

Ludwig Kraus  
Rita Augustin  
Boris Orth

Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch  
psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg.  
Epidemiologischer Suchtsurvey 2003

2003 Epidemiological Survey on Substance Abuse  
in the Adult Population in Hamburg



Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch  
psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg  
Epidemiologischer Suchtsurvey 2003<sup>1</sup>

2003 Epidemiological Survey on Substance Abuse  
in the Adult Population in Hamburg

Ludwig Kraus, Rita Augustin und Boris Orth

Institut für Therapieforschung, München

---

<sup>1</sup> Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und die Behörde für Wissenschaft und Gesundheit der Freien und Hansestadt Hamburg

Reihe IFT-Berichte

Band Nr. 146

Herausgegeben vom IFT Institut für Therapieforschung

(Verantwortlich: Prof. Dr. Gerhard Bühringer)

In der Reihe IFT-Berichte sind zuletzt erschienen:

Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K. H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, S. N. (2003). *Suchthilfestatistik 2002 für Deutschland. Tabellenband der ambulanten und stationären Einrichtungen in Thüringen. Berichtszeitraum 1.1.2002 -31.12.2002*. IFT-Berichte Bd. 138. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K. H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, S. N. (2003). *Jahresstatistik 2002 der Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe in Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum: 1.1.2002 - 31.12.2002*. IFT-Berichte Bd. 139. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Welsch, K. & Strobl, M. (2003). *Suchthilfestatistik 2002. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der Suchthilfeeinrichtungen des Landes Thüringen* IFT-Berichte Bd. 140. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Kraus, L., Heppekausen, K., Barrera, A. & Orth, B. (2003). *Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen*. IFT-Berichte Bd. 141. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Kraus, L., Semmler, C., Hose, A., Kunz-Ebrecht, S., Hüffer, I. & Orth, B. (2004). *Epidemiologie, Prävention und Therapie von Kokainkonsum und kokainbezogenen Störungen: Eine Literaturübersicht*. IFT-Berichte Bd. 144. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Die Berichte können von Fachinstitutionen kostenlos angefordert und von Studenten über die Universitätsbibliothek ausgeliehen werden.

ISSN 0937-034X

Copyright 2005 by IFT Institut für Therapieforschung, Parzivalstr. 25, 80804 München

Tel.: 089/36004-0 (Zentrale), Fax: 089/360804-49, E-mail: [ift@ift.de](mailto:ift@ift.de), Web-Site: <http://www.ift.de>

Printed in Germany

Fassung vom 10. März 2005

---

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	5
Vorwort.....	9
Kurzfassung .....	11
Summary .....	15
1 Einleitung.....	19
2 Methode.....	21
3 Illegale Drogen.....	33
4 Alkohol.....	43
5 Tabak.....	55
6 Medikamente .....	63
7 Diskussion .....	71
8 Literatur.....	79
9 Anhang .....	85



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1:	Übersicht über den Epidemiologischen Suchtsurvey in Hamburg .....	21
Tabelle 2-2:	Demographische Verteilung der Bruttostichprobe, der Nettostichprobe (ungewichtet und gewichtet) und der Grundgesamtheit sowie die Ausschöpfungsraten .....	25
Tabelle 2-3:	Soziodemographische Merkmalsverteilung in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Bevölkerung .....	26
Tabelle 3-1:	12-Monats- und 30-Tage-Frequenz des Cannabiskonsums .....	34
Tabelle 3-2:	Anteil der Personen mit einem positiven Screeningbefund in der <i>Severity of Dependence Skala</i> (SDS) für Cannabisabhängigkeit (Gesamtstichprobe und Cannabiskonsumern der letzten 12 Monate) .....	35
Tabelle 3-3:	Risikoverhalten von aktuellen Cannabiskonsumern (letzte 12 Monate) .....	36
Tabelle 3-4:	Anteile Drogenunerfahrener und Drogenerfahrener, die illegale Drogen wahrscheinlich probieren würden .....	36
Tabelle 3-5:	Anteile Drogenunerfahrener und Drogenerfahrener, die einschätzten illegale Drogen innerhalb von 24 Stunden leicht oder ziemlich leicht beschaffen zu können .....	37
Tabelle 3-6:	Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen (18- bis 39-Jährige) .....	38
Tabelle 3-7:	Trends der Anteile Drogenunerfahrener, die illegale Drogen wahrscheinlich probieren würden (18- bis 39-Jährige) .....	38
Tabelle 3-8:	Trends der Anteile Drogenunerfahrener, die einschätzten illegale Drogen innerhalb von 24 Stunden leicht oder ziemlich leicht beschaffen zu können (18- bis 39-Jährige) .....	39
Tabelle 3-9:	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen .....	40
Tabelle 3-10:	Prävalenz positiver Antworten auf die Items der <i>Severity of Dependence Skala</i> (SDS) (Cannabiskonsumern der letzten 12 Monate) .....	41
Tabelle 4-1:	Verteilung des Alkoholkonsums (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag) .....	43
Tabelle 4-2:	Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und durchschnittliche Trinkmengen .....	44
Tabelle 4-3:	Häufigkeit des Rauschtrinkens .....	45
Tabelle 4-4:	Häufigkeit des Rauschtrinkens nach Konsumkategorien (durchschnittliche Alkoholmengen pro Tag) .....	45
Tabelle 4-5:	Anteil der Alkoholkonsumenten mit einem positiven Screeningbefund im Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) .....	46

Tabelle 4-6:	Trends des Alkoholkonsums (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag).....	47
Tabelle 4-7:	Trends der Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und der durchschnittlichen Trinkmengen .....	49
Tabelle 4-8:	Trends des Anteils der Alkoholkonsumenten mit einem positiven Screeningbefund im Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) .....	50
Tabelle 4-9:	Verteilung des Alkoholkonsums für Männer und Frauen (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag) .....	51
Tabelle 4-10:	Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und durchschnittliche Trinkmengen für Männer und Frauen .....	51
Tabelle 4-11:	Häufigkeit bestimmter Trinksituation .....	52
Tabelle 4-12:	Anteile positiver Antworten von Alkoholkonsumenten auf die Items des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) .....	53
Tabelle 5-1:	Verteilung der Raucher, Exraucher und Nichtraucher .....	55
Tabelle 5-2:	Umfang des Zigarettenkonsums der Zigarettenraucher (letzte 30 Tage) .....	56
Tabelle 5-3:	Anteil der Personen mit einem positiven Screeningbefund im Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTND) (Gesamtstichprobe und Raucher der letzten 30 Tage) .....	56
Tabelle 5-4:	Stadien der Änderungsbereitschaft (tägliche Raucher mit Aufhörversuchen).....	57
Tabelle 5-5:	Häufigkeit des Passivrauchens, Vermeidung von Passivrauchen und Einstellung zum Rauchen .....	57
Tabelle 5-6:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens .....	58
Tabelle 5-7:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von täglich 20 oder mehr Zigaretten .....	58
Tabelle 5-8:	Verteilung der Raucher, Exraucher und Nichtraucher für Männer und Frauen.....	60
Tabelle 5-9:	Umfang des Zigarettenkonsum männlicher und weiblicher Zigarettenraucher (letzte 30 Tage).....	60
Tabelle 5-10:	Anteil Nicht-/Exraucher und Umfang des Zigarettenkonsums (letzte 30 Tage).....	61
Tabelle 6-1:	12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme .....	63
Tabelle 6-2:	30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme.....	64



---

Tabelle 6-3: Anteil der Personen mit einem positiven Screeningbefund im Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) (Gesamtstichprobe).....	65
Tabelle 6-4: Anteile der positiven Antworten auf die Items zur Lebensbewältigung mit Medikamenten und "Instant Relief" durch Schmerzmittel .....	66
Tabelle 6-5: Trends der 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme .....	67
Tabelle 6-6: 12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme für Männer und Frauen .....	68
Tabelle 6-7: 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme für Männer und Frauen .....	68
Tabelle 6-8: Anteile positiver Antworten auf die Items des Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM).....	69



## Vorwort

Zum dritten Mal nach 1990 und 1997 wurde 2003 eine Sonderauswertung der Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen (Epidemiologischer Suchtsurvey) für die Hansestadt Hamburg erstellt. Im Epidemiologischen Suchtsurvey werden etwa alle drei Jahre um die 8000 Erwachsene unter 60 Jahren zu Gebrauch und Folgen von illegalen Drogen, Alkohol, Tabak und Medikamenten befragt. Da der Anteil aus dieser Stichprobe, der auf das Gebiet von Hamburg entfällt, für eine eigenständige Auswertung zu gering ist, wurde die Stichprobe entsprechend aufgestockt.

Die Daten, insbesondere Trendanalysen über einen längeren Zeitraum, sind ein wichtiger Bestandteil der Informationsgrundlage für die Beurteilung von Trends in einem Bundesland und für die Planung fachlicher Schwerpunkte von Behörden und Verbänden. Insofern sind regionale Auswertungen zusätzlich zur Bundesauswertung sinnvoll, um spezifische Entwicklungen, etwa in Hinblick auf einzelne Flächenstaaten oder Stadtstaaten, besser auswerten und für die jeweilige Arbeit nutzen zu können. Dabei ergänzt die Sonderauswertung des Epidemiologischen Suchtsurvey in Hamburg die Informationen aus anderen Quellen mit anderen Zielgruppen wie der Kriminalitätsstatistik, dem seit Anfang 2003 bestehendem Frühwarnsystem mit seinen Befragungen von Personen, die beruflich oder privat mit der Drogenszene verbunden sind sowie der Schüler- und Lehrerbefragung Hamburger SCHULBUS.

Der Konsum von Cannabis ist weitverbreitet. In der aktuellen Befragung berichtete jeder zweite 18- bis 39-Jährige über Erfahrung mit Cannabis, jeder fünfte über einen Konsum in den letzten 12 Monaten und jeder zehnte über einen Konsum in den letzten 30 Tagen. In Übereinstimmung mit den anderen Quellen zeigt sich ein überproportional hoher Anstieg des Kokainkonsums. Etwa jeder zehnte (9,3%) erwachsene Hamburger unter 40 Jahren gab 2003 Erfahrung mit Kokain an, in der bundesweiten Befragung des Epidemiologischen Suchtsurvey war die Prävalenz nur etwa halb so hoch (4,7%). Sechs Jahre zuvor hatten sowohl in der Hamburger als auch in der gesamtdeutschen Stichprobe etwa 4% der 18- bis 39-Jährigen berichtet, jemals Kokain genommen zu haben.

Erfreulich ist der leichte Rückgang des Anteils von Personen, die im täglichen Durchschnitt mehr als 20g (Frauen) bzw. 30g (Männer) Reinalkohol pro Tag trinken und sich somit langfristig einem erhöhten Risiko für negative Folgen von Alkoholkonsum aussetzen. Während 1997 noch 20,0% der Männer und 9,3% der Frauen über diesen Schwellenwerten lagen, waren es 2003 15,1% der Männer und 7,1% der Frauen. Der 1997 beobachtete Rückgang der Raucherprävalenz unter den 18- bis 39-Jährigen hat sich nicht weiter fortgesetzt, sondern blieb auf dem Niveau von 36-37%. Damit weicht Hamburg kaum vom Bundesdurchschnitt mit 36,8% im Jahr 1997 und 33,9% im Jahr 2003 ab.

Die Auswertung nach Altersgruppen und Geschlecht weist trotz der Einschränkung, dass Aussagen auf kleinen Teilgruppen beruhen, auf Personenkreise mit besonderem Interventions- und Präventionsbedarf hin. So ist die Zunahme der Raucherinnen mit einem täglichen

Konsum von 20 oder mehr Zigaretten von 4,5% auf 12,2% unter den weiblichen Untersuchungsteilnehmern bzw. von 15,6% auf 38,3% bezogen auf die Raucherinnen bedenklich. Ein wichtiger Ansatzpunkt für präventive Maßnahmen ist auch, dass fast 40% der 18- bis 24-jährigen Alkoholkonsumenten nach den Kriterien des AUDIT einen riskanten oder schädlichen Alkoholkonsum betreiben. Es wäre wünschenswert, wenn die Informationen für die Auswahl und Gestaltung präventiver und therapeutischer Maßnahmen auch zunehmend genutzt werden. Darüber hinaus sollten Veränderungen in der örtlichen Problemlage durch die eingesetzten Maßnahmen nicht nur an den einzelnen Zielgruppen überprüft werden, sondern auch in Hinblick auf die Auswirkungen in der gesamten Population.

Januar 2005

Prof. Dr. Gerhard Bühringer  
Leiter des Instituts

## Kurzfassung

Nach 1990 und 1997 wurde in Hamburg auch 2003 eine erweiterte Stichprobe der „Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen“ (Epidemiologischer Suchtsurvey) untersucht. Schwerpunkt der Untersuchung waren die zeitliche Entwicklung von Konsumumfang, Konsummustern und substanzbezogenen Störungen. Insgesamt nahmen an der schriftlichen Befragung 932 Personen im Alter zwischen 18 und 59 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 51%. Die Nonresponse-Studie zum Epidemiologischen Suchtsurvey 2003 weist auf nur geringe Verzerrungen durch Nichtantworter hin.

### Illegale Drogen

Die Wiederholungsbefragung zum Substanzkonsum 2003 gibt deutliche Hinweise auf eine weitere Zunahme des Konsums illegaler Drogen in Hamburg. Der Anstieg geht insbesondere auf eine Zunahme des Cannabiskonsums zurück. Die Lebenszeiterfahrung mit Cannabis nahm bei den 18- bis 39-Jährigen zwischen 1990 und 2003 von 29,6% auf 52,7% zu. Ebenso nahm die Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums in dieser Altersgruppe im Verlauf der letzten 13 Jahre signifikant von 3,5% auf 9,3% zu. Keine Veränderungen ergaben sich in Bezug auf den Amphetamin-, Opiat- und Ecstasykonsum. Im Vergleich zu den gesamtdeutschen Prävalenzwerten fallen die Werte in Hamburg insgesamt höher aus.

Jeder achte 18- bis 59-Jährige nahm in den letzten 12 Monaten Cannabis. Knapp die Hälfte dieser Personen gab einen Konsum von bis zu fünfmal an. Jeder sechste Konsument der letzten 12 Monate nahm Cannabis in diesem Zeitraum jedoch täglich oder fast täglich (200mal oder öfter). Weiterhin ist multiple Drogenerfahrung weit verbreitet. Unter Verwendung eines Schwellenwertes von drei oder mehr Punkten in der *Severity of Dependence Skala* (SDS) wurden 3% der Gesamtstichprobe als cannabisabhängig eingestuft, ein Wert der im Vergleich zu Gesamtdeutschland (1,1%) deutlich höher ist.

Die subjektiven Einschätzungen der Befragten über die Verfügbarkeit psychotroper Substanzen belegen, dass etwa jeder Vierte der Drogenunerfahrenen die Möglichkeit sieht, Cannabis innerhalb von 24 Stunden beschaffen zu können. Demgegenüber wurde die Verfügbarkeit von Kokain und Opiaten als weit schwieriger eingeschätzt als die von Cannabis. Trendvergleiche weisen weder in Bezug auf die Verfügbarkeit noch auf die Prohibierbereitschaft von Kokain und Opiaten auf wesentliche Veränderungen hin. Dagegen ist Cannabis für drogenunerfahrene junge Erwachsene heute attraktiver als 1990.

### Alkohol

Alkoholkonsum ist auch in der Allgemeinbevölkerung in Hamburg weit verbreitet, nur 2,9% konnten als lebenslang abstinent bezeichnet werden und nur 6,2% hatten zwar Alkoholerfahrung, lebten aber im letzten Jahr vor der Erhebung abstinent. Die Mehrheit der Befragten berichtete einen durchschnittlichen Konsum von weniger als 30g (Männer) bzw. 20g (Frauen) Reinalkohol pro Tag. Über diesem Schwellenwert lagen 15,1% der Männer, aber nur halb so viele Frauen (7,1%). Sechs Jahre zuvor waren es noch 20,0% der Männer und 9,3%

der Frauen. Im Vergleich zu 1997 gibt es mehr Weintrinker und weniger Spirituosentrinker. Die Konsumenten von Bier bzw. Spirituosen tranken weniger von dem jeweiligen Getränk als sechs Jahre zuvor.

Nahezu jeder zweite Mann, aber nur jede fünfte Frau trank in den letzten 30 Tagen bei einer Gelegenheit mindestens einmal fünf oder mehr Gläser Alkohol. Nach den Kriterien des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), der neben Folgen des Alkoholkonsums die Häufigkeit und die Menge des Konsums sowie die Häufigkeit exzessiven Konsums berücksichtigt, wurde der Alkoholkonsum von 22,1% der Befragten als riskant oder schädlich eingestuft. Die Werte zu Alkoholkonsum und alkoholbezogenen Problemen in Hamburg im letzten Suchtsurvey unterscheiden sich kaum von den gesamtdeutschen Prävalenzwerten.

### **Tabak**

In den letzten 30 Tagen rauchten 38,5% der 18- bis 59-jährigen Männern und 32,9% der gleichaltrigen Frauen. Sechs Jahre zuvor war die Prävalenz des Rauchens bei den Männern mit 44,4% etwas höher, bei den Frauen mit 29,9% etwas niedriger. Auch bei den 18- bis 39-Jährigen gab es zwischen 1997 und 2003 kaum Änderungen, im Vergleich zu 1990 ist der Anteil der Raucher jedoch signifikant gefallen. Während 1990 jeder Zweite in dieser Altersgruppe rauchte, waren es 1997 und 2003 noch 36-37%.

Die Raucherinnen rauchten jedoch 2003 mehr als 1997. Die Prävalenz des Rauchens von täglich 20 oder mehr Zigaretten stieg bei den 18- bis 59-jährigen Frauen von 4,5% auf 12,2%, bezogen auf die Raucherinnen ist dies ein Anstieg von 15,6% auf 38,3%. Bei den Männern traten keine Änderungen auf. In den letzten beiden Erhebungen rauchten um die 17% der 18- bis 59-jährigen Männer bzw. etwas über 40% der männlichen Raucher stark.

Mit dem Fagerström-Test wurden 43,5% der aktuellen Raucher als nikotinabhängig eingeschätzt, was einer Gesamtprävalenz von 14,3% in der Bevölkerung entspricht. Nach dem Stufenmodell von Prochaska und DiClemente befanden sich 44,6% der täglichen Raucher mit Aufhörversuchen im Stadium der Absichtslosigkeit, die Hälfte (49,7%) überlegte ernsthaft, in den nächsten sechs Monaten aufzuhören und weitere 5,6% befanden sich in der Stufe der Vorbereitung.

### **Medikamente**

Etwa zwei Drittel aller Befragten hat in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) genommen und insgesamt 16,1% der Befragten gaben an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Medikamente aus diesen Gruppen mindestens einmal pro Woche genommen zu haben. Allgemein zeigt sich, dass Frauen und ältere Personen einen höheren Medikamentengebrauch berichteten als Männer bzw. jüngere Erwachsene. Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen. Trendvergleiche der zumindest einmal wöchentlichen Einnahme zwischen 1997 und 2003 zeigen keine wesentlichen Veränderungen bei

Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs- und Anregungsmitteln, aber einen signifikanten Rückgang bei den Appetitzüglern. Gemessen mit dem Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) zeigen 4,9% der befragten 18- bis 59-Jährigen einen problematischen Gebrauch. Die in Hamburg ermittelten Prävalenzwerte und Trends unterscheiden sich nur geringfügig von den gesamtdeutschen Werten.





---

## Summary

In Hamburg the 2003 German Epidemiological Survey on Substance Abuse (ESA) sample was expanded to obtain a reasonably large sample for separate analyses for the city of Hamburg. Former expanded surveys in Hamburg were conducted in 1990 and 1997. The present analysis focuses on the temporal development of prevalence and pattern of consumption and substance-related disorders. The survey employed self-administered questionnaires; the response rate was 51%, resulting in 932 respondents who participated in the study. The target group was the 18-59 year-old adult population. Small differences in responses on substance use between respondents and non-respondents in the national data set of the Epidemiological Survey on Substance Abuse point to a negligible bias resulting from non-response.

### Illicit drugs

Consumption of illicit drugs in Hamburg has continued to increase. The increase in prevalence of illicit drugs is mainly due to an increase in cannabis consumption. Cannabis lifetime prevalence among 18-39 year olds increased from 29.6% in 1990 to 52.7% in 2003. Cocaine lifetime prevalence also increased in this age group significantly from 3.5% to 9.3% between 1990 and 2003. Prevalence of use of amphetamines, opiates, and ecstasy remained stable. Prevalence rates in Hamburg exceed the overall prevalence rates for Germany.

One in eight respondents reported to have consumed cannabis in the past 12 months. Nearly half of those took cannabis at most five times. However, one in six cannabis users who had used cannabis in the past 12 months had taken cannabis on a daily or nearly daily basis, i.e. at least 200 times. Experience with two or more drugs is wide-spread. Overall 3% of the sample exceeded the threshold of three or more points on the Severity of Dependence Scale and were characterized as cannabis dependent, compared to 1.1% in the nation-wide survey.

One in four respondents without drug experience is confident that he or she can obtain cannabis within 24 hours. Obtaining cocaine or opiates is, however, presumably much more difficult than obtaining cannabis. Availability of cocaine and opiates as well as the readiness to use these substances seemed to have remained stable since 1990. Compared to 1990, however, more young adults without drug experience are interested in using cannabis.

### Alcohol

Alcohol use is wide-spread among the general population in Hamburg. Only 2.9% are lifetime abstainers and only 6.2% reported having drunk alcohol at least once but not in the past 12 months. The majority of respondents reported an average daily intake of less than 30 g ethanol for males and 20 g for females. These thresholds are exceeded by 15.1% of male respondents and 7.1% of female respondents. The corresponding prevalence figures from the 1997 survey are 20% for men and 9.3% for women. Since 1997 prevalence of wine

consumption has increased while prevalence of spirit consumption has decreased. Consumed volumes of beer and spirit drinkers have decreased since 1997.

Nearly one in two males, but only one in five females reported having consumed five or more drinks on an occasion in the past 30 days. Based on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) criteria, which include quantity and frequency of alcohol consumption, frequency of excessive drinking and negative consequences of alcohol use, 22.1% of the respondents who had consumed alcohol in the past 30 days exhibited hazardous or harmful use. Prevalence of alcohol use and alcohol-related problems in Hamburg are comparable to overall prevalence in Germany.

### **Tobacco**

Overall, 38.5% of male and 32.9% of female respondents in the age group 18 to 59 years are current smokers (past 30 days). The corresponding prevalence rates of the 1997 survey were 44.4% for male and 29.9% for female respondents. In the age group 18 to 39 years, prevalence of smoking has also remained rather stable since 1997. Compared to 1990, however, smoking prevalence decreased significantly in this age group. While in 1990 one in two young adults reported smoking, by 1997 and 2003 prevalence of smoking decreased to 36-37% in the age group 18 to 39 years.

Prevalence of heavy smoking, defined as smoking at least 20 cigarettes a day, has increased for females and remained stable for males. Both in 1997 and 2003, about 17% of 18 to 59 year old males (about 40% of male smokers) reported heavy smoking. For females of this age group, prevalence of heavy smoking rose from 4.5% in 1997 to 12.2% in 2003. This corresponds to an increase in prevalence of heavy smoking from 15.6% to 38.3% among female smokers.

Among smokers 43.5%, i.e. 14.3% of the total sample, were diagnosed as nicotine-dependent according to the Fagerström Test. Of the daily smokers who had tried to quit smoking at least once, 44.6% were classified as being in the stage of pre-contemplation, 49.7% in the stage of contemplation and 5.6% were in the stage of preparation.

### **Prescription medications**

About two thirds of the respondents had taken at least one medication of the surveyed categories of medications (pain killers, sleeping tablets, tranquillizers, stimulants, appetite suppressants, antidepressants, and neuroleptics) in the past 12 months and overall 16.1% of respondents reported an intake at least once per week during the past month. Frequent intake in the last 30 days was more prevalent in women and elderly people compared to men and young adults. Pain killers were the most frequently used medications. Compared to 1997, frequent intake of appetite suppressants has decreased significantly, but frequent intake of pain killers, sleeping tablets, tranquillizer and stimulants has remained stable. According to the *Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch* (Brief survey on medication

use) 4.9% of respondents showed signs of problematic use of prescription drugs. The survey results vary only slightly from the overall German prevalence rates and trends.



## 1 Einleitung

Die „Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen“ (Epidemiologischer Suchtsurvey) wird seit 1980 als wiederholte Querschnittsbefragung in der Bevölkerung Deutschlands durchgeführt (Kraus & Augustin, 2001). Sonderauswertungen für die Hansestadt Hamburg erfolgten bislang für die Erhebungen der Jahre 1990 sowie 1997 und werden mit dem vorliegenden Bericht um das Jahr 2003 ergänzt. Repräsentative Bevölkerungsstudien zum Konsum und Missbrauch psychoaktiver Substanzen informieren auf der Grundlage von Selbstangaben über Umfang und Häufigkeit des Gebrauchs von legalen und illegalen Substanzen und liefern Prävalenzschätzungen über das Ausmaß von Problemverhalten und substanzinduzierten Störungen. Die mit einer direkten Befragungsmethode erhobenen Daten ergänzen das Spektrum der Informationen, die routinemäßig in den Bereichen medizinische und psychosoziale Versorgung sowie Polizei und Justiz erfasst werden. Gegenüber diesen in der Gesundheitsversorgung üblichen Daten, die den Problemstand zu einem Zeitpunkt erfassen, zu dem Sucht- und Krankheitsentwicklung bereits weit fortgeschritten sind, bilden Erhebungen in der Bevölkerung aktuelle Konsummuster und die Relationen mit den negativen Konsequenzen direkt ab. Analysen dieser komplexen Zusammenhänge liefern wertvolle Ergebnisse für die Prävention problematischen Konsumverhaltens. Darüber hinaus sind epidemiologische Studien in der Bevölkerung ein wesentlicher Bestandteil eines Früherkennungssystems.

Im Rahmen eines bevölkerungsorientierten Public Health-Ansatzes kommt der epidemiologischen Forschung eine Schlüsselfunktion zu sowohl bei der Beantwortung von Fragen nach der Verbreitung, der Entstehung und den Ursachen von Krankheiten und gesundheitsbezogenen Problemen in Bevölkerungsgruppen als auch der praktischen Anwendung dieses Wissens zur Verhinderung von Krankheiten (Rothman & Greenland, 1998). Surveys zum Konsum und Missbrauch psychoaktiver Substanzen und die mit diesen Daten durchgeführten Analysen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit und zur Prävention (vgl. Babor et al., 2003). Der Epidemiologische Suchtsurvey, der sich als Wiederholungsbefragung zwar auch für Trendbeobachtungen eignet, ist aber nicht als ein starres Instrument einer sich wiederholenden Erfassung gleicher Fragen konzipiert. Mit wechselnden Schwerpunkten wird auf aktuelle Forschungsfragen Bezug genommen. So wurden 1997 die diagnostischen Kriterien des DSM-IV (Saß et al., 1998) für einige Substanzen erhoben. Im Survey 2003 wurden u.a. die Themen Missbrauch und Folgen des Konsums von Cannabis und Kokain vertieft.



## 2 Methode

### Übersicht

Die Stichprobe der bundesweit durchgeführten „Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen“ (Epidemiologischer Suchtsurvey) wurde 1990, 1997 sowie 2003 in Hamburg erweitert, so dass repräsentative Aussagen für die Hamburger Wohnbevölkerung (WB) möglich sind. In allen Erhebungen wurde der Fragebogen von den Befragten selbstständig ausgefüllt. Grundlage des Auswahlverfahrens bildeten Einwohnermelderegister (1990 und 2003) bzw. eine Random-Route-Begehung (1997). Die untersuchte Altersgruppe änderte sich von einer Jugend- und jungen Erwachsenenstichprobe in der Erhebung von 1990 (12 bis 39 Jahre) über eine Stichprobe von Jugendlichen und Erwachsenen (1997; 15 bis 59 Jahre) zu einer reinen Erwachsenenstichprobe im Altersbereich zwischen 18 und 59 Jahren (2003). Tabelle 2-1 zeigt im Überblick das Studienjahr, das Altersspektrum, den Stichprobenumfang, die Anzahl von Personen aus dem Überschneidungsbereich von 18 bis 39 Jahren, die Responserate, das Stichprobenverfahren und die Erfassungsmethode der Epidemiologischen Suchtsurveys in Hamburg für die Jahre 1990, 1997 und 2003.

Tabelle 2-1: Übersicht über den Epidemiologischen Suchtsurvey in Hamburg

Jahr	N	Alter	18-39 Jahre	Antwortrate	Stichprobenziehung	Referenz
1990	886	12-39	637	Unbekannt	Einwohnermeldestichprobe; altersproportionale Ziehung; postalischer Fragebogenversand; dt. Staatsangehörigkeit	Simon, Herbst & Grieb (1992)
1997	702	15-59	263	63,4% <sup>1)</sup>	15-17 Jahre: Quotenverfahren; 18-59 Jahre: Random-Route; ADM Design (Bundestagswahlkreise); altersproportionale Stichprobe; persönliche Übergabe des Fragebogen; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus, Scherer & Bauernfeind (1998)
2003	932	18-59	543	50,9%	Einwohnermeldestichprobe, disproportionale Stichprobe, postalischer Fragebogenversand; dt. sprechende Wohnbevölkerung	

1) Antwortrate für die Stichprobe 18-59 Jahre

### Stichprobe

Die Grundgesamtheit des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003 besteht aus allen in Hamburger Privathaushalten lebenden Personen im Alter zwischen 18 und 59 Jahren und umfasst etwa 1,05 Mio. Personen (Stand 31.12.2002, Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein). Die Befragten wurden auf der Basis des Einwohnermelderegisters in einem Zufallsverfahren ausgewählt. Die Auswahl der Zielpersonen erfolgte direkt aus den Einwohnermelderegistern. Dabei wurden die Personenadressen in einer systematischen

Zufallsauswahl gezogen (Intervallziehung). Ausgehend von einer zufälligen Startadresse wurden über eine feste Schrittweite die Adressen aus dem Gesamtbestand der Personen mit Hauptwohnsitz in Hamburg ausgewählt. Die Auswahl der benötigten Fallzahlen in jeder Altersgruppe (18-20, 21-24, 25-29, 30-39, 40-49 und 50-59 Jahre) erfolgte disproportional zur Verteilung in der Bevölkerung. Angestrebt wurden 100 Personen in den Altersgruppen 18-20 und 21-24 Jahre, sowie jeweils 200 Personen in den Altersgruppen 25-29, 30-39, 40-49 und 50-59 Jahre. Die Feldarbeiten wurden von INFAS durchgeführt.

Die Datenerhebung begann im März 2003 und wurde im Oktober 2003 abgeschlossen. Die Fragebogen wurden postalisch versandt und von den angeschriebenen Personen schriftlich beantwortet. Telefonische Nachfragen bei Unklarheiten und Inkonsistenzen sowie die Aufbereitung der Daten erfolgten parallel nach Rücklauf der Fragebogen. Auswertbare Daten liegen von 932 Personen vor.

### *Antwortrate*

Eine Schätzung der Antwortrate ergibt sich aus dem Anteil der ausgefüllten Fragebogen an der um die qualitätsneutralen Ausfälle bereinigten Bruttostichprobe. Der Bruttoansatz der Stichprobe betrug 2.535 Adressen. Von diesen wurden 932 Fragebogen beantwortet und als auswertbar beurteilt und 478 als stichprobenneutrale Ausfälle identifiziert (Zielperson nicht erreichbar, Empfänger unbekannt bzw. unbekannt verzogen, Anschrift ungenügend etc.).

Da für Adressen ohne Rücklaufstatus der Anteil der stichprobenneutralen Ausfälle nicht bekannt war, wurde dieser Anteil auf der Basis des Anteils neutraler Fälle an den Adressen mit bekanntem Rücklaufstatus geschätzt (American Association for Public Opinion Research, 2000; Schnell, 1997). Nach Abzug des Anteils stichprobenneutraler Ausfälle an den Adressen ohne Rücklaufstatus ergab sich eine bereinigte Bruttostichprobe von 1.830 Fällen und eine Antwortrate von 50,9%, die damit gegenüber der Antwortrate der Erhebung in 1997 mit 63,4% niedriger ausfällt (Tabelle 2-1). Die erzielte Ausschöpfung liegt unter dem Wert der Bundesstichprobe von 54,6%, kann jedoch angesichts der schwierigeren Befragungssituation in Großstädten als gut gewertet werden. Während 54,1% der Frauen zur Teilnahme bereit waren, waren es bei den Männern 47,3%. Die alters- und geschlechtsspezifischen Ausschöpfungsquoten reichen von 44,0% bei den 18- bis 20-jährigen Männern bis 61,1% bei den 18- bis 20-jährigen Frauen (Tabelle 2-2).

Die Nonresponse-Studie des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003 weist darauf hin, dass Personen mit Alkohol- bzw. Drogenkonsum teilnahmebereiter sind als Abstinente. In Bezug auf den Tabakkonsum und die Anzahl Trinktage fanden sich zwischen den Teilnehmern und den Nonrespondern dagegen keine systematischen Unterschiede (Kraus & Augustin, 2005). Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass die Ausschöpfungsraten von 55% im Epidemiologischen Suchtsurvey und 51% in Hamburg als ausreichend eingeschätzt werden können, zumal Ausschöpfungsraten schriftlicher Erhebungen im Vergleich zu persönlichen und telefonischen Befragungen generell geringer ausfallen (De Leeuw, 1992).



### *Gewichtung*

Die Stichprobe wurde so gewichtet, dass die gemeinsame Verteilung von Geburtsjahrgang und Geschlecht mit der demographischen Struktur der Grundgesamtheit übereinstimmt. In Tabelle 2-2 sind die gewichtete und die ungewichtete Stichprobenverteilung nach Alter und Geschlecht der Verteilung der Grundgesamtheit gegenübergestellt. Aufgrund des Designs sind bei beiden Geschlechtern in der ungewichteten Stichprobe ältere Personen unterrepräsentiert. Zudem nahmen in allen Altersgruppen deutlich mehr Frauen als Männer teil. Nach der Gewichtung stimmen die Verteilungen der Stichprobe und der Grundgesamtheit gut überein.

### *Soziodemographische Merkmale*

Tabelle 2-3 stellt soziodemographische Merkmale der ungewichteten und gewichteten Stichprobe denen der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung (nach Auskunft des Statistisches Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein) gegenüber. Aufgrund des altersdisproportionalen Ansatzes mit überproportional vielen jungen Erwachsenen ist der Anteil Lediger und Schüler in der ungewichteten Stichprobe verhältnismäßig hoch, stimmt aber nach der Gewichtung relativ gut mit den Anteilen in der Grundgesamtheit überein. Deutlich überrepräsentiert sind – selbst in der gewichteten Stichprobe – (Fach-)Abiturienten und Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit. Personen mit Hauptschulabschluss bzw. ohne Schulabschluss sind unterrepräsentiert. Beim Familienstand weichen die Verteilungen von gewichteter Stichprobe und Grundgesamtheit weniger voneinander ab.

### *Instrumente*

Der für die Erhebung 2003 entwickelte Fragebogen ist eine überarbeitete und aktualisierte Version des 2000 im Epidemiologischen Suchtsurvey verwendeten Instruments (Kraus & Augustin, 2001). Erfasst wurden die Themenbereiche Soziodemographie in Anlehnung an die demographischen Standards (Statistisches Bundesamt, 1995), körperlicher und psychischer Gesundheitszustand, wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung, Konsum und Missbrauch von illegalen Substanzen, Alkohol, Tabak und Medikamenten sowie Fragen zum pathologischen Spielverhalten und zur ökonomischen Situation. Der Fragebogen umfasste insgesamt 118 Fragen. Im Anhang werden die verwendeten Instrumente in einer Übersicht dargestellt.

*Soziale Unterstützung und Belastung.* Die Erfassung von sozialer Unterstützung und Belastung erfolgte in Anlehnung an das University of California Social Support Inventory (UCLA-SSI; Dunkel-Schetter, Feinstein & Call, 1986) in der adaptierten Version von Franke et al. (2001). Der Fragebogen enthält sieben Items, die die erlebte Belastung durch Kritik, Enttäuschung und Probleme anderer in der sozialen Umgebung sowie die erlebte Unterstützung durch Bezugspersonen in Form von Informationen, instrumenteller Hilfe, Wertschätzung und emotionaler Unterstützung erfassen (Übersicht A im Anhang). Beide Konzepte stehen in engem Zusammenhang zum körperlichen und psychischen Befinden. Die als verfügbar wahrgenommene Unterstützung aus der Umwelt stellt eine wichtige Ressource für die Gesundheit dar, indem sie Belastung abschwächt und Bewältigungsprozesse fördert. Soziale

Beziehungen können aber auch negative Auswirkungen haben, wenn sie mit konflikthafter Auseinandersetzungen oder An- bzw. Überforderungen einhergehen und als Belastung empfunden werden.

### *Illegale Drogen*

*Prävalenz und Häufigkeit des Konsums illegaler Drogen, Alter bei Erstkonsum.* Neben den Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzwerten der einzelnen Substanzen wurden Gesamtwerte für illegale Drogen sowie illegale Drogen ohne Cannabis berechnet. In der Kategorie illegale Drogen wurden Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate (Heroin, Methadon, andere Opiate wie Codein, Opium, Morphium), Kokain, Crack und Pilze zusammengefasst. Die Häufigkeit des Konsums wurde für den Zeitraum der letzten 12 Monate 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 wurde die exakte Anzahl der Konsumtage erfragt. Weiterhin wurde für jede erhobene illegale Drogen das Alter des Erstkonsums abgefragt.

*Probierbereitschaft illegaler Drogen.* Die Bereitschaft, eine bestimmte Substanz probieren zu wollen, kann als Indikator für die Attraktivität bestimmter illegaler Substanzen angesehen werden. Sie wurde mit der Frage erfasst: „Stellen Sie sich vor, dass Ihnen Drogen angeboten werden: Würden Sie dann die folgende Drogen nehmen?“. Dargestellt werden die Anteile der ja- und vielleicht-Antworten einer dreistufigen Skala mit den Antwortmöglichkeiten ja, vielleicht und nein.

*Beschaffbarkeit illegaler Drogen.* Die Verfügbarkeit illegaler Drogen wurde über die subjektiven Einschätzungen, wie leicht bestimmte Substanzen innerhalb von 24 Stunden beschafft werden können, geschätzt. Die Respondenten konnten auf die Frage „Wie leicht wäre es für Sie, innerhalb von 24 Stunden an folgende Drogen heranzukommen?“ mit „sehr leicht“, „ziemlich leicht“, „ziemlich schwierig“, „sehr schwierig“ oder „gar nicht möglich“ antworten. Bei der Auswertung wurden die beiden ersten sowie die dritte und vierte Kategorie zusammengefasst.

*Severity of Dependence Skala (SDS).* Die SDS (Gossop et al., 1995) erfasst das Abhängigkeitserleben von Konsumenten illegaler Substanzen. In der Abkehr vom biologischen Abhängigkeitsmodell, das die Toleranzentwicklung und das Auftreten von Entzugssymptomen zur Beurteilung der Abhängigkeitsausprägung fokussiert, wird bei dieser Skala über fünf Items die psychologische Komponente der Abhängigkeit operationalisiert (Übersicht B im Anhang). Die Items erfassen Kontrollverlust, die Besorgnis über den Konsum sowie den Aufhörwunsch, d.h. die Kompulsivität des Gebrauchs der Substanz. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass nicht alle psychoaktiven Substanzen eine ausgeprägte körperliche Abhängigkeit provozieren. Cut-off-Werte finden sich für Kokain- und Amphetaminabhängigkeit, nicht aber für Cannabis. Kaye und Darke (2002) berichten, dass ein Wert von drei oder mehr Punkten im SDS am besten diskriminiert zwischen Gruppen mit und ohne DSM-IV Kokainabhängigkeit. In der vorliegenden Studie wurden die Items des SDS spezifisch für Cannabis und Kokain formuliert.

Tabelle 2-2: Demographische Verteilung der Bruttostichprobe, der Nettostichprobe (ungewichtet und gewichtet) und der Grundgesamtheit sowie die Ausschöpfungsraten

	Bruttostichprobe ohne neutrale Ausfälle		Ungewichtet		Gewichtet		Bevölkerung <sup>1)</sup>		
	N	%	n	Aus- schöpfung <sup>2)</sup>	% der Befragten	n	%	n (in 1000)	%
Insgesamt	1830	100,0	932	50,9	100,0	932	100,0	1.044,5	100,0
Männer, insgesamt	852	46,8	403	47,3	43,2	473	50,8	531,1	50,7
1983 – 1985	64	3,5	27	44,0	2,9	21	2,3	24,0	2,3
1979 – 1982	63	3,4	33	48,9	3,5	33	3,6	37,5	3,5
1974 – 1978	169	9,2	76	46,8	8,2	53	5,7	59,7	5,7
1964 - 1973	188	10,3	86	45,8	9,2	146	15,7	163,9	15,6
1954 - 1963	185	10,1	84	44,8	9,0	117	12,6	132,9	12,8
1943 - 1953	183	10,0	97	52,4	10,4	101	10,8	113,1	10,8
Frauen, insgesamt	978	53,4	529	54,1	56,8	458	49,2	513,3	49,3
1983 - 1985	83	4,5	51	61,1	5,5	19	2,1	21,6	2,0
1979 - 1982	105	5,7	64	59,9	6,9	36	3,8	40,0	3,9
1974 - 1978	199	10,9	110	55,9	11,8	54	5,8	60,1	5,8
1964 - 1973	207	11,3	96	46,3	10,3	135	14,4	150,7	14,5
1954 - 1963	191	10,4	97	50,2	10,4	113	12,1	126,1	12,1
1943 - 1953	193	10,5	111	58,1	11,9	103	11,0	115,0	11,9

1) Stand 31.12.2002, Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein

2) Angaben bezogen auf Altersgruppen, nicht auf Jahrganggruppen

Tabelle 2-3: Soziodemographische Merkmalsverteilung in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Bevölkerung

		Ungewichtete Stichprobe			Gewichtete Stichprobe			Bevölkerung (18- bis 59-Jährige)		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Staatsbürgerschaft	deutsch	90,6	91,1	90,2	91,2	91,6	90,7	82,2	81,2	83,3
	andere	9,0	8,7	9,3	8,5	8,3	8,8	17,8	18,8	16,7
	k.A.	0,4	0,2	0,6	0,3	0,1	0,5			
Familienstand	ledig	51,8	49,9	53,3	44,8	46,3	43,3	44,1	48,8	39,5
	verheiratet	40,9	45,4	37,4	47,7	49,0	46,4	46,6	44,0	49,0
	verwitwet	1,0	0,7	1,1	0,9	0,7	1,0	1,3	0,4	2,2
	geschieden	6,0	3,7	7,8	6,4	3,9	9,1	8,1	6,8	9,3
	k.A.	0,3	0,2	0,4	0,2	0,1	0,2			
Schulabschluss	In Schule	3,8	3,5	4,0	2,5	2,7	2,3	1,6	1,6	1,5
	Hauptschulabschluss	15,8	17,9	14,2	16,8	18,2	15,4	26,6	28,1	25,1
	Polytechnische Oberschule	1,3	1,2	1,3	1,3	1,1	1,5	1,3	1,2	1,3
	Mittlere Reife	24,1	20,3	27,0	24,5	21,3	27,7	24,6	22,4	26,8
	(Fach-) Abitur	51,3	52,9	50,1	51,1	53,3	48,9	41,4	42,2	40,4
	ohne Abschluss	2,5	2,7	2,3	2,6	2,4	2,7	4,6	4,5	4,9
	k.A.	1,3	1,5	1,1	1,2	1,0	1,4			
Finanzielle Situation <sup>1)</sup>	unter 500	4,6	6,0	3,6	3,6	4,5	2,6			
	500-1000	12,9	11,7	13,8	10,9	10,4	11,4			
	1000-1250	8,8	7,2	10,0	7,3	5,5	9,1			
	1250-1500	10,2	8,7	11,3	10,6	9,3	12,0			
	1500-2000	14,9	16,1	14,0	15,3	16,3	14,2			
	2000-2500	12,6	10,4	14,2	12,4	9,5	15,4			
	2500 und mehr	33,5	38,5	29,7	37,9	43,0	32,6			
	k.A.	2,6	1,5	3,4	2,0	1,4	2,6			

1) Bevölkerungsstatistiken mit abweichenden Einkommensgrenzen, daher nicht dargestellt.

## *Alkohol*

*Alkoholkonsum.* Zur Erfassung des Gebrauchs alkoholischer Getränke in den letzten 30 Tagen wurde ein Frequenz-Menge-Index verwendet. Die Frage zur Frequenz erfasste, an wie vielen der letzten 30 Tage ein bestimmtes Getränk (Bier, Wein/Sekt, Spirituosen) getrunken wurde. Die Frage zur Menge bezog sich auf die an einem Trinktag durchschnittlich konsumierte Menge pro Getränk. Daraus lässt sich für die letzten 30 Tage die Gesamtmenge an reinem Alkohol in Gramm bestimmen und eine durchschnittliche Tagesmenge berechnen. Für die Umrechnung von Liter pro Getränk in Gramm Reinalkohol wurde für einen Liter Bier, Wein/Sekt und Spirituosen jeweils 4,8 Vol %, 11,0 Vol % und 33,0 Vol % verwendet, was einer Alkoholmenge von 38,1g, 87,3g und 262,0g Reinalkohol pro Liter entspricht (Bühringer et al., 2000). Nach der Klassifikation von Bühringer et al. (2000) wurde Alkoholkonsum auf der Basis durchschnittlicher täglicher Trinkmengen eingeteilt in Abstinenz, risikoarmer Konsum (Männer: >0-30g, Frauen: >0-20g), riskanter Konsum (Männer: >30-60g, Frauen: >20-40g), gefährlicher Konsum (Männer: >60-120g, Frauen: >40-80g) sowie Hochkonsum (Männer: >120g, Frauen: >80g). Rauschtrinken ist definiert als der Konsum großer Mengen Alkohol bei einem Trinkanlass (Gmel, Rehm & Kuntsche, 2003). Der als Binge-Trinken bezeichnete Rauschkonsum wurde operationalisiert mit der Frage nach der Häufigkeit des Konsums von fünf oder mehr Gläsern Alkohol bei einem Trinkanlass.

*Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).* Der AUDIT (Babor et al., 1989; dt. Fassung Rist et al., 2003) wird als Screening-Verfahren für problematischen und gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum eingesetzt (Übersicht C im Anhang). Der AUDIT kann zum Screening von Alkoholabhängigkeit sowie zur Früherkennung alkoholbedingter Störungen bei Personen mit riskantem oder schädlichen Alkoholkonsum in einem Stadium vor dem Auftreten von physischen, psychischen oder sozialen Folgeschäden eingesetzt werden. Er besteht aus zehn Items, die sowohl Menge und Frequenz des Alkoholkonsums als auch Probleme und Schäden im Zusammenhang mit Alkohol erfassen (Babor et al., 1989; Saunders et al., 1993a; Saunders et al., 1993b). Für jede der zehn Fragen des AUDIT wird in Abhängigkeit der jeweils angegebenen Häufigkeit ein Punktwert von null bis vier vergeben, was einem Maximalwert von 40 Punkten entspricht. In der ursprünglichen Fassung wurde ein Cut-off-Wert von elf Punkten für riskanten oder schädlichen Alkoholkonsum vorgeschlagen, eine spätere Untersuchung fand eine optimale Diskriminanz bei acht Punkten (Saunders et al., 1993b). Validierungen wurden an klinischen Populationen sowie an verschiedenen nicht-klinischen Untergruppen vorgenommen (Conigrave, Hall & Saunders, 1995).

*Inventar akuter Alkoholeffekte (IAA).* Über den IAA (Hagen & Demmel, 2001; Demmel & Hagen, 2003) wurden positive und negative Wirkerwartungen, die mit dem Alkoholkonsum assoziiert sind, abgefragt (Übersicht D im Anhang). Die in diesem Fragebogen verwendete Version des IAA umfasst 20 Items. Die Probanden schätzen die Wahrscheinlichkeit ein, mit der sie eine vorgegebene typische Wirkung des Konsums bei ihnen beobachten. Der Wirkerwartung kommt eine verhaltenssteuernde Funktion zu, in dem Sinne, dass positive Erwartungen die Auftretenshäufigkeit des Konsums erhöhen und negative Erwartungen diese

reduzieren. Die im IAA vorgesehene Abfrage der Valenz von Konsumeffekten erfolgte in diesem Fragebogen nicht.

### *Tabak*

*Tabakkonsum.* Analog zur Erfassung des Alkoholkonsums wurde der Zigarettenkonsum mit einem Frequenz-Menge-Index erhoben. Die durchschnittliche Zigarettenzahl pro Tag berechnet sich aus der Anzahl der Tage, an denen in den letzten 30 Tagen geraucht wurde und der durchschnittlichen Anzahl der an einem Tag konsumierten Zigaretten. Die Mengen aufgenommenen Kondensats und Nikotins können nicht spezifisch erhoben werden, da sie nicht nur vom Nikotin- und Kondensatgehalt der Zigaretten, sondern auch von individuellen Rauchgewohnheiten (Zugvolumen und -frequenz) abhängen. Raucher wurden definiert als Personen, die in den letzten 30 Tagen geraucht haben. Zu den Nichtrauchern wurden gemäß der Definition der World Health Organization (1996) auch Personen gezählt, die Tabakwaren zwar probiert haben, insgesamt aber angegeben, nicht mehr als 100 Zigaretten (bzw. Zigarren, Pfeifen oder Zigarillos) geraucht zu haben. Exraucher sind Personen, die schon mehr als 100 Zigaretten bzw. andere Tabakprodukte konsumiert haben, aktuell jedoch abstinent sind. Starke Raucher wurden als Raucher von täglich 20 Zigaretten oder mehr definiert.

*Fagerström-Test zur Nikotinabhängigkeit (FTND).* Mit dem FTND lässt sich der Grad der individuellen Nikotinabhängigkeit quantifizieren (Fagerström, 1978; Heatherton et al., 1991). Kernstück des FTND sind zwei Items, die die Anzahl der konsumierten Zigaretten pro Tag und die Zeitspanne bis zum Konsum der ersten Zigarette am Morgen erheben (Übersicht E im Anhang). Diese Items weisen den größten inhaltlichen und empirischen Bezug zur Stärke der physischen Abhängigkeit auf. Die weiteren Items des FTND befassen sich indirekt mit der Vermeidung von Entzugserscheinungen (z.B. „Rauchen Sie, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?“). Insgesamt zeigt sich, dass die physische Abhängigkeit umso höher ist (Rustin, 2000) und es umso schwieriger wird, das Rauchen aufzugeben (Breslau & Johnson, 2000), je höher der erreichte Summenscore im FTND liegt. Der Fagerström-Test liefert keine kategoriale Einteilung in abhängige bzw. nicht abhängige Raucher, sondern erfasst die Stärke der Abhängigkeit als psychometrische Größe (Batra, 2000). Wir verwenden den von Breslau und Johnson (2000) auf der Grundlage der Receiver-operating-characteristic-Kurve (ROC) mit DSM-III-R Nikotinabhängigkeit als Kriterium vorgeschlagenen Wert von vier oder mehr Punkten im FTND als Cut-off-Wert.

*Änderungsbereitschaft (Stages of Change).* Das Stages-of-Change-Modell von Prochaska und DiClemente (1992) beschreibt die Verhaltensmodifikation bei Abhängigkeit in fünf Stufen (Übersicht F im Anhang). Der ersten Stufe, der Absichtslosigkeit (precontemplation), werden Personen zugerechnet, die keine Änderung ihres Suchtverhaltens planen. Die Stufe der Absichtsbildung (contemplation) beschreibt die erstmalige Auseinandersetzung mit negativen Konsequenzen der Sucht. Für die nähere Zukunft (d.h. etwa sechs Monate) wird eine Veränderungsabsicht geäußert. Auf der nächsten Stufe, der Vorbereitung (preparation), finden sich parallel konkrete Handlungsintentionen in einem Zeitraum von etwa 30 Tagen und erste Schritte in Richtung Verhaltensänderung (z.B. Dosisreduktion). Auf der Stufe der Handlung

(action) finden tatsächliche Veränderungen (Abstinenz) statt. Schließlich beschreibt die Stufe der Aufrechterhaltung (maintenance) Rückfallprävention und Stabilisierung des neu erworbenen Verhaltens. Bevor ein stabiler Zielzustand erreicht wird, können die Stufen mehrmals durchlaufen werden (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Die Änderungsbereitschaft des Tabakkonsums wurde mit dem *Stages of Change*-Fragebogen in der Version von Etter und Perneger (1999) erfasst. Da das Stufenmodell von Prochaska und DiClemente für Gelegenheitsraucher und Personen ohne Aufhörversuche ungeeignet ist (Etter & Perneger, 1999), wurden nur tägliche Raucher mit Aufhörversuchen nach dem Stufenmodell klassifiziert.

Zusätzlich wurde die Bereitschaft, mit dem Tabakkonsum aufzuhören, über die *Importance- und Confidence-Skalen* erhoben (Demmel, 2003). Auf einer zehnstufigen Skala wird die Wichtigkeit des Aufhörens sowie die Zuversichtlichkeit, aufhören zu können, eingeschätzt (Übersicht G im Anhang).

### *Medikamente*

*Medikamentengebrauch.* Prävalenz und Häufigkeit der Medikamenteneinnahme wurde getrennt für Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel und Appetitzügler in den letzten 12 Monaten sowie in den letzten 30 Tagen vor der Befragung erfasst. Diese Medikamentenklassen wurden als wichtigste Gruppen im Zusammenhang mit Missbrauch bzw. Abhängigkeit genannt (Kuhs, 1994; Maffli & Gmel, 1999). Vor dem Hintergrund häufiger Fehlanwendungen (Maffli & Bahner, 1999) wurden zusätzlich auch Antidepressiva und Neuroleptika abgefragt. Da die verschiedenen Arzneimittel von den Befragten selbst in die vorgegebenen Arzneimittelgruppen (z.B. Schlaf- oder Schmerzmittel) eingeordnet werden mussten, enthielt der Fragebogen zur Vermeidung falscher Zuordnungen eine Liste der gebräuchlichsten Medikamente, die den entsprechenden Arzneimittelgruppen zugeordnet waren. Weitgehend unklar musste bleiben, ob diese vorschriftsmäßig oder ihrem eigentlichen Zweck widersprechend, in einer anderen Dosierung als vorgeschrieben oder länger als beabsichtigt eingenommen wurden. Die Prävalenz der Einnahme eines Medikaments in den letzten 12 Monaten ist definiert als die zumindest einmalige Einnahme in diesem Zeitraum. Als häufige Einnahme eines Medikaments in den letzten 30 Tagen wird eine Einnahme von einmal oder häufiger pro Woche verstanden.

*Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM).* Der KFM (Watzl et al., 1991) besteht aus elf Items, die sich sowohl auf das Verhalten als auch auf das Erleben im Zusammenhang mit der Einnahme von Medikamenten beziehen (Übersicht H im Anhang). Als Screening-Verfahren dient der Test einer Vororientierung in Bezug auf eine mögliche Abhängigkeit bzw. einen Missbrauch, um auch geringergradige Auffälligkeiten entdecken und frühzeitig Interventionen einleiten zu können. Personen, die zwar nicht die Kriterien nach DSM-IV erfüllen, dennoch aber bestimmte Symptome abhängigen Konsums aufweisen, werden so rechtzeitig erkannt. Als Cut-off-Wert für problematischen Medikamentengebrauch werden vier oder mehr positive Antworten verwendet.

*Skalen zur medikamentenorientierten Einstellung.* Zur Beschreibung einer medikamentenbezogenen Einstellung wurden die Skalen „medikamentenorientierte Lebensbewältigung“ und „Instant Relief“ durch Schmerzmittel gewählt (Schär et al., 1985; Übersicht I im Anhang). Es zeigte sich, dass sich Personen, die Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen, von anderen dadurch unterscheiden, dass sie in stärkerem Maße Medikamente zur Lebensbewältigung einsetzen, bei Schmerzen eine höhere Bereitschaft zum Einsatz von Schmerzmitteln zeigen und dass sie speziell Schmerzmittel unangemessen zur Selbstmedikation einsetzen (Gutscher et al., 1986). Die medikamentenorientierte Lebensbewältigung wurde mit vier Items, „Instant Relief“ durch Schmerzmittel mit sechs Items erfasst.

### *Auswertung*

*Inkonsistenzen.* Bei der Beantwortung des Fragebogens sind inkonsistente Angaben möglich. Widersprüche wie z.B. zwischen Zeitpunkt des Aufhörens mit dem Rauchen und Tabakkonsum in den letzten 30 Tagen erklären sich dadurch, dass sich Raucher, die ihren Konsum stark reduzierten und nur noch gelegentlich rauchen, selbst als Exraucher einschätzen (Etter & Perneger, 1999). Wie bei früheren Auswertungen des Epidemiologischen Suchtsurvey und z.B. auch des US National Household Survey on Drug Abuse (Biemer & Wiesen, 2002) wurde bei widersprüchlichen Angaben von einem Konsum ausgegangen. Die Auswertung erfolgte mit SPSS 10.0. Zur Berücksichtigung des Sample-Designs wurden die Konfidenzintervalle mit SUDAAN 7.5 (Shah, Barnwell & Bieler, 1997) berechnet.

Aufgrund fehlender Angaben bei einzelnen Items basiert die Auswertung nicht auf der gesamten Stichprobe. Die Anzahl der zugrundeliegenden gültigen Fälle ist in den Tabellen angegeben. In Tabellen, die verschiedene Items mit unterschiedlichen fehlenden Angaben enthalten, wurde aus Platzgründen auf die Angabe der ungewichteten Fallzahlen verzichtet.

### *Illegale Drogen*

*Erstkonsum von Cannabis.* Die Angaben zum Alter des ersten Cannabiskonsums sind zensiert. Das Einstiegsalter kann höchstens so hoch sein wie das Lebensalter der Befragten, so dass der Mittelwert des Einstiegsalters von jüngeren Cannabiserfahrenen immer niedriger ausfallen muss als der von älteren Cannabiskonsumern. Diese Zensierung wird bei der Berechnung der empirischen Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Cannabiskonsums mit Hilfe des Sterbetafelschätzers berücksichtigt (Blossfeld, Hamerle & Mayer, 1986; Singer & Willet, 1991). Die empirische Verteilungsfunktion gibt den Anteil der Personen wieder, die bis zu einem bestimmten Alter Erfahrung mit Cannabis hatten.

*Trends des Drogenkonsums.* Trendvergleiche wurden für die Substanzen Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, Opiate und Kokain vorgenommen. Illegale Drogen gesamt bezieht sich auf den Konsum mindestens einer der oben genannten Substanzen, wobei Ecstasy 1997 in den Fragebogen aufgenommen wurde. Zusätzlich gehen die Angaben zu psilocybinhaltigen Pilzen in der Erhebung von 2003 und die Angaben zu Crack in den Erhebungen von 1997 und 2003 in die Gesamtprävalenz des Konsums illegaler Drogen ein. Die Frage zur Einnahme von Drogen und Medikamenten, die nicht im Rahmen einer ärztlichen Behandlung ein-



genommen wurden, enthielt 1990 eine Auflistung von Drogen und Medikamenten, die entsprechend ihres Wirkstoffes den Kategorien Amphetamine und Opiate zugeordnet wurden. In den beiden letzten Erhebungen wurden nur noch die Kategorien Amphetamine/Aufputschmittel sowie Heroin, andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphinum) und Methadon vorgegeben. Die 30-Tage-Prävalenz wurde 1990 noch nicht erfasst.

*Trends der Probierbereitschaft illegaler Drogen.* Die Frage nach der Probierbereitschaft illegaler Drogen wurde im Zuge der Verschiebung des Altersspektrums des Epidemiologischen Suchtsurvey geändert. Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die bis 1990 befragt wurden, sollten sich vorstellen, sie seien auf einer Party oder einem Popfestival und sollten auf einer Skala von 1 (sehr unwahrscheinlich) bis 6 (sehr wahrscheinlich) einstufen, für wie wahrscheinlich sie es halten, dass sie dort Haschisch, Kokain oder Opiate probieren. Den Erwachsenen bis 59 Jahre wurde dagegen ab 1995 die Frage gestellt: „Stellen Sie sich vor, dass Ihnen Drogen angeboten werden: Würden Sie dann die folgenden Drogen nehmen?“. Antworten konnten die Befragten mit ja, vielleicht oder nein. Die Anteile der ja- und vielleicht-Antworten in den Studien der Jahre 1997 und 2003 sowie die Anteile der Antworten im Bereich zwischen drei und sechs in der Untersuchung von 1990 wurden zusammengefasst.

*Trends der Beschaffbarkeit illegaler Drogen.* Die Frage nach der Beschaffbarkeit illegaler Drogen blieb zwischen 1990 und 2003 unverändert. In allen Erhebungen mussten die Befragten beurteilen, wie leicht es für sie wäre, innerhalb von 24 Stunden an die vorgegebenen Rauschmittel heranzukommen. Die 5-stufige Skala erlaubte die Antworten sehr leicht, ziemlich leicht, ziemlich schwierig, sehr schwierig und gar nicht möglich. Für die Darstellung wurden die Kategorien sehr und ziemlich leicht zusammengefasst.

### *Alkohol*

*Beginn des regelmäßigen Alkoholkonsums.* Personen mit Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten wurden gefragt, ab welchem Alter sie regelmäßig, d.h. mindestens einmal im Monat, Alkohol getrunken haben. Mit Hilfe der Sterbetafelmethode (Blossfeld, Hamerle & Mayer, 1986; Singer & Willet, 1991) wurde der Anteil derjenigen geschätzt, die ab einem bestimmten Alter einmal im Monat oder öfter Alkohol tranken. Angaben zum Beginn regelmäßigen Alkoholkonsums von Personen ohne Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten wurden bei der Auswertung berücksichtigt.

*Trends des Alkoholkonsums.* Da der Alkoholteil des Fragebogens des Epidemiologischen Suchtsurvey 1995 grundlegend überarbeitet wurde, können zum Trendvergleich in Hamburg nur die Erhebungen der Jahre 1997 und 2003 herangezogen werden. Verglichen werden die durchschnittlich pro Tag konsumierten Mengen an Reinalkohol, die 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Bier, Wein/Sekt und Spirituosen, die von den Konsumenten der jeweiligen Getränke getrunkenen Mengen sowie riskanter oder schädlicher Alkoholkonsum derjenigen, die in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken haben. Riskanter oder schädlicher Alkoholkonsum wurde mit dem AUDIT erhoben.

### *Tabak*

*Trends des Tabakkonsums.* Trendanalysen wurden für die 30-Tage-Prävalenz des Rauchens sowie die Prävalenz des starken Rauchens (täglich 20 oder mehr Zigaretten) vorgenommen. Bei der Erhebung von 1990 wurde die 30-Tage-Prävalenz aus der subjektiven Einschätzung als Raucher und bei Personen, die sich selbst als Exraucher einstufen, aus dem Zeitpunkt des Aufhörens berechnet, bei den späteren Surveys wurden zusätzlich die Angaben zum Konsum in den letzten 30 Tagen berücksichtigt. Personen, die sich selbst als Raucher bezeichnen, aber in den letzten 30 Tagen nicht geraucht haben, wurden 1997 und 2003 als Exraucher kategorisiert, wären 1990 aber zu den Rauchern gezählt worden. Andererseits wären Personen, die in den letzten 30 Tagen geraucht haben, aber angaben, schon vor längerer Zeit mit dem Rauchen aufgehört zu haben, 1990 als Exraucher eingestuft worden. Dass sich Personen, die nur noch gelegentlich rauchen, selbst als Exraucher einschätzen, wurde bereits mehrfach beobachtet (Etter & Perneger, 1999). Beide Zuordnungen kamen aber selten und etwa in gleichem Umfang vor, so dass Trendvergleiche vorgenommen werden können.

### *Medikamente*

*Trends des Medikamentengebrauchs.* Die Angaben zur mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme in den Erhebungen zwischen 1997 und 2003 werden verglichen. Während in der letzten Erhebung eine Beispielliste gängiger Medikamente vorgegeben war, blieb 1997 die Klassifizierung der Medikamente in die erhobenen Arzneimittelgruppen den Befragten vollständig überlassen. Im Survey von 1990 wurden Medikamente noch nicht erhoben.

### 3 Illegale Drogen

#### *Prävalenz des Konsums illegaler Drogen*

Insgesamt zeigt sich, dass 42,9% der befragten 18- bis 59-Jährigen zumindest einmal im Leben eine illegale Droge (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack oder psilocybinhaltige Pilze) genommen haben. In den letzten 12 Monaten hatten mit 13,6% weit weniger illegale Drogen konsumiert und in den letzten 30 Tagen gaben noch 7,2% den Konsum von illegalen Drogen an. Cannabis ist mit Abstand die am weitesten verbreitete Substanz, der Anteil der Cannabiskonsumenten ist jeweils nur geringfügig geringer als der für illegale Drogen gesamt (Tabelle 3-9). Während der Anteil der Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen ohne Cannabis bei 12,8% liegt (12-Monate: 3,8%, 30-Tage: 1,1%), erreichen die Einzelsubstanzen insgesamt nur geringe Prävalenzen. Nach Cannabis haben 7,0% Erfahrung mit Kokain, 5,0% mit Amphetaminen, 4,6% mit Pilzen, 4,5% mit LSD und 4,3% mit Ecstasy. Die 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen liegen für alle Substanzen außer für den Konsum von Kokain mit einer 12-Monats-Prävalenz von 2,7% bei 1% oder darunter.

Weiterhin ist multiple Drogenerfahrung weit verbreitet. Fast jeder dritte Drogenerfahrene (29,1%) hat zwei oder mehr illegale Drogen wenigstens einmal probiert, jeder Sechste (16,5%) drei oder mehr. Von denen, die Drogen im Jahr vor der Erhebung konsumiert haben, berichteten 22,0% von der Einnahme von zwei oder mehr Substanzen und 6,8% von drei oder mehr. Mit dem Polykonsum ist allerdings nicht notwendigerweise eine gleichzeitige Einnahme dieser Substanzen verbunden.

Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung (WB) haben etwa 447.800 Personen Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen, 141.900 Personen gaben den Konsum irgend einer illegalen Droge in den letzten 12 Monaten sowie 74.900 Personen in den letzten 30 Tagen an. In den letzten 12 Monaten hatten 130.300 Personen Cannabis und 40.100 Personen andere illegale Drogen als Cannabis genommen.

#### *Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Alter und Geschlecht*

Mehr Männer als Frauen haben Lebenszeiterfahrung mit dem Konsum irgendeiner illegalen Droge (47,7% vs. 37,8%). Die Prävalenzunterschiede des Konsums illegaler Drogen zwischen Männern und Frauen nehmen mit der zeitlichen Nähe zu. So ist die Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei den Männern in den letzten 12 Monaten 1,5mal (16,3% vs. 10,8%) und in den letzten 30 Tagen 2,2mal (9,7% vs. 4,5%) so hoch wie bei den Frauen. Deutliche Unterschiede zeigen sich auch in der Verteilung der Prävalenz des Drogenkonsums über das Alter mit erheblich höheren Anteilen des Konsums und der Konsumerfahrung in den jüngeren Altersgruppen. Je älter die Befragten zum Zeitpunkt der Erhebung waren, umso geringer ist die Drogenerfahrung. Jeder zweite 25- bis 39-Jährige, zwei Fünftel der 40- bis 49-Jährigen, aber nur noch ein Fünftel der 50- bis 59-Jährigen hat irgendwann illegale Drogen genommen. Die hohen Konsumwerte gehen aber zu weiten Teilen auf die Erfahrung mit Cannabis zurück, beispielsweise hat nur jeder Zehnte in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen Erfahrung mit anderen illegalen Drogen. Im Vergleich zu den Älteren (30-59 Jahre)

sind die Prävalenzwerte der 18- bis 29-jährigen Erwachsenen im letzten Jahr und in den letzten 30 Tagen deutlich höher.

Von den hochgerechnet 447.800 Personen mit Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen waren 253.500 Männer und 194.200 Frauen. Von den Konsumenten der letzten 12 Monate waren 86.500 Männer und 55.400 Frauen, bezogen auf die letzten 30 Tage ist die Anzahl männlicher Drogenkonsumenten (51.700) mehr als doppelt so hoch wie die Anzahl weiblicher Drogenkonsumenten (23.100).

### *Häufigkeit des Cannabiskonsums*

Die Häufigkeit des Cannabiskonsums in den letzten 12 Monaten weist auf eine Gruppe mit einem problematischen Konsummuster hin. Von denjenigen, die einen Cannabiskonsum im letzten Jahr angaben, konsumierte etwa jeder Zweite Cannabis mehr als fünfmal, jeder Fünfte mindestens wöchentlich (60mal oder öfter) und jeder Sechste täglich oder fast täglich (200mal oder öfter). Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung sind dies 21.700 Personen mit (fast) täglichem Cannabiskonsum. Über ein Drittel der 30-Tage-Konsumenten nahmen im letzten Monat häufiger als wöchentlich Cannabis, ein Fünftel konsumierte Cannabis an 20 bis 30 Tagen des letzten Monats (Tabelle 3-1).

Tabelle 3-1: 12-Monats- und 30-Tage-Frequenz des Cannabiskonsums

	Gesamt		Frequenz						
	N	1x	2-5x	6-9x	10-19x	20-59x	60-99x	100-199x	≥200x
<b>12-Monats-Frequenz</b>	124	24,9	22,4	8,1	8,8	14,0	3,5	1,5	16,7
	N	1x	2-5x	6-9x	10-19x	20-30x			
<b>30-Tage-Frequenz</b>	70	17,9	44,9	9,9	6,7	20,6			

### *Alter des Erstkonsums von Cannabis*

Die empirischen Verteilungsfunktionen des Erstkonsums zeigen, dass in jedem Lebensalter der Anteil der Cannabiserfahrenen umso größer ist, je jünger die Befragten sind. Während z.B. bis zum Alter von 20 Jahren 11,0% der 50- bis 59-Jährigen Erfahrung mit Cannabis gemacht haben, waren es bei den 40- bis 49-Jährigen 30,2%, bei den 30- bis 39-Jährigen 37,6%, bei den 25- bis 29-Jährigen 46,8%, sowie bei den 18- bis 24-Jährigen 52,5% (Abbildung 3-1).

### *Cannabisabhängigkeit*

Etwa jeder Achte gab an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Von den Cannabiskonsumenten erreichten 37,5% mindestens einen Punkt und 24,5% mindestens drei Punkte in der SDS-Skala (Severity of Dependence Skala). Nimmt man einen Score von drei Punkten als Cut-off-Wert lassen sich ein Viertel der Konsumenten der letzten 12 Monate bzw. 3,0% der Befragten (WB: 31.200) nach der Definition des SDS als cannabisabhängig diagnostizieren. Der höchste Anteil cannabisbezogener Störungen findet sich mit 9% der Befragten bzw. 31% der Konsumenten bei den 18- bis 24-Jährigen.

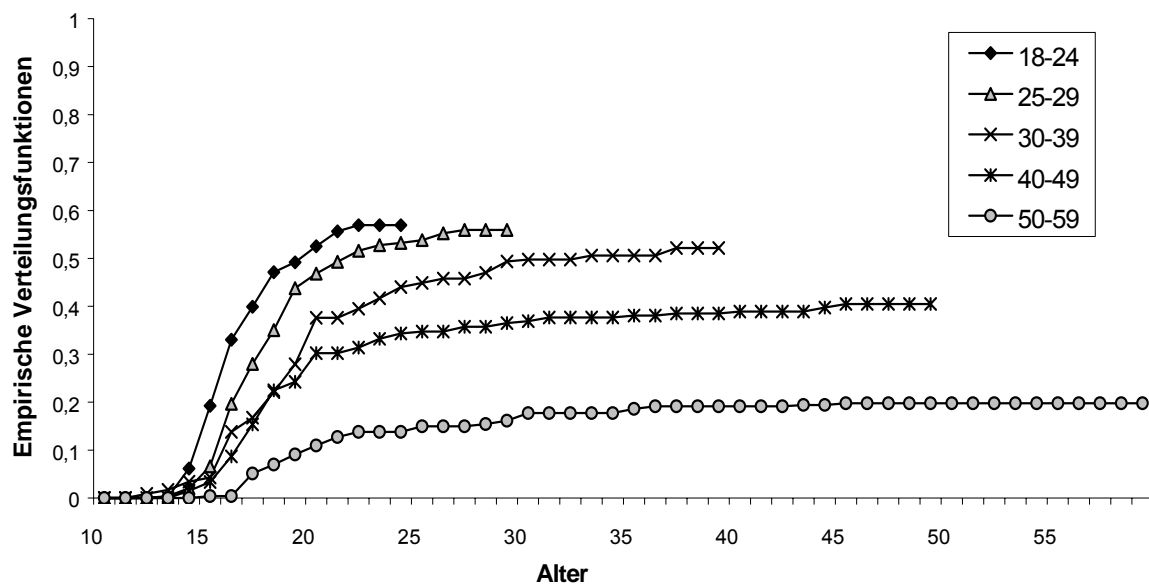


Abbildung 3-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Cannabiskonsums

Unter Berücksichtigung, dass bereits eine positive Angabe im SDS ein Problem im Umgang mit Cannabis anspricht, dürften etwa 4-5% der Stichprobe bzw. 37,5% der Konsumenten einen problematischen Cannabiskonsum betreiben (Tabelle 3-2). Vergleicht man die Items des SDS, finden sich die höchsten Prävalenzen positiver Antworten auf die Frage „Wie häufig waren Sie besorgt über den Gebrauch von Cannabis“ (24,3%). Die Anteile positiver Antworten auf die übrigen Items liegen zwischen 16,0% und 21,6% (Tabelle 3-10).

Tabelle 3-2: Anteil der Personen mit einem positiven Screeningbefund in der *Severity of Dependence Skala* (SDS) für Cannabisabhängigkeit (Gesamtstichprobe und Cannabiskonsumern der letzten 12 Monate)

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
<b>Gesamtstichprobe</b>	<b>922</b>	<b>401</b>	<b>521</b>	<b>172</b>	<b>185</b>	<b>181</b>	<b>179</b>	<b>205</b>
mind. 1 Punkt im SDS	4,6 (47)	6,4	2,7	16,2	8,5	4,3	1,6	0,0
mind. 3 Punkte im SDS	3,0 (31)	3,9	2,0	9,3	6,3	3,8	0,0	0,0
<b>Konsumenten</b>	<b>123</b>	<b>63</b>	<b>60</b>	<b>46</b>	<b>44</b>	<b>22</b>	<b>10</b>	<b>1</b>
mind. 1 Punkt im SDS	37,5 (46)	42,3	28,9	53,0	34,4	29,9	29,5	0,0
mind. 3 Punkte im SDS	24,5 (31)	25,5	22,7	30,8	25,6	26,5	0,0	0,0

*Risikoverhalten*

Zeitgleicher Konsum verschiedener Substanzen stellt gegenüber dem Konsum nur einer Substanz eine erhebliche Risikosteigerung dar. Jeder zweite Konsument von Cannabis berichtete über einen kombinierten Konsum von Cannabis und Alkohol. Autofahren unter

dem Einfluss von Drogen stellt ebenfalls ein Risikoverhalten dar, das jeder fünfte Cannabiskonsument zeigte. Dieses Verhalten wurde von den 25- bis 39-Jährigen häufiger als von jungen und älteren Konsumenten berichtet (Tabelle 3-3).

Tabelle 3-3: Risikoverhalten von aktuellen Cannabiskonsumenten (letzte 12 Monate)

Konsumenten	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	<b>124</b>	<b>63</b>	<b>61</b>	<b>47</b>	<b>44</b>	<b>22</b>	<b>10</b>	<b>1</b>
Nach Cannabiskonsum Alkohol getrunken	52,3 (68)	57,5	43,0	44,4	63,6	53,5	42,1	100,0
Nach Cannabiskonsum Auto gefahren	21,1 (28)	23,6	16,9	14,9	26,6	22,9	15,5	100,0

### *Probierbereitschaft und Beschaffbarkeit*

Interesse am Drogenkonsum wird insgesamt nur von einem kleinen Teil der Drogenunerfahrenen angegeben. Ein Angebot von Cannabis würden 8,5%, Amphetamine nur 1,6% der Drogenunerfahrenen annehmen, die Bereitschaft zum Konsum der anderen Substanzen liegt bei 1,4% und weniger. Frauen und Männer unterscheiden sich nur geringfügig (Tabelle 3-4). Bei den Drogenerfahrenen dominiert Cannabis mit 48,2% und jeder Zehnte wäre am Konsum von psilocibinhaltigen Pilzen oder Kokain interessiert. Die Bereitschaft zum Konsum der anderen Substanzen liegt aber auch bei den Drogenerfahrenen unter 10%, wobei Amphetamine und Ecstasy den Opiaten oder Crack vorgezogen werden. Auch die Unterschiede zwischen drogenerfahrenen Männern und Frauen sind gering.

Tabelle 3-4: Anteile Drogenunerfahrener und Drogenerfahrener, die illegale Drogen wahrscheinlich probieren würden

	Drogenunerfahrene			Drogenerfahrene		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Cannabis <sup>1)</sup>	8,5	8,3	8,7	48,2	48,8	47,4
Amphetamine	1,6	1,3	1,8	6,3	6,1	6,4
Ecstasy	0,9	1,1	0,8	5,9	5,8	5,9
LSD	0,6	0,6	0,6	3,5	3,4	3,7
Heroin	0,4	0,3	0,6	1,1	0,0	2,5
Methadon	1,3	1,7	0,9	2,0	1,4	2,9
Andere Opiate	0,4	0,3	0,6	0,9	0,6	1,3
Kokain	1,4	1,5	1,3	11,2	10,8	11,7
Crack	0,6	0,3	0,8	1,0	0,4	1,7
Pilze	1,1	1,6	0,8	10,9	10,7	11,1

1) Kategorien Ja oder Vielleicht der Skala: Ja – Vielleicht – Nein

Die Mehrheit der Befragten ohne Drogenerfahrung sieht sich nicht in der Lage, innerhalb von 24 Stunden Drogen zu beschaffen, wobei sich deutliche Unterschiede zwischen den Substanzen zeigen (Tabelle 3-5). Cannabis, Amphetamine und Ecstasy wurden als am leichtesten verfügbar eingestuft. Zwischen 15% und 23% der Befragten ohne Drogenerfahrung gaben an, diese Drogen leicht besorgen zu können. Drogenerfahrene beurteilten die Verfüg-

barkeit von Drogen generell höher. Zwei Drittel schätzten Cannabis und jeder Vierte Amphetamine und Ecstasy als leicht verfügbar ein.

Tabelle 3-5: Anteile Drogenunerfahrener und Drogenerfahrener, die einschätzten illegale Drogen innerhalb von 24 Stunden leicht oder ziemlich leicht beschaffen zu können

	leicht <sup>1)</sup>		schwierig <sup>2)</sup>		gar nicht <sup>3)</sup>	
	drogen- unerfahren	drogen- erfahren	drogen- unerfahren	drogen- erfahren	drogen- unerfahren	drogen- erfahren
Cannabis	22,9	68,6	20,5	18,0	56,5	13,4
Amphetamine	16,9	27,0	22,4	39,1	60,7	33,9
Ecstasy	15,7	27,7	21,9	36,7	62,4	35,6
LSD	11,0	18,3	23,7	38,5	65,3	43,2
Heroin	11,1	17,5	22,7	35,3	66,2	47,1
Methadon	11,6	15,4	23,0	36,8	65,4	47,8
Andere Opiate	9,0	13,5	22,0	31,9	69,0	54,6
Kokain	11,8	27,6	21,6	33,1	66,5	39,3
Crack	11,6	18,6	21,8	34,7	66,7	46,8

1) Kategorien sehr leicht und ziemlich leicht, 2) sehr schwierig und ziemlich schwierig, 3) gar nicht möglich der Skala: sehr leicht - ziemlich leicht - ziemlich schwierig - sehr schwierig - gar nicht möglich

### Trends

*Prävalenz des Konsums illegaler Drogen.* In den Erhebungen der 1990er Jahre berichtete etwa jeder Dritte im Alter von 18 bis 39 Jahren von Erfahrung mit illegalen Drogen. Bis 2003 erhöhte sich die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen signifikant auf über 50%. Cannabis ist die am meisten verbreitete Droge, die Prävalenzen liegen nur geringfügig unter den Werten für den Konsum irgendeiner illegalen Droge. Dem folgen im Survey von 1990 Amphetamine mit etwa 8% und Opiate sowie Kokain mit jeweils knapp 4%. Während die Lebenszeitprävalenzen für den Konsum von Amphetaminen und Opiaten im Zeitverlauf in etwa auf dem gleichen Niveau blieben, stieg die Lebenszeitprävalenz für den Konsum von Kokain bis 2003 signifikant auf 9,3%. Die Lebenszeitprävalenz für den Konsum von Ecstasy fiel zwischen 1997 und 2003 von 11,4% auf 7,4%, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant (Tabelle 3-6).

Ebenso wie die Lebenszeitprävalenzen blieben auch die 12-Monats-Prävalenzen für den Konsum irgendeiner illegalen Droge und für Cannabis in den 1990er Jahren konstant und stiegen dann bis 2003 an. In der letzten Erhebung gab etwa jeder fünfte 18- bis 39-Jährige den Gebrauch einer illegalen Droge in den letzten 12 Monaten an. In den letzten 30 Tagen hatten 12,5% dieser Altersgruppe illegale Drogen genommen. Sieben Jahre zuvor war die 30-Tages-Prävalenz mit 9,3% etwas niedriger.

Tabelle 3-6: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen (18- bis 39-Jährige)

Prävalenz		Erhebungsjahr					
		1990		1997		2003	
		%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Illeg. Drogen	Lebenszeit	30,4	26,0-34,8	33,1	27,1-39,0	53,1	48,2-58,0
	12-Monate	12,0	9,0-14,9	14,3	10,0-18,5	22,5	18,2-26,8
	30-Tage			9,3	5,7-12,9	12,5	9,0-16,0
Cannabis	Lebenszeit	29,6	25,2-33,9	27,0	21,3-32,6	52,7	47,8-57,6
	12-Monate	9,0	6,7-11,3	9,1	5,7-12,6	20,6	16,5-24,7
	30-Tage			5,4	2,8-8,1	10,8	7,7-13,8
Amphetamine	Lebenszeit	8,4	5,7-11,2	5,2	2,5-8,0	6,2	3,9-8,6
Ecstasy	Lebenszeit			11,4	7,5-15,2	7,4	5,0-9,8
Opiate	Lebenszeit	3,9	1,9-6,0	3,5	1,1-5,9	3,4	1,4-5,5
Kokain	Lebenszeit	3,5	1,7-5,3	3,7	1,2-6,2	9,3	6,5-12,2

*Probierbereitschaft.* Bei den 18- bis 39-jährigen Drogenunerfahrenen stieg die Bereitschaft, Cannabis zu probieren, zwischen 1990 und 1997 von 4,0% auf 10,5% und blieb dann mit 12,7% in der letzten Erhebung in etwa auf dem 1997 erreichten Niveau. Die Bereitschaft, Kokain oder Opiate zu probieren, ist bei den Drogenunerfahrenen gering, wobei sich das Interesse über die Zeit kaum verändert hat.

Tabelle 3-7: Trends der Anteile Drogenunerfahrener, die illegale Drogen wahrscheinlich probieren würden (18- bis 39-Jährige)

	Erhebungsjahr					
	1990 <sup>1)</sup>		1997 <sup>2)</sup>		2003 <sup>2)</sup>	
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Cannabis	4,0	1,6-6,5	10,5	5,7-15,4	12,7	8,1-17,4
Kokain	2,2	0,2-4,1	0,6	0,0-1,9	1,5	0,0-3,4
Opiate	2,2	0,2-4,1	0,0	0,0-0,0	1,2	0,0-3,0

1) Kategorien 3-6 der Skala: 1: sehr unwahrscheinlich bis 6: sehr wahrscheinlich

2) Kategorien Ja oder Vielleicht der Skala: Ja – Vielleicht – Nein

*Einschätzung der Beschaffbarkeit.* Die subjektive Einschätzung einer leichten Verfügbarkeit von Cannabis, Kokain und Opiaten durch drogenunerfahrene Personen zeigt im Zeitverlauf besonders für Cannabis Veränderungen im Prävalenzniveau (Tabelle 3-8). Der Anteil 18- bis 39-Jähriger, die angaben, Cannabis leicht beschaffen zu können, stieg von 20,4% im Jahr 1990 auf 30,7% im Jahr 2003 an. Interessanterweise hielten in den 1990er Jahren mehr Befragte den Zugang zu Opiaten für leichter als zu Kokain. Inzwischen hat sich die subjektive Einschätzung der Beschaffbarkeit von Kokain derjenigen von Opiaten angeglichen. In der letzten Erhebung trauten sich jeweils 13-14% der drogenunerfahrenen 18- bis 39-Jährigen zu, Kokain bzw. Opiate innerhalb von 24 Stunden beschaffen zu können.



Tabelle 3-8: Trends der Anteile Drogenunerfahrener, die einschätzten, illegale Drogen innerhalb von 24 Stunden leicht oder ziemlich leicht beschaffen zu können (18- bis 39-Jährige)

	Erhebungsjahr					
	1990		1997		2003	
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Cannabis <sup>1)</sup>	20,4	15,8-25,0	19,3	13,1-25,4	30,7	24,3-37,1
Kokain	8,0	4,6-11,4	5,9	2,3-9,5	13,2	8,5-17,9
Opiate	10,7	6,8-14,5	12,9	7,6-18,2	13,9	9,2-18,6

1) Kategorien sehr leicht und ziemlich leicht der Skala: Sehr leicht - ziemlich leicht - ziemlich schwierig - sehr schwierig - gar nicht möglich

*Tabellen: Illegale Drogen*

Tabelle 3-9: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen

Lebenszeit	Geschlecht			Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Irgendeine illegale Droge <sup>1)</sup>	42,9	47,7	37,8	54,5	56,2	51,3	40,0	20,8
Cannabis	42,4	47,4	37,3	54,5	55,5	50,9	40,0	19,8
Andere Drogen als Cannabis	12,8	13,4	12,2	10,4	24,3	15,2	11,2	6,4
Amphetamine	5,0	4,4	5,7	5,5	7,3	6,1	4,5	2,5
Ecstasy	4,3	4,8	3,7	6,0	14,8	5,2	0,8	0,4
LSD	4,5	5,2	3,9	2,3	6,5	4,9	6,7	1,8
Heroin	1,0	0,6	1,4	0,0	0,4	2,0	0,7	0,8
Methadon	0,4	0,0	0,7	0,0	0,0	0,6	0,7	0,0
Andere Opiate	1,9	2,3	1,6	0,7	0,8	4,5	1,1	0,4
Kokain	7,0	8,0	6,0	7,3	11,7	9,2	5,6	2,8
Crack	1,0	0,6	1,4	1,3	1,1	0,9	1,5	0,4
Pilze	4,6	4,5	4,7	4,3	12,5	6,2	2,8	0,4
<b>12-Monate</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>18-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-59</b>
Irgendeine illegale Droge	13,6	16,3	10,8	30,9	25,8	17,9	5,3	0,8
Cannabis	12,5	15,5	9,3	30,9	25,1	14,9	5,3	0,4
Andere Drogen als Cannabis	3,8	3,1	4,6	4,9	5,3	5,2	3,7	0,8
Amphetamine	1,0	0,4	1,5	2,5	0,9	1,3	0,7	0,0
Ecstasy	0,5	0,4	0,6	0,9	0,9	0,4	0,4	0,4
LSD	0,2	0,0	0,3	0,3	0,0	0,4	0,0	0,0
Heroin	0,2	0,0	0,4	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0
Methadon	0,4	0,0	0,7	0,0	0,0	0,6	0,7	0,0
Andere Opiate	0,2	0,0	0,4	0,7	0,4	0,0	0,0	0,4
Kokain	2,7	2,7	2,6	2,3	4,4	2,9	3,7	0,5
Crack	0,3	0,3	0,3	0,6	0,7	0,5	0,0	0,0
Pilze	0,3	0,1	0,5	0,8	0,5	0,4	0,0	0,0
<b>30-Tage</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>18-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-59</b>
Irgendeine illegale Droge	7,2	9,7	4,5	19,9	17,4	7,8	2,7	0,4
Cannabis	6,5	9,1	3,9	17,1	15,6	6,4	2,6	0,4
Andere Drogen als Cannabis	1,1	1,0	1,2	1,6	0,5	1,7	1,2	0,4
Amphetamine	0,2	0,2	0,1	0,9	0,4	0,0	0,0	0,0
Ecstasy	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
LSD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Heroin	0,2	0,0	0,4	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0
Methadon	0,4	0,0	0,7	0,0	0,0	0,6	0,7	0,0
Andere Opiate	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kokain	0,4	0,7	0,1	0,3	0,0	0,8	0,4	0,0
Crack	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pilze	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

1) Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack oder Pilze

Tabelle 3-10: Prävalenz positiver Antworten auf die Items der *Severity of Dependence Skala* (SDS) (Cannabiskonsumenten der letzten 12 Monate)

	Gesamt		Geschlecht		Altersgruppen				
			Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
<b>Konsumenten</b>	<b>123</b>	<b>(30)</b>	<b>63</b>	<b>60</b>	<b>46</b>	<b>44</b>	<b>22</b>	<b>10</b>	<b>1</b>
Gebrauch von Cannabis außer Kontrolle	21,6	(30)	22,4	20,0	32,1	23,7	16,2	7,7	0,0
Aussicht auf Cannabis zu verzichten beunruhigt	21,0	(25)	23,6	16,4	22,9	24,6	23,7	0,0	0,0
Über Gebrauch von Cannabis besorgt	24,3	(30)	26,1	21,3	26,4	21,5	29,9	7,7	0,0
Wunsch, Cannabiskonsum einzustellen	21,4	(30)	18,6	26,3	31,5	25,0	13,4	14,0	0,0
Cannabiskonsum einzustellen ist schwierig	16,0	(23)	17,1	14,1	23,5	19,5	12,6	0,0	0,0



## 4 Alkohol

### *Abstinenz und Alkoholkonsum*

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben mit 22,6% etwa eineinhalbmal so viele Frauen wie Männer (13,1%) auf Alkohol verzichtet. Der Anteil von Personen, die in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol tranken, setzt sich zusammen aus 2,9% Lebenszeitabstinenten, 6,2% mit Alkoholerfahrung, die aber in den letzten 12 Monaten abstinent waren, und 8,7%, die nur in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol getrunken haben (Tabelle 4-1). Nennenswerte Geschlechtsunterschiede traten nur bei der letztgenannten Gruppe auf, in der etwa halb so viele Männer wie Frauen auf Alkohol verzichtet haben (Männer: 5,4%; Frauen: 12,1%).

Insgesamt weisen 71,0% der Befragten in den letzten 30 Tagen einen im Durchschnitt risikoarmen Konsum auf, 8,4% einen riskanten Konsum, 2,6% einen gefährlichen Konsum sowie 0,1% einen Hochkonsum. Männer tranken deutlich mehr Alkohol als Frauen. Trotz höherer Klassengrenzen für Männer ist der Anteil der Männer in den Klassen riskanter Konsum, gefährlicher Konsum und Hochkonsum deutlich höher als bei den Frauen (Riskanter Konsum: Männer: 11,1%; Frauen: 5,7%; gefährlicher Konsum/Hochkonsum: Männer: 4,0%; Frauen: 1,4%) (Tabelle 4-1).

Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung haben 858.500 Personen, 461.300 Männer sowie 397.300 Frauen in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung Alkohol getrunken. Die Grenzen von durchschnittlich mehr als 30g Reinalkohol pro Tag bei Männern und mehr als 20g Reinalkohol pro Tag bei Frauen überschritten 116.700 Personen (80.200 Männer und 36.500 Frauen).

Tabelle 4-1: Verteilung des Alkoholkonsums (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag)

	Geschlecht			Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	<b>885</b>	<b>382</b>	<b>503</b>	<b>165</b>	<b>179</b>	<b>174</b>	<b>174</b>	<b>193</b>
Lebenslang abstinent	2,9 (28)	2,8	3,0	5,7	3,3	4,2	0,5	2,2
Nur letzte 12 Monate abstinent	6,2 (55)	4,9	7,5	3,9	4,2	3,7	5,7	12,7
Nur letzte 30 Tage abstinent	8,7 (88)	5,4	12,1	13,0	8,7	7,5	7,5	9,5
Risikoarmer Konsum <sup>1)</sup>	71,0 (621)	71,8	70,3	73,8	76,0	77,1	72,7	56,4
Riskanter Konsum <sup>2)</sup>	8,4 (72)	11,1	5,7	3,2	5,3	5,7	10,8	14,1
Gefährlicher Konsum <sup>3)</sup>	2,6 (20)	4,0	1,2	0,6	2,5	1,8	2,9	4,7
Hochkonsum <sup>4)</sup>	0,1 (1)	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5

1) Männer >0-30g, Frauen: >0-20g; 2) Männer: >30-60g, Frauen: >20-40g

3) Männer: >60-120g, Frauen: >40-80g; 4) Männer: >120g, Frauen: >80g

Der Anteil derer, die in den letzten 30 Tagen auf Alkohol verzichteten, reicht von 13,7% bei den 40- bis 49-Jährigen bis 24,4% in der ältesten Altersgruppe. Dabei gaben die meisten 50- bis 59-jährigen Abstinenten an, bereits seit mindestens einem Jahr keinen Alkohol getrunken

zu haben, während in den jüngeren Altersgruppen die meisten Personen ohne Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen irgendwann im letzten Jahr Alkohol getrunken haben. Der Anteil der Lebenszeitabstinenten liegt zwischen 0,5% bei den 40- bis 49-Jährigen und 5,7% bei den 18- bis 24-Jährigen. Ein im Durchschnitt riskanter und gefährlicher Konsum trat häufiger bei den über 40-Jährigen auf, Hochkonsum spielt so gut wie keine Rolle. Von den 18- bis 24-jährigen Konsumenten bewegen sich mit 95% die meisten im Durchschnitt im risikoarmen Bereich, bei den anderen Altersgruppen sind es zwischen 75% (50- bis 59-jährige Konsumenten) und 91% (25- bis 39-jährige Konsumenten). Abgesehen davon, dass bei den 25- bis 39-jährigen Männern die 12-Monats-Abstinenzrate höher ist als die 30-Tage-Abstinenzrate, wiederholen sich die Muster von Abstinenz und Konsummenge bei getrennter Betrachtung beider Geschlechter (Tabelle 4-9).

### *Alkoholkonsum nach Getränk*

In den letzten 30 Tagen tranken etwa 56% der Befragten Bier, 65% Wein sowie etwa 35% Spirituosen (Tabelle 4-2). Im Durchschnitt verbrauchten die Konsumenten des jeweiligen Getränks 2,0 Liter Bier, 0,6 Liter Wein/Sekt und 0,05 Liter Spirituosen pro Woche. Abgesehen von der konsumierten Menge an Wein sind deutliche Geschlechtsunterschiede erkennbar. Unter den Männern ist der Anteil der Bier- und Spirituosentrinker größer als bei den Frauen (Bier: 72,4 vs. 38,5%; Spirituosen: 44,9% vs. 24,0%), Frauen zogen dagegen Wein vor (68,4% vs. 60,9%). Von allen Getränken tranken männliche Konsumenten im Durchschnitt mehr als weibliche (Bier: 2,4l vs. 1,0l; Wein: 0,6l vs. 0,5l; Spirituosen: 0,06l vs. 0,03l). Um die 60% der 25- bis 49-Jährigen tranken Bier, in den anderen beiden Altersgruppen ist es nur knapp die Hälfte. Wein/Sekt eher von älteren Personen getrunken, Spirituosen dagegen eher von jüngeren. Tendenziell tranken jüngere Bier- bzw. Weintrinker weniger, dagegen jüngere Spirituosentrinker mehr als ältere. Dies zeigt sich auch bei getrennter Betrachtung beider Geschlechter (Tabelle 4-10).

Tabelle 4-2: Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und durchschnittliche Trinkmengen

Konsumenten von		Geschlecht			Altersgruppen				
		Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Bier	% <sup>1)</sup>	55,7	72,4	38,5	46,7	60,5	58,8	60,9	48,2
	Liter <sup>2)</sup>	2,0	2,4	1,0	1,3	1,7	1,5	2,0	3,2
Wein/Sekt	%	64,6	60,9	68,4	53,5	63,1	66,8	72,2	59,7
	Liter	0,6	0,6	0,5	0,3	0,4	0,5	0,6	0,8
Spirituosen	%	34,6	44,9	24,0	46,4	38,8	30,7	36,4	29,5
	Liter	0,05	0,06	0,03	0,07	0,05	0,03	0,03	0,06

1) Anteil der Konsumenten des Getränks (mindestens ein Glas in den letzten 30 Tagen)

2) Mittelwerte in Liter pro Woche für Konsumenten des Getränks

### *Rauschtrinken*

Rauschtrinken kommt bei Männern häufiger vor als bei Frauen (Tabelle 4-3). Während fast die Hälfte der Männer in den letzten 30 Tagen zumindest einmal fünf oder mehr Gläser alkoholhaltiger Getränke getrunken hat, ist es bei den Frauen etwa ein Fünftel. Etwa jeder

sechste Mann, aber nur jede vierzehnte Frau hat in den letzten 30 Tagen mindestens viermal Rauschtrinken praktiziert. Außerdem treten klare Altersunterschiede auf. Der Anteil der Rauschtrinker fällt von etwa 50% bei den 18- bis 24-Jährigen auf etwa 25% bei den 40- bis 59-Jährigen. Der Anteil ist bei den 50- bis 59-Jährigen zwar am niedrigsten, mindestens wöchentliches Rauschtrinken (4mal oder häufiger in den letzten 30 Tagen) gaben die Konsumenten dieser Altersgruppe mit 16,3% aber überdurchschnittlich häufig an.

Tabelle 4-3: Häufigkeit des Rauschtrinkens

	Geschlecht			Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	<b>741</b>	<b>343</b>	<b>398</b>	<b>130</b>	<b>152</b>	<b>152</b>	<b>152</b>	<b>155</b>
Nein <sup>1)</sup>	66,4 (487)	55,8	78,7	50,1	55,0	64,1	75,3	74,1
1-3mal	20,8 (156)	26,3	14,3	35,3	26,3	25,6	14,8	9,5
4mal oder häufiger	12,9 (98)	17,9	7,0	14,6	18,7	10,2	9,9	16,3

1) Fünf oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit in den letzten 30 Tagen

Erwartungsgemäß ist der Anteil der Rauschtrinker bei Personen mit höherem durchschnittlichen Alkoholkonsum höher (Tabelle 4-4). Doch auch unter Konsumenten mit einem im Durchschnitt risikoarmen Konsum ist Rauschtrinken weit verbreitet. So berichteten 20,4% der risikoarmen Konsumenten von 1-3maligem Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen (Männer: 28,2%; Frauen: 12,2%), 6,5% sogar von zumindest vier Trinktagen, an denen fünf oder mehr Gläser alkoholhaltiger Getränke konsumiert wurden (Männer: 10,3%; Frauen: 2,6%). Von den Rauschtrinkern trank mit knapp 70% die überwiegende Mehrheit im täglichen Mittel nicht mehr als 30/20g (Männer/Frauen) Reinalkohol. Etwa jeder fünfte Rauschtrinker praktizierte riskanten Konsum und weitere 9% fielen in die beiden höchsten Konsumkategorien. Bei den Frauen ist der Anteil risikoarmer Konsumentinnen unter den Rauschtrinkerinnen mit 64,3% geringer als bei den Männern mit 72,0%.

Tabelle 4-4: Häufigkeit des Rauschtrinkens nach Konsumkategorien (durchschnittliche Alkoholmengen pro Tag)

	Gesamt	risikoarmer Konsum <sup>1)</sup>	riskanter Konsum <sup>2)</sup>	gefährlicher/Hochkonsum <sup>3)</sup>
<b>Gesamt</b>	<b>709</b>	<b>616</b>	<b>72</b>	<b>21</b>
Nein <sup>4)</sup>	66,7 (470)	73,0	33,0	5,9
1-3mal	21,0 (150)	20,4	29,6	9,2
4mal oder häufiger	12,3 (89)	6,5	37,3	84,9
<b>Männer</b>	<b>329</b>	<b>269</b>	<b>45</b>	<b>15</b>
Nein	55,9 (183)	61,6	36,7	8,0
1-3mal	26,7 (83)	28,2	22,7	12,4
4mal oder häufiger	17,3 (63)	10,3	40,6	79,6
<b>Frauen</b>	<b>380</b>	<b>347</b>	<b>27</b>	<b>6</b>
Nein	79,2 (287)	85,3	25,7	0,0
1-3mal	14,3 (67)	12,2	43,7	0,0
4mal oder häufiger	6,5 (26)	2,6	30,6	100,0

1) Männer: >0-30g, Frauen: >0-20g; 2) Männer: >30-60g, Frauen: >20-40g

3) Männer: >60g, Frauen: >40g; 4) Fünf oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit in den letzten 30 Tagen

### Trinksituationen

Alkoholkonsum fand bevorzugt und am häufigsten am Abend zu Hause oder beim Essen statt. Fast zwei Fünftel (37%) tranken einmal in der Woche oder öfter am Abend zu Hause, jeder Zehnte sogar täglich, und etwa jeder Vierte nahm mindestens einmal in der Woche ein alkoholhaltiges Getränk zum Essen zu sich. Tägliches Trinken von Alkohol zum Essen gaben etwa 5% an, und 10% bzw. 5% tranken Alkohol ein- bis zweimal in der Woche in einer Bar, Kneipe, Disko o.ä. bzw. in einem Restaurant. Mehrmaliges Trinken pro Woche wurde bei diesen Situationen nur vereinzelt angegeben. Alle weiteren Trinksituationen wurden deutlich seltener genannt. Von den Erwerbstätigen und Auszubildenden konsumierte 1% mindestens einmal in der Woche Alkohol am Arbeitsplatz, 0,1% täglich. Männer gaben bei allen Situationen häufiger Alkoholkonsum an als Frauen (Tabelle 4-11).

### Folgen des Alkoholkonsums

Legt man beim AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) einen Cut-off-Wert von acht Punkten zugrunde, so weisen 22,1% der Konsumenten der letzten 30 Tage einen riskanten oder schädlichen Konsum auf (Tabelle 4-5). Auffällig sind die Geschlechtsunterschiede: Der Anteil der Männer, die diesen Schwellenwert überschreiten, ist mehr als doppelt so hoch wie der der Frauen (29,9% vs. 13,3%). Den größten Anteil an schädlichem oder riskantem Alkoholkonsum findet man mit knapp 40% bei den 18- bis 24-Jährigen (Männer: 49,9%; Frauen: 24,6%), den niedrigsten mit etwa 17% bei den 30- bis 39-Jährigen (Männer: 25,5%; Frauen: 7,2%).

Tabelle 4-5: Anteil der Alkoholkonsumenten mit einem positiven Screeningbefund im Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

	Geschlecht			Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	<b>738</b>	<b>339</b>	<b>399</b>	<b>130</b>	<b>149</b>	<b>151</b>	<b>152</b>	<b>156</b>
AUDIT ( $\geq 8$ )	22,1 (173)	29,9	13,3	38,3	31,2	16,9	18,5	20,5

Die höchsten Punktwerte sind bei den Items zum Trinkverhalten und hier insbesondere bei der Trinkfrequenz zu beobachten (Tabelle 4-12). Ein Viertel trank an vier oder mehr Tagen pro Woche, ein weiteres Drittel 2-3mal pro Woche. Jeder Zehnte trank mindestens sieben Gläser pro Trinktag, knapp 2% tranken (fast) jeden Tag fünf oder mehr Gläser bei einer Gelegenheit, weitere 11% taten dies wöchentlich. Abhängigkeits- und Missbrauchssymptome wie Kontrollminderung, Vernachlässigung von Pflichten, morgendliches Entzugstrinken sowie Erinnerungslücken wurden deutlich seltener genannt. Kein Teilnehmer der Untersuchung erhielt in den letzten 12 Monaten den Rat, weniger zu trinken. Dagegen hatten 3,1% sich selbst oder andere im gleichen Zeitraum verletzt. Bei allen Items erhielten Männer im Durchschnitt mehr Punkte als Frauen. Ältere Konsumenten tranken häufiger Alkohol als jüngere, dagegen sind die Mengen pro Trinktag und die Anzahl der Anlässe mit exzessivem Trinken bei den jüngeren höher. Symptome von Alkoholabhängigkeit oder schädlichem Gebrauch wurden mit Ausnahme des morgendlichen Entzugstrinkens sowie des Rats, den Konsum zu reduzieren, von Jüngeren häufiger genannt als von Älteren.



### Alter bei Beginn regelmäßigen Konsums

Bei jüngeren Frauen ist der Anteil derer, die in einem bestimmten Alter begannen, mindestens einmal monatlich Alkohol zu trinken, höher als bei älteren (Abbildung 4-1). Während von den 18- bis 24-jährigen Frauen 39,4% spätestens mit 16 Jahren mindestens einmal pro Monat Alkohol tranken, waren es bei den 25- bis 29-Jährigen 32,2%, bei den 30- bis 39-Jährigen 22,1%, bei den 40- bis 49-Jährigen 20,4% sowie bei den Ältesten 7,5%. Dagegen unterscheiden sich bei den Männern nur die Ältesten von den anderen Altersgruppen (Abbildung 4-2). Etwa 40% der 18- bis 49-jährigen Männer begannen bis zum Alter von 16 Jahren mit dem regelmäßigen Alkoholkonsum, bei den 50- bis 59-jährigen Männern waren es 23%. Bis zum Alter von 18 Jahren steigt der Anteil regelmäßiger Alkoholkonsumenten bei den unter 50-Jährigen auf 62-67%, bei den älteren auf 42,7%.

### Trends

**Konsummenge.** Beim Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen lassen sich Verschiebungen hin zum risikoärmeren Konsum erkennen (Tabelle 4-6). Etwa 60% risikoarmen Konsumenten 1997 stehen 71% in der letzten Erhebung gegenüber. Andererseits fiel der Anteil der Abstinente von 26,1% 1997 auf 17,8% bei der letzten Erhebung. Ebenso sind bei den drei höchsten Konsumkategorien Rückgänge zu beobachten. Diese Verschiebungen mit mehr risikoarmen Konsum, aber weniger Abstinenz und weniger riskanten, gefährlichen und Hochkonsum traten bei beiden Geschlechtern auf.

Tabelle 4-6: Trends des Alkoholkonsums (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag)

	1997	2003
<b>Gesamt</b>		
Abstinent	26,1	17,8
Risikoarmer Konsum <sup>1)</sup>	59,2	71,0
Riskanter Konsum <sup>2)</sup>	9,8	8,4
Gefährlicher Konsum <sup>3)</sup>	4,3	2,6
Hochkonsum <sup>4)</sup>	0,5	0,1
<b>Männer</b>		
Abstinent	18,5	13,1
Risikoarmer Konsum	61,5	71,8
Riskanter Konsum	13,0	11,1
Gefährlicher Konsum	6,4	4,0
Hochkonsum	0,6	0,0
<b>Frauen</b>		
Abstinent	33,7	22,6
Risikoarmer Konsum	56,9	70,3
Riskanter Konsum	6,6	5,7
Gefährlicher Konsum	2,3	1,2
Hochkonsum	0,4	0,2

1) Männer >0-30g, Frauen: >0-20g; 2) Männer: >30-60g, Frauen: >20-40g

3) Männer: >60-120g, Frauen: >40-80g; 4) Männer: >120g, Frauen: >80g

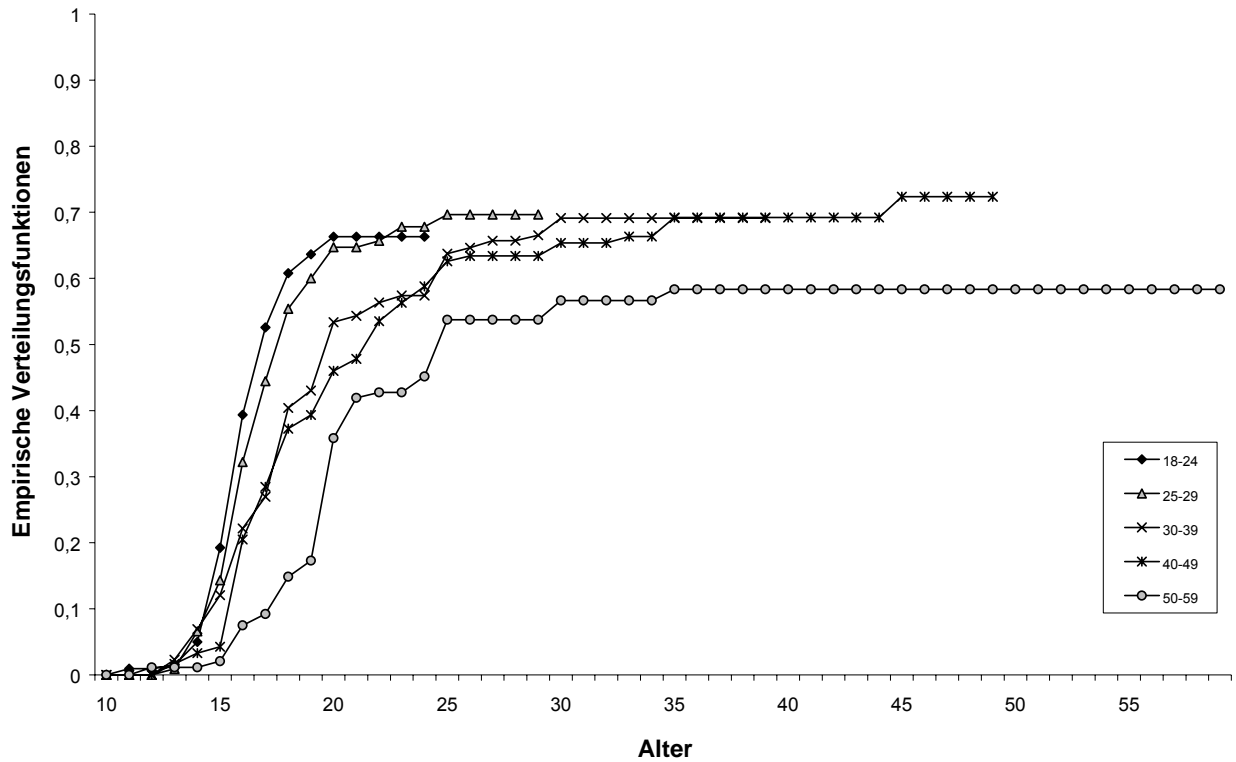


Abbildung 4-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Frauen

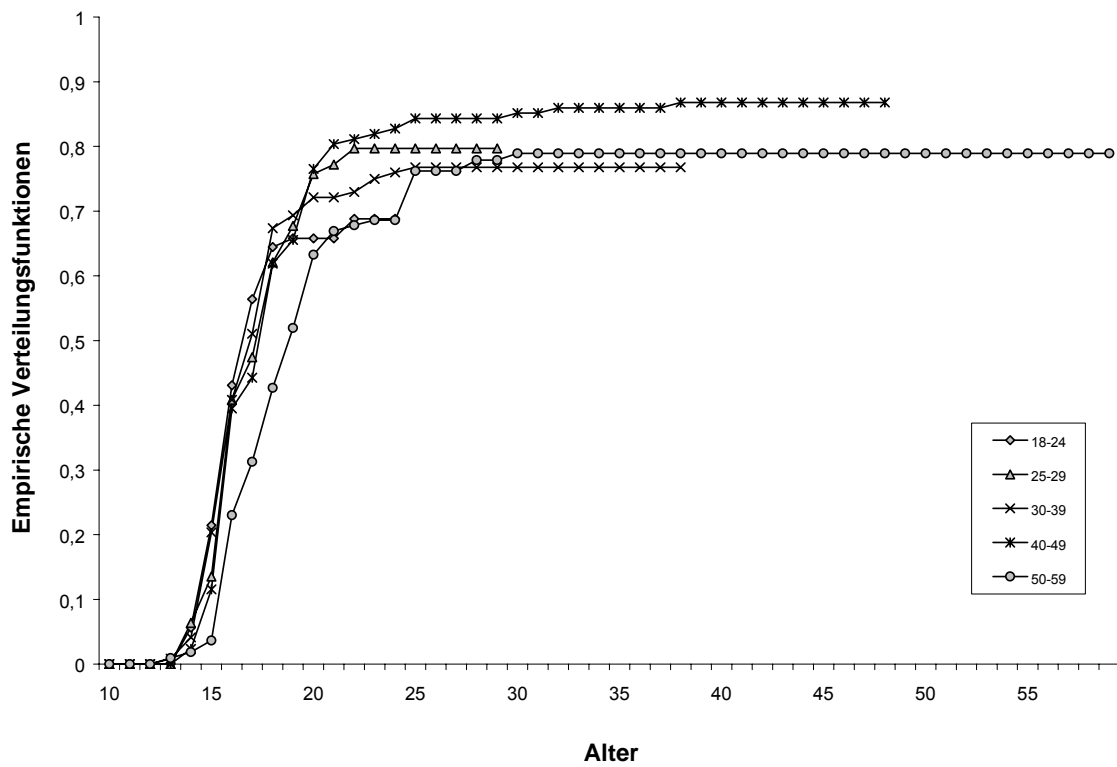


Abbildung 4-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Männer

*Alkoholkonsum nach Getränken.* In beiden Erhebungen waren etwas über die Hälfte der Befragten Biertrinker (1997: 54,5%; 2003: 55,7%). Insgesamt wurde ein Rückgang bei den Männern von 78,1% auf 72,4% durch einen Anstieg bei den Frauen von 29,9% auf 38,5% ausgeglichen. Die Prävalenz des Weinkonsums zeigt bei beiden Geschlechtern einen Anstieg, der allerdings bei den Frauen (1997: 64,2%; 2003: 68,4%) geringer ausfällt als bei den Männern (1997: 52,4%; 2003: 60,9%). Während in beiden Erhebungen etwa ein Viertel der Frauen angab, Spirituosen zu trinken, fiel die Prävalenz des Spirituosenkonsums bei den Männern von 53,0% auf 44,9% (Tabelle 4-7).

Tabelle 4-7: Trends der Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und der durchschnittlichen Trinkmengen

<b>Gesamt</b>		<b>1997</b>	<b>2003</b>
Bier	% <sup>1)</sup>	54,5	55,7
	Liter <sup>2)</sup>	2,9	2,0
Wein/Sekt	%	58,2	64,6
	Liter	0,6	0,6
Spirituosen	%	39,6	34,6
	Liter	0,10	0,05
<b>Männer</b>			
Bier	%	78,1	72,4
	Liter	3,4	2,4
Wein/Sekt	%	52,4	60,9
	Liter	0,5	0,6
Spirituosen	%	53,0	44,9
	Liter	0,12	0,06
<b>Frauen</b>			
Bier	%	29,9	38,5
	Liter	1,3	1,0
Wein/Sekt	%	64,2	68,4
	Liter	0,6	0,5
Spirituosen	%	25,6	24,0
	Liter	0,05	0,03

1) Anteil der Konsumenten des Getränks (mindestens ein Glas in den letzten 30 Tagen)

2) Mittelwerte in Liter pro Woche für Konsumenten des Getränks

Hinsichtlich des Verlaufs der durchschnittlichen Trinkmengen zeigen sich nur geringe Geschlechtsunterschiede (Tabelle 4-7). Bei beiden Geschlechtern betragen die im Jahr 2003 getrunkenen Mengen an Bier nur etwas über 70% dessen, was 1997 getrunken wurde (Männer: 1997: 3,4l; 2003: 2,4l; Frauen: 1997: 1,3l, 2003: 1,0l), bei den Spirituosen halbierten sich die Konsummengen (Männer: 1997: 0,12l; 2003: 0,06l; Frauen: 1997: 0,05l, 2003: 0,03l). Nur bei Wein/Sekt ist bei Männern ein geringfügiger Anstieg der durchschnittlichen Konsummenge von 0,5l auf 0,6l zu verzeichnen, während sie bei Frauen von 0,6l auf 0,5l fiel.

*Folgen des Alkoholkonsums.* Der Anteil der Alkoholkonsumenten, deren Konsum mit dem AUDIT als riskant oder schädlich eingestuft wurde, ist seit 1997 von 26,4% auf 22,1% etwas gesunken. Rückgänge zeigen sich auch bei den Männern (1997: 37,8%; 2003: 29,9%) sowie bei den 30- bis 39-Jährigen (1997: 26,5%; 2003: 16,9%) und den 50- bis 59-Jährigen (1997: 29,8%; 2003: 20,5%). Dagegen ist der Anteil der Konsumenten mit einem riskanten oder schädlichen Alkoholkonsum bei den 18- bis 24-Jährigen in der letzten Erhebung deutlich höher als 1997 (Tabelle 4-8). Die beobachteten Änderungen sind jedoch in keiner Gruppe signifikant. Die in Kraus, Scherer und Bauernfeind (1998) angegebenen Prävalenzwerte für riskanten oder schädlichen Alkoholkonsum nach den Kriterien des AUDIT beziehen sich auf Personen mit Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten und fallen deshalb geringer aus als die Werte in Tabelle 4-8.

Tabelle 4-8: Trends des Anteils der Alkoholkonsumenten mit einem positiven Screeningbefund im Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

	Geschlecht			Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
1997	26,4	37,8	11,9	33,1	29,2	26,5	17,1	29,8
2003	22,1	29,9	13,3	38,3	31,2	16,9	18,5	20,5

## Tabellen: Alkohol

Tabelle 4-9: Verteilung des Alkoholkonsums für Männer und Frauen (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag)

	Altersgruppen					
	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
<b>Männer</b>	<b>382</b>	<b>55</b>	<b>73</b>	<b>83</b>	<b>81</b>	<b>90</b>
Lebenslang abstinent	2,8 (10)	4,3	2,7	4,7	0,0	2,4
Nur letzte 12 Monate abstinent	4,9 (21)	1,3	4,8	4,3	4,8	8,1
Nur letzte 30 Tage abstinent	5,4 (21)	9,3	4,2	4,0	5,0	6,7
Risikoarmer Konsum <sup>1)</sup>	71,8 (270)	80,7	77,3	77,9	73,0	53,4
Riskanter Konsum <sup>2)</sup>	11,1 (45)	4,4	6,0	6,7	12,9	22,0
Gefährlicher Konsum <sup>3)</sup>	4,0 (15)	0,0	5,0	2,3	4,3	7,5
Hochkonsum <sup>4)</sup>	0,0 (0)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Frauen</b>	<b>503</b>	<b>110</b>	<b>106</b>	<b>91</b>	<b>93</b>	<b>103</b>
Lebenslang abstinent	3,0 (18)	7,1	3,9	3,6	0,9	1,9
Nur letzte 12 Monate abstinent	7,5 (34)	6,3	3,5	3,0	6,6	17,2
Nur letzte 30 Tage abstinent	12,1 (67)	16,5	13,2	11,4	10,1	12,3
Risikoarmer Konsum	70,3 (351)	67,0	74,8	76,2	72,3	59,3
Riskanter Konsum	5,7 (27)	2,0	4,6	4,6	8,6	6,3
Gefährlicher Konsum	1,2 (5)	1,1	0,0	1,1	1,4	1,9
Hochkonsum	0,2 (1)	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0

1) Männer &gt;0-30g, Frauen: &gt;0-20g; 2) Männer: &gt;30-60g, Frauen: &gt;20-40g

3) Männer: &gt;60-120g, Frauen: &gt;40-80g; 4) Männer: &gt;120g, Frauen: &gt;80g

Tabelle 4-10: Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und durchschnittliche Trinkmengen für Männer und Frauen

Konsumenten von		Altersgruppen					
		Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
<b>Männer</b>							
Bier	% <sup>1)</sup>	72,4	63,6	77,1	72,7	77,7	68,3
	Liter <sup>2)</sup>	2,4	1,4	2,3	1,9	2,5	3,7
Wein/Sekt	%	60,9	50,5	58,7	58,2	73,7	56,9
	Liter	0,6	0,3	0,3	0,5	0,6	1,1
Spirituosen	%	44,9	55,3	46,4	41,2	47,2	41,3
	Liter	0,06	0,08	0,07	0,04	0,04	0,08
<b>Frauen</b>							
Bier	%	38,5	29,9	44,5	43,3	43,1	28,4
	Liter	1,0	1,3	0,8	0,8	1,0	1,8
Wein/Sekt	%	68,4	56,5	67,4	76,3	70,7	62,5
	Liter	0,5	0,3	0,4	0,5	0,6	0,6
Spirituosen	%	24,0	37,6	31,5	19,2	25,1	17,9
	Liter	0,03	0,05	0,03	0,02	0,02	0,03

1) Anteil der Konsumenten des Getränks (mindestens ein Glas in den letzten 30 Tagen)

2) Mittelwerte in Liter pro Woche für Konsumenten des Getränks

Tabelle 4-11: Häufigkeit bestimmter Trinksituation

		Geschlecht		
		Gesamt	Männer	Frauen
Zum Essen	nie	22,2	21,6	22,8
	Seltener als 1x im Monat	24,1	22,5	25,7
	1x im Monat	11,7	10,7	12,8
	2-3x im Monat	16,7	14,7	18,9
	1-2x pro Woche	16,3	18,9	13,5
	3-5x pro Woche	3,8	4,2	3,4
	(fast) täglich	5,1	7,3	2,8
Am Abend zu Hause	nie	19,2	18,6	19,8
	Seltener als 1x im Monat	16,8	14,4	19,3
	1x im Monat	10,7	10,9	10,6
	2-3x im Monat	16,4	13,7	19,2
	1-2x pro Woche	16,0	16,8	15,1
	3-5x pro Woche	11,2	12,8	9,5
	(fast) täglich	9,8	12,9	6,5
Im Restaurant	nie	17,9	17,2	18,7
	Seltener als 1x im Monat	35,8	32,2	39,5
	1x im Monat	22,8	22,6	23,0
	2-3x im Monat	17,1	19,7	14,3
	1-2x pro Woche	5,4	7,2	3,7
	3-5x pro Woche	0,4	0,4	0,4
	(fast) täglich	0,7	0,8	0,5
Bar, Kneipe, Disko etc.	nie	28,5	21,8	35,6
	Seltener als 1x im Monat	27,8	25,1	30,7
	1x im Monat	14,7	16,4	12,9
	2-3x im Monat	17,3	22,0	12,3
	1-2x pro Woche	10,1	12,2	7,8
	3-5x pro Woche	0,9	1,6	0,1
	(fast) täglich	0,7	0,9	0,5
Bei festlichen Anlässen	nie	7,5	8,0	7,0
	Seltener als 1x im Monat	62,0	54,5	69,8
	1x im Monat	20,4	25,3	15,3
	2-3x im Monat	7,6	8,9	6,2
	1-2x pro Woche	1,4	1,9	0,9
	3-5x pro Woche	0,3	0,4	0,1
	(fast) täglich	0,8	1,0	0,6
Am Arbeitsplatz <sup>1)</sup>	nie	87,2	89,3	84,7
	Seltener als 1x im Monat	9,7	6,6	13,4
	1x im Monat	1,4	1,7	1,0
	2-3x im Monat	0,6	0,8	0,3
	1-2x pro Woche	0,7	0,9	0,6
	3-5x pro Woche	0,2	0,4	0,0
	(fast) täglich	0,1	0,2	0,0
Nach der Arbeit mit Kollegen <sup>1)</sup>	nie	61,1	54,0	69,5
	Seltener als 1x im Monat	24,3	28,2	19,8
	1x im Monat	6,3	6,5	6,1
	2-3x im Monat	5,1	7,0	2,8
	1-2x pro Woche	2,4	3,7	1,0
	3-5x pro Woche	0,1	0,3	0,0
	(fast) täglich	0,6	0,4	0,8

1) Erwerbstätige und Auszubildende







## 5 Tabak

### *Tabakwaren*

Die Mehrheit (94,8%) der Tabakkonsumenten gab Zigaretten als hauptsächliche Tabakware an. Dem folgen Zigarren mit 2,9% und Zigarillos mit 2,3%. Pfeifenraucher waren in der Stichprobe nicht vertreten. Zigarren und Zigarillos spielten bei Frauen und jüngeren Personen eine geringere Rolle als bei Männern und älteren Personen. Insgesamt haben 8,2% der Befragten (Männer: 12,7%, Frauen: 3,5%) irgendeinmal im Leben Schnupftabak konsumiert und 2,5% Kautabak (Männer: 4,4%, Frauen: 0,5%). In den letzten 12 Monaten vor der Befragung gaben nur wenige den Konsum von Schnupftabak (Männer: 0,8%, Frauen: 0,2%) oder von Kautabak (Männer: 0,3%, Frauen: 0,0%) an. Schnupftabak wurde hauptsächlich von jüngeren Konsumenten genutzt.

### *Prävalenz des Tabakkonsums*

In den letzten 30 Tagen hatte ein Drittel der Befragten geraucht. Der Unterschied zwischen Männern (38,5%) und Frauen (32,9%) fällt nur gering aus. Bei den unter 50-Jährigen rauchten in allen Altersgruppen 37-38% der Befragten, unter den Ältesten dagegen nur etwa 30% (Tabelle 5-1). Geschlechtsunterschiede finden sich nur bei den 30- bis 39-Jährigen (Männer: 44,7%; Frauen: 29,4%) und den 50- bis 59-Jährigen (Männer: 35,6%; Frauen: 24,2%) (Tabelle 5-8). Der Anteil der Exraucher betrug insgesamt 25,8%, er nimmt über die Altersgruppen von 11,4% bei den 18- bis 24-Jährigen auf 39,4% bei den 50- bis 59-Jährigen zu. 42% der Frauen und etwa 36% der Männer waren der Gruppe der Nichtraucher zuzurechnen. Der Anteil der Nichtraucher fällt mit dem Alter, von 52,0% bei den 18- bis 24-Jährigen auf 30,8% bei den 50- bis 59-Jährigen. Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung rauchten 373.600 Hamburger in den letzten 30 Tagen (204.500 Männer und 169.100 Frauen).

Tabelle 5-1: Verteilung der Raucher, Exraucher und Nichtraucher

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59	
	922	398	524	173	186	179	180	204	
Nichtraucher <sup>1)</sup>	38,5	(379)	35,5	41,5	52,0	48,9	40,9	30,9	30,8
Exraucher <sup>2)</sup>	25,8	(218)	25,9	25,6	11,4	14,4	21,8	30,8	39,4
Raucher <sup>3)</sup>	35,8	(325)	38,5	32,9	36,6	36,7	37,3	38,3	29,8

1) Insgesamt höchstens 100mal geraucht

2) Mehr als 100mal geraucht, nicht in den letzten 30 Tagen

3) In den letzten 30 Tagen geraucht

### *Menge des Zigarettenkonsums*

Von den Zigarettenrauchern rauchten 27,7% nicht täglich, 13,7% gaben einen Konsum von höchstens 10 Zigaretten pro Tag und 16,0% einen Konsum von etwa 11-19 Zigaretten pro Tag an. Der Anteil starker Raucher mit einem täglichen Konsum von 20 oder mehr Zigaretten

beträgt 42,7%. Deutlich mehr Männer als Frauen rauchten stark (46,6% vs. 38,3%). Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil starker Raucher zu. Während bei den 18- bis 20-Jährigen nur jeder fünfte Raucher als starker Raucher klassifiziert wurde, war es bei den über 40-Jährigen jeder Zweite (Tabelle 5-2). Auch eine nach Geschlecht und Alter getrennte Betrachtung zeigt den mit steigendem Alter tendenziell steigenden Anteil starker Raucher (Tabelle 5-9). Insgesamt wurden 14,1% der Befragten (16,1% der Männer und 12,2% der Frauen) als starke Raucher eingestuft. Der Anteil starker Raucher in der Gesamtbevölkerung reicht von 7,4% bei den 18- bis 24-Jährigen bis 16,8% bei den 40- bis 49-Jährigen (Tabelle 5-10). Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung finden sich 147.800 starke Raucher, darunter 85.400 Männer und 62.400 Frauen.

Tabelle 5-2: Umfang des Zigarettenkonsums der Zigarettenraucher (letzte 30 Tage)

	Geschlecht			Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	<b>302</b>	<b>134</b>	<b>168</b>	<b>63</b>	<b>65</b>	<b>59</b>	<b>62</b>	<b>53</b>
Nicht täglich	27,7 (88)	29,5	25,6	33,3	41,0	34,9	23,6	6,8
Täglich bis 10	13,7 (45)	7,2	20,9	16,0	19,8	14,1	9,0	13,9
Täglich 11-19	16,0 (55)	16,6	15,2	30,0	16,7	5,5	17,4	22,2
Täglich 20 oder mehr	42,7 (114)	46,6	38,3	20,7	22,5	45,5	50,0	57,1

### Nikotinabhängigkeit nach Fagerström

Einen Gesamtwert von vier oder mehr Punkten im FTND erreichten 43,5% aller befragten Zigarettenraucher (46,2% der Männer und 40,7% der Frauen). Der Anteil der Nikotinabhängigen reicht von 21,4% bei den 25- bis 29-Jährigen bis 59,7% bei den 50- bis 59-Jährigen. Bezogen auf die Gesamtstichprobe wurden 14,3% (Männer: 15,6%, Frauen: 13,0%) als nikotinabhängig eingestuft. Bezogen auf die Wohnbevölkerung sind dies 149.600 Personen (82.900 Männer und 66.800 Frauen). Die Prävalenzwerte der Altersgruppen bezogen auf die Gesamtstichprobe steigen mit zunehmendem Alter leicht an (Tabelle 5-3).

Tabelle 5-3: Anteil der Personen mit einem positiven Screeningbefund im Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTND) (Gesamtstichprobe und Raucher der letzten 30 Tage)

	Geschlecht			Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
<b>Gesamtstichprobe</b>	<b>906</b>	<b>389</b>	<b>517</b>	<b>171</b>	<b>179</b>	<b>175</b>	<b>179</b>	<b>202</b>
FTND ( $\geq 4$ )	14,3 (120)	15,6	13,0	10,9	7,2	14,0	17,5	16,6
<b>Raucher</b>	<b>300</b>	<b>131</b>	<b>169</b>	<b>63</b>	<b>61</b>	<b>57</b>	<b>63</b>	<b>56</b>
FTND ( $\geq 4$ )	43,5 (120)	46,2	40,7	30,3	21,4	40,9	51,8	59,7

### Änderungsbereitschaft

Etwa 45% der täglichen Raucher mit Aufhörversuchen hat nicht vor, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören (Tabelle 5-4). Sie sind nach dem Modell von Pro-

chaska und DiClemente dem Stadium der Absichtslosigkeit zuzuordnen. Knapp 50% befinden sich im Stadium der Absichtsbildung. Weitere 5,6% der befragten Raucher wollen ihren Tabakkonsum innerhalb der nächsten 30 Tage aufgeben und haben in den vergangenen 12 Monaten mindestens einen ernsthaften Aufhörversuch unternommen (Vorbereitung). In der Änderungsbereitschaft zeigen sich so gut wie keine Geschlechtsunterschiede. Altersunterschiede sind aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht interpretierbar.

Tabelle 5-4: Stadien der Änderungsbereitschaft (tägliche Raucher mit Aufhörversuchen)

	Geschlecht			Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	150	70	80	34	24	26	34	32
Absichtslosigkeit	44,6 (68)	45,0	44,2	58,5	49,4	27,4	50,2	48,5
Absichtsbildung	49,7 (74)	50,6	48,7	32,4	47,2	67,2	47,5	42,4
Vorbereitung	5,6 (8)	4,5	7,1	9,1	3,4	5,4	2,3	9,1

### Passivrauchen

Etwa ein Viertel der aktuell nicht rauchenden Erwerbstätigen und Auszubildenden ist täglich am Arbeitsplatz dem Passivrauchen ausgesetzt, weitere 20% ein- bis dreimal pro Woche (Tabelle 5-5). Von täglichem Passivrauchen zu Hause berichteten 9,8%. Tägliches Passivrauchen tritt in der Freizeit mit 3,1% deutlich seltener auf. Hier fanden sich mit 33% viele Nennungen in der Kategorie 1- bis 3mal pro Woche. Etwa 35% der Befragten stört es stark, wenn andere in ihrer Gegenwart rauchen. Erwartungsgemäß gaben dies Nichtraucher mit 64% deutlich öfter an als Exraucher mit 37% oder Raucher mit 5%. Mehr als die Hälfte der Befragten versucht Orte zu vermeiden, an denen viel geraucht wird, wie z.B. Kneipen, Bars, Diskos oder Raucherabteile im Zug. Dies wurde von 72% der Nichtraucher und 64% der Exraucher berichtet, aber auch von 22% der Raucher.

Tabelle 5-5: Häufigkeit des Passivrauchens, Vermeidung von Passivrauchen und Einstellung zum Rauchen

		Gesamt	Männer	Frauen	Nicht-raucher	Exraucher	Raucher
Zu Hause	(fast) täglich	9,8	9,6	10,1	9,7	10,0	
	1-3x pro Woche	6,2	5,5	6,8	4,9	8,4	
Am Arbeitsplatz <sup>1)</sup>	(fast) täglich	25,5	29,3	20,9	21,6	31,4	
	1-3x pro Woche	19,8	19,5	20,1	20,9	18,1	
In der Freizeit	(fast) täglich	3,1	4,6	1,6	1,9	4,8	
	1-3x pro Woche	33,1	39,4	27,2	37,3	26,7	
Raucher stören	Stark <sup>2)</sup>	35,3	31,7	39,0	63,5	36,5	4,6
	weniger stark <sup>3)</sup>	35,6	37,1	34,1	30,6	48,1	31,7
	gar nicht	29,1	31,2	26,9	5,9	15,3	63,7
Meidung von Orten, an denen viel geraucht wird		51,7	45,5	58,2	71,6	64,2	22,0

1) Bezogen auf Erwerbstätige und Auszubildende

2) Kategorien sehr leicht und ziemlich leicht, 3) sehr schwierig und ziemlich schwierig der Skala: sehr leicht - ziemlich leicht - ziemlich schwierig - sehr schwierig - gar nicht möglich

### Trends

*Prävalenz des Rauchens.* 1990 rauchte etwa die Hälfte der 18- bis 39-jährigen. Die Raucherquote fiel bis 1997 signifikant auf 36% und blieb dann auf diesem Niveau. Die gleichen Verläufe – allerdings auf unterschiedlichen Niveaus – zeigen sich bei beiden Geschlechtern. Bei den 40- bis 59-Jährigen fiel die Raucherquote von 38,5% im Jahr 1997 auf 34,4% im Jahr 2003. Während die Raucherquote bei den Männern signifikant von 47,9% auf 35,9% fiel, stieg sie bei den Frauen geringfügig von 29,2% auf 32,8%. Insgesamt blieb die Prävalenz des Rauchens bei den 18- bis 59-Jährigen zwischen 1997 und 2003 stabil bei etwa 36-37% (Tabelle 5-6).

Tabelle 5-6: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens

	Alter	Erhebungsjahr					
		1990		1997		2003	
		%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Gesamt	18-39	49,9	45,2-54,6	36,3	30,2-42,4	37,0	32,1-41,9
	40-59			38,5	32,2-44,9	34,4	29,3-39,4
	18-59			37,3	32,9-41,7	35,8	32,3-39,3
Männer	18-39	53,3	46,8-59,8	41,8	32,5-51,0	40,8	33,3-48,3
	40-59			47,9	39,0-56,8	35,9	28,2-43,2
	18-59			44,4	37,9-51,0	38,5	33,1-43,9
Frauen	18-39	46,4	39,6-53,1	30,4	22,6-38,3	33,1	27,1-39,0
	40-59			29,2	20,4-38,0	32,8	26,0-39,6
	18-59			29,9	24,0-35,7	32,9	28,5-37,4

Tabelle 5-7: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von täglich 20 oder mehr Zigaretten (bezogen auf die Gesamtstichprobe)

	Alter	Erhebungsjahr					
		1990		1997		2003	
		%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Gesamt	18-39	22,2	18,0-26,3	9,7	5,7-13,7	12,3	8,6-16,0
	40-59			12,9	8,6-17,2	16,3	12,4-20,2
	18-59			11,1	8,2-14,0	14,1	11,5-16,8
Männer	18-39	24,8	18,9-30,8	14,7	7,9-21,5	14,5	8,3-20,6
	40-59			21,2	13,9-28,4	17,9	12,2-23,7
	18-59			17,6	12,6-22,5	16,1	11,8-20,3
Frauen	18-39	19,4	13,6-25,2	4,4	0,8-8,1	10,1	6,1-14,1
	40-59			4,6	0,7-8,5	14,5	9,4-19,7
	18-59			4,5	1,8-7,2	12,2	8,9-15,4

*Prävalenz starken Rauchens.* Zwischen 1990 und 1997 hat sich die Prävalenz starken Rauchens bezogen auf die Gesamtstichprobe bei den 18- bis 39-Jährigen von 22,2% auf 9,7% in etwa halbiert. Der anschließende Anstieg auf 12,3% bis 2003 ist auf die signifikante Zunah-

me starken Rauchens bei den Frauen zurückzuführen (Tabelle 5-7). Bei den 40- bis 59-Jährigen wiederholt sich das bei den Jüngeren gefundene Muster mit nahezu gleich bleibender Prävalenz bei den Männern und einem starken Anstieg bei den Frauen.

Die bei nahezu gleich bleibender Prävalenz der Raucherinnen seit 1997 stark angestiegenen Prävalenzen starker Raucherinnen weisen darauf hin, dass die Raucherinnen heute mehr rauchen als noch vor sechs Jahren. Während 1997 15,6% der 18- bis 59-jährigen Raucherinnen angaben, täglich 20 oder mehr Zigaretten zu rauchen, waren es 2003 38,3%. Bei den Männern hat sich hingegen der Anteil starker Raucher unter den Rauchern zwischen 1997 (40,3%) und 2003 (42,3%) kaum verändert.

*Tabellen: Tabak*

Tabelle 5-8: Verteilung der Raucher, Exraucher und Nichtraucher für Männer und Frauen

	Altersgruppen					
	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
<b>Männer</b>	<b>398</b>	<b>60</b>	<b>76</b>	<b>83</b>	<b>84</b>	<b>95</b>
Nichtraucher <sup>1)</sup>	35,5 (148)	53,1	46,4	33,9	34,3	23,9
Exraucher <sup>2)</sup>	25,9 (101)	12,5	16,7	21,4	29,6	40,6
Raucher <sup>3)</sup>	38,5 (149)	34,5	36,9	44,7	36,1	35,6
<b>Frauen</b>	<b>524</b>	<b>113</b>	<b>110</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>109</b>
Nichtraucher	41,5 (231)	50,9	51,4	48,4	27,3	37,6
Exraucher	25,6 (117)	10,3	12,1	22,3	32,1	38,2
Raucher	32,9 (176)	38,8	36,5	29,4	40,6	24,2

1) Insgesamt höchstens 100mal geraucht

2) Mehr als 100mal geraucht, nicht in den letzten 30 Tagen

3) In den letzten 30 Tagen geraucht

Tabelle 5-9: Umfang des Zigarettenkonsums männlicher und weiblicher Zigarettenraucher (letzte 30 Tage)

	Altersgruppen					
	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
<b>Männer</b>	<b>134</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>32</b>	<b>27</b>	<b>29</b>
Nicht täglich	29,5 (40)	31,3	39,4	40,4	20,2	11,8
Täglich bis 10	7,2 (9)	10,4	8,1	8,1	4,5	6,1
Täglich 11-19	16,6 (28)	39,7	24,4	4,7	22,1	15,4
Täglich 20 oder mehr	46,6 (57)	18,6	28,0	46,9	53,3	66,7
<b>Frauen</b>	<b>168</b>	<b>42</b>	<b>40</b>	<b>27</b>	<b>35</b>	<b>24</b>
Nicht täglich	25,6 (48)	35,2	42,4	26,1	26,2	0,0
Täglich bis 10	20,9 (36)	21,3	29,9	23,8	12,4	24,6
Täglich 11-19	15,2 (27)	20,9	10,0	6,8	13,8	31,6
Täglich 20 oder mehr	38,3 (57)	22,6	17,7	43,3	47,6	43,8

Tabelle 5-10: Anteil Nicht-/Exraucher und Umfang des Zigarettenkonsums (letzte 30 Tage)

	Altersgruppen					
	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
<b>Gesamt</b>	<b>910</b>	<b>171</b>	<b>184</b>	<b>177</b>	<b>178</b>	<b>200</b>
Nicht-/Exraucher <sup>1) 2)</sup>	65,1 (597)	64,0	64,4	63,3	62,2	71,7
Nicht täglich	10,4 (95)	12,0	14,2	13,1	11,1	3,0
Täglich bis 10	5,0 (47)	5,8	6,9	5,7	4,0	3,7
Täglich 11-19	5,4 (56)	10,8	6,8	1,9	5,8	5,9
Täglich 20 oder mehr	14,1 (115)	7,4	7,8	16,0	16,8	15,6
<b>Männer</b>	<b>394</b>	<b>60</b>	<b>74</b>	<b>83</b>	<b>84</b>	<b>93</b>
Nicht-/Exraucher	62,0 (249)	65,5	65,3	55,3	63,9	65,7
Nicht täglich	12,6 (47)	10,8	12,9	18,5	11,8	6,1
Täglich bis 10	3,4 (11)	3,6	2,6	4,8	3,2	1,9
Täglich 11-19	5,9 (29)	13,7	10,0	1,9	6,2	4,8
Täglich 20 oder mehr	16,1 (58)	6,4	9,1	19,5	14,9	21,6
<b>Frauen</b>	<b>516</b>	<b>111</b>	<b>110</b>	<b>94</b>	<b>94</b>	<b>107</b>
Nicht-/Exraucher	68,2 (348)	62,4	63,5	71,9	60,4	77,7
Nicht täglich	8,1 (48)	13,2	15,5	7,3	10,3	0,0
Täglich bis 10	6,7 (36)	8,0	10,9	6,7	4,9	5,5
Täglich 11-19	4,8 (27)	7,8	3,7	1,9	5,5	7,0
Täglich 20 oder mehr	12,2 (57)	8,5	6,5	12,2	18,8	9,8

1) Insgesamt höchstens 100mal geraucht

2) Mehr als 100mal geraucht, nicht in den letzten 30 Tagen





## 6 Medikamente

### 12-Monats-Prävalenz der Einnahme von Medikamenten

Etwa zwei Drittel der Befragten nahm in den letzten 12 Monaten mindestens eines der erfragten Medikamente (67,5%), wobei die Prävalenz bei den Frauen mit 77,1% deutlich höher ist als bei den Männern mit 58,1% (Tabelle 6-1). Anders als erwartet gaben mit knapp 60% deutlich weniger 50- bis 59-Jährige die Medikamenteneinnahme in den letzten 12 Monaten an als die Jüngeren mit um die 70%. Auch bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtung sind die jeweils niedrigsten Prävalenzraten bei den ältesten Befragten zu finden (Tabelle 6-6). Bei den Männern beträgt die 12-Monats-Prävalenz der 50- bis 59-Jährigen 45,7%, die der Jüngeren um die 60%. Bei den Frauen liegen die Prävalenzwerte zwischen 70,6% bei den 50- bis 59-Jährigen und 86,2% bei den 25- bis 29-Jährigen.

Tabelle 6-1: 12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme

	Geschlecht			Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Schmerzmittel	62,9	54,1	71,9	66,0	68,2	64,8	64,4	54,0
Schlafmittel	6,3	4,8	7,9	7,6	8,9	4,4	5,2	8,5
Beruhigungsmittel	5,9	3,2	8,7	5,4	6,8	6,0	4,9	6,9
Anregungsmittel	0,3	0,4	0,3	0,3	1,5	0,5	0,0	0,0
Appetitzügler	0,8	0,3	1,3	1,7	0,9	0,5	1,1	0,3
Antidepressiva	5,0	2,2	7,9	3,5	4,4	6,7	3,2	5,8
Neuroleptika	1,5	1,7	1,3	1,1	0,5	2,1	1,9	1,2
Mindestens ein Medikament	67,5	58,1	77,1	69,9	73,7	69,3	69,3	58,4

Schmerzmittel wurden von Frauen und Männern in allen Altersgruppen am häufigsten genommen (62,9%), wobei mehr Frauen als Männer Schmerzmittel nahmen (71,9% vs. 54,1%). Die Einnahme von Schmerzmitteln wurde von den 50- bis 59-Jährigen (54,0%) seltener berichtet als von den anderen Altersgruppen, von denen jeweils etwa zwei Drittel der Befragten mindestens einmal in den letzten 12 Monaten den Gebrauch von Schmerzmitteln angaben. Weitaus seltener wurden Schlaf- und Beruhigungsmittel und Antidepressiva genommen. Deutlich mehr Frauen als Männer gaben die Einnahme dieser Substanzen an (Schlafmittel: 7,9% vs. 4,8%; Beruhigungsmittel: 8,7% vs. 3,2%; Antidepressiva: 7,9% vs. 2,2%). Von den restlichen Arzneimittelgruppen wurden Neuroleptika mit 1,5% am häufigsten genannt. Appetitzügler nahmen nur 0,8% der Befragten in den letzten 12 Monaten, Anregungsmittel nur 0,3%. Während sich Männer und Frauen in der Prävalenz der Einnahme von Anregungsmitteln und Neuroleptika kaum unterscheiden, nahmen etwa viermal so viele Frauen wie Männer Appetitzügler (1,3% vs. 0,3%). Die Prävalenz der Einnahme von Anregungsmitteln, Appetitzüglern und Neuroleptika variierte ohne erkennbares Muster über die Altersgruppen.

Auch bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtung der Altersgruppen zeigt sich, dass Schmerzmittel weniger häufig von den 50- bis 59-Jährigen genommen wurden. Die häufig-

sten Nennungen finden sich bei den Männern mit knapp 60% bei den 18- bis 24-Jährigen und den 30- bis 39-Jährigen, bei den Frauen mit 81,6% bei den 25- bis 29-Jährigen (Tabelle 6-6). Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Antidepressiva spielten eine geringere Rolle. Appetitzügler wurden am häufigsten von den 18- bis 24-jährigen Frauen genannt.

### *30-Tage-Prävalenz der häufigen Einnahme von Medikamenten*

Wie aus Tabelle 6-2 hervorgeht, berichtete jeder sechste Befragte die häufige Einnahme irgendeines Medikaments der erfragten Arzneimittelgruppen. Frauen (20,3%) nahmen häufiger als Männer (12,0%) mindestens ein Medikament einmal oder häufiger pro Woche. Von den unter 40-Jährigen gaben etwa 13%, von den 40- bis 49-Jährigen 19% und von den 50- bis 59-Jährigen 21,2% eine mindestens einmalige wöchentliche Medikamenteneinnahme an. Die am häufigsten genommenen Medikamente waren wiederum Schmerzmittel, wobei sich Frauen und Männer in der häufigen Einnahme deutlich unterscheiden (13,1% vs. 8,1%).

Tabelle 6-2: 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme

	Geschlecht			Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Schmerzmittel	10,5	8,1	13,1	8,5	10,0	7,7	10,7	15,8
Schlafmittel	1,8	1,4	2,2	0,0	1,4	2,0	2,7	1,7
Beruhigungsmittel	2,3	1,9	2,7	2,5	1,6	1,5	3,0	2,8
Anregungsmittel	0,3	0,3	0,2	0,0	1,0	0,5	0,0	0,0
Appetitzügler	0,7	0,3	1,1	1,4	0,5	0,5	1,1	0,3
Antidepressiva	3,7	1,7	5,7	2,0	3,3	4,6	3,2	4,0
Neuroleptika	1,4	1,7	1,0	1,0	0,5	2,1	1,2	1,2
Mindestens ein Medikament	16,1	12,0	20,3	12,4	13,1	12,7	18,8	21,2

Eine häufige Einnahme von Antidepressiva gaben 3,7% der Gesamtstichprobe an, Schlaf- und Beruhigungsmittel wurden von etwa 2% der Befragten mindestens einmal pro Woche eingenommen, Neuroleptika von etwas mehr als 1% und Anregungsmittel sowie Appetitzügler von weniger als 1%. Mehr als dreimal so viele Frauen wie Männer verwendeten häufig Antidepressiva oder Appetitzügler (Antidepressiva: Frauen 5,7%; Männer 1,7%; Appetitzügler: Frauen 1,1%; Männer 0,3%). Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel wurden dagegen nur von eineinhalbmal so vielen Frauen wie Männern angegeben. Bei Anregungsmitteln gibt es so gut wie keinen Geschlechtsunterschied, während mehr Männer (1,7%) als Frauen (1,0%) in den letzten 30 Tagen mindestens wöchentlich Neuroleptika nahmen. Bei den Männern wurde die häufige Einnahme von Schmerz- und Beruhigungsmitteln am häufigsten von den 50- bis 59-Jährigen berichtet. (Tabelle 6-7).

### *Problematische Einnahme von Medikamenten*

Nach dem Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) wiesen 4,9% der Befragten einen problematischen Medikamentengebrauch auf (Tabelle 6-3). Es zeigen sich Ge-

schlechtsunterschiede mit deutlich höheren Prävalenzen bei den Frauen. Während 7,5% der Frauen vier oder mehr Aussagen bejahten, taten dies nur 2,4% der befragten Männer. Mit Ausnahme der 18- bis 24-Jährigen steigt die Prävalenz problematischer Medikamenteneinnahme mit dem Alter und reicht von 2,5% bei den 25- bis 29-Jährigen bis 7,4% bei den 50- bis 59-Jährigen.

Tabelle 6-3: Anteil der Personen mit einem positiven Screeningbefund im Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) (Gesamtstichprobe)

	Geschlecht			Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	<b>890</b>	<b>383</b>	<b>507</b>	<b>167</b>	<b>182</b>	<b>177</b>	<b>175</b>	<b>189</b>
KFM ( $\geq 4$ )	4,9	2,4	7,5	4,9	2,5	3,1	6,0	7,4

Am häufigsten wurde mit 23,9% der Aussage des zeitweiligen Rückzugs zugestimmt, die sich allerdings als einzige Frage im KFM nicht auf Medikamente bezieht („Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen“). Dem folgen die Aussagen, bereits einen Vorrat an Tabletten angelegt zu haben mit 9,8%, bestimmte Situationen nicht ohne Medikamente bewältigen zu können mit 7,8% sowie Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen mit 7,4%. 6,7% fühlen sich mit Medikamenten leistungsfähiger und jeweils 5,1% können ohne Medikamente schlechter einschlafen oder fühlen sich ohne Medikamente nicht wohl. Die anderen Items wurden deutlich seltener genannt (Tabelle 6-8). Alle Symptome traten bei Frauen häufiger auf als bei Männern, wobei die größten Geschlechtsunterschiede bei den Aussagen, die Wirkung der Medikamente sei nicht mehr so wie am Anfang (Frauen: 3,5%; Männer: 0,9%) und ohne Medikamente könne man schlechter einschlafen (Frauen: 7,5%; Männer: 2,7%) vorkamen.

Neben Geschlechtsunterschieden treten auch deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen auf. So benötigen mehr 18- bis 24-Jährige als 25- bis 29-Jährige Medikamente zur Bewältigung bestimmter Situationen (9,0% vs. 3,2%), zum Einschlafen (2,7% vs. 0,4%), zur Steigerung der Leistungsfähigkeit (6,3% vs. 3,0%) und des Wohlbefindens (3,1% vs. 0,6%). Bei einigen Aussagen zeigt sich bei den über 24-Jährigen eine tendenzielle Zunahme der Prävalenz über das Alter. So wurde mit zunehmendem Alter öfter angegeben, Medikamente zur Verbesserung des Schlafes, zur Bewältigung bestimmter Situationen, zur Linderung von Schmerzen, zur Steigerung des Wohlbefindens und der Leistungsfähigkeit zu nehmen.

### *Medikamentenorientierte Einstellung*

Mehr als vier Fünftel der Befragten gaben an, grundsätzlich zu versuchen, ohne Medikamente auszukommen (Tabelle 6-4). Der Anteil von Frauen mit dieser Einstellung entsprach dabei in etwa dem der Männer. Bei den 18- bis 39-Jährigen berichteten zwischen 86% und 90% diese Einstellung, bei den 40- bis 59-Jährigen etwa zwei Drittel. Etwa 9% der Befragten (Frauen: 11,4%; Männer: 6,2%) gaben an, den (Arbeits-)Tag nicht ohne Medikamente durchzustehen, 8,4% (Frauen: 10,9%; Männer: 5,2%) wollen in schwierigen, sorgenvollen

Situationen nicht auf Beruhigungs- und Schlafmittel verzichten und jeder Zwanzigste fühlt sich ohne Medikamente nicht als vollwertiger Mensch (Frauen: 5,8%; Männer: 3,9%). Die über 50-Jährigen stimmten diesen Aussagen deutlich häufiger zu als die Jüngeren.

Tabelle 6-4: Anteile der positiven Antworten auf die Items zur Lebensbewältigung mit Medikamenten und "Instant Relief" durch Schmerzmittel

	Geschlecht			Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
<b>Lebensbewältigung</b>								
Versuche grundsätzlich ohne Medikamente auszukommen	82,3	83,5	81,3	88,2	89,6	85,9	76,7	75,0
Ohne Medikamente ein halber Mensch	5,0	3,9	5,8	2,8	2,7	2,8	5,2	11,3
Weiß nicht, wie Tag ohne Medikamente durchstehen	9,1	6,2	11,4	6,5	7,7	6,1	7,0	19,6
In manchen Situationen nicht auf Beruhigungsmittel verzichten können	8,4	5,2	10,9	5,3	11,5	5,2	7,6	15,0
<b>Instant Relief</b>								
Versuche bei Schmerzen möglichst lange ohne Medikamente auszukommen	76,7	75,8	77,4	83,7	80,6	77,4	75,8	69,3
Nehme bei Kopfschmerzen sofort Schmerzmittel	27,6	23,1	31,2	18,3	21,6	30,0	30,6	29,9
Nehme eher zuviel Schmerzmittel	4,9	3,2	6,3	7,3	6,6	3,0	3,4	7,7
Unverständlich, dass jemand bei Kopfschmerzen keine Medikamente nimmt	20,8	19,7	21,6	15,1	19,0	18,5	26,7	21,7
Nehme ein Medikament schon, bevor Schmerzen einsetzen	7,4	5,4	9,1	6,4	6,5	3,2	9,3	13,3
Nehme Schmerzmittel wegen anregender Wirkung	1,9	1,8	2,0	0,4	0,0	1,9	2,2	3,9

Etwa drei Viertel der Befragten gaben an, bei Schmerzen solange wie möglich ohne Medikamente auszukommen (Tabelle 6-4). Frauen und Männer stimmten dieser Aussage gleichermaßen zu, die Prävalenzen für die verschiedenen Altersgruppen fielen dagegen von 83,7% bei den Jüngsten auf 69,3% bei den Ältesten. Etwa jeder vierte Befragte gab an, gegen Kopfschmerzen sofort ein Schmerzmittel zu nehmen (Frauen: 31,2%; Männer: 23,1%), jeder Fünfte kann nicht nachvollziehen, warum andere Personen Kopfschmerzen ohne Medikamente ertragen, (Frauen: 21,6%; Männer: 19,7%). Jeder Dreizehnte (Frauen: 9,1%; Männer: 5,4%) nimmt Medikamente bereits vor dem richtigen Einsetzen der Schmerzen, jeder Zwanzigste (Frauen: 6,3%; Männer: 3,2%) hat an manchen Tagen eher zuviel Schmerzmittel genommen und jeder Fünfzigste (Frauen: 2,0%; Männer: 1,8%) nimmt Schmerzmitteln zur Anregung und Leistungssteigerung. Die höchsten Prävalenzwerte für die letzten drei Aussagen finden sich jeweils bei den über 50-Jährigen.

*Trends.* Ein Vergleich der Angaben zur häufigen Medikamenteneinnahme in den letzten 30 Tagen zeigt keine signifikanten Änderungen bei Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs- und Anregungsmitteln. Auch der Rückgang der häufigen Einnahme von Anregungsmitteln bei den Frauen von 1,0% auf 0,2% ist nicht signifikant (Tabelle 6-5). Der Anteil der Männer mit häufigem Beruhigungsmittelgebrauch stieg zwischen 1997 und 2003 von 0,6% auf 1,9%, während er bei den Frauen in etwa auf dem gleichen Niveau blieb (1997: 2,9%; 2003: 2,7%). Signifikante Unterschiede gibt es bei den Appetitzüglern. Mit 1,1% beträgt der Anteil der Frauen mit häufigem Gebrauch von Appetitzüglern in der letzten Erhebung nur noch ein Viertel des Werts von 1997, der Gesamtwert fiel signifikant von 2,5% auf 0,7%.

Tabelle 6-5: Trends der 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme

	Erhebungsjahr			
	1997		2003	
	%	95%-KI	%	95%-KI
<b>Gesamt</b>				
Schmerzmittel	9,0	6,5-11,5	10,5	8,4-12,7
Schlafmittel	2,3	1,0-3,7	1,8	0,8-2,8
Beruhigungsmittel	1,7	0,5-2,9	2,3	1,3-3,3
Anregungsmittel	0,7	0,0-1,3	0,3	0,0-0,6
Appetitzügler	2,5	1,2-3,7	0,7	0,2-1,2
<b>Männer</b>				
Schmerzmittel	6,6	3,7-9,6	8,1	5,2-10,9
Schlafmittel	1,0	0,0-2,2	1,4	0,2-2,6
Beruhigungsmittel	0,6	0,0-1,7	1,9	0,6-3,1
Anregungsmittel	0,4	0,0-0,9	0,3	0,0-0,8
Appetitzügler	0,7	0,0-1,6	0,3	0,0-0,8
<b>Frauen</b>				
Schmerzmittel	11,5	7,5-15,4	13,1	0,0-44,5
Schlafmittel	3,7	1,3-6,1	2,2	0,8-3,7
Beruhigungsmittel	2,9	0,8-5,1	2,7	1,1-4,4
Anregungsmittel	1,0	0,0-2,2	0,2	0,0-0,6
Appetitzügler	4,3	1,8-6,7	1,1	0,2-2,1

*Tabellen: Medikamente*

Tabelle 6-6: 12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme für Männer und Frauen

<b>Männer</b>	<b>Altersgruppen</b>					
	<b>Gesamt</b>	<b>18-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-59</b>
Schmerzmittel	54,1	59,4	54,6	59,7	53,3	43,7
Schlafmittel	4,8	6,8	5,8	4,8	3,5	4,8
Beruhigungsmittel	3,2	3,0	5,7	3,1	1,5	4,2
Anregungsmittel	0,4	0,0	1,0	0,9	0,0	0,0
Appetitzügler	0,3	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0
Antidepressiva	2,2	3,7	2,4	3,2	1,4	0,7
Neuroleptika	1,7	0,0	0,0	3,1	2,3	1,0
Mindestens ein Medikament	58,1	63,1	61,0	63,8	57,9	45,7
<b>Frauen</b>						
Schmerzmittel	71,9	72,3	81,6	70,5	76,2	63,9
Schlafmittel	7,9	8,3	11,9	3,9	6,9	12,0
Beruhigungsmittel	8,7	7,6	7,9	9,1	8,5	9,5
Anregungsmittel	0,3	0,5	2,0	0,0	0,0	0,0
Appetitzügler	1,3	3,4	1,8	0,0	2,3	0,6
Antidepressiva	7,9	3,2	6,3	10,6	5,2	10,6
Neuroleptika	1,3	2,1	0,9	1,1	1,4	1,3
Mindestens ein Medikament	77,1	76,4	86,2	75,2	81,6	70,6

Tabelle 6-7: 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme für Männer und Frauen

<b>Männer</b>	<b>Altersgruppen</b>					
	<b>Gesamt</b>	<b>18-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-59</b>
Schmerzmittel	8,1	7,2	4,5	6,8	7,8	12,7
Schlafmittel	1,4	0,0	0,0	2,8	1,3	1,0
Beruhigungsmittel	1,9	1,9	1,5	1,8	1,5	2,6
Anregungsmittel	0,3	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0
Appetitzügler	0,3	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0
Antidepressiva	1,7	1,8	1,2	3,2	1,4	0,0
Neuroleptika	1,7	0,0	0,0	3,1	2,3	1,0
Mindestens ein Medikament	12,0	9,1	7,1	11,3	14,3	14,7
<b>Frauen</b>						
Schmerzmittel	13,1	9,7	15,4	8,7	13,8	18,7
Schlafmittel	2,2	0,0	2,7	1,2	4,2	2,4
Beruhigungsmittel	2,7	3,2	1,8	1,2	4,5	3,0
Anregungsmittel	0,2	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0
Appetitzügler	1,1	2,8	0,9	0,0	2,3	0,6
Antidepressiva	5,7	2,1	5,5	6,1	5,2	7,8
Neuroleptika	1,0	2,1	0,9	1,1	0,0	1,3
Mindestens ein Medikament	20,3	15,6	19,0	14,3	23,8	27,5

Tabelle 6-8: Anteile positiver Antworten auf die Items des Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM)

	Geschlecht			Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Schlechteres Einschlafen ohne Medikamente	5,1	2,7	7,5	2,7	0,4	5,3	6,8	6,5
Tablettenvorrat	9,8	7,7	11,9	12,6	12,5	8,9	9,9	7,8
Sozialer Rückzugswunsch	23,9	18,3	29,5	21,8	24,2	28,9	25,4	15,7
Ohne Medikamente können best. Situationen nicht bewältigt werden	7,8	5,3	10,3	9,0	3,2	7,1	8,0	10,2
Andere glauben, dass Person Probleme mit Medikamenten hat	0,7	0,6	0,8	0,0	0,0	0,5	1,2	1,3
Toleranzsteigerung	2,2	0,9	3,5	3,7	0,9	0,5	2,4	4,3
Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen	7,4	4,7	10,2	7,4	5,4	7,0	5,2	11,7
Geringere Nahrungsmittelaufnahme in Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme	1,1	0,9	1,2	4,9	1,6	0,0	0,4	0,9
Gefühl des Unwohlseins ohne Medikamente	5,1	2,8	7,4	3,1	0,6	5,1	5,0	8,8
Selbst über Einnahmemenge erstaunt	1,9	1,5	2,3	2,0	1,1	0,5	2,5	3,6
Mit Medikamenten leistungsfähiger	6,7	5,5	8,1	6,3	3,0	6,7	6,0	10,0





## 7 Diskussion

### Illegale Drogen

Die Wiederholungsbefragung zum Substanzkonsum 2003 gibt deutliche Hinweise auf eine weitere Zunahme des Konsums illegaler Drogen in Hamburg. Wie sich zeigt, ist der Anstieg insbesondere auf eine Zunahme des Cannabiskonsums zurückzuführen. Alle Indikatoren des Konsums (Lebenszeit, letzte 12 Monate, letzte 30 Tage) sind zwischen 1990 und 2003 signifikant gestiegen. In der aktuellen Befragung berichtete jeder zweite 18- bis 39-Jährige über Erfahrung mit Cannabis, jeder fünfte über einen Konsum in den letzten 12 Monaten und jeder zehnte über einen Konsum in den letzten 30 Tagen. Keine Veränderungen ergaben sich in der Lebenszeiterfahrung des Amphetamin-, Opiat- und Ecstasykonsums. Dagegen nahm die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Kokain im Verlauf der letzten 13 Jahre signifikant zu. Anders als in Hamburg ist in Gesamtdeutschland in dieser Altersgruppe auch die Lebenszeiterfahrung mit Amphetaminen und Ecstasy signifikant gestiegen (Kraus & Augustin, 2005).

Im Vergleich zu den gesamtdeutschen Prävalenzwerten fallen die Werte in Hamburg insgesamt höher aus. Während die Lebenszeiterfahrung mit irgendeiner illegalen Droge in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung in Deutschland 25,2% beträgt, hatten in Hamburg 42,9% Erfahrung mit illegalen Drogen. Auch die Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge in den letzten 12 Monaten ist in Hamburg mit 13,6% höher als in der gesamtdeutschen Bevölkerung mit 7,4%. Mit 7,0% fällt insbesondere die Erfahrung mit Kokain in Hamburg deutlich höher aus als in Gesamtdeutschland (3,1%). Bei den 18- bis 39-Jährigen stehen 9,3% Kokain-erfahrenen in Hamburg 4,7% in Gesamtdeutschland gegenüber. Sechs Jahre zuvor hatten sowohl in der Hamburger als auch in der gesamtdeutschen Stichprobe etwa 4% der 18- bis 39-Jährigen berichtet, jemals Kokain genommen zu haben. Auf überdurchschnittliche Zuwachsraten beim Kokainkonsum in Hamburg weisen auch Beobachtungen in der offenen Szene und die Polizeistatistiken hin. In der Partyszene scheint sich Kokain nicht mehr weiter zu verbreiten, Besorgnis erregend ist hier jedoch die gestiegene Konsumfrequenz und der häufige zeitgleiche Konsum verschiedener Substanzen (Baumgärtner, 2004a).

Die höheren Prävalenzwerte in Hamburg sprechen für eine Konzentration des Drogenkonsums im großstädtischen Bereich (Kraus, Heppekausen & Tretter, 2004), zeigen aber auch aufgrund der Stellung von Großstädten als „Trendsetter“ mögliche Entwicklungstendenzen. Zum anderen sprechen die deutlich höheren Zuwachsraten des Kokainkonsums in Hamburg für eine Zunahme der Popularität von Kokain auch in der Allgemeinbevölkerung und nicht nur, wie die Ergebnisse aus Studien in spezifischen Populationen zeigen, für eine Beschränkung des Konsums auf Kreise der jungen erwachsenen Partybesucher (Tossmann, Boldt & Tensil, 2001) und Personen der offenen Drogenszene (Thiel et al., 2000; Verthein et al., 2001).

Insgesamt gaben 37,2% der aktuellen 18- bis 59-jährigen Cannabiskonsumenten in den letzten 30 Tagen einen Konsum von sechsmal oder häufiger an. Jeder sechste Konsument der letzten 12 Monate nahm Cannabis in diesem Zeitraum täglich oder fast täglich (200mal

oder öfter). Regionale Jugend- und Schülerstudien berichten bei einem Drittel der Konsumenten über einen häufigen Konsum (Hurrelmann et al., 2003; Kraus et al., 2004; Perkonig, Lieb & Wittchen, 1998). Unter Hamburger Schülern fanden sich in einer aktuellen Erhebung bei gut einem Zehntel der befragten 14- bis 18-jährigen Schüler und Schülerinnen Konsummuster, die als Gewohnheitskonsum von Cannabis klassifiziert wurden (Baumgärtner, 2004b). Weiterhin ist multiple Drogenerfahrung weit verbreitet. In unserer Stichprobe hat fast jeder dritte Drogenerfahrene zwei oder mehr illegale Drogen wenigstens einmal probiert, jeder Sechste drei oder mehr. Von denen, die Drogen im Jahr vor der Erhebung konsumiert haben, berichtete jeder Fünfte von der Einnahme von zwei oder mehr und jeder Vierzehnte von drei oder mehr Substanzen.

In der vorliegenden Studie wurde erstmalig ein Screeninginstrument (*Severity of Dependence Skala*, SDS) zur Erfassung der Schwere der Abhängigkeit von Cannabis und Kokain verwendet (Gossop et al., 1995). Unter Verwendung eines Schwellenwertes von drei oder mehr Punkten im SDS wurden in Hamburg 3% der 18- bis 59-Jährigen als cannabisabhängig eingestuft. Nimmt man die Fälle hinzu, die unter diesen Schwellenwert fallen, aber dennoch Anzeichen eines problematischen Konsumverhaltens zeigen, liegen bei 4,6% erste Anzeichen von cannabisbezogenen Problemen vor. Im Vergleich zu Gesamtdeutschland (Gesamtstichprobe: 1,1%; Konsumenten: 15,7%) sind die Prävalenzwerte einer Cannabisabhängigkeit nach SDS in Hamburg (Gesamtstichprobe: 3,0%; Konsumenten: 24,5%) deutlich höher.

Die subjektiven Einschätzungen der Befragten über die Verfügbarkeit psychotroper Substanzen belegen, dass etwa jeder vierte Drogenunerfahrene die Möglichkeit sieht, Cannabis innerhalb von 24 Stunden beschaffen zu können. Demgegenüber wurde die Verfügbarkeit von Kokain und Opiaten als weit schwieriger eingeschätzt als die von Cannabis. Trendvergleiche dieser Einschätzungen weisen bis auf Cannabis, dessen subjektive Verfügbarkeit zwischen 1990 und 2003 signifikant gestiegen ist, auf keine wesentlichen Veränderungen hin. Auch hat sich die Probierebereitschaft von 18- bis 39-jährigen Drogenunerfahrenen nach einer deutlichen Steigerung Anfang der 1990er Jahre nach 1997 kaum verändert.

Trotz methodischer Einschränkungen durch den Anteil der Personen, die den Fragebogen nicht beantworteten, und durch Tendenzen der Befragten, sozial erwünscht zu antworten, liefert die Wiederholungsbefragung des Epidemiologischen Suchtsurvey wertvolle Erkenntnisse über Verbreitung und Konsummuster des Drogenkonsums. Auch wenn die festgestellten Prävalenzen der verschiedenen Querschnitte mögliche Unterschätzungen darstellen, sind Aussagen über Trends als valide anzusehen, da davon auszugehen ist, dass ein Großteil der systematischen Einflüsse auf das Antwortverhalten der Befragten gleich bleibt. Vor dem Hintergrund einer ungebrochenen Zunahme des Cannabiskonsums unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowohl in Hamburg als auch in Deutschland (Kraus & Augustin, 2005) und anderen Staaten der Europäischen Union (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2002) sind die Erkenntnisse aus Einzelstudien zu den langfristigen Folgen eines frühen Einstiegs (Schneider, 2004; Solowij & Grenyer, 2002), der zunehmenden Behandlungsnachfrage (Simon et al., 2004) oder der erheblichen Gefährdung durch

Cannabis im Straßenverkehr (Kauert & Iwersen-Bergmann, 2004) besorgniserregend. Gleichzeitig zeigen sie die Schwächen der Wirksamkeit bisheriger präventiver Anstrengungen und weisen auf die Notwendigkeit der wissenschaftlichen Überprüfung der Wirksamkeit von personenorientierten und strukturellen drogenpräventiven Maßnahmen hin.

## **Alkohol**

Die Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey in Hamburg zeigen eine nach wie vor hohe Verbreitung des Alkoholkonsums, nur 2,9% konnten als lebenslang abstinent bezeichnet werden und nur 6,2% hatten zwar Alkoholerfahrung, lebten aber im letzten Jahr vor der Erhebung abstinent. Die Mehrheit der Befragten berichtete einen durchschnittlichen Konsum von weniger als 30g (Männer) bzw. 20g (Frauen) Reinalkohol pro Tag, ein Schwellenwert, bis zu dem der Konsum als risikoarm eingestuft wird (British Medical Association, 1995; Bühringer et al., 2000). Über diesem Schwellenwert lagen 15,1% der Männer, aber nur halb so viele Frauen (7,1%). Sechs Jahre zuvor waren es noch 20,0% der Männer und 9,3% der Frauen. Mit 44,2% berichteten Männer in den letzten 30 Tagen häufiger über mindestens einen Anlass des Rauschtrinkens als Frauen (21,3%). Die Werte zum Alkoholkonsum in Hamburg unterscheiden sich kaum von den gesamtdeutschen Werten (Kraus & Augustin, 2005).

Im Vergleich zu 1997 blieb der Anteil der Bierkonsumenten gleich, während der Anteil der Wein-/Sekttrinker zu- und der Anteil Spirituosentrinker abnahm. Gleichzeitig gingen bei gleich bleibender durchschnittlicher Trinkmenge von Wein/Sekt die Durchschnittsmengen der von den Trinkern des jeweiligen Getränks konsumierten Mengen an Bier und Spirituosen zurück. Die Tendenzen in Hamburg entsprechen denen in Gesamtdeutschland (Kraus & Augustin, 2005). Entgegen diesen Ergebnissen blieb der Spirituosenverbrauch in Deutschland jedoch im Vergleichszeitraum konstant (Meyer & John, 2003). Möglicherweise wurde der zu beobachtende Rückgang des Spirituosenkonsums in der erwachsenen Bevölkerung durch den deutlichen Anstieg des Konsums von Alkopops, spirituosenhaltigen Mischgetränken, bei Jugendlichen kompensiert. Laut einer Statistik des Bundesverbands der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure (2003) stieg der Absatz von spirituosenhaltigen Mischgetränken von 2001 nach 2002 um 340%. Diese Angaben werden bestätigt durch die Ergebnisse einer Studie, wonach zwischen 1998 und 2003 der Anteil jugendlicher Konsumenten von Alkopops deutlich gestiegen ist (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1998, 2004). Diese Studie liefert auch eine Begründung für den trotz gleich bleibender Verbrauchszahlen sinkenden Spirituosenkonsum in Befragungen: spirituosenhaltige Mischgetränke wurden von der Mehrheit der Konsumenten nicht als Spirituosen wahrgenommen.

Nach den Kriterien des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), der neben Folgen des Alkoholkonsums die Häufigkeit und die Menge des Konsums sowie die Häufigkeit exzessiven Konsums berücksichtigt, wurden in Hamburg insgesamt 22,1% (Gesamtdeutschland: 22,7%) der Befragten mit Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen als problematische Alkoholkonsumenten eingestuft. Verglichen mit den Werten des AUDIT von 1997 ergeben

sich Rückgänge bei den Männern, den 30- bis 39-Jährigen und den 50- bis 59-Jährigen, dagegen ein Zuwachs bei den 18- bis 24-Jährigen. Obwohl die 18- bis 24-jährigen Konsumenten im Durchschnitt weniger Alkohol konsumieren als die älteren, weisen sie einen höheren Anteil an Personen mit riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum auf. Dies ist darauf zurückzuführen, dass junge Konsumenten zwar im Durchschnitt weniger, jedoch pro Trinkgelegenheit mehr trinken als ältere und häufiger von exzessivem Trinken berichten. Ein Trinkmuster mit seltenerem Trinken, aber hohen Mengen pro Trinkgelegenheit erhöht aber das Risiko negativer Konsequenzen (Bondy, 1996; Gmel et al., 2000).

Trotz der bekannten Tatsache, dass in Befragungen mit Selbstangaben die Menge des konsumierten Alkohols unterschätzt wird, weisen die vorgenommenen Trendvergleiche in weitgehender Übereinstimmung mit den Verbrauchsstatistiken der Alkoholwirtschaft auf einen leichten Rückgang des Konsums in Deutschland hin. Abweichend von diesen Beobachtungen gibt es jedoch Hinweise auf eine Zunahme des Konsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001; Hurrelmann et al., 2003; Kraus & Augustin, 2005). Dieser Befund sowie die Erkenntnisse zum Trinkverhalten, die auf Rauschtrinken als Risikofaktor für alkoholbezogene Probleme hinweisen, unterstreichen die Notwendigkeit evidenz-basierter Prävention sowie alkoholpolitischer Maßnahmen zur Einschränkung der Verfügbarkeit (Babor et al., 2003; Edwards et al., 1997).

## **Tabak**

Die Prävalenz der Raucher und Raucherinnen wurde bei den 18- bis 59-Jährigen bei den Männern auf 38,5% und bei den Frauen auf 32,9% geschätzt. Sechs Jahre zuvor war sie bei den Männern mit 44,4% etwas höher, bei den Frauen mit 29,9% etwas niedriger. Auch bei den 18- bis 39-Jährigen gab es zwischen 1997 und 2003 kaum Änderungen, im Vergleich zu 1990 ist der Anteil der Raucher jedoch signifikant gefallen. Während 1990 jeder Zweite in dieser Altersgruppe rauchte, waren es 1997 und 2003 noch 36-37%. Dennoch weisen die Ergebnisse bei den Frauen seit 1997 auf einen wieder zunehmenden Anteil der Raucherinnen hin. Diese Tendenz wird durch die Ergebnisse des Mikrozensus bestätigt. Die Prävalenz der Raucherinnen stieg in dieser Studie bei den 20- bis 24-Jährigen von 30,9% (1995) auf 35,4% (2003) (Statistisches Bundesamt, 2004). Bei der Betrachtung des Rauchverhaltens Jugendlicher zeigen sich ähnliche Befunde. Die Trendwerte der HBSC-Studie (Health Behavior in Young Children) in Nordrhein-Westfalen deuten auf eine Zunahme des regelmäßigen Tabakkonsums bei 15-jährigen Schülern hin (Richter & Settertobulte, 2003). Dabei stieg der Anteil von 1993/94 bei Mädchen von 29% (Jungen 21%) auf 34% (Jungen 32%) in 2001/02.

Im Zeitvergleich zeigt sich bei Frauen auch eine Zunahme des starken Rauchens. Die Raucherinnen rauchten 2003 mehr als 1997. Die Prävalenz des Rauchens von täglich 20 oder mehr Zigaretten stieg bei den 18- bis 59-jährigen Frauen zwischen 1997 und 2003 von 4,5% auf 12,2%, bezogen auf die Raucherinnen ist dies ein Anstieg von 15,6% auf 38,3%. Bei den Männern traten keine Änderungen auf. In den letzten beiden Erhebungen rauchten um die 17% der 18- bis 59-jährigen Männer bzw. etwas über 40% der männlichen Raucher stark.

Betrachtet man die Prävalenz des Rauchens sowie die Prävalenz des starken Rauchens seit 1997 zeigt sich bei Männern und Frauen eine gegenläufige Tendenz. Während die Anteile bei den Männern weiterhin zurückgehen, nehmen die Anteile bei den Frauen in allen Altersgruppen zu. Dadurch ergibt sich gegenüber 1997 (Männer 17,6%, Frauen 4,5%) bezogen auf die Gesamtstichprobe im Jahr 2003 mit 16,1% (Männer) bzw. 12,2% (Frauen) eine deutliche Angleichung der Prävalenzwerte für männliche und weibliche starke Raucher. In den gesamtdeutschen Daten sind die Prävalenzwerte starker Raucher und Raucherinnen bei 18- bis 24-Jährigen nahezu identisch. Die Angleichung der Prävalenzwerte des Rauchens zwischen Männern und Frauen zeigt sich auch in anderen Studien. Nelson und Wittchen (1998) berichteten in einer Stichprobe von 14- bis 24-Jährigen einen regelmäßigen Tabakkonsum bei 32,8% der Jungen und 31,3% der Mädchen. Auch aus Schülerstudien zum Nichtraucher, Gelegenheitsrauchen, regelmäßigen und täglichen Rauchen wurden keine Unterschiede in den Prävalenzwerten zwischen Jungen und Mädchen berichtet (Kraus et al., 2004; Richter & Settertobulte, 2003). In der Hamburger Schülerbefragung von 2004 fanden sich in Bezug auf die durchschnittliche Zahl der pro Tag gerauchten Zigaretten ebenfalls keine Geschlechtsunterschiede (Baumgärtner, 2004b).

Mit dem Fagerström-Test wurde fast jeder zweite aktuelle Raucher als nikotinabhängig eingeschätzt, was einer Gesamtprävalenz von 14,3% entspricht. Während sich die Prävalenzwerte des Tabakkonsums in Hamburg kaum von den gesamtdeutschen Werten unterscheiden (Kraus & Augustin, 2005), finden sich in Hamburg mehr Raucher mit einem täglichen Konsum von 20 oder mehr Zigaretten (42,7% vs. 35,6%) sowie ein höherer Anteil Nikotinabhängiger (14,3% vs. 11,4%).

Nach dem Stufenmodell von Prochaska und DiClemente befanden sich knapp 45% der täglichen Raucher mit Aufhörversuchen im Stadium der Absichtslosigkeit, die Hälfte überlegte ernsthaft, in den nächsten sechs Monaten aufzuhören und weitere 5,6% befanden sich in der Stufe der Vorbereitung. Das Stufenmodell gibt Hinweise für spezifische Behandlungsstrategien: Kognitiv-emotionale Strategien sind angebracht bei Rauchern in den Stadien der Absichtslosigkeit und Absichtsbildung, während Strategien auf der Verhaltensebene für Personen mit höherer Änderungsbereitschaft hilfreich sind (Keller, Velicer & Prochaska, 1999).

Die Forderung nach einem besonderen Schutz der Nichtraucher fand ihnen Niederschlag in der im Oktober 2002 in Kraft getretenen Änderung der Arbeitsstättenverordnung. Die Arbeitgeber sind verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen zum Schutz der Nichtraucher vor den Gesundheitsgefahren des Tabakrauchs zu treffen, in Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr allerdings nur insoweit, als es die Bedingungen zulassen. Vor diesem Hintergrund erscheint die Tatsache, dass etwa ein Viertel der erwerbstätigen und auszubildenden Nicht- und Exrauchern täglich dem Passivrauchen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind, als hoch. Die Änderungen sind möglicherweise weitgehend unbekannt geblieben oder ihre Durchsetzung trifft auf größere Widerstände. Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass sich ein großer Teil der Befragten und sogar ein nicht zu vernachlässigender Teil der Raucher durch Tabakrauch stark gestört fühlt und Orte meidet, an denen viel geraucht wird. Frühere Ergebnisse zum

Rauchverbot am Arbeitsplatz zeigen eine breite Unterstützung für die Durchsetzung. Mehr als zwei Drittel aller Befragten und knapp die Hälfte der Raucher hatten ein Rauchverbot am Arbeitsplatz gefordert (Kraus & Bauernfeind, 1998).

Insgesamt weisen die Ergebnisse sowie die Trendanalysen darauf hin, dass erheblich mehr präventive und therapeutische Anstrengungen notwendig sind, um die Rate der Raucher zu senken. Eine gute Ausgangslage dafür stellen die Aussagen zur Absichtsbildung und Vorbereitung zur Raucherentwöhnung dar, für die jeweiligen Teilgruppen sind spezifische Präventionsmaßnahmen notwendig. Eine besondere Bedeutung bei den strukturellen Maßnahmen kommt der besseren Umsetzung der Arbeitsstättenverordnung zum Nichtraucherschutz zu.

### **Medikamente**

Die Erfassung der Einnahme von Medikamenten in schriftlichen Befragungen stößt auf erheblich mehr Schwierigkeiten als die Erfassung des Gebrauchs von illegalen Drogen, Alkohol oder Tabak. Der Gefahr der Fehlzuzuordnung von bestimmten Medikamenten in die vorgegebenen Medikamentenklassen wurde durch die Vorgabe einer Liste der gebräuchlichsten Medikamente begegnet. Verzichtet wurde auf detailliertere Fragen nach Art und Namen der eingenommenen Medikamente ebenso wie nach bestimmten Einnahmemustern wie Selbstmedikation, Tagesdosen oder Dauer der Einnahme, da dies mit einem deutlich höheren Aufwand verbunden ist, als in einer schriftlichen Studie über alle psychoaktiven Substanzen geleistet werden kann. Da die Medikamentenliste, die nur die gebräuchlichsten Medikamente enthält, nicht vollständig sein kann, sind Fehlzuzuordnungen nicht ausgeschlossen. Zudem fasst die Medikamentenliste Arzneimittel mit unterschiedlichen Wirkstoffen und unterschiedlichen Missbrauchs- und Abhängigkeitspotentialen zusammen, so dass eine klare Abgrenzung von Medikamenten nach Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential bei der Datenauswertung nicht geleistet werden kann.

Etwa zwei Drittel aller Befragten hat in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) genommen und insgesamt 16,1% der Befragten gaben an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Medikamente aus diesen Gruppen mindestens einmal pro Woche genommen zu haben. Allgemein zeigt sich, dass Frauen und ältere Personen einen höheren Medikamentengebrauch berichteten als Männer bzw. jüngere Erwachsene. Dieser Trend ist bereits mehrfach dokumentiert worden (Fichter, 1990; Knopf & Melchert, 1999; Weyerer & Dilling, 1991). Zwischen 1997 und 2003 änderte sich die Prävalenz des zumindest wöchentlichen Gebrauchs von Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs- und Anregungsmitteln nur unwesentlich, Appetitzügler wurden jedoch signifikant seltener genommen. Gemessen mit dem Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) zeigen knapp 5% der befragten 18- bis 59-Jährigen einen problematischen Gebrauch. Die in Hamburg ermittelten Prävalenzwerte und Trends unterscheiden sich nur geringfügig von den gesamtdeutschen Werten (Kraus & Augustin, 2005).

Die mit Abstand am häufigsten eingenommenen Medikamente sind Schmerzmittel. Im Zusammenhang mit einer missbräuchlichen Verwendung von Schmerzmitteln wurde insbesondere auf koffein- und codeinhaltige Substanzen hingewiesen (Abbott & Fraser, 1998; Glaeske, 2003; Kuhs, 1994). Zudem kann langfristiger Schmerzmittelgebrauch neben den bekannten Nebenwirkungen zu Dauerschmerzen führen, den die Betroffenen mit der Einnahme weiterer Schmerzmittel zu lindern versuchen (Melchinger, Schnabel & Wyns, 1992). Hoch erscheint in diesem Zusammenhang der Anteil von 28% an Personen, die bei Kopfschmerzen sofort Schmerzmittel einnehmen. Berücksichtigt man, dass im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 jede dritte Frau und jeder fünfte Mann in den letzten sieben Tagen vor der Erhebung an Kopfschmerzen litt und jeder zweite Kopfschmerzpatient nie einen Arzt wegen seiner Kopfschmerzen aufsucht (Diemer & Burchert, 2003), so steht ein großer Teil der Bevölkerung unter dem Risiko, durch inadäquate Selbstmedikation einen medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerz mit behandlungsintensiven Folgeerkrankungen zu entwickeln.

Aus den Einstellungen zur Medikamenteneinnahme wurde deutlich, dass die Mehrheit grundsätzlich versucht, ohne Medikamente auszukommen und im Fall von Schmerzen so lange wie möglich auf Schmerzmittel zu verzichten. Wie sich zeigt, besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen medikamentenorientierten Einstellungen und einem problematischen Einnahmeverhalten (KFM). Personen mit nur einer positiven Nennung in den sechs Items zur Lebensbewältigung haben im Vergleich zu denjenigen ohne Nennungen ein deutlich höheres Risiko für einen positiven Wert im KFM (Kraus & Augustin, 2005). Vor dem Hintergrund neuer Versorgungs- und Beschaffungsmöglichkeiten wie z.B. über das Internet, die die Verschreibungspflicht umgehen, sind insbesondere Personen, die Medikamente zur Lebensbewältigung einsetzen, als besonders gefährdet anzusehen. Sollte sich die Selbstmedikation über das Internet durchsetzen, ist wegen des signifikanten Zusammenhangs zwischen der Einstellung, Medikamente gezielt zur Lebensbewältigung einzusetzen, und einem problematischen Einnahmeverhalten mit einer weiteren Zunahme des problematischen Gebrauchs und medikamenteninduzierter Störungen zu rechnen.





## 8 Literatur

- Abbott, F. V. & Fraser, M. I. (1998). Use and abuse of over-the-counter analgesic agents. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 23, 13-34.
- American Association for Public Opinion Research (2000). *Standard definitions: final dispositions of case codes and outcome rates for surveys*. Ann Arbor, Michigan: AAPOR.
- 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 Organisation.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2003). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Batra, A. (2000). *Tabakabhängigkeit – Biologische und psychosoziale Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten* (Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, Bd. 97). Darmstadt: Steinkopff.
- Baumgärtner, T. (2004a). Die Situation des Drogenkonsums in Hamburg: Ein Überblick. *Sucht*, 50, 54-61.
- Baumgärtner, T. (2004b). *Rauschmittelkonsumerfahrung der Hamburger Jugendlichen und jungen Erwachsenen 2004*. Hamburg: Büro für Suchtprävention.
- Biemer, P. P. & Wiesen, C. (2002). Measurement error evaluation of self-reported drug use: a latent class analysis of the US National Household Survey on Drug Abuse. *Journal of the Royal Statistical Society*, 165, 97-119.
- Blossfeld, H.-P., Hamerle, A. & Mayer, K. U. (1986). *Ereignisanalyse*. Frankfurt/Main: Campus.
- Bondy, S. J. (1996). Overview of studies on drinking patterns and consequences. Drinking patterns and their consequences: report from an international meeting. *Addiction*, 91, 1663-1674.
- Breslau, N. & Johnson, E. O. (2000). Predicting smoking cessation and major depression in nicotine-dependent smokers. *American Journal of Public Health*, 90, 1122-1127.
- British Medical Association (BMA) (1995). *Alcohol: guidelines on sensible drinking*. London: British Medical Association.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H.-J., Simon, R. & Töppich, J. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 128). Baden-Baden: Nomos.
- Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure (BSI) (2003). *Daten aus der Alkoholwirtschaft 2003*. Bonn: BSI.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998). *Bekanntheit, Konsum und Kauf von Alcopops*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Wiederholungsbefragung 2000/01*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004). *Bekanntheit, Kauf und Konsum von Alcopops bei Jugendlichen 2003*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Conigrave, K. M., Hall, W. D. & Saunders, J. B. (1995). The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. *Addiction*, 90, 1349-1356.

- De Leeuw, E. D. (1992). *Data quality in mail, telephone, and face to face surveys*. Amsterdam: TT-Publikaties.
- Demmel, R. & Hagen, J. (2003). The Comprehensive Alcohol Expectancy Questionnaire: I. scale development. *Sucht*, *49*, 292-299.
- Demmel, R. (2003). Motivational Interviewing: Mission impossible? oder Kann man Empathie lernen? In H.-J. Rumpf & R. Hüllinghorst (Hrsg.), *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen* (S. 177-199). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Diemer, W. & Burchert, H. (2003). *Chronische Schmerzen – Kopf- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 7). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Dunkel-Schetter, Ch., Feinstein, L. & Call J. (1986). *UCLA Social Support Inventory* (UCLA-SSI). Los Angeles: University of California.
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H. D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L. T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J. & Skog, O.-J. (1997). *Alkoholkonsum und Gemeinwohl: Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung*. Stuttgart: Enke.
- Etter, J.-F. & Perneger, T. V. (1999). A comparison of two measures of stage of change for smoking cessation. *Addiction*, *94*, 1881-1889.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002). *Annual report on the state of the drug problem in the European Union*. Lisbon: European Communities.
- Fagerström, K. O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, *3*, 235-241.
- Fichter, M. M. (1990). *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*. Berlin: Springer.
- Franke, A., Mohn, K., Sitzler, F., Welbrink, A. & Witte M. (2001). *Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Glaeske, G. (2003). Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2004* (S. 64-82). Geesthacht: Neuland.
- Gmel, G., Rehm, J. & Kuntsche, E. (2003). Binge drinking in Europe: definitions, epidemiology, and consequences. *Sucht*, *49*, 105-116.
- Gmel, G., Rehm, J., Room, R. & Greenfield, T. K. (2000). Dimensions of alcohol-related social and health consequences in survey research. *Journal of Substance Abuse*, *12*, 113-138.
- 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.
- Gutscher, H., Hornung, R., May, U. & Schär, M. (1986). *Medikamentenkonsum und Medikationsrisiken*. Bern: Hans Huber.
- Hagen, J. & Demmel, R. (2001). Inventar akuter Alkoholeffekte (IAA). In A. Glöckner-Rist, F. Rist & H. Küfner (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)* (Version 3.00). Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.

- 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.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (2003). *Jugendgesundheits-survey*. Weinheim: Juventa.
- Kauert, G. & Iwersen-Bergmann, S. (2004). Drogen als Ursache für Verkehrsunfälle, im Fokus: Cannabis. *Sucht*, 50, 327-333.
- Kaye, S. & Darke, S. (2002). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction*, 97, 727-731.
- Keller, S., Velicer, W. F. & Prochaska, J. O. (1999). Das transtheoretische Modell – eine Übersicht. In S. Keller (Hrsg.), *Motivation zur Verhaltensänderung. Das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis* (S.17-44). Freiburg: Lambertus
- Knopf, H. & Melchert, H. U. (1999). Subjektive Angaben zur täglichen Anwendung ausgewählter Arzneimittelgruppen – Erste Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Das Gesundheitswesen*, 61 (Sonderheft 2), 151-157.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 47 (Sonderheft 1), S3-S86.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2005). Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. *Sucht*, 51, in Druck.
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998). Repräsentativerhebung zum Konsum psychotroper Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht*, 44 (Sonderheft 1), S3-S82.
- Kraus, L., Bloomfield, K., Augustin, R. & Reese, A. (2000). Prevalence of alcohol use and the association between onset of use and alcohol-related problems in a general population sample in Germany. *Addiction*, 95, 1389-1401.
- Kraus, L., Heppekausen, K. & Tretter, F. (2004). Prävalenzschätzungen von Opiatkonsumenten in deutschen Großstädten: Methoden und Ergebnisse. *Sucht*, 50, 11-20.
- Kraus, L., Heppekausen, K., Barrera, A. & Orth, B. (2004). *Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen*. IFT-Berichte Bd. 141. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L., Scherer, K. & Bauernfeind, A. (1998). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Hamburg 1997* (IFT-Berichte Bd. 97). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kuhs, H. (1994). Medikamentenmissbrauch: Ursachen, Folgen und Behandlung. In G. Nissen (Hrsg.), *Abhängigkeit und Sucht, Prävention und Therapie* (S. 76-87). Bern: Huber.
- Maffli, E. & Bahner, U. (1999). *Gebrauch von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in der Schweiz*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Maffli, E. & Gmel, G. (1999). Die Entwicklung des Gebrauchs von Medikamenten mit Missbrauchspotential zwischen 1992 und 1997. *Abhängigkeiten*, 5, 39-66.
- Melchinger, H., Schnabel, R. & Wyns, B. (1992). *Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 12). Baden-Baden: Nomos.
- Meyer, Ch. & John, U. (2003). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2004* (S. 19-36). Geesthacht: Neuland.

- Nelson, C. B. & Wittchen, H.-U. (1998). Smoking and nicotine dependence. *European Addiction Research, 4*, 42-49.
- Perkonig, 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*, 58-66.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. Eisler & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184-214). Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: application to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.
- Richter, M. & Settertobulte, W. (2003). Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (2003). *Jugendgesundheitsurvey* (S. 99-157). Weinheim: Juventa.
- Rist, F., Scheuren, B., Demmel, R., Hagen, J. & Aulhorn, I. (2003). Der Münsteraner Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-G-M). In A. Glöckner-Rist, F. Rist & H. Kufner (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)* (Version 3.00). Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Rothman, K. J. & Greenland, S. (1998). *Modern epidemiology* (2 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rustin, T. A. (2000). Assessing nicotine dependence. *American Family Physician, 62*, 579-584.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (Dt. Bearb.) (1998). *Diagnostische Kriterien DSM-IV*. Hofgrefe: Göttingen.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Amundsen, A. & Grant, M. (1993a). Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - I. *Addiction, 88*, 349-362.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R. & Grant, M. (1993b). 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.
- Schär, M., Hornung, R., Gutscher, H. & May, U. (1985). *Selbstmedikation – Ergebnisse einer Repräsentativerhebung im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 8*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Schneider, M. (2004). Langfristige Folgen des chronischen Cannabiskonsums. *Sucht, 50*, 309-319.
- Schnell, R. (1997). *Nonresponse in Bevölkerungsumfragen, Ausmaß, Entwicklung und Ursachen*. Opladen: Leske + Budrich.
- Shah, B., Barnwell, B. & Bieler, G. (1997). *SUDAAN user's manual (Release 7.5)*. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute.
- Simon, R., Herbst, K. & Grieb, L. (1992). *Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. Regionalauswertung für die Hansestadt Hamburg*. (IFT-Berichte Bd. 63). München: Institut für Therapieforchung.
- Simon, R., Sonntag, D., Bühringer, G. & Kraus, L. (2004). *Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland* (Forschungsbericht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung Bd. 318). <http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/F318.pdf>.

- Singer, J. D. & Willett, J. B. (1991). Modeling the days of our lives: using survival analysis when designing and analyzing longitudinal studies of duration and the timing of events. *Psychological Bulletin*, 110, 268-290.
- Solowij, N. & Grenyer, B. F. (2002). Are the adverse consequences of cannabis use age-dependent? *Addiction*, 97, 1083-1086.
- Statistisches Bundesamt (1995). *Demographische Standards*. Eine gemeinsame Empfehlung des Arbeitskreises Deutscher Marktforschungsinstitute (ADM), der Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute (ASI) und des Statistischen Bundesamtes. Ausgabe 1995. Methoden-Verfahren-Entwicklungen. Materialien und Berichte. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2004). *Leben und Arbeiten in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2003*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt-Pressestelle.
- Thiel, G., Homann, B., Verthein, U. & Degkwitz, P. (2000). KokainkonsumentInnen in der offenen Hamburger Hauptbahnhofszone. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 23, 27-33.
- Tossmann, P., Boldt, S. & Tensil, M.-D. (2001). The use of drugs within the techno party scene in European metropolitan cities. *European Addiction Research*, 7, 2-23.
- Verthein, U., Haasen, C., Prinzleve, M., Degkwitz, P. & Krausz, M. (2001). Cocaine use and the utilisation of drug help services by consumers of the open drug scene in Hamburg. *European Addiction Research*, 7, 176-183.
- 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.
- Weyerer, S. & Dilling, H. (1991). Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics, and the use of psychotropic drugs in the community: results from the Upper Bavarian Field Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44, 303-311.
- World Health Organization (1996). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: WHO.



## 9 Anhang

## Anhang: Übersicht Instrumente

### A. Soziale Unterstützung und Beratung (Franke et al., 2001; Dunkel-Schetter et al., 1986)

1. Wie oft haben Ihnen Personen aus Ihrer sozialen Umgebung mit Ratschlägen oder Informationen weitergeholfen?
2. Wie oft haben Personen aus Ihrer sozialen Umgebung Sie mit praktischer Hilfe unterstützt (z.B. Besorgungen gemacht, Ihnen etwas geliehen, etwas repariert)?
3. Wie oft haben Personen aus Ihrer sozialen Umgebung Sie ermutigt und Ihnen Bestätigung gegeben?
4. Wie oft haben diese Personen aus Ihrer sozialen Umgebung Ihnen Wärme, Zuneigung und Verständnis gegeben?
5. Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass Personen aus Ihrer sozialen Umgebung Sie kritisiert oder an Ihnen herumgörgelt haben?
6. Wie oft haben Personen aus Ihrer sozialen Umgebung Sie im Stich gelassen oder enttäuscht?
7. Wie oft haben Personen aus Ihrer sozialen Umgebung zu hohe Ansprüche an Sie gestellt oder Sie mit Ihren Problemen belastet?

Antwortkategorien: nie; seltener als einmal pro Monat; einmal pro Monat; 2-3mal pro Monat; einmal pro Woche; mehrmals pro Woche

### B. Severity of Dependence Scale (SDS): Cannabis- bzw Kokainkonsum in den letzten 12 Monaten (Gossop et al., 1995)

1. Wie häufig hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Gebrauch von Cannabis (Kokain) außer Kontrolle geraten ist?
2. Wie häufig hat Sie die Aussicht, auf den Konsum von Cannabis (Kokain) verzichten zu müssen, beängstigt oder beunruhigt?
3. Wie häufig waren Sie über Ihren Gebrauch von Cannabis (Kokain) besorgt?
4. Wie häufig haben Sie sich gewünscht, mit dem Konsum von Cannabis (Kokain) aufzuhören?
5. Wie häufig haben Sie es für schwierig gehalten, mit dem Konsum von Cannabis (Kokain) aufzuhören oder ganz auf Cannabis (Kokain) zu verzichten?

Antwortkategorien<sup>a</sup>: Item 1-5: (0) nie; (1) seltener als einmal pro Monat; (2) ein- bis dreimal pro Monat; (3) einmal pro Woche oder öfter

<sup>a</sup>Item 5 und die Antwortkategorien wurden gegenüber der Originalversion modifiziert

### C. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Babor et al., 1989 ; Rist et al., 2003)

1. Wie oft trinken Sie Alkohol?
2. Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?
3. Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit (z.B. beim Abendessen, auf einer Party)?
4. Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate nicht mehr aufhören zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten?
5. Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen, weil Sie zuviel getrunken hatten?
6. Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate morgens erst mal ein Glas Alkohol gebraucht, um in die Gänge zu kommen?
7. Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen, weil Sie zuviel getrunken hatten?
8. Wie oft waren Sie während der letzten 12 Monate nicht in der Lage, sich an Dinge zu erinnern, weil Sie zuviel getrunken hatten?
9. Haben Sie sich schon mal verletzt, weil Sie zu viel getrunken hatten? Oder ist jemand anderes schon mal verletzt worden, weil Sie zu viel getrunken hatten?
10. Hat sich ein Verwandter, Freund oder Arzt schon einmal Sorgen gemacht, weil Sie zuviel trinken, oder Ihnen geraten, weniger zu trinken?

Antwortkategorien: Item 1: (0) nie; (1) einmal im Monat; (2) zwei- bis viermal im Monat; (3) zwei- bis dreimal die Woche; (4) viermal die Woche oder öfter

Item 2: (0) 1-2 Gläser pro Tag; (1) 3-4 Gläser pro Tag; (2) 5-6 Gläser pro Tag; (3) 7-9 Gläser pro Tag; (4) 10 oder mehr Gläser pro Tag

Item 3-8: (0) nie; (1) seltener als einmal im Monat; (2) jeden Monat; (3) jede Woche; (4) jeden Tag oder fast jeden Tag

Item 9-10: (0) nein; (2) ja, aber nicht während der letzten 12 Monate; (4) ja, während der letzten 12 Monate



**D. Inventar akuter Alkoholeffekte (IAA) (Hagen & Demmel, 2001)**

Wenn ich Alkohol getrunken habe...

- |  |  |
|--|--|
| 1. ...finde ich alles irgendwie lustiger – auf jeden Fall lache ich mehr | 11. ...lassen Schmerzen, die ich habe, deutlich nach   |
| 2. ...kann ich keinen klaren Gedanken mehr fassen                        | 12. ...habe ich Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren |
| 3. ...kann ich meine Probleme und Sorgen vergessen                       | 13. ...werde ich schneller aggressiv                   |
| 4. ...bin ich in ausgelassener Stimmung                                  | 14. ...bin ich reizbar und aufbrausend                 |
| 5. ...steigt mein Selbstvertrauen  | 15. ...empfinde ich stärker beim Sex                   |
| 6. ...bin ich lockerer und ungezwungener                                 | 16. ...bin ich nicht mehr so schüchtern                |
| 7. ...kann ich besser abschalten   | 17. ...werde ich träge                                 |
| 8. ...fällt es mir leichter, auf andere Menschen zuzugehen               | 18. ...bin ich nicht mehr so verspannt                 |
| 9. ...kann ich einer Unterhaltung nicht mehr richtig folgen              | 19. ...breche ich eher einen Streit vom Zaun           |
| 10. ...genieße ich Sex noch mehr   | 20. ...habe ich mehr Lust auf Sex                      |

*Antwortkategorien:* keinesfalls; wahrscheinlich nicht, vielleicht, ziemlich wahrscheinlich, ganz sicher

**E. Fagerström-Test for Nicotine Dependence (FTND) (Fagerström, 1978; Heatherton et al., 1991)**

1. Wie bald, nachdem Sie aufwachen, rauchen Sie ihre erste Zigarette?
2. Finden Sie es schwierig, an Orten nicht zu rauchen, wo es verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino)?
3. Bei welcher Zigarette im Verlauf des Tages würde es Ihnen am schwersten fallen, diese aufzugeben?
4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?
5. Rauchen Sie morgens mehr als am Rest des Tages?
6. Rauchen Sie, wenn Sie so krank sind, dass Sie den größten Teil des Tages im Bett verbringen?

*Antwortkategorien:* Item 1: innerhalb von 5 Minuten; innerhalb einer halben Stunde; innerhalb einer Stunde; nach einer Stunde

Item 2, 5 und 6: ja / nein

Item 3: die erste am Morgen; andere

Item 4: bis 10; 11-20; 21-30; 31 oder mehr

**F. Änderungsbereitschaft (Prochaska et al., 1992)**

**Absichtslosigkeit** Ich rauche und habe nicht die Absicht in den nächsten 6 Monaten damit aufzuhören

**Absichtsbildung** Ich rauche, überlege aber ernsthaft, in den nächsten 6 Monaten damit aufzuhören, nicht aber in den nächsten 30 Tagen oder

Ich rauche, überlege aber ernsthaft, in den nächsten 6 Monaten damit aufzuhören oder

Ich hatte keinen Abstinenzversuch von mindestens 24 Stunden in den letzten 12 Monaten und plane, in den nächsten 30 Tagen aufzuhören

**Vorbereitung** Ich rauche, habe aber beschlossen, in den nächsten 30 Tagen damit aufzuhören und

Ich hatte einen Abstinenzversuch von mindestens 24 Stunden in den letzten 12 Monaten

**Handlung** Ich rauche nicht mehr, habe aber innerhalb der letzten 6 Monate geraucht

**Aufrechterhaltung** Ich rauche nicht mehr und habe seit mehr als 6 Monaten nicht mehr geraucht

*Antwortkategorien:* ja / nein

**G. Importance- und Confidence-Skalen (Demmel, 2003)**

1. Wie wichtig ist es Ihnen, mit dem Rauchen aufzuhören? Wie denken Sie im Moment darüber?

*Antwortkategorie:* 0 unwichtig – 10 sehr wichtig

2. Wenn Sie sich jetzt vornehmen würden, mit dem Rauchen aufzuhören: Wie zuversichtlich sind Sie, dass Ihnen das gelingen würde?

*Antwortkategorien:* 0 überhaupt nicht zuversichtlich – 10 sehr zuversichtlich

**H. Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) (Watzl et al., 1991)**

1. Ohne Medikamente kann ich schlechter schlafen
2. Ich habe mir sicherheitshalber schon einmal einen kleinen Tablettenvorrat angelegt
3. Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen
4. Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht
5. Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe
6. Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang
7. Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente
8. In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen
9. Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl
10. Manchmal war ich selbst erstaunt, wie viele Tabletten ich an einem Tag eingenommen habe
11. Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger

*Antwortkategorien:* trifft zu / trifft nicht zu

**I. Skalen zur medikamentenorientierten Einstellung (letzte 12 Monate) (Gutscher et al., 1986; Schär et al., 1985)**

- |                        |  |
|------------------------|--|
| Lebens-<br>bewältigung | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ohne Medikamente wäre ich nur ein halber Mensch</li> <li>2. Manchmal wüsste ich wirklich nicht, wie ich meinen (Arbeits)tag ohne Medikamente durchstehen könnte</li> <li>3. Beruhigungs- und Schlafmittel sind in schwierigen, sorgenvollen Situationen eine Hilfe für mich, auf die ich nicht verzichten möchte</li> <li>4. Ich versuche, grundsätzlich ohne Medikamente auszukommen</li> </ol>   |
| Instant Relief         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wenn ich Kopfschmerzen habe, nehme ich sofort ein Schmerzmittel dagegen</li> <li>2. Es hat schon Tage gegeben, wo ich wahrscheinlich eher etwas zuviel Schmerzmittel genommen habe</li> <li>3. Da ich mich genau kenne und weiß, wann ich Schmerzen bekomme, nehme ich schon ein Medikament, bevor die Schmerzen richtig einsetzen</li> <li>4. Es ist für mich unverständlich, dass jemand Kopfschmerzen hat und kein Medikament dagegen nimmt</li> <li>5. Wenn ich Schmerzen habe, versuche ich möglichst lange ohne Medikamente auszukommen</li> <li>6. Ich nehme Schmerzmittel nicht nur wegen der schmerzstillenden Wirkung, sondern weil sie mich auch anregen und leistungsfähig machen</li> </ol> |

*Antwortkategorien:* ja / nein