

Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland

Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015

Elena Gomes de Matos¹, Josefine Atzendorf¹, Ludwig Kraus^{1,2} und Daniela Piontek¹

¹IFT Institut für Therapieforschung, München

²Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD), Stockholm University, Stockholm

Zusammenfassung: *Ziel:* Die Verbreitung des Substanzkonsums in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung Deutschlands soll anhand aktueller Daten dargestellt werden. *Methodik:* Datengrundlage bildete der Epidemiologische Suchtsurvey 2015, eine bundesweite Befragung in der Wohnbevölkerung von 18 bis 64 Jahren ($n = 9,204$; Rücklaufquote: 52.2%). Probanden wurden zum Gebrauch von Tabak, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten befragt. *Ergebnisse:* In den letzten 30 Tagen hatten 28.7% der Befragten Tabakprodukte genutzt. Den Konsum von Alkohol in diesem Zeitraum berichteten 72.8%. Hinweise auf klinisch relevanten Konsum in den letzten 12 Monaten wiesen 28.3% (Männer) bzw. 9.6% (Frauen) auf. Die 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen lag bei 6.1% für Cannabis und bei maximal 1% für alle anderen Substanzen. Unter Medikamenten hatten Schmerzmittel die höchste Gebrauchsprävalenz (47.1%) sowie die geringste Prävalenz täglichen Gebrauchs unter Nutzern (8.6%). *Schlussfolgerungen:* Die Ergebnisse belegen die nach wie vor hohe Verbreitung des Substanzkonsums in der Allgemeinbevölkerung. Konsumprävalenz sowie Hinweise auf klinisch relevanten Konsum sind in Bezug auf legale Substanzen, die eine hohe Verfügbarkeit charakterisiert, am häufigsten. Hinweise auf klinisch relevanten Konsum illegaler Drogen bestanden bei deutlich weniger Personen. Da es sich dabei jedoch um eine besondere Risikogruppe handelt, ist deren Erreichung durch adäquate Angebote sicherzustellen.

Schlüsselwörter: Tabak, Alkohol, illegale Drogen, Medikamente, Epidemiologie

Substance use in the German general population: Results of the 2015 Epidemiological Survey of Substance Abuse

Abstract: *Aims:* We assess the extent of substance use among the adult general population in Germany. *Method:* Data come from the 2015 Epidemiological Survey of Substance Abuse, a national survey conducted among the resident population aged 18 to 64 years. With a response rate of 52.2%, the sample size was $n = 9,204$. Participants were asked about their use of alcohol, tobacco, pharmaceuticals, and illicit drugs. *Results:* Of all respondents, 28.7% had used tobacco products in the past 30 days, and 72.8% had drunk alcohol. Indications of clinically relevant use within 12 months prior to the survey were found for 28.3% of men and 9.6% of women. Regarding illicit drugs, the 12-month prevalence was 6.1% for cannabis and at most 1% for all other substances. Analgesics were the class of pharmaceuticals with the highest prevalence of use (47.1%), but the lowest prevalence of daily use among consumers of a given pharmaceutical (8.6%). *Conclusions:* Results demonstrate that the use of psychoactive substances is still highly prevalent in the general population. Prevalence of use as well as indications for clinically problematic use were highest for licit substances that are highly available. Potentially clinically relevant illicit drug use affects considerably fewer individuals. However, because they comprise a specific risk population, it should be ensured that they are reached by appropriate prevention measures.

Keywords: tobacco, alcohol, illicit drugs, pharmaceuticals, epidemiology

Einführung

Der Konsum psychoaktiver Substanzen und damit verbundene Störungen gehen nicht nur mit dem Risiko gesundheitlicher und sozialer Folgen einher (Degenhardt & Hall, 2012; Klingemann & Gmel, 2012; Lim et al., 2012), sondern auch mit erheblichen öffentlichen Ausgaben (Andlin-So-

bocki & Rehm, 2005; García-Altés, Ollé, Antoñanzas & Colom, 2002; Hansen, Oster, Edelsberg, Woody & Sullivan, 2011; Mark, Woody, Juday & Kleber, 2001). Die Summe aus direkten und indirekten Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland wird je nach Berechnungsansatz auf 26 bis 40 Milliarden Euro jährlich geschätzt. In Bezug auf den Tabakkonsum wurden sogar zwischen 36 und 79 Milliarden Euro berechnet (Adams & Effertz, 2011; Effertz,

2015). Für den Bereich der illegalen Drogen schätzte die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht unter Verwendung eines weiteren methodischen Ansatzes öffentliche Ausgaben für das Jahr 2006 auf 5.2 bis 6.1 Milliarden Euro (Pfeiffer-Gerschel et al., 2015).

Der größte Anteil der in der Bevölkerung konsumierten Substanzen wird von moderaten Konsumenten genutzt, da diese Gruppe erheblich größer ist als die Gruppe starker Konsumenten (Stockwell et al., 2004). In ähnlicher Weise ist der überwiegende Anteil substanzbezogener Probleme in einer Gesellschaft gering bis mäßig konsumierenden zuzuschreiben, da weitaus mehr Personen einen solchen moderaten Konsum aufweisen als einen Risikokonsum (Romelsjö & Danielsson, 2012). Dieses Phänomen, bei dem trotz eines höheren individuellen Risikos weniger als die Hälfte der negativen Folgen des Substanzkonsums auf Risikopopulationen zurückzuführen ist, ist als Präventionsparadox bekannt. Es wurde in Bezug auf Alkohol ausführlich untersucht (Caetano, Mills, Pinsky, Zaleski & Laranjeira, 2012; Danielsson, Wennberg, Hibell & Romelsjö, 2012; Kreitmann, 1986; Rossow & Romelsjö, 2006) und auch hinsichtlich illegaler Drogen berichtet (Romelsjö, Danielsson, Wennberg & Hibell, 2014; Stockwell et al., 2004).

Aus der Verteilung substanzbezogener Probleme in der Bevölkerung lassen sich Implikationen für die Prävention ableiten. Danach ist zur Verringerung negativer Folgen des Substanzgebrauchs zu empfehlen, neben Angeboten für Hochrisikogruppen zusätzliche bevölkerungsweite Maßnahmen anzuwenden. Dieses Prinzip ist inzwischen zumindest teilweise in der aktuellen nationalen Drogen- und Suchtstrategie der Bundesregierung enthalten, welche im Jahr 2012 verabschiedet wurde. Dort werden verstärkt nicht nur Abhängige beachtet, sondern allgemein Personen mit potentiell gesundheitsschädlichem Konsumverhalten (Pfeiffer-Gerschel et al., 2015).

Die evidenzbasierte Planung effektiver Präventions- und Interventionsmaßnahmen erfordert ein andauerndes Monitoring des Substanzgebrauchs und damit verbundener Probleme in der Allgemeinbevölkerung. Dies erlaubt die Abschätzung der aktuellen Verbreitung, die Erfassung zeitlicher Veränderungen und die Identifikation von Risikofaktoren. Dazu leistet der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA), eine in regelmäßigen Abständen durchgeführte Repräsentativbefragung der Allgemeinbevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren, einen Beitrag. In diesem Artikel werden Ergebnisse der Erhebungswelle 2015 dargestellt. Neben Konsumprävalenzen legaler und illegaler Substanzen liegt der Fokus auf der Betrachtung riskanter Konsumformen sowie auf Hinweisen für klinisch relevanten Konsum auf Basis von Screening-Skalen. Hochrechnungen auf die Bevölkerung bieten zudem eine Schätzung zur Anzahl Betroffener in Deutschland.

Methodik

Design und Stichprobe

Die Stichprobenziehung des ESA 2015 erfolgte anhand eines zweistufigen, zufälligen Auswahlverfahrens. Hierbei wurden zunächst 254 Sample-Points (Städte, Stadtteile, Gemeinden) proportional zur Grundgesamtheit bestimmt, aus welchen anschließend Zielpersonen im Alter von 18 bis 64 Jahren aus den jeweiligen Einwohnermelderegistern ausgewählt wurden. Die Ziehung der Personenadressen erfolgte nach einer systematischen Zufallsauswahl (Intervallziehung) und disproportional zu den Jahrganggruppen, um den geringeren Anteil an jungen Erwachsenen in der Gesamtbevölkerung auszugleichen. Die Datenerhebung erfolgte mithilfe eines Methodenmixes aus schriftlichen, telefonischen und internetbasierten Erhebungen. Insgesamt umfasst die bereinigte Stichprobe 9204 Personen, was einer Nettoausschöpfungsquote von 52.2% entspricht. Eine ausführliche Beschreibung von Methodik und Design der Studie findet sich bei Piontek, Kraus, Gomes de Matos und Atzendorf (2016).

Instrumente

Tabak

Die 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums schließt Personen ein, welche in diesem Zeitraum Zigarette, Pfeife, Zigarre oder Zigarillo geraucht hatten (World Health Organization [WHO], 1998). Für Konsumenten wurde die Prävalenz starken Rauchens ermittelt, was als der Konsum von durchschnittlich mindestens 20 Zigaretten pro Tag definiert und über einen Menge-Frequenz-Index ermittelt wurde. Als Indikator der Nikotinabhängigkeit in den 12 Monaten vor der Befragung wurde der Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit (FTND) herangezogen. Basierend auf sechs Fragen zu Rauchgewohnheiten und Schwierigkeiten bei Konsumverzicht können dabei maximal zehn Punkte erreicht werden. Ein Wert von vier oder mehr Punkten spricht für eine vorliegende Nikotinabhängigkeit (Breslau & Johnson, 2000; Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991).

Alkohol

Für die Gesamtstichprobe wurde die Prävalenz des Konsums von Alkohol in den letzten 30 Tagen erfasst. Darüber hinaus wurde die 30-Tage-Prävalenz des Konsums riskanter Mengen sowie des episodischen Rauschtrinkens unter Konsumenten berechnet. Als riskante Konsummenge wurde die durchschnittliche tägliche Aufnahme

von mehr als 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol definiert; dies gilt als kritischer Schwellenwert für ein stark erhöhtes Risiko gesundheitlicher Folgen (Burger, Bronstrup & Pietrzik, 2004; Seitz, Bühringer & Mann, 2008). Die Trinkmenge wurde durch einen getränkesspezifischen Menge-Frequenz-Index erhoben. Episodisches Rauschtrinken wurde definiert als der Konsum von fünf oder mehr Gläsern Alkohol an einem Tag. Hinweise auf klinisch relevanten Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten wurden mithilfe des Alcohol Use Disorder Identification Tests (AUDIT; Babor, De la Fuente, Saunders & Grand, 1989) erfasst, einem Screening-Instrument für alkoholbezogene Störungen, das Skalen zu Trinkgewohnheiten, Abhängigkeitssymptomen und alkoholbezogenen Problemen beinhaltet. Der AUDIT kann einen Maximalwert von 40 Punkten erreichen, wobei ein Schwellenwert von 8 Punkten für problematischen Alkoholkonsum spricht (Conigrave, Hall & Saunders, 1995; Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente & Grant, 1993). Für die Studie wurde die deutsche Fassung von Rist, Scheuren, Demmel, Hagen und Aulhorn (2003) verwendet.

Illegale Drogen

Prävalenzen bezogen auf die letzten 12 Monate wurden für Cannabis, Amphetamine/Methamphetamin, Ecstasy, Kokain/Crack, LSD, Heroin/andere Opiate, Pilze und neue psychoaktive Substanzen (NPS) ermittelt. Hinweise auf klinisch relevanten Konsum von Cannabis, Kokain sowie Amphetamine/Methamphetamin wurden anhand der Severity of Dependence Scale (SDS) bezogen auf die letzten 12 Monate erfasst (Gossop et al., 1995). Dieses Screening-Instrument für die Schwere einer Drogenproblematik beinhaltet fünf Fragen zu Problemen bei Konsumverzicht und Kontrollwahrnehmung. Bei einem möglichen Maximalwert von 15 Punkten wurden für die Auswertung substanzspezifische Schwellenwerte von zwei (Cannabis), drei (Kokain) bzw. vier Punkten (Amphetamine/Methamphetamin) angewandt (Kaye & Darke, 2002; Steiner, Baumeister & Kraus, 2008; Topp & Mattick, 1997).

Medikamente

Die Gebrauchsprävalenzen von Schmerzmitteln, Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln, Appetitzüglern, Antidepressiva und Neuroleptika sowie die Prävalenz des täglichen Gebrauchs unter Konsumenten wurden in Bezug auf die letzten 30 Tage vor der Erhebung erfasst. Ob in den letzten 12 Monaten Hinweise auf einen klinisch relevanten Gebrauch vorlagen wurde anhand des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KFM) erhoben. Bei einem maximalen Skalenwert von elf Punkten weist ein Wert von vier oder mehr Punkten auf einen klinisch auffälligen Gebrauch hin (Watzl, Rist, Höcker & Miehle, 1991).

Statistische Analysen

Deskriptive Daten zum Substanzkonsum werden als Prävalenzen mit 95%-Konfidenzintervallen berichtet. Die Werte wurden zudem auf die gesamtdeutsche Wohnbevölkerung im Alter zwischen 18 und 64 Jahren hochgerechnet, wobei eine Bevölkerungszahl von 50'996'806 Personen (25'720'972 Männer und 25'275'834 Frauen) angenommen wurde (Statistisches Bundesamt, Stichtag 31.12.2014). Prävalenzen wurden für Männer und Frauen sowie für beide Geschlechter aggregiert ermittelt. Detailliertere Auswertungen, beispielsweise nach Altersgruppen, finden sich auf der Homepage des Projekts unter www.esa-survey.de.

Für die Analysen wurden die Daten mit Poststratifikationsgewichten an die Verteilung der Grundgesamtheit der bundesdeutschen Bevölkerung hinsichtlich der Strukturmerkmale Alter, Geschlecht, Schulbildung, Bundesland und Gemeindegrößenklassen angeglichen. Wegen des komplexen Stichprobendesigns erfolgte die Schätzung der Standardfehler auf Basis von Taylorreihen. Die Auswertung erfolgte mit Stata 12.1 SE (Stata Corp LP; College Station, TX).

Ergebnisse

Tabak

Etwas mehr Männer (31.2%) als Frauen (26.1%) berichteten den Konsum von Tabakwaren in den letzten 30 Tagen (Tabelle 1). Dies waren zum überwiegenden Teil Zigarettenraucher; die Prävalenzen des Zigarettenrauchens waren mit 29.3 bzw. 25.8% (nicht in der Tabelle dargestellt) sehr ähnlich. Von den Konsumenten gaben insgesamt 21.4% einen starken Konsum von täglich mehr als 20 Zigaretten an, was hochgerechnet auf die Bevölkerung 2.93 Mio. Personen entspricht. Starker Konsum war bei männlichen Rauchern weiter verbreitet als bei weiblichen. Bezogen auf die Gesamtstichprobe wiesen 10.8% der Männer und 8.2% der Frauen Hinweise auf eine Nikotinabhängigkeit nach den Kriterien des FTND auf (Tabelle 5). Dies entspricht insgesamt etwa 4.84 Mio. Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren.

Alkohol

Von den Befragten gaben 72.5% an, in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken zu haben (Tabelle 2). Von den Konsumenten berichteten 35.0% mindestens eine Episode des Rauschtrinkens in diesem Zeitraum. Bei Männern lagen beide Prävalenzen höher als bei Frauen. Den Konsum riskanter Mengen gaben 21.4% der Konsumenten an. Hochgerechnet auf die Bevölkerung zwischen 18 und

Tabelle 1. Tabakkonsum in den letzten 30 Tagen: Prävalenzen, 95%-Konfidenzintervalle, Hochrechnungen auf die Bevölkerung Deutschlands (18- bis 64-Jährige)

	Männer	Frauen	Gesamt	Hochrechnung
Konsumprävalenz	31.2 [29.2;33.3]	26.1 [24.5;27.7]	28.7 [27.4;30.0]	14.64 Mio.
Starker Konsum (Konsumenten)	25.5 [22.2;29.2]	16.6 [13.8;19.8]	21.4 [18.9;24.1]	2.93 Mio.

Starker Konsum: Täglicher Konsum von mindestens 20 Zigaretten.

Tabelle 2. Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen: Prävalenzen, 95%-Konfidenzintervalle, Hochrechnungen auf die Bevölkerung Deutschlands (18- bis 64-Jährige)

	Männer	Frauen	Gesamt	Hochrechnung
Konsumprävalenz	77.1 [75.1;79.0]	67.8 [66.1;69.5]	72.5 [71.2;73.8]	36.97 Mio.
Episodisches Rauschtrinken (Konsumenten)	46.5 [44.2;48.9]	21.6 [19.9;23.4]	35.0 [33.3;36.7]	12.92 Mio.
Konsum riskanter Mengen (Konsumenten)	22.4 [20.5;24.5]	20.2 [18.6;21.8]	21.4 [20.2;22.6]	7.80 Mio.

Episodisches Rauschtrinken: Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken an mindestens einem der letzten 30 Tage. Riskanter Konsum: Durchschnittlicher Konsum von mehr als 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag.

64 Jahren entspricht dies 7.80 Mio. Personen. Hinweise auf einen problematischen Alkoholkonsum nach den Kriterien des AUDIT wiesen 28.3% der männlichen und 9.6% der weiblichen Befragten auf (Tabelle 5). Hochgerechnet entspricht dies rund 7.28 Mio. Männern und 2.43 Mio. Frauen.

Illegale Drogen

Die in den 12 Monaten vor der Befragung am häufigsten konsumierte illegale Droge war mit 6.1% Cannabis, was einer Zahl von 3.11 Mio. Konsumenten in der Bevölkerung entspricht (Tabelle 3). Männer konsumierten diese Substanz häufiger als Frauen. Amphetamine konsumierten insgesamt 1.0% der Befragten; der Konsum von Methamphetamin wurde von 0.2% der Personen angegeben. Die Konsumprävalenz für NPS lag bei 0.9%, die Prävalenzen für die übrigen Substanzen darunter. Hinweise auf einen klinisch relevanten Drogengebrauch nach den Kriterien des SDS lagen, bezogen auf die Gesamtstichprobe, am häufigsten in Bezug auf Cannabis vor. Bei einer Prävalenz von 1.4% bzw. 1.0% für Männer bzw. Frauen waren hochgerechnet auf die Bevölkerung etwa 550'000 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren betroffen (Tabelle 5). Die entsprechenden Prävalenzen in Bezug auf Kokain und Amphetamine/Methamphetamin lagen für beide Geschlechter unter 0.5% (hochgerechnet etwa je 102'000 Personen).

Medikamente

Von den erfragten Medikamenten wurden in den 30 Tagen vor der Befragung am häufigsten Schmerzmittel eingenommen (47.1%), gefolgt von Schlaf- bzw. Beruhigungsmitteln (5.2%) und Antidepressiva (4.9%; Tabelle 4). Frauen berichteten den Gebrauch dieser Arzneimittel häufiger als Männer. Unter Konsumenten der jeweiligen Medikamentengruppe wurden Schmerzmittel mit 8.6% am seltensten täglich eingenommen. Der tägliche Gebrauch war unter Konsumenten von Neuroleptika (91.3%) und Antidepressiva (87.5%) am weitesten verbreitet. Geschlechtsunterschiede bezüglich des täglichen Gebrauchs waren statistisch nicht signifikant. Hinweise auf einen klinisch relevanten Medikamentengebrauch nach den Kriterien des KFM wiesen 6% der weiblichen und 4.5% der männlichen Befragten auf (Tabelle 5).

Diskussion

Die Ergebnisse geben einen Überblick über die Verbreitung des Gebrauchs verschiedener psychoaktiver Substanzen, unterschiedlicher Konsumformen sowie von Hinweisen auf klinisch relevanten Gebrauch auf Basis von Screening-Instrumenten. Als Datenbasis diente der ESA 2015, eine bundesweite Repräsentativbefragung in der Wohnbevölkerung Deutschlands zwischen 18 und 64 Jahren.

Tabelle 3. Konsum illegaler Drogen in den letzten 12 Monaten: Prävalenzen, 95%-Konfidenzintervalle, Hochrechnungen auf die Bevölkerung Deutschlands (18- bis 64-Jährige)

	Männer	Frauen	Gesamt	Hochrechnung
Konsumprävalenz				
Cannabis	7.4 [6.5;8.3]	4.9 [4.2;5.6]	6.1 [5.6;6.7]	3.11 Mio.
Amphetamine/Methamphetamin	1.3 [1.0;1.8]	0.8 [0.5;1.2]	1.1 [0.8;1.4]	539'000
Amphetamine	1.3 [1.0;1.8]	0.8 [0.5;1.2]	1.0 [0.8;1.4]	534'000
Methamphetamin	0.2 [0.1;0.6]	0.2 [0.1;0.6]	0.2 [0.1;0.4]	106'000
Ecstasy	0.7 [0.5;1.1]	0.6 [0.4;0.9]	0.6 [0.5;0.9]	306'000
LSD	0.2 [0.1;0.6]	0.3 [0.1;0.6]	0.3 [0.1;0.5]	153'000
Heroin/andere Opiate	0.3 [0.1;0.6]	0.3 [0.2;0.7]	0.3 [0.2;0.5]	153'000
Kokain/Crack	0.8 [0.5;1.2]	0.5 [0.3;0.9]	0.6 [0.4;0.9]	306'000
Halluzinogene Pilze	0.4 [0.2;0.8]	0.3 [0.1;0.6]	0.4 [0.2;0.6]	204'000
Neue psychoaktive Substanzen	0.9 [0.6;1.3]	0.9 [0.6;1.3]	0.9 [0.7;1.2]	459'000
Mindestens eine Droge	8.4 [7.4;9.4]	5.8 [5.1;6.6]	7.1 [6.5;7.8]	3.63 Mio.

Kategorie „Mindestens eine Droge“ umfasst Cannabis, Amphetamine/Methamphetamin, Ecstasy, LSD, Heroin/andere Opiate, Kokain/Crack, Halluzinogene Pilze und neue psychoaktive Substanzen.

Am häufigsten wurden legale Substanzen konsumiert, angeführt von Alkohol, gefolgt von Schmerzmitteln und Tabakprodukten. Diese Ergebnisse wurden auch in vorherigen epidemiologischen Studien gefunden (Jacobi et al., 2014; Orth & Töppich, 2015a; Orth & Töppich, 2015b; Pabst, Kraus, Gomes de Matos & Piontek, 2013).

Die Konsumprävalenz für Tabak von 28.7% deckt sich sehr gut mit derjenigen, die in anderen bundesweiten epidemiologischen Studien berichtet wurde (Lampert, von der Lippe & Müters, 2013; Robert Koch-Institut, 2014). Die Raucherrate liegt in Deutschland etwas über dem gesamteuropäischen Wert, was vorrangig auf eine vergleichsweise hohe Prävalenz unter Frauen zurückzuführen ist (WHO, 2013). Es ist davon auszugehen, dass etwa zwei Drittel der rauchenden Erwachsenen bereits einen Aufhörversuch hinter sich haben (Kröger, Gomes de Matos, Piontek & Wenig, 2015). Dies lässt darauf schließen, dass eine Aufhörmotivation vielfach vorhanden ist und ein verstärktes Einsetzen von Maßnahmen zur Erfolgssteigerung des Rauchstopps wesentlich dazu beitragen könnte, die Raucherquote weiter zu verringern. Effekte verhältnispräventiver Maßnahmen, in deren Rahmen die Verfügbarkeit von Tabakwaren in den letzten Jahren reduziert wurde, könnten damit unterstützt wer-

den. Aktuell bestehen noch deutliche Diskrepanzen zwischen den bei Aufhörversuchen genutzten Hilfsmitteln und den als am effektivsten eingeschätzten Unterstützungen (Kröger et al., 2015).

Internationale Studien belegen, dass Deutschland im europäischen Vergleich erhöhte Werte verschiedener Indikatoren des Alkoholkonsums aufweist (WHO, 2014). Im ESA berichtete etwa ein Drittel der Konsumenten von mindestens einer Episode des Rauschtrinkens in den 30 Tagen vor der Befragung, und etwa jeder Fünfte von Trinkmengen oberhalb der von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen empfohlenen Grenzwerte. Ersteres ist mit einem erhöhten Risiko insbesondere für akute Probleme verbunden, letzteres vergleichsweise stärker mit chronischen Folgen (Rehm, Room & Taylor, 2008; Smyth et al., 2015). Es besteht starke Evidenz, dass eine Verringerung der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke nicht nur mit einer Minderung des Alkoholkonsums insgesamt, sondern auch mit der Reduktion der Verbreitung problematischer Konsummuster einhergehen würde (Babor et al., 2010). Unter Jugendlichen ist eine geringere subjektive Verfügbarkeit von Alkohol mit seltenerem Rauschkonsum assoziiert (Suchert, Hanewinkel & Morgenstern, 2014). Neben Preisregulierungen haben sich in

Tabelle 4. Gebrauch von Medikamenten in den letzten 30 Tagen: Prävalenzen, 95%-Konfidenzintervalle, Hochrechnungen auf die Bevölkerung Deutschlands (18- bis 64-Jährige)

	Männer	Frauen	Gesamt	Hochrechnung
Gebrauchsprävalenz				
Schmerzmittel	38.6 [36.8;40.4]	55.7 [54.0;57.4]	47.1 [45.9;48.3]	24.02 Mio.
Schlaf- und Beruhigungsmittel	3.7 [2.9;4.6]	6.7 [6.0;7.6]	5.2 [4.6;5.8]	2.65 Mio.
Anregungsmittel	0.7 [0.5;1.1]	0.6 [0.4;0.9]	0.7 [0.5;0.9]	357'000
Appetitzügler	0.1 [0.0;0.3]	0.4 [0.3;0.7]	0.3 [0.2;0.4]	153'000
Antidepressiva	4.0 [3.1;5.0]	5.9 [5.1;6.8]	4.9 [4.3;5.6]	2.50 Mio.
Neuroleptika	1.4 [1.0;2.1]	1.2 [0.9;1.8]	1.3 [1.0;1.7]	663'000
Mindestens ein Medikament	42.1 [40.2;43.9]	58.9 [57.2;60.5]	50.4 [49.2;51.7]	25.71 Mio.
Täglicher Gebrauch (Konsumenten)				
Schmerzmittel	10.4 [8.5;12.7]	7.4 [6.1;8.8]	8.6 [7.5;9.9]	2.07 Mio.
Schlaf- und Beruhigungsmittel	28.7 [19.3;40.4]	27.2 [21.1;34.3]	27.7 [22.4;33.9]	733'000
Anregungsmittel	25.8 [11.4;48.2]	68.9 [47.7;84.4]	45.1 [29.6;61.6]	156'000
Appetitzügler	24.5 [2.7;79.1]	27.1 [11.4;51.6]	26.6 [12.1;48.9]	37'000
Antidepressiva	85.7 [77.1;91.5]	88.7 [83.0;92.7]	87.5 [82.9;91.0]	2.19 Mio.
Neuroleptika	85.8 [66.8;94.8]	97.7 [89.8;99.5]	91.3 [80.4;96.4]	623'000
Mindestens ein Medikament	19.6 [17.1;22.3]	17.6 [15.9;19.5]	18.4 [17.2;20.0]	4.73 Mio.

Kategorie „Mindestens ein Medikament“ umfasst Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva und Neuroleptika. Täglicher Gebrauch: Bezieht sich auf Konsumenten der jeweiligen Medikamentengruppe.

einer Simulationsstudie zudem Kurzinterventionen im medizinischen Rahmen und Werbeverbote als besonders effektiv zur Reduktion riskanten Konsums herausgestellt (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2015).

Die Ergebnisse des AUDIT weisen bei etwa jeder zehnten Frau und jedem vierten Mann auf einen klinisch relevanten Konsum hin. Diese Schätzungen fallen im ESA deutlich niedriger aus als in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) und der Studie Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA) 2012, bei denen lediglich eine Subskala des AUDIT zu Konsummenge und -mustern angewandt wurde (Hapke, von der Lippe & Gaertner, 2013; Robert Koch-Institut, 2014). Die Diskrepanz zwischen den Ergebnissen unter Verwendung des vollständigen AUDIT und der Subskala betont, dass eine reine Erfassung von Trinkparametern für eine umfassende Einschätzung des Ausmaßes alkoholbezogener Pro-

bleme unzureichend ist. Stattdessen wird empfohlen, eine Bandbreite von Bereichen zu erfragen, auf die sich solche Probleme beziehen können.

Aus dem Bereich der illegalen Drogen wurde Cannabis mit einer Prävalenz von 6.1% in den 12 Monaten vor der Befragung am häufigsten konsumiert. Mit einer deutlich geringeren Konsumprävalenz von 1.1% folgten darauf Amphetamine/Methamphetamin. Im internationalen Vergleich entspricht die Prävalenz des Cannabiskonsums in Deutschland etwa dem Niveau des europäischen Gesamtwertes, während der Konsum von Amphetaminen leicht darüber liegt (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2015a).

Hochgerechnet auf die Bevölkerung bestanden im Jahr 2015 bei schätzungsweise rund 550'000 Personen (300'000 Männer und 250'000 Frauen) in Deutschland Hinweise auf einen klinisch relevanten Cannabiskonsum. Die Schätzung der Personen mit einem klinisch

Tabelle 5. Hinweise auf klinisch relevanten Konsum: Prävalenzen, 95%-Konfidenzintervalle, Hochrechnungen auf die Bevölkerung Deutschlands (18- bis 64-Jährige)

	Männer	Frauen	Gesamt	Hochrechnung
Tabak	10.8 [9.4;12.3]	8.2 [7.1;9.3]	9.5 [8.6;10.5]	4.84 Mio.
Alkohol	28.3 [26.6;30.0]	9.6 [8.7;10.6]	19.0 [18.0;20.1]	9.69 Mio.
Cannabis	1.4 [1.1;1.9]	1.0 [0.7;1.4]	1.2 [1.0;1.5]	612'000
Kokain	0.2 [0.1;0.6]	0.1 [0.0;0.5]	0.2 [0.1;0.4]	102'000
Amphetamine/Methamphetamin	0.2 [0.1;0.6]	0.3 [0.1;0.6]	0.2 [0.1;0.5]	102'000
Mindestens eine Droge	1.7 [1.3;2.2]	1.1 [0.8;1.6]	1.4 [1.2;1.7]	714'000
Medikamente	4.5 [3.7;5.4]	6.0 [5.3;6.9]	5.2 [4.7;5.9]	2.65 Mio.

Verwendete Erhebungsinstrumente: Tabak: Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit (FTND), Cutoff-Wert = 4; Alkohol: Alcohol Use Disorder Identification Tests (AUDIT), Cutoff-Wert = 8; Cannabis, Kokain, Amphetamine/Methamphetamin: Severity of Dependence Scale (SDS), Cutoff-Werte = 2, 3 bzw. 4; Medikamente: Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM), Cutoff-Wert = 4. Die Kategorie „Mindestens eine Droge“ umfasst Cannabis, Kokain und Amphetamine/Methamphetamin.

relevanten Konsum von Amphetaminen oder Methamphetamin liegt bei 127'000. Diese Personen weisen nicht nur ein erhebliches Risiko für starken Konsum anderer Substanzen auf, sondern auch für nicht-substanzbezogene psychische Störungen (EMCDDA, 2015b; Hoehne, Pabst, Hannemann & Kraus, 2014). Die Erreichung der Betroffenen durch adäquate sekundärpräventive Maßnahmen ist vor diesem Hintergrund besonders bedeutsam.

Im ESA 2015 wurden erstmals epidemiologische Daten zum Konsum von Methamphetamin in Deutschland erhoben. Auf Ebene der Gesamtstichprobe handelt es sich dabei bei einer 12-Monats-Prävalenz von 0.2% um eine der selten konsumierten Drogen auf einem vergleichbaren Niveau wie LSD oder Heroin. Um die Vermutung einer besonderen regionalen Belastung zu prüfen (Been et al., 2016), wurde in verschiedenen Bundesländern größere Stichproben im Rahmen einer Aufstockung des ESA 2015 erhoben. Die Ergebnisse dieser bundeslandspezifischen Erhebungen werden Ende des Jahres 2016 zur Verfügung stehen.

Neue psychoaktive Substanzen nehmen im Bereich der Drogen eine Sonderstellung ein, da nur einige der unter diesem Begriff zusammengefassten Substanzen ins Betäubungsmittelgesetz aufgenommen und damit als illegal einzustufen sind. Anzahl und Volumen der auf dem Markt verfügbaren NPS sind in den letzten Jahren stark gestiegen (EMCDDA, 2015c). Der erhebliche zeitliche Aufwand, den es bedarf, um eine Substanz dem Betäubungsmittelgesetz zu unterstellen, führt dazu, dass neue Substanzen schneller auf den Markt gelangen, als sie reguliert werden können. Zurzeit unternehmen europäische Staa-

ten unterschiedliche Bemühungen, dieser Herausforderung auf Basis bestehender oder neuer Gesetze zu begegnen. In Italien konnten beispielsweise Produkte konfisziert werden, da die darin enthaltenen synthetischen Cannabinoide unzureichend auf der Verpackung deklariert waren (EMCDDA, 2015d). In Deutschland liegt aktuell ein Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Verbreitung von NPS vor (Bundesministerium für Gesundheit, 2015). Mit einer 12-Monats-Prävalenz von 0.9% ist der Konsum dieser Substanzen in Deutschland weiter verbreitet als der von Ecstasy oder Kokain.

In epidemiologischen Studien kann im Gegensatz zu Analysen von Krankenkassen-Daten neben ärztlichen Verschreibungen auch der Gebrauch nicht ärztlich verschriebener Medikamente erfasst werden, die schätzungsweise etwa die Hälfte aller verkauften Arzneimittelpackungen ausmachen (Glaeske, 2015), sowie von Gebrauchsmustern. In den 30 Tagen vor der Befragung wurden Schmerzmittel von fast der Hälfte der Personen eingenommen. Damit stellen sie die Medikamentengruppe mit der höchsten Gebrauchsprävalenz dar. Der tägliche Gebrauch unter Personen, die Präparate der jeweiligen Medikamentengruppe eingenommen hatten, war hingegen in Bezug auf alle anderen Medikamente höher. Obgleich Arzneimittel fraglos wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung sind, geht ihr Gebrauch mit dem Risiko für unerwünschte und Wechselwirkungen sowie für Missbrauch und Abhängigkeit einher (Haider, Johnell, Thorslund & Fastbom, 2007; Pabst et al., 2013). In der aktuellen Erhebung des ESA bestanden bei 6.0% der Frauen und 4.5% der Männer Hinweise auf einen klinisch relevan-

ten Medikamentengebrauch. Obgleich das verwendete Instrument nicht zwischen verschiedenen Arzneimittelgruppen differenziert, zeigen bisherige Studien, dass Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten am häufigsten in Bezug auf Schmerzmittel bestehen, deren Gebrauch am weitesten verbreitet ist (Pabst et al., 2013; Knopf & Grams, 2013). Des Weiteren sind Schlaf- und Beruhigungsmittel als wichtige Medikamente in Bezug auf medikamentenbezogene Störungen anzunehmen, da einige Substanzklassen ein besonderes Abhängigkeitspotential aufweisen (Glaeske, 2015). Die Erhebung lässt keinen Rückschluss darauf zu, inwieweit die eingenommenen Medikamente ärztlich verschrieben wurden. Analysen von Versicherungsdaten weisen darauf hin, dass Verordnungen häufig ohne entsprechende Indikation oder über längeren Zeitraum als empfohlen erfolgen (Tholen, 2012). Zur Prävention problematischen Medikamentengebrauchs im Rahmen ärztlicher Behandlungen ist eine Orientierung an bestehenden Richtlinien förderlich.

Geschlechtsunterschiede finden sich hinsichtlich fast aller Substanzen. Der Medikamentengebrauch war bezüglich der meisten Arzneimittelgruppen bei Frauen stärker verbreitet als bei Männern. Diese Unterschiede hoben sich jedoch bei Betrachtung der täglichen Einnahme unter Konsumenten eines Medikamentes auf. Für die übrigen Substanzen zeigten Frauen im Vergleich zu Männern geringere oder gleiche Prävalenzen. Tabak wurde von Männern nicht nur häufiger konsumiert als von Frauen, männliche Raucher zeigten auch öfter einen starken Konsum. Weiterhin tranken Männer öfter Alkohol als Frauen, und mehr männliche als weibliche Konsumenten berichteten episodisches Rauschtrinken. Der Anteil an Konsumenten, die Alkohol in riskanten Mengen konsumierten, lag hingegen bei beiden Geschlechtern gleich hoch. Unterschiedliche Geschlechterverteilungen bei episodischem Rauschtrinken und dem Konsum riskanter Mengen könnten darauf hindeuten, dass selbst unter Konsumenten großer Mengen Männer häufiger als Frauen eine hohe Anzahl an Getränken zu einer Gelegenheit trinken, was als besonders riskantes Trinkmuster einzuschätzen ist. Diese Annahme ist konsistent mit dem Ergebnis, dass sich für Alkohol deutliche Geschlechtsunterschiede im potentiell klinisch relevanten Gebrauch zeigen. Während die Kriterien des AUDIT bei etwa jedem vierten Mann auf eine alkoholbezogene Störung hinweisen, war dies bei nur etwa jeder zehnten Frau der Fall. Diese Diskrepanz spiegelt sich auch in Schätzungen zu alkoholbezogener Mortalität wider. Diese gehen von einer dreifach erhöhten Rate für Männer im Vergleich zu Frauen aus (Kraus et al., 2015).

Als Stärke des ESA ist hervorzuheben, dass die Verbreitung einer Vielzahl von Substanzen an einer Stichprobe erfasst wurde, deren Größe auch bei geringen Präva-

lenzen verlässliche Schätzungen erlaubt. Das komplexe Untersuchungsdesign gewährleistet, dass die gezogene Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation ist. Die Antwortrate von 52.2% ist im Kontext vergleichbarer Studien als gut zu bewerten (Aust & Schröder, 2009; Kamtsiuris et al., 2013). Trotzdem besteht das Risiko von Verzerrungen durch systematische Nichtteilnahme bestimmter Konsumentengruppen. Ergebnisse einer Nonresponse-Analyse deuten beispielsweise darauf hin, dass Personen, die nicht an der Studie teilnahmen, im Monat vor der Erhebung seltener Alkohol getrunken hatten, aber Konsumenten häufiger Rauschkonsum berichteten (Piontek et al., 2016). Durch Verwendung einer GewichtungsvARIABLE wurde die Stichprobe jedoch in den vorliegenden Analysen bezüglich wesentlicher demografischer Variablen an die Verteilung der Bevölkerung angepasst, so dass die Ergebnisse als repräsentativ hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bildung und siedlungsstruktureller Verteilung gewertet werden können. Ein weiteres Risiko für Verzerrungen der Ergebnisse ergibt sich aus der Erfassung in Form von Selbstberichten, die zudem zwischen Erhebungsmodi variieren (Gorber, Schofield-Hurwitz, Hardt, Levasseur & Tremblay, 2009; Piontek et al., 2016; Stockwell et al., 2016). Bei der Interpretation der Ergebnisse des ESA ist zu beachten, dass Teile der Bevölkerung nicht in die Grundgesamtheit der Erhebung fallen. Dies gilt für Personen außerhalb des Altersbereichs der Studie wie auch für Subgruppen wie beispielsweise Wohnungslose, die durch das verwendete Studiendesign nicht erreicht werden können und bei denen von einer erhöhten Prävalenz riskanten Substanzkonsums auszugehen ist (Fazel, Khosla, Doll & Geddes, 2008).

Zusammenfassend belegen die Ergebnisse des ESA 2015 die nach wie vor weite Verbreitung psychoaktiver Substanzen und problematischer Konsummuster in der Allgemeinbevölkerung. Dies gilt insbesondere für legale Substanzen, die durch hohe Verfügbarkeit charakterisiert sind. Eine Kombination verschiedener Maßnahmen, bei denen ein verhältnispräventiver Ansatz zentral ist, haben sich als effektiv zur Reduktion des Konsums und damit verbundener Probleme erwiesen (Babor et al., 2010; Levy, Blackman, Currie & Mons, 2013; OECD, 2015). Im Bereich der Arzneimittel bedarf es zudem detaillierter Forschung, um unterschiedliche Formen missbräuchlichen Konsums zu identifizieren und zu quantifizieren. Verglichen mit legalen Substanzen bestanden bezüglich illegaler Drogen bei deutlich weniger Personen Hinweise auf einen klinisch relevanten Konsum. Da es sich dabei jedoch um eine besondere Risikogruppe handelt, ist deren Erreichung durch adäquate Angebote sicherzustellen.

Danksagung

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

Kurzvita

Dipl. Psych. Elena Gomes de Matos
1984 in Mainz geboren
2005–2011 Psychologiestudium in Greifswald, Lissabon und Évora (Portugal)
Seit 2012 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe Epidemiologie und Diagnostik am IFT Institut für Therapieforschung München

Deklaration möglicher Interessenkonflikte

Ludwig Kraus und Daniela Piontek wurden in einem Forschungsprojekt zur Epidemiologie von Alkoholabhängigkeit von Lundbeck GmbH gefördert.

Literatur

- Adams, M. & Effertz, T. (2011). Volkswirtschaftliche Kosten des Alkohol- und Tabakkonsums. In M. V. Singer, A. Batra & K. Mann (Hrsg.), *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen* (S. 57–62). Stuttgart: Thieme.
- Andlin-Sobocki, P. & Rehm, J. (2005). Costs of addiction in Europe. *European Journal of Neurology*, 12(Suppl. 1), 28–33.
- Aust, F. & Schröder, H. (2009). Sinkende Stichprobenausschöpfung in der Umfrageforschung – ein Bericht aus der Praxis. In M. Weichbold, J. Bacher & C. Wolf (Hrsg.), *Umfrageforschung – Herausforderungen und Grenzen* (S. 195–212). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., ... Rossow, I. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- 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.
- Been, F., Bijlsma, L., Benaglia, L., Berset, J.-D., Botero-Coy, A. M., Castiglioni, S., ... Ort, C. (2016). Assessing geographical differences in illicit drug consumption – A comparison of results from epidemiological and wastewater data in Germany and Switzerland. *Drug and Alcohol Dependence*, 161, 189–199.
- Breslau, N. & Johnson, E. O. (2000). Predicting smoking cessation and major depression in nicotine-dependent smokers. *American Journal of Public Health*, 90, 1122–1127.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2015). Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Verbreitung neuer psychoaktiver Stoffe. Verfügbar unter https://legal-high-inhaltsstoffe.de/sites/default/files/uploads/2015-10-15_refentwurf_npsg-1.pdf
- Burger, M., Bronstrup, A. & Pietrzik, K. (2004). Derivation of tolerable upper alcohol intake levels in Germany: A systematic review of risks and benefits of moderate alcohol consumption. *Preventive Medicine*, 39(1), 111–127.
- Caetano, R., Mills, B., Pinsky, I., Zaleski, M. & Laranjeira, R. (2012). The distribution of alcohol consumption and the prevention paradox in Brazil. *Addiction*, 107, 60–68.
- Conigrave, K. M., Hall, W. D. & Saunders, J. B. (1995). The AUDIT questionnaire: Choosing a cut-off score. *Addiction*, 90, 1349–1356.
- Danielsson, A.-K., Wennberg, P., Hibell, B. & Romelsjö, A. (2012). Alcohol use, heavy episodic drinking and subsequent problems among adolescents in 23 European countries: Does the prevention paradox apply? *Addiction*, 107, 71–80.
- Degenhardt, L. & Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet*, 379, 55–70.
- Effertz, T. (2015). *Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums. Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas*. Peter Lang: Frankfurt am Main.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2015a). *Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen 2015*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2015b). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2015c). *New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System (March 2015)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2015d). *Perspectives on Drugs. Legal approaches to controlling new psychoactive substances*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H. & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLOS Medicine*, 5, 1670–1681.
- García-Altés, A., Ollé, J. M., Antónanzas, F. & Colom, J. (2002). The social cost of illegal drug consumption in Spain. *Addiction*, 97, 1145–1153.
- Glaeske, G. (2015). Medikamente 2013 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2015* (S. 102–126). Lengerich: Pabst.
- Gorber, S. C., Schofield-Hurwitz, S., Hardt, J., Levasseur, G. & Tremblay, M. (2009). The accuracy of self-reported smoking: A systematic review of the relationship between self-reported and cotinine-assessed smoking status. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(1), 12–24.
- 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.
- Haider, S. I., Johnell, K., Thorslund, M. & Fastbom, J. (2007). Trends in polypharmacy and potential drug-drug interactions across educational groups in elderly patients in Sweden for the period 1992–2002. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 45, 643–653.
- Hansen, R. N., Oster, G., Edelsberg, J., Woody, G. E. & Sullivan, S. D. (2011). Economic costs of nonmedical use of prescription opioids. *Clinical Journal of Pain*, 27, 194–202.

- Hapke, U., von der Lippe, E. & Gaertner, B. (2013). Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56, 809–813.
- Heatherston, 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.
- Hoehne, B., Pabst, A., Hannemann, T.-V. & Kraus, L. (2014). Patterns of concurrent alcohol, tobacco, and cannabis use in Germany: Prevalence and correlates. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 21, 102–109.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85, 77–87.
- Kamtsiuris, P., Lange, M., Hoffmann, R., Schaffrath Rosario, A., Dahm, S., Kuhnert, R. & Kurth, B. M. (2013). Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56, 620–630.
- Kaye, S. & Darke, S. (2002). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction*, 97, 727–731.
- Klingemann, H. & Gmel, G. (2012). *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Dordrecht: Kluwer.
- Knopf, H. & Grams, D. (2013). Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56, 868–877.
- Kraus, L., Østhus, S., Amundsen, E. J., Piontek, D., Härkönen, J., Legleye, S., ... Törrönen, J. (2015). Changes in mortality due to major alcohol-related diseases in four Nordic countries, France and Germany between 1980 and 2009: A comparative age-period-cohort analysis. *Addiction*, 110, 1443–1452.
- Kreitman, N. (1986). Alcohol consumption and the preventive paradox. *British Journal of Addiction*, 81, 353–363.
- Kröger, C. B., Gomes de Matos, E., Piontek, D. & Wenig, J. R. (2015). Ausstiegsversuche und Hilfsmittelnutzung unter Rauchern in Deutschland: Ergebnisse aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2012. *Gesundheitswesen*. doi 10.1055/s-0035-1548913
- Lampert, T., von der Lippe, E. & Müters, S. (2013). Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56, 802–808.
- Levy, D. T., Blackman, K., Currie, L. M. & Mons, U. (2013). Germany SimSmoke: The effect of tobacco control policies on future smoking prevalence and smoking-attributable deaths in Germany. *Nicotine & Tobacco Research*, 15, 465–473.
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ... Ezzati, M. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2224–2260.
- Mark, T. L., Woody, G. E., Juday, T. & Kleber, H. D. (2001). The economic costs of heroin addiction in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 195–206.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development. (2015). *Tackling harmful alcohol use: Economics and public health policy*. doi 10.1787/9789264181069-en
- Orth, B. & Töppich, J. (2015a). *Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Orth, B. & Töppich, J. (2015b). *Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*, 59, 321–331.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Dammer, E., Karachaliou, K., Budde, A. & Rummel, C. (2015). *Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD: Workbook Drogenpolitik*. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.
- Piontek, D., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Atzendorf, J. (2016). Der Epidemiologische Suchtsurvey 2015: Studiendesign und Methodik. *Sucht*, 62 (5), 259–269.
- Rehm, J., Room, R. & Taylor, B. (2008). Method for moderation: measuring lifetime risk of alcohol-attributable mortality as a basis for drinking guidelines. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17, 141–151.
- 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. Küfner (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich. Version 3.00*. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen e. V.
- Robert Koch-Institut. (2014). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Romelsjö, A. & Danielsson, A.-K. (2012). Does the prevention paradox apply to various alcohol habits and problems among Swedish adolescents? *European Journal of Public Health*, 22 (6), 899–903.
- Romelsjö, A., Danielsson, A.-K., Wennberg, P. & Hibell, B. (2014). Cannabis use and drug-related problems among adolescents in 27 European countries: The utility of the prevention paradox. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31, 359–370.
- Rosow, I. & Romelsjö, A. (2006). The extent of the "prevention paradox" in alcohol problems as a function of population drinking patterns. *Addiction*, 101, 84–90.
- 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.
- Seitz, H. K., Bühringer, G. & Mann, K. (2008). Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2008* (S. 205–208). Geesthacht: Neuland.
- Smyth, A., Teo, K. K., Rangarajan, S., O'Donnell, M., Zhang, X., Rana, P., ... Yusuf, S. (2015). Alcohol consumption and cardiovascular disease, cancer, injury, admission to hospital, and mortality: A prospective cohort study. *Lancet*, 386, 1945–1954.
- 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(Sonderheft 1), S57–S63.
- Stockwell, T., Toumbourou, J. W., Letcher, P., Smart, D., Sanson, A. & Bond, L. (2004). Risk and protection factors for different intensities of adolescent substance use: When does the Prevention Paradox apply? *Drug and Alcohol Review*, 23, 67–77.
- Stockwell, T., Zhao, J., Greenfield, T., Li, J., Livingston, M. & Meng, Y. (2016). Estimating under- and over-reporting of drinking in

- national surveys of alcohol consumption: Identification of consistent biases across four English-speaking countries. *Addiction*, 111, 1203–1213.
- Suchert, V., Hanewinkel, R. & Morgenstern, M. (2014). Wahrgenommene Verfügbarkeit und Alkoholkonsum Jugendlicher im Längsschnitt. *Sucht*, 60, 279–287.
- Tholen, K. (2012). Nicht-opioide Analgetika und schwach wirkende Opioide. In G. Glaeske & C. Schicktanz (Hrsg.), *BARMER GEK Arzneimittelreport 2012. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 14* (S. 96–113). Siegburg: Asgard.
- Topp, L. & Mattick, R. P. (1997). Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. *Addiction*, 92, 839–845.
- 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.
- World Health Organization. (1998). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization.
- Manuskript eingereicht: 04.04.2016
Angenommen nach Revision: 17.06.2016

Elena Gomes de Matos

IFT Institut für Therapieforschung
Parzivalstraße 25
80804 München
Deutschland
gomesdematos@ift.de