

Oktober 2016

Daniela Piontek, Elena Gomes de Matos, Josefine Atzendorf & Ludwig Kraus

Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015

Tabellenband:

Trends des klinisch relevanten Substanzkonsums nach Geschlecht und Alter: Prävalenz und Hochrechnung 1997-2015

Zitierbar als:

Piontek, D., Gomes de Matos, E., Atzendorf, J. & Kraus, L. (2016). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Trends des klinisch relevanten Substanzkonsums nach Geschlecht und Alter: Prävalenz und Hochrechnung 1997-2015*. München: IFT Institut für Therapieforschung.

IFT Institut für Therapieforschung
gemeinnützige Gesellschaft mbH
Registergericht München, HRB 46395

Geschäftsführung:
Stefanie Philipp
Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel

Verwaltungsleitung:
Stefanie Philipp

Commerzbank AG
Kto.-Nr. 03 276 806 00
BLZ 700 800 00
IBAN: DE38 7008 0000 0327 6806 00
BIC: DRESDEFF700

Stadtsparkasse München
Kto.-Nr. 23 168 370
BLZ 701 500 00
IBAN: DE30 7015 0000 0023 1683 70
BIC: SSKMDEMMXXX

Ust.-IdNr.: DE 129521698

Erläuterungen

Die nachfolgend dargestellten Daten basieren auf den Erhebungen des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 1997 bis 2015. Eine ausführliche Beschreibung der Methodik des letzten Surveys findet sich in Piontek et al. (2016). Ergebnisse zu Trends der Prävalenz des klinisch relevanten Substanzkonsums sind für die Gesamtstichprobe in Kraus et al. (2016) dargestellt und diskutiert. Die hier dargestellten Hochrechnungen auf die Bevölkerung sind Ergänzungen zu Tabelle 1 dieser Publikation.

Definitionen und Berechnungsgrundlagen

Altersgruppe: 18 bis 59 Jahre

Substanzen: Alkohol, Tabak, Cannabis, Medikamente

Klinisch relevanter Substanzkonsum:

Alkohol: Klinisch relevanter Konsum in den letzten 12 Monaten nach den Kriterien des Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT; Babor, De la Fuente, Saunders & Grand, 1989), erhoben mit der deutschen Fassung von Rist, Scheuren, Emmel, Hagen und Aulhorn (2003). Ab einem Schwellenwert von 8 Punkten wird von klinisch relevantem Alkoholkonsum ausgegangen (Conigrave, Hall & Saunders, 1995; Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente & Grant, 1993).

Tabak: Klinisch relevanter Konsum von Nikotin in den letzten 30 Tagen nach den Kriterien des Fagerströmtests für Nikotinabhängigkeit (FTND; Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991). Ab einem Schwellenwert von 4 Punkten wird von klinisch relevantem Konsum ausgegangen (Breslau & Johnson, 2000).

Cannabis: Klinisch relevanter Konsum von Cannabis in den letzten 12 Monaten nach den Kriterien der Severity of Dependence Scale (SDS; Gossop et al., 1995). Ab einem Schwellenwert von 2 Punkten wird von klinisch relevantem Konsum ausgegangen (Steiner, Baumeister & Kraus, 2008).

Medikamente: Klinisch relevanter Konsum eines Medikaments in den letzten 12 Monaten nach den Kriterien des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KFM; Watzl, Rist, Höcker & Miehle, 1991). Ab einem Schwellenwert von 4 Punkten wird von klinisch relevantem Konsum ausgegangen.

Hochrechnungen: Prävalenzen des problematischen Substanzkonsums wurden hochgerechnet auf die zum jeweiligen Erhebungsjahr aktuellste Bevölkerungszahl 18- bis 59-Jähriger nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Literatur

- Babor, T. F., de la Fuente, J. R., Saunders, J. B. & Grand, M. (1989). *AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care*. Geneva: World Health Organization.
- Breslau, N. & Johnson, E. O. (2000). Predicting smoking cessation and major depression in nicotine-dependent smokers. *American Journal of Public Health, 90*, 1122–1127.
- Conigrave, K. M., Hall, W. D. & Saunders, J. B. (1995). The AUDIT questionnaire: Choosing a cut-off score. *Addiction, 90*, 1349–1356.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction, 90*, 607–614.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction, 86*, 1119–1127.
- Kraus, L., Piontek, D., Atzendorf, J. & Gomes de Matos, E. (2016). Zeitliche Entwicklungen im Substanzkonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Ein Rückblick auf zwei Dekaden. *Sucht, 62*(5), 283–294.
- Piontek, D., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Atzendorf, J. (2016). Der Epidemiologische Suchtsurvey 2015: Studiendesign und Methodik. *Sucht, 62*(5), 259–269.
- Rist, F., Scheuren, B., Demmel, R., Hagen, J. & Aulhorn, I. (2003). *Der Münsteraner Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-G-M)*. In A. Glöckner-Rist, F. Rist & H. Kufner (Eds.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich*. Version 3.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen e. V
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II. *Addiction, 88*, 791–804.
- Steiner, S., Baumeister, S. E. & Kraus, L. (2008). Severity of Dependence Scale: Establishing a cut-off point for cannabis dependence in the German adult population. *Sucht, 54*, 57–63.
- Watzl, H., Rist, F., Höcker, W. & Miehle, K. (1991). *Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmissbrauch bei Suchtpatienten*. In M. Heide & H. Lieb (Hrsg.), *Sucht und Psychosomatik*. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses (S. 123–139). Bonn: Nagel.

Förderhinweis

Der Epidemiologische Suchtsurvey 2015 wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gefördert (AZ: IIA5-2514DSM200). Mit der Finanzierung sind keine Auflagen verbunden.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Trends klinisch relevanten Substanzkonsums nach AUDIT, FTND, SDS bzw. KFM für 18- bis 59-Jährige, Männer, 1997-2015, Prozent (95 % KI).....	4
Tabelle 2: Trends klinisch relevanten Substanzkonsums nach AUDIT, FTND, SDS bzw. KFM für 18- bis 59-Jährige, Frauen, 1997-2015, Prozent (95 % KI)	5
Tabelle 3: Trends klinisch relevanten Substanzkonsums nach AUDIT, FTND, SDS bzw. KFM für 18- bis 59-Jährige, Gesamt, 1997-2015, Prozent (95 % KI)	6
Tabelle 4: Hochrechnungen der Anzahl an Personen mit klinisch relevantem Substanzkonsum nach AUDIT, FTND, SDS bzw. KFM für 18- bis 59-Jährige, Männer, 1997-2015, Schätzung (95 % KI)	7
Tabelle 5: Hochrechnungen der Anzahl an Personen mit klinisch relevantem Substanzkonsum nach AUDIT, FTND, SDS bzw. KFM für 18- bis 59-Jährige, Frauen, 1997-2015, Schätzung (95 % KI).....	8
Tabelle 6: Hochrechnungen der Anzahl an Personen mit klinisch relevantem Substanzkonsum nach AUDIT, FTND, SDS bzw. KFM für 18- bis 59-Jährige, Gesamt, 1997-2015, Schätzung (95 % KI)	9

Tabelle 1: Trends des klinisch relevanten Substanzkonsums nach AUDIT, FTND, SDS bzw. KFM für 18- bis 59-Jährige, Männer, 1997-2015, Prozent (95 % KI)

	1997	2000	2003	2006	2009	2015
Alkohol (12 Monate)	34.0 (31.7; 36.3)		32.4 (30.4; 34.4)		30.6 (29.0; 32.3)	28.9 (27.3; 30.6)
Tabak (30 Tage)		13.1* (12.0; 14.3)	13.5* (12.3; 14.8)	12.8* (11.5; 14.2)		8.1 (7.1; 9.1)
Cannabis (12 Monate)				2.3 (1.8; 2.8)	1.8 (1.5; 2.3)	1.5 (1.2; 1.9)
Medikamente (12 Monate)		2.6* (2.1; 3.2)	3.2* (2.6; 3.9)	3.5 (2.8; 4.3)	3.6 (3.0; 4.5)	3.6 (3.0; 4.3)

Anmerkungen: Prävalenzen bezogen auf die letzten 12 Monate (AUDIT, SDS, KFM) bzw. auf die letzten 30 Tage (FTND).

*p < .05 für den Vergleich mit Referenzjahr 2015. Logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr, Alter, Erhebungsmodus.

Tabelle 2: Trends des klinisch relevanten Substanzkonsums nach AUDIT, FTND, SDS bzw. KFM für 18- bis 59-Jährige, Frauen, 1997-2015, Prozent (95 % KI)

	1997	2000	2003	2006	2009	2015
Alkohol (12 Monate)	7.5* (6.4; 8.8)		8.3* (7.3; 9.4)		8.4* (7.6; 9.4)	10.5 (9.6; 11.6)
Tabak (30 Tage)		8.3* (7.5; 9.1)	9.2* (8.3; 10.2)	8.3* (7.4; 9.3)		5.8 (5.1; 6.6)
Cannabis (12 Monate)				0.8 (0.5; 1.1)	0.8 (0.6; 1.1)	0.9 (0.7; 1.2)
Medikamente (12 Monate)		4.1* (3.5; 4.7)	5.5 (4.8; 6.3)	5.4 (4.6; 6.2)	4.5 (3.9; 5.3)	5.5 (4.8; 6.3)

Anmerkungen: Prävalenzen bezogen auf die letzten 12 Monate (AUDIT, SDS, KFM) bzw. auf die letzten 30 Tage (FTND).

*p < .05 für den Vergleich mit Referenzjahr 2015. Logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr, Alter, Erhebungsmodus.

Tabelle 3: Trends des klinisch relevanten Substanzkonsums nach AUDIT, FTND, SDS bzw. KFM für 18- bis 59-Jährige, Gesamt, 1997-2015, Prozent (95 % KI)

	1997	2000	2003	2006	2009	2015
Alkohol (12 Monate)	21.4 (20.0; 22.8)		20.9 (19.6; 22.2)		19.7 (18.8; 20.7)	19.8 (18.8; 20.9)
Tabak (30 Tage)		10.7* (10.0; 11.4)	11.4* (10.6; 12.2)	10.6* (9.8; 11.4)		6.9 (6.3; 7.6)
Cannabis (12 Monate)				1.5 (1.3; 1.9)	1.3 (1.1; 1.6)	1.2 (1.0; 1.4)
Medikamente (12 Monate)		3.3* (2.9; 3.7)	4.3* (3.9; 4.9)	4.4 (3.9; 5.0)	4.1 (3.6; 4.6)	4.5 (4.1; 5.1)

Anmerkungen: Prävalenzen bezogen auf die letzten 12 Monate (AUDIT, SDS, KFM) bzw. auf die letzten 30 Tage (FTND).

*p < .05 für den Vergleich mit Referenzjahr 2015. Logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr, Alter, Erhebungsmodus, Geschlecht.

Tabelle 4: Hochrechnungen der Anzahl an Personen mit klinisch relevantem Substanzkonsum nach AUDIT, FTND, SDS bzw. KFM für 18- bis 59-Jährige, Männer, 1997-2015, Schätzung (95 % KI)

	1997	2000	2003	2006	2009	2015
Alkohol (12 Monate)	8.43 Mio. (7.86 Mio.; 9.00 Mio.)		7.78 Mio. (7.30 Mio.; 8.26 Mio.)		7.34 Mio. (6.96 Mio.; 7.75 Mio.)	6.71 Mio. (6.34 Mio.; 7.10 Mio.)
Tabak (30 Tage)		3.18 Mio. (2.91 Mio.; 3.47 Mio.)	3.24 Mio. (2.95 Mio.; 3.55 Mio.)	3.07 Mio. (2.76 Mio.; 3.41 Mio.)		1.88 Mio. (1.65 Mio.; 2.11 Mio.)
Cannabis (12 Monate)				553,000 (432,000; 673,000)	432,000 (360,000; 552,000)	348,000 (279,000; 441,000)
Medikamente (12 Monate)		631,000 (510,000; 777,000)	768,000 (624,000; 936,000)	841,000 (673,000; 1.03 Mio.)	864,000 (720,000; 1.08 Mio.)	836,000 (697,000; 998,000)

Tabelle 5: Hochrechnungen der Anzahl an Personen mit klinisch relevantem Substanzkonsum nach AUDIT, FTND, SDS bzw. KFM für 18- bis 59-Jährige, Frauen, 1997-2015, Schätzung (95 % KI)

	1997	2000	2003	2006	2009	2015
Alkohol (12 Monate)	1.78 Mio. (1.52 Mio.; 2.09 Mio.)		1.92 Mio. (1.69 Mio.; 2.18 Mio.)		1.96 Mio. (1.78 Mio.; 2.20 Mio.)	2.38 Mio. (2.17 Mio.; 2.62 Mio.)
Tabak (30 Tage)		1.94 Mio. (1.75 Mio.; 2.13 Mio.)	2.13 Mio. (1.92 Mio.; 2.37 Mio.)	1.94 Mio. (1.73 Mio.; 2.17 Mio.)		1.31 Mio. (1.15 Mio.; 1.49 Mio.)
Cannabis (12 Monate)				187,000 (117,000; 257,000)	187,000 (140,000; 257,000)	204,000 (158,000; 271,000)
Medikamente (12 Monate)		958,000 (818,000; 1.10 Mio.)	1.28 Mio. (1.11 Mio.; 1.46 Mio.)	1.26 Mio. (1.07 Mio.; 1.45 Mio.)	1.05 Mio. (911,000; 1.24 Mio.)	1.24 Mio. (1.09 Mio.; 1.43 Mio.)

Tabelle 6: Hochrechnungen der Anzahl an Personen mit klinisch relevantem Substanzkonsum nach AUDIT, FTND, SDS bzw. KFM für 18- bis 59-Jährige, Gesamt, 1997-2015, Schätzung (95 % KI)

	1997	2000	2003	2006	2009	2015
Alkohol (12 Monate)	10.39 Mio. (9.71 Mio.; 11.07 Mio.)		9.86 Mio. (9.25 Mio.; 10.48 Mio.)		9.33 Mio. (8.90 Mio.; 9.80 Mio.)	9.08 Mio. (8.62 Mio.; 9.58 Mio.)
Tabak (30 Tage)		5.10 Mio. (4.76 Mio.; 5.43 Mio.)	5.38 Mio. (5.00 Mio.; 5.76 Mio.)	5.02 Mio. (4.64 Mio.; 5.40 Mio.)		3.16 Mio. (2.89 Mio.; 3.48 Mio.)
Cannabis (12 Monate)				710,000 (615,000; 899,000)	616,000 (521,000; 758,000)	550,000 (458,000; 642,000)
Medikamente (12 Monate)		1.57 Mio. (1.38 Mio.; 1.76 Mio.)	2.03 Mio. (1.84 Mio.; 2.31 Mio.)	2.08 Mio. (1.85 Mio.; 2.37 Mio.)	1.94 Mio. (1.70 Mio.; 2.18 Mio.)	2.06 Mio. (1.88 Mio.; 2.34 Mio.)