DOI 10.1463/2008.07.03

▶ Ludwig Kraus[1], Tim Pfeiffer-Gerschel[1] & Alexander Pabst[1]

Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006

Cannabis and other illegal drugs: prevalence, consumption patterns and trends. Results of the 2006 Epidemiological Survey of Substance Abuse

Key words
Population survey, illegal drugs, cannabis-related disorders, trends

Schlüsselwörter
Bevölkerungsbefragung, illegale Drogen, cannabisbezogene Störungen, Trends

Abstract

Aims: *The cross-sectional Epidemiological Survey on Substance Abuse (ESA) which has been conducted in the German adult population since 1980, was continued in 2006, providing current data on the prevalence of, patterns of, and trends in illegal drug use.* ***Method:*** *A representative sample of 7,912 18- to 64-year-old adults was drawn from the general population. The survey used self-administered questionnaires and telephone interviews (mixed-mode design; 45 % response rate).* ***Results:*** *After a continuous increase since the mid-1980s, the prevalence of illegal drug use among young adults decreased between 2003 and 2006. Whereas among 18- to 39-year-olds, the 12-month prevalence rates of other illegal drugs has not changed across time, the proportion of cannabis users decreased significantly from 2003 (11.8 %) to 2006 (9.2 %). However, the proportion of cannabis-use disorders increased somewhat occurring among 1,1 % the adult population (abuse 0.7 %; dependence 0.4 %).* ***Conclusions:*** *The observed trends indicate that the prevalence of illicit drug use has stabilized. The relatively constant prevalence rates of regular cannabis use (last 30-day prevalence) over time indicate that the recent variations in cannabis-use prevalence were due to changes in experimental use.*

Zusammenfassung

Ziel: Der seit 1980 durchgeführte Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) liefert mit der Erhebung 2006 aktuelle Daten zu Prävalenz, Mustern und Trends illegalen Drogenkonsums. **Methodik:** Repräsentative Bevölkerungsstichprobe von 7.912 Erwachsenen im Alter von 18–64 Jahren. Die Datenerhebung erfolgte als schriftliche Befragung bzw. telefonisches Interview (Mixed-Modus-Design; Antwortrate: 45 %). **Ergebnisse:** Nach einer Zunahme der Prävalenzwerte illegalen Drogenkonsums bei jungen Erwachsenen von 1986 bis 2003 war 2006 ein Rückgang festzustellen. Während die 12-Monats-Prävalenzwerte des Konsums anderer illegaler Drogen nur geringfügige zeitliche Änderungen aufweisen, ging der Anteil des Cannabiskonsums (letzte 12 Monate) 18- bis 39-Jähriger von 2003 (11,8 %) bis 2006 (9,2 %) signifikant zurück. Leicht gestiegen ist die Prävalenz cannabisbezogener Störungen, die bei insgesamt 1,1 % der 18- bis 64-Jährigen (Missbrauch 0,7 %, Abhängigkeit 0,4 %) festgestellt wurden. **Schlussfolgerungen:** Trendbeobachtungen sprechen für eine Stabilisierung des Konsums illegaler Drogen. Die seit zehn Jahren relativ konstanten Prävalenzwerte aktuellen Cannabiskonsums (30-Tage-Prävalenz) sprechen dafür, dass die in der Vergangenheit beobachtete Zunahme des Cannabiskonsums auf die Variation des Probierkonsums zurückzuführen war.

Einleitung

Die durch den Konsum illegaler Drogen verursachten gesundheitlichen und sozialen Schäden nehmen in der öffentlichen Diskussion einen hohen Stellenwert ein. Ein wichtiger Gradmesser der Entwicklung der gesellschaftlichen Belastung durch Substanzkonsum sind neben den Gesundheitsindikatoren Mortalität und Morbidität insbesondere Schätzungen zur Zahl der Drogenkonsumenten und der Personen mit drogenbezogenen Störungen nach diagnostischen Kriterien. Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation kommen insgesamt zu einem Anteil von weniger als 1 % der weltweit durch Drogen verursachten Krankheitsbelastung (Ezzati et al., 2002). Der durch illegale Drogen verursachte Anteil an der Gesamtzahl der von 26 ausgewählten gesundheitlichen Risikofaktoren durch Morbidität verlorenen Lebensjahre liegt an siebzehnter Stelle. Verglichen damit verursachen Tabak und Alkohol 4,1 % bzw. 4,0 % der durch die Gesamtmorbidität verlorenen Lebensjahre und stellen damit weltweit nach Untergewicht, ungeschütztem Geschlechtsverkehr und Bluthochdruck die viert- und fünftwichtigsten gesundheitlichen Risikofaktoren dar.

1 IFT Institut für Therapieforschung, München

Aus dem jüngsten Bericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) geht hervor, dass Cannabis in den Ländern der Europäischen Union (EU) nach wie vor die am weitesten verbreitete illegale psychoaktive Substanz darstellt, gefolgt von Kokain, Ecstasy und Amphetaminen (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2007). Nach einem in den meisten Ländern der EU über lange Jahre anhaltenden Trend der Zunahme des Konsums von Cannabis, weisen aktuelle Schätzungen insbesondere in Ländern mit einer hohen Prävalenz auf einen stabilen bis abnehmenden Verlauf der Konsumprävalenz bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen hin. Für Kokain, der europaweit am zweit weitesten verbreiteten illegalen Substanz, wird dagegen eine Zunahme der Konsumprävalenz berichtet. Die hauptsächlich betroffenen Länder sind Spanien und Großbritannien.

Vergleiche mit anderen Regionen der Welt, aus denen zuverlässige Informationen zur Verfügung stehen, stellen in den USA, Kanada und Australien eine höhere Verbreitung des Cannabiskonsums fest als in den Ländern der EU. Während die Prävalenzwerte für Kokain in den USA und Kanada höher als in Europa und Australien sind, wird die Verbreitung von Ecstasy weltweit auf einem vergleichbaren Niveau geschätzt (EMCDDA, 2007). Auch die Prävalenzwerte des Opiatkonsums sind in diesen drei Ländern mit einem Anteil zwischen 0,6 % und 0,8 % vergleichbar mit der durchschnittlichen Rate über alle Länder der EU (United Nations Office on Drugs and Crime, 2007).

Bei den Konsumerfahrungen mit dem Halluzinogen LSD fällt seit vielen Jahren der deutliche Unterschied zwischen Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz auf. Dies deutet darauf hin, dass es sich in fast allen Fällen um Probierkonsum handelt, wobei auch die Lebenszeiterfahrungen (mindestens einmaliger Konsum jemals im Leben) mit dieser Substanz noch seltener sind als bei Kokain, Amphetaminen und Opiaten. Verglichen mit anderen Ländern der EU, liegen die Lebenszeiterfahrungen und aktuellen Konsumprävalenzen in Deutschland am unteren Ende der Verteilung.

Epidemiologische Studien weisen auch in Deutschland auf einen hohen Anteil von Jugendlichen und Erwachsenen hin, die illegale Drogen mindestens einmal im Leben probiert haben (Lebenszeiterfahrung). Die Erhebung zum Drogenkonsum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004) berichtete bei 12- bis 25-Jährigen eine Lebenszeitprävalenz von 32 % für irgendeine illegale Droge, 31 % für Cannabis, jeweils 4 % für Ecstasy und Amphetamine und 2 % für Kokain. Ausschließlich Erfahrung mit Cannabis berichteten 24 % und lediglich 1 % hatte Erfahrung mit anderen illegalen Drogen außer Cannabis. In einer Erwachsenen-Stichprobe des Epidemiologischen Suchtsurveys 2003 hatte ein Viertel (25,2 %) Erfahrung mit illegalen Drogen, 24,5 % mit Cannabis, 3,4 % mit Amphetaminen, 3,1 % mit Kokain und 2,3 % mit Ecstasy. Der Anteil von Personen mit einer Lebenszeiterfahrung mit anderen illegalen Drogen außer Cannabis betrug 7,1 % (Kraus, Augustin & Orth, 2005).

Multiple Konsumerfahrung, die fast immer Cannabis mit einschließt, ist weit verbreitet. Jeder Vierte erwachsene Drogenerfahrene und etwa 40 % der 14- bis 24-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einem regelmäßigen Konsum illegaler Drogen berichtete den mindestens einmaligen Konsum von zwei oder mehr illegalen Substanzen (Kraus, Augustin & Orth, 2005; Perkonigg, Lieb & Wittchen, 1998). Schätzungen des Umfangs der Gruppe mit riskantem Cannabiskonsum auf der Grundlage der Konsumhäufigkeit berichten einen Anteil von 5,6 % der jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 29 Jahren, die einen Konsum von 100mal oder häufiger im letzten Jahr angaben (Kraus, Augustin & Orth, 2005). In einer regionalen Studie im Münchner Raum erhielten 2,1 % der 14- bis 24-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine aktuelle Missbrauchs- oder Abhängigkeitsdiagnose nach den diagnostischen Kriterien des DSM-IV (Perkonigg et al., 1999). Diese Ergebnisse zeigen, dass der Anteil Jugendlicher und junger Erwachsener, die unter Berücksichtigung der Konsumhäufigkeit unter einem hohen Risiko für negative cannabisbezogene Folgen stehen oder die bereits Symptome von Missbrauch und Abhängigkeit aufweisen, durchaus bedeutsam ist.

Trendanalysen legen nahe, dass sich der Anteil der Konsumerfahrung mit illegalen Drogen seit 1979 innerhalb von 25 Jahren bei den 12- bis 25-Jährigen verdoppelt hat (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004). Trendbeobachtungen des Kokainkonsums lassen nur geringfügige Änderungen auf einem niedrigen Prävalenzniveau erkennen. Wie sich zeigt, ist der Anteil der Kokain-Lebenszeiterfahrung bei Jugendlichen und Erwachsenen im Vergleich zur Gesamtdrogenerfahrung seit 1990 überproportional gestiegen (Kraus, Semmler & Augustin, 2005). Die Analysen zeitlicher Entwicklungen sprechen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen insgesamt für eine deutliche Zunahme des Cannabiskonsums seit 1973 (Kraus, Töppich & Orth, 2007). Auch in der Erwachsenenbevölkerung im Alter zwischen 18 und 39 Jahren hat sich die Prävalenz des Cannabiskonsums in den letzten 12 Monaten vor der Untersuchung zwischen 1990 und 2003 verdreifacht (Kraus, Augustin & Orth, 2005). Die letzte Querschnittsuntersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007) in der Altersgruppe von 12 bis 19 Jahren weist jedoch auf einen Rückgang des Cannabiskonsums bei Jugendlichen hin. Nach den aktuellen Ergebnissen sank die Prävalenz der Lebenszeiterfahrung bei 18- und 19-Jährigen im Jahr 2007 unter das Niveau von 2001 und die der 14- bis 17-Jährigen sogar unter das Niveau von 1997. Eine ähnliche Entwicklung wurde auch für Trends der 12-Monats-Prävalenz berichtet.

Der Epidemiologische Suchtsurvey 2006 ergänzt mit aktuellen Beobach-

tungen die Datenlage zur Verbreitung des Drogenkonsums, zu Konsummustern und dem Vorliegen klinisch relevanter Störungen in Deutschland. Zudem liegen mit der aktuellen Studie Daten aus insgesamt acht Querschnittserhebungen für Trendvergleiche vor. Nachfolgend werden Ergebnisse zur Verbreitung des Drogenkonsums in unterschiedlichen soziodemografischen Gruppen, zu Konsummustern und zu Trendentwicklungen seit 1980 dargestellt. Zudem werden Prävalenzschätzungen zu Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Cannabis nach den diagnostischen Kriterien des DSM-IV berichtet.

Methode

Stichprobe

Die Stichprobe des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 wurde auf der Grundlage der Einwohnermelderegister in einem zweistufigen Verfahren zufällig ausgewählt. Im ersten Schritt wurden Gemeinden bzw. Stadtteile proportional zur Anzahl der Einwohner und stratifiziert nach Bundesland, Kreis, Regierungsbezirk und BIK-Gemeindegrößenklasse ausgewählt. Im zweiten Schritt wurden in den ausgewählten Gemeinden Individuen nach Altersgruppe disproportional gezogen, wobei jüngere Erwachsene in der Stichprobe überrepräsentiert waren. Unter Kombination postalischer und telefonischer Befragungsmethoden wurde im Jahr 2006 erstmals ein Mixed-Modus-Design der Datenerfassung umgesetzt. Nach Bereinigung liegen Daten von 7.912 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren vor. Dies entspricht nach Abzug stichprobenneutraler Ausfälle einer Antwortrate von 45 %. Details zur Methodik und dem Auswahlverfahren der Studie finden sich im Beitrag von Kraus und Baumeister (2008) in diesem Heft.

Instrumente

Prävalenz und Häufigkeit des Konsums illegaler Drogen. Aus den Angaben zum Substanzkonsum wurden die Prävalenzwerte des Konsums der einzelnen Drogen bezogen auf die Lebenszeit, die letzten 12 Monate und die letzten 30 Tage vor der Erhebung berechnet. Zusätzlich wurden die Variablen »irgendeine illegale Droge« mit und ohne Cannabis erzeugt, die den Konsum von (Cannabis), Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Opiaten, Kokain, Crack oder Pilzen umfassen. Die Häufigkeit des Konsums illegaler Drogen wurde für den Zeitraum der letzten 12 Monate vor der Erhebung kategorial erhoben (einmal, 2–5mal, 6–9mal, 10–19mal, 20–59mal, 60–99mal, 100–199mal, 200mal und öfter). Für den Zeitraum der letzten 30 Tage vor der Erhebung wurde die genaue Anzahl der Konsumtage erfragt.

Multiple Drogenerfahrung. Zur Ermittlung der Häufigkeit des Konsums von mehr als einer Droge bezogen auf die Lebenszeit wurden die Häufigkeitskategorien gemittelt in 1mal = 1; 2–5mal = 3,5; 6–9mal = 7,5; 10–19mal = 14,5; 20–59mal = 39,5; 60–99mal = 79,5; 100–199mal = 149,5 sowie > 200mal = 250, über die verschiedenen Drogen summiert und nach Häufigkeit der Drogenerfahrung (eine, zwei, drei, vier oder mehr Drogen) in die Kategorien 1–5mal, 6–99mal 100–999mal und 1000mal oder öfter eingeteilt.

Cannabisbezogene Störungen. Missbrauch und Abhängigkeit von Cannabis in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung wurden nach den Diagnosekriterien des DSM-IV der American Psychiatric Association (1994) erhoben und mit den Items des Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) erfasst (Lachner et al., 1998; Wittchen et al., 1995). Anders als in persönlichen oder telefonischen Befragungen lassen sich substanzbezogene Störungen je Droge nicht in einer Schleife abfragen, in die diejenigen Personen aufgenommen werden, welche die jeweilige Droge in einem bestimmten Zeitraum genommen haben. Die Erhebung substanzbezogener Störungen musste daher aus Platzgründen auf Cannabis beschränkt werden.

Analysen

Deskription. Aufgrund fehlender Angaben bei einzelnen Items basiert die Auswertung nicht auf der gesamten Stichprobe. Die Anzahl der zugrunde liegenden Fälle (ungewichtet) ist jeweils in den Tabellen angegeben. In Tabellen, die verschiedene Items mit unterschiedlichen fehlenden Angaben enthalten, wurde aus Platzgründen auf die Angabe der Fallzahlen verzichtet.

Trends. Trendvergleiche der Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz wurden für den Gebrauch von Cannabis, Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Opiaten und Kokain/Crack sowie für die Einnahme von illegalen Drogen generell (mindestens eine der aufgeführten Substanzen) vorgenommen. Je nach Substanz und Altersgruppe gehen die Trendvergleiche zeitlich unterschiedlich weit zurück. Für die Altersgruppe 18 bis 24 Jahre wurden Vergleiche getrennt für Westdeutschland (ab 1980) und Gesamtdeutschland (ab 1990) vorgenommen. Für die Altersgruppe 18 bis 39 Jahre wurden Trendvergleiche ab 1990 nur für Gesamtdeutschland durchgeführt. Die Frage zur Einnahme von Drogen und Medikamenten, die nicht im Rahmen einer ärztlichen Behandlung eingenommen wurden, enthielt in den Erhebungen bis 1990 eine Auflistung von Drogen und Medikamenten, die entsprechend ihres Wirkstoffes den Kategorien Amphetamine und Opiate zugeordnet wurden. Ab 1995 wurden nur noch die Kategorien Amphetamine/Aufputschmittel sowie Heroin, andere Opiate (z. B. Codein, Opium, Morphium) und Methadon vorgegeben.

Der Vergleich cannabisbezogener Störungen zwischen 1997, 2000 und 2006 stützt sich auf die DSM-IV Diagnostik, die 2006 mit dem M-CIDI (Wittchen et al., 1995) erfasst wurde. Die Operationalisierungen der diagnostischen Kriterien für Cannabisabhängigkeit in den Surveys 1997 und 2000 sowie für Cannabismissbrauch im Survey 1997 weichen in wenigen Itemformulierungen marginal von denen des M-CIDI ab. Lediglich das Abhängigkeitskriterium »Gebrauch trotz negativer Folgen« schließt im Survey 1997 im Vergleich zu 2006 psychische

Probleme nicht mit ein. Aufgrund der im Survey 2000 abweichenden Items zur Erfassung des Missbrauchskriteriums »Soziale Folgen« wurde bei den Trendanalysen der Prävalenz des Cannabismissbrauchs auf diesen Messzeitpunkt verzichtet.

Statistische Verfahren. Als Zusammenhangsmaß zwischen Prävalenz und Geschlecht bzw. Alter wurden alters- und geschlechtsadjustierte Odds Ratios und die zugehörigen 95 %-Konfidenzintervalle mit logistischen Regressionen berechnet. Trendvergleiche wurden ebenfalls mit logistischen Regressionen vorgenommen, wobei neben Alter und Geschlecht der Befragten auch das Jahr der Befragung berücksichtigt wurde. Bei kleinen Zellenbesetzungen wurde Fisher's exakter Test verwendet. Geprüft wurde, ob sich die Prävalenzwerte der verschiedenen Erhebungsjahre signifikant von dem des Referenzjahres 2006 unterschieden. Um die Repräsentativität der Punktschätzer zu gewährleisten, wurden die Daten an die Verteilungen der Grundgesamtheit der bundesdeutschen Bevölkerung (Statistisches Bundesamt, 31.12.2004) durch die Verwendung von Poststratifikationsgewichten angeglichen. Das komplexe Stichprobendesign wurde durch die Survey Verfahren in SPSS 15.0 Complex Samples (SPSS Inc., 2007) und Stata Special Edition 9.2 (Stata Corp, 2005) berücksichtigt. Zur Varianzschätzung wurden Taylorreihenentwicklung sowie Jachknife-Schätzer verwendet (Korn & Graubard, 1999). Eine detaillierte Beschreibung der verwendeten Gewichtungsverfahren findet sich in Kraus und Baumeister (2008).

Ergebnisse

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen

Knapp jeder Vierte der befragten 18- bis 64-Jährigen gab an, mindestens einmal Leben irgendeine illegale Droge (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack oder Pilze) konsumiert zu haben. Männer (27,4 %) weisen eine deutlich höhere Lebenszeitprävalenz auf als Frauen (19,9 %; OR 1,61; KI 1,42–1,83). In der Altersgruppe der jungen Erwachsenen zwischen 21 und 29 Jahren ist die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen mit etwa 43 % am höchsten. In den letzten 12 Monaten hatten mit 5,0 % (Männer: 6,7 %; Frauen: 3,1 %; OR 2,37; KI 1,90–2,96) weit weniger Befragte illegale Drogen konsumiert und in den letzten 30 Tagen gaben nur noch 2,5 % (Männer: 3,5 %; Frauen: 1,5 %; 2,47; KI 1,80–3,40) Drogenkonsum an (Tabelle 1).

Cannabis stellt mit Abstand die am häufigsten jemals im Laufe des Lebens konsumierte Droge dar (23,0 %). Die Prävalenz unterscheidet sich nicht wesentlich von der für den Konsum irgendeiner illegalen Droge, weder auf das Geschlecht, noch auf die einzelnen Altersgruppen bezogen. Während der Anteil der Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen ohne Cannabis bei 5,8 % liegt (12 Monate: 1,2 %, 30 Tage: 0,7 %), erreichen die Einzelsubstanzen insgesamt nur sehr geringe Werte. Erwartungsgemäß nehmen die Prävalenzwerte mit steigendem Alter deutlich ab. So weisen von den 18- bis 39-Jährigen mehr als doppelt so viele Personen Erfahrung mit Cannabis auf (33,9 % vs. 14,7 %; OR 3,03; KI 2,63–3,48), konsumierten in den letzten 12 Monaten etwa achtmal (9,2 % vs. 1,2 %; OR 8,26; KI 5,82–11,72) und in den letzten 30 Tagen etwa neunmal (4,4 % vs. 0,5 %; OR 9,21; KI 5,28–16,07) so viele Personen Cannabis wie von den über 40-Jährigen. Ebenso berichteten weit mehr junge als ältere Erwachsene den Konsum (12 Monate und 30 Tage) von Amphetaminen, Ecstasy, Kokain/Crack und Pilzen.

Häufigkeit des Konsums illegaler Drogen

Von denjenigen, die einen Cannabiskonsum im letzten Jahr angaben, konsumierte etwa jeder Fünfte Cannabis im Durchschnitt mindestens wöchentlich (60mal oder öfter). Von den 30-Tage-Konsumenten berichtete etwa jeder Vierte über einen (fast) täglichen Cannabiskonsum. Im Vergleich zu

Abbildung 1: 12-Monats-Frequenz des Drogenkonsums bezogen auf die Gesamtstichprobe

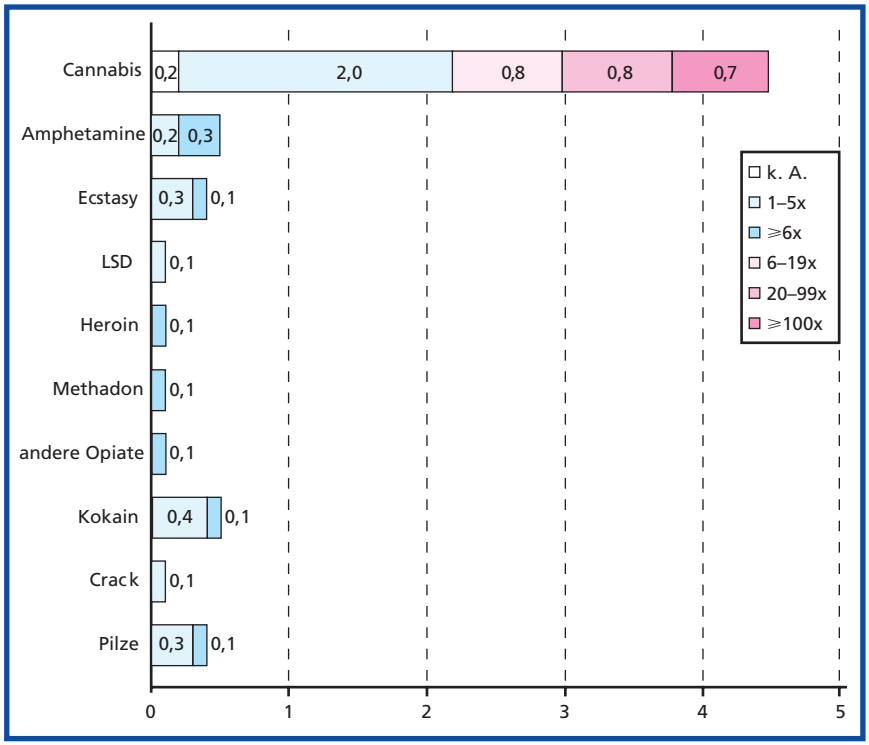

Tabelle 1: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen

		Geschlecht		Altersgruppen						
Lebenszeit	**Gesamt**	**Männer**	**Frauen**	**18–20**	**21–24**	**25–29**	**30–39**	**40–49**	**50–59**	**60–64**
Irgendeine illegale Droge[a]	23,7	27,4	19,9	34,2	43,4	42,4	28,4	20,5	13,0	5,5
Cannabis	23,0	26,6	19,2	33,7	42,4	41,7	27,7	19,8	12,3	5,0
Andere Drogen als Cannabis	5,8	6,8	4,8	6,7	11,1	12,3	6,3	5,1	3,2	1,0
Amphetamine	2,5	3,0	2,0	4,2	6,0	5,9	2,5	1,5	1,6	0,5
Ecstasy	2,0	2,5	1,5	3,6	6,3	6,9	2,6	0,5	0,1	0,0
LSD	1,7	2,4	1,1	1,1	2,7	3,3	2,0	1,8	1,2	0,1
Heroin	0,4	0,5	0,4	0,6	0,3	0,5	1,0	0,5	0,1	0,0
Methadon	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,6	0,1	0,0	0,0
Andere Opiate	0,8	0,9	0,7	0,5	0,7	1,0	1,4	0,9	0,4	0,1
Kokain	2,5	3,0	2,0	2,7	4,6	5,1	3,7	2,1	0,6	0,3
Crack	0,3	0,4	0,2	0,6	0,4	0,4	0,5	0,2	0,0	0,0
Pilze	2,4	3,1	1,6	3,6	7,4	6,0	3,2	1,2	0,5	0,1
12-Monate	**Gesamt**	**Männer**	**Frauen**	**18–20**	**21–24**	**25–29**	**30–39**	**40–49**	**50–59**	**60–64**
Irgendeine illegale Droge	5,0	6,7	3,1	18,1	17,2	10,8	4,9	2,6	0,5	0,2
Cannabis	4,7	6,4	2,9	17,7	16,6	10,4	4,7	2,2	0,5	0,1
Andere Drogen als Cannabis	1,2	1,8	0,6	4,2	3,8	2,2	1,8	0,7	0,0	0,1
Amphetamine	0,5	0,8	0,2	2,6	2,3	1,3	0,5	0,2	0,0	0,0
Ecstasy	0,4	0,8	0,1	2,1	1,9	0,8	0,4	0,2	0,0	0,0
LSD	0,1	0,2	0,0	0,6	0,3	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0
Heroin	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0
Methadon	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0
Andere Opiate	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0
Kokain	0,6	0,9	0,3	1,6	1,9	1,3	0,8	0,3	0,0	0,1
Crack	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0
Pilze	0,4	0,6	0,2	1,9	1,3	1,1	0,4	0,0	0,0	0,0
30-Tage	**Gesamt**	**Männer**	**Frauen**	**18–20**	**21–24**	**25–29**	**30–39**	**40–49**	**50–59**	**60–64**
Irgendeine illegale Droge	2,5	3,5	1,5	9,2	8,0	5,1	3,0	1,2	0,3	0,0
Cannabis	2,2	3,1	1,3	8,7	7,3	4,5	2,7	0,9	0,2	0,0
Andere Drogen als Cannabis	0,7	1,0	0,3	1,8	2,1	1,4	0,9	0,4	0,0	0,0
Amphetamine	0,3	0,5	0,1	1,6	1,3	0,9	0,3	0,0	0,0	0,0
Ecstasy	0,2	0,3	0,0	0,6	0,9	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0
LSD	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Heroin	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0
Methadon	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
Andere Opiate	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0
Kokain	0,2	0,3	0,1	0,4	0,8	0,4	0,3	0,1	0,0	0,0
Crack	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Pilze	0,1	0,1	0,0	0,4	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0

[a] Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack oder Pilze

Cannabis gab nur knapp jeder zehnte der Amphetamin- und Kokainkonsumenten der letzten 12 Monate einen im Durchschnitt mindestens wöchentlichen Konsum an. Täglicher oder fast täglicher Konsum wurde mit Ausnahme der wenigen Opiatkonsumenten (n=12) nur noch von den Amphetaminkonsumenten berichtet. Keiner der Ecstasy-, LSD- oder Kokainkonsumenten gab dagegen in den letzten 30 Tagen einen (fast) täglichen Konsum an.

In Abbildung 1 sind die Konsumhäufigkeiten der Konsumenten der jeweiligen Droge (letzte 12 Monate) bezogen auf die Gesamtstichprobe dargestellt. Ein mehr als 100maliger Cannabiskonsum wurde von 0,7 % der Gesamtstichprobe berichtet, einen mehr als fünfmaligen Konsum gaben 2,3 % an. Die 12-Monats-Frequenzen der anderen Substanzen liegen jeweils im Bereich zwischen Null und 0,5 %.

Multiple Drogenerfahrung

Die Daten in Tabelle 1 weisen auf einen hohen Anteil von Konsumenten hin, die Erfahrung mit mehr als nur einer Droge haben. Insgesamt gab etwa jeder Vierte (23,0 %) an, jemals zwei oder mehr Drogen konsumiert zu haben, und 7,6 % berichteten eine Lebenszeiterfahrung von vier oder mehr Drogen. Tabelle 2 fasst die gemittelten Konsumhäufigkeiten über die jeweiligen Substanzen zusammen. Von denjenigen Drogenkonsumenten, die Erfahrung mit nur einer Droge hatten, nahmen mehr als die Hälfte diese Drogen nur ein- bis fünfmal. Mit zunehmender multipler Drogenerfahrung zeigt sich eine deutlich Zunahme der Konsumhäufigkeit. So berichteten mehr als 80 % derjenigen, die Erfah-

rung mit vier oder mehr Drogen hatten, über eine Gesamtkonsumhäufigkeit von mehr als 100mal. Tendenziell weisen Frauen auch bei steigender multipler Drogenerfahrung geringere Konsumhäufigkeiten auf als Männer.

Cannabisbezogene Störungen

Bezogen auf die Gesamtstichprobe der 18- bis 64-Jährigen erfüllten 0,7 % die DSM-IV Kriterien für Cannabismissbrauch und 0,4 % für Cannabisabhängigkeit. Erwartungsgemäß erhielten weniger Frauen als Männer eine Missbrauchs- oder Abhängigkeitsdiagnose. Am stärksten belastet sind junge Erwachsene zwischen 18 und 29 Jahren (Tabelle 3).

Trends

Die Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen des Konsums von illegalen Drogen lassen sich für die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen in Westdeutschland seit 1980 beobachten. Wie aus Tabelle 4 hervorgeht, hat sich der Anteil der Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen zwischen 1980 und 2003 verdreifacht, wobei die Prävalenz gegenüber dem Wert von 2006 in jedem Surveyjahr bis zum Jahr 2000 signifikant gestiegen ist. Zwischen 2003 und 2006 nahm der Wert jedoch signifikant ab. Ein ähnlicher Verlauf zeigt sich für die 12-Monats-Prävalenz, der Referenzwert von 2006 weist einen signifikanten Rückgang gegenüber den Werten von 2000 und 2003 auf. Im Survey 2006 findet sich mit 8,8 % nach einem eher konstanten Verlauf die seit 1995 niedrigste Konsumprävalenz innerhalb der letzten 30 Tage. Während die Cannabisprävalenzen einen ähnlichen Trend ausweisen, finden sich bei allen anderen Substanzen nach einem generellen Anstieg in den 1980er Jahren in den letzten zehn Jahren keine wesentlichen Veränderungen. Dies gilt sowohl für die Werte der jungen Erwachsenen in Westdeutschland als auch in Gesamtdeutschland.

Die Trendvergleiche der Prävalenzwerte für die 18- bis 39-Jährigen in Gesamtdeutschland zeigen ebenfalls nach einem Anstieg der Prävalenz zwischen 1990 und 2003 einen Rückgang der Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge (12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz). Mit Ausnahme von Cannabis (12-Monats-Prävalenz) finden sich bei allen anderen illegalen Drogen nur geringe Veränderungen nach 2003 (Tabelle 5).

Prävalenzschätzungen von Cannabismissbrauch und -abhängigkeit zeigen über den Zeitraum der letzten zehn Jahre nur geringe Veränderungen. Während die Werte für Cannabisabhängigkeit über die Zeit konstant bleiben, ist der Wert für Missbrauch zwischen 1997 und 2006 von 0,5 % auf 0,8 % leicht gestiegen (Tabelle 6).

Tabelle 2: Lebenszeitprävalenz multipler Drogenerfahrung

	Gesamt		Männer		Frauen	
	n	%	n	%	n	%
Eine Droge						
k. A.	81	6,0	41	5,6	40	6,6
1–5mal	899	59,1	428	55,9	471	63,5
6–99mal	481	30,2	267	32,5	214	27,1
100mal oder häufiger	86	4,6	61	6,0	25	2,8
Zwei Drogen						
k. A.	6	3,4	3	3,7	3	3,0
1–5mal	53	25,2	23	20,1	30	31,6
6–99mal	109	51,9	52	50,5	57	53,6
100mal oder häufiger	34	19,5	22	25,7	12	11,7
Drei Drogen						
k. A.	4	7,4	3	9,2	1	4,1
1–5mal	4	3,7	1	2,4	3	6,1
6–99mal	33	39,6	18	37,9	15	42,7
100mal oder häufiger	36	49,4	22	50,6	14	47,1
Vier Drogen oder mehr						
k. A.	1	0,3	1	0,4	–	–
1–5mal	2	0,5	1	0,3	1	0,9
6–99mal	28	16,1	10	10,9	18	35,8
100–999mal	128	79,8	81	85,4	47	69,3
1000mal oder häufiger	4	3,3	1	2,9	3	4,0

Diskussion

Der Epidemiologische Suchtsurvey 2006 weist nach einer kontinuierlichen Zunahme der Konsumprävalenzen für illegale Drogen seit Mitte der 1980er Jahre im Jahr 2006 erstmals Rückgänge der Prävalenzen (Lebenszeit-, 12 Monate, 30 Tage) unter jungen Konsumenten der Altersgruppe 18–24 Jahre auf. Trendanalysen der Prävalenz getrennt nach Substanz und Bezugszeit zeigen, dass in der Gruppe der 18- bis 39-jährigen Erwachsenen seit 1990 und insbesondere in den letzten zehn Jahren nur geringfügige Änderungen der Prävalenzwerte anderer illegaler Drogen als Cannabis (Lebenszeit und 12-Monate) zu beobachten sind. Der zu beobachtende Rückgang zwischen 2003 und 2006 ist insbeson-

Tabelle 3: Anteil der Personen mit einem positiven Befund für Cannabismissbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV

			Geschlecht		Altersgruppen						
Lebenszeit	Gesamt		Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–69
Gesamtstichprobe	7856		3496	4360	919	941	890	1297	1435	1478	896
DSM-IV Missbrauch	0,7	(81)	1,2	0,3	3,8	3,4	1,1	0,6	0,2	0,1	0,0
DSM-IV Abhängigkeit	0,4	(43)	0,6	0,3	1,9	1,1	1,0	0,6	0,1	0,0	0,0

Tabelle 4: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 24-Jährigen in West- und Gesamtdeutschland, 1980–2006

		Erhebungsjahr							
		1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006
Illeg. Drogen	Lebenszeit	15,4*	14,0*	18,2*	26,4*	26,9*	38,5*	44,8*	41,3
				(15,7)†	(25,2)†	(24,3)†	(37,1)†	(43,9)†	(40,3)
	12 Monate	6,3*	7,0*	9,0*	18,0	15,0	22,6*	23,3*	18,2
				(7,9)†	(16,7)	(13,6)†	(21,8)†	(22,8)†	(17,5)
	30 Tage				12,5*	10,4	13,9*	12,5*	8,8
					(11,7)†	(9,5)	(13,3)†	(12,5)†	(8,4)
Cannabis	Lebenszeit	14,6*	13,3*	17,7*	24,9*	24,0*	38,3	43,6	40,6
				(15,2)†	(23,6)†	(21,5)	(36,6)†	(43,0)†	(39,5)
	12 Monate			8,7*	16,8	13,2*	22,1*	22,6*	17,6
				(7,7)†	(15,7)	(11,9)†	(21,1)†	(22,1)†	(16,9)
	30 Tage				10,3	9,1	13,3*	12,0*	8,1
					(9,9)	(8,3)	(12,7)†	(11,9)†	(7,8)
Amphetamine	Lebenszeit	2,7*	2,6*	3,0*	6,7*	2,7*	4,8	5,9	5,4
				(2,6)†	(5,9)	(2,5)†	(4,6)	(6,0)	(5,4)
	12 Monate			0,7*	3,6	1,9	2,8	3,1	2,6
				(0,6)†	(3,1)	(1,8)	(2,7)	(3,1)	(2,4)
Ecstasy	Lebenszeit				6,2	5,5	5,5	5,4	5,4
					(5,8)	(4,9)	(5,2)	(6,3)	(5,4)
	12 Monate				4,4*	3,2	3,0	2,3	2,1
					(4,2)	(2,8)	(2,9)	(2,1)	(1,9)
LSD	Lebenszeit	2,1	1,6	1,2*	3,3	1,7	3,1	2,7	2,2
				(1,1)†	(2,8)	(1,7)	(3,0)	(3,3)†	(2,2)
	12 Monate			0,3*	2,2*	1,3	0,9	0,7	0,5
				(0,2)	(2,0)	(1,3)	(1,0)	(0,6)	(0,4)
Opiate	Lebenszeit	1,5	1,4	1,3	3,7*	1,1	1,4	2,1	1,1
				(1,1)	(3,3)†	(1,2)	(1,5)	(2,0)	(0,9)
	12 Monate			0,2	1,9*	0,5	0,6	0,6	0,4
				(0,2)	(1,5)†	(0,7)	(0,8)	(0,5)	(0,3)
Kokain/Crack	Lebenszeit	0,6*	0,8*	5,1*	5,1	2,4*	4,0	4,4	4,4
				(1,3)†	(4,3)	(2,1)†	(3,8)	(4,7)	(4,1)
	12 Monate			0,6	2,8	1,9	2,6	2,2	1,9
				(0,5)†	(2,4)	(1,8)	(2,5)	(2,1)	(1,8)

* $p < .05$ für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2006 – Werte für Westdeutschland (1980–2006)
† $p < .05$ für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2006 – Werte für Gesamtdeutschland (1990–2006) in Klammern
Logistische Regressionen zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht). Bei kleinen Zellenbesetzungen ($n \leq 10$) wurde Fisher's exakter Test verwendet

dere auf einen Rückgang des Cannabiskonsums zurückzuführen. Nach einem Maximum der Prävalenz des Cannabiskonsums in der Erhebung von 2004 findet sich auch in einer aktuellen Befragung zum Cannabiskonsum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein Rückgang des Cannabiskonsums bei 12- bis 19-Jährigen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2007).

Trendvergleiche der 18- bis 39-Jährigen deuten nach einer leichten Zunahme zwischen 1990 und 2003 darauf hin, dass die Prävalenzwerte des Konsums von Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Kokain/Crack und Opiaten in der Erhebung von 2006 dem Niveau von 2003 entsprechen bzw. leicht abgenommen haben. Prävalenzvergleiche der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle (EBDD) bei 15- bis 34-Jährigen machen deutlich, dass die Anteile der Lebenszeiterfahrung mit Cannabis und Amphetaminen in Deutschland in der Spitzengruppe der Staaten der EU liegen (EMCDDA, 2007). Die Lebenszeitprävalenzen von Ecstasy und Kokain entsprechen dagegen dem europäischen Mittelwert. Eine Entwicklung des Kokainkonsums wie in Spanien, Italien und Großbritannien mit Prävalenzwerten der Kokainerfahrung von mehr als 5 % ist im Augenblick in Deutschland nicht zu befürchten.

In den anderen EU-Ländern schwanken die Lebenszeitprävalenzwerte des Konsums von LSD zwischen 0,2 % und 5,5 %, wobei etwa zwei Drittel der Länder Prävalenzen zwischen 0,2 % und 1,7 % berichten (EMCDDA, 2007). Höhere Raten – insbesondere der 12-Monats-Prävalenz – werden vor allem in den Ländern Osteuropas beobachtet. In Deutschland deuten die Entwicklungen weiterhin auf eine sinkende Bedeutung von LSD hin. Während es in einigen Ländern Europas in jüngster Zeit Hinweise für einen erneuten Anstieg des Opiatkonsums gab (EMCDDA, 2007), gibt es für Deutsch-

Tabelle 5: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 39-Jährigen in Gesamtdeutschland, 1990–2006

		Erhebungsjahr					
		1990	1995	1997	2000	2003	2006
Illeg. Drogen	Lebenszeit	14,6*	19,0*	18,9*	27,7*	33,8	34,7
	12 Monate	4,3*	8,3	7,9	10,8	12,2*	9,6
	30 Tage		5,6	5,3	5,9*	6,4*	4,9
Cannabis	Lebenszeit	14,0	18,2*	17,6*	27,2*	33,1	33,9
	12 Monate	4,1*	7,8*	7,2*	10,4	11,8*	9,2
	30 Tage		4,9	4,8	5,7	6,0	4,4
Amphetamine	Lebenszeit	2,8 *	3,6	2,1*	3,0*	4,6	4,0
	12 Monate	0,4*	1,3	0,8	1,0	1,6*	1,2
Ecstasy	Lebenszeit		2,5	2,8*	2,8*	4,4	4,3
	12 Monate		1,6*	1,5	1,2	1,4	0,9
LSD	Lebenszeit	1,8	2,3	1,8	2,3	3,1	2,3
	12 Monate	0,1	0,9*	0,6*	0,3	0,4	0,2
Opiate	Lebenszeit	1,4	2,2*	1,1	1,4	1,9	1,4
	12 Monate	0,1*	0,7*	0,5	0,4	0,5	0,4
Kokain/Crack	Lebenszeit	1,3*	3,2	2,0*	3,7	4,8	4,1
	12 Monate	0,3*	1,5	1,1	1,5	1,5	1,2

* $p < .05$ für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2006
Logistische Regressionen zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht). Bei kleinen Zellenbesetzungen ($n \leq 10$) wurde Fisher's exakter Test verwendet

Tabelle 6: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Cannabismissbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV bei 18- bis 59-Jährigen, 1997–2006

	Erhebungsjahr					
	1997		2000		2006	
	8017		8097		6960	
DSM-IV Missbrauch	0,5*	(41)	–		0,8	(81)
DSM-IV Abhängigkeit	0,4	(22)	0,4	(27)	0,5	(43)

* $p < .05$ für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2006
Logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht)

land auch unter Berücksichtigung anderer Quellen bislang keine Hinweise auf einen erneuten Anstieg der Konsumbereitschaft für Opiate. Die Lebenszeitprävalenz in der Altersgruppe 18 bis 39 Jahre ist seit zehn Jahren stabil unter 2 % und ist 2006 im Vergleich zu 2003 eher gesunken. Ebenfalls keine Veränderungen sind seit 1997 bei der 12-Monats-Prävalenz in dieser Altersgruppe zu beobachten, die stabil bei 0,4 – 0,5 % liegt.

Der tendenziell geringe Rückgang des Indikators für einen regelmäßigen Konsum (30-Tage-Prävalenz) sowie der relativ konstante Prävalenzverlauf in den letzten zehn Jahren sprechen dafür, dass der »Cannabisboom« der jüngsten Zeit auf eine Zunahme des Probierkonsums zurückzuführen ist und kaum einen Einfluss auf den Anteil der regelmäßigen Cannabiskonsumenten hatte. Auch in den Untersuchungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007) bewegen sich die Anteile der jungen Konsumenten mit regelmäßigem Konsum (definiert als mehr als zehnmal im letzten Jahr) seit 1997 relativ stabil zwischen 2 % und 3 % bei den 14- bis 17-Jährigen und zwischen 4 % und 5 % bei den jungen Erwachsenen zwischen 18 und 19 Jahren. Diese geringen Veränderungen gelten insbesondere für die männlichen Cannabiskonsumenten mit regelmäßigem Konsum.

Wie auch in den Jahren zuvor, machte der Cannabiskonsum den größten Anteil an der Gesamtprävalenz aus. Dies hängt damit zusammen, dass nur ein geringer Teil der Drogenkonsumenten Erfahrungen mit anderen illegalen Drogen außer Cannabis machte. Nur 5,5 % (Lebenszeit) bzw. 1,2 % (12 Monate) berichteten über den Konsum anderer illegaler Drogen als Cannabis. Da kaum ein Konsument Erfahrungen mit Drogen machte, ohne bereits Erfahrungen mit Cannabis zu haben, findet sich multiple Drogenerfahrung (d. h. mit mehr als einer illegalen Droge) fast ausschließlich in Kombination mit Cannabis. In unserer Untersuchung nahm etwa jeder Vierte Drogenerfahrene zwei oder mehr Drogen und etwa jeder Zwölfte vier oder mehr Drogen. Zudem stieg die Häufigkeit des Drogenkonsums mit der Anzahl konsumierter Substanzen deutlich an. Untersuchungen mit kumulativen Risikomodellen weisen auf einen linearen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Risiken und der Anzahl der konsumierten Substanzen hin (Harrison, Fulkerson & Beebe, 1997; Locke & Newcomb, 2004). Als Ergebnis einer Untersuchung an niedrigschwellig betreuten Jugendlichen berichteten Reis, Fegert und Häßler (2006) über einen Anteil von 81 % der Klienten mit multiplen Drogenkonsum, der mit ausgeprägten Risiken wie familiären und Schulproblemen sowie psychiatrischen Komorbiditäten assoziiert war.

Für Cannabis liegen darüber hinaus Schätzungen des Umfangs substanzbezogener Störungen vor. Die Schätzungen auf der Grundlage der DSM-IV Kriterien weisen in der 18- bis 64-jährigen Bevölkerung auf einen Anteil von 1,1 % (Missbrauch 0,7 %, Abhängigkeit 0,4 %) hin. Sie bestätigen damit frühere Schätzungen, die ebenfalls auf den diagnostischen Kriterien des DSM-IV basieren, die aufgrund der sehr guten Übereinstimmung der Operationalisierung der Missbrauchs- (1997, 2006) und Abhängigkeitskriterien (1997, 2000, 2006) Aussagen bezüglich der Trendentwicklung zulassen. Die Ergebnisse sprechen bei einem konstanten Anteil der Cannabisabhängigkeit eher für eine leichte Zunahme des Anteils cannabisbezogener Störungen über einen Zeitraum von zehn Jahren. Zudem widersprechen sie Vermutungen, die von einer Überschätzung des Problem-

umfangs ausgehen (Kalke, Verthein & Stöver, 2005).

Berücksichtigt man, dass Cannabisabhängigkeit mit einem hohen Risiko für komorbide Störungen wie Persönlichkeits-, affektive und Verhaltensstörung sowie Psychosen (Kandel & Chen, 2000; McGee et al., 2000; Perkonigg et al., 1999; Russell, Newman & Bland, 1994; Troisi et al., 1998) assoziiert ist, dürfte bei einem Teil dieser Gruppe eine schwere Störung vorliegen. Aktuelle Ergebnisse machen deutlich, dass die Anzahl von Neuzugängen von Personen mit cannabisbezogenen Störungen in ambulanten Einrichtungen der Drogenhilfe von 1992 auf 2005 um den Faktor zehn zugenommen hat (Simon & Kraus, 2007). Im Vergleich zur vorliegenden Schätzung cannabisbezogener Störungen (600.000, 95%-KI 480.000–740.000) ist die Zahl derjenigen Personen, die 2006 primär wegen cannabisbezogener Störungen in ambulanter Behandlung waren (Hauptdiagnose F12.x), mit ca. 21.000–41.000 Personen relativ gering. Diese Hochrechnung beruht auf den Angaben der Deutschen Suchthilfestatistik 2006 (Sonntag, Bauer & Hellwich, 2007) und extrapoliert deren Ergebnisse auf die geschätzte Gesamtzahl der ambulanten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen in Deutschland (n=934; Simon, 2005). Es wird deutlich, dass offensichtlich nur ein kleiner Teil der potenziell Behandlungsbedürftigen ein ambulantes Behandlungsangebot in Anspruch nimmt.

Neben den Stärken der Studie, die auf der Verwendung von zufällig ausgewählten Stichproben der Allgemeinbevölkerung beruht, deren Repräsentativität durch eine direkte Standardisierung an Populationsdaten des statistischen Bundesamtes sichergestellt wurde, und den Vorteilen einer schriftlichen Befragung in Bezug auf Zeitdruck, Vertraulichkeit und Gedächtnisleistung (De Leeuw, 1992; Dillman et al., 1996), bestehen auch einige Limitationen. Eine wesentliche Einschränkung besteht in der niedrigen Antwortrate von 45%. Die Wahrscheinlichkeit eines Nonreponse-Bias ist zusätzlich dadurch erhöht, dass die Erreichbarkeit von Drogenkonsumenten mit der Zunahme der »Härte« der Droge und der Intensität der Konsummuster abnimmt. Zudem führt die Ziehung der Stichprobe aus den Registern der Meldeämter dazu, dass gefährdete und marginalisierte Bevölkerungsgruppen, wie Wohnungslose und institutionalisierte Personen in der Untersuchung unterrepräsentiert sind. Weiterhin sind Selbstangaben des Drogenkonsums nicht frei von Erinnerungsfehlern und der illegale Status der Substanzen führt dazu, dass die Befragten tendenziell sozial erwünschte Antworten geben (Groves, 1989). Insgesamt ist daher eher von einer Unterschätzung der Drogenprävelanzwerte auszugehen. Den Trendvergleichen lagen zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten vergleichbare Stichprobendesigns sowie identische Instrumente zur Erfassung des Konsums bzw. des Verhaltens zugrunde. Unter der Annahme, dass in jeder Querschnittserhebung der systematische Bias in gleicher Weise wirksam ist, ist davon auszugehen, dass die dargestellten Prävalenzwerte zwar in der absoluten Höhe unterschätzt werden, die Vergleiche im Querschnitt aber Aussagen über Trends zulassen.

Da erste Erfahrungen mit Drogenkonsum überwiegend im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter gemacht werden, sollten präventive Maßnahmen die Rolle von Familie und Schule sowie den Einfluss Gleichaltriger (»peer-group«) stärker betonen. Dazu gehören zum Beispiel Peer-Projekte in Fahrschulen, die sich dem Thema Suchtmittelkonsum und Fahrtauglichkeit widmen. Wünschenswert sind weitere Impulse in Richtung einer altersspezifischen Beratung bzw. Behandlung der Drogenkonsumenten, da bei den Konsumenten verschiedener Altersgruppen jeweils unterschiedliche Faktoren zu einem missbräuchlichen Konsum führen. Vor dem Hintergrund, dass Cannabis die am weitesten verbreitete Droge darstellt und die Prävalenz cannabisbezogener Störungen sowie die Behandlungsnachfrage in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen haben, bedarf es insbesondere für die Gruppe der Cannabiskonsumenten mit missbräuchlichem oder abhängigen Konsumverhalten einer Verbesserung des bestehenden Beratungs- und Behandlungsangebotes.

Danksagung

Die Studie wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert (Förderkennzeichen: 119-4914-8/32). Mit der Finanzierung sind keinerlei Auflagen verbunden. Die Autoren bedanken sich für die konstruktive Kritik einer früheren Version des Artikels bei den anonymen Gutachtern.

Deklaration möglicher Interessenkonflikte

Es bestehen keinerlei Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der Erstellung dieser Publikation.

Literatur

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Teilband illegale Drogen.* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verfügbar unter: http://www.bzga.de [Letzter Zugriff: 15.08.2007].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007). *Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Kurzbericht.* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verfügbar unter: http://www.bzga.de [Letzter Zugriff: 15.08.2007].

De Leeuw, E. D. (1992). *Data quality in mail, telephone, and face to face surveys.* Amsterdam: TT-Publikaties.

Dillman, D. A., Sangster, R. L., Tarnai, J. & Rockwood, T. H. (1996). Understanding differences in people's answers to telephone and mail surveys. In M. Braverman & J. Slater (Eds.), *Advances in survey research* (pp. 45–61). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2007). *Annual Report 2007.* Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Ezzati, M., Lopez, A. D., Rogers, A., Vander Hoorn, S., Murray, Ch. J. L. (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet, 360* (9343), 1347–1360.

Groves, R. M. (1989). *Survey errors and survey costs.* New York: John Wiley & Sons.

Harrison, P. A., Fulkerson, J. A. & Beebe, T. J. (1997). Multiple substance use among adolescent physical and sexual abuse victims. *Child Abuse and Neglect, 21* (6), 529–539.

Kalke, J., Verthein, U. & Stöver, H. (2005) Seuche Cannabis? Kritische Bemerkungen zu neueren epidemiologischen Studien. *Suchttherapie, 6* (3), 108–115.

Kandel, D. B. & Chen, K. (2000). Types of marijuana users by longitudinal course. *Journal of Studies on Alcohol, 61* (3), 367–378.

Korn, E. L. & Graubard, B. I. (1999). *Analysis of health surveys.* New Jersey: John Wiley and Sons.

Kraus, L. & Baumeister, S. E. (2008). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *SUCHT, 54* (Sonderheft 1), S6–S15.

Kraus, L., Augustin, R. & Orth, B. (2005). Illegale Drogen, Einstiegsalter und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *SUCHT, 51* (Sonderheft 1), S19–S28.

Kraus, L., Semmler, C. & Augustin, R. (2005). Konsummuster und Trends des Kokaingebrauchs in Deutschland. *SUCHT, 51* (4), 199–208.

Kraus, L., Töppich, J. & Orth, B. (2007). Trends des Cannabiskonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Eds.), *Jahrbuch Sucht 2007* (S. 129–143). Geesthacht: Neuland.

Lachner, G., Wittchen, H.-U., Perkonnig, A., Holly, A., Schuster, P., Wunderlich, U., Türk, D., Garczynksi, G. & Pfister, H. (1998). Structure, content and reliability of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) substance use sections. *European Addiction Research, 4* (1–2), 28–41.

Locke, T. F. & Newcomb, M. D. (2004). Child maltreatment, parent alcohol- and drug-related problems, polydrug problems, and parenting practices: A test of gender differences and four theoretical perspectives. *Journal of Family Psychology, 18* (1), 120–134.

McGee, R., Williams, S., Poulton, R. & Moffitt, T. (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction, 95* (4), 491–503.

Perkonigg, A., Lieb, R. & Wittchen, H.-U. (1998). Prevalence of use, abuse and dependence of illicit drugs among adolescents and young adults in a community sample. *European Addiction Research, 4* (1–2), 58–66.

Perkonigg, A., Lieb, R., Höfler, M., Schuster, P., Sonntag, H. & Wittchen, H.-U. (1999). Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: Incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction, 94* (11), 1663–1678.

Reis, O., Fegert, J. M. & Häßler, F. (2006). Muster polyvalenten Drogengebrauchs bei niedrigschwellig betreuten Jugendlichen. *SUCHT, 52* (5), 305–316.

Russell, J. M., Newman, S. C. & Bland, R. C. (1994). Drug abuse and dependence. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89* (s376), 54–62.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (1998). *Diagnostische Kriterien DSM-IV.* Göttingen: Hogrefe.

Simon, R. & Kraus, L. (1997). Validität von cannabisbezogenen Diagnosen in Suchtberatungsstellen. *SUCHT, 53* (5), 308–314.

Simon, R. (2005). *Analyse der Länderkurzberichte zum Umfang substanzbezogener Störungen und zur Betreuungssituation 2004.* München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.

SPSS Inc. (2007). *SPSS for Windows Version 15.* Chicago, IL: SPSS Inc.

Stata Corp. (2005). *Survey data reference manual, release 9.* College Station, TX: Stata Press.

Sonntag, D., Hellwich, A. & Bauer, C. (2007). *Suchthilfestatistik 2006 für Deutschland. Tabellenband für ambulante Einrichtungen.* München: IFT Institut für Therapieforschung.

Troisi, A., Pasini, A., Saracco, M., & Spalletta, G. (1998). Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs. *Addiction, 93* (4), 487–492.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2007). *2007 World drug report.* Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonigg, A., Pfütze, E.-M., Schuster, P., Vodermaier, A., Vossen, A., Wunderlich, U., Zieglgänsberger, S. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Paper-pencil 2.2, 2/95.* München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.

Korrespondenzadresse

PD Dr. Ludwig Kraus
IFT Institut für Therapieforschung
Leiter des Fachbereichs Epidemiologische Forschung
Parzivalstr. 25
80804 München
Tel. +49-89-36 08 04-30
Fax +49-89-36 08 04-49
kraus@ift.de

Eingereicht: 16.09.2007
Angenommen: 06.12.2007