder Wirkungserwartungen unterscheiden, gibt es auch eine Fülle unterschiedlicher Gründe, warum Menschen keinen Alkohol trinken. Allen Personen, die in den letzten zwölf Monaten keinen Alkohol konsumiert hatten, wurde eine Liste von 15 möglichen Gründen für Abstinenz vorgelegt (Mehrfachnennungen waren möglich). Von diesen Motiven werden **mangelndes Interesse an Alkohol** und **negative Auswirkungen auf die eigene Gesundheit** am häufigsten als Grund für Abstinenz genannt (jeweils über 80 % Zustimmung). Jeweils etwa zwei Drittel der alkoholabstinenten Befragten geben an, dass für sie abschreckende Beispiele durch

Alkoholkonsum bei anderen Personen ausschlaggebend seien bzw. dass sie die Wirkung von Alkohol nicht mögen würden. Mehr als die Hälfte der Abstinenter findet zudem, dass Alkohol eine Geldverschwendung sei bzw. sie den Geschmack von Alkohol nicht mögen würden. Religion als Motiv für Abstinenz findet insgesamt am seltensten Zustimmung.

Wie in Kapitel 7.1 beschrieben, ist der Anteil alkoholabstinenten Personen (nie Alkohol getrunken bzw. nicht in den letzten zwölf Monaten getrunken) unter Frauen etwas höher (16 %) als unter Männern (12 %). Auf die Frage nach den Gründen für die Alkoholabstinenz zeigen sich allerdings bei den **meisten Items nur geringfügige Unterschiede** zwischen den beiden Geschlechtern. Motive, die deutlich häufiger (= mehr als zehn Prozentpunkte Unterschied) von Männern genannt werden, sind religiöse Motive, negative Auswirkungen auf das Freizeitverhalten, Angst vor der Entwicklung alkoholassoziierter Probleme und negative Auswirkungen durch Alkohol in der Vergangenheit. Eine ablehnende Haltung gegenüber dem Geschmack von Alkohol ist das einzige Motiv, das deutlich häufiger (= mehr als zehn Prozentpunkte Unterschied) von Frauen genannt wird.

Unterschiede zwischen drei groben Alterskategorien lassen sich wie folgt zusammenfassen: Die Einnahme von Medikamenten sowie bestehende Erkrankungen steigen erwartungsgemäß mit zunehmendem Alter an, womit auch das Motiv, deswegen keinen Alkohol zu trinken, in der höheren Altersgruppe häufiger genannt wird; zusätzlich nimmt mit zunehmendem Alter der Anteil jener zu, die generell kein Interesse an Alkohol haben oder dessen Wirkung nicht mögen. Auch Erfahrungen mit negativen Auswirkungen von Alkohol bei anderen Personen steigen mit zunehmendem Alter an. In der jüngsten Alterskategorie (15 bis 34 Jahre) zeigt sich hingegen eine überdurchschnittlich hohe Zustimmung zu religiösen Motiven, zu Erziehung als Grund für Alkoholabstinenz sowie zu Befürchtungen, durch Alkoholkonsum selbst Probleme zu entwickeln.

Tabelle 7.3:

Motive für Alkoholabstinenz nach Geschlecht und Altersgruppen (jeweils Anteil der Zustimmung)

	männlich	weiblich	15 bis 34 Jahre	35 bis 64 Jahre	65 Jahre oder älter	gesamt
Ich habe kein Interesse an Alkoholkonsum.	81 %	87 %	75 %	92 %	91 %	84 %
Ich habe bei anderen Menschen abschreckende Beispiele erlebt, was Alkohol anrichten kann.	66 %	68 %	57 %	74 %	77 %	67 %
Ich trinke aus religiösen Gründen keinen Alkohol.	23 %	11 %	28 %	6 %	4 %	16 %
Alkoholabstinenz war Teil meiner Erziehung als Kind.	26 %	24 %	30 %	17 %	26 %	25 %
Alkoholkonsum ist mir zu teuer.	32 %	27 %	34 %	25 %	26 %	29 %
Alkoholkonsum ist Geldverschwendung.	57 %	59 %	62 %	53 %	57 %	58 %
Alkoholkonsum ist schlecht für meine Gesundheit.	79 %	81 %	75 %	84 %	83 %	80 %
Ich trinke wegen einer bestehenden Erkrankung keinen Alkohol.	26 %	16 %	17 %	20 %	27 %	20 %
Ich trinke keinen Alkohol, weil ich Medikamente nehme.	23 %	20 %	17 %	22 %	31 %	21 %
Ich mag den Geschmack von Alkohol nicht.	50 %	63 %	55 %	61 %	57 %	58 %
Ich mag die Auswirkungen nicht, die Alkohol auf mich hat.	65 %	64 %	58 %	70 %	67 %	64 %
Mir wurde durch den Alkoholkonsum einer anderen Person Schaden zugefügt.	21 %	22 %	23 %	20 %	22 %	22 %
Alkoholkonsum wirkt sich negativ auf meine Freizeitaktivitäten aus.	49 %	35 %	41 %	43 %	38 %	41 %
Ich habe Angst davor, Probleme mit Alkohol zu bekommen bzw. Alkoholiker zu werden.	35 %	23 %	35 %	25 %	19 %	28 %
In der Vergangenheit hat mir mein Alkoholkonsum geschadet.	27 %	14 %	20 %	21 %	18 %	20 %

Quelle: GPS 2020 (Variablen mnda bis mdno); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 7.4 Inanspruchnahme von Rat und Hilfe wegen Alkoholproblemen

Fragen zu Unterstützungsangeboten bei potenziellen Alkoholproblemen beziehen sich einerseits darauf, ob die Befragten selbst bzw. Personen aus ihrem Umfeld einen solchen Bedarf festgestellt haben, und andererseits darauf, ob entsprechende Angebote schon einmal oder häufiger auch tatsächlich in Anspruch genommen wurden. Für alle Fragen wurden möglichst allgemeine Formulierungen gewählt wie z. B. „Rat und Hilfe“ und wurde nicht ein spezifisches therapeutisches oder medizinisches Unterstützungsangebot erhoben. Dies hat den Vorteil, dass eine sehr breite Palette unterschiedlicher Unterstützungsformen einbezogen werden kann und auch die Befragten selbst

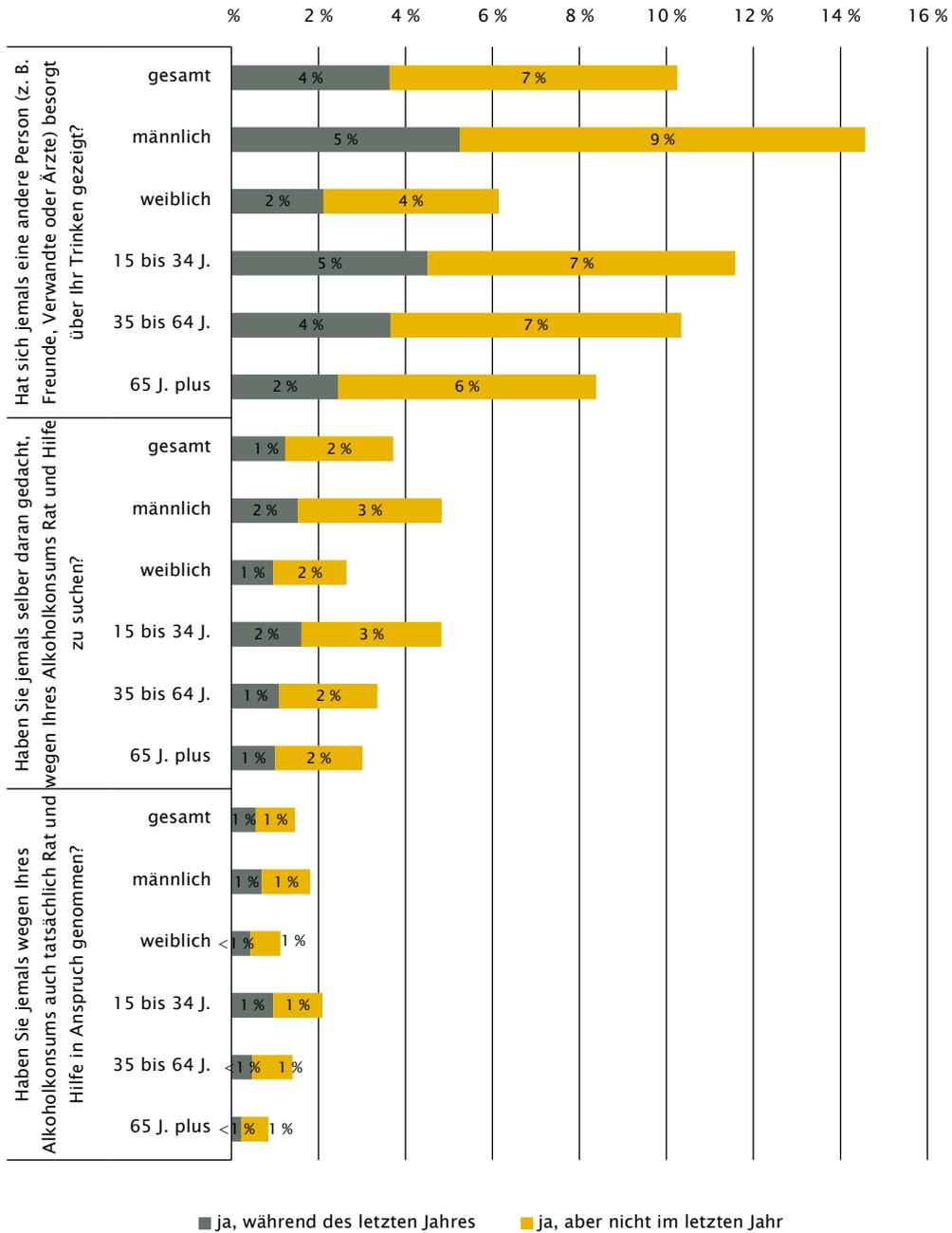
keine Entscheidung treffen müssen, ob das von ihnen genutzte Unterstützungsangebot die Kriterien eines speziellen Angebots erfüllt (sie mussten also etwa nicht zwischen einem psychotherapeutischen Gespräch und einem Beratungsgespräch mit anderen Professionistinnen/Professionisten unterscheiden). Andererseits soll explizit darauf hingewiesen werden, dass die genannten Erfahrungen nicht mit einer Therapie- bzw. Behandlungserfahrung in Einrichtungen der Suchthilfe gleichzusetzen sind.

Insgesamt berichten elf Prozent der Befragten, dass sich zumindest schon einmal eine Person (Freundinnen/Freunde, Verwandte oder Ärztinnen/Ärzte) besorgt über ihren Alkoholkonsum gezeigt hätten. Dieser Anteil liegt deutlich höher als jener von Personen, die schon einmal selbst daran gedacht haben, Rat oder Hilfe aufzusuchen (3–4 %) oder tatsächlich selbst schon einmal Rat oder Hilfe wegen ihres Alkoholkonsums in Anspruch genommen haben (1–2 %). Bei allen drei Fragen ist der Anteil unter Männern etwa doppelt so hoch wie unter Frauen.

Etwas überraschend ist, dass auch bei allen drei Fragen der Anteil der positiven Angaben in der jüngsten Altersgruppe (15 bis 34 Jahre) am höchsten ist und in den beiden höheren Altersgruppen abnimmt. Eine einfache methodologische Erklärung dafür wäre, dass Jugendliche und junge Erwachsene mit potentiellen Alkoholproblemen eher bereit sind an Befragungen teilzunehmen und ihre Angaben in einem geringeren Ausmaß sozialer Erwünschtheit unterliegen als dies bei ältere Personen der Fall ist. Eine mögliche inhaltliche Erklärung für die vorliegende Verteilung der Rohwerte wäre, dass mit zunehmenden Jahren Konsummuster häufiger als gegeben akzeptiert werden und daher seltener von Personen aus dem Umfeld oder seitens der Betroffenen selbst problematisiert werden.

Die offene Frage, wo denn die Befragten Rat und Hilfe wegen ihres Alkoholkonsums gefunden haben, verdeutlicht die Heterogenität der Stellen, bei denen Unterstützung gesucht wurde, bzw. jene der Angebote, welche von den Befragungsteilnehmerinnen/-teilnehmern unter Rat und Hilfe subsumiert wurden: Am häufigsten (jeweils 15-mal) werden Einrichtungen der Suchthilfe im Speziellen (etwa bestimmte stationäre oder ambulante Einrichtungen) wie psychotherapeutische Angebote im Allgemeinen genannt. Beratungsangebote von unterschiedlichen Stellen werden etwas seltener genannt (neunmal). Viele Personen nennen aber auch Freundinnen/Freunde und die Familie als konkretes Beispiel für Rat und Hilfe bei Alkoholproblemen (elfmal). Hausärztinnen/-ärzte und Selbsthilfe werden gleich häufig genannt (jeweils sechsmal), in zwei Fällen wurden Angebote aus dem Internet als Möglichkeit für Rat und Hilfe herangezogen.

Abbildung 7.5:  
Bedarf an Unterstützungsangeboten und deren Nutzung

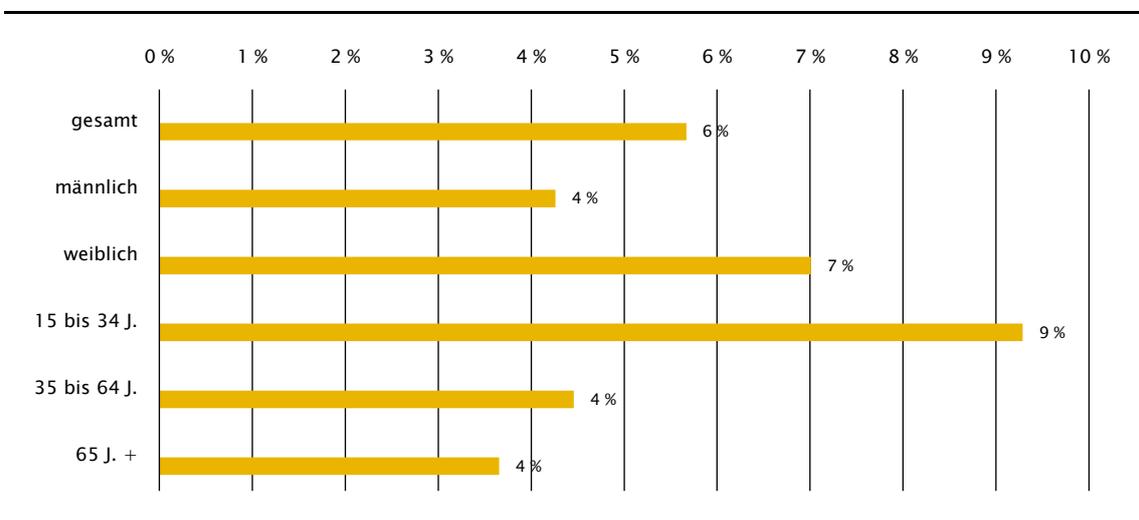


Quelle: GPS 2020 (Variable h1, h2 und h4); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 7.5 Probleme durch den Alkoholkonsum anderer

Insgesamt berichten sechs Prozent der Befragten, dass sie mit einer Person im Haushalt leben würden, deren Alkoholkonsum ihnen Probleme bereite. Dieser Anteil ist unter Befragungsteilnehmerinnen deutlich höher als unter Befragungsteilnehmern (7 % gegenüber 4 %). Noch deutlicher fallen Unterschiede nach Altersgruppen aus: Personen aus der Altersgruppe von 15 bis 34 Jahren berichten etwa doppelt so häufig von Problemen durch den Alkoholkonsum anderer Haushaltsmitglieder als die beiden höheren Altersgruppen (vgl. Abbildung 7.6).

Abbildung 7.6:  
Anteil der Personen, die durch den Alkoholkonsum einer Person in ihrem Haushalt Probleme erleben (nach Geschlecht und Altersgruppen)



Quelle: GPS 2020 (Variable h1); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bei der Person, deren Alkoholkonsum für die Befragte bzw. den Befragten ein Problem darstellt, handelt es sich etwa in der Hälfte der Fälle um die Partnerin bzw. den Partner (49 %). Betroffene Frauen nennen in 58 Prozent der Fälle diese Kategorie, betroffene Männer hingegen nur in einem Drittel der Fälle (33 %). Da Frauen sowohl häufiger den Alkoholkonsum eines Haushaltsmitglieds als Problem erleben und dies auch häufiger der Partner ist als bei Männern, ergeben sich für Frauen viermal so häufig Probleme durch Alkoholkonsum ihres Partners als für Männer (4 % vs. 1 % unter allen Befragten).

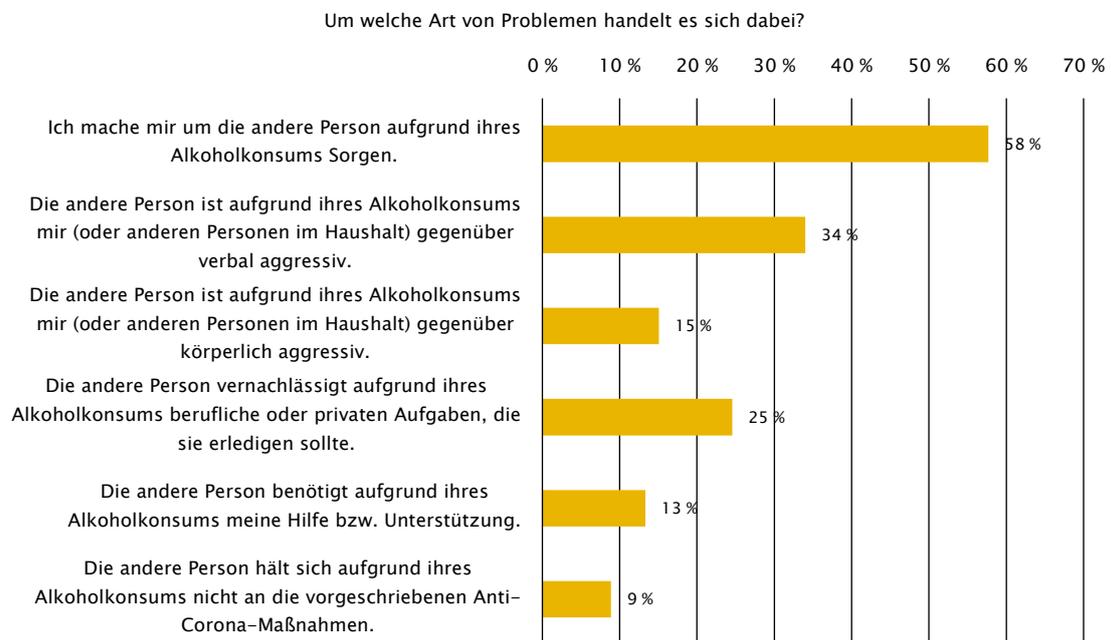
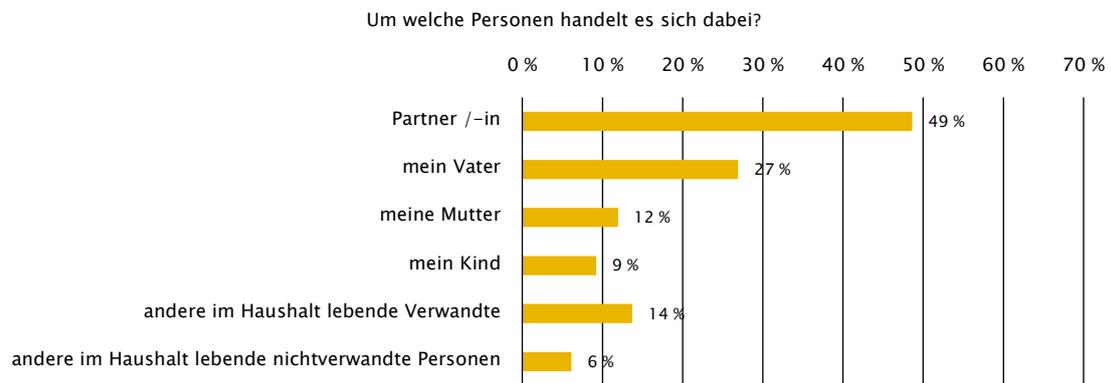
Die am zweithäufigsten genannte Personengruppe aus dem eigenen Haushalt ist der Vater der befragten Person. Väter werden hier mehr als doppelt so häufig wie Mütter genannt (27 % vs. 12 %, vgl. Abbildung 7.7). Wenig überraschend ist, dass junge Menschen häufiger den Vater nennen als ältere Personen: Bei 46 Prozent aller Personen unter 35 Jahren, die von Alkoholproblemen durch andere Personen in ihrem Haushalt berichten, handelt es sich hierbei um den Vater.

Auf die Frage nach der Art des Problems, das durch den Alkoholkonsum entsteht, wird am häufigsten geantwortet, dass man sich um die relevante Haushaltsperson Sorgen mache (58 % aller

Personen, die von einer solchen Person berichten). Verbale Gewalt trifft für ein Drittel der betroffenen Befragten zu, die Vernachlässigung von Aufgaben und Verpflichtungen für ein Viertel der betroffenen Befragten. Körperliche Gewalt wird von 15 Prozent der Personen genannt, die über Probleme durch den Alkoholkonsum anderer Haushaltsmitglieder berichten (vgl. Abbildung 7.7)

Abbildung 7.7:

Welche Person ist für das Problem verantwortlich, und um welche Art von Problemen handelt es sich (bezogen jeweils auf alle Personen, die von Problemen durch den Alkoholkonsum anderer berichten)



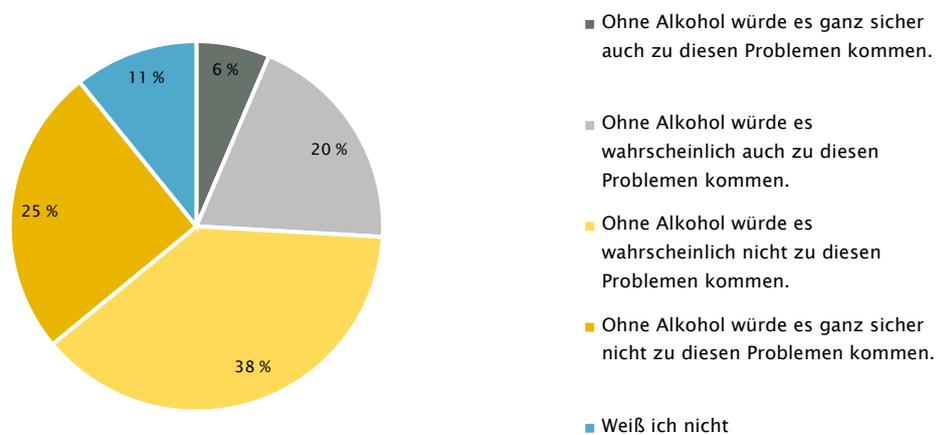
Anmerkung: Die Prozentangaben beziehen sich in beiden Grafiken auf jene Befragten, die von einer anderen Personen berichten, deren Alkoholkonsum für sie ein Problem darstellt (n = 338).

Quelle: GPS 2020 (Variablen h2a bis h3f); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Explizit auf die kausalen Wirkungszusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und dem berichteten Problem angesprochen, äußert ein Drittel die Einschätzung, dass es ohne Alkohol ganz sicher oder zumindest wahrscheinlich auch zu den genannten Problemen käme. Zwei Drittel der betroffenen Befragungsteilnehmer/-innen trifft hingegen die Einschätzung, dass die genannten Probleme ohne Alkohol ganz sicher nicht oder zumindest wahrscheinlich nicht aufträten. Jeder/Jedem Zehnten ist zu einer solchen hypothetischen Einschätzung nicht bereit.

Abbildung 7.8:

Hypothetische Einschätzung, ob das genannte Problem auch ohne Alkohol bestünde oder nicht



Anmerkung: Die Prozentangaben beziehen sich hier auf jene Befragten, die von einer anderen Person berichten, deren Alkoholkonsum für sie ein Problem darstellt (n = 338).

Quelle: GPS 2020 (Variable h4); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 7.6 Wissen zu Jugendschutz und Einstellungen zu Alkoholkonsum

Insgesamt 62 Prozent der Befragten können für alle drei abgefragten Getränkearten das richtige Jugendschutzalter nennen (Bier und Wein: 16 Jahre, Spirituosen: 18 Jahre). 18 Prozent der Befragten können zwei von drei Altersgrenzen korrekt nennen, und 17 Prozent können zumindest eine Altersgrenze korrekt angeben. Drei Prozent liegen bei allen Altersgrenzen für alkoholische Getränke daneben. Die häufigsten Fehlangaben gelten einem höher vermuteten Jugendschutzalter für den Konsum von Wein und Bier.

Erwartungsgemäß liegt der Anteil richtiger Einschätzungen des Jugendschutzalters bei jungen Menschen deutlich höher als bei älteren Personen: 77 Prozent aller Befragten im Alter zwischen 15 und 24 Jahren können für alle drei Getränkearten den korrekten Grenzwert nennen, wohingegen dies nur 34 Prozent der Personen über 65 Jahre gelingt. Ebenso zeigt sich, dass Personen, die selbst Betreuungspflichten für Kinder oder Jugendliche im Alter von unter 18 Jahren wahrnehmen,

besser über die Altersgrenzen Bescheid wissen als Personen ohne entsprechende Betreuungspflichten. Allerdings scheitert auch in der ersten Gruppe ein Viertel daran, für alle drei Getränkearten das korrekte Schutzalter zu nennen (vgl. Tabelle 7.4).

Tabelle 7.4:

Anzahl richtiger Einschätzungen des Jugendschutzalters für unterschiedliche Getränkearten, unterschieden nach Betreuungspflicht

	Betreuungspflichten für Kinder oder Jugendliche unter 18 Jahren	keine Betreuungspflichten für Kinder oder Jugendliche unter 18 Jahren	Gesamt
keine Altersgrenze richtig angegeben	2 %	3 %	2 %
eine richtige Angabe	12 %	18 %	17 %
zwei richtige Angaben	13 %	20 %	18 %
drei richtige Angaben	74 %	59 %	63 %
	712	1.959	2.671

Quelle: GPS 2020; Variablen schutzalter\_bier, schutzalter\_wein, schutzalter\_spirituosen; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Einstellungen zu Alkohol wurden auch in einigen der Vorerhebungen abgefragt, wobei sich das Wording bei einigen Fragen im Zeitverlauf geändert hat (vor allem da immer wieder andere Themen im Vordergrund stehen). Bei der Auswahl der Einstellungsfragen für die aktuelle Erhebung wurde insbesondere darauf Wert gelegt, Vergleichbarkeit mit den Fragen der Erhebung 2008 zu gewährleisten.

Die aktuellen Ergebnisse lassen darauf schließen, dass Alkohol als ein normales Konsumgut für gesunde Männer und Frauen erachtet wird: Für jeweils 81 Prozent der Befragten spricht nichts dagegen, wenn ein gesunder Mann oder eine gesunde Frau Alkohol konsumiert. Diese Werte waren 2008 noch deutlich niedriger, lagen aber auch zu diesem Zeitpunkt nahezu gleichauf für Männer und Frauen. Dies spricht einerseits dagegen, dass es in diesem Zeitraum zu einer „Denormalisierung“ des Alkoholkonsums in Österreich gekommen wäre, und dafür, dass Alkoholkonsum in Österreich nicht als ausschließliche Männerdomäne gesehen wird.

Gleichzeitig suggerieren die Ergebnisse aber auch eine **hohe Sensibilität in den Bereichen Alkohol und Schwangerschaft oder Alkohol und Arbeitsplatz**. Dies findet Ausdruck darin, dass 90 Prozent der Befragten sich dafür aussprechen, dass Frauen während der Schwangerschaft überhaupt keinen Alkohol trinken sollten, und 78 Prozent der Aussage zustimmen, dass während der Arbeitszeit – auch in Mittagspausen – ein vollkommenes Alkoholverbot gelten soll. Während die Frage zu Alkoholkonsum während der Arbeitszeit bereits 2008 sehr ähnlich beurteilt wurde, ist in Hinblick auf Alkoholkonsum während der Schwangerschaft eine verstärkte Zustimmung zu abstinenzorientierten Aussagen zu beobachten. Die immer wieder geäußerte Meinung, dass ein Großteil der Bevölkerung nicht über die schädlichen Auswirkungen des Alkohols während der Schwangerschaft Bescheid wisse, ist angesichts dieser Ergebnisse wenig plausibel.

In Bezug auf Maßnahmen gegen alkoholassoziierte Probleme finden Aufklärungs- und Informationskampagnen deutlich mehr Zustimmung (77 %) als Warnhinweise (52 %), Werbeverbote (44 %) oder

Steuererhöhungen (42 %). Im Zeitverlauf sind diese Präferenzen relativ konstant und in einer sehr ähnlichen Rangfolge auch in den Ergebnissen von 2008 wiederzufinden.

Ein weiteres Indiz für eine gestiegene Sensibilität in Hinblick auf alkoholassoziierte Probleme ist das Ergebnis, dass inzwischen eine Mehrheit der Befragten (51 %) der Aussage zustimmt, dass **Alkohol mehr Probleme** für die Gesellschaft verursacht als illegale Drogen (2008 lag dieser Wert bei 43 %).

In Bezug auf den Umgang mit Alkohol in der Kindererziehung lässt sich kein eindeutiger Trend feststellen: Die Zustimmung zu einem „einmaligen Kostenlassen“ nimmt ab, während es gleichzeitig im Zeitverlauf etwas weniger Personen „äußerst unverantwortlich finden, wenn Eltern ihre Kinder an alkoholischen Getränken nippen lassen“. Insgesamt findet sich aber eine Mehrheit, die sich für ein **striktes Alkoholprobierverbot** für Kinder ausspricht.

Tabelle 7.5:

Einstellungen zu Alkoholkonsum zwischen 2008 und 2020 (Anteil „stimme voll zu“ und „stimme eher zu“)

	2008	2020
Es spricht nichts dagegen, dass Eltern ihren kleinen Kindern einmal erlauben, Bier oder Wein zu kosten. Das schmeckt den Kindern ohnehin nicht, und ein Schluck kann nicht schaden.	36 %	18 %
Ich finde es äußerst verantwortungslos, wenn Eltern ihren kleinen Kindern erlauben, an alkoholischen Getränken zu nippen.	70 %	62 %
Es gibt keinen Grund, warum eine gesunde Frau in Gesellschaft keinen Alkohol trinken sollte.	57 %	81 %
Es gibt keinen Grund, warum ein gesunder Mann in Gesellschaft keinen Alkohol trinken sollte.	55 %	81 %
Ich halte ein Werbeverbot für alkoholische Getränke für sinnvoll, um Gesundheitsschäden und Probleme durch Alkohol zu verringern.	54 %	44 %
Ich halte Warnhinweise auf alkoholischen Getränken für sinnvoll, um Gesundheitsschäden und Probleme durch Alkohol zu verringern.	53 %	52 %
Ich halte Steuererhöhungen für alkoholische Getränke für sinnvoll, um Gesundheitsschäden und Probleme durch Alkohol zu verringern.	43 %	42 %
Ich halte Informations- und Aufklärungskampagnen für sinnvoll, um Gesundheitsschäden und Probleme durch Alkohol zu verringern.	76 %	77 %
Ich fühle mich zum Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Schwangerschaft ausreichend informiert.	72 %	80 %
Während einer Schwangerschaft sollten Frauen absolut keinen Alkohol trinken.	84 %	90 %
Gelegentlich ein Glas Alkohol kann auch während der Schwangerschaft nicht schaden.	24 %	13 %
Am Arbeitsplatz sollte auch während der Essenspause ein völliges Alkoholverbot gelten.	79 %	78 %
Wenn Alkohol deutlich teurer wäre, würde ich für den Privatgebrauch weniger Alkohol kaufen.	35 %	29 %
Alkohol verursacht für die Gesellschaft mehr Probleme als illegale Drogen.	43 %	51 %
Anzahl	4.196	3.278

Quelle: GPS 2020; Variablen alk\_einstellung1 bis alk\_einstellung14 (zweite Welle) bzw. GPS 2008; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 7.7 Wesentliche Entwicklung des Alkoholkonsums im Zeitverlauf

Die Konsumgruppen (basierend auf adjustierten Daten) wurden bei der gegenständlichen Erhebung genauso berechnet wie bei den Repräsentativerhebungen in den Jahren 1994, 2004, 2008 und 2015, wodurch sich die Daten gut für die Darstellung von Zeitverläufen eignen (vgl. Abbildung 7.9).

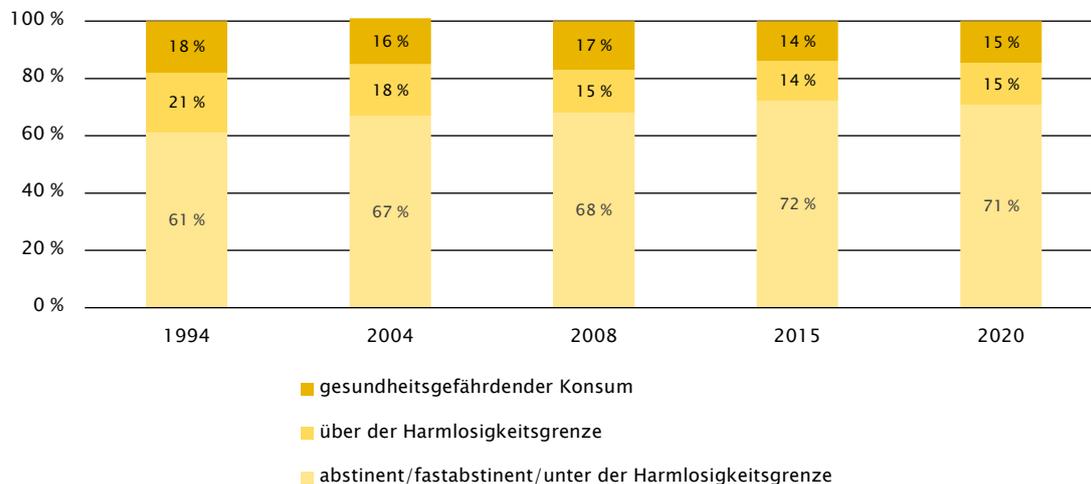
Insgesamt sind in den letzten 25 Jahren nur leichte Veränderungen im Konsumverhalten zu beobachten, wobei insgesamt ein **leichter Trend in Richtung eines moderateren Konsumverhaltens** zu beobachten ist. So kam es im Zeitraum zwischen 1994 und 2020 zu einem leichten Rückgang der beiden stärksten Konsumgruppen: Sowohl der Anteil der problematischen als auch jener der mittleren Konsumentinnen und Konsumenten hat abgenommen (von 18 % auf 15 % bzw. von 21 % auf 15 %). Entsprechend ist der Anteil der Niedrigkonsumgruppen leicht gestiegen: Machten Abstinente, Fastabstinente und Konsumentinnen/Konsumenten mit geringem Konsum<sup>31</sup> im Jahr 1994 in Summe noch 61 Prozent aus, so wuchs dieser Anteil bis zum Jahr 2020 auf 71 Prozent an.

---

31

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

Abbildung 7.9:  
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 2020 (Variablen a1, a2, bsqf1a bis bsqf4c) bzw. (Uhl/Springer 1996); Uhl, Alfred et al. (2005) ENREF\_13, Uhl et al. (2009c), (Strizek/Uhl 2016); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bezüglich des durchschnittlichen Alkoholkonsums pro Kopf ist laut den adjustierten Daten im Zeitraum von 1994 bis 2020 ein leichter Rückgang von 31 Gramm pro Tag auf 26 Gramm pro Tag zu verzeichnen<sup>32</sup> (vgl. Abbildung 7.10). Dieser Rückgang basiert ausschließlich auf einem rückläufigen Durchschnittskonsum der männlichen Befragten, wohingegen bei Frauen eine leichte Zunahme des Durchschnittskonsums von zwölf auf 14 Gramm pro Tag zu verzeichnen ist. Auch innerhalb der Gruppe der männlichen Befragten zeigen sich deutliche Unterschiede, wenn nach Altersgruppen unterteilt wird: Während bei Männern in der Altersgruppe zwischen 30 und 59 Jahren sowie in der Altersgruppe der 60-Jährigen und älter die Entwicklung zwischen 1996 und 2020 als moderater Rückgang zu bezeichnen ist (von 55 auf 45 Gramm bzw. von 45 auf 38 Gramm), nimmt die Konsummenge bei Männern im **Alter zwischen 15 und 29 Jahren** um mehr als Hälfte und somit deutlich stärker ab als in jeder anderen Bevölkerungsgruppe. Diese Entwicklung steht in Einklang mit Ergebnissen aus der Schülerbefragung ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs), die ebenfalls eine deutliche Veränderung des Trinkverhaltens männlicher Jugendlicher in Österreich (Hojni et al. 2019) sowie in vielen anderen wohlhabenden westlichen europäischen Ländern feststellen. Als mögliche Ursachen für dieses Verhalten werden unterschiedliche Einflussfaktoren diskutiert:

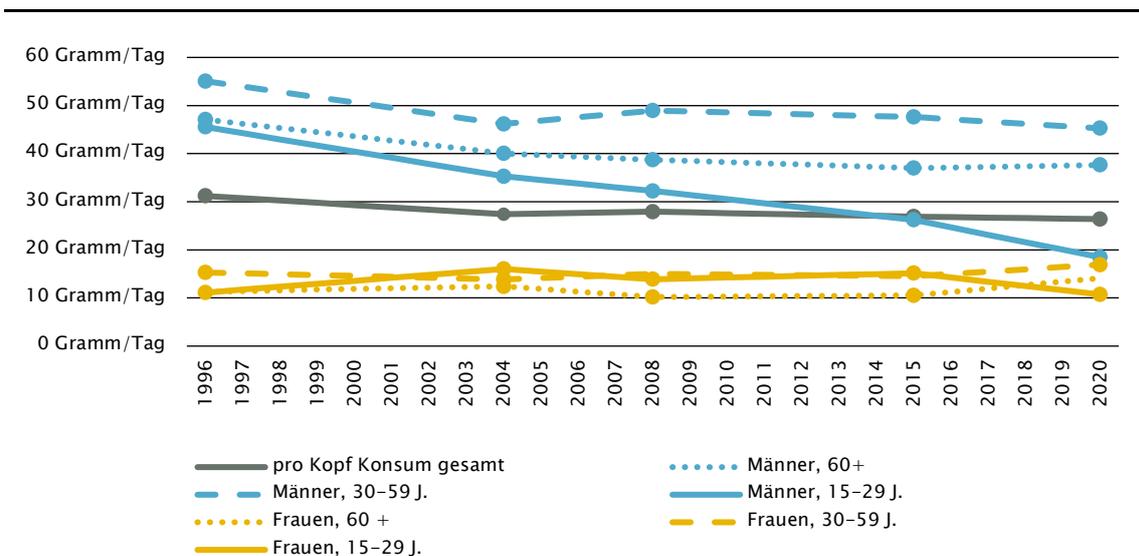
- » eine Verschiebung typischer Verhaltensweisen der Kindheit bzw. Adoleszenz in spätere Lebensphasen

32

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

- » eine Veränderung im Freizeitverhalten (weniger Kontakte außer Haus und die wachsende Bedeutung digitaler Medien)
- » wachsende alkoholaverse Einstellungen durch Zuzug von Personen aus überwiegend muslimischen Herkunftsländern
- » in Summe eine generell abnehmende Bedeutung von Alkohol als identitätsstiftendes Element bzw. Übergangsritual der männlichen Adoleszenz (Strizek 2020).

Abbildung 7.10:  
Entwicklung des durchschnittlichen Tageskonsums in Gramm Alkohol nach Alter und drei Altersgruppen (adjustierte Werte\*)



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

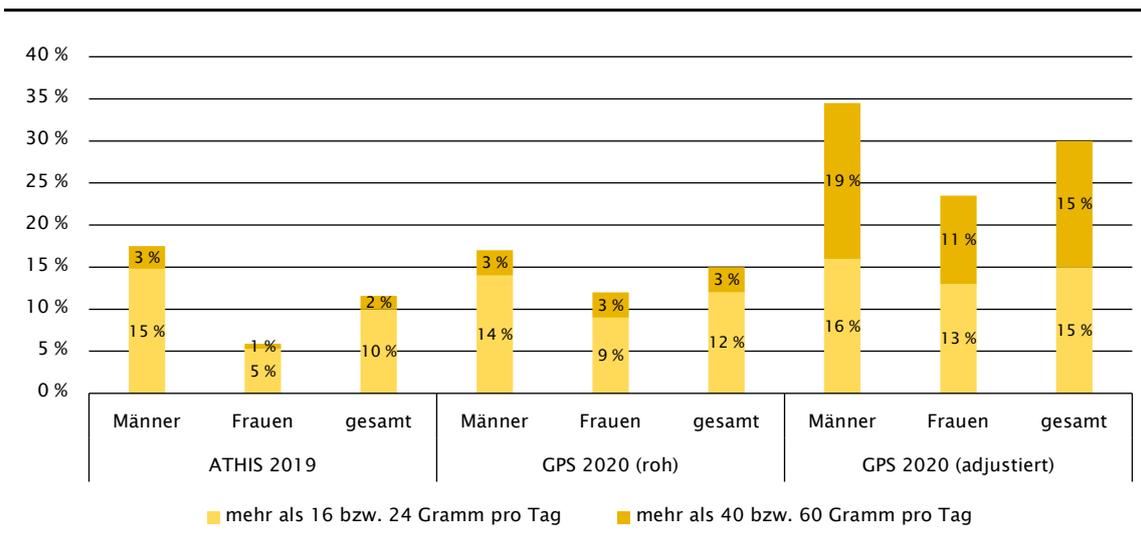
Quellen: GPS 2020 (Variablen a1, a2, bsqf1a bis bsqf4c) bzw. (Uhl/Springer 1996); Uhl, Alfred et al. (2005) ENREF\_13, Uhl et al. (2009c), (Strizek/Uhl 2016) Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 7.8 Vergleich der aktuellen Ergebnisse mit Referenzprojekten

In Auswertungen der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) von 2019 werden identische Grenzziehungen für Konsumgruppen auf Basis des durchschnittlichen Alkoholkonsums pro Tag verwendet, wenngleich die verbale Beschreibung der Konsumgruppen etwas anders ausfällt. Sowohl der Anteil der Personen, die mehr als 16 bzw. 24 Gramm (Frauen bzw. Männer) konsumieren, als auch der Anteil der Personen, die mehr als 40 bzw. 60 Gramm konsumieren, ist bei ATHIS 2019 etwas niedriger als in den Rohwerten der vorliegenden Erhebung, wobei die Diskrepanz vor allem aus Unterschieden bei den Frauen resultiert und die Schätzungen für Männer relativ identisch ausfallen. Der wesentliche Unterschied zwischen den Ergebnissen der ATHIS-Erhebung und den hier publizierten Ergebnissen kommt durch die Adjustierung der Rohdaten zustande, durch die der Schätzwert für den Anteil problematischer Konsumentinnen/Konsumenten der vorliegenden

Erhebung von drei Prozent auf 15 Prozent erhöht wird, dem ein empirischer Rohwert von zwei Prozent aus der ATHIS-Erhebung gegenübersteht.

Abbildung 7.11:  
Vergleich der Alkoholkonsumgruppen laut ATHIS 2019 bzw. GPS 2020 (Rohwerte bzw. adjustierte Werte)



Quelle: GPS 2020 (Variablen a1, a2, bsqf1a bis bsqf4c) bzw. Klimont (2020); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 8 Schlaf- und Beruhigungsmittel

Schlaf- und Beruhigungsmittel nehmen aus zwei Gründen eine Sonderstellung im Konsum psychoaktiver 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 bei 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 ausschließlich Mittel gemeint sind, die „mit einem ärztlichen Rezept in einer Apotheke zu erhalten sind“, und „alternativmedizinische Mittel (z. B. homöopathische Produkte) oder Hausmittel wie z. B. Baldriantropfen, Kräutertees oder Ähnliches“ nicht inkludiert werden sollen. Ungeachtet dieser Abgrenzung zu Hausmitteln ist anzunehmen, dass viele Personen sowohl bei ärztlich verordneten als auch bei nicht ärztlich verordneten Medikamenten nicht beurteilen können, ob diese als Schlaf- und Beruhigungsmittel zu klassifizieren sind.

Zudem ist zu betonen, dass verschreibungspflichtige Schlaf- und Beruhigungsmittel durchaus medizinisch gerechtfertigt verordnet werden und die Einnahme dieser Substanzen nicht grundsätzlich als missbräuchlich abgelehnt werden sollte (auch der Nichtkonsum medizinisch indizierter Medikamente kann ein Problem darstellen). Ebenso sollte „ärztlich verschrieben“ nicht unbedingt mit „medizinisch indiziert“<sup>33</sup> und „anderwärtig besorgt“ nicht automatisch mit „medizinisch nicht indiziert“ gleichgesetzt werden<sup>34</sup>. Zu beachten ist ferner, dass Medikamentenabhängige, ähnlich wie Alkoholabhängige, bei Repräsentativerhebungen stark unterrepräsentiert sind oder ihren Medikamentenmissbrauch nicht eingestehen. All diese Faktoren erschweren die Quantifizierung des Schlaf- oder Beruhigungsmittelkonsums und ganz besonders des problematischen Konsums erheblich.

### 8.1 Prävalenz der Einnahme von Schlaf- bzw. Beruhigungsmitteln

In Summe berichten 18 Prozent der Befragten, dass sie schon mindestens einmal in ihrem Leben verschreibungspflichtige Schlaf- oder Beruhigungsmittel eingenommen hätten. Sieben Prozent der

---

33

Es wird immer wieder kritisiert, dass manche Ärztinnen/Ärzte zu unkritisch und zu lange ohne tatsächliche Indikation Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel verschreiben, wodurch iatrogene Abhängigkeiten ausgelöst werden.

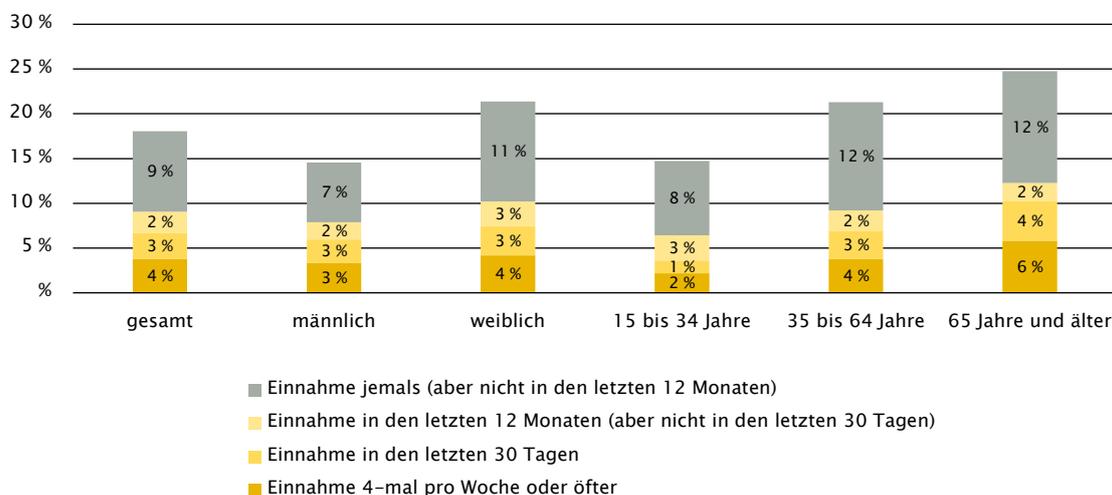
34

Wenn z. B. jemand nach einer schweren Verletzung einige Tage lang oder bei einer Interkontinentalreise einmalig ein Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel einnimmt, ohne vorher eine Ärztin / einen Arzt zu konsultieren, stellt das kein gravierendes Problem dar, auch wenn bei verschreibungspflichtigen Medikamenten grundsätzlich eine Verordnung vorgesehen ist.

Befragten haben dies in den letzten 30 Tagen getan, und **vier Prozent berichten von einer sehr häufigen Einnahme** von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (viermal pro Woche oder mehr).

Im Einklang mit allen vorhandenen Erkenntnissen zu dieser Substanzgruppe berichten Befragungsteilnehmerinnen häufiger als Befragungsteilnehmer von einer Einnahme von Schlaf- bzw. Beruhigungsmitteln, und der Anteil der Personen, die von einer Einnahme berichten, steigt mit zunehmenden Alter kontinuierlich an. In der Gruppe der Personen im Alter von 64 Jahren oder älter berichtet jede(r) Zehnte von einer zumindest monatlichen Einnahme, und sechs Prozent geben eine regelmäßige Einnahme an (mindestens) vier Tagen pro Woche an.

Abbildung 8.1:  
Prävalenz des Konsums von Schlaf- bzw. Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: GPS 2020 (Variable m1, m3, m4, m5); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

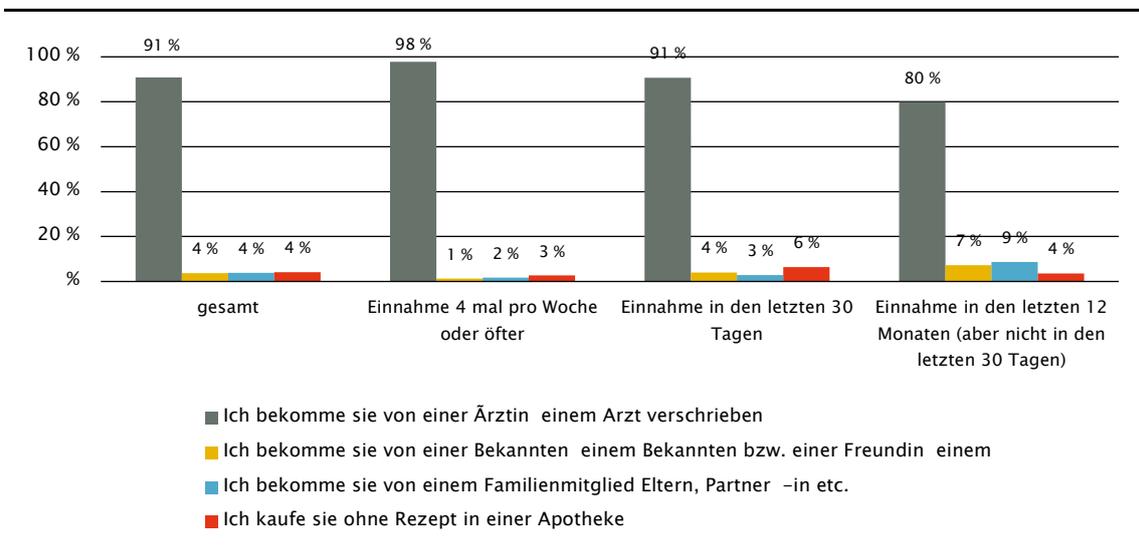
## 8.2 Bezugsquellen von Schlaf- bzw. Beruhigungsmitteln

Etwa neun von zehn Personen, die Schlaf- oder Beruhigungsmittel innerhalb der letzten zwölf Monate eingenommen haben, erhielten diese mittels einer **ärztlichen Verschreibung**. Jeweils vier Prozent berichten hingegen, dass sie Schlaf- oder Beruhigungsmittel (auch) über andere Quellen erhalten hätten, nämlich via Freundinnen/Freunde und Bekannte, Familienmitglieder oder ohne Rezept in einer Apotheke (Mehrfachnennungen möglich).

Bei ärztliche Verordnung kommt die regelmäßige Einnahme erwartungsgemäß erheblich häufiger vor, während beim nicht ärztlich verordneten Konsum die gelegentliche Einnahme überwiegt.: So liegt dieser Anteil bei Personen, die innerhalb der letzten zwölf Monate Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel eingenommen haben, bei 80 Prozent, und bei Personen mit einer sehr häufigen Einnahme bei 98 Prozent. Analog dazu steigt bei Personen mit niedriger Nutzungsfrequenz der Anteil jener,

die andere Bezugsquellen (also Freundinnen/Freunde, Familie oder Apotheke ohne Rezept) nutzen (vgl. Abbildung 8.2).

Abbildung 8.2:  
Bezugsquellen von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln



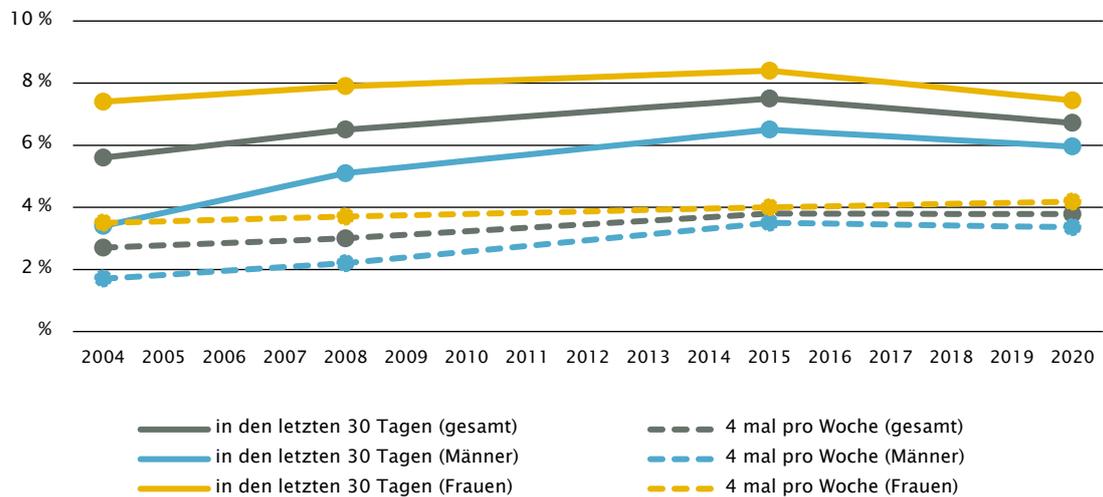
Quelle: GPS 2020 (Variable m6\_1 bis m6\_4); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### 8.3 Wesentliche Entwicklungen der Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln im Zeitverlauf

Seit der Erhebung im Jahr 2004 wurden Fragen zur Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln auf vergleichbare Weise gestellt, wodurch Trendanalysen möglich sind. Insgesamt bewegt sich die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln zu allen Erhebungszeitpunkten in einem niedrigprävalenten Bereich und ist **nur geringfügigen Schwankungen** unterworfen. Von 2004 bis 2015 war ein kontinuierlicher Anstieg der 30-Tage-Prävalenz sowie des Anteils jener Personen zu verzeichnen, die viermal pro Woche oder häufiger Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen. In beiden Fällen hat sich der ansteigende Trend nicht in den Daten der aktuellen Erhebung fortgesetzt. Über den gesamten verfügbaren Zeitraum von 2004 bis 2020 betrachtet, ist sowohl die Monatsprävalenz als auch die Prävalenz der Einnahme mindestens viermal pro Woche um etwa einen Prozentpunkt angestiegen.

Die bereits erwähnten Geschlechterunterschiede – nämlich eine höhere Einnahme unter Frauen als unter Männern – haben den Daten zufolge in den letzten 16 Jahren abgenommen. Der für andere Substanzen häufig beschriebene Trend einer **Angleichung der Geschlechterrollen im Konsumverhalten** lässt sich somit unter umgekehrten Ausgangsbedingungen auch für die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln konstatieren.

Abbildung 8.3:  
Einnahme von Schlaf- bzw. Beruhigungsmitteln im Zeitverlauf der Erhebungen von 2004, 2008, 2015 und 2020



Anmerkung: Erhebungszeitpunkte sind mit einem Kreis hervorgehoben. Der fiktive Verlauf zwischen den Erhebungszeitpunkten wurde linear interpoliert.

Quellen: GPS 2020 (Variablen m1 und m5) bzw. Uhl/Springer (1996); Uhl et al. (2005), Uhl et al. (2009b), (Strizek/Uhl 2016);  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 9 Cannabis

Cannabis ist die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge in Österreich. Aus einer gesundheitspolitischen Perspektive ist es sinnvoll, dabei zwischen **risikoreichem Konsum**<sup>35</sup>, Konsummustern ohne körperliche, psychische oder soziale Probleme und reinem Probierkonsum zu unterscheiden.

Bevölkerungsbefragungen sind das gängige Mittel, um grob abzuschätzen, wie viele Menschen über Konsumerfahrungen mit Cannabis verfügen (Lebenszeitprävalenz) und wie viele aktuell Cannabis konsumieren (Letztmonatsprävalenz). Zu der vergleichsweise kleinen Gruppe jener, die risikoreich konsumieren, stehen in erster Linie Daten aus dem Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung. Diesen Behandlungsdaten zufolge bilden Personen mit behandlungsbedürftigem Cannabiskonsum nach solchen mit einer Opioidabhängigkeit die zahlenmäßig zweitgrößte relevante Patientengruppe im Bereich illegaler Drogen<sup>36</sup> und machen rund elf Prozent aller Personen im Behandlungsbereich illegaler Drogen aus (das entspricht pro Jahr etwa 3.000 Personen bzw. 0,04 % der Bevölkerung ab 15 Jahren; (Anzenberger et al. 2020). Behandlungsdaten übersehen aber naturgemäß jene Personen, die zwar einen behandlungsbedürftigen Cannabiskonsum aufweisen, aber nicht in Kontakt mit dem Suchthilfenetzwerk stehen. Im Gegensatz zu den Vorerhebungen wurde daher in der diesjährigen Erhebung auch ein Instrument zur Schätzung des problematischen Cannabiskonsums mittels Befragungsdaten verwendet.

Eine zweite Neuerung im Vergleich zu den Vorerhebungen ist, dass diesmal dem Umstand Rechnung getragen wurde, dass aktuell in Österreich nicht nur herkömmliches (und verbotenes) Cannabis mit einem THC-Gehalt<sup>37</sup> von mindestens 0,3 % verfügbar ist, sondern darüber hinaus auch Cannabisprodukte legal erhältlich sind, die diesen Grenzwert nicht überschreiten und hauptsächlich über den Wirkstoff CBD (Cannabidiol) beworben werden. Aus diesem Grund wurde eingangs per Filterfrage abgeklärt, ob die befragten Personen THC-haltiges<sup>38</sup> Cannabis und/oder CBD-haltiges Cannabis konsumiert haben oder sich in dieser Frage nicht sicher sind.

---

35

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

36

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

37

THC = Tetrahydrocannabinol

38

Die Begriffe THC-haltiges bzw. CBD-haltiges Cannabis sind logisch nicht ganz korrekt, weil jedes Cannabisprodukt (zumindest in einem sehr geringen Ausmaß) sowohl THC als auch CBD enthält. Richtig wäre, stattdessen die Bezeichnungen „überwiegend THC-haltiges Cannabis“ bzw. „überwiegend CBD-haltiges Cannabis“ zu verwenden; um die Lesbarkeit nicht zu erschweren, wird aber dennoch die kürzere Variante verwendet.

## 9.1 Prävalenz des Cannabiskonsums

Laut GPS 2020 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.<sup>39</sup>

Für die meisten Personen mit Cannabiserfahrung liegt diese aber zumindest ein Jahr oder länger zurück: Nur **fünf Prozent** der Befragten geben an, in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert zu haben (Letztjahresprävalenz), **drei Prozent** in den letzten 30 Tagen (Letztmonatsprävalenz). Täglicher Cannabiskonsum über die letzten 30 Tage liegt in einem niedrigen Promillebereich. Männer berichten generell etwas häufiger von Cannabiskonsumerfahrungen als Frauen (vgl. Abbildung 9.1).

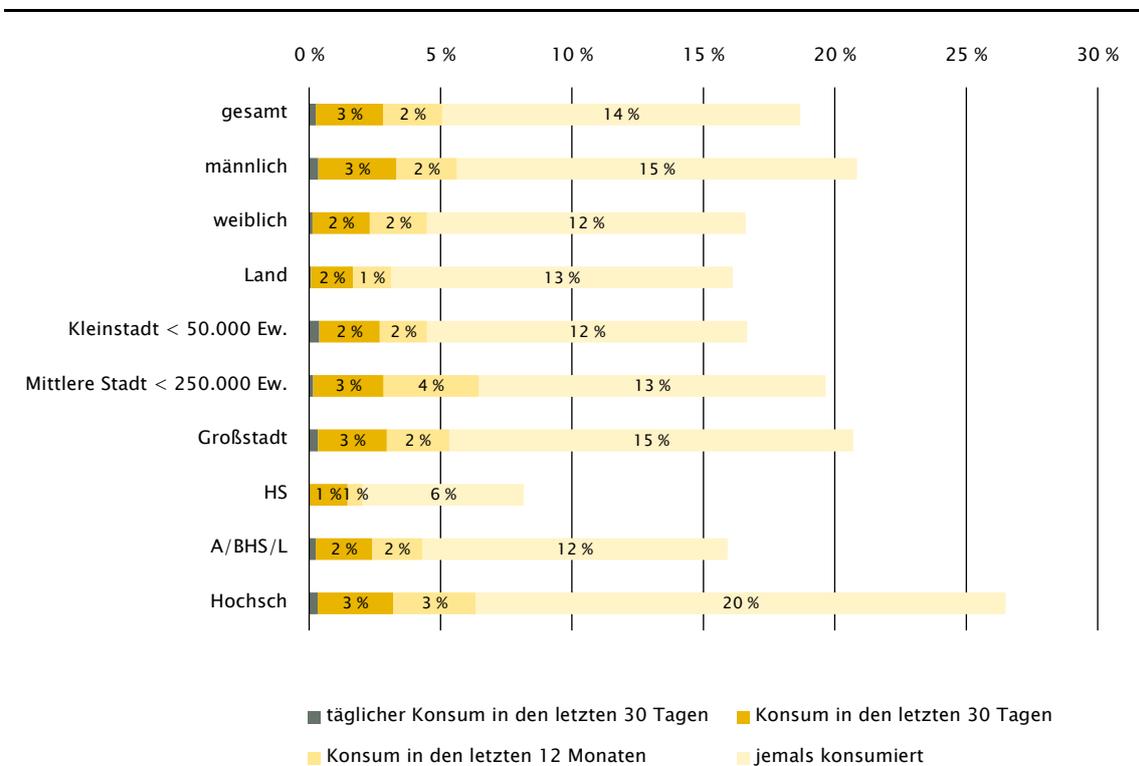
Deutlicher fallen hingegen Unterschiede hinsichtlich der Dimensionen „Bildung“ und „Urbanitätsgrad“ aus: Personen mit **höheren Bildungsabschlüssen** sowie Personen aus **mittleren Städten** (mindestens 50.000 Einwohner/-innen) und **Großstädten** (mindestens 250.000 Einwohner/-innen) berichten deutlich häufiger von Erfahrungen mit Cannabis als solche mit mittleren bzw. niedrigen Bildungsabschlüssen und Personen aus ländlichen Regionen.

---

39

Dieser Schätzwert basiert darauf, dass die Angaben von 20- bis 30-Jährigen bei Erhebungen seit Jahrzehnten konstant zwischen 30 und 35 Prozent liegen (in der aktuellen Befragung mit 28 Prozent etwas darunter) und diese Personen eher wahrheitsgemäß antworten als Personen, die in einem höheren Alter zu ihren Cannabiserfahrungen befragt werden. Da dieser Anteil cannabiserfahrener Personen mit zunehmendem Alter nicht kleiner werden kann (sondern durch eine geringe Anzahl von „Späteinsteigerinnen“ und „Späteinsteigern“ tendenziell nur größer werden kann) und auch junge Menschen zu einem gewissen Teil Konsumerfahrungen leugnen, ist anzunehmen, dass der Anteil cannabiserfahrener Personen im Alter zwischen 20 und 30 Jahren die Untergrenze für die Schätzung des Anteils in der Gesamtbevölkerung darstellt.

Abbildung 9.1:  
Cannabisprävalenz nach Geschlecht, Urbanitätsgrad und Bildung



Land = Dorf oder kleine Ortschaft; Kleinstadt = unter 50.000 EW; mittlere Stadt = 50.000 bis 250.000 EW; Großstadt = Stadt mit mehr als 250.000 EW; HS = Abschluss der Sekundarstufe I; A/BHS/L = Abschluss der Sekundarstufe II; Hochschule = tertiärer Bildungsabschluss

Quelle: GPS 2020; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

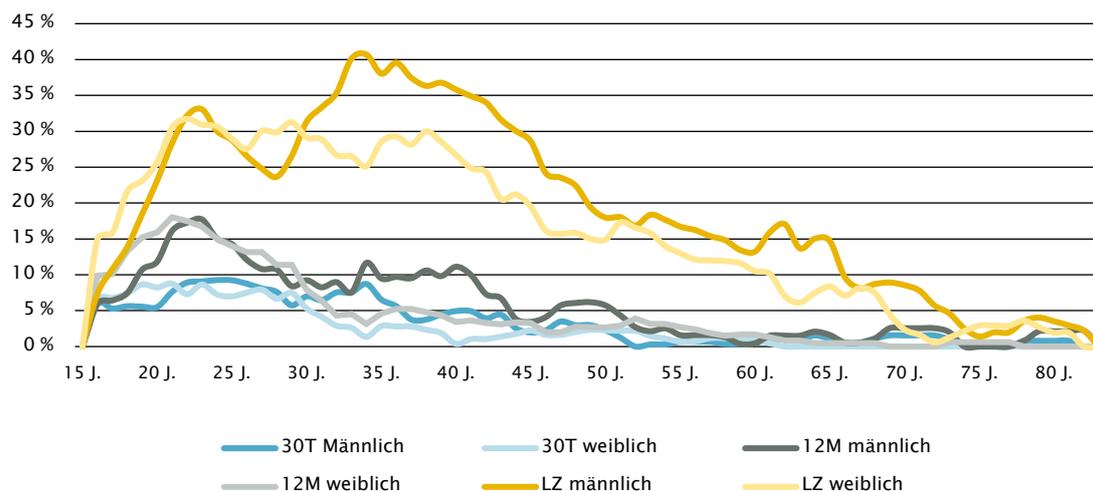
Die Auswertungen von Lebenszeit-, Letztjahres und Letztmonatsprävalenz nach Alter (vgl. Abbildung 9.2) zeigt, dass der Cannabiskonsum bei Personen im Alter von Anfang bis Mitte 20 am weitesten verbreitet ist: Um die 15 Prozent der Befragten in diesem Alter berichten von Cannabiskonsum innerhalb des letzten Jahres, und der Anteil jener, die Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen angeben, liegt etwas unter zehn Prozent.

Gegen Mitte bis spätestens gegen Ende der dritten Lebensdekade nehmen aktuelle Konsumerfahrungen bei Frauen deutlich ab, bei Männern ist das erst mit Ende der vierten Lebensdekade der Fall. Dies steht im Einklang mit anderen Ergebnissen, die ein ebensolches „**maturing out**“ des Cannabiskonsums bei einer gleichzeitigen Zunahme familiärer und beruflicher Verpflichtungen beschreiben (Labouvie 1996).

Der massive Rückgang der Anzahl der Personen, die Cannabiserfahrungen in früheren Jahren (Lebenszeitprävalenz) 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 Fragebogen 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 wie bei der aktuellen Befragung und dass eine Person, die einmal Cannabis konsumiert hat, nicht wieder „cannabisjungfräulich“ werden kann.

Abbildung 9.2:  
Cannabisprävalenz im Altersverlauf



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

Quelle: GPS 2020; 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 verfügt. Bei einem Großteil dieser Personen war der Konsum aber lediglich eine vorübergehende Probiererfahrung.

## 9.2 Cannabisprävalenz im Zeitvergleich

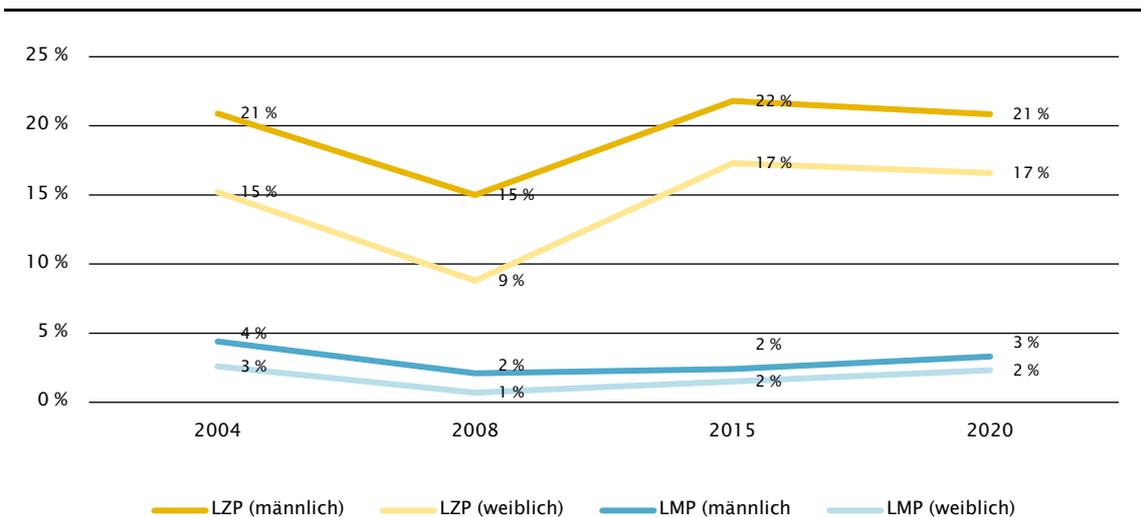
Die berichtete Lebenszeitprävalenz in vier Erhebungen zwischen Jahren 2004 bis 2020 liegt um die 20 Prozent, bei Männern etwas darüber und bei Frauen etwas darunter (zur generellen Unterschätzung der Lebenszeitprävalenz siehe Abschnitt 9.1).<sup>40</sup> Die für das aktuelle Konsumverhalten

40

Die einzige Ausnahme bildet das Jahr 2008, als ein unplausibel starker Rückgang der Lebenszeitprävalenz zu beobachten war, der auf ein Erhebungsartefakt zurückgeführt wird (Weigl et al. 2015).

relevante Konsumprävalenz im letzten Monat liegt bei Männern im Intervall zwei bis vier Prozent und bei Frauen (unter Ausklammerung von 2008) im Intervall zwei bis drei Prozent. Wesentliche Veränderungen im Zeitverlauf lassen sich somit nicht beobachten (vgl. Abbildung 9.3).

Abbildung 9.3:  
Entwicklung der Cannabisprävalenz 2004 bis 2020 nach Geschlecht



Legende: LZP = Lebenszeitprävalenz, LMP = Letztmonatsprävalenz

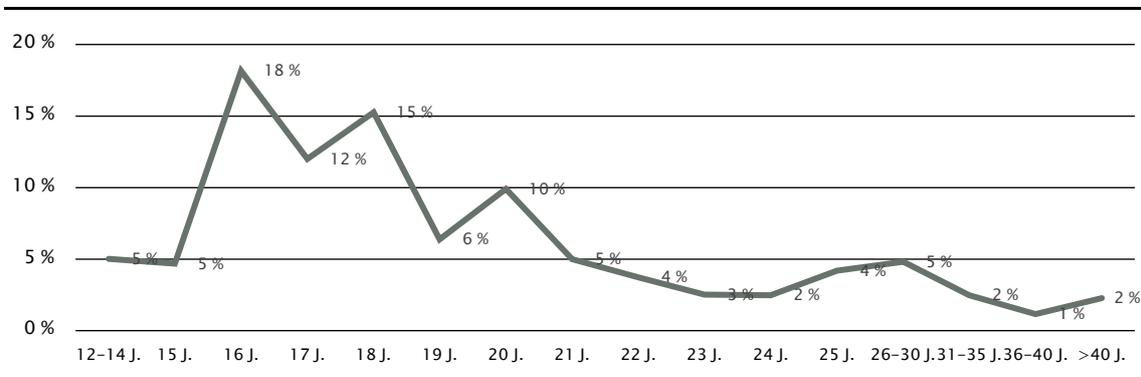
Quellen: GPS 2020 (Variablen c1 bis c5) bzw. Strizek et al. (2015), ENREF\_41, Uhl et al. (2009c); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 9.3 Erste Konsumerfahrungen mit Cannabis

Erste Konsumerfahrungen mit Cannabis werden zumeist im Alter zwischen **15 und 20 Jahren** gesammelt. Nur wenige Personen, die jemals in ihrem Leben Cannabis konsumierten, berichten erste Konsumerfahrungen nach dem 30. Geburtstag (vgl. Abbildung 9.4).

Abbildung 9.4:

Alter des ersten Konsums von Cannabis unter allen Personen, die jemals Cannabis konsumiert haben



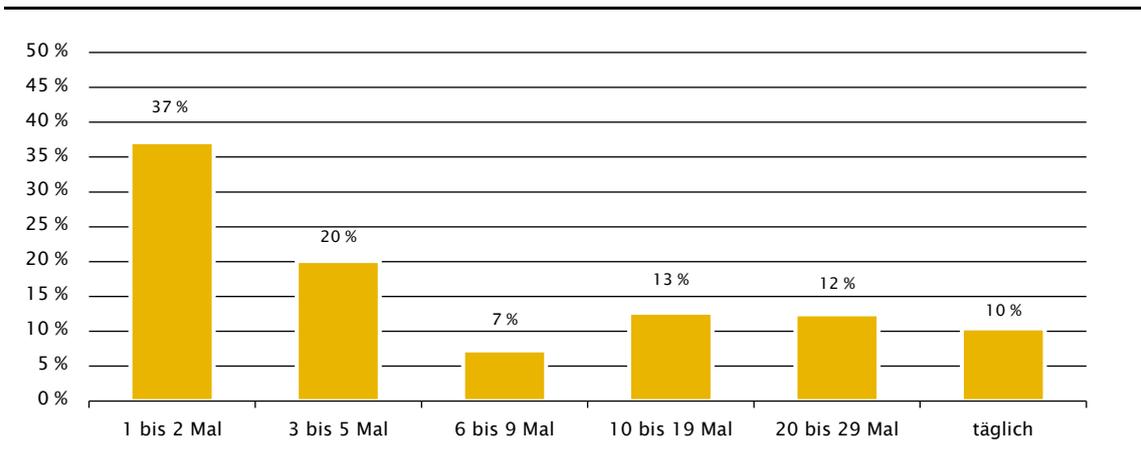
Quelle: GPS 2020; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 9.4 Hochfrequenter bzw. risikoreicher Cannabiskonsum

Zur Beschreibung der Konsumintensität eignet sich die Konsumfrequenz in den letzten 30 Tagen. Insgesamt geben allerdings nur 165 von den 5.849 Personen, welche die Fragen zum Cannabiskonsum beantwortet haben, an, in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert zu haben und stehen somit für weitere Auswertungen zur Verfügung.

Abbildung 9.5:

Konsumfrequenz der Personen, die im letzten Monat Cannabis konsumiert haben



Quelle: GPS 2020; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Von diesen 165 Personen konsumiert etwa ein Fünftel sechs- bis 19-mal im Monat (**regelmäßiger Konsum**). Ein weiteres Fünftel konsumiert 20-mal oder öfter (**hochfrequenter Konsum** – vgl. Abbildung 9.5). In Bezug auf die Gesamtstichprobe entspricht dies jeweils etwa 0,5 Prozent.

Eine valide Beurteilung, ob im Einzelfall problematischer Konsum mit riskanten Konsummustern und relevanten Folgen vorliegt, ist ausschließlich mittels fundierter Exploration durch geschultes therapeutisches Personal möglich. Bei quantitativen Erhebungen werden für diese Unterscheidung oft Screeningtools eingesetzt, die einen Index über unterschiedliche Problemindikatoren bilden. Aus der Anzahl der positiv beantworteten Einzelindikatoren werden dann Rückschlüsse auf die Problemstärke abgeleitet, wobei empirisch ermittelte Cut-off-Scores zur Abgrenzung unproblematischer Fälle von problematischen Fällen so gewählt werden, dass die Sensitivität und Spezifität<sup>41</sup> des Instruments in einem vertretbaren Bereich liegen.

Das im GPS-Fragebogen eingesetzte **Screeningtool** ist das CAST (Cannabis Abuse Screening Tool). Es besteht aus sechs Items (Konsum am Vormittag; Konsum allein; Gedächtnisprobleme durch Konsum; Rat von Freundinnen/Freunden oder der Familie aufzuhören; erfolgloser Versuch, zu reduzieren oder gänzlich aufzuhören; Probleme durch Konsum in Schule oder mit Freundinnen/Freunden), deren Frequenz mittels vier Stufen erfasst wird (nie = 0, selten = 1, gelegentlich = 2, oft = 3). In der einschlägigen Literatur (Spilka et al. 2013) wird ein Cut-off-Score von 7 Punkten, um zwischen **risikoarmem** und **riskantem Konsum** zu unterscheiden, angeführt. Ab einem Score von 7 wird der Konsum als riskant bezeichnet. Da sich dieser Cut-off-Score auf eine Abfrage mit fünf Abstufungen bezieht (Maximalwert 24), in der vorliegenden Arbeit jedoch eine vierstufige Skala verwendet wurde (Maximalwert 18), wird mit einem Cut-off-Score von 5 gearbeitet. Insgesamt erreichen 27 Prozent der Personen, die in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert haben, 5 oder mehr Punkte im CAST. Das entspricht etwa 0,7 Prozent der Gesamtstichprobe.

Die Interpretation von Screeningergebnissen zur Identifikation von Problemen, die nur einen geringen Anteil der Bevölkerung betreffen, ist dadurch erschwert, dass selbst dann, wenn die verwendeten Verfahren psychometrische Eigenschaften aufweisen, die in der Fachwelt als gut beurteilt werden (relativ hohe Spezifität und Sensitivität), ein großer Teil der Personen fälschlich als problematisch klassifiziert werden (sie sind sogenannte „false positives“) und die tatsächliche Problematik somit systematisch überschätzt wird. Der mittels CAST ermittelte Anteil von 0,7 Prozent der Bevölkerung mit problematischen Konsummustern sollte daher nicht als erwartungstreue Schätzung, sondern als Obergrenze interpretiert werden, die den wahren Wert mit großer Wahrscheinlichkeit überschätzt.

Setzt man die berichtete Konsumfrequenz mit den CAST-Scores von fünf oder mehr Punkten in Bezug, ergibt sich, dass über ein Drittel jener Personen mit erhöhtem CAST-Score nur gelegentlich (maximal fünfmal im Monat) Cannabis konsumiert hat. Werden **beide Kriterien** (Konsumintensität und CAST-Score) gemeinsam betrachtet, so zeigt sich, dass von allen Personen, die im letzten Monat

---

41

Sensitivität beschreibt die Eigenschaft eines Tests, Problemfälle bzw. Kranke korrekt als solche zu erkennen. Spezifität beschreibt die Eigenschaft eines Tests, unproblematische Fälle bzw. Gesunde korrekt als solche zu erkennen. Sind nur wenige tatsächliche Problemfälle/Kranke in einer Population vorhanden, so wird selbst eine sehr hohe Spezifität dazu führen, dass die Gruppe der als problematisch/krank klassifizierten Individuen einen großen Anteil an falsch klassifizierten Nichtproblemfällen/Gesunden enthält.

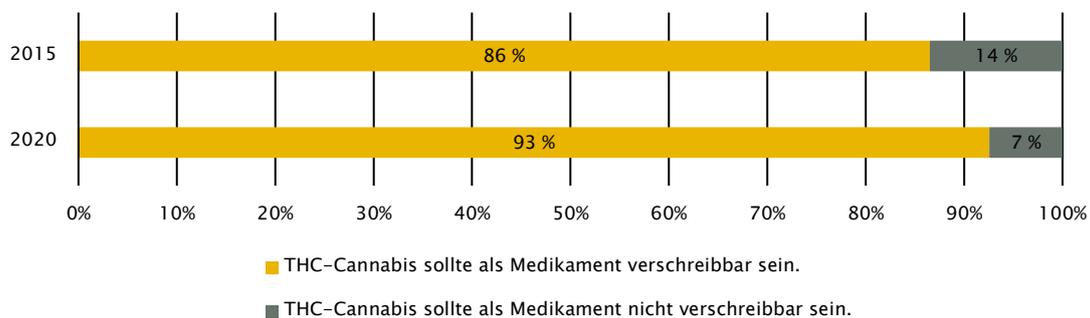
Cannabis konsumiert haben, 17 Prozent sowohl in einem regelmäßigen bis hochfrequenten Ausmaß (sechsmal im Monat oder mehr) Cannabis konsumieren als auch einen erhöhten CAST-Score aufweisen. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung, entspricht dies einem Anteil von 0,4 Prozent.

## 9.5 Regulierung von Cannabisprodukten

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

Hatte es bereits bei der Erhebung 2015 zu derselben Frage eine klare Mehrheit gegeben, die sich für eine Abgabe medizinischer und THC-haltiger Cannabisprodukte ausgesprochen hatte, ist dieser Anteil 2020 noch weiter gestiegen. Aktuell sprechen sich 93 Prozent aller Personen mit einer inhaltlichen Meinung zu dieser Frage für eine entsprechende medizinische Abgabe aus.<sup>42</sup>

Abbildung 9.6:  
Bewertung der medizinischen Abgabe von THC-Cannabis 2015 und 2020



Die Angabe „weiß nicht / kann ich nicht sagen“ wurde nicht berücksichtigt.

Quelle: GPS 2020 (Variable canthc\_reg1 und canthc\_reg2, Welle 2) bzw. (Strizek/Uhl 2016); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

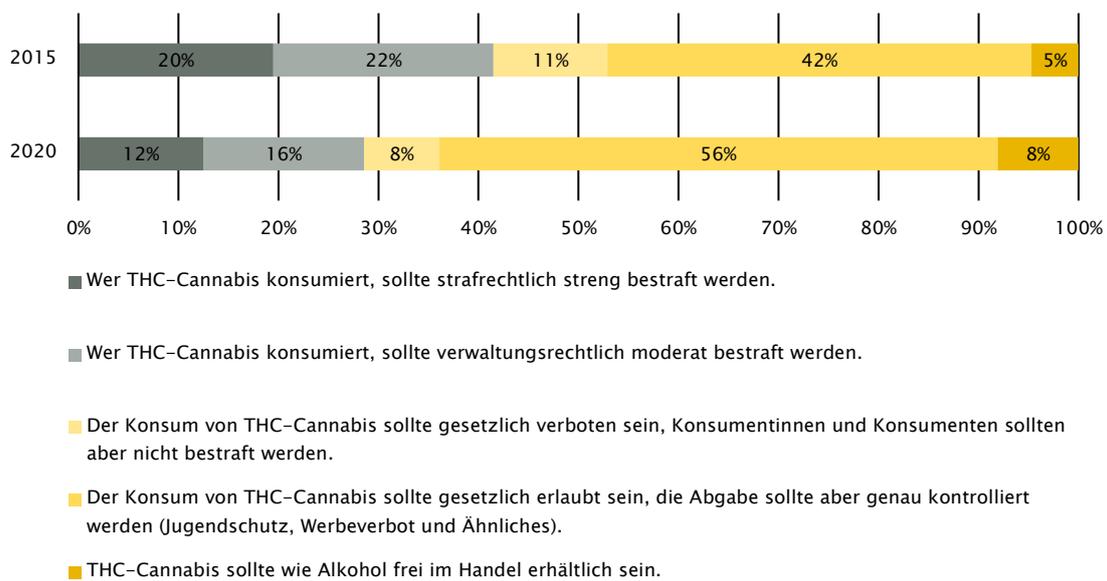
In Bezug auf die **allgemeine Freigabe von Cannabis** (vgl. Abbildung 9.7) wurde eine größere Anzahl von Kategorien abgefragt, um ein differenzierteres Antwortverhalten zu ermöglichen. Auch diese

42

Berücksichtigt werden sollte dabei, dass bei beiden Erhebungswellen der Anteil der Meinungslosen oder Unentschlossenen (Antwortkategorie „weiß nicht / kann ich nicht sagen“) im Vergleich zu anderen Fragen relativ hoch ist (2015: 19 %; 2020: 24 %). Werden diese Angaben auch als gültige Angaben gewertet (in der Grafik unten wurden sie nicht berücksichtigt), liegt der Zustimmungsanteil bei beiden Erhebungen bei 70 Prozent aller Befragten.

Frage wurde nahezu identisch<sup>43</sup> bereits bei der Erhebung 2015 eingesetzt. Insgesamt erhält die Position „Cannabis sollte gesetzlich erlaubt sein, die Abgabe aber genau kontrolliert werden (Jugendschutz, Qualitätssicherung, Werbeverbot und Ähnliches)“ mit 56 Prozent aller Befragten die meiste Zustimmung. Straffreiheit für Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten (die letzten drei Positionen zusammengefasst) fordern 72 Prozent der Befragten. Für eine strenge strafrechtliche Verfolgung von Cannabiskonsumentinnen/-konsumenten treten nur zwölf Prozent der Befragten ein. Für verwaltungsrechtliche Geldstrafen für Cannabiskonsumentinnen/-konsumenten – analog jenen bei Verkehrsdelikten – treten weitere 16 Prozent ein. Im Vergleich zu den Ergebnissen von 2015 ergibt sich somit eindeutig eine **Zunahme liberaler Positionen** in Bezug auf die allgemeine Abgabe von THC-Cannabis. <sup>44</sup>

Abbildung 9.7:  
Bewertung der allgemeinen Abgabe von Cannabis 2015 und 2020



Die Angabe „weiß nicht / kann ich nicht sagen“ wurde nicht berücksichtigt.

Quelle: GPS 2020 (Variable canthc\_reg1 und canthc\_reg2, Welle 2) bzw. Strizek/Uhl (2016); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

43

Die einzige Veränderung betrifft die „liberalste“ Antwortkategorie: Hier wurde die Formulierung „Cannabis soll wie andere Produkte frei erhältlich sein“ auf „Cannabis soll wie Alkohol frei erhältlich sein“ abgeändert.

44

Auch hier gilt es zu beachten, dass im Vergleich zu anderen Einstellungsfragen ein relevanter Anteil der Befragten die Antwortkategorie „weiß nicht / kann ich nicht sagen“ ausgewählt hat (2015: 16 %; 2020: 23 %). Die Berücksichtigung dieser Angaben (die den Zustimmungsanteil aller anderen Kategorien gleichermaßen mit sich brächte) würde aber nichts daran ändern, dass sich eine Mehrheit aller Befragten für eine Straffreiheit von Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten ausspricht und die Befürwortung einer strengen strafrechtlichen Verfolgung eine Minderheitenposition ist.

## 9.6 CBD-Cannabis: Konsumerfahrung und Einstellungen zur Regulierung

Insgesamt gibt etwas mehr als **jede(r) zehnte Befragte** (11 %) an, schon jemals im Leben ein Cannabisprodukt benutzt zu haben, das keine oder nur geringe Spuren von THC und vor allem den Wirkstoff CBD beinhaltet, der keine berauschende Wirkung hat (im Weiteren vereinfacht CBD-Cannabis genannt). **Sieben Prozent** haben das in den letzten zwölf Monaten getan und vier Prozent in den letzten 30 Tagen. Im Vergleich zu den Prävalenzraten für THC-Cannabis haben somit **weniger Personen jemals Konsumerfahrungen** gesammelt, wird aber für die letzten zwölf Monate bzw. die letzten 30 Tage etwas **häufiger Konsum von CBD-Cannabis** berichtet (vgl. Kap. 9.1)

Zwei wesentliche Unterschiede ergeben sich im Vergleich der Charakteristik der Nutzer/-innen von CBD-Cannabis und jener der Nutzer/-innen von THC-Cannabis:

- » Im Gegensatz zu THC-Cannabis wird CBD-Cannabis **gleichermaßen von Männern und Frauen** genutzt.
- » Der Anteil der Personen, die Erfahrungen mit CBD-Cannabisprodukten haben, nimmt zwar mit zunehmendem Alter ab, **sinkt aber deutlich weniger stark**, als dies bei THC-Cannabis der Fall ist. Während bei THC-Cannabis ein Konsum in den letzten 30 Tagen im (höheren) Erwachsenenalter nur noch sehr selten berichtet wird (34–65 Jahre: 2 %; 65+: 0,2 %), liegt der korrespondierende Anteil bei CBD-Cannabis bei vier bzw. drei Prozent.

Tabelle 9.1:

Prävalenzen des Konsums von CBD-Cannabis nach Geschlecht und Altersgruppen

	männlich	weiblich	15 bis 34	35 bis 64	65 plus	gesamt
in den letzten 30 Tagen konsumiert	4 %	4 %	4 %	4 %	3 %	4 %
in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen	3 %	3 %	4 %	3 %	1 %	3 %
jemals, aber nicht in den letzten 12 Monaten	4 %	4 %	7 %	3 %	1 %	4 %
noch nie konsumiert	89 %	89 %	84 %	90 %	94 %	89 %
	2.862	2.988	1.640	2.912	1.295	5.847

Quelle: GPS 2020; Variablen can1b, can\_cbd2, can\_cbd3; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

**Öle** sind die mit Abstand am häufigsten genannte Konsumform bei CBD-haltigen Cannabisprodukten und werden von etwa 60 Prozent der Personen mit Konsumerfahrung in den letzten zwölf Monaten genannt (das entspricht sechs Prozent aller Befragungsteilnehmer/-innen). Etwa ein Drittel der Konsumentinnen/Konsumenten der letzten zwölf Monate nutzt CBD in Form von Tees und etwa ein Viertel in Form von Hanfblüten als Rauchware (das entspricht jeweils drei Prozent aller Befragungsteilnehmer/-innen; vgl. Tabelle 9.2).

Tabelle 9.2:

In welcher Form werden CBD-haltige Cannabisprodukte konsumiert?

	Anteil unter allen Befragten	Anteil unter Personen mit CBD-Erfahrung
Öle	6 %	60 %
Tee	3 %	34 %
Hanfblüten	3 %	25 %
Kristalle	<1 %	3 %
anderes	1 %	14 %

Quelle: GPS 2020; can\_cbd4a bis can\_cbd4d; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Fragen zur **Regulierung von CBD** wurden in der zweiten Erhebungswelle gestellt, wobei diesen Fragen eine Filterfrage vorangestellt wurde. Dieser Filterfrage zufolge fühlt sich lediglich ein **Drittel der Befragten** (34 %) ausreichend zum Thema CBD-Cannabis informiert, um auch Fragen zu dessen Regulierung beantworten zu können. Aus diesem Grund stehen für diesen Block an Fragen auch nur Angaben von etwa 1.000 Personen zur Verfügung.

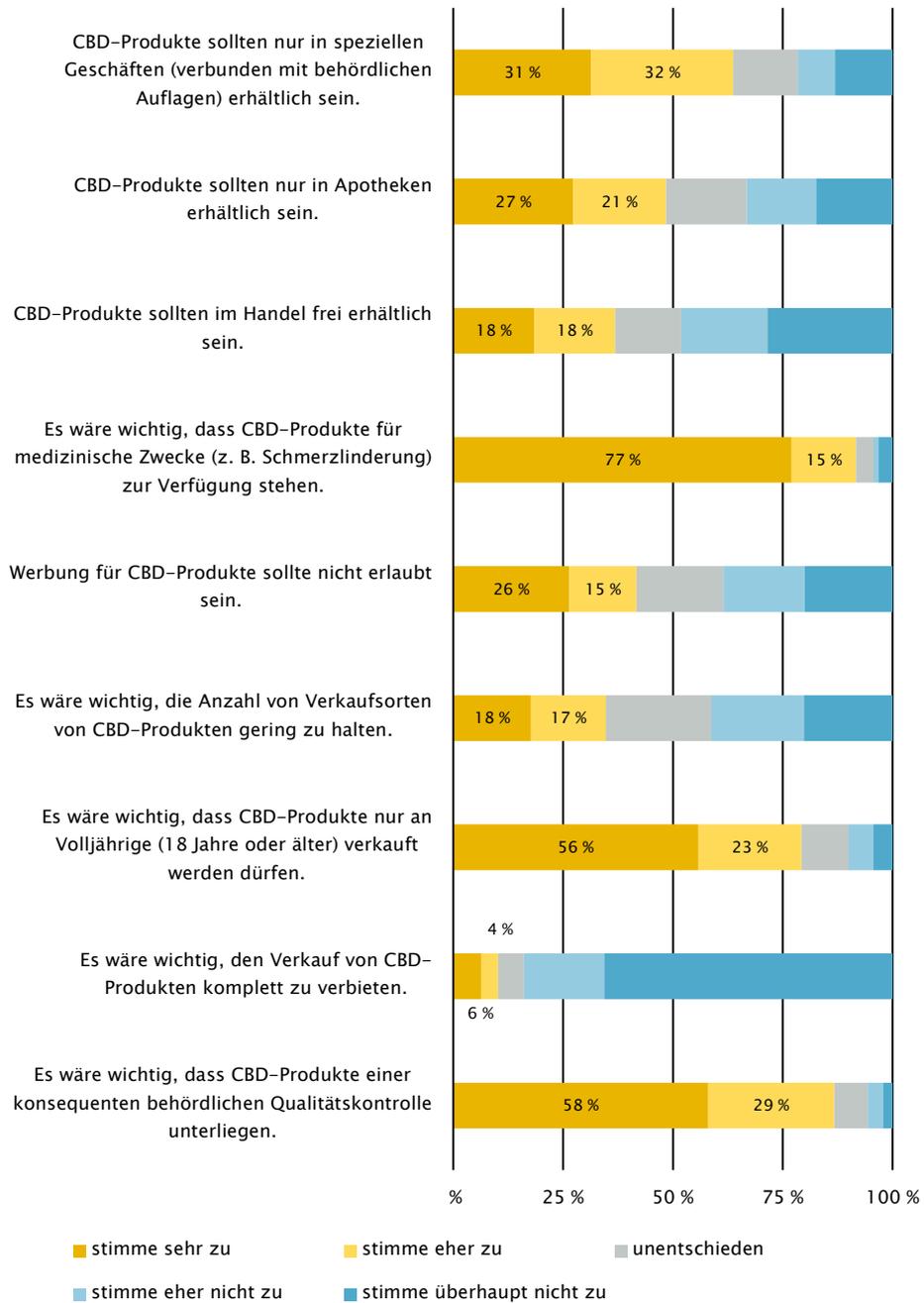
In dieser Personengruppe ergibt sich in Hinblick auf vier abgefragte Dimensionen der Regulierung von CBD-Produkten jeweils eine deutliche Mehrheit (im Sinne von mehr als 50 Prozent Zustimmung) für die beiden Kategorien „stimme sehr zu“ oder zumindest „stimme eher zu“). Dies betrifft

- » die Verfügbarkeit von CBD-Produkten für medizinische Zwecke,
- » die konsequente behördliche Qualitätskontrolle von CBD-Produkten,
- » ein Verbot des Verkaufs von CBD-Produkten an minderjährige Personen,
- » den Verkauf von CBD-Produkten in speziellen und behördlich kontrollierten Geschäften.

Ein generelles Verkaufsverbot wird von der überwiegenden Mehrheit der Befragten abgelehnt. Für alle übrigen (noch nicht erwähnten) abgefragten Dimensionen einer Regulierung von CBD-Produkten zeichnet sich hingegen keine eindeutige Mehrheit in Richtung Zustimmung oder Ablehnung ab (vgl. Abbildung 9.8).

Abbildung 9.8:

Einstellungen zur Regulierung von CBD-Cannabis (bezogen ausschließlich auf Personen, die sich zu diesem Thema ausreichend informiert fühlen)



Quelle: GPS 2020; Variablen cancbd\_reg1 bis cancbd\_reg9; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

# 10 Weitere Ergebnisse zu illegalen psychoaktiven Substanzen

Als „andere psychoaktive Substanzen“ 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 zwölf Monate (Letztjahresprävalenz) oder innerhalb der letzten 30 Tage (Letztmonatsprävalenz) wird – aus statistischer Perspektive – so selten angegeben, dass sein Ausmaß mit Bevölkerungsbefragungen nicht sinnvoll erhebbar ist.<sup>45</sup> Aus diesem Grund werden für diese Substanzen **ausschließlich Lebenszeitprävalenzen** dargestellt, auch wenn die Lebenszeitprävalenz kein geeigneter Indikator ist, um risikoreichen Konsum bzw. relevante Probleme in diesem Zusammenhang adäquat zu erfassen.

Die wichtigste Datenquelle zur Erfassung des risikoreichen und pathologischen Konsums dieser Substanzen sind **Daten aus der Suchtbehandlung**: Bei 82 Prozent aller im Jahr 2019 in drogenspezifischen Einrichtungen oder im Rahmen der Opioidsubstitutionsbehandlung betreuten Personen steht Opioidkonsum (meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster) im Mittelpunkt. Das sind etwa 21.000 Personen. Mehr als die Hälfte bis zwei Drittel der geschätzt 31.000 bis 37.000 Personen mit Opioidproblematik sind somit in Behandlung. Aktuelle Daten aus dem Drogenmonitoring weisen auf einen Rückgang des risikoreichen Opioidkonsums in der jüngsten Altersgruppe (15- bis 24-Jährige) hin. Darüber hinaus zeigt sich, dass es gelingt, immer mehr Opioidabhängige zur Substitutionsbehandlung zu motivieren (Steigerung der In-Treatment-Rate; Anzenberger et al. 2020). Weitere elf Prozent aller Behandlungen betreffen Personen mit der Leitdroge Cannabis. Dies bedeutet, dass bei lediglich sieben Prozent aller drogenspezifischen Behandlungen andere Drogen als Opioide oder Cannabis im Vordergrund stehen.

## 10.1 Lebenszeitprävalenz der Erfahrung mit „anderen psychoaktiven Substanzen“

Um die Korrektheit der vorliegenden Angaben zum Konsum illegaler Drogen zu überprüfen, werden Fragen zu fiktiven Drogen gestellt („Euphotrem“). Wird der Konsum einer solchen Droge angegeben, ist dies ein Indiz dafür, dass auch andere Fragen nicht korrekt beantwortet wurden (z. B. weil der Inhalt oder die Intention der Frage missverstanden wurde oder aufgrund absichtlicher Falschangaben). Andererseits ist es genauso möglich, dass eine Befragungsteilnehmerin / ein Befragungsteilnehmer ausschließlich die Frage zu „Euphotrem“ falsch beantwortet (etwa aufgrund

---

45

Dazu kommt, dass problematisch Konsumierende und süchtige Konsumentinnen/Konsumenten bei Bevölkerungsbefragungen stark unterrepräsentiert sind und, falls sie erfasst werden, in einem Fragebogen ihren Konsum in der Regel nicht offen zugeben.

einer Verwechslung mit einer anderen Substanz), die anderen Fragen jedoch wahrheitsgemäß beantwortet.

Eindeutig feststellen lässt sich hingegen, dass der Anteil der Personen mit vermeintlicher „Euphotrem“-Erfahrung zugenommen hat: Während bei der letzten Befragung im Jahr 2015 weniger als ein Prozent der Befragten den Konsum dieser Droge (fälschlicherweise) angegeben hat, war dies bei der aktuellen Studie bei zwei Prozent der Fall. Aus diesem Grund wurden heuer die Lebenszeitprävalenzen ein zweites Mal unter Ausschluss der Personen mit Angabe eines „Euphotremkonsums“ berechnet (vgl. Tabelle 10.1). Wenn zwei Prozent der Befragungsteilnehmer/-innen absichtlich oder unabsichtlich Erfahrungen mit einer fiktiven Droge angeben, wird offensichtlich, dass man Prävalenzangaben im Bereich von ein oder zwei Prozent ganz generell nur mit großen Vorbehalten interpretieren sollte.

In Sinne der genannten Einschränkungen können die folgenden Aussagen über den **Konsum anderer psychoaktiver Substanzen** getroffen werden:

- » Drei bis vier Prozent der Befragten geben an, irgendwann in ihrem Leben biogene Drogen, Kokain, Ecstasy, Amphetamin oder Schnüffelstoffe konsumiert zu haben.
- » Ein bis zwei Prozent der Befragten haben nach eigenen Angaben schon einmal Methamphetamin, LSD oder neue psychoaktive Substanzen (NPS)<sup>46</sup> probiert.
- » Tendenziell geben Männer bei fast allen Drogen öfter an, sie bereits probiert zu haben.

Deutliche Unterschiede zeigen sich hier zwischen urbanen und ruralen Gebieten. Konsumerfahrungen mit allen illegalen Drogen werden in Dörfern oder kleinen Ortschaften seltener angegeben als in urbanen Gebieten.

---

46

Da das Angebot an NPS einem stetigen Wandel unterworfen ist, wurden Personen mit Konsumerfahrung zusätzlich gefragt, welche Art von Substanz sie konsumiert hatten. Die Rückmeldungen dazu sind allerdings wenig ergiebig, da viele (ehemalige) Konsumentinnen/Konsumenten sich nicht an den spezifischen Produktnamen erinnern können bzw. nur sehr allgemein mit „Kräutermischung“ geantwortet haben. In den wenigen konkreten Rückmeldungen werden in erster Linie Spice oder Kräutermischungen genannt.

Tabelle 10.1:

Lebenszeitprävalenz für unterschiedliche Substanzen inklusive bzw. exklusive jener Personen, die einen Konsum von „Euphotrem“ angegeben haben

	m.	w.	Land	Kleinstadt	mittlere Stadt	Großstadt	gesamt
<b>inklusive „Euphotrem“</b>							
Ecstasy	5 %	3 %	3 %	6 %	5 %	3 %	4 %
Methamphetamin	2 %	2 %	1 %	5 %	4 %	1 %	2 %
Amphetamin	5 %	4 %	3 %	6 %	6 %	3 %	4 %
Kokain	6 %	4 %	4 %	7 %	9 %	4 %	5 %
Heroin	2 %	1 %	1 %	4 %	4 %	1 %	2 %
Euphotrem	2 %	1 %	1 %	3 %	4 %	0 %	2 %
LSD	5 %	2 %	3 %	6 %	5 %	3 %	4 %
biogene Drogen	6 %	3 %	4 %	6 %	8 %	4 %	5 %
Schnüffelstoffe	7 %	3 %	3 %	7 %	8 %	4 %	5 %
NPS	2 %	0 %	1 %	3 %	2 %	1 %	1 %
<b>exklusive „Euphotrem“</b>							
Ecstasy	4 %	3 %	2 %	4 %	3 %	3 %	3 %
Methamphetamin	1 %	1 %	0 %	2 %	1 %	0 %	1 %
Amphetamin	3 %	3 %	2 %	3 %	3 %	3 %	3 %
Kokain	5 %	3 %	3 %	4 %	5 %	4 %	4 %
Heroin	1 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %
Euphotrem	—	—	—	—	—	—	—
LSD	3 %	2 %	2 %	3 %	2 %	3 %	2 %
biogene Drogen	5 %	2 %	3 %	3 %	5 %	4 %	3 %
Schnüffelstoffe	5 %	3 %	2 %	4 %	5 %	4 %	4 %
NPS	1 %	0 %	1 %	2 %	1 %	1 %	1 %

Legende: Land = Dorf oder kleine Ortschaft; Kleinstadt = unter 50.000 EW; mittlere Stadt = 50.000 bis 250.000 EW; Großstadt = mehr als 250.000 EW; NPS = neue psychoaktive Substanzen, LSD = Lysergsäurediethylamid; m. = männlich, w. = weiblich, ges. = gesamt

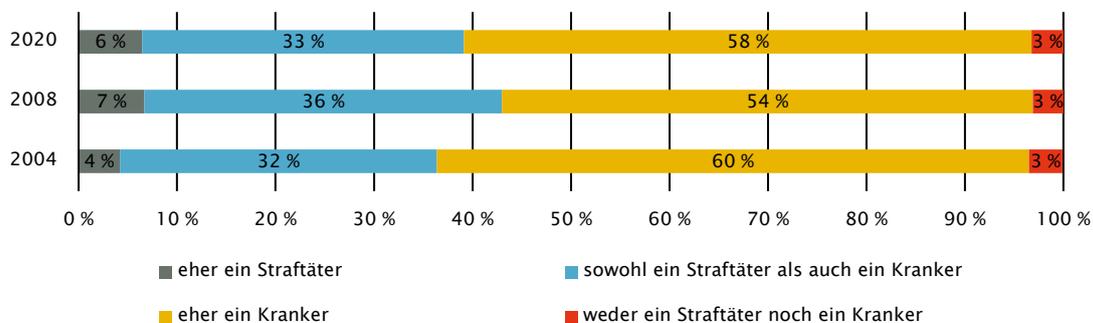
Quelle: GPS 2020 (Variablen s1a bis s1i); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 10.2 Einstellungen zu Menschen, die Drogen konsumieren

Die Frage, ob drogenabhängige Menschen in erster Linie als krank oder als Straftäter/-in eingeschätzt werden, wurde schon in früheren Erhebungen gestellt und führt im Zeitreihenvergleich mit den Erhebungen von 2004 und 2008 zu einem relativ konstanten Antwortmuster: Für eine Mehrheit der Befragten (54 % bis 60 %) **steht jeweils die Erkrankung** im Vordergrund, während die Straffälligkeit nur für eine Minderheit (4 % bis 7 %) im Vordergrund steht (die restlichen Angaben entfallen jeweils auf Personen, die sich nicht auf eine der beiden Kategorien festlegen wollen). Ein eindeutiger Trend in die eine oder die andere Richtung ist nicht festzustellen.

Abbildung 10.1:

Ist ein drogenabhängiger Mensch eher ein Straftäter oder eher ein Kranker (Vergleich zwischen 2004, 2008 und 2020)

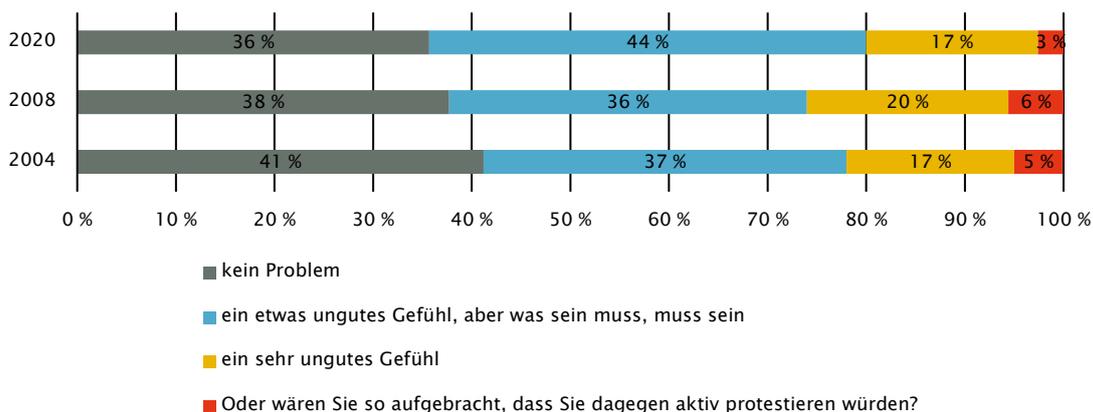


Quelle: GPS 2020, Welle 2, Variablen Drogen\_einstellungen1 bzw. GPS 2004 (Uhl, A. et al. 2005) und GPS 2008 (Uhl et al. 2009b); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ebenso zeigen sich nur geringfügige Veränderungen in Hinblick auf die hypothetische Reaktion, wenn in der näheren Wohnumgebung der Befragungsteilnehmer/-innen eine Drogenberatungs-einrichtung errichtet werden würde. So hat im Vergleich zu der Erhebung 2004 zwar der Anteil der Personen abgenommen, die damit kein Problem haben würden, gleichzeitig hat aber auch der Anteil jener Personen, die starke Vorbehalte haben („ein sehr ungutes Gefühl“ oder „aktiver Pro- test“), im Vergleich zur Erhebung 2008 abgenommen. Laut aktuellen Zahlen äußern etwas weniger als **zwei Drittel der Befragten zumindest leichte Vorbehalte** gegen die hypothetische Errichtung einer Drogenberatungsstelle in der näheren Nachbarschaft.

Abbildung 10.2:

Hypothetische Reaktion auf die Errichtung einer Beratungsstelle für Drogenabhängige in der näheren Wohnumgebung



Quelle: GPS 2020, Variable drogen\_einstellung2 bzw. GPS 2004 (Uhl, A. et al. 2005) und GPS 2008 (Uhl et al. 2009b); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

# 11 Digitale Spiele

Als digitale Spiele werden Spiele bezeichnet, die via **Computer, Tablet, Spielkonsole oder Smartphone** gespielt werden können. Infolge einer wachsenden Anzahl von Forschungsarbeiten zur problematischen Nutzung dieser Spiele wurde die Diagnose „Internet Gaming Disorder“ erstmals in den Anhang des DSM-5 aufgenommen (Petry/O'Brien 2013) und „Gaming Disorder“ in den Anhang des ICD-11 aufgenommen. Es bestehen zwar Hinweise darauf, dass eine problematische Nutzung digitaler Spiele Ähnlichkeiten mit substanzkonsumbasierten Störungen aufweisen, dennoch sind derzeit nur unzureichende Informationen über die Ätiologie und den Verlauf einer problematischen Nutzung digitaler Spiele vorhanden. Folglich ist die Debatte darüber, ob es gerechtfertigt ist, diese Verhaltensweisen als „Sucht“ zu bezeichnen, immer noch kontrovers. Dementsprechend wurde etwa die Aufnahme von Computerspielstörungen in den ICD-11 von einer Forschergruppe unterstützt (Rumpf et al. 2018) und von einer anderen kritisiert (Van Rooij et al. 2018).<sup>47</sup>

Eine neue Entwicklung mit Relevanz für die Suchtprävention stellen sogenannte **Lootboxen** dar, virtuelle Boxen, die zufällig ausgewählte, vor dem Öffnen der Box nicht bekannte virtuelle Gegenstände (z. B. Verkleidungen, Münzen, Spielfiguren etc.) enthalten. Digitale Spiele können kostenlose, gegen spieleigene oder echte Währung zu kaufende Lootboxen beinhalten. Kostenpflichtige Lootboxen sind zu einer wichtigen Einnahmequelle für Spieleentwickler geworden, da viele Spiele kostenlos bzw. zu geringen Kosten zur Verfügung gestellt werden und diese fehlenden Einnahmen über In-Game-Kaufangebote wie Lootboxen kompensiert werden. Aus suchtpreventiver Perspektive ist an dieser Entwicklung insbesondere relevant, dass auch geringe Beträge für den Kauf einer Lootbox durch wiederholte Käufe hohe Gesamtausgaben verursachen können, Lootboxen vor allem Anreize für intensive Spieler/-innen darstellen und mit Lootboxen Glücksspielelemente im Computerspielbereich eingeführt wurden.

## 11.1 Prävalenz der zeitintensiven bzw. täglichen Nutzung digitaler Spiele

Mehr als die Hälfte der Befragten hat in den letzten 30 Tagen digitale Spiele genutzt. Davon spielt die überwiegende Mehrheit dieser Spieler/-innen in einem Zeitausmaß von weniger als zehn Stunden pro Woche, acht Prozent spielen zwischen zehn und 19 Stunden pro Woche und **fünf Prozent**

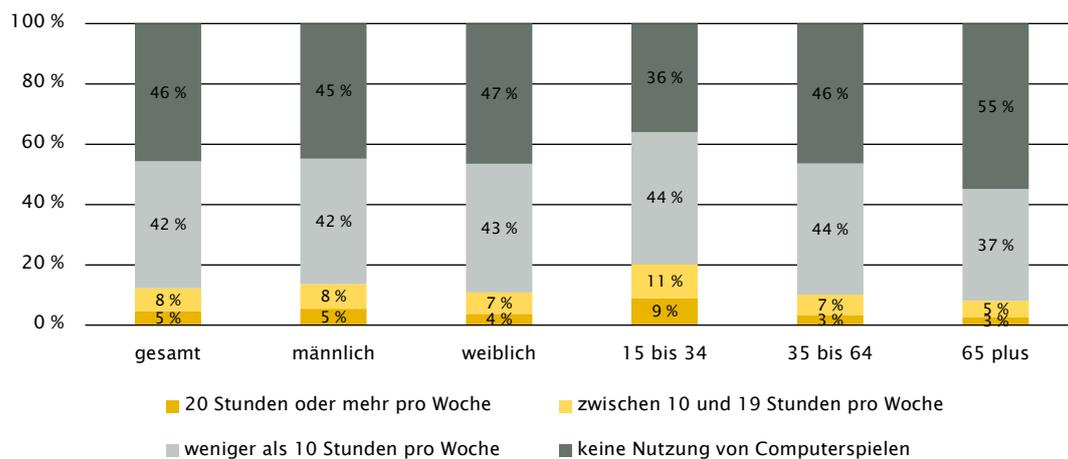
---

47

Einigkeit besteht hingegen, dass ein hoher Zeitaufwand allein eine problematische oder gar pathologische Nutzung noch nicht rechtfertigt, sondern eine solche erst durch Symptome, die jenen einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung ähneln (z. B. Kontrollverlust, Vernachlässigung anderer Pflichten und Aufgaben, negative Auswirkungen auf die Lebensqualität sowie das soziale Umfeld), gegeben ist. Dem steht die methodologische Erfahrung gegenüber, dass der Einsatz von Symptomskalen bei selten vorkommenden Phänomenen im Rahmen von Bevölkerungsbefragungen häufig zu falsch positiven Fällen führt und somit zu einer Überschätzung des Problemausmaßes. Aus diesem Grund wurde für die aktuelle Erhebung ausschließlich die zeitliche Dimension der Nutzung von Computerspielen erhoben.

**spielen 20 Stunden** oder mehr pro Woche. Unter männlichen Befragten ist der Anteil der Personen mit einer hohen Nutzungsintensität etwas höher als unter Frauen (13 % vs. 11 %). Jüngere Menschen (15 bis 29 Jahre) spielen doppelt so häufig mit einem Zeitaufwand von zehn Stunden oder mehr pro Woche als Personen aus der mittleren bzw. obersten Alterskategorie (20 % vs. 10 % bzw. 8 %; vgl. Abbildung 11.1).

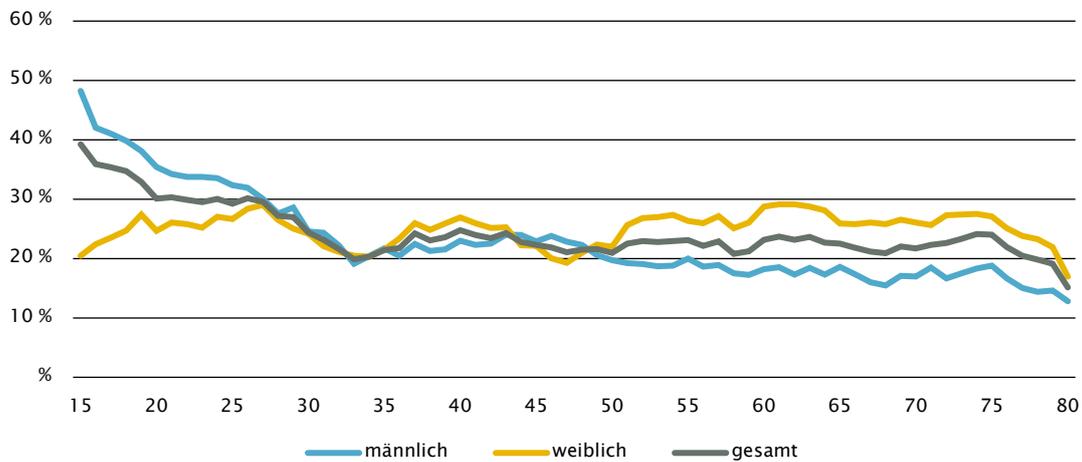
Abbildung 11.1:  
Nutzungsintensität bei digitalen Spielen nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: GPS 2020 (Variable gam1 und gam3); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Eine tägliche Nutzung digitaler Spiele wird insbesondere von jungen männlichen Befragten häufig berichtet und liegt bei 15- bis 19-Jährigen etwa bei über 40 Prozent. Bis zum Alter von 30 Jahren sinkt dieser Anteil der täglichen Spieler/-innen relativ steil auf ca. 20 Prozent ab und nimmt auch bei zunehmenden Alter der männlichen Befragten nahezu kontinuierlich ab. Bei Frauen zeigt sich hingegen ein deutlich gleichförmigeres Muster über alle Altersgruppen hinweg, der Anteil der täglichen Spielerinnen liegt immer in einem groben Rahmen von etwa 20 Prozent bis 30 Prozent. Aus diesem Umstand ergibt sich, dass in jungen Jahren (bis etwa 30 Jahre) die tägliche Nutzung digitaler Spiele zwar eine eindeutig männliche Domäne ist, im fortgeschrittenen Erwachsenenalter jedoch keine Unterschiede zu beobachten sind (zwischen 30 und 50 Jahren) und bei älteren Erwachsenen (ab 50 Jahren) hingegen tägliches Spielen digitaler Spiele häufiger von Frauen betrieben wird als von Männern.

Abbildung 11.2:  
Tägliche Nutzung von Computerspielen nach Alter und Geschlecht



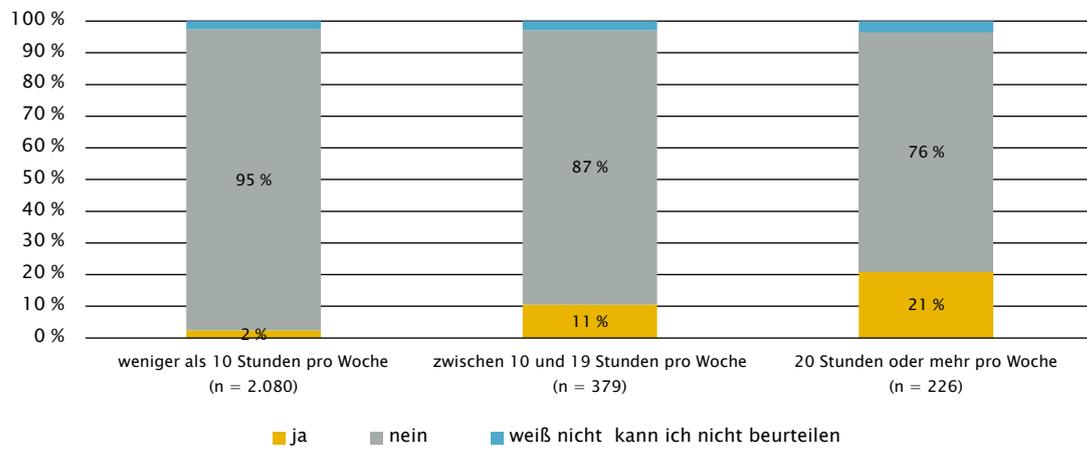
Anmerkung: Der Kurvenverlauf wurde mittels Gleitmittelwerten über sieben Jahre geglättet.

Quelle: GPS 2020 (Variable gam2); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 11.2 Lootboxen

Erfahrungen mit Lootboxen sind auch unter Personen mit Computerspielerfahrungen nur relativ selten anzutreffen: Fünf Prozent aller Personen, die in den letzten 30 Tagen Computerspiele genutzt haben, gaben schon mindestens einmal Geld für Lootboxen aus, das entspricht etwa drei Prozent aller befragten Personen. Erwartungsgemäß nehmen Käuferfahrungen mit Lootboxen mit steigender Nutzungsintensität von Computerspielen zu, und es berichten immerhin 20 Prozent der Personen, die 20 Stunden oder mehr pro Woche Computerspiele nutzen, dass sie in den letzten zwölf Monaten Geld für Lootboxen ausgegeben haben. Der Median (mittlerer Wert der Verteilung) der monatlichen Ausgaben für Lootboxen liegt unabhängig von der Spielintensität bei zehn Euro.

Abbildung 11.3:  
Nutzung von Lootboxen nach Spielintensität



Quelle: GPS 2020 (Variable gam5); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 12 Konditionale Prävalenz unterschiedlicher Konsum und Verhaltensmuster

Ein wesentlicher Vorteil eines umfangreichen Suchtsurveys, der unterschiedliche Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial abdeckt, liegt unter anderem darin, dass mögliche Zusammenhänge zwischen diesen Verhaltensweisen untersucht werden können. In Tabelle 12.1 geschieht dies in Form der konditionalen Prävalenz, d. h. der Prävalenz eines bestimmten Verhaltens für eine bestimmte Personengruppe, die auch eine andere Substanz konsumiert.

Tabelle 12.1:

Konditionale Prävalenz unterschiedlichen Konsum- und Nutzungsverhaltens

	Gesamt	Ztäg	ALKtäg	M30T	CAN30T	COMtäg	ILL30T
täglicher / fast täglicher Zigarettenkonsum	17 %	100 %	21 %	24 %	46 %	20 %	30 %
täglicher / fast täglicher Alkoholkonsum	15 %	18 %	100 %	17 %	19 %	14 %	16 %
Medikamente in den letzten 30 Tagen	7 %	9 %	8 %	100 %	11 %	9 %	20 %
Cannabis in den letzten 30 Tagen	3 %	8 %	3 %	4 %	100 %	4 %	40 %
tägliches Gaming	24 %	27 %	22 %	32 %	32 %	100 %	27 %
Konsum illegaler Substanzen außer Cannabis in den letzten 30 Tagen	1 %	2 %	1 %	2 %	13 %	1 %	100 %
Anzahl der Personen	5.866	1.005	888	386	164	1.389	51

Erläuterung: Die Prozentangaben beziffern die Prävalenz des Verhaltens im Zeilenkopf, bezogen auf die Personengruppe, die im Spaltenkopf genannt wird: Gesamt = alle Personen der Stichprobe; Ztäg = unter Personen, die täglich / fast täglich Zigaretten rauchen; ALKtäg = unter Personen, die täglich / fast täglich Alkohol konsumieren; M30T = unter Personen mit Konsum von Medikamenten in den letzten 30 Tagen; CAN30T = unter Personen, mit THC-Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen; ILL30T = unter Personen, die in den letzten 30 Tagen illegale Substanzen außer Cannabis eingenommen haben. Lesebeispiel: Unter Personen, die täglich oder fast täglich Alkohol konsumiert haben (Spalte ALKtäg), liegt die Prävalenz täglichen oder fast täglichen Zigarettenkonsums (erste Zeile) bei 21 % (im Vergleich zu einer Gesamtprävalenz von 17 %).

Quelle: GPS 2020; Variablen n6 a2 m5 can\_thc4 gam2 glu3; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Wenig überraschend überwiegt in der deutlichen Mehrzahl der Kombinationsmöglichkeiten ein **positiver Zusammenhang** zwischen dem Konsum unterschiedlicher Substanzen bzw. der Nutzung von Computerspielen. Gleichzeitig fällt dieser Zusammenhang in den meisten Fällen **relativ gering** aus.

Beispielsweise liegt die Prävalenz des täglichen oder fast täglichen Alkoholkonsums (zweite Zeile) für Personen mit täglichem oder fast täglichem Zigarettenkonsum (zweite Spalte) bei 18 Prozent (im Vergleich zu 15 Prozent in der gesamten Stichprobe). Als relatives Risiko ausgedrückt, haben Personen, die täglich oder fast täglich Zigaretten rauchen, ein 1,3-fach erhöhtes Risiko, auch täglich oder fast täglich Alkohol zu konsumieren.

Ein deutlich **stärkerer Zusammenhang** ist bei zwei Verhaltensweisen für jene Personen zu beobachten, die in den letzten 30 Tagen THC-Cannabis konsumiert haben: In dieser Personengruppe ist sowohl der Anteil täglichen oder fast täglichen Zigarettenkonsums (46 % vs. 17 %) als auch der Anteil des Konsums anderer illegaler Substanzen in den letzten 30 Tagen (13 % vs. 1 %) deutlich höher als in der Gesamtstichprobe.

Hier ist zu betonen, dass ein beobachteter Zusammenhang zwar prognostische Wahrscheinlichkeitsaussagen zulässt (im Sinne von „Wer Cannabis konsumiert, raucht auch eher Zigaretten“), spekulative Kausalaussagen (im Sinne von „Diese Personen rauchen Zigaretten, weil sie Cannabis konsumieren“) aus diesem Zusammenhang aber grundsätzlich nicht belegt werden können.

## 13 Risikoeinschätzungen für unterschiedliche Konsummuster

Im Rahmen der zweiten Erhebungswelle wurden die Befragten gebeten, sowohl eine Einschätzung der Gefährlichkeit bestimmter Verhaltensweisen in Bezug auf den Konsum unterschiedlicher legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen zu treffen (Probierkonsum bzw. regelmäßiger Konsum) als auch andere mehr oder weniger gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen entsprechend zu beurteilen. In Tabelle 13.1 wird für jede abgefragte Verhaltensweise der Anteil der Personen ausgewiesen, die dieses Verhalten als „sehr gefährlich“ einstufen.

**Regelmäßiger Konsum von Heroin oder Kokain** wird von über 90 Prozent der Befragten als sehr gefährlich eingestuft. Damit ist der Anteil etwa gleich hoch wie für „im Vollrausch mit dem Auto fahren“. Während in der Beurteilung des regelmäßigen Konsums keine Differenzierung zwischen Heroin und Kokain ersichtlich wird, wird der Probierkonsum von Kokain im Vergleich zu jenem von Heroin seltener als „sehr gefährlich“ eingestuft.

**Starker Zigarettenkonsum** (mehr als eine Packung pro Tag) stufen vier von fünf Befragten (81 %) als „sehr gefährlich“ ein. Damit wird starker Zigarettenkonsum häufiger als sehr gefährlich eingestuft als beispielsweise riskantes Überholen im Straßenverkehr (70 %) oder eine Alkoholisierung am Steuer oberhalb der erlaubten Menge (73 %; „vor dem Autofahren ein bisschen mehr trinken als erlaubt“). Etwa die Hälfte der Befragten (48 %) beurteilt **regelmäßigen Zigarettenkonsum** als „sehr gefährlich“. Etwa derselbe Anteil von Personen (47 %) trifft dieses Urteil für den **regelmäßigen Konsum von THC-Cannabis**<sup>48</sup>. Der **regelmäßige Konsum von E-Zigaretten** wird hingegen deutlich seltener (30 %) als „sehr gefährlich“ eingeschätzt denn jener herkömmlicher Zigaretten.

Der **regelmäßige Konsum von CBD-Cannabis** (siehe Fußnote zu THC-Cannabis) wird ähnlich häufig als sehr gefährlich (39 %) beurteilt wie der **regelmäßige Konsum von Alkohol** (37 %). Erstere Einschätzung ist aufgrund der Neuartigkeit des Produkts (bzw. des mangelnden Wissens) wohl mit Vorsicht zu beurteilen.

Etwa ein Viertel der Befragten beurteilt den **Probierkonsum von THC-Cannabis** als „sehr gefährlich“ (26 %). Gleich hoch ist der Anteil einer derartigen Einschätzung für extreme Outdoor-Beschäftigungen wie Paragleiten oder Extrembergsteigen (27 %).

---

48

Jede Form von Cannabis enthält neben zahlreichen anderen Inhaltsstoffen zu je einem gewissen Anteil CBD und THC. Ein hoher CBD-Gehalt geht häufig mit einem niedrigen THC-Gehalt einher und vice versa. Um nicht auf den Rechtsstatus verweisen zu müssen (in Österreich ist Cannabis mit einem THC-Gehalt von mehr als 0,3 % illegal) und in weiterer Folge das Antwortverhalten zu beeinflussen, wurden im Fragebogen die vereinfachten Begriffe THC-Cannabis (als Synonym für illegales Cannabis mit mehr als 0,3 % THC) und CBD-Cannabis (als Synonym für legal erhältliche Cannabisprodukte mit weniger als 0,3 % THC-Gehalt und einem hohen CBD-Gehalt).

Am seltensten werden die beiden Items „**zu wenig körperliche Bewegung**“ (16 %) und „**nicht auf die Ernährung achten**“ (14 %) als „sehr gefährlich“ beurteilt. Selbst dem Probierkonsum von CBD-Cannabis (der mit 22 % am seltensten als „sehr gefährlich“ eingestuften Substanzkategorie) wird häufiger eine hohe Gefährlichkeit unterstellt als diesen beiden – in Fachkreisen unumstrittenen – gesundheitlichen Risikofaktoren.

Bei der großen Mehrzahl der Items fällt das **Gefährlichkeitsurteil von Männern und Frauen sehr ähnlich aus**. Deutliche Geschlechterunterschiede in der Gefährlichkeitseinschätzung – im Sinne eines Unterschieds von zehn Prozentpunkten oder mehr – zeigen sich lediglich bei zwei Fragen: Frauen beurteilen sowohl regelmäßigen Alkoholkonsum als auch das Item „vor dem Autofahren ein bisschen mehr trinken als erlaubt ist“ häufiger als sehr gefährlich, als dies Männer tun.

Deutlicher fallen hier die **Unterschiede zwischen den Altersgruppen** aus: Ältere Menschen (65 Jahre oder älter) schätzen die Gefährlichkeit in allen abgefragten Items häufiger als „sehr gefährlich“ ein denn Jugendliche und junge Erwachsene (15–34 Jahre). Besonders stark zeigt sich ein solcher Alterseffekt bei der Beurteilung von THC-Cannabis: Regelmäßiger Konsum wird von Personen ab 65 Jahren doppelt so häufig (66 % vs. 33 %) und Probierkonsum dreimal so häufig (44 % vs. 14 %) als „sehr gefährlich“ eingestuft wie von Personen zwischen 15 und 34 Jahren. Jugendliche und junge Erwachsene stufen den regelmäßigen Konsum von THC-Cannabis (33 %) etwa gleich häufig als „sehr gefährlich“ ein wie regelmäßigen Alkoholkonsum (32 %), hingegen deutlich seltener als den regelmäßigen Konsum von Zigaretten (44 %).

Deutlich geringer wirken hingegen **Bildungseffekte** auf die Gefährlichkeitseinschätzung. Auch hier zeigen sich jedoch die stärksten Effekte in der Beurteilung von Cannabisprodukten: je höher der formale Bildungsabschluss, desto seltener wird der Konsum von Cannabis als „sehr gefährlich“ eingestuft.

Tabelle 13.1:

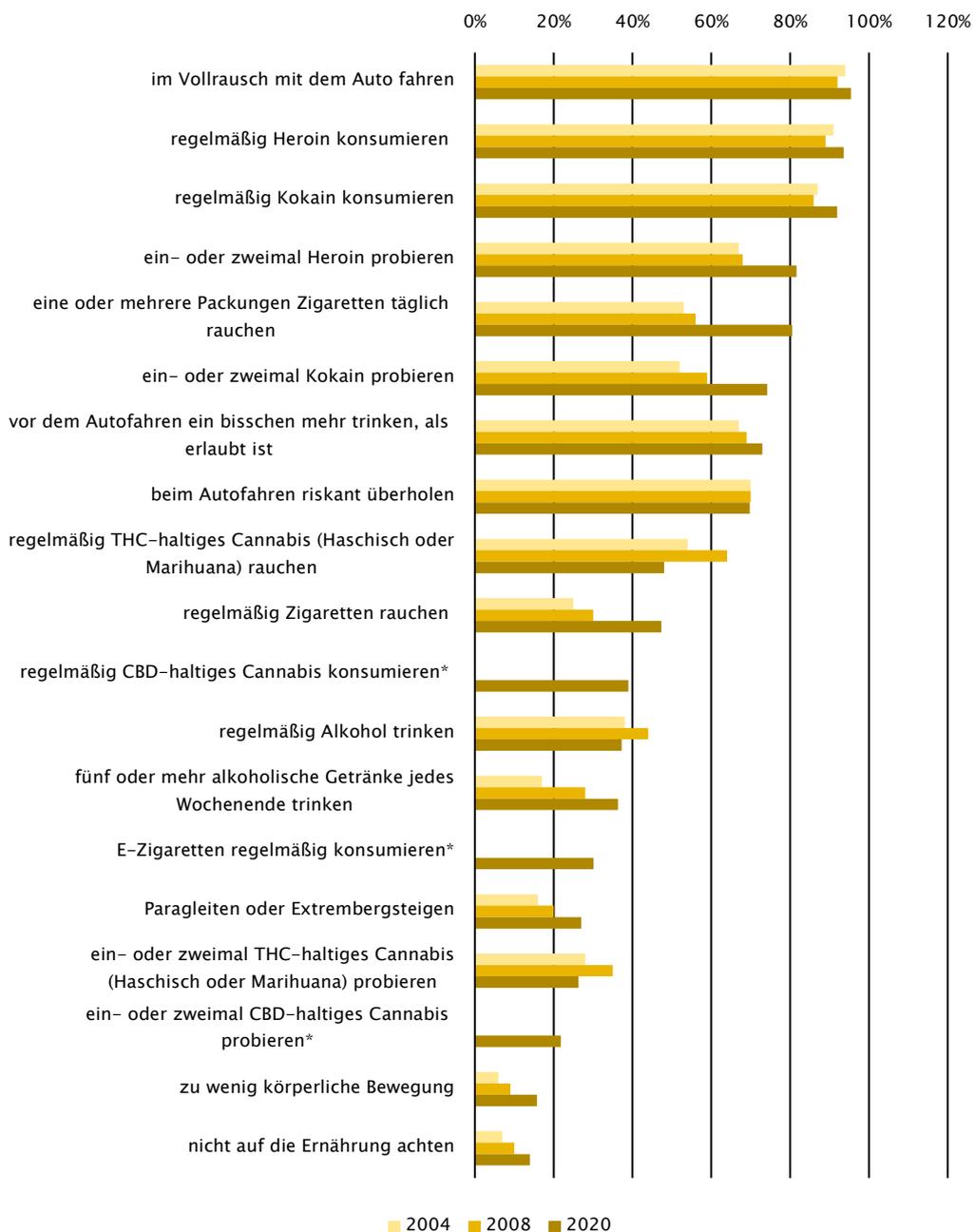
Anteil der Angaben mit Einschätzung „sehr gefährlich“ (absteigend sortiert)

	gesamt	m.	w.	15 bis 34 Jahre	35 bis 64 Jahre	65 Jahre oder älter	Sek I	Sek II	tertiär
im Vollrausch mit dem Auto fahren	95 %	93 %	97 %	89 %	98 %	98 %	91 %	96 %	96 %
regelmäßig Heroin konsumieren	94 %	91 %	96 %	87 %	96 %	96 %	88 %	93 %	95 %
regelmäßig Kokain konsumieren	92 %	89 %	94 %	84 %	95 %	94 %	87 %	92 %	92 %
ein- oder zweimal Heroin probieren	82 %	79 %	84 %	71 %	86 %	85 %	81 %	82 %	82 %
eine oder mehrere Packungen Zigaretten täglich rauchen	81 %	78 %	83 %	78 %	81 %	84 %	69 %	80 %	85 %
ein- oder zweimal Kokain probieren	74 %	71 %	78 %	62 %	78 %	81 %	75 %	76 %	71 %
vor dem Autofahren ein bisschen mehr trinken, als erlaubt ist	73 %	66 %	79 %	64 %	73 %	82 %	75 %	75 %	70 %
beim Autofahren riskant überholen	70 %	65 %	74 %	52 %	72 %	85 %	72 %	68 %	71 %
regelmäßig THC-haltiges Cannabis (Haschisch oder Marihuana) rauchen	48 %	45 %	51 %	34 %	47 %	66 %	60 %	50 %	41 %
regelmäßig Zigaretten rauchen	47 %	45 %	49 %	44 %	47 %	52 %	45 %	46 %	49 %
regelmäßig CBD-haltiges Cannabis konsumieren	39 %	38 %	40 %	28 %	38 %	54 %	57 %	40 %	33 %
regelmäßig Alkohol trinken	37 %	29 %	45 %	32 %	39 %	39 %	42 %	38 %	34 %
fünf oder mehr alkoholische Getränke jedes Wochenende trinken	36 %	33 %	39 %	31 %	35 %	45 %	36 %	36 %	39 %
E-Zigaretten regelmäßig konsumieren	30 %	28 %	32 %	29 %	30 %	32 %	31 %	30 %	29 %
Paragleiten oder Extremsportarten	27 %	26 %	28 %	15 %	27 %	40 %	32 %	28 %	24 %
ein- oder zweimal THC-haltiges Cannabis (Haschisch oder Marihuana) probieren	26 %	25 %	28 %	14 %	24 %	44 %	43 %	28 %	19 %
ein- oder zweimal CBD-haltiges Cannabis probieren	22 %	21 %	22 %	13 %	20 %	35 %	38 %	23 %	15 %
zu wenig körperliche Bewegung	16 %	16 %	15 %	15 %	16 %	15 %	18 %	15 %	16 %
nicht auf die Ernährung achten	14 %	13 %	15 %	13 %	14 %	15 %	20 %	14 %	14 %

Quelle: GPS 2020 (Variablen risiko1 bis risiko19, zweite Erhebungswelle);  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Identische Fragen zur Gefährlichkeitseinschätzung wurden auch bereits in den Erhebungen 2004 und 2008 gestellt. Im Zeitverlauf des jeweiligen Anteils der „sehr gefährlich“-Einschätzungen zeigt sich insbesondere eine Veränderung der Beurteilung der Gefahren des Zigarettenkonsums: Sowohl regelmäßiger Konsum als auch starker Konsum (eine oder mehrere Packungen Zigaretten täglich rauchen) wird 2020 deutlich häufiger als gefährlich eingestuft als noch 2004. Auch der Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken jedes Wochenende wird 2020 deutlich häufiger als „sehr gefährlich“ beurteilt als noch vor 16 Jahren, wohingegen die Einschätzung regelmäßigen Alkoholkonsums relativ stabil ist. Kein eindeutiger Trend ist bei der Beurteilung von THC-Cannabis zu beobachten.

Abbildung 13.1:  
Entwicklung der Gefährlichkeitseinschätzung im Zeitverlauf 2004, 2008 und 2020 (jeweils Anteil der Einschätzungen „sehr gefährlich“)



\*2020 zum ersten Mal abgefragt

Quelle: GPS 2020 (Variablen risiko1 bis risiko19, zweite Erhebungswelle) bzw. GPS 2004 (Uhl, A. et al. 2005) und GPS 2008 (Uhl et al. 2009b); Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 14 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
- Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Gaiswinkler, Sylvia; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2020): Epidemiologiebericht Sucht 2020. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. . Gesundheit Österreich, Wien
- Bachmayer, Sonja; Hojni, Markus; Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2019): Handbuch Alkohol – Österreich: Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen. Aufl. 8. Aufl. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Diekmann, Andreas (2007): Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 17. Aufl., Reinbek: Rowohlt,
- DKFZ (2008): Gesundheitsschäden durch Rauchen und Passivrauchen. Deutsches Krebsforschungszentrum, [Online unter https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR\\_Gesundheits\\_schaeden.pdf](https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_Gesundheits_schaeden.pdf)
- Felder-Puig, R; Teutsch, F; Ramelow, D; Maier, G (2019): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. BMASK, Wien
- Grotenhermen, F; Müller-Vahl, K (2016): Cannabis und cannabinoide in der medizin: fakten und ausblick. In: Suchttherapie 17/02:71-76
- Hojni, Markus; Delcour, Jennifer; Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2019): ESPAD Österreich. Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Klimont, Jeanette (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. 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
- Labouvie, Erich (1996): Maturing out of substance use: selection and self-correction. In: Journal of Drug Issues 26/2:457-476
- Moskalewicz, J. ; Room, R. ; Thom, B. (Hg.) (2016): Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report. . Warschau
- Petry, Nancy M; O'Brien, Charles P (2013): Internet gaming disorder and the DSM-5. In:

- 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. S. 1108–S. 959
- Rumpf, H.-J.; Achab, S.; Billieux, J.; Bowden-Jones, H.; Carragher, N.; Demetrovics, Z.; Higuchi, S.; King, D. L.; Mann, K.; Potenza, M. (2018): Including gaming disorder in the ICD-11: The need to do so from a clinical and public health perspective: Commentary on: A weak scientific basis for gaming disorder: Let us err on the side of caution (van Rooij et al., 2018). In: Journal of behavioral addictions 7/3:556–561
- Schmutterer, Irene (2021): Tabak- und verwandte Erzeugnisse. Zahlen und Fakten 2020. Gesundheit Österreich, Wien
- 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"
- Sierosławski, J.; Foster, J.; Moskalewicz, J. (2013): Survey of European drinking surveys. Alcohol survey experiences of 22 European countries. In: Drugs: Education, Prevention and Policy 20/5:383–!%
- Spilka, Stanislas ; Janssen, Eric ; Legleye, Stéphane (2013): Detection of problem cannabis use: The Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Saint-Denis
- Spode, Hasso (2011): Kulturgeschichte des Tabaks. In: Alkohol und Tabak – Grundlagen der Folgeerkrankungen. Hg. v. Singer, M.; Batra, A.; Mann, K. . Thieme, Stuttgart. S. 24–S. 13
- Statistik Austria (2020a): Bevölkerung zu Jahresbeginn ab 2002 (einheitlicher Gebietsstand 2020).
- Statistik Austria (2020b): Bildungsstandregister 2018. Erstellt am 01.07.2020.
- Statistik Austria (2020c): Mikrozensus–Arbeitskräfteerhebung, Jahresdurchschnitt über alle Wochen. Erstellt am 17.3.2020.
- Statistik Austria (2020d): Statistik des Bevölkerungsstandes. Erstellt am 06.07.2020.
- Strizek, Julian (2020): Alkoholkonsum unter Jugendlichen in Österreich vor dem Hintergrund der aktuellen Debatte zu „Youth Drinking in Decline“. In: Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie:
- 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. . Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- 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-BoltzmannInstitut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG). Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Tanki, Danica ; Vicente, Julián (2013): PDU (Problem drug use) revision summary. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA

Uhl, A.; Springer, A.; Kobrna, U.; Gnambs, T.; Pfarrhofer, D. (2005): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004. Bericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

Uhl, Alfred; Bachmayer, Sonja; Kobrna, Ulrike (2009a): Chaos um die Raucherzahlen in Österreich. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 159/1:4-13

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; Strizek, Julian; Hojni, Markus (2020): Handbuch Alkohol Österreich. Band 3: Ausgewählte Themen. Gesundheit Österreich, Wien

Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Puhm, Alexandra; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2009b): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Uhl, Alfred; Strizek, Julian; Puhm, Alexandra; Kobrna, Ulrike; Springer, Alfred (2009c): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Van Rooij, A. J; Ferguson, Chr. J; Colder Carras, M.; Kardefelt-Winther, D.; Shi, J.; Aarseth, E.; Bean, A. M; Bergmark, K. H; Brus, A.; Coulson, M. (2018): A weak scientific basis for gaming disorder: Let us err on the side of caution. In: Journal of behavioral addictions: