



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Jung, dumm, abhängig?
Eine Gebrauchsstudie von legalen und illegalen
Substanzen“

verfasst von / submitted by

Teresa Maria Antal

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the de-
gree of

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2020 / Vienna, 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 190 333 299

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Lehramtsstudium UF Deutsch und
UF Psychologie und Philosophie

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die Arbeit selbständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und alle aus ungedruckten Quellen, gedruckter Literatur oder aus dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte gemäß den Richtlinien wissenschaftlicher Arbeiten zitiert, durch Fußnoten gekennzeichnet bzw. mit genauer Quellenangabe kenntlich gemacht habe.

Danksagung

Mein Dank richtet sich an erster Stelle an Herrn Mag. Dr. Reinhold Jagsch, welcher mich trotz meines Lehramtsstudiums betreute und mich somit bei meinem lang gehegten Wunsch, meine Diplomarbeit im Fach Psychologie zu schreiben, unterstützte.

Vielen Dank, dass Sie mir eine Chance gaben, lieber Herr Professor!

Zudem gebührt den TeilnehmerInnen der Studie mein immenser Dank, denn ohne deren Mithilfe wäre diese Diplomarbeit niemals zustande gekommen.

Danke an meine beste Freundin, Julia Pieler, welche sich stets für all meine Fragen Zeit nahm und mir mit Engelsgeduld alles zu erläutern pflegte.

Des Weiteren möchte ich mich von ganzem Herzen bei all meinen Freunden bedanken, welche mich durch die schönen und auch weniger schönen Zeiten meines Studiums begleiteten und mit denen zahlreiche Nächte zu Tagen wurden.

1000 Dank, meine Lieben!

Der größte Dank von allen aber gebührt an dieser Stelle meinen Eltern, Béla Antal und Monika Antal-Halper. Nicht nur die finanzielle Unterstützung über die Jahre hinweg, auch die stets vorhandene, vorzügliche und nahrhafte Kost, die unzähligen Hilfestellungen und die zahlreichen aufmunternden Worte haben mich schlussendlich bis ans Ende meines Studiums gebracht.

Vielen lieben Dank, Mama! Nagyon szépen köszönöm, édesapám!

„Leider lässt sich eine wahrhafte Dankbarkeit mit Worten nicht ausdrücken.“

(Johann Wolfgang von Goethe)

Inhaltsverzeichnis

1. Abstract.....	Seite 1
2. Einleitung.....	Seite 3
3. Theoretischer Hintergrund.....	Seite 5
3.1. Begriffsdefinitionen.....	Seite 5
3.1.1. Substanzenmissbrauch.....	Seite 5
3.1.2. Sucht und Abhängigkeit.....	Seite 6
3.1.3. Drogen.....	Seite 12
3.2. Legale Substanzen.....	Seite 14
3.2.1. Alkohol.....	Seite 15
3.2.2. Koffein.....	Seite 21
3.2.3. Tabak.....	Seite 22
3.3. Illegale Substanzen.....	Seite 24
3.3.1. Medikamente.....	Seite 24
3.3.2. Drogen.....	Seite 25
3.4. Lage in Österreich.....	Seite 29
3.4.1 Zahlen.....	Seite 29
3.4.2. Rechtslage.....	Seite 31
3.5. Entstehung von Alkohol- und Drogenproblemen.....	Seite 32
3.6. Psychische und physische Folgen.....	Seite 35
3.7. Suchtprävention.....	Seite 41
4. Empirischer Teil.....	Seite 43
4.1. Projektbeschreibung.....	Seite 43
4.2. Untersuchungsziele.....	Seite 46
4.3. Stichprobe.....	Seite 46
4.4. Erhebungsverfahren.....	Seite 47
4.5. Untersuchungsinstrumente.....	Seite 47
4.5.1. Substance Use Risk Profile Scale.....	Seite 48
4.5.2. Fagerstöm Test zur Nikotinabhängigkeit.....	Seite 48
4.5.3. Alcohol Use Disorders Identification Test.....	Seite 49

4.6. Fragestellung und Hypothesen.....	Seite 49
4.7. Statistische Verfahren.....	Seite 51
5. Ergebnisse.....	Seite 53
5.1. Deskriptivstatistik.....	Seite 53
5.2. Hypothesenprüfung.....	Seite 56
5.2.1. Fragestellung 1.....	Seite 58
Unterscheidet sich der Konsum von Alkohol, illegalen Drogen und Zigaretten bei männlichen und weiblichen Individuen?	
5.2.2. Fragestellung 2.....	Seite 60
Korreliert der Bildungsgrad eines Individuums mit dem Konsum illegaler Substanzen?	
5.2.3. Fragestellung 3.....	Seite 62
Konsumieren Jugendliche auf dem Land oder in der Stadt vermehrt illegale Substanzen?	
5.2.4. Fragestellung 4.....	Seite 63
Unterscheidet sich der Konsum von Alkohol und Drogen bei Individuen, die sich in einer Beziehung befinden, von Individuen, welche Single sind?	
5.2.5. Fragestellung 5.....	Seite 64
Korrelieren ein niedriger Selbstwert, Versagensängste sowie der Grad an Lebenserfüllung mit dem Konsum von illegalen Substan- zen und Alkohol?	
5.2.6. Fragestellung 6.....	Seite 65
Korrelieren das Alter und der Konsum von illegalen Drogen?	
6. Diskussion.....	Seite 66
7. Literaturverzeichnis.....	Seite 69
8. Abbildungsverzeichnis.....	Seite 74
9. Tabellenverzeichnis.....	Seite 74

1. Abstract

Deutsch

Besonders Jugendliche und Individuen mit niedrigen Bildungsabschlüssen stehen oftmals im Verdacht, besonders zu übermäßigem Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum zu neigen. Im Zuge dieser Arbeit soll diesem gesellschaftlich manifestierten Stereotyp nachgegangen werden. Die Zielsetzung der Studie besteht darin, die sozioökonomischen Daten, das Alter sowie das Risikopotenzial der TeilnehmerInnen zu evaluieren, zu vergleichen sowie zu interpretieren. Im Laufe des Projektes wurde der Substanzenkonsum, legal wie illegal, bei Individuen im Alter von 15-65 Jahren untersucht.

Ein Fragebogen, welcher die Untersuchungsinstrumente Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Fagerstöm-Test zur Nikotinabhängigkeit (FTND) sowie Substance Use Risk Profile Scale (SURPS) beinhaltet, wurde verwendet, um die Daten der Querschnittsstudie als computerbasierte Testung zu erheben. Teil 1 des Fragebogens beinhaltet sieben Fragen zum Tabakkonsum, der zweite Teil befasst sich mit dem Alkoholkonsum. Im dritten Teil sind zwölf Fragen zu beantworten, welche den Alkohol- und Drogengebrauch der Teilnehmenden erheben. Teil 4 ist eine Substance Use Risk Profile Scale (SURPS), welche die Klassifizierung in Risiko- und Nicht Risikopersonen determiniert. Die sechs Fragestellungen und dazugehörigen Hypothesenpaare lieferten interessante Ergebnisse: Männliche Teilnehmer konsumieren mehr und häufiger Alkohol, Zigaretten und illegale Drogen, als dies bei weiblichen Teilnehmerinnen der Fall war. Zudem weisen Frauen ein höheres Angstepfinden und einen höheren Affinitätsscore auf. Ein höchstsignifikantes Ergebnis erreichten TeilnehmerInnen in Bezug auf die Korrelation mit dem Bildungsgrad und dem gebildeten Score zur Affinität gegenüber illegalen Substanzen. Ebenso verhielt es sich mit den Bereichen der Persönlichkeitsvariablen Impulsivität, Sensation Seeking sowie Angstepfinden. Einzig im Bereich der Hoffungslosigkeit konnte ein nicht signifikantes Ergebnis beobachtet werden. Bezüglich des zu erwartenden Ergebnisses im Bereich des Konsums in Stadt und Land konnte kein signifikantes Ergebnis erzielt werden, ebenso wie im Bereich der Singles/Vergebenen und im Bereich des Alters. Zusammenhänge im Konsum lassen sich lediglich durch die Persönlichkeitsvariable der Impulsivität erkennen.

Ein niedriger Selbstwert, Versagensängste sowie der Grad an Lebenserfüllung korrelieren signifikant mit dem Konsum von legalen und illegalen Substanzen.

Demnach spricht die Analyse der durch die 310 TeilnehmerInnen erhobenen Daten gegen das Stereotyp der „jungen und dummen“ Konsumente. Vielmehr wurde sichtbar, dass der Konsum verschiedenster Substanzen in vielen Berufsgruppen, sozialen Schichten und Altersgruppen beobachtbar ist.

Englisch

Especially people at a young age and individuals with lower education seem like they take a lot of drugs, drink lots of alcohol and smoke very much. These socially manifested stereotypes are going to be pursued in the course of this thesis. The goal of the survey was to gather socio-economic data, age, as well as the potential risk of the participants to consume illegal drugs. The purpose was to evaluate, compare, and interpret the gathered data. This thesis studied the use of legal and illegal substances among individuals aged 15-65. A questionnaire, containing the screenings Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), was used to gather the data of the computerbased test. Part 1 of survey contained seven questions regarding the use of nicotine. Part 2 dealt with the use of alcohol. Part 3 had 12 questions regarding the use of alcohol and drugs. Part 4 was a Substance Use Risk Profile Scale (SURPS), which categorizes the participants in risk- and non risk individuals.

The 6 research questions and the corresponding pairs of hypotheses provided interesting results: Male participants are consuming alcohol, nicotine, and illegal drugs more often and also more frequently than female participants. Furthermore women are showing a higher feeling for anxiety and scored higher in the anxiety-range. It also showed that participants with a high level of education got a significantly higher result regarding the use of illegal substances. There were no significant results about the use in the city or the countryside.

Of 310 people that participated in the survey, surprisingly, the outcome shows a very different picture. This means that many of the users are in fact not that young, furthermore they are educated and in fact not „young and silly“.

2. Einleitung

Alkohol, Nikotin und Drogen sind weltweit bekannte und vielfach verwendete Substanzen. Als Genuss- und Suchtmittel finden sie seit Jahrhunderten Gebrauch bei Menschen aller Gesellschaftsschichten.

Die älteste Droge der Welt, Alkohol, wird bereits seit der Antike genutzt. Es handelt sich dabei seit jeher um ein gesellschaftlich anerkanntes Genussmittel, welches dadurch fester Bestandteil von zahlreichen Getränken wurde. Des Weiteren gilt Alkohol als Kulturgut und daher auch als Komponente religiöser Rituale, als Rauschmittel sowie schlichtweg als Gift, dessen Wirkung sich bei Überdosierung bemerkbar macht (Maisch, 2016).

In der heutigen Gesellschaft hat sich der Konsum von Alkohol bereits manifestiert, ein Leben wie zu Zeiten der Prohibition ist undenkbar. Zu jeglichen Tageszeiten wird der Konsum, selbstverständlich in Maßen, toleriert. Des Weiteren gehört es sozusagen zum guten Ton, bei diversen Feierlichkeiten mit einem alkoholischen Getränk anzustoßen. Alkohol ist aus der Gesellschaft schlichtweg nicht mehr wegzudenken.

In erster Instanz stellt ein ausschweifender Konsum die Problematik in diesen Belangen dar. Zudem wird die Anzahl der Adoleszenten, welche Alkohol in exzessivem Ausmaß konsumiert, immer jünger. Die Hemmschwelle ist bei dieser Zielgruppe ungemein niedrig, da sie durch ihr Umfeld permanent dem Reiz des Alkoholkonsums ausgesetzt ist. Den Kindern und Jugendlichen wird suggeriert, dass der Gebrauch nichts Schlechtes ist und Alkohol keinerlei schädliche Wirkungen herbeiführen kann. Dahingehend versteckt sich hinter dem Substanzmissbrauch von Jugendlichen eine besondere Problematik. Körperlich wie geistig noch nicht völlig entwickelt, richtet der Konsum von Suchtmitteln irreparable Schäden an. Vermehrt treten im Erwachsenenalter Krankheiten auf, welche auf den Genuss- und Suchtmittelkonsum in der Adoleszenz sowie der Spätadoleszenz zurückzuführen sind. Ein Beispiel wären hierzu Fertilitätsprobleme (Schuppe, Jung, Köhn, Haidl, 2011), welche durch den Gebrauch von Alkohol, Nikotin und Drogen entstehen können und keine Seltenheit darstellen.

Auch zahllose Krebsarten sind auf den beträchtlichen Konsum von Alkohol und Zigaretten zurückzuführen (Drings, 2004; Mons et al., 2018).

Im Rahmen dieser Diplomarbeit soll in Erfahrung gebracht werden, was Jugendliche und Erwachsene dazu bewegt, Alkohol, Nikotin und illegale Rauschmittel zu konsumieren. Die Erhebung soll feststellen, inwieweit Alter, Bildungsgrad, Beziehungsstatus, Wohnort am Land oder in der Stadt sowie das Persönlichkeitsprofil die Einstellung zum Konsum von legalen und illegalen Substanzen beeinflussen.

Es wird eine empirische Herangehensweise an die Thematik angestrebt. Darüber hinaus werden einige bekannte Stereotype aufgegriffen, welche mit den Ergebnissen der erhobenen Daten in Kontext gesetzt werden.

An den Anfang wird eine theoretische Einleitung über das Thema im Allgemeinen gestellt. Diese soll grundlegende Informationen enthalten, wie beispielsweise die Definitionen von Begrifflichkeiten wie Substanzenmissbrauch, Sucht und Abhängigkeit sowie Drogen.

Es folgen Einführungen über die Substanzen Alkohol, Nikotin, Koffein und illegalen Drogen sowie eine Übersicht an möglichen Folgeschäden und Krankheiten, welche durch den Missbrauch am und im menschlichen Körper entstehen.

Ein Kapitel wird sich mit Möglichkeiten der Präventionsmaßnahmen und deren Wirksamkeit befassen (Greca et al., 2009).

Im Anschluss an die Theorie folgt der empirische Teil, in dem eine detaillierte Beschreibung des Projekts stattfindet, die Untersuchungsziele dargelegt sowie die Hypothesen vorgestellt und geprüft werden.

Im letzten Schritt folgt die Diskussion der Daten sowie ein Ausblick.

3. Theoretischer Hintergrund

Um einen allgemeinen Einblick in die Welt der Substanzen gewährleisten zu können, werden im folgenden Kapitel Begriffsdefinitionen vorgenommen. Zudem folgt die Einteilung in legale Substanzen wie Alkohol, Koffein und Nikotin sowie eine Diskussion von Stimulanzien wie Medikamenten und diversen Drogen, welche zu der Kategorie der illegalen Substanzen zählen.

3.1. *Begriffsdefinitionen*

3.1.1. *Substanzenmissbrauch*

Beim Begriff des Missbrauchs handelt es sich nicht um die gewöhnliche, gar gesunde Inanspruchnahme einer gewissen Substanz, allerdings handelt es sich auch nicht um das gravierende Ausmaß einer Abhängigkeit. Bei der Nutzung einer bestimmten, psychoaktiven Substanz ist in dem Fall die Rede von Missbrauch, wenn diese Substanz aufgrund ihrer Effekte für ein bestimmtes Vorhaben genutzt wird. Primär nimmt der Missbrauch von Substanzen bereits seinen Lauf, wenn ein als harmlos eingestuftes Erstversuch durchgeführt wird. Grundsätzlich handelt es sich längst um Substanzenmissbrauch, wenn beispielsweise bestimmte Rauschmittel oder auch Drogen für die Intention konsumiert werden, eine unerfreuliche Gefühlsbeschaffenheit verschwinden zu lassen. (Brosch, 2004)

Brosch (2004) beschreibt, wie dies in zahlreichen Fällen allerdings keine gravierende Problematik darstellt, da oftmals lediglich zu einem Glas Wein gegriffen wird, um sich in amüsantere, sorgenfreiere Stimmung zu versetzen. Andererseits besteht bei diesem Verhalten die Gefahr, das Problem zu forcieren und in weiterer Folge das Verhalten des Missbrauchs in Gewohnheit zu verwandeln. Gewisse Situationen sowie Gefühle werden in weiterer Folge unmöglich, ohne das Zutun von Drogen oder Rauschmitteln, durchzustehen.

In Conclusio lässt sich somit feststellen, dass Missbrauch häufig und mit Leichtigkeit das Ableiten in den Zustand der Abhängigkeit zu verschulden hat. (Brosch, 2004)

3.1.2. Sucht und Abhängigkeit

„Das Wort *Sucht* ist abgeleitet von dem germanischen Zeitwort *siechen*. Wurde der Begriff ursprünglich im Sinne von Siechtum oder Krankheit verstanden („Gelbsucht“), so bezeichnete man später auch Charaktereigenschaften (wie „Selbstsucht“) und Verhaltensweisen (wie „Tobsucht“) damit. Heute wird neben dem Begriff der Sucht auch die Bezeichnung *Abhängigkeit* verwendet.“ (Brockhaus 2001, p. 52)“ (Rettenwender, 2018, p. 234)

Die Weltgesundheitsorganisation beschrieb den Begriff *Sucht* im Jahre 1964 als, aus wissenschaftlicher Betrachtung, sinnlose Bezeichnung. Infolgedessen wurde vermehrt dazu aufgefordert, anstelle des Begriffes *Sucht* die Begriffe *Missbrauch* (englisch: abuse) oder auch *Abhängigkeit* (englisch: dependence) heranzuziehen. (Tewes et al., 1999)

Die Begriffe Sucht und Abhängigkeit stehen für eine gesundheitsmindernde Konstitution, welche ohne eine bestimmte Form der Therapie lebensbedrohliche Ausmaße annehmen können. (Brosch, 2004) Allerdings ist der Begriff Abhängigkeit in der Lage, das Ausmaß darzustellen, um nicht nur für den Konsumenten selbst destruktiv zu wirken, sondern zudem in gleichem Maße auf seine Umwelt schädlich zu wirken. (Tewes et al., 1999)

Die Frage, welche es oftmals vor einer Diagnose zu stellen gilt, ist jene, wie man eine Abhängigkeitserkrankung überhaupt erkennt. Bei der Abhängigkeit handelt es sich um eine Erkrankung, welche sich in zahlreichen physischen wie auch psychischen Problemen manifestieren kann. Diese Problematiken resultieren in wiederholtem Konsum der Abhängigkeit fördernden Substanzen. „In einem aktuellen Klassifikationssystem der Psychiatrie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5, American Psychiatric Association, 2015) werden 11 Kriterien für eine „Substanzgebrauchsstörung“ aufgelistet. Die Erfüllung von mindestens zwei Punkten spricht hierbei für einen problematischen Konsum:

1. Wiederholter Konsum, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führt.
2. Wiederholter Konsum der Substanz in Situationen, obwohl das gefährlich sein kann (z.B.: Alkohol am Steuer oder beim Bedienen von Maschinen).
3. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme.

4. Toleranzentwicklung, das heißt: Man konsumiert immer mehr oder die Wirkung einer gewissen Menge lässt nach.
5. Entzugssymptome (v. a. Schwitzen, Unruhe, Zittern) oder der Versuch, diese durch den Konsum der Substanz abzuschwächen oder zu verhindern.
6. Konsum in großen Mengen oder länger als geplant.
7. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
8. Hoher Zeitaufwand für die Beschaffung und Einnahme oder um sich von der Wirkung zu erholen.
9. Vernachlässigen und Aufgabe wichtiger Aktivitäten aufgrund des Substanzkonsums (z.B.: familiäre, berufliche oder soziale Aktivitäten).
10. Fortsetzen des Konsums trotz körperlicher und/oder psychischer Probleme.
11. Craving, das starke Verlangen nach der Substanz.“ (Anton Proksch Institut, 2019)

Die Klassifikation nach dem von der Weltgesundheitsorganisation ausgearbeitetem Diagnosesystem Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) ermöglicht eine weltweite Untersuchung nach Mortalität und Morbidität. Seit 2019 existiert nun die 11. Revision (ICD-11). (Bachmayer et al., 2020)

Die Ziele dieser 11. Revision waren, besondere Gegebenheiten differenzierter als bisher kodieren zu können sowie die Erforderlichkeit, die Anpassung der ICD an den Bedarf von analogen Gesundheitssystemen zu ermöglichen. (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2019)

Die Anzahl der Menschen, welche im Laufe ihres Lebens dem Alkohol zusagen, ist mit Sicherheit höher als die Anzahl jener, welche sich dem Konsum von Alkohol gänzlich entsagen. Eine geringere Anzahl ist es allerdings, welche zu illegalen Drogen greift (Teesson et al., 2008). Überdies gilt jedoch zu beachten, dass mit dem Konsum gewisser Substanzen nicht automatisch auch ein Abhängigkeitsverhältnis einhergeht, vielmehr liegt die Wurzel einer Abhängigkeit oftmals an diversen Merkmalen und Problematiken des Individuums.

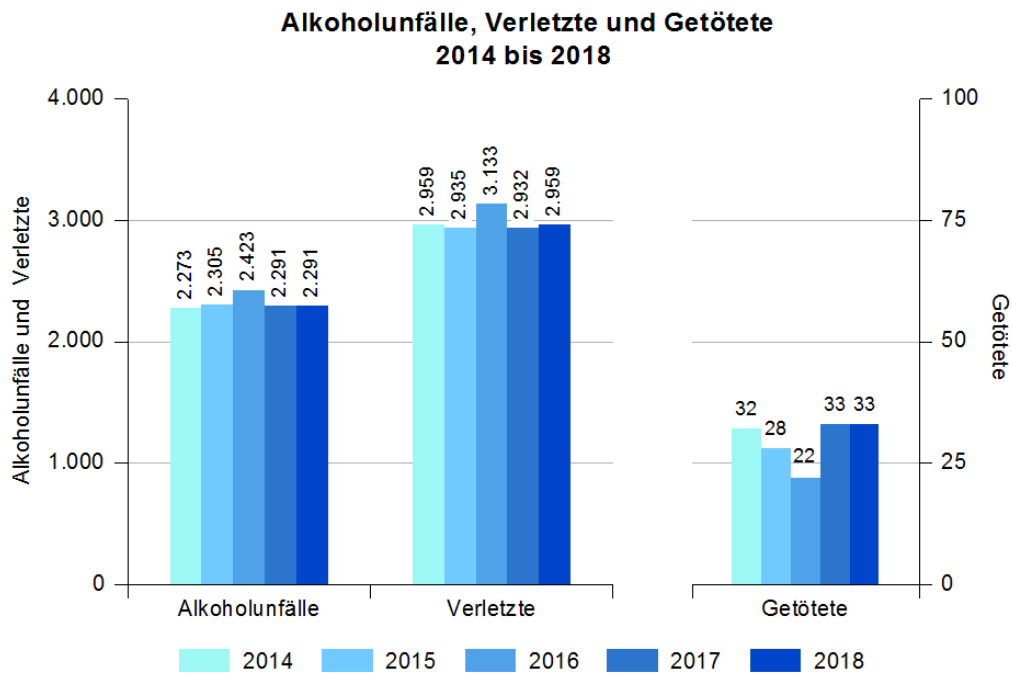
Persönlichkeit, Soziodemographie sowie –ökonomie, Bildungsgrad und nicht zuletzt auch die individuelle Selbstzufriedenheit tragen maßgeblich zu einer möglichen Abhängigkeit von Alkohol, Nikotin oder illegalen Drogen bei.

In erster Linie werden legale wie auch illegale Substanzen von Individuen schlichtweg aus dem Grund konsumiert, damit die Konsumenten in der Lage sind, den Zustand ihres Bewusstseins zu verändern und sich in weiterer Folge in einen Rauschzustand versetzen zu können. (Brosch, 2004) Aufgrund der Menge ihres Konsums diverser Substanzen entwickeln einigen Individuen bestimmte Probleme, welche von verschiedenster Natur sein können (Teesson et al., 2008).

In Teesson et al. (2008) findet sich, als nähere Erläuterung und Veranschaulichung, das folgende Beispiel eines jungen Mannes: Er unternimmt an diversen Abenden des Wochenendes sehr gerne etwas mit seinen Freunden und trinkt bei diesen Zusammentreffen häufig beträchtliche Mengen an Alkohol. Dieses Verhalten legt er an den Tag, obwohl er unter der Woche kaum bis wenig Alkohol konsumiert. Wenn der junge Mann mit seinen Freunden unterwegs ist, ist es gang und gäbe, dass er über einen Zeitraum von ungefähr acht Stunden zirka zwanzig Gläser Alkohol zu sich nimmt. Sein oberstes Ziel hierbei ist ein völliger Rauschzustand, welcher ihn bereits des Öfteren in diverse Probleme, vor allem aggressives Verhalten, Kneipenschlägereien und polizeiliches Gewahrsam, gebracht hat.

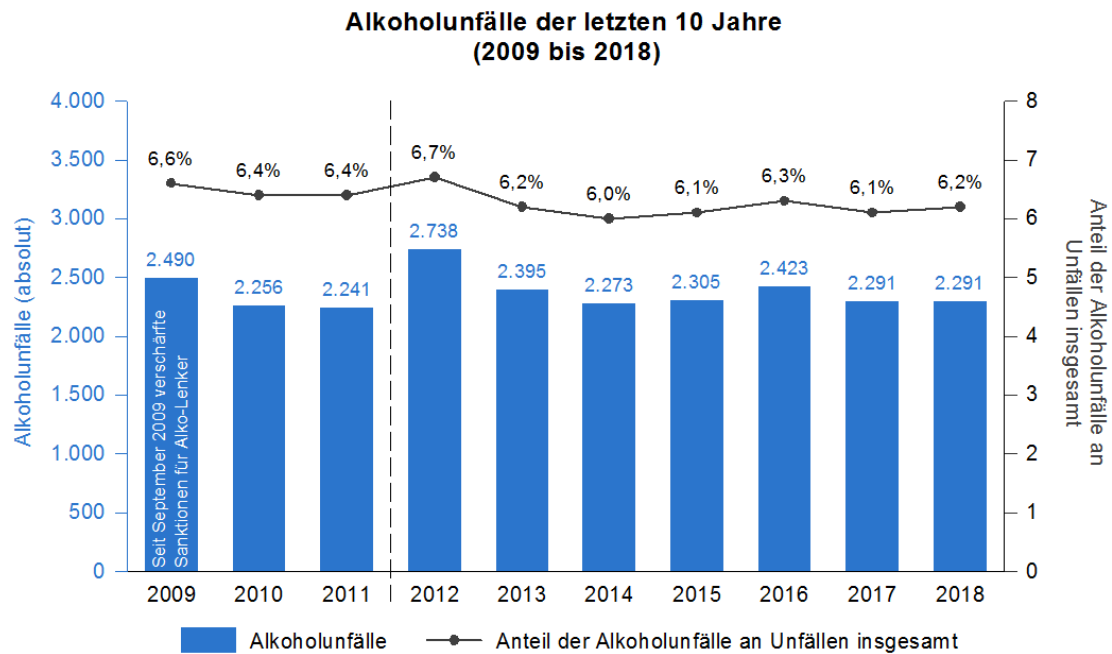
Dieses Beispiel verdeutlicht, dass nicht nur der Konsum allein zu Problemen führen kann, sondern auch, dass daraus simultan mittelbare Folgen entstehen können. Hierzu zählen selbstverständlich nicht nur Delikte wie Schlägereien, auch Autofahren unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen, illegalen Substanzen, sind hierbei anzuführen. Alleine im Jahr 2018 lag die Zahl der Unfälle in Österreich „an denen Personen beteiligt waren, bei denen eine Beeinträchtigung durch Alkohol gemäß §5 Abs.1 StVO oder eine Überschreitung des im §14 Abs.8 FSG festgelegten Blut- oder Atemalkoholgrenzwertes festgestellt wurde, einschließlich jener Personen, die eine Untersuchung auf Alkoholbeeinträchtigung verweigerten,“ (Statistik Austria, 2019) bei 2291. Die Anzahl der Getöteten lag bei 33, ebenso wie im Jahr 2017.

In den Jahren 2016, 2015, 2014 und 2013 waren die Zahlen der tödlich Verunglückten verschwindend gering. (Statistik Austria, 2019)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik der Straßenverkehrsunfälle. Erstellt am 29.04.2019. – 30-Tage-Fristabgrenzung für Verkehrstote.

Abbildung 1. Statistik Austria, Alkoholunfälle, Verletzte und Getötete 2014-2018



Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik der Straßenverkehrsunfälle. Erstellt am 29.04.2019. – Ab 2012 geänderte Erhebungsmethode; ein direkter Vergleich mit Vorjahresergebnissen ist daher nicht zulässig.

Abbildung 2. Statistik Austria, Alkoholunfälle der letzten 10 Jahre

Das Spektrum der Probleme und Folgen von Abhängigkeit sind so individuell, wie die Menschen, die an ihr leiden. Der Zustand der Sucht beziehungsweise jener der Abhängigkeit verleiht sich dadurch Ausdruck, dass für das Individuum keinerlei Möglichkeit besteht, auf die Substanz zu verzichten („Unfähigkeit zur Abstinenz“ (Rettenwender, 2018, p. 233)) und dass der Konsum stetig erhöht werden muss, da auch die Toleranz immer weiter ansteigt. Des Weiteren ist die körperliche Abhängigkeit bereits derart fortgeschritten, dass Entzugserscheinungen beim Konsumationsstopp auftreten. (Rettenwender, 2018)

Die Beschreibung der verursachten Probleme und Folgen des Alkohol- oder Drogenkonsums lässt sich im Wesentlichen wie folgt formulieren:

- Das Individuum hegt ein massives Verlangen nach Alkohol oder Drogen.
- Das Individuum ist außer Stande, den Konsum der Suchtmittel zu kontrollieren.
- Das Individuum findet sich aufgrund des Suchtmittelkonsums des Öfteren in problematischen Situationen wieder. (Teesson et al., 2008)

„Eine zentrale Rolle kommt dabei dem Verlangen nach der Substanz zu, z.B. nach psychoaktiven Drogen, Alkohol oder Tabak. Die Gier nach dem Suchtmittel ist [...] oftmals sehr heftig und manchmal sogar unbezwingbar.“ (Teesson et al., 2008, p. 12)

1970 waren Griffith Edwards et al. die Ersten, welche das Phänomen der Alkoholabhängigkeit klinisch bestimmt haben. Edwards und Gross vertraten 1976 die Ansicht, dass ein *Alkoholiker* einen kennzeichnenden Ballen an Symptomen zeigt, aufgrund dessen man die Diagnose einer vorhandenen Alkoholkrankheit stellen könne. (Teesson et al., 2008) Nachdem Edwards und Gross die ausführliche Beobachtung von in Kliniken behandelten Patienten vollzogen hatten, arbeiteten sie dieses Konzept aus. Die von ihnen beobachteten Symptome beinhalteten eine übermäßige Begierde nach Alkohol sowie den Zwang, den Alkohol in stetig steigender Menge zu konsumieren, um die fortwährende, selbe Wirkung zuwege zu bringen. Des Weiteren trat das Phänomen der Entzugserscheinungen hinzu, wenn der Fall eintrat, dass die Alkoholquelle versiegt und der Konsum beendet wurde. (Teesson et al., 2008)

Etwas später darauf folgte eine Auffassung von Abhängigkeit, welche Similaritäten zu Edwards und Gross Ansichten aufweist, die in das *Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen* eingegliedert wurde. (Teesson et al., 2008) Die Definition des DSM besagt, dass es sich bei Abhängigkeit um eine Form internen Zwangs handelt, „eine medizinisch nicht notwendige Substanz zu konsumieren, und geht einher mit der Beeinträchtigung der Gesundheit oder des Sozialverhaltens (American Psychiatric Association 1994; World Health Organization 1993)“. (Teesson et al., 2008, p. 17)

Die Bedeutung des Wortes *Drogenabhängigkeit* ist mit der Bedeutung von *Sucht* gleichzusetzen, welches lediglich der gängigere und häufiger verwendete Begriff ist. (Teesson et al., 2008)

Die Weltgesundheitsorganisation definiert und differenziert sieben Abhängigkeitstypen. Diese Differenzierung basiert auf der Grundlage von pharmakologischen Kriterien. Bei den sieben Abhängigkeitstypen wird unterschieden zwischen (Strubelt, 1996):

- Morphintyp
- Barbiturat-Alkoholtyp
- Kokaintyp
- Cannabistyp (Haschisch)
- Amphetamintyp
- Khattyp
- Halluzinogentyp

Lediglich bei den Abhängigkeitstypen Morphin und Barbiturat-Alkohol handelt es sich um schwere Abhängigkeiten, welche einen immensen Effekt auf den Körper haben. Die übrigen fünf Abhängigkeitstypen sind psychische Abhängigkeiten. (Strubelt, 1996)

Darüber hinaus existieren weitere Klassifikationen, welche in Bezug auf ihr Wirken auf die Physis unterteilt werden. Die Differenzierung erfolgt in die zwei Bereiche der sedierenden sowie der stimulierenden Substanzen. (Tewes et al., 1999) Heutzutage ist allerdings bereits allgemein bekannt, dass die Wirkung das Resultat der konsumierten Dosis ist. Dies bedeutet, dass der Großteil der Substanzen sowohl stimulierend als auch sedierend wirken kann. (Tewes et al., 1999)

So heißt es in Tewes et al. (1999) beispielsweise, dass der Konsum von Nikotin in kleinen Mengen stimulierend und in größeren Mengen sedierend wirke.

3.1.3. *Drogen*

Das an sich älteste und bekannteste Rauschmittel der Welt, der Alkohol, wird nicht den Drogen zugeordnet. Dies verhält sich ebenso mit Koffein und Nikotin. Vielmehr definiert der Begriff Drogen in der allgemeinen Auffassungsgabe ein illegales Rauschmittel. (Köhler, 2008)

Bei einer Droge handelt es sich um „eine chemische Substanz, die im Unterschied zu einem Nahrungsmittel die biologische Funktionsweise eines Menschen oder anderen Lebewesen verändert. Eine psychotrope Droge ist ein Stoff, der so auf das Gehirn wirkt, dass Stimmung, Denkprozesse oder Verhalten verändert werden.“ (Teesson et al., 2008, p. 13) *Drogen* bezeichnen demnach Substanzen chemischer Art, welche mit dem Ziel, einen gewissen Effekt zu erzielen, willentlich konsumiert werden. (Iversen, 2004)

In Tabelle 1 aus Teesson et al. (2008) ist ein Verzeichnis ersichtlich, welches die psychotropen Drogen sowie ihre Namen, unter denen sie in der Szene bekannt sind, auflistet.

Drogentypen	Szenenamen
Cannabinoide	<i>Blüten:</i> Buds, Dope, Ganja, Gras, Gunjah, Hanf, Marihuana, Mary-Jane, Moff, Rasen, Sinsemilla, Skunk, Spliff, Wiesen, Zeug <i>Harz:</i> Bobel, Braunes, Brösel, Hasch, Haschisch, Kanten , Mok, Nugat, Nugger, Peace, Piece, Pot, Shit, Polle <i>Öl:</i> Honig, Hasch-Öl
Kokain	Coca, Coke, Florida Snow, Koks, Schnee
Amphetamine	Chrystal Meth, Glas, Metamphe, Pep, Schnelles, Speed
Halluzinogene und Psychedelika	Acid, Ketamin, kleine Freunde, Liquid, LSD, (Magic) Mushrooms, Micro, Pappe, Pilze, Psilos, Shrooms, Trip, Ticket, Zauberpilze
Inhalantien und Lösungsmittel	Ballons, Jungle Juice, Klebstoff, Lachgas, Lufties, Poppers, Rush
Sedativa und Tranquilizer	Barbiturate, Benzos, Dias, Downer, Flunis, Freunde, Rohpies, Keta, Rohypnol, Valium Schlaftabletten
Opioide: Analgetika u.a.	Brown, Heroin, Junk, Koka, Kokain, Koks, Methadon, Morphin, Stoff, Sugar
Phenzyklidine (PCP)	Angel Dust, Engelsstaub, Hyperdust, Killerjoint, Magic Wack, Mist, Peace Powder, Superweed, Wack

Tabelle 1: Drogen und einige ihrer Szenennamen. (Teesson et al., 2008, p. 13)

Anhand dieser Tabelle ist ersichtlich, dass sich über Jahrzehnte hinweg eine stete Entwicklung in Bezug auf die Sprache innerhalb der Drogenszene vollzog. Jene angeführten Szenebegriffe werden von den Angehörigen des Suchtmittelmilieus in erster Linie dazu verwendet, um sich von Individuen, welche diesem Milieu nicht angehören, abzuheben und abzuschotten. Die Unauffälligkeit der Szenennamen ist dafür verantwortlich, dass überdies in der Öffentlich unbemerkt über die illegalen Substanzen und deren Konsum gesprochen werden kann, ohne Aufsehen zu erregen. Nur Mitglieder oder

Kenner der Drogenszene werden Begriffe wie „Mary-Jane“, „Brösel“, „Nugat“, „Honig“, „Coke“, „Schnee“, „Glas“, „Pappe“, „Lufties“, „Freunde“, „Sugar“ und „Engelsstaub“ (Teesson et al., 2008, p. 13) als psychotrope Substanzen erkennen.

Gerade hinter den harmlos klingenden Szenenamen „Angel Dust“, also „Engelsstaub“ (Teesson et al., 2008, p. 13) stecken die in höchstem Maße Abhängigkeit verursachenden Phenzyklidinen, abgekürzt PCP genannt. (Teesson et al., 2008)

Durch diese Art der Verharmlosung durch bestimmte Namen gewinnt das Drogenmilieu stetig neue Mitglieder. Oftmals werden Neugierige, besonders aber Adoleszente, durch die harmlosen Namen in Versuchung gebracht. Dass die Folgen allerdings verheerend sein können und der Grund für eine lebenslange Abhängigkeit bereits mit einmaligem Konsum gelegt werden kann, ist der Mehrheit bedauerlicherweise nicht bewusst. Um Adoleszente vor derartigen Situationen frühzeitig schützen zu können, wäre frühzeitige Prävention und Aufklärung unbedingt erforderlich.

3.2. *Legale Substanzen*

Der Gebrauch von psychotropen Substanzen bedeutet oftmals nicht zwangsläufig, dass sich der Nutzer strafbar macht. In erster Linie wird bei dem Begriff *Substanzenmissbrauch* an harte Drogen und auch Medikamente gedacht, welche illegal erworben und heimlich konsumiert wurden. Bei genauerer Betrachtung weist die Realität jedoch auf, dass ein Großteil der österreichischen Bevölkerung bereits allmorgendlich zum Frühstück diverse Substanzen konsumiert. Die Rede ist hier selbstverständlich von den sogenannten *legalen Substanzen*. Dieser Sammelbegriff bezieht sich auf Alkohol, Koffein sowie Nikotin. Wenn ein Individuum folglich morgens eine Zigarette raucht und einen Kaffee zu sich nimmt, werden dem Körper diverse Stoffe zugeführt, welche in größerem Ausmaß gesundheitsschädigend sein können.

3.2.1. *Alkohol*

Der Alkohol, auch Ethylalkohol oder Ethanol bezeichnet, hatte bereits bei den Naturvölkern wie auch bei den alten Kulturen der Sumerer, Babylonier, Ägypter, Griechen und Römer einen hohen Stellenwert und zeigte stete Präsenz im alltäglichen Leben. (Strubelt, 1996)

Die Herstellung fand aus unterschiedlichen Stoffen statt. Beim Volk der Germanen wurde beispielsweise Honig und Wasser als Grundzutaten verwendet, im Fernen Osten wurde Alkohol aus Reis hergestellt und die südliche Weltbevölkerung verwendete diverse Säfte, beispielsweise von Früchten, Palmen, Agaven sowie Kakteen, zur Gewinnung des Genussmittels Alkohol. (Strubelt, 1996)

Eines der Kriterien für nicht belastende und genussvolle Handhabung von Alkohol wurde seit jeher von den Völkern durchgeführt, denn oftmals wurde Alkohol in Rituale eingebettet. Dies ist auch in der heutigen Zeit von enormer Bedeutung, da auf diese Weise fundamentale Arbeit geleistet werden kann, nicht in die Abhängigkeit zu sinken. (Brosch, 2004)

Die nach wie vor moderne und häufig verwendete Methode der Trinkalkoholgewinnung basiert entweder auf der Zuckervergärung oder der Vergärung stärkehaltiger Naturstoffe mit Hefe. Allerdings existieren auch technische Synthesemöglichkeiten. (Strubelt, 1996)

Die Aufnahme von Alkohol in den Körper geschieht zügig und wird uneingeschränkt durch die Schleimhaut des Magen-Darm-Kanals vollzogen. Dabei handelt es sich um einen durchwegs passiven Vorgang, welcher dem Konzentrationsgefälle folgt und seine Anfänge bereits im Magen nimmt, allerdings zu ungefähr 80 Prozent im Dünndarm erfolgt. Dies geschieht deshalb hauptsächlich im Dünndarm, da dort die Verbindung zwischen Lumen sowie Schleimhautoberfläche am ausgeprägtesten ist. (Strubelt, 1996) „Die Resorptionsgeschwindigkeit und die durch sie bestimmten maximalen Blutalkoholspiegel hängen deshalb davon ab, wie schnell der Alkohol aus dem Magen in den Dünndarm gelangt.“ (Strubelt, 1996, p. 226) Wenn der Magen mit Nahrungsmitteln gefüllt ist, verzögert er in weiterer Folge die Entleerung des Magens und dadurch den Übertritt des Alkohols in den Dünndarm und folglich ebenso in die Blutlaufbahn. Fettreiche Nahrung erweist sich in diesen Belangen als besonders wirkmächtig. Alkohol

wird nach dem reichlichen Verzehr von Speisen demnach schleichender resorbiert, zudem ist auch die Verträglichkeit mit vollem Magen besser. (Strubelt, 1996)

Aus diesem Grunde erhält man in gewissen Kulturkreisen bereits früh die Warnung, keinen Alkohol auf leeren Magen zu konsumieren, da die Rauschzustände somit verfrüht und heftiger eintreten können, als wenn sich Nahrungsmittel im Magen befinden.

„Der resorbierte Alkohol verteilt sich im Körperwasser, wobei die maximalen Blutkonzentrationen ein bis zwei Stunden nach der Aufnahme erreicht werden; zu diesem Zeitpunkt muss die Alkoholresorption aber noch nicht abgeschlossen sein. Der Alkohol penetriert schnell ins Gehirn und geht auch in die Muttermilch und auf den Embryo über.“ (Strubelt, 1996, p. 226) Ergo stellt der Alkoholkonsum einer werdenden Mutter für den Embryo eine ernsthafte Gefahr dar. Signifikante Mängel können bereits im Mutterleib entstehen, allerdings besteht auch die Möglichkeit, das Neugeborene primär Spuren vom Suchtverhalten der Mutter aufweisen und somit gravierende Defizite in der Entwicklung auftreten können, welche erst nach der Geburt festgestellt werden können. Eine detailreichere Erläuterung dieser Problematik findet weiters in Kapitel 3.6. *Körperliche Folgen* statt.

Alkohol wird zu ungefähr 95 Prozent durch metabolischen Abbau ausgeschieden. Die Ausscheidung über die Atmung beträgt nur drei Prozent und jene über Nieren und Schwitzen lediglich nur zwei Prozent. Der Abbau wird überwiegend in der Leber vollzogen, spezifisch gesagt passiert dies „durch die Alkoholdehydrogenase (ADH) zu Acetaldehyd und weiter durch die Aldehyddehydrogenase zu Essigsäure, die im Zitronensäurezyklus zu CO_2 und H_2O endoxidiert wird. Etwa 3 bis 8 Prozent des Alkohols werden durch das mikrosomale Ethanol-oxidierende Enzymsystem (MEOS) ebenfalls zu Essigsäure oxidiert.“ (Strubelt, 1996, p. 226)

Da diese Struktur konträr zur Alkoholdehydrogenase herbeiführbar ist, generiert dies eine erhöhte Aktivität bei massiver Beanspruchung. Dies trägt die Verantwortung dafür, dass der Abbau von Alkohol bei bereits aufgebauter Toleranz um bis zu 50 Prozent schneller stattfinden kann. (Strubelt, 1996)

„Die Alkoholelimination im Blut erfolgt unabhängig von der Konzentration zeitlinear, d.h. es wird in der Zeiteinheit jeweils die gleiche Menge ausgeschieden; diese beträgt

beim Mann im Mittel 0,1 g/kg und bei der Frau 0,085 g/kg pro Stunde, was einer stündlichen Abnahme des Blutalkoholspiegels um etwa 0,15 Promille entspricht.“ (Strubelt, 1996, p. 226) Allerdings sind diese Abbauraten äußerst uneinheitlich. Von Individuum zu Individuum ist eine Schwankungsbreite von rund ± 30 Prozent möglich, bei einem einzelnen Menschen sind sie allerdings relativ konstant. (Strubelt, 1996)

„Durch den metabolischen Abbau werden aus einem Gramm Ethanol 7,1 kcal (entsprechend 30 kJ) frei, so dass aus dem Ethanolabbau bis zwei Drittel des Körperenergiebedarfs bei Ruhe (sogenannter Grundumsatz) gedeckt werden können. Die pharmakologischen und die akut-toxischen Wirkungen des Alkohols beruhen auf dem unveränderten Alkoholmolekül, die chronisch-toxischen daneben auf seiner Metabolisierung, nämlich auf dem dabei entstehenden hochreaktiven Acetaldehyd sowie intermediär gebildeten Sauerstoffradikalen.“ (Strubelt, 1996, p. 226)

Der Frage, aus welchem Grund Alkohol in erster Linie getrunken wird, ist von immenser Relevanz. Zudem war sie ausschlaggebend für die Bearbeitung dieser Thematik. Beim Alkoholkonsum verhält es sich dahingehend, dass der Faktor des Genusses einen hohen respektive den höchsten Stellenwert innehat. Beispielsweise werden Weinbegleitungen bei Menüs nicht angeboten, um die Speisenden in einen Rauschzustand zu versetzen, es geht lediglich um den Aspekt des Genusses. Brosch (2004) erläutert, dass nicht jeder Konsum jedes Rauschmittels die Abhängigkeit als Resultat innehat, vielmehr geht es beim Genießen darum, einem inneren Wunsch nachzugehen, welcher in keiner Korrelation zum inneren Druck steht, wie ihn Individuen mit einer Abhängigkeitserkrankung verspüren. Wenn der Konsum der Substanz aus diversen Ursachen nicht vollziehbar ist oder die Substanz schlichtweg nicht vorhanden ist, wird nichts Mühevolleres unternommen, um sich die Substanz zugänglich zu machen. Dies ist einer der signifikanten Unterschiede zwischen Genuss und Abhängigkeit. (Brosch, 2004)

Eben jener Genusswert von Alkohol basiert auf seinen zentralnervösen Effekten, welche grundsätzlich suppressiv sind. Weitgehend lässt sich also feststellen, dass es sich bei Alkohol um nichts Andersartiges handelt, als um ein Narkotikum. Bevor Forschung und Wissenschaft in der Lage waren, effektivere und harmlosere Narkotika zu entwickeln, wurde Alkohol fürwahr als ein solches verwendet. (Strubelt, 1996)

Der Beginn einer Narkose zeichnet sich allerdings durch eine Phase der Erregung, auch Exzitation genannt, aus, welches durch eine Paralyse von zentralnervösen Hemmungen entsteht. Dieses Stadium der Exzitation ist beim Konsum von Alkohol äußerst signifikant, im Großen und Ganzen wird dadurch der Genusswert bewirkt, da die Impulse, welche im regulären Leben klein gehalten werden, ausgelebt werden sowie eine Förderung von zwischenmenschlicher Kommunikation und gesellschaftlichem Leben erfolgt. Simultan dazu ist allerdings auch die Entwicklung eines grundlosen Selbstvertrauens, Abnahme der Selbstkontrolle sowie Rücksichtslosigkeit gegenüber anderen Individuen möglich und auch häufig. (Strubelt, 1996)

Alkoholkonsum ruft eine Vielzahl an kurzfristigen Effekten hervor. Die Rede ist von einer Senkung der Hemmschwelle, einer Reduzierung der Koordinationsfähigkeit, einer Verringerung der Reaktionszeit sowie einer Beeinträchtigung des Sehvermögens, verwaschener Sprache und einem Aufbau von Aggressionen, um nur einige Beispiele zu nennen. Auf langfristige Sicht kann der zügellose Konsum von Alkohol zu gravierenden Folgen führen, welche in Koma oder gar dem Tod resultieren können. (Teesson et al., 2008)

Alkohol gehört, neben dem Morphintyp, zu der Gruppierung der physischen, schweren Abhängigkeiten. Überdies zählt er zu den Stoffen, welche eine massive, körperliche Abhängigkeit induzieren. (Strubelt, 1996)

Wie bereits eingangs erwähnt, dient Alkohol häufig nicht nur als Genussmittel. Sollte der Konsum exzessiv werden und somit den Bereich des Genusstrinkens überschreiten, sind unter anderem Erkrankungen der Leber sowie der Eintritt des Todes zu erwarten. Die letale Alkoholdosis für einen erwachsenen Menschen liegt bei ungefähr 250g. Diese Menge entspräche beispielsweise einer Flasche Schnaps, welche allerdings innerhalb kurzer Zeit konsumiert werden muss, um die tödliche Wirkung zu entfalten. (Strubelt, 1996)

Der Aspekt des maßlosen Alkoholkonsums innerhalb kurzer Zeit ist gerade bei diversen Trinkwetten gang und gäbe, wodurch diese eine immense Gefahr darstellen, da sich Adoleszente des Öfteren in Situationen, in welchen diese Form der Wette praktiziert wird, wiederfinden. Wenn der Alkohol über eine ausgedehnte Zeitphase konsumiert wird, erhöht sich die letale Dosis aufgrund des permanenten Abbaus des Alkohols in

der Leber. Mit der Toxizität von Alkohol verhält es sich so, dass in erster Linie nicht die Dosis ausschlaggebend ist, sondern vielmehr entscheidet dabei die größtmöglich erreichte Alkoholkonzentration sowohl im Blut als auch im Gehirn. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass der letale Bereich ab einem Blutalkoholspiegel von 3 Promille beginnt und ab einem Blutalkoholspiegel von 5 Promille immerzu mit dem Versterben des alkoholisierten Individuums zu rechnen ist. Dieser Fall tritt allerdings nicht auf, falls der alkoholinduzierten Atemlähmung mithilfe von Beatmung, welche auf künstlichem Wege erfolgt, entgegengesteuert wird. (Strubelt, 1996)

Es lässt sich feststellen, dass die Differenzen in Bezug auf die Empfindlichkeit der Wirkungen durch Alkohol äußerst individuell und weitreichend sind, tatsächliche Resultate können nur schwer vorhergesagt werden. Bereits bei einem Blutalkoholspiegel von etwas mehr als 2 Promille wurden todbringende Intoxikationen beobachtet. Überaus sensibel reagieren vor allem Kinder, denn bei ihnen können in der Regel bereits Alkoholkonzentrationen unterhalb einer Promille signifikante Vergiftungen hervorrufen. (Strubelt, 1996)

Strubelt (1996) beschreibt den Fall eines Mannes, welcher durch die Presse ging. Er wurde um 09:00 morgens aufgrund seiner langsamen Fahrweise mit dem Auto gestoppt, einer Blutprobe unterzogen und hatte im Endeffekt einen Promillewert von 5,8 im Blut vorzuweisen. Der untersuchende Arzt konnte, bevor der Wert feststand, lediglich einen leichten Alkoholeinfluss inklusive unsicherem Gang aber dafür mit kontrollierter Sprache diagnostizieren. Laut eigener Aussage hatte der Mann die gesamte Nacht hindurch Skat gespielt und nebenher vierzig Flaschen Bier und zusätzlich noch zwei Flaschen Korn konsumiert.

Mit Sicherheit ist eine derart enorme Toleranz das Resultat einer langjährigen, steten Gewöhnung. Dies führt einerseits dazu, dass die pharmakologischen Effekte des Alkohols gemindert werden, andererseits wird dadurch eine Steigerung des Alkoholstoffwechsels gefördert. (Strubelt, 1996)

Einfach formuliert bedeutet das, beim ersten Bier oder dem ersten Glas Wein, welches ein Individuum konsumiert, wird es die Effekte unmittelbar zu spüren bekommen. Wenn die Dosis allerdings konstant gesteigert wird, baut sich nach und nach eine Toleranz auf, welche sich im betroffenen Körper manifestiert. In Zukunft wird jene Toleranz

dafür sorgen, dass die Anzahl der Biere oder der Weine steigt, bevor die Effekte des Alkoholkonsums auftreten.

Strubelt (1996) hat einige weitere erschütternde Beispiele akuter Alkoholvergiftung gesammelt, welche äußerst medienwirksam in diversen Zeitungen in Deutschland veröffentlicht wurden. Die Thematik dieser realen Vorfälle, in denen sich Jugendliche zu Tode tranken, ist an Aktualität kaum zu übertreffen. Die Problematik beginnt bereits damit, dass der toxikologischen Wirkung von Alkohol und dessen Folgen für den Körper zu wenig Beachtung oder schlichtweg erst keinerlei Bedeutung geschenkt wird. Eine umfangreiche Aufklärung über die Folgen von zügellosem Alkoholkonsum sollte innerhalb aller Gesellschaftsschichten erfolgen, in erster Linie um eine gewisse, grundlegende Relevanz für die Thematik der Suchtprävention zu erschaffen und der Unwissenheit über die Folgen des Alkoholkonsums ein Ende zu bereiten.

Der Großteil der überdurchschnittlich konsumierten Mengen an Alkohol wird aufgrund einer bereits bestehenden Abhängigkeit zu sich genommen.

Die Wirkung sowie die Giftigkeit von Alkohol kann durch zusätzliche Einnahme von diversen Arzneimitteln signifikant erhöht werden, ebenso verhält es sich mit der Steigerung der Wirkung von Pharmaka. (Strubelt, 1996) Primär trifft dies auf alle Arte von „Narkotika, Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie die heute so beliebten Psychopharmaka zu, aber auch für Arzneimittel, die eine zentrale Dämpfung nur als Neben- und nicht als Hauptwirkung auslösen wie manche Antihypertonika und Antiepileptika (Mittel gegen Bluthochdruck oder Epilepsie).“ (Strubelt, 1996, p. 229)

Diese korrelative Effektsteigerung ist dazu im Stande, bereits durch geringe Mengen von Alkohol eine lebensgefährliche Intoxikation im Körper auszulösen. Strubelt (1996) beschreibt zwei Geschehnisse dieser Art: Durch die Einnahme von $\frac{1}{4}$ Liter Cognac sowie sechs barbiturathaltigen Schlaftabletten kam eine junge Frau ums Leben, wenngleich weder die alleinige Dosis des Arzneimittels noch der des Alkohols letal war. Die Problematik entstand erst durch das Vermischen der beiden Substanzen. Ebenso verhielt es sich in einem anderen Fall, hierbei reichte allerdings bereits eine barbiturathaltige Schlaftablette in Kombination mit einer Flasche Wein aus, um eine tiefe Narkose inklusive einer Atemstörung auszulösen.

Es gilt zu beachten, dass es wiederum nicht realisierbar ist, durch stimulierende Pharmaka etwas am alkoholinduzierten, funktionseingeschränkten Zustand des Zentralnervensystems zu ändern. (Strubelt, 1996)

Des Weiteren zählt eine niedrige Temperatur der Umgebung zu den Faktoren, welche die Toxizität von Alkohol signifikant erhöhen kann. Da eine der Funktionen von Alkohol die Erweiterung von Gefäßen ist und diese in weiterer Folge zu einer gesteigerten Abgabe von Wärme führt, was sich wiederum auf subjektive Weise in einem wohligen Gefühl der Wärme bemerkbar macht, objektiv allerdings in lebensbedrohlichen Auskühlungen resultieren kann, gilt Kälte als immense Bedrohung für Individuen mit hohem Blutalkoholspiegel. (Strubelt, 1996) Eine Potenzierung tritt zudem durch den Aspekt ein, dass die Zentren der Wärmeregulation im Gehirn durch den Alkoholkonsum gelähmt werden. Dadurch entsteht überdies eine Hemmung der Einleitung von Gegenmaßnahmen, welche unter normalen Umständen vom Körper zur Blockierung seiner Auskühlung angewendet wird. Aus diesem Grund handelt es sich bei stark alkoholisierten Personen, welche sich einen längeren Zeitraum bei niedrigen Außentemperaturen aufhalten beziehungsweise einfach im Freien liegenbleiben, um besonders gefährdete Individuen. (Strubelt, 1996)

3.2.2. Koffein

Da der Kaffee sich erst im 17. Jahrhundert als Genussmittel im europäischen Raum ausbreitete, ist er das jüngste der drei Genussmittel, welche sich in diesen Breitengraden enormer Beliebtheit erfreuen. Aus dem arabischen Gebiet ausgehend gelang er nach Europa. In Venedig wurde im Jahre 1645 Europas erstes Kaffeehaus eröffnet, in den Jahren 1652 und 1677 folgten Englands erstes Kaffeehaus in London sowie Deutschlands erstes Kaffeehaus in Hamburg. (Strubelt, 1996)

Anhand einer repräsentativen Befragung von 500 Österreicherinnen und Österreicher fand das Marktforschungszentrum MAKAM Research 2018 heraus, dass von 85% der Individuen tagtäglich Kaffee konsumiert wird. Dies entspricht einem Mittelwert von 2,5 konsumierten Tassen täglich.

Strubelt (1996) vertritt die Ansicht, dass in der heutigen Zeit Kaffee grundsätzlich nur noch wenig als Genussmittel angesehen wird.

Dies erschließt sich aufgrund der Häufigkeit seines Vorkommens und dem regen Konsum, wobei der Bedarf an Flüssigkeit oftmals lediglich durch den Konsum von Kaffee genüge geleistet wird. Der Kaffee erfreut sich aufgrund zahlreicher Merkmale derartiger Beliebtheit.

Abgesehen von primären Gründen wie Geruch und Geschmack, welche für eine Vielzahl von Individuen als äußerst wohlschmeckend wahrgenommen werden, ist der funktionsfördernde Effekt auf das zentrale Nervensystem ein signifikanter Faktor. Als eine subjektive Äußerung entsteht dadurch das Gefühl von Angeregtheit und Heiterkeit. (Strubelt, 1996)

Wie bereits eingangs erläutert, handelt es sich bei gewissen Ritualen und deren Einbettung von Substanzen um eines der Kriterien von nicht schädlichem, genussvollem Kontakt mit diversen Substanzen. Grundsätzlich sollte diese Einbettung in Form von kleinen Ritualen nicht nur beim Konsum von Alkohol entstehen, denn dies gilt ebenso für den Bereich des Koffeinkonsums. Eine Tasse Kaffee, welche genossen, zelebriert und welche mit bewusster, allerdings kurzer, Entspannung konsumiert wird, resultiert in einem andersartigen Empfinden als eine Tasse Kaffee, deren Konsum unaufmerksam und ohne jegliche Unterbrechung geschieht. (Brosch, 2004)

3.2.3. *Tabak*

Mit dem Tabak verhält es sich so, wie mit vielen anderen, populären, aber schädlichen Genussmitteln. Er stammt aus der sogenannten *Neuen Welt*, denn Columbus beobachtete 1492 als erster weißer Mann, wie Mitglieder indigener Völker Tabakblätter rollten, anzündeten und anschließend den entstandenen Rauch einzogen. Durch Seeleute wurde der Tabak ein Jahrhundert darauf nach Europa gebracht, von dort gelangte er schließlich in die ganze Welt. Ein Mann namens Jean Nicot, der am portugiesischen Hof der Gesandte Frankreichs war, organisierte sich Tabakpflanzensamen und setzte sich ungemein für Anbau sowie Aufbereitung der Tabakpflanze ein. Eine Würdigung seiner Dienste erhielt er in Form der Benennung des Hauptwirkstoffes, welcher zu seinen Ehren *Nicotin* genannt wurde. (Strubelt, 1996)

Eingangs wurde der Tabak nicht wie gewöhnlich lediglich als Genussmittel verwendet, denn oftmals griffen Ärzte auch zum Tabak um ihn als Arznei zu verwenden und Krankheiten damit zu bekämpfen. (Strubelt, 1996)

Zahlreiche Indianerstämme inkorporierten das Rauchen der getrockneten Tabakblätter in ihre indianischen Rituale. Beispielsweise war das Rauchen der Friedenspfeife eine fundamentale Komponente zahlreicher Zeremonien. Zudem waren die Mitglieder der Indianerstämme der Überzeugung, dass die Tabakblätter Heilkräfte besäßen. (Iversen, 2004)

Konträr zur heutigen Zeit war die gängige Weise des Konsums als Genussmittel das Schnupfen des Tabaks. Die Soldaten des Krimkrieges 1856 brachten die Zigaretten, welche sie von den Nationen der Türken und Russen in Besitz genommen hatten, ins Herzen Europas. Die Beliebtheit der Zigaretten entfachte allerdings erst nach dem Ersten Weltkrieg, im Jahre 1918. (Strubelt, 1996)

In einer Vielzahl von Studien wird der Konsum von Nikotin als krankheitsfördernd nachgewiesen. (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2019)

Während in unzähligen EU-Ländern bereits seit einigen Jahren ein komplettes Rauchverbot in allen Lokalitäten und Etablissements herrscht, konnte in Österreich lange Zeit kein Gesetz zum Schutz von Nichtraucherern etabliert werden. Nach jahrelangen Diskussionen und einem Volksbegehren wurde das Nichtraucherengesetz im Parlament von Kanzlerin Bierlein und ihrem Kabinett verabschiedet. Ab dem 01.11.2019 sollten die Wirte, Lokalbetreiber sowie die Raucher selbst, würden sie denn bei der nun illegalen Aktivität von einem Überwachungsorgan erwischt werden, hohe Strafen erwarten müssen. (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020) Obwohl die Stimmung gespalten ist, überwiegen die gesundheitlichen Vorteile maßgeblich, denn heutzutage ist der Tabakkonsum in der Regel die höchste, vermeidbare Todesursache der Welt. (WHO, 2020)

Die Raucherproblematik nahm bereits 2009 derartige Dimensionen an, dass sich die WHO für ein Gesetz aussprach, den Tabakkonsum in Filmen zu verringern. Filme, in denen geraucht wurde, sollten als nicht jugendfrei deklariert werden. (WHO, 2019) Diese Forderung wurde lautstark, nachdem Studien zeigten, dass Jugendliche signifi-

kant durch Tabakkonsum in Filmen beeinflusst werden und aufgrund dessen selbst eher zu rauchen beginnen.

Eine Studie von Hanewinkel (2008) untersuchte 61 Filme, welche in den Jahren 2016 bis 2018 für den deutschen Filmpreis nominiert wurden. Der Schwerpunkt der Untersuchung lag bei der Häufigkeit der Rauchszenen im Film sowie ob eine vorhandene Altersfreigabe besagter Filme vorlag. Dem Ergebnis der Studie zufolge wurden in 53 Filmen geraucht, dies entspricht einem Prozentsatz von 87. Szenen, in denen geraucht wurde, waren unabhängig in der Beziehung zu FSK-Altersbeschränkungen ($p=0,166$). Jene Filme, welche eine FSK-Freigabe ohne Altersbeschränkung erhielten, zeichneten sich durch Raucherszenen aus. Daraus wird deutlich, dass die Anzahl der Raucherszenen, denen Jugendliche ausgesetzt sind, durch eine Erhöhung der Altersfreigabe durch die *Freiwillige Selbstkontrolle der Filmwirtschaft (FSK)* immens reduziert werden könnte. Darüber hinaus würde zugleich eine der primären Forderungen der Weltgesundheitsorganisation verwirklicht werden. (Hanewinkel, 2008)

3.3. *Illegale Substanzen*

3.3.1. *Medikamente*

Unter dem Begriff der *Medikamentenabhängigkeit* versteht man „die Abhängigkeit von Psychopharmaka, Analgetika und Hypnotika.“ (Burian, 1993, p. 81) Die Problematik des Missbrauchs und der Abhängigkeit diverser Arzneimittel ist seit jeher in allen gesellschaftlichen Schichten präsent. Der enormen Ausbreitung von Medikamenten wurde allerdings erst durch deren industrielle Fabrikation ab 1950 der Weg geebnet. Arzneimittel wie beispielsweise Analgetika, welche eine schmerzstillende Wirkung aufweisen, sowie Hypnotika, die als Schlafmittel fungieren, wurden jahrzehntelang als problem- und harmlos eingestuft. Dies änderte sich schlagartig am Ende des 19. Jahrhunderts, als Hypnotika sowie Analgetika aufgrund ihres Suchtpotentials ein schlechter Ruf ereilte. (Burian, 1993)

In Österreich ist der Missbrauch von Medikamenten laut Schätzungen die dritthäufigste Ursache für Abhängigkeit. Laut dem ärztlichen Leiter des Anton Proksch Institutes leiden rund 150000 Menschen an einer Medikamentensucht. (Anton Proksch Institut, 2019)

Die Medikamentengruppe, welche am häufigsten missbräuchlich konsumiert wird, sind die der Benzodiazepine. (Kemper et al., 1980)

Deren temporäre Effekte resultieren in Trägheit sowie in Schläfrigkeit, einem Gefühl von Schwindel, schemenhaftes oder doppeltes Sehen, Stimmungsschwankungen, geistige Umnachtung, Verlust des Gedächtnisses sowie eine verwaschene Artikulation. Die Auswirkungen bei Langzeitkonsum beinhalten Antriebslosigkeit sowie Passivität, vermindertes Interesse an sexuellen Aktivitäten, Steigerung des Appetits und überdies Zunahme an Gewicht, Menstruationskomplikationen sowie Hautausschläge. (Teesson et al., 2008)

Oftmals tritt der Fall ein, dass die unterschiedlichsten Substanzengruppen in einer Art Zyklus konsumiert werden. Wenn beispielsweise der missbräuchliche Umgang von Appetitzüglern in weiterer Folge zu Schlafstörungen führt, welchen wiederum durch Einnahme von Schlafmitteln entgegenzuwirken versucht wird, spricht man von einer sogenannten Mischsucht, einer Polytoxikomanie. (Burian, 1993)

3.3.2. Drogen

Im folgenden Kapitel über die umgangssprachlich als *Drogen* bezeichneten illegalen Substanzen werden einige davon genauer betrachtet. Des Weiteren findet eine Eingliederung in die diversen Gruppierungen der Drogen statt, welche primär auf der Basis ihrer Wirkungen erfolgt. Zudem werden eben diese Effekte auf Körper und Bewusstsein dargelegt, ebenso wie zahlreiche, vielfältige Bezeichnungen der illegalen Substanzen.

Cannabis

Cannabiskonsum induziert einige kurzfristige Wirkungen, unter anderem eine euphorische Stimmungslage, eine Erhöhung der Redseligkeit wie auch die Bereitschaft zu lachen, Schläfrigkeit, Schwund von Koordinations- wie auch Konzentrationsfähigkeit, eine rückläufige Hemmschwelle und einen behaglichen Gefühlszustand. Gleichwohl fördert Cannabis allerdings auch die Entstehung von blutunterlaufenen Augen, Zustände der Angst wie auch paranoide Denkinhalte, erhöhter Heißhunger auf Nahrung sowie gegebenenfalls ein trockener Mund- und Rachenraum. (Teesson et al., 2008)

Auf längere Sicht ist der Konsum von Cannabis dazu in der Lage, insbesondere in Verbindung mit Nikotin, das Risiko einer Erkrankung der Atemwege zu erhöhen. Des Weiteren ist mit einer Stagnierung der Fähigkeit zu Lernen sowie der Leistungsfähigkeit des Gehirns zu rechnen, die Motivation in schulischen beziehungsweise beruflichen Belangen lässt ebenso nach wie die allgemeine Konzentration und das unfallbedingte Verletzungsrisiko ist zudem gesteigert. (Teesson et al., 2008)

Kokain und Crack

Der Konsum von Kokain ist in der Lage, gewisse Effekte wie die Erhöhung von Blutdruck sowie von Atem-, Herzfrequenz und der Temperatur des Körpers zu forcieren. Des Weiteren sind Energie und Wachsamkeit des Individuums gesteigert, ebenso wie eine ausgeprägte Empfindung von Wohlbehagen, sexuelle Erregtheit, gehemmter Appetit und geweitete Pupillen. (Teesson et al., 2008)

Der Langzeitkonsum von Kokain führt zu gravierenden Folgen wie Herzinfarkten, Schlafstörungen, Schlaganfällen, Atemstillstand sowie Sexualstörungen. Wenn Kokain geschnupft wird, hat dies oftmals Nasenbluten, Sinusitis sowie eine teilweise Auflösung der Nasenscheidewand als Resultat, wohingegen die Zufuhr in den Körper mittels Spritzbesteck, welches bereits von anderen Individuen verwendet wurde, das Infektionsrisiko von HIV oder Hepatitis signifikant steigert. (Teesson et al., 2008)

Designerdrogen

Designerdrogen bezeichnen unterschiedliche Substanzen, die chemisch hergestellt wurden und den Eigenschaften von halbsynthetischen und natürlichen Drogen ähneln. Diese Art der Drogen ist vermehrt am Markt auffindbar. Dies liegt primär daran, dass der Konsum gewisser Substanzen modern geworden ist. Oftmals werden über diese modernen Designerdrogen Unwahrheiten verbreitet, wie beispielsweise deren Ungefährlichkeit. Hochwirksame Inhaltsstoffe führen dazu, dass bereits geringe Mengen der Substanz ein Rauschempfinden auslösen. (Brosch & Juhnke, 1993)

Durch den chemischen Vorgang der Zuordnung werden drei Gruppierungen geschaffen. Bei diesen Drei handelt es sich um den Morphintyp, den Amphetamintyp sowie den Halluzinogentyp, welche mit den von der WHO charakterisierten Typen der Abhängigkeit übereinstimmen. (Brosch & Juhnke, 1993)

- „Morphintyp: opiatähnlich
 - Fentanyl
 - Prodine

- Amphetamintyp: aufputschmittelähnlich
 - Amphetaminderivate

- Halluzinogentyp: Sinneswahrnehmungsveränderung im Vordergrund
 - Phencyclidine
 - Phenethylamine
 - z.T. Amphetaminderivate“ (Brosch & Juhnke, 1993, p. 130)

Abhängig vom Grundtyp weisen die Effekte der Substanzen Differenzen auf, allerdings existieren dennoch gewisse Gemeinsamkeiten bezüglich deren Eigenschaften.

Wie bereits erläutert, genügen meist die geringsten Mengen, um das Individuum in einen Rauschzustand zu versetzen. Zudem haben eine Vielzahl von Substanzen eine antriebssteigernde sowie eine gedankenbeschleunigende Wirkung vorzuweisen. Des Öfteren sind daher Amphetamine in der Lage, Halluzinationen zu erzeugen.

Eine weitere Eigenschaft ist die erhöhte Gefahr einer psychischen Abhängigkeit, welche sich prompter als bei anderen Substanzen manifestiert. Darüber hinaus ist die Gruppierung der Designerdrogen in der Lage, verheerende organische Reaktionen auf das Gehirn des Konsumenten auszulösen. Dies kann durch unverhältnismäßige Zusammensetzungen der Droge entstehen und ist auch nach dem Absetzen der Droge irreversibel. (Brosch & Juhnke, 1993)

Opioide

Zu der Gruppe der Opioide gehören Drogen wie Codein, Morphin und Heroin. Sie alle entstehen aus dem Schlafmohn, welcher sich durch weißen Saft auszeichnet, der einen beträchtlichen Teil organischer Opiumalkaloide generiert. (Teesson et al., 2008)

Aufgrund der simplen und raschen Möglichkeit, von Opiaten wie Heroin eine Überdosis zu konsumieren, sind sie als überaus risikobehaftete Drogen bekannt. Innerhalb der Bandbreite aller Rauschmittel belegen die Opioide, nach Nikotin, den zweiten Platz in Bezug auf den Faktor des erhöhten Suchtrisikos. (Anthony et al., 1994)

Individuen, welche sich langfristig Opioide verabreichen, erfahren meist gravierende und lebensverändernde psychische und physische Schäden. Die Droge Heroin beispielsweise führt zu allgemeiner Euphorie, mildert Schmerzen und löst überdies die Empfindung von Wohlbehagen aus. Allerdings können die Effekte auch primär negativ sein, da der Wirkstoff des Heroins oftmals Verstopfung, Übelkeit, Erbrechen sowie Schläfrigkeit zu verschulden hat. Bei dauerhaftem, chronischem Gebrauch ist ein herabgesetztes sexuelles Verlangen, Impotenz bei Männern und Unfruchtbarkeit bei Frauen die Folge. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass bei mehrfach verwendetem Spritzbesteck und Injektionen das Infektionsrisiko mit Hepatitis und Aids steigt, zusätzlich dazu ist das Risiko einer Überdosis, welche in weiterer Folge zum Tod führt, stets präsent. (Teesson et al., 2008)

In Teesson et al. (2008) wird aus der *Fallstudie Ed* aus Smith und Gay (1972) die Beschreibung eines Konsumenten geschildert. Summa summarum bezeichnet dieser den Effekt des Heroins, als ob sich das Individuum im Halbschlaf befinden würde oder als ob es über einen kurzen Zeitraum lang tot wäre, es fühle sich sicher, geborgen und warm an, zudem verspüre man keinerlei Schmerzen. (Teesson et al., 2008)

Halluzinogene

Halluzinogene sind Stoffe aus chemischem oder natürlichem Ursprung. Sie sind in der Lage, die Stimmungslage sowie die Sinnesempfindungen für einen gewissen Zeitraum zu modifizieren. Diese Wandlungen entsprechen jenen, die bei einer Pathogenese der Schizophrenie auftreten. Dahingehend muss vom leichtfertigen und selbstverständlichen Umgang dieser Substanzen abgeraten werden. Zu den gebräuchlichsten Halluzinogenen zählen Mescaline, LSD, bestimmte Cannabisprodukte, Harmalin, Muskatnuss, Ololouqui, Psilocybin und Psilocin. (Brosch & Juhnke, 1993)

3.4. Lage in Österreich

In Österreich existiert, konträr zu anderen Staaten, keine allumfassende, aufeinander abgestimmte Alkoholpolitik. Bis zu einem bestimmten Grad werden innerhalb der zuständigen Ministerien und Behörden Übereinkommen getroffen, allerdings gelang es bisweilen nicht, ein österreichweit übergreifendes, einheitliches Jugendschutzgesetz zuwege zu bringen. (Uhl et al., 2017) Regelungen in Bezug auf den Verkauf von Tabakprodukten existieren, ebenso wie ein Suchtmittelgesetz.

3.4.1. Zahlen

Laut einer Studie des Anton Proksch Institutes (2019) beläuft sich die Zahl der Alkoholkranken in Österreich auf fünf Prozent. Beim Zigarettenkonsum weisen sich andere Zahlen auf, denn rund 21-24 Prozent der Altersgruppe ab 15 Jahren raucht täglich. (Anzenberger et al., 2019)

Aus dem Suchtmittelbericht des Bundeskriminalamts aus dem Jahr 2017 lassen sich die Informationen entnehmen, dass die Zahlen der Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) um 17,6 Prozent im Vergleich zum Vorjahr 2016 anstiegen. Die drastische Steigerung der Anzeigen wird durch die Abbildung 3 ersichtlich.



Abbildung 3. Bundeskriminalamt, Lagebericht Suchtmittelkriminalität, Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz

Des Weiteren wurden im Jahr 2017 signifikante Mengen an illegalen Substanzen beschlagnahmt. Detailliert handelte es sich dabei um „70kg Heroin, 71,4kg Kokain, 1,659kg Cannabisprodukte, 446,465 Stück Ecstasy, 50,3kg Amphetamin und 5kg Methamphetamin sowie 633,5kg Khat.“ (Lagebericht Suchtmittelkriminalität, 2017, p. 8)

Bei den Tatverdächtigen innerhalb der Altersgruppe von 25 bis 39 ist ein deutlicher Zuwachs ersichtlich, diese Altersspanne umfasst die meisten Gesamtanzeigen. Weibliche Tatverdächtige wurden vermehrt zur Anzeige gebracht, allerdings überwiegen mit 87 zu 13 Prozent weiterhin die männlichen Tatverdächtigen. (Lagebericht Suchtmittelkriminalität, 2017)

In Österreich erfolgen die Erstkonsumerfahrungen tendenziell vermehrt mit Cannabis, was durch die Prävalenzzahlen von 30-40 Prozent bei jungen Erwachsenen spricht. (Horvath et al., 2019) „Aus den meisten Repräsentativstudien ergeben sich weiters Konsumerfahrungen von max. 4 Prozent für „Ecstasy“, Kokain und Amphetamin sowie max. 2 Prozent für Opioide und Neue psychoaktive Substanzen (NPS). Generell beschränkt sich der Konsum illegaler Substanzen aber meist auf eine kurze Lebensphase.“ (Horvath et al., 2019, p. 6)

3.4.2. Rechtslage

Alkoholkonsum ist in Österreich nicht strafbar, dies bezieht sich allerdings nicht auf den Straßenverkehr. Seit 1998 ist das Lenken von Kraftfahrzeugen ab einem Blutalkoholwert von 0,5 Promille verboten. Bei der Gruppierung der BerufskraftfahrerInnen und Führerscheinneulingen gilt ein Blutalkoholwert von 0,1 Promille als Grenze.

Zudem ist es Jugendlichen unter 16 Jahren untersagt, Alkohol zu konsumieren. Erst ab dem vollendeten 16. Lebensjahr ist dies ohne rechtliche Konsequenzen erlaubt. (Uhl et al., 2020)

Seit 01. November 2019 herrscht in Österreichs Gastronomie gänzlich Rauchverbot. Dadurch soll der Nichtraucherenschutz gewährleistet werden können. Zudem dürfen Tabakerzeugnisse wie auch deren verwandte Erzeugnisse nur von Personen erworben werden, die das 18. Lebensjahr erreicht haben. (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020)

Das Suchtmittelgesetz (SMG) „und das Neue-Psychoaktive- Substanzen-Gesetz (NPSG)“ (Horvath et al., 2019, p. 30) fungieren als oberste Richtlinien, welche eine Eindämmung von illegalen Substanzen gewährleisten soll und bei der „eine möglichst suchtfreie Gesellschaft als Ziel definiert wird“. (Horvath et al., 2019, p. 30)

3.5. Entstehung von Alkohol- und Drogenproblemen

Alkohol

In erster Linie liegt der Grund einer Alkoholabhängigkeit im Alkohol selbst, denn ein Großteil der Menschheit beurteilt die Wirkung des Alkohols auf ihr Zentralnervensystem als äußerst erhebend, was oftmals den Anlass dazu gibt, den Alkohol ständig erneut zu sich zu nehmen. Zudem liegt die Problematik im Zeitraum des Konsums, denn die gesteigerte Häufigkeit, in der Alkohol konsumiert wird, erhöht gleichzeitig das Risiko der Entstehung einer Abhängigkeit. In derartigen Fällen fungieren diverse persönliche Merkmale sowie Eigenschaften als Indikatoren, allerdings sind diese bis heute noch nicht exakt bekannt. (Strubelt, 1996)

Es findet beispielsweise eine Diskussion darüber statt, „ob der Stoffwechsel des Alkoholikers vielleicht den Alkohol anders verwertet und aus ihm im Gehirn besondere, suchtauslösende Metaboliten bildet, z.B. durch Kondensation seines Abbauproduktes Acetaldehyd mit den körpereigenen Katecholaminen Noradrenalin und Dopamin.“ (Strubelt, 1996, p. 232)

Da bereits zahlreiche Adoptions-, Zwillings- sowie Familienuntersuchungen durchgeführt wurden, lässt sich nun feststellen, dass auch genetische Faktoren einen Effekt auf die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit haben. Des Weiteren sind auch soziale Faktoren in der Lage die Entwicklung von Alkoholismus zu fördern, gleichwohl handelt es sich hierbei um einen Faktor, welcher in vielen Fällen überbetont wird. Bis zum heutigen Tage ist man nicht in der Lage, ein Gesellschaftssystem zu entdecken, welches in keinster Weise vom Problem des Alkoholismus verschont ist. Rund um den Globus stellt er dieselbe Problematik dar. (Strubelt, 1996)

Besonders in Familien, bei denen Alkoholismus in der näheren Verwandtschaft eine Thematik darstellt, ist ein erhöhter Alkoholkonsum zu beobachten. (Cotton, 1979)

Drogen

Der Konsum von psychotropen Substanzen ist in sämtlichen Kulturen allgegenwärtig. Häufig wird in Gemeinschaftsritualen konsumiert, oftmals allerdings auch, um „mythisches Bewusstsein herbeizuführen, oft jedoch auch, um mit psychosozialen Problemen zurechtzukommen“. (Rettenwender, 2018, p. 233)

Seit Jahren wird im Bereich der Forschung und der Wissenschaft über die Frage debattiert, wodurch bei Individuen, welche Alkohol oder Drogen konsumieren, eine Suchtproblematik entsteht: Handelt es sich beim Aspekt der Abhängigkeit um eine chronische Krankheit oder liegt der Auslöser für Sucht vielmehr am erlernten Verhalten? Einst vertrat man die Ansicht, dass Sucht eine chronische Krankheit sei. Wenn sich ein Individuum außer Stande sah, den zügellosen Konsum von Alkohol oder Drogen zu beenden, wurde er als suchtkrank bezeichnet und Heilung sah man lediglich in einer drakonischen Enthaltsamkeit des Suchtkranken. (Teesson et al., 2008)

Konträr zu dieser (veralteten) Annahme ist die Abhängigkeit aus Sicht der aktuellen Suchttheorie tendenziell das Resultat eines kontinuierlichen, zügellosen Alkohol- oder Drogenkonsums. Die Forscher und Wissenschaftler argumentieren, dass der exzessive Konsum von Substanzen die Konsequenz aus der Interaktion innerhalb genetischer Ausstattung und Lebensumfeld eines Individuums ist. In der Praxis wird dies wie folgt betrachtet: Mit bereits begonnenem ausschweifendem Alkohol- oder Drogenkonsum handle es sich bei dem nächsten Entwicklungsschritt um Abhängigkeit. (Teesson et al., 2008)

Vielmals wird zu psychotropen Substanzen gegriffen, um etwaigem Stress zu entgehen, das womöglich auftretende Versagen zu kompensieren, das Zurechtkommen mit einer Depression zu unterstützen, bedrückende Lebensereignisse unterdrücken oder aber auch, um einer spontan auftretenden und individuell wahrgenommenen Sinnlosigkeit zu entkommen. Besonders betroffen vom Gedanken, dass Drogenkonsum der einzige Ausweg aus dem tristen Leben sei, ist die Gruppe der Adoleszenten. Eine Vielzahl dieser Altersgruppe ist der Ansicht, ihr Leben sei belanglos. Zudem kommt des Öfteren der Gedanke einer Zukunft ohne jegliche Perspektive und generelle Orientierungslosigkeit.

All diese Faktoren spielen bei der Entscheidung, ob Drogen konsumiert werden, eine erhebliche, tragende Rolle. Wenn Jugendliche in erster Linie in keinerlei Kontakt mit psychotropen Substanzen gelangen, ist die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sie Drogen konsumieren werden. (Rettenwender, 2018) Aus diesem Grund ist daher auch der soziale Umgang von großer Bedeutung. Wenn sich Jugendliche in einer Peergroup befinden, welche den Umgang mit diversen Drogen nicht scheut, ist die Nähe zu den Substanzen gegeben und die Hemmschwelle somit bereits eine niedrigere, da sich die Drogen bereits im unmittelbaren Umfeld der Heranwachsenden befindet.

Peer pressure, zu Deutsch *Gruppendruck*, ist ein signifikanter Faktor, welche die Resultate in Hinblick auf den Drogenkonsum massiv beeinflusst (Rettenwender, 2018), allerdings ist zudem bereits der Einfluss durch andere Individuen, in der Fachterminologie *sozialer Einfluss* genannt (Werth & Mayer, 2008) ein potenzieller Risikofaktor.

Laut Rettenwender (2018) ist der Gruppendruck in Belangen des Drogenkonsums nachweislich derart stark, dass sogar stabile Familienverhältnisse, gute Leistungen im Bereich der Schule oder gar Religiosität keinerlei Einfluss darauf haben. Diese Art der Lebensumstände wirke nur, wenn eine Peergroup ausgewählt wird, welche dieselben Interessen teilt und Ansichten aufweist. Allerdings stellt sich hierbei die gravierende und bis heute unbeantwortete Frage, ob ein Individuum von seinen FreundInnen beeinflusst wird oder ob sich das Individuum die FreundInnen nach seinen Interessen und Vorlieben aussucht. (Rettenwender, 2018)

Fortwährend drängt sich bei der Problematik des Konsums jedweder Substanzen die Frage auf, wo denn überhaupt die Grenze zwischen dem Genuss und dem problematischen Konsum sei.

3.6. Psychische und physische Folgen

„Wer genießt, tut dies zu seinem Vergnügen, nicht aber, um sich zu schaden oder gar umzubringen.“ (Strubelt, 1996, p. 225) Dieses Zitat veranschaulicht, dass vor allem Alkohol, Nikotin und Kaffee den Stellenwert als Genussprodukte im soziokulturellen Kontext innehaben. An mögliche schädliche Wirkungen und gravierende körperliche Folgen vermag die Minderheit zu denken, wenn das obligatorische Bier, der Kaffee oder die Zigarette konsumiert wird.

Die Begriffsdefinition von *Entzug* besagt, dass dieser eintritt, sobald das Individuum den Drogenkonsum einstellt. „Entzugssymptome bestehen darin, dass der Körper auf das Fehlen der Substanz reagiert, indem der Konsument/die Konsumentin körperliche Schmerzen und einen starken Drang verspürt, die Droge wieder einzunehmen. Die psychische Abhängigkeit äußert sich über das Verlangen nach der Droge, um negative Gefühle zu mildern.“ (Rettenwender, 2018, p. 233)

Alkohol

Der Alkoholismus wurde lange Zeit als eine Krankheit betrachtet, welche innerhalb einer Familie vorgelebt und in weiterer Folge weitergereicht wird. (Cotton, 1979)

Bereits Plutarch, ein altgriechischer Gelehrter, war im Altertum der Ansicht, dass der Hang zur Abhängigkeit von Alkohol in der Familie entsteht, da er dies bereits mit den Worten „Trinker erzeugen Trinker“ feststellte. (Zobel, 2017)

Kinder, die in Suchtfamilien aufwachsen, sind laut der Studie von Cotton (1979) massiven Risiken in ihrer Entwicklung ausgesetzt. Zudem erweist eine Rückschau auf 39 Studien, dass die Zahl der Alkoholiker signifikant erhöht ist, wenn sich in der unmittelbaren Verwandtschaft alkoholabhängige Individuen befinden. Konträr dazu ist die Anzahl der Alkoholiker geringer, wenn keine familiären Fälle von Alkoholsucht vorkommen, selbst dann nicht, wenn diese Fälle Patienten einer psychiatrischen Anstalt sind.

Zobel (2017) beschreibt, wie wenig sich die Wissenschaft mit den Fähigkeiten und auch Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien beschäftigt, oftmals rücken lediglich Störungen und auffällige Merkmale in den Vordergrund.

Mehrfach erwiesen sich Erkrankungen wie Depression oder auch das Burn-out-Syndrom in einer Vielzahl von Fällen als Ursache für Alkoholkrankheiten. Alkohol wird meist nicht aus dem Grund des Genusses getrunken, vielmehr ist es der Effekt, den der Alkohol als Substanz auf das Gehirn hat. Der Alkohol wird sozusagen als eine Art Medikament verwendet. Durch den exzessiven Konsum wird der Versuch getätigt, psychische Probleme zu verschleiern sowie individuell empfundene Ängste wie auch Spannungszustände zu lösen. Die Problematik hierin liegt, dass übermäßiger Alkoholkonsum Depressionen allerdings zunehmend forciert, anstatt sie zu hemmen. (Anton Proksch Institut, 2019)

Drogen

Der Konsum psychotroper Substanzen kann dazu führen, dass psychische Prozesse beeinflusst werden. Dies geschieht dadurch, dass die Substanzen infolge ihrer chemischen Zusammensetzung eine Wirkung auf das zentrale Nervensystem ausüben.

(Rettenwender, 2018) Die Effekte können oftmals durch einen Eingriff und damit einer Veränderung in den Transfer zwischen den Nervenzellen beschrieben werden. „Häufig besetzen die Substanzen Stellen, die für natürliche Überträgerstoffe (Transmitter) vorgesehen sind (Rezeptoren), und ahmen dabei entweder die Transmitterwirkung nach (Agonisten, z.B: Morphin an Rezeptoren für endogene Opioide) oder verhindern diese (Antagonisten, etwa Phencyclidin = PCP an Rezeptoren für den Transmitter Glutamat). Die Erregungsübertragung an Synapsen, Verbindungen zweier Nervenzellen, geschieht typischerweise chemisch, indem das zuerst erregte (präsynaptische) Neuron Überträgerstoffe (Neurotransmitter) in den synaptischen Spalt freisetzt, die zur anderen, postsynaptischen Nervenzelle diffundieren und sich dort anlagert. [...] Zur Entfaltung ihrer Wirkung müssen sich die Neurotransmitter mit Proteinkomplexen der postsynaptischen Membran verbinden [...]“ (Köhler, 2008, p. 11)

Das Besetzen durch Transmittermoleküle von Rezeptoren induziert ein Öffnen von Ionenkanälen. Dies geschieht häufig auf indirekte Weise, indem durch die Rezeptorbesetzung bestimmte Prozesse in der postsynaptischen Zelle ausgelöst werden. Diese Abfolge generiert letztlich nach einigen Phasen das Öffnen der Ionenkanäle. In weiterer Folge stellt sich, bei hemmenden Synapsen, die Verstärkung einer negativen

Ladung am Standort der postsynaptischen Zelle ein.

Daraus resultiert eine herabgesetzte Erregbarkeit. Im Falle von erregenden Synapsen geht die Abnahme der Negativierung allerdings mit erhöhter Erregbarkeit einher. An den Nervenenden einer postsynaptischen Zelle enden übrige Neuronen. Die Anzahl der eintreffenden hemmenden oder erregenden Impulse diktieren, ob die postsynaptische Zelle in weiterer Folge feuert. (Köhler, 2008)

Eine neuerliche Übertragung von erregenden Impulsen kann nur unter dem Umstand garantiert werden, wenn die ausgeschütteten Transmitter prompt und von neuem eliminiert werden. Grundsätzlich kann dies einerseits im Zuge der Zerlegung von Molekülen im synaptischen Spalt erfolgen, oder andererseits „durch Wiederaufnahme in das präsynaptische Neuron.“ (Köhler, 2008, p. 12)

Der Großteil der Transmitter ist in der Lage, sowohl hemmend als auch erregend zu wirken. Dies hängt allerdings von der Rezeptorart ab. (Köhler, 2008)

In weiterer Folge vollzieht sich beim Individuum eine Veränderung des Denkens, Fühlens und Handelns. Zudem sind psychotrope Substanzen in der Lage, Störungen zu induzieren. In Bezug auf substanzinduzierte Störungen lässt sich das Prinzip der Kausalität anwenden: Die Ursache, also der Konsum der psychotropen Substanzen, steht in unmittelbarer Verbindung mit den in weiterer Folge auftretenden Störungen, also der Wirkung. Ereignis und Zustand sind direkt aufeinander bezogen.

Dieser Effekt der psychotropen Substanzen wirkt auf die Psyche meist temporär wohltuend, auf lange Sicht hin ist jedoch Vorsicht geboten, da die Gefahr einer schwerwiegenden Abhängigkeit stets präsent ist. (Rettenwender, 2018)

Die Einteilung von psychotropen Substanzen erfolgt in drei Gruppen, und zwar in (Rettenwender, 2018):

- Sedativa
- Stimulanzien
- Halluzinogene

Sedativa werden im informellen Sprachgebrauch auch als Beruhigungsmittel bezeichnet.

Alkohol und Opiate, wie beispielsweise Morphin und Heroin, lösen eine sedative Wirkung aus, weshalb sie zu dieser Gruppe zählen. Die bewusste Wahrnehmung wird durch Sedativa verändert. Dies erfolgt dadurch, dass sie die neuronalen Aktivitäten verringern und zudem die Funktionen des Körpers verlangsamen. Aufgrund dessen ist ihre Wirkung angstlösend, krampflösend, spannungslösend, zudem schmerzlindernd, leicht stimmungsaufhellend wie auch schlaffördernd. Allerdings hat die Verlangsamung der Körperfunktionen auch die beträchtliche Folge, dass die Reaktionszeit verzögert ist und die Schwierigkeit entsteht, Bewegungen zu koordinieren. Dabei sind primär im Bereich des Straßenverkehrs desaströse Resultate denkbar. (Rettenwender, 2018)

Die Gruppe der Aufputschmittel, im Fachjargon Stimulanzien genannt, beinhaltet Substanzen wie beispielsweise Amphetamin, Kokain wie auch Nikotin. Da ihnen eine stimulierende Wirkung nachgesagt wird, bringen sie eine Erhöhung der neuronalen Aktivität hervor. Ihre Funktionsweise liegt darin, dass sie die Körperfunktionen, wie den Herzschlag und die Atmung, beschleunigen; daher bezieht auch Amphetamin seinen Namen *Speed*. Weitere Effekte der Stimulanzien sind erhöhte Energie, Gewinn an Selbstsicherheit sowie Verringerung des Appetits. Wenn es zu einer Abnahme der Wirkung kommt und sich die drogeninduzierte Stimulanz einstellt, tritt eine erneute Verlangsamung der neuronalen Aktivität ein. Des Weiteren stellen sich bei VerbraucherInnen Müdigkeit, Kopfschmerzen, Reizbarkeit sowie Depression ein. (Rettenwender, 2018)

Die Halluzinogene sind Substanzen, welche, meist durchaus lebhaft, Halluzinationen bei KonsumentInnen hervorrufen, wodurch sie auch die Bezeichnung psychedelische, also bewusstseinserweiternde, Drogen erhalten haben. Hierbei sind beispielsweise LSD und Ecstasy zu nennen. Halluzinogene führen zu einer Verzerrung der Wahrnehmung sowie einer Bilderlieferung ohne sensorische Zugabe. Des Weiteren bewirken die psychedelischen Drogen die Aktivierung von euphorischen Gefühlen und fungieren als Stimmungsaufheller. Steter Konsum von Halluzinogenen beeinträchtigt und beschädigt indes jene Nervenzellen, welche für die Produktion des Glückshormons Serotonin verantwortlich sind. (Rettenwender, 2018)

Wenn der Konsum psychotroper Substanzen permanent stattfindet, kann dies zum Aufbau einer Toleranz führen. Hierbei akzeptiert das Gehirn, „dass fremde chemische Substanzen den Nervenzellen die Arbeit abnehmen, eigene Substanzen zu produzieren. Infolgedessen gewöhnt es sich an die Zufuhr und hört irgendwann auf, diese chemischen Stoffe selbst zu produzieren – und es benötigt schließlich immer mehr davon. Endorphine etwa sind körpereigene opiatähnliche Stoffe, die Schmerzen lindern und die Stimmung heben. Ein Gehirn, das laufend mit künstlichen Opiaten versorgt wird, hört auf, selbst natürliche Opiate zu produzieren. Bei einem Drogenentzug sind plötzlich gar keine Opiate mehr vorhanden. Erst nach einiger Zeit fängt das Gehirn wieder an, natürliche Opiate zu produzieren.“ (Rettenwender, 2018, p. 232)

Erwähnenswert ist zudem, dass durch den Konsum psychotroper Substanzen die Entstehung psychischer Störungen begünstigt werden kann. Zu den möglichen Störungen zählen unter anderem Depressionen, Angststörungen, Erregungszustände und Angstzustände („Horrortrips“ (Rettenwender, 2018, p. 233), Panikattacken, Paranoia, sexuelle Störungen wie auch Schlafstörungen. Allerdings sind durch den regen Drogenkonsum nicht nur psychische Störungen möglich, auch Funktionsstörungen sind denkbare Reaktionen auf den Gebrauch. Hierzu zählen beispielsweise kognitive Funktionsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Gedächtnisstörungen, Konzentrationsstörungen, Sprachstörungen sowie Störungen der Emotionen, also Stimmungsschwankungen. (Rettenwender, 2018)

Tabak

Wie in Abbildung 4 ersichtlich ist, war Lungenkrebs als Todesursache im Jahr 2016 an der sechsten Stelle, was bedeutet, dass etwas weniger als zwei Millionen Menschen verstarben. Da es sich bei Lungenkrebs primär und in den meisten Fällen um eine Erkrankung handelt, welche durch Tabakkonsum entsteht, ist die ausgehende Gefahr von Tabak nicht von der Hand zu weisen.

Allerdings handelt es sich auch bei Herzerkrankungen sowie Schlaganfällen um Krankheiten, welche vom Tabakkonsum profitieren und dadurch wachsen können.

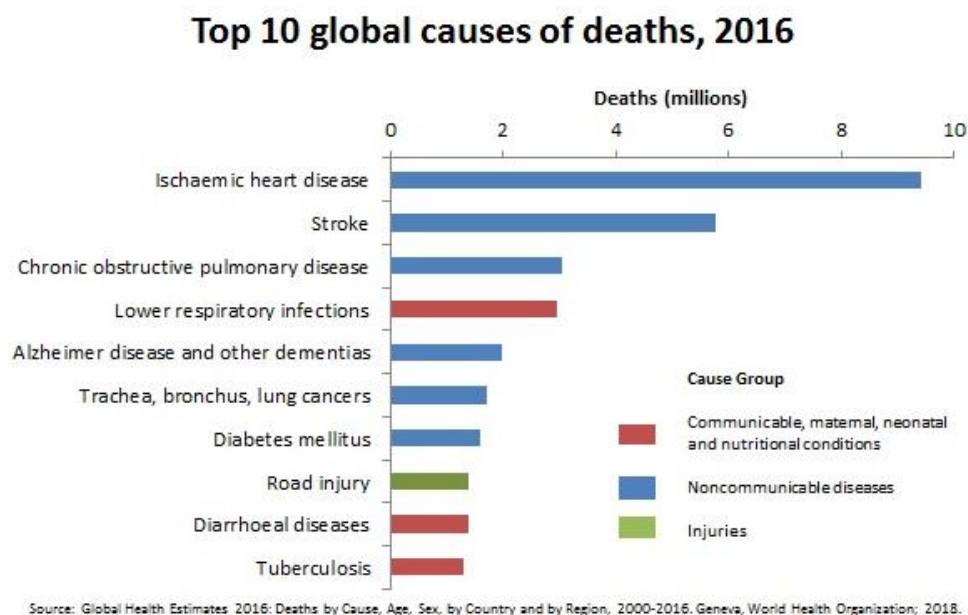


Abbildung 4. World Health Organization, Top 10 global causes of deaths, 2016

3.7. Suchtprävention

Das Wort *Suchtprävention* verkörpert zum einen weitreichendes Wissen über alles, was die Thematik Sucht beinhaltet, zu verbreiten. Zudem bedeutet es auch, die Lebenskompetenzen (Life Skills) zu stärken (Rettenwender, 2018)

Die WHO definiert Lebenskompetenzen als „individuelle kognitive, körperliche sowie soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten, die es Menschen ermöglichen, sich effektiv und konstruktiv mit den Anforderungen und Herausforderungen des Alltagslebens auseinanderzusetzen.“ (Thomasius 2008, p. 383)

- Eine neutrale Herangehensweise an das Thema Suchtproblematik ist überaus bedeutend. Im Grunde bedeutet dies allerdings lediglich, dass über die exakten Entstehungen und Effekte von abhängigem Verhalten bis ins kleinste Detail aufgeklärt wird. „Menschen verfallen selten dem Drogenmissbrauch, wenn sie begreifen, welche physischen und psychischen Folgen daraus resultieren, wenn sie sich selbst mögen und zufrieden sind mit ihrem Leben und wenn ihr Umfeld den Drogenkonsum missbilligt.“ (Myers 2005, p. 324)
- Die individuellen Schutzfaktoren der Menschen werden durch ausgebildete Lebenskompetenzen verstärkt, zudem tritt eine Verringerung von Risikofaktoren ein. Zu dieser Art der Lebenskompetenzen gehören
 - „die Entwicklung eines positiven Selbstbildes,
 - das Gewinnen von Lebenssinn und Zuversicht und
 - das Setzen realistischer Ziele und Lebensvorstellungen.“ (Rettenwender, 2018, p. 233)

Die Förderung der Lebenskompetenzen hat primär das Ziel, bestimmte Fähigkeiten auszubilden, welche unter Umständen in einer prekären Lebenslage von Nöten sein können und auf welche sich in besagter Situation gestützt werden kann. Als Beispiel kann hierzu der Tod einer nahestehenden Person erbracht werden. (Rettenwender, 2018)

„Denn „eine Person, die über viele verschiedene Problemlösungsstrategien verfügt, wird nicht so leicht auf die Lösung „Sucht“ verfallen wie jemand, dem kaum

Möglichkeiten zur Problembewältigung zur Verfügung stehen.“ (Brockhaus 2001, p. 594)“ (Rettenwender, 2018, p. 233)

Laut der WHO sterben jährlich drei Millionen Menschen an den Folgen exzessiven Alkoholkonsums. Wenn dies auf Minuten berechnet wird, sind mittlerweile sechs Tode pro Minute zu verzeichnen. Bei den betroffenen Todesopfern handelt es sich um $\frac{3}{4}$ Männer und $\frac{1}{4}$ Frauen.

Der schädliche und zügellose Konsum von Alkohol verursacht eine Vielzahl von Erkrankungen, welche in erster Instanz tödlich enden. Starker Alkoholkonsum fördert beispielsweise Leberzirrhosen, Karzinome in den Bereichen des Mundes sowie der Brust, zudem kolorektale Karzinome, Pankreatitis, Tuberkulose und eine hypertensive Erkrankung des Herzens. Heftiger Alkoholkonsum erhöht zudem die Wahrscheinlichkeit, im Straßenverkehr verletzt zu werden, an Epilepsie zu erkranken, zwischenmenschliche Gewalt zu begehen und überdies, Suizid zu begehen. (WHO, 2019)

Um den Alkoholkonsum in seiner problematischen Form senken zu können, publizierte die WHO einige Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol. Diese sollen zudem in bevorstehende Initiativen der EU miteinbezogen werden. Insgesamt wurden zehn Handlungsvorgänge erstellt. Die darin vorkommenden Empfehlungen sind selbstverständlich nicht obligatorisch, vielmehr leisten sie die Funktion, den Mitgliedsländern der WHO als Richtwert zu dienen. Im Mai 2010 stimmten die Mitgliedsstaaten bei der 6. WHO-Gesundheitstagung geschlossen für die Verwendung dieser Empfehlungen ab. (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2019)

Diverse Suchtbehandlungszentren, wie das Anton Proksch Institut mit mehreren Standorten in ganz Österreich, behandelt Individuen mit den unterschiedlichsten Abhängigkeitserkrankungen.

4. Empirischer Teil

In den folgenden Kapiteln findet eine detaillierte Beschreibung über das Projekt statt. Des Weiteren werden die Erhebungsverfahren und die Stichprobe beschrieben, zudem erfolgt eine Schilderung der verwendeten Untersuchungsinstrumente Substance Use Risk Profile Scale, Fagerström Test zur Nikotinabhängigkeit sowie Alcohol Use Disorders Identification Test.

Weiters werden die bearbeiteten Fragestellungen sowie die Hypothesen dargelegt und die statistischen Verfahren, welche für die Auswertung des Fragebogens verwendet wurden, beschrieben.

4.1. Projektbeschreibung

Die Planung des Projektes erstreckte sich über einen Zeitraum von ungefähr 2-3 Monaten, in dieser Phase wurde das Vorhaben einer computerbasierten Testung als Querschnittsstudie konzipiert. Dieser Weg wurde gewählt, da es eine ökonomische sowie zeitsparende Alternative zum Paper-Pencil-Verfahren darstellt. Die Vorgaben basieren allerdings auf einem solchen Paper-Pencil-Verfahren, welches zur Verfügung gestellt wurde. Die ethischen Grundsätze diagnostischer Verfahren wurden während dieses Befragungsprojektes stets gewahrt, da den TeilnehmerInnen vor Beginn des Fragebogens die Umstände und Ziele erläutert wurden, zudem wurde ihnen Anonymität garantiert.

Die Verbreitung des Surveys sollte schlussendlich durch das Schneeballverfahren erfolgen, wobei sich die Testung selbst allerdings nur auf Österreich beschränkte.

Im letzten Schritt wurden die Ergebnisse der Studie ausgewertet und mit bekannten Grundsätzen in Kontext gesetzt.

Die Befragung sollte auf Menschen im Alter zwischen 15-65 abzielen, die Bearbeitungsdauer des Surveys betrug ungefähr 10 Minuten. Die angestrebte Stichprobenzahl wurde auf $N > 300$ festgelegt. Die Untersuchungsdurchführung selbst fand über Sosci Survey statt. Dazu wurde ein validierter Fragebogen der Fakultät für Psychologie der Universität Wien verwendet, welcher 2016/17 für eine Studie über Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum im Rahmen einer Lehrveranstaltung unter der Leitung von Herrn Mag. Dr. Reinhold Jagsch erstellt wurde.

Unter anderem handelt es sich bei dem Verfahren um ein AUDIT-Screening (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Babor et al., 2001). Dies ist ein Fragebogen, welcher von der WHO in Auftrag gegeben wurde und eigens für das Screening von alkoholbezogenen Störungen herangezogen wird.

Der originale Fragebogen wurde in ein Online Format übertragen und zudem durch zwei weitere Fragen im soziodemographischen Bereich ergänzt:

1. Wurde der Großteil des Lebens in einer Stadt oder am Land gelebt?
2. Wenn in einer Stadt studiert wurde, welche Größe hatte diese?

Teil 1 des Fragebogens beinhaltet sieben Fragen zum Tabakkonsum, wie etwa die gerauchte Menge pro Tag. Der zweite Teil befasst sich mit dem Alkoholkonsum. Es werden zehn Fragen zur Konsumation während der letzten zwölf Monate gestellt. Im dritten Teil sind zwölf Fragen zu beantworten, welche den Alkohol- und Drogengebrauch des Teilnehmers respektive der Teilnehmerin erheben. Teil 4 ist eine Substance Use Risk Profile Scale (SURPS), welche die Klassifizierung in Risiko- und Nicht Risikopersonen determiniert.

Der Fragebogen umfasst insgesamt vier Seiten, wobei sich die ersten drei mit dem Konsum von Substanzen beschäftigt und eine Seite der SURPS gewidmet ist.

Die Planung ging zunächst in die Richtung, die Querschnittstudie in Schulen, Universitäten sowie in diversen Arbeitsplätzen zu verbreiten.

Da sich in der Gesellschaft gewisse Meinungen und Stereotype darüber manifestierten, welche Menschen leichter in den Suchtmittelmissbrauch abrutschen, sollten diese in der Studie genauer untersucht werden. Beispielsweise gelten Individuen, welche über niedrigere Bildungsabschlüsse verfügen, als anfälliger für den Missbrauch diverser Substanzen, zudem sind sie einem erhöhten Mortalitätsrisiko ausgesetzt. (Hradil, 2009)

Ebenso verhält es sich mit einer jüngeren Altersgruppe, denn laut zahlreichen Stereotypen greifen diese vermehrt zu Alkohol, Nikotin und illegalen Substanzen, als dies ältere Individuen tun.

Die Forschungsfragen für diese Diplomarbeit lauten:

- Spielt der sozioökonomische Hintergrund der Teilnehmer eine ausschlaggebende Rolle beim Suchtmittelkonsum?
- Beeinflussen Faktoren wie
 - Demographie
 - Alter, Geschlecht, Wohnort
 - Substance Use Risk Profile Scale (SURPS)
 - Angstsensitivität, Hoffnungslosigkeit, Sensation Seeking, Impulsivitätden Konsum von Substanzen stärker?
- Existieren Diskrepanzen in Hinblick auf den Konsum von Genuss- und Rauschmitteln in der Stadt und am Land?

Die statistische Auswertung der beendeten Studie erfolgte mit dem Statistik- und Analyseprogramm SPSS. Im Anschluss an die schriftliche Aufarbeitung der Ergebnisse wurden die Hypothesen geprüft und die Forschungsfragen beantwortet.

4.2. Untersuchungsziele

Das Ziel der Untersuchung war es, das Verhalten bei Individuen zwischen 15 und 65 Jahren in Bezug auf Alkohol, Tabak und illegale Drogen zu ermitteln.

Primär stand die Soziodemographie der TeilnehmerInnen im Vordergrund, ebenso wie ihr Abschneiden im Bereich des Substance Use Risk Profile Scale. Der SURPS soll als Indikator in der Lage sein, zu ermitteln, wie es um das Wohlbefinden eines Individuums steht. Schlechte Ergebnisse können mit einem erhöhten Gebrauch von legalen und illegalen Substanzen korrelieren. Ähnlich verhält es sich mit der Soziodemographie eines Individuums. Eine niedrige Schulbildung steht oftmals in Zusammenhang mit dem Gebrauch legaler und illegaler Substanzen.

Aufgrund der Prognose dürften StudienteilnehmerInnen, welche einen hohen Bildungsabschluss und eine erhöhte Lebenszufriedenheit haben, Alkohol lediglich in Genussmengen zu sich nehmen und keinen Kontakt mit Drogen haben.

Eine schwierige Situation herrscht allerdings, wenn die StudienteilnehmerInnen angegeben haben, bereits einmal im Leben Drogen konsumiert zu haben. Fragen, wie *Taten Sie dies aus Neugierde? Oder Befanden Sie sich zu dieser Zeit in einer schlechteren psychischen Verfassung als heute und bereuen Sie ihre Entscheidung?* Können anhand des Online-Verfahrens nicht gestellt werden. Nichtsdestotrotz sollte der SURPS genug Aufschluss geben, um die Fragestellungen zur Genüge beantworten zu können und ein zufriedenstellendes Ergebnis am Ende des empirischen Teils liefern zu können.

4.3. Stichprobe

Bei der Größe der Stichprobe herrschte zunächst Ungewissheit, da nicht vorhersehbar war, inwieweit die Kooperation mit den StudienteilnehmerInnen funktionieren würde. Um einen guten Überblick garantieren zu können und genügend Daten zur Auswertung sicherstellen zu können, wurde zunächst eine Stichprobenanzahl von $N > 300$ angestrebt. Da diese Zahl bis zum festgelegten Termin allerdings nur knapp nicht erreicht werden konnte, wurde die Untersuchung um eine weitere Woche verlängert, wodurch das Ziel erreicht wurde und 310 abgeschlossene Datensätze gewertet und in weiterer Folge untersucht werden konnten.

4.4. Erhebungsverfahren

Die Online-Erhebung wurde vom 21.01.2019 bis zum 20.04.2019 durchgeführt. Das Programm zählte 664 Klicks auf den Link des Fragebogens und 385 Interviews konnten insgesamt verzeichnet werden, allerdings beläuft sich die Zahl der gültigen, abgeschlossenen Datensätze auf 310.

Die TeilnehmerInnen wurden rekrutiert, indem der Link, welcher zum Survey führte, in diversen Facebookgruppen der Universitäten Wien und Graz mit der Bitte um weitere Verbreitung veröffentlicht wurde. Damit erreichte er StudentInnen der Psychologie, Philosophie, Germanistik, Soziologie, Publizistik sowie Pädagogik. Doch da eine Verbreitung erfolgte, konnte auf diese Weise nicht nur die Zielgruppen der MaturantInnen sowie StudentInnen generiert werden, sondern auch jene der FreundInnen dieser Individuen, welche diverse Berufe durch eine Lehre erlernt haben und somit, oftmals, keine Matura besitzen.

Andererseits war geplant, den Survey in Schulen, in Allgemein Höher Bildenden Schulen (AHS) und Berufsbildenden Höheren Schulen (BHS), in Wien, Graz und im Südburgenland zu veröffentlichen um der Gruppierung der MaturantInnen und StudentInnen eine jüngere Altersgruppe entgegenstellen zu können sowie den Vergleich von Stadt und Land zu generieren. Da sich dies jedoch als problematisches Vorhaben erwies, wurde dieser Schritt im Laufe des Arbeitsprozesses verworfen.

4.5. Untersuchungsinstrumente

Aufgrund der Tatsache, dass gewisse Tests für die Bearbeitung eines derartigen Projektes unerlässlich sind, folgt eine Erläuterung der Instrumente, welche bei der Untersuchung herangezogen wurden. Die Eigenschaften sowie der Nutzen der jeweiligen Untersuchungsinstrumente SURPS, FTND sowie AUDIT wird in den nachfolgenden Kapiteln erörtert.

4.5.1. *Substance Use Risk Profile Scale (SURPS)*

Die Substance Use Risk Profile Scale (SURPS) ist eine Möglichkeit, bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie Hoffnungslosigkeit, Impulsivität, Angstsensitivität und Sensation Seeking zu messen. Diese Eigenschaften stehen im Verdacht, in Kontext mit erhöhtem und dadurch problematischem Substanzenkonsum zu stehen. (Woicik et al., 2009)

Der SURPS beinhaltet insgesamt 23 Items, bei denen es sich um Aussagen in Bezug auf den Substanzenkonsum handelt. Durch entweder Zustimmung oder Verneinung der Aussagen kann letztendlich auf die womöglich problematischen Persönlichkeitsmerkmale geschlossen werden. Die Dimension der Antworten umfasst eine fünfstufige Likert-Skala, von *Stimme nicht zu* (1) bis *Stimme zu* (5). (Woicik et al., 2009)

Die Validität des Untersuchungsinstruments ist zudem zufriedenstellend. (Castellanos-Ryan et al., 2013)

4.5.2. *Fagerström Test zur Nikotinabhängigkeit (FTND)*

Der Fagerström Test zur Nikotinabhängigkeit ist ein weltweit gebräuchliches Diagnoseverfahren, um den Grad der Nikotinabhängigkeit zu bestimmen. (Heatherton et al., 1991) Dieser Test eruiert mithilfe von sechs Fragen die Schwere der Abhängigkeit des Rauchverhaltens. Als verlässlichste Indikatoren für die Schwere der Abhängigkeit gelten „die Fragen nach dem morgendlichen Craving (Frage 1) und die Anzahl der täglich konsumierten Zigaretten.“ (Wittchen & Hoyer, 2011, p.770)

Anhand der Auswertung und der Anzahl der Punkte, lässt sich somit zwischen keiner respektive sehr geringer Abhängigkeit (0-2 Punkte) oder einer äußerst ausgeprägten Abhängigkeit (9-10 Punkte) differenzieren.

Der FTND hat eine geringe Korrelation mit den Kriterien der Abhängigkeit der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen (ICD) sowie dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM). Die Nikotinabhängigkeit, welche mit dem FTND bei zunehmendem Alter gemessen wird, fällt deutlich höher aus als dies mit der DSM-Diagnostik der Fall ist. Aufgrund dessen wird die Verwendung des Fagerström-Tests, der weltweit als konsistentes und valides Instrument zur Messung der Nikotinabhängigkeit erprobt wurde, routinemäßig empfohlen. (Wittchen & Hoyer, 2011)

4.5.3. *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*

Der *Alcohol Use Disorders Identification Test*, kurz AUDIT, ist ein Alkoholkonsumstörungstest, welcher bei einer Vielzahl von Alkohol Screenings weltweit verwendet wird und von der Weltgesundheitsorganisation entwickelt wurde. Insgesamt besteht der Test aus zehn Fragen zum Konsumverhalten von Alkohol. Die Items 1-3 stellen Fragen zum Konsum, die Items 4-6 befassen sich mit Symptomen der Abhängigkeit und die Items 7-10 mit den Konsequenzen des Konsums.

Der AUDIT kann dabei helfen, gefährliche und schädliche Verhaltensmuster des Alkoholkonsums zu identifizieren. Da der Großteil der exzessiven Trinker undiagnostiziert ist, kann mithilfe des AUDITs festgestellt werden, ob eine Alkoholkonsumstörung vorliegt. Zudem können auf diese Weise Behandlungsmethoden generiert werden und dem Betroffenen damit ein Weg in die Genesung geebnet werden. (Babor et al., 2001)

4.6. *Fragestellungen und Hypothesen*

Im Laufe der Bearbeitung der Teilbereiche des theoretischen Abschnitts sowie der Zielsetzung des Projektes ergaben sich einige Fragestellungen, daraus entstanden Hypothesen, welche in weiterer Folge in Form der Hypothesenpaare H_0 und H_1 repräsentiert werden.

Fragestellung 1: Unterscheidet sich der Konsum von Alkohol, illegalen Drogen und Zigaretten bei männlichen und weiblichen Individuen?

H_0 (1.1): Weibliche und männliche Individuen unterscheiden sich nicht in Bezug auf den Alkoholkonsum.

H_1 (1.1): Weibliche und männliche Individuen unterscheiden sich in Bezug auf den Alkoholkonsum.

H_0 (1.2): Weibliche und männliche Individuen unterscheiden sich nicht in Bezug auf den Konsum von illegalen Drogen.

H_1 (1.2): Weibliche und männliche Individuen unterscheiden sich in Bezug auf den Konsum von illegalen Drogen.

H_0 (1.3): Weibliche und männliche Individuen unterscheiden sich nicht in Bezug auf den Zigarettenkonsum.

H_1 (1.3): Weibliche und männliche Individuen unterscheiden sich in Bezug auf den Zigarettenkonsum.

Forschungsfrage 2: Korreliert der Bildungsgrad eines Individuums mit dem Konsum illegaler Substanzen?

H_0 : Teilnehmende ohne Matura und Teilnehmende mit Matura unterscheiden sich nicht in Bezug auf den Konsum illegaler Substanzen.

H_1 : Teilnehmende ohne Matura und Teilnehmende mit Matura unterscheiden sich in Bezug auf den Konsum illegaler Substanzen.

Forschungsfrage 3: Konsumieren Jugendliche auf dem Land oder in der Stadt vermehrt illegale Substanzen?

H_0 : Jugendliche auf dem Land und Jugendliche in der Stadt unterscheiden sich nicht in Bezug auf den Konsum illegaler Substanzen.

H_1 : Jugendliche auf dem Land und Jugendliche in der Stadt unterscheiden sich in Bezug auf den Konsum illegaler Substanzen

Forschungsfrage 4: Unterscheidet sich der Konsum von Alkohol und Drogen bei Individuen, die sich in einer Beziehung befinden, von Individuen, welche Single sind?

H_0 : Singles und Personen in Beziehung unterscheiden sich nicht in Bezug auf den Konsum von Alkohol und Drogen.

H_1 : Singles und Personen in Beziehung unterscheiden sich in Bezug auf den Konsum von Alkohol und Drogen

Forschungsfrage 5: Korrelieren ein niedriger Selbstwert, Versagensängste sowie der Grad an Lebenserfüllung mit dem Konsum von illegalen Drogen?

H_0 : Ein niedriger Selbstwert, Versagensängste sowie der Grad an Lebenserfüllung korrelieren nicht mit dem Konsum von illegalen Drogen.

H_1 : Ein niedriger Selbstwert, Versagensängste sowie der Grad an Lebenserfüllung korrelieren mit dem Konsum von illegalen Drogen.

Hypothese 6: Korrelieren das Alter und der Konsum von illegalen Drogen?

H_0 : Das Alter und der Konsum von illegalen Drogen korrelieren nicht.

H_1 : Das Alter und der Konsum von illegalen Drogen korrelieren.

4.7. Statistische Verfahren

Als statistische Auswertungsverfahren wurden der Chi-Quadrat-Test sowie der t-Test für unabhängige Stichproben verwendet.

„Der t-Test für zwei unabhängige Stichproben ist ein Zwei-Stichproben-Test, mit dem man auf einem vorgegebenen Signifikanzniveau α prüft, ob die unbekannten Mittelwerte μ_1 und μ_2 eines metrischen und $N(\mu_1, \sigma_1)$ -verteilten bzw. $N(\mu_2, \sigma_2)$ -verteilten Merkmals aus zwei disjunkten statistischen Grundgesamtheiten übereinstimmen. Die Standardabweichungen $\sigma_1, \sigma_2 > 0$ in beiden disjunkten Grundgesamtheiten sind unbekannt.“ (Eckstein, 2016, p. 124)

Bei dem Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest (χ^2 -Unabhängigkeitstest) lässt sich auf einem zuvor festgelegten Signifikanzniveau α überprüfen, „ob zwei kategoriale Erhebungsmerkmale mit wenigen voneinander verschiedenen Ausprägungen über einer statistischen Grundgesamtheit, die mittels einer Zufallsstichprobe in einer ($r \times c$)-Kontingenztafel abgebildet wurde, statistisch voneinander unabhängig sind.“ (Eckstein, 2016, p. 169)

„Die Effektstärke gibt an, um wie viele Standardabweichungen (σ) zwei Mittelwerte (μ) voneinander abweichen, d.h. sie ist die Differenz zweier Gruppenmittelwerte geteilt durch die Standardabweichung. Zur Einschätzung der praktischen Bedeutsamkeit eines Tests existieren verschiedene Effektstärkenmaße, die bei der Interpretation der Größe eines Effektes helfen. Die bekannteste ist die Effektstärke d von Cohen. Diese ist eine „einfache“ Berechnung zwischen zwei Gruppen mit gleicher Gruppengröße bei t-Tests. d gibt immer den gleich großen Unterschied an, egal was oder mit welcher Maßeinheit oder welcher Skala gemessen worden ist. Hierdurch können unterschiedliche Ergebnisse miteinander verglichen werden. Dabei bedeutet:

- $d = 0$: kein Unterschied
- $d < 0,4$: kleiner Effekt
- d zwischen 0,4 und 0,7: mittlerer Effekt
- $d > 0,7$: starker Effekt.“ (Hartwig & Bock, 2018, p. 5)

„Die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson ist das gebräuchlichste Maß für die Stärke des Zusammenhangs zweier Variablen. Sie drückt sich aus im Korrelationskoeffizienten r . Er stellt die Standardisierung der [...] Kovarianz dar. Dabei wird die empirisch ermittelte Kovarianz an der maximalen Ko-varianz relativiert. Durch diesen einfachen Rechenschritt wird die Kovarianz von der Streuung der Merkmale bereinigt. Der resultierende Korrelationskoeffizient r ist somit maßstabsunabhängig.

$$r_{xy} = \frac{cov_{emp}}{cov_{max}} = \frac{cov(x,y)}{\hat{\sigma}_x \cdot \hat{\sigma}_y}$$

Die Formel gibt zu erkennen, dass der Korrelationskoeffizient niemals größer als 1 oder kleiner als -1 werden kann, denn die empirisch gefundene Kovarianz kann die maximal mögliche Kovarianz zwischen den beiden Variablen in ihrem Wert nicht übersteigen. Der Wertebereich der Korrelation ist somit im Gegensatz zu dem der Kovarianz begrenzt zwischen -1 und $+1$. Ein perfekter positiver Zusammenhang würde für r den Wert 1, ein perfekter negativer Zusammenhang den Wert -1 liefern. Besteht zwischen den Variablen kein Zusammenhang ($cov = 0$), so ist r ebenfalls null, man spricht von einer Nullkorrelation.“ (Rasch et al., 2014, p. 85)

Die „Konventionen von Cohen (1988) für die Einordnung des Korrelationskoeffizienten r “ lauten wie folgt:

- „kleiner Effekt: $r = 0,10$
- mittlerer Effekt: $r = 0,30$
- großer Effekt: $r = 0,50$ “ (Rasch et al., 2014, p. 85)

5. Ergebnisse

5.1. Deskriptivstatistik

Die demographischen Variablen wurden mittels Häufigkeitstabellen bei kategorialen Variablen und Mittelwertsberechnungen bei intervallskalierten Variablen untersucht. Alle Analysen wurden, wenn nicht anders spezifiziert, mit IBM SPSS 26 durchgeführt. Die erhobene Stichprobe besteht aus 310 Personen, wobei ein relativ ausgeglichenes Verhältnis an selbstidentifizierten Geschlechtern vorliegt (51,3% weiblich). Die Altersspanne bewegte sich von 15 bis 65 Jahren ($M = 21,287$, $SD = 5,845$).

Hier wurde eine neue Variable erstellt, bei der die Werte das tatsächliche Alter angeben.

Tabelle 2

Altersspanne

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.- Abweichung
Age	310	15,00	65,00	21,2871	5,84521
Gültige Werte (Listenweise)	310				

Die Variable SD01 stellt die Geschlechter dar, wobei 1=Weiblich und 2=Männlich repräsentiert.

Tabelle 3

Geschlechterverteilung

SD01

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	159	51,3	51,3	51,3
	2	151	48,7	48,7	100,0
	Gesamt	310	100,0	100,0	

Bezüglich der räumlichen Identifikation gaben 80% der Teilnehmenden an, den Großteil ihres Lebens in eher ländlichen Regionen verbracht zu haben (Variable SD07, 1=Land, 2=Stadt).

Tabelle 4

Räumliche Identifikation

SD07

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	248	80,0	80,0	80,0
	2	62	20,0	20,0	100,0
	Gesamt	310	100,0	100,0	

Nahezu gleichverteilt ist auch der selbstidentifizierte Beziehungsstatus der Teilnehmenden mit 53,9% Singles und 43,5% in einer Beziehung lebenden Personen. Die verbleibenden Anteile waren mit 1,6%, 0,6% und 0,3% auf Verheiratete, Getrennte bzw. Geschiedene und Verwitwete verteilt. Die Variabel SD03 repräsentiert diese Erkenntnisse (1= Single, 2= Beziehung, 3= Verheirat, 4=Getrennt/Geschieden, 5=Verwitwet).

Tabelle 5

Selbstidentifizierter Beziehungsstatus

SD03

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	167	53,9	53,9	53,9
	2	135	43,5	43,5	97,4
	3	5	1,6	1,6	99,0
	4	2	,6	,6	99,7
	5	1	,3	,3	100,0
	Gesamt	310	100,0	100,0	

Tabelle 6 illustriert die Häufigkeitsverteilung der jeweils höchsten Bildungsabschlüsse der Teilnehmenden, wobei die Schwerpunkte hier bei abgeschlossener Pflichtschule (37,4%) und Matura (31,9%) liegen.

Tabelle 6

Häufigkeitsverteilung nach Bildungsabschluss

Abschluss	Häufigkeit	Prozentualer Anteil (%)
Pflichtschule	116	37,4
Lehrabschluss	13	4,2
Meisterprüfung	2	0,6
Berufsbildende mittlere Schule	12	3,9
Hochschulreife	99	31,9
DiplompädagogIn	39	12,6
Master bzw. Äquivalent	26	8,4
Keine Antwort	3	1,0

Abschließend wurde noch das jeweilige aktuelle Arbeitsverhältnis erhoben. Dabei berichteten 50,3% aktuell nicht beschäftigt zu sein, 20,6% geringfügig beschäftigt zu sein, 11,9% in Teilzeit zu arbeiten und 17,1% Vollzeit zu arbeiten. (Variable SD08, 1=aktuell nicht beschäftigt, 2= geringfügig, 3= in Teilzeit, 4= Vollzeit)

Tabelle 7

Aktuelles Arbeitsverhältnis

SD08

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	156	50,3	50,3	50,3
	2	64	20,6	20,6	71,0
	3	37	11,9	11,9	82,9
	4	53	17,1	17,1	100,0
	Gesamt	310	100,0	100,0	

5.2. Hypothesenprüfung

Zur Prüfung der Hypothesen wurden mehrere Hauptskalen zum Substanzkonsum gebildet (Rauchverhalten, Alkoholkonsum etc.). Für die Erfassung des Alkoholkonsums wurden aus den 10 Items zum Alkoholkonsum ein intervallskalierter Gesamtwert bestimmt, auf Basis der durchschnittlichen Angaben in allen Fragen. Da alle Fragen augenscheinlich in dieselbe Richtung gepolt sind, wurden keine Werte umgepolt.

Über die Stichprobe ($N = 310$) ergab sich ein Mittelwert von 3,70 ($SD = 0,504$, $Min. = 0,30$, $Max. = 3,70$).

Zum Rauchverhalten war eine differenziertere Betrachtung der Items notwendig, da verschiedene Skalierungsniveaus erhoben wurden. Übergreifend gaben 20% ($n = 62$) der Stichprobe an zu rauchen, 70,3% nicht zu rauchen und 9,7% früher geraucht zu haben.

Aus den Variablen 2 bis 7 zum Rauchverhalten wurden Gruppen gemäß der Ausprägung des Rauchverhaltens gebildet, bei denen eine Gruppe die extremeren RaucherInnen darstellt (untere Hälfte der Summenscores der Items), und die Gruppe der moderateren RaucherInnen (obere Hälfte der Summenscores der Items). Hierbei wurde der extremeren Gruppe der Wert 0 und der moderateren Gruppe der Wert 1 zugeteilt. Durch die Zuordnung wurden 27,4% der RaucherInnen als extremer eingestuft.

In die Analyse zum Konsum illegaler Substanzen wurden Opioide, Ecstasy, Analgetika, Tabletten und Säfte, Kokain, Amphetamine, Cannabinoide und Halluzinogene einbezogen. Nach theoretischer Überlegung wurden anhand der Verschreibungspflicht entschieden, unter der Voraussetzung, dass die Teilnehmenden unter den Medikamenten zum Beispiel schwerere Wirkstoffe, als freiverkäufliche Kopfschmerzmittel verstehen. Um eine substanzübergreifende Tendenz zum Gebrauch illegaler Substanzen zu bilden, wurden individuelle Scores gebildet, die einerseits den Gebrauch und andererseits dessen Intensität, berücksichtigen. Dabei bildet ein höherer Score sowohl entweder den seltenen Gebrauch verschiedenster Substanzen ab, ebenso, wie den häufigen Gebrauch weniger Substanzen.

Die Analyse der Häufigkeiten zeigte, dass weite Teile der Stichprobe keine oder kaum Berührungspunkte mit illegalen Substanzen haben respektive hatten. 35,5% gaben an, keine der acht Substanzen je konsumiert zu haben.

Auf der sich ergebenden Skala von 8 (kein Konsum je) bis 25 (ausgeprägter Konsum) erreicht knapp 90% ($n = 278$) lediglich einen Wert von 13. Der Mittelwert lag bei 10,41 ($SD = 2,983$).

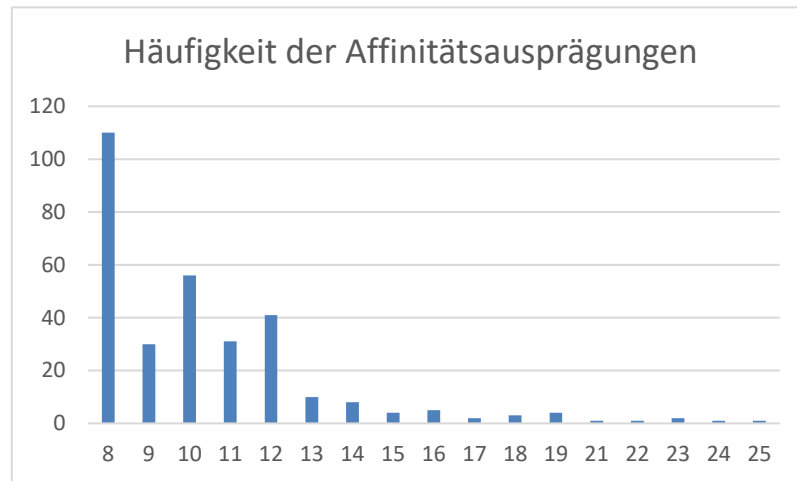


Abbildung 5. Häufigkeit der Affinitätsausprägungen

Wie aus der Grafik ersichtlich fällt die absolute Mehrheit in den Bereich der nie bis fast nie KonsumentInnen, was eine differenzierte Gruppenbildung für inferenzstatistische Methoden nicht sinnvoll erscheinen lässt.

Zur Begutachtung der *Substance Use Risk Profile Scale* (SURPS) mit ihren vier Unterskalen Angstepfindlichkeit, Hoffnungslosigkeit, Impulsivität und Sensation Seeking mussten von den 23 Items die Items 1,4,7,13 und 20 umgepolt werden. Anschließend wurden die Subskalen gemäß Validierungsstudie durch Mittelwerte zusammengefasst.

Tabelle 8 gibt die zentralen deskriptiven Maße der Subskalen an.

Tabelle 8

SURPS Subskalen

Skala	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Angstepfinden	310	1	4	2,5432	0,56351
Hoffnungslosigkeit	310	1	3,43	1,8783	0,41289
Impulsivität	310	1	3,6	2,0703	0,47741
Sensation Seeking	310	1	4	2,5022	0,6007

5.2.1. Forschungsfrage 1

Unterscheidet sich der Konsum von Alkohol, illegalen Drogen und Zigaretten bei männlichen und weiblichen Individuen?

H_0 (1.1): Weibliche und männliche Individuen unterscheiden sich nicht in Bezug auf den Alkoholkonsum.

H_1 (1.1): Weibliche und männliche Individuen unterscheiden sich in Bezug auf den Alkoholkonsum.

In Bezug auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich des durchschnittlichen Alkoholkonsums ergab sich zwischen weiblichen ($n = 148$) und männlichen ($n = 138$) Teilnehmenden ein signifikanter Unterschied ($t(247,066) = -3,143$, $p = .002$, $d = 0.37$, 95% KI von d [0,143; 0,611]). Dieser Unterschied wurde mittels *AUDIT* Skala ermittelt. Zur Signifikanztestung wurde der robustere *Welch t-Test* herangezogen. Der Test zeigte statistisch bedeutungsvoll höhere Mittelwerte bei den männlichen Teilnehmenden der Studie. Die Konfidenzintervalle für *Cohens' d* wurden mittels *psychometrica.de* berechnet.

H_0 (1.2): Weibliche und männliche Individuen unterscheiden sich nicht in Bezug auf den Zigarettenkonsum.

H_1 (1.2): Weibliche und männliche Individuen unterscheiden sich in Bezug auf den Zigarettenkonsum.

Zur Evaluation der Intensität des Rauchverhaltens wurden die aktiven RaucherInnen der Stichprobe isoliert betrachtet (weiblich: 36, männlich: 26), welche rund 20% der Befragten ausmachten. Dies wurde mittels *Fagerström-Skala* zur Nikotinabhängigkeit ermittelt und mittels *t-Test* für unabhängige Stichproben getestet ($t(60) = -2,189$, $p = .032$, $d = 0.56$, 95% KI für von d [0,051; 1,08]). Dabei zeigten sich erhöhte Mittelwerte für die männlichen Teilnehmenden, gegenüber den weiblichen.

H_0 (1.3): Weibliche und männliche Individuen unterscheiden sich nicht in Bezug auf den Konsum von illegalen Drogen.

H_1 (1.3): Weibliche und männliche Individuen unterscheiden sich in Bezug auf den Konsum von illegalen Drogen.

Vergleichbare Ergebnisse zeigten sich ebenso für den Affinitätsscore, welcher ebenfalls signifikant höhere Mittelwerte bei männlichen Teilnehmenden aufwies. Die Gruppen wurden ebenfalls mittels *t-Test* miteinander verglichen. ($t(308) = 2,218$, $p = .027$, $d = 0,25$, 95% *KI* von d [0,027; 0,474]).

Abschließend, im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede, wurde eine Serie von *t-Tests* zur Ermittlung der statistischen Unterschiedlichkeit der Gruppen hinsichtlich persönlichkeitsrelevanter Kennwerte durchgeführt. Die dazu verwendete *SURPS*-Skala erfasste *Hoffnungslosigkeit*, *Impulsivität*, *Sensation Seeking* und *Angstempfinden*. Die Teststatistiken der durchgeführten Tests finden sich in der untenstehenden Tabelle 9.

Tabelle 9

Übersicht zu Mittelwertsvergleichen bzgl. Geschlecht und Persönlichkeitsvariablen

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	<i>d</i> [<i>KI</i>]	
Hoffnungslosigkeit	weiblich	12,58	3,39	<i>ns</i>		
	männlich	12,01	3,74			
Impulsivität	weiblich	8,24	1,86	<i>ns</i>		
	männlich	8,49	2,34			
Sensation Seeking	weiblich	9,23	2,58	<.001	0,87	[0,641;
	männlich	11,35	2,24		1,107]	
Angstempfinden	weiblich	13,42	2,70	<.001	0,53	[0,304;
	männlich	11,97	2,75		0,758]	

5.2.2. Forschungsfrage 2

Korreliert der Bildungsgrad eines Individuums mit dem Konsum illegaler Substanzen?

H_0 : Teilnehmende ohne Matura und Teilnehmende mit Matura unterscheiden sich nicht in Bezug auf den Konsum illegaler Substanzen.

H_1 : Teilnehmende ohne Matura und Teilnehmende mit Matura unterscheiden sich in Bezug auf den Konsum illegaler Substanzen.

Um den möglichen Zusammenhang von Bildungsgrad und dem Konsum illegaler Substanzen zu untersuchen, wurden wieder der Affinitätsscore und die beschriebene *SURPS*-Skala inferenzstatistisch auf Gruppenunterschiede untersucht. Wieder wurde eine Serie von *t-Tests* durchgeführt, wobei der Affinitätsscore und Sensation Seeking auf Grund des signifikanten *Levene-Tests* mit dem robusteren *Welch t-Test* verglichen wurden, die restlichen Variablen mit dem klassischen *t-Test*. Diesmal wurde allerdings ein Bildungsindikator als gruppenbildende Variable herangezogen, operationalisiert durch den Erwerb einer Matura (ohne Matura = 143, mit Matura = 167). Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die zentralen statistischen Kennwerte abermals tabellarisch zusammengefasst (Tabelle 10).

Tabelle 10

Übersicht zu Mittelwertsvergleichen bzgl. Bildung und Persönlichkeitsvariablen und dem Affinitätsscore

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	<i>d [KI]</i>	
Affinitätsscore	o. M.	9,44	2,15	< .001	0,65	[0,403; 0,86]
	m. M.	11,23	3,33			
Hoffnungslosigkeit	o. M.	12,19	3,65	<i>ns</i>		
	m. M.	12,40	3,51			
Impulsivität	o. M.	8,93	2,20	< .001	0,51	[0,282; 0,736]
	m. M.	7,88	1,91			
Sensation Seeking	o. M.	11,32	2,22	< .001	0,82	[0,572; 1,036]
	m. M.	9,35	2,63			
Angstempfinden	o. M.	12,09	2,84	< .001	0,40	[0,19; 0,641]
	m. M.	13,24	2,69			

5.2.3. Forschungsfrage 3

Konsumieren Jugendliche auf dem Land oder in der Stadt vermehrt illegale Substanzen?

H_0 : Jugendliche auf dem Land und Jugendliche in der Stadt unterscheiden sich nicht in Bezug auf den Konsum illegaler Substanzen.

H_1 : Jugendliche auf dem Land und Jugendliche in der Stadt unterscheiden sich in Bezug auf den Konsum illegaler Substanzen.

Die Aussagekraft der Hypothesenprüfung ist hier dahingehend eingeschränkt, dass die Gruppengrößen stark variieren und damit keine einheitliche Varianzschwankung zwischen den Gruppen angenommen werden kann. Während von den 88 Jugendlichen (unter 18 Jahre alt) 79 auf dem Land wohnen, sind lediglich 9 in der Stadt wohnhaft. Der exakte χ^2 -Test nach Fisher produzierte ein nicht-signifikantes Ergebnis, die Ergebnisse sind aber augenscheinlich nicht zu interpretieren, da von 16 Feldern sechs Felder leer waren und 10 Felder weniger als fünf Fälle aufwiesen.

Bei einer so kleinen Untersuchungsgruppe ($n = 9$) sind Selektionseffekte und Verzerrungen kaum zu vermeiden, weshalb in weiteren Studien die Stichprobe spezifischer untersucht werden sollte, im Fall, dass keine Daten bisher zu der Thematik erhoben wurden.

Auch Mittelwertsvergleiche bezüglich der Subskalen machen bei derartigen Gruppenunterschieden statistisch keinen Sinn, weshalb auf sie an dieser Stelle verzichtet wird. Allerdings zeigte sich, dass Jugendliche signifikant niedrigere Werte in Bezug auf illegale Substanzen aufweisen, im Vergleich zu älteren Teilnehmenden, was aber auch lediglich einen biografischen Effekt widerspiegeln könnte ($t(-5,870, p < .001, d = 0,583, 95\%$ KI von d [0,331; 0,834]).

5.2.4. Forschungsfrage 4

Unterscheidet sich der Konsum von Alkohol und Drogen bei Individuen, die sich in einer Beziehung befinden, von Individuen, welche Single sind?

H₀: Singles und Personen in Beziehung unterscheiden sich nicht in Bezug auf den Konsum von Alkohol und Drogen.

H₁: Singles und Personen in Beziehung unterscheiden sich in Bezug auf den Konsum von Alkohol und Drogen

Um die Rolle möglicher Einflussvariablen im Jugendalter auf Alkoholkonsum (*AUDIT*) und den Affinitätsscore zu ermitteln, wurde der Beziehungsstatus der Jugendlichen (dichotomisiert: in einer Beziehung oder Single), welche an der Studie teilnahmen als Grundlage für Mittelwertsvergleiche (*t-Test*) in den eben genannten Skalen herangezogen. Dabei lagen für den *AUDIT* die Daten von 72 Jugendlichen vor (Beziehung: 56, Single: 16) und für den Affinitätsscore die Daten von 85 Jugendlichen (Beziehung: 66, Single: 19). In beiden Skalen zeigten die Jugendlichen, gruppiert nach Beziehungsstatus, keine signifikanten Gruppenunterschiede (*AUDIT*: $t(70) = -1,329$, $p = ,188$; Affinitätsscore: $t(83) = -,768$, $p = ,445$).

5.2.5. Forschungsfrage 5

Korrelieren ein niedriger Selbstwert, Versagensängste sowie der Grad an Lebenserfüllung mit dem Konsum von illegalen Substanzen und Alkohol?

H₀: Ein niedriger Selbstwert, Versagensängste sowie der Grad an Lebenserfüllung korrelieren nicht mit dem Konsum von illegalen Drogen.

H₁: Ein niedriger Selbstwert, Versagensängste sowie der Grad an Lebenserfüllung korrelieren mit dem Konsum von illegalen Drogen.

Tabelle 11

Korrelationstabelle für genutzte abhängige Variablen in der Studie

	1	2	3	4	5	6
AUDIT	1					
Affinitätsscore	0,377**	1				
Hoffnungslosigkeit	-0,15	0,111	1			
Impulsivität	0,465**	0,449**	0,041	1		
Sensation Seeking	0,153	0,325**	-0,047	0,393**	1	
Angstempfinden	0,186	0,026	0,142	0,139	-0,096	1

**p<.01

Die Korrelationsanalyse sollte untersuchen, inwiefern AUDIT bzw. der Affinitätsscore mit den gemessenen Persönlichkeitseigenschaften in Zusammenhang stehen. Dabei ergaben sich einige statistisch signifikante, positive Ergebnisse, die einen parallelen Anstieg in den Dimensionen nahelegt. So korrelierten sowohl AUDIT, als auch Affinitätsscore mit Impulsivität und der Affinitätsscore auch mit Sensation Seeking. Dazu ergab sich ein Zusammenhang von AUDIT und Affinitätsscore auch untereinander, ebenso, wie zwischen Impulsivität und Sensation Seeking. Alle signifikanten Korrelationen können als Effekte mittlerer Größe interpretiert werden (Cohen, 1988). Alle weiteren Variablenkombinationen wurden nicht signifikant.

5.2.6. Forschungsfrage 6

Korrelieren das Alter und der Konsum von illegalen Drogen?

H₀: Das Alter und der Konsum von illegalen Drogen korrelieren nicht.

H₁: Das Alter und der Konsum von illegalen Drogen korrelieren.

Abschließend wurde statistisch untersucht, ob das Alter der Teilnehmenden und deren Werte in der *AUDIT*-Skala und dem Affinitätsscore zusammenhängen. Dies wurde wiederum mittels Korrelation nach *Pearson* durchgeführt und zeigte keine signifikanten Resultate (Alter x *AUDIT*: $p = ,354$, Korrelationskoeffizient: $r=0,109$ und Alter x Affinitätsscore: $p = ,412$, Korrelationskoeffizient: $r=-0,089$).

6. Diskussion

Dass der Konsum von Alkohol, Nikotin und illegalen Substanzen weltweit eine enorme Rolle in der Gesellschaft eingenommen hat, ist bekannt. Oftmals sind die körperlichen und seelischen Langzeitfolgen des regelmäßigen Konsums allerdings weithingehend unbekannt. Aufklärung in diesem Bereich, im Sinne der Suchtprävention, würde eine Vielzahl von Konsumenten und Abhängigen vor ihrem Schicksal bewahren, wie auch Myers (2005) diesen Vorgang nahelegt. Wenn die Folgen des Konsums bekannt sind, ist die Wahrscheinlichkeit geringer, etwaige illegale Substanzen zu konsumieren. (Myers, 2005)

Darüber hinaus herrschen Stereotypisierungen, welche im alltäglichen Leben gewonnen werden. (Quensel, 2010) Bekanntermaßen handelt es sich dabei um nicht falsifizierbare, allerdings soziokulturell fest verankerte Ansichten, welche durchaus enormen Schaden am Individuum anrichten kann. (Pennington et al., 2016)

Wie aus dem Befragungsprojekt ersichtlich ist, wurden viele der Stereotype, welche sich in der Gesellschaft über Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum manifestiert haben, widerlegt.

Männliche Teilnehmer konsumieren mehr und häufiger Alkohol, Zigaretten und illegale Drogen, als dies bei weiblichen Teilnehmerinnen der Fall war. Zudem weisen Frauen ein höheres Angstepfinden auf. Der Affinitätsscore bei weiblichen Teilnehmerinnen war erhöht, was ungewöhnlich im Vergleich zu den bisherigen Ergebnissen ist. Dies ließe sich allerdings dadurch erklären, dass Frauen aufgrund verschiedenster Leiden öfter zu Medikamenten greifen als Männer und sich dies in der Befragung nun in den Werten niederschlägt.

Ein höchstsignifikantes Ergebnis erreichten TeilnehmerInnen in Bezug auf die Korrelation mit dem Bildungsgrad und dem gebildeten Score zur Affinität gegenüber illegalen Substanzen. Ebenso verhielt es sich mit den Bereichen der Persönlichkeitsvariablen Impulsivität, Sensation Seeking sowie Angstepfinden. Einzig im Bereich der Hoffnungslosigkeit konnte ein nicht signifikantes Ergebnis beobachtet werden. Somit sind es oftmals nicht die Jugendlichen und die Individuen mit niedrigen Bildungsabschlüs-

sen, welche zu diversen Substanzen greifen. Aus dieser Befragung wurde ersichtlich, dass der Großteil der Konsumenten höhere Bildungsabschlüsse hat.

Diese Ergebnisse korrelieren mit der Studie von Unger, Brandt, Matznetter, Zachbauer, Fischer & Jagsch (2015) welche bei Studierenden erhöhte Muster von Substanzenmissbrauch feststellten. Erhöhter Nikotinkonsum, eine gewisse Prozentzahl an Alkoholabhängigkeit (32,4 Prozent der Männer und 21,4 Prozent der Frauen) sowie verstärkter Analgetika-Konsum (35,4 Prozent) konnten bestimmt werden. (Unger et al., 2015)

Bezüglich des zu erwartenden Ergebnisses im Bereich des Konsums in Stadt und Land konnte kein signifikantes Ergebnis erzielt werden, ebenso wie im Bereich der Singles/Vergebenen und im Bereich des Alters. Zusammenhänge im Konsum lassen sich lediglich durch die Persönlichkeitsvariable der Impulsivität erkennen. Ein niedriger Selbstwert, Versagensängste sowie der Grad an Lebenserfüllung korrelieren signifikant mit dem Konsum von legalen und illegalen Substanzen.

Zwar konnte in dieser Befragung keine Korrelation zwischen dem Alter und dem Konsum von legalen und illegalen Substanzen festgestellt werden, denn je älter die TeilnehmerInnen sind, desto höher ist die Zahl. Allerdings handelt es sich dabei um keinen signifikanten Wert, was gegen eine Korrelation zwischen Alter und Konsum von illegalen Drogen spricht.

Allerdings wurde in anderen Studien, wie bei Anzenberger et al. (2019), eruiert, dass Jugendliche oftmals viel zu früh zu Alkohol und Tabak greifen.

Mit großer Wahrscheinlichkeit lässt sich sagen, dass die früh auftretende Problematik mit Alkohol und Zigaretten aus diesem Grund derart signifikant ist, da der Umgang nicht tabuisiert wird und der Zugang zu den Substanzen relativ uneingeschränkt möglich ist. Für Jugendliche, welche die meisten Folgen von frühem Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen davontragen, ist es ein leichtes, sich die Substanzen zu verschaffen.

Nichtsdestotrotz lässt sich aufgrund der vorliegenden Ergebnisse das Leitstereotyp dieser Arbeit „jung, dumm und abhängig“ zweifelsfrei widerlegen.

Künftig wäre es interessant, die Befragung in andere geografische Gebiete zu erweitern um eine größere Anzahl von StudienteilnehmerInnen zu erreichen und zusätzliche Fragen in den Survey aufzunehmen, welche noch mehr Einblick in die Psyche und das Konsumverhalten geben können.

7. Literaturverzeichnis

- Anthony, J., Warner, L. & Kessler, R. (1994). Comparative Epidemiology of Dependence on Tobacco, Alcohol, Controlled Substances, and Inhalants: Basic Findings From the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2(3), 244-268.
- Anton Proksch Institut, 2019. Zugriff am 31.12.2019, <https://api.or.at/Klinikum/Abhangigkeit.aspx>
- Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Hojni, M., Klein, C., Schmutterer, I., Strizek, J. & Tanios, A. (2019). *Epidemiologiebericht Sucht 2019. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Austria Presse Agentur (APA), 2019. Zugriff am 08.01.2020, https://api.or.at/PDF/Pressegesprach_O-Dialogwoche-Alkohol_2019.aspx
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. & Monteiro, M. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Bachmayer, S., Strizek, J., Hojni, M. & Uhl, A. (2020). *Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2019*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. Abgerufen am 09.02.2020, <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Alkohol/Handbuch-Alkohol---%C3%96sterreich0.html>
- Brosch, R. (2004). *Zum Thema Sucht. Betroffene und deren Angehörige*. Horn: Ferdinand Berger & Söhne Gesellschaft M.B.H.
- Brosch, R. & Juhnke, G. (1993). *Sucht in Österreich. Ein Leitfaden für Betroffene, Angehörige, Betreuer*. Wien: Orac Verlag.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2020). Abgerufen am 09.02.2020, <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Nichtraucherschutz-und-Rauchverbote/Nichtraucherschutz-in-der-Gastronomie.html>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2019) Abgerufen am 09.02.2020, <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und->

Sucht/Alkohol/Alkohol-auf-internationaler-und-europ%C3%A4ischer-Ebene-
.html

Burian, W. (1993). *Medikamentenabhängigkeit*. in: Brosch, R. & Juhnke, G. (1993). *Sucht in Österreich. Ein Leitfaden für Betroffene, Angehörige, Betreuer*. Wien: Orac Verlag.

Castellanos-Ryan, N., O’Leary-Barrett, M., Sully, L. & Conrod, P. (2013). *Sensitivity and specificity of a brief personality screening instrument in predicting future substance use, emotional, and behavioral problems: 18-month predictive validity of the Substance Use Risk Profile Scale*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37 (1), 281–290. Abgerufen am 09.02.2020, doi: 10.1111/j.1530-0277.2012.01931.x

Cotton, N. (1979). *The Familial Incidence of Alcoholism*. *Journal of Studies on Alcohol*, 40 (1), 89-116.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2019. Abgerufen am 09.02.2020,

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/>

Deutsches Krebsforschungszentrum (2019). Abgerufen am 27.12.2019, https://www.dkfz.de/de/rauchertelefon/Nikotin_Wirkung.html

Drings, P. (2004). *Rauchen und Krebs*. *Onkologie*, 10 (2), 156-156.

Eckstein, P. (2016). *Angewandte Statistik mit SPSS*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Greca, R., Schäfferling, S. & Siebenhüter, S. (2009). *Gefährdung Jugendlicher durch Alkohol und Drogen?: Eine Fallstudie zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.

Hanewinkel, R. (2008). *Rauchen in deutschen Filmen*. *Pneumologie* 72 (11), 1-6. Abgerufen am 27.12.2019, https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/PN914_Hanewinkel_Online-PDF.pdf

- Hartwig, B. J. & Bock, I.S. (2018). *Effektstärke: Ein Parameter für osteopathische Studien?* Osteopathische Medizin 19 (4), 4-6.
DOI: 10.1016/S1615-9071(18)30112-6
- Heatherton, T., Kozlowski, L., Frecker, R. & Fagerström, K. (1991). *The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire.* British Journal of Addiction, 86(9), 1119-1127
- Horvath, I., Anzenberger, J., Busch, M., Schmutterer, I., Tanios, A. & Weigl, M. (2019). *Bericht zur Drogensituation 2019.* Wien: Gesundheit Österreich GmbH. Abgerufen am 09.02.2020,
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Suchtmittel-NPS-Drogenausgangsstoffe/Berichte-und-Statistiken/Berichte-zur-Drogensituation-in-%C3%96sterreich.html>
- Hradil, S. (2009). *Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil?* in Richter, M. & Hurrelmann, K. *Gesundheitliche Ungleichheit.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Iversen, L. (2004). *Drogen und Medikamente.* Stuttgart: Philipp Reclam jun. GmbH & Co.
- Kemper, N., Poser, W. & Poser, S. (1980). *Benzodiazepin-Abhängigkeit: Suchtpotential der Benzodiazepine größer als bisher angenommen.* Deutsche Medizinische Wochenschau, 105 (49), 1707-1712.
- Köhler, T. (2008). *Rauschdrogen. Geschichte, Substanzen, Wirkung.* München: Verlag C.H. Beck oHG.
- Lagebericht Suchtmittelkriminalität (2017). Abgerufen am 09.02.2020,
https://bundeskriminalamt.at/302/files/Suchtmittel_17_Web.pdf
- Maisch, B. (2016). *Alkohol und Herz – eine unendliche Geschichte der Wechselbeziehung zur ältesten Droge der Welt.* Herz, 41 (6), 459-461.
- MAKAM Research (2018). Abgerufen am 01.01.2020,
<https://www.makam.at/kaffeekonsum-in-oesterreich/>
- Mons, U., Gredner, T., Behrens, G., Stock, C. & Brenner, H. (2018). *Krebs durch Rauchen und hohen Alkoholkonsum.* Deutsches Ärzteblatt International, 115 (35-36), 571-577.
- Myers, D. (2005). *Psychologie.* Heidelberg: Springer-Verlag.

- Pennington, C., Qureshi, A., Monk, R. & Heim, D. (2016). *The effects of stereotype threat and contextual cues on alcohol users' inhibitory control*. Addictive Behaviors, 54, 12-17.
DOI: 10.1016/j.addbeh.2015.11.014
- Quensel, S. (2010). *Das Elend der Suchtprävention. Analyse-Kritik-Alternative*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2014). *Quantitative Methoden 1: Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag.
- Rettenwender, E. (2018). *PSYCHOlogie*. Linz: Veritas Verlag.
- Schuppe, H., Jung, A., Köhn, F. & Haidl, G. (2011). *Wie Nikotin, Alkohol und Drogen die Spermienqualität beeinflussen: Genussgifte und Fertilität*. Uro-News, 15, 34-38.
- Statistik Austria (2019), Abgerufen am 04.11.2019, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/unfaelle/strassenverkehrsunfaelle/069551.html
- Strubelt, O. (1996). *Gifte in Natur und Umwelt. Pestizide und Schwermetalle, Arzneimittel und Drogen*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag GmbH.
- Teesson, M., Degenhardt L. & Hall W. (2008). *Suchtmittel und Abhängigkeit. Formen - Wirkungen – Interventionen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U. & Riedesser, P. (2008). *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter: Das Handbuch: Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Schmutterer, I. & Strizek, J. (2017). *Handbuch Alkohol – Österreich: Band 3 – Gesetzliche Grundlagen*. Wien. Gesundheit Österreich GmbH. Abgerufen am 09.02.2020, <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Alkohol/Handbuch-Alkohol---%C3%96sterreich0.html>
- Uhl, A., Strizek, J. & Hojni, M. (2020). *Handbuch Alkohol Österreich Band 3: Ausgewählte Themen*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. Abgerufen am 09.02.2020, <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Alkohol/Handbuch-Alkohol---%C3%96sterreich0.html>

- Unger, A., Brandt, L., Matznetter, A., Zachbauer, C., Fischer, G. & Jagsch, R. (2015). *Substanzenmissbrauchsmuster von Universitätsstudierenden: Regionale und Geschlechtsdifferenzen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
DOI: 10.1055/s-0034-1374625
- Tewes, U. & Wildgrube, K. (1999). *Psychologie-Lexikon*. München: R. Oldenbourg Verlag.
- Werth, L. & Mayer, J. (2008). *Sozialpsychologie*. Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag.
- Woicik, P.A., Stewart, S.H., Pihl, R.O. & Conrod, P.J. (2009). The substance use risk profile scale: A scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive Behaviors*, 34(12), 1042–1055.
- World Health Organization (2020). *Tobacco*. Abgerufen am 09.02.2020, <https://www.who.int/health-topics/tobacco>
- World Health Organization (2019). *Infographic Alcohol Use* Abgerufen am 10.12.2019, https://www.who.int/images/default-source/departments/substances-abuse/alcohol/infographics/alcohol-3-million-death-every-year.png?sfvrsn=8062967_2
- World Health Organization (2019). Abgerufen am 10.12.2019, https://www.who.int/tobacco/smoke_free_movies/en/
- Zobel, M. (2017). *Kinder aus Alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und Chancen*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

8. Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Statistik Austria, Alkoholunfälle der letzten zehn Jahre, Abgerufen am 04.11.2019.

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/unfaelle/strassenverkehrsunfaelle/index.html.....Seite 9

Abbildung 2: Statistik Austria, Alkoholunfälle, Verletzte und Getötete 2014-2018, Abgerufen am 04.11.2019.

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/unfaelle/strassenverkehrsunfaelle/index.html.....Seite 9

Abbildung 3: Bundeskriminalamt, Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz, Lagebericht Suchtmittelkriminalität (2017), p. 8.....Seite 30

Abbildung 4: World Health Organization, Top 10 global causes of deaths, 2016. Abgerufen am 17.11.2019, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.....Seite 40

Abbildung 5: Häufigkeit der Affinitätsausprägungen.....Seite 57

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Drogen und einige ihrer Szenennamen. (Teesson et al., 2008, p. 13)....Seite 13

Tabelle 2: Altersspanne.....Seite 53

Tabelle 3: Geschlechterverteilung.....Seite 53

Tabelle 4: Räumliche Identifikation.....Seite 54

Tabelle 5: Selbstidentifizierter Beziehungsstatus.....Seite 54

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung nach Bildungsabschluss.....Seite 55

Tabelle 7: Aktuelles Arbeitsverhältnis.....Seite 55

Tabelle 8: SUPRS Subskalen.....Seite 57

Tabelle 9: Übersicht zu Mittelwertsvergleichen bzgl. Geschlecht und Persönlichkeitsvariablen.....Seite 59

Tabelle 10: Übersicht zu Mittelwertsvergleichen bzgl. Bildung und Persönlichkeitsvariablen und den Affinitätsscore.....Seite 61

Tabelle 11: Korrelationstabelle für genutzte abhängige Variablen in der Studie.....Seite 64