

Ludwig Kraus
Sebastian E. Baumeister
Tina Stonner

Epidemiologischer Suchtsurvey 2006
Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch
psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Bayern¹

2006 Epidemiological Survey on Substance Abuse
in the Adult Population of Bavaria

München 2008
IFT-Berichte Bd. 162
IFT-Reports Vol. 162

¹ Gefördert durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz

Epidemiologischer Suchtsurvey 2006
Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch
psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Bayern¹

2006 Epidemiological Survey on Substance Abuse
in the Adult Population of Bavaria

Ludwig Kraus, Sebastian E. Baumeister und Tina Stonner

IFT Institut für Therapieforschung, München

1) Gefördert durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz

Reihe IFT-Berichte
Band Nr. 162

Herausgegeben vom IFT Institut für Therapieforschung
(Verantwortlich: Prof. Dr. Gerhard Bühringer)

In der Reihe IFT-Berichte sind zuletzt erschienen:

Kraus, L., Rösner, S., Baumeister, S., Pabst, A. & Steiner, S. (2008). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin* (IFT-Berichte Bd. 167). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Kraus, L., Steiner, S. & Pabst, A. (2008). *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, Saarland und Thüringen* (IFT-Berichte Bd. 165). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Hellwich, A. K., Bauer, C. & Sonntag, D. (2006). *Suchthilfestatistik 2005. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der stationären Suchthilfeeinrichtungen des Landes Berlin* (IFT-Berichte Bd. 161). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Hellwich, A. K., Bauer, C. & Sonntag, D. (2006). *Suchthilfestatistik 2005. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen des Landes Berlin* (IFT-Berichte Bd. 160). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Bauer, C., Sonntag, D. & Hellwich, A. K. (2006). *Suchthilfestatistik 2005. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der Suchthilfeeinrichtungen des Landes Thüringen* (IFT-Berichte Bd. 159). München: IFT Institut für Therapieforschung.

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

ISSN 0937-034X

Copyright 2007 by IFT Institut für Therapieforschung, Parzivalstr. 25, 80804 München
Tel.: 089/36004-0 (Zentrale), Fax: 089/360804-49, E-mail: ift@ift.de, Web-Site: <http://www.ift.de>
Printed in Germany

Fassung 10.06.2008

Inhaltsverzeichnis

| | |
|----------------------------|----|
| Tabellenverzeichnis..... | 5 |
| Abbildungsverzeichnis..... | 9 |
| Vorwort | 11 |
| Kurzfassung | 13 |
| Summary | 15 |
| 1 Einleitung | 17 |
| 2 Methode | 19 |
| 3 Illegale Drogen | 31 |
| 4 Alkohol | 37 |
| 5 Tabak | 49 |
| 6 Medikamente | 61 |
| 7 Diskussion..... | 67 |
| 8 Literatur..... | 77 |
| 9 Anhang: Instrumente..... | 83 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|--------------|--|----|
| Tabelle 2-1: | Übersicht über den Epidemiologischen Suchtsurvey in Bayern..... | 19 |
| Tabelle 2-2: | Demographische Verteilung der Bruttostichprobe, der Nettostichprobe (ungewichtet und gewichtet) und der Grundgesamtheit sowie die Ausschöpfungsraten | 22 |
| Tabelle 2-3: | Soziodemographische Merkmalsverteilung in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Bevölkerung | 23 |
| Tabelle 2-4: | Epidemiologischer Suchtsurvey, 1980-2003..... | 29 |
| Tabelle 2-5: | Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Bayern 1980-2006 | 30 |
| Tabelle 3-1: | Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen | 32 |
| Tabelle 3-2: | 12-Monats- und 30-Tage-Frequenz des Cannabiskonsums..... | 33 |
| Tabelle 3-3: | Anteil der Personen mit einem positiven Befund in der Severity of Dependence Skala (SDS) für Cannabisabhängigkeit (Gesamtstichprobe und Cannabiskonsumten der letzten 12 Monate) | 34 |
| Tabelle 3-4: | Prävalenz positiver Antworten auf die Items der Severity of Dependence Skala (SDS) (Cannabiskonsumten der letzten 12 Monate) | 35 |
| Tabelle 3-5: | Anteil der Personen mit einem positiven Befund im DSM-IV für Cannabismissbrauch und Cannabisabhängigkeit (Gesamtstichprobe und Cannabiskonsumten der letzten 12 Monate) | 35 |
| Tabelle 3-6: | Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 24- Jährigen, 1980-2006 | 36 |
| Tabelle 3-7: | Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 39- Jährigen, 1990-2006 | 36 |
| Tabelle 4-1: | Verteilung des Alkoholkonsums (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag)..... | 37 |
| Tabelle 4-2: | Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und durchschnittliche Trinkmengen | 39 |
| Tabelle 4-3: | Häufigkeit des Rauschtrinkens (Konsumten der letzten 30 Tage)..... | 39 |
| Tabelle 4-4: | Häufigkeit des Rauschtrinkens nach Konsumkategorien (durchschnittliche Alkoholmengen pro Tag bei Konsumten der letzten 30 Tage)..... | 40 |
| Tabelle 4-5: | Häufigkeit bestimmter Trinksituation | 42 |
| Tabelle 4-6: | Anteil der Personen mit einem positiven Befund für Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit im DSM-IV | 43 |

| | |
|--|----|
| Tabelle 4-7: Anteil der Abstinenz nach Sozialschicht | 43 |
| Tabelle 4-8: Durchschnittliche tägliche Reinalkoholmenge nach Sozialschicht (Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage) | 43 |
| Tabelle 4-9: Risikokonsum und Rauschtrinken nach Sozialschicht (Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage) | 44 |
| Tabelle 4-10: Trends des Alkoholkonsums 18- bis 59-Jähriger (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage), 1995-2006 | 44 |
| Tabelle 4-11: Trends der Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und der durchschnittlichen Trinkmenge 18- bis 59-Jähriger, 1995-2006 | 45 |
| Tabelle 4-12: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens, 1995-2006 | 46 |
| Tabelle 4-13: Verteilung des Alkoholkonsums für Männer und Frauen (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag) | 47 |
| Tabelle 4-14: Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und durchschnittliche Trinkmengen für Männer und Frauen | 47 |
| Tabelle 5-1: Verteilung der Raucher, Exraucher und Nichtraucher | 49 |
| Tabelle 5-2: Umfang des Zigarettenkonsums der Zigarettenraucher (letzte 30 Tage) | 50 |
| Tabelle 5-3: Anteil der Personen mit einem positiven Befund im Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTND) (Gesamtstichprobe und Raucher der letzten 30 Tage)..... | 54 |
| Tabelle 5-4: Anteil der Personen mit einem positiven Befund für Nikotinabhängigkeit im DSM-IV (Gesamtstichprobe und Raucher der letzten 12 Monate)..... | 54 |
| Tabelle 5-5: Stadien der Änderungsbereitschaft (tägliche Raucher mit Aufhörversuchen)..... | 55 |
| Tabelle 5-6: Häufigkeit des Passivrauchens, Vermeidung von Passivrauchen und Einstellung zum Rauchen | 55 |
| Tabelle 5-7: Anteil der Nichtraucher, Raucher und Exraucher nach Sozialschicht..... | 56 |
| Tabelle 5-8: Prävalenz des täglichen Zigarettenrauchens nach Sozialschicht | 56 |
| Tabelle 5-9: Prävalenz des Rauchens von täglich 20 oder mehr Zigaretten nach Sozialschicht | 56 |
| Tabelle 5-10: Prävalenz des Rauchens (Lebenszeit) nach Sozialschicht und Geburtskohorte | 57 |
| Tabelle 5-11: Passivrauchbelastung der Nicht- und Exraucher nach Sozialschicht | 57 |
| Tabelle 5-12: Ort der Passivrauchbelastung der Nie- und Exraucher nach Sozialschicht | 57 |

| | |
|--|----|
| Tabelle 5-13: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens 18- bis 24-Jähriger, 1980-2006 | 58 |
| Tabelle 5-14: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens, 1986-2006 | 58 |
| Tabelle 5-15: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten 18 bis 24-Jähriger, 1980-2006 | 59 |
| Tabelle 5-16: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten, 1986-2006 | 59 |
| Tabelle 5-17: Trends der Nikotinabhängigkeit nach Fagerström bei 18- bis 59-Jährigen, 2000-2006 | 60 |
| Tabelle 6-1: 12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme | 61 |
| Tabelle 6-2: 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme | 62 |
| Tabelle 6-3: Anteil der Personen mit einem positiven Befund im Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM)..... | 63 |
| Tabelle 6-4: Anteile positiver Antworten auf die Items des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KFM)..... | 64 |
| Tabelle 6-5: Anteile der positiven Antworten auf die Items zur Lebensbewältigung mit Medikamenten und „Instant Relief“ durch Schmerzmittel | 65 |
| Tabelle 6-6: Trends der 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme 18- bis 59-Jähriger, 1995-2006 | 66 |
| Tabelle 6-7: Trends des problematischen Medikamentenkonsums (Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch) bei 18- bis 59-Jährigen, 2000-2006 | 66 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 3-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Cannabiskonsums..... | 34 |
| Abbildung 4-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Frauen..... | 41 |
| Abbildung 4-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Männer..... | 41 |
| Abbildung 5-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Frauen..... | 52 |
| Abbildung 5-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Männer..... | 52 |
| Abbildung 5-3: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Frauen..... | 53 |
| Abbildung 5-4: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Männer..... | 53 |

Vorwort

Bayern hat sich 2006 zum ersten Mal mit einer erweiterten Stichprobe am Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) beteiligt. Im Epidemiologischen Suchtsurvey werden seit 1980 in regelmäßigen Abständen Befragungen in der Allgemeinbevölkerung zum Konsum von illegalen Drogen, Alkohol, Tabak und Medikamenten durchgeführt. Der Survey ergänzt als wichtige Datenquelle die Gesundheitsberichterstattung von Bund und Ländern. Insgesamt nahmen in Bayern 1.547 Personen zwischen 18 und 64 Jahren an der Befragung teil.

Die Erfassung von Daten über einen längeren Zeitraum bildet eine wichtige Informationsgrundlage für die Beurteilung von Trends in einem Bundesland und für die Planung fachlicher Schwerpunkte von Behörden und Verbänden. Insofern sind Auswertungen auf regionaler Ebene sinnvoll, da sie spezifische Entwicklungen, etwa im Hinblick auf einzelne Flächenstaaten oder Stadtstaaten, besser abbilden können. Durch die Aufschlüsselung nach Altersgruppen und Geschlecht sowie die Erfassung negativer Konsequenzen des Gebrauchs einzelner Substanzen bieten die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys eine gute Grundlage für zielorientierte Prävention und frühzeitige Intervention. Es wäre wünschenswert, wenn die Informationen für die Auswahl und Gestaltung präventiver und therapeutischer Maßnahmen auch zunehmend genutzt werden. Darüber hinaus sollten Veränderungen der örtlichen Problemlage durch die eingesetzten Maßnahmen nicht nur an den einzelnen Zielgruppen, sondern auch bezüglich der Auswirkungen auf die gesamte Population überprüft werden.

September 2007

PD Dr. Ludwig Kraus

Kurzfassung

Im Jahr 2006 wurde die Stichprobe des bundesweit durchgeführten Epidemiologischen Suchtsurveys erstmals so angelegt, dass differenzierte Analysen für Bayern vorgenommen werden können. Schwerpunkt der Untersuchung war die Beschreibung von Verbreitung und Konsummustern von illegalen Drogen, Alkohol, Tabak und Medikamenten. Weiterhin wurde die zeitliche Entwicklung des Konsums und substanzbezogener Störungen untersucht. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen und telefonischen Befragung (Mixed-Mode-Design) 1.547 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 50%.

Illegale Drogen

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 21,9% über Erfahrungen mit illegalen Drogen, 4,6% über den Konsum in den letzten 12 Monaten, aber nur 2,0% über den Konsum in den letzten 30 Tagen. In den letzten 12 Monaten nahmen 4,4% Cannabis. Cannabis ist die am weitesten verbreitete illegale Substanz. Die 12-Monats-Prävalenz anderer illegaler Drogen außer Cannabis betrug nur 0,5%. Jeder zweite Cannabiskonsument gab in den letzten 30 Tagen einen Konsum von fünfmal oder häufiger an. Für 1,1% der 18- bis 64-jährigen Bevölkerung wurde eine Cannabisabhängigkeit mit der Severity of Dependence Skala geschätzt, 0,4% waren laut DSM-IV-Kriterien abhängig und für 0,7% wurde ein Cannabismissbrauch nach DSM-IV geschätzt. Insgesamt hat die Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen bei den 18- bis 39-Jährigen seit 1990 kontinuierlich von 15,5% auf 30,9% zugenommen, dagegen blieben die 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzwerte seit 1995 relativ konstant. Auch die Prävalenzen des Konsums anderer illegaler Drogen als Cannabis haben sich im Zeitraum 1995 bis 2006 kaum verändert. Im Vergleich zu den gesamtdeutschen Prävalenzen des Konsums finden sich in Bayern geringfügig niedrigere Werte.

Alkohol

Alkoholkonsum ist in der Allgemeinbevölkerung in Bayern weit verbreitet, nur 3,1% konnten als lebenslang abstinent bezeichnet werden und nur 6,8% hatten zwar Alkoholerfahrung, lebten aber im letzten Jahr vor der Erhebung abstinent. Die Mehrheit der 18- bis 64-Jährigen berichtete einen durchschnittlichen Konsum von weniger als 30g (Männer) bzw. 20g (Frauen) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert lagen 13,2% der Männer und 4,6% der Frauen. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einem Trinkanlass) berichteten 35,5% der Männer und 12,7% der Frauen mindestens einmal in den letzten 30 Tagen. Nach den Kriterien des DSM-IV wurde bei 3,7% der 18- bis 64-Jährigen ein Alkoholmissbrauch und bei 2,4% eine Alkoholabhängigkeit festgestellt. Männer hatten verglichen mit Frauen eine 5,5-fach höhere Prävalenz des Missbrauchs und eine 3,8-fach höhere Prävalenz der Abhängigkeit. Insgesamt ist es seit 1995 zu einer Verschiebung des Alkoholkonsums mit einem höheren Anteil von Abstinente(n) und risikoarmen Konsumenten und folglich weniger Risikokonsumenten gekommen. Abgenommen haben auch die Anteile der Bier-, Wein-/Sekt- und Spirituosenkonsumenten. Die konsumierten Mengen alkoholischer Getränke blieben mit Ausnahme von Bier über den Zeitraum der letzten zehn Jahre relativ konstant. Zugenommen hat das Rauschtrinken bei

jungen Erwachsenen, während das Rauschtrinken bei den Älteren deutlich abgenommen hat.

Tabak

In den letzten 30 Tagen rauchten 29,8% der 18- bis 64-jährigen Männer und 25,9% der gleichaltrigen Frauen. Zu den ehemaligen Rauchern zählten 31,0% der Männer und 22,5% der Frauen. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rauchen (20 und mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (34,7% vs. 16,6%). Eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV wurde für 6,4% der 18- bis 64-Jährigen geschätzt (Männer: 7,2%, Frauen: 5,5%). Mehr junge Erwachsene, die das Rauchen ausprobierten, machten früher in ihrem Leben erste Erfahrungen mit dieser Substanz. Von den 18- bis 24-Jährigen hatte etwa jeder Zweite bis zum Alter von 16 Jahren bereits erste Erfahrungen mit Tabak gemacht. Insgesamt 16,1% der erwerbstätigen und auszubildenden Nicht- und Exraucher gab an, täglich dem Passivrauchen am Arbeitsplatz ausgesetzt gewesen zu sein. In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen war in den vergangenen zehn Jahren ein rückläufiger Trend des Tabakkonsums zu verzeichnen. Dieser Trend zeigte sich insbesondere bei starken Zigarettenraucherinnen und -rauchern. Keine signifikanten Veränderungen gegenüber 2000 zeigten sich für die Nikotinabhängigkeit. Ein Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Rauchen zeigte sich dahingehend, dass mit den jüngeren Alterskohorten der Anteil sozial Benachteiligter unter den Rauchern zunimmt.

Medikamente

Knapp zwei Drittel (63,8%) 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 17,2% der Befragten gaben an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Medikamente aus diesen Gruppen mindestens einmal pro Woche genommen zu haben. Allgemein berichteten Frauen und ältere Personen über einen höheren Medikamentengebrauch als Männer bzw. jüngere Erwachsene. Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen. Insgesamt wiesen 3,9% einen problematischen Medikamentengebrauch auf. Trendvergleiche der zumindest einmal wöchentlichen Einnahme zwischen 1995 und 2006 zeigten insgesamt keine bedeutsamen Veränderungen bei den Schmerz-, Schlafmitteln und Appetitzüglern. Leicht abgenommen hat die Einnahme von Beruhigungs- und Anregungsmitteln. Keine signifikanten Veränderungen zeigten sich bei der Prävalenz des problematischen Medikamentenkonsums.

Summary

In 2006 the sample of the Epidemiological Survey on Substance Abuse was enlarged to allow separate estimations for the state of Bavaria. The report describes use and pattern of the use of illegal drugs, alcohol, tobacco and prescription drugs. It also investigates temporal changes in consumption and substance-related problems. The survey employed self-administered questionnaires and telephone interviews in combination (mixed-mode-design); the response rate was 50%, resulting in 1,547 respondents aged 18 to 64 years who participated in the study.

Illicit drugs

Overall 21.9% of respondents aged 18 to 64 years reported lifetime illegal drug use; 4.6% reported illegal drug use in the last twelve month, and 2.0% stated the use of illegal drugs within the last 30 days. In the last twelve months 4.6% consumed cannabis. Cannabis is the most widely used illegal drug. 12-months prevalence of illegal drugs other than cannabis was only 0.5%. One third of all cannabis users smoked cannabis five times or more within the last month. According to the Severity of Dependence Scale 1.1% of the respondents aged 18 to 64 years were cannabis dependent, 0.4% were classified as dependent according to DSM-IV, and 0.5% were abusers according to DSM-IV. Overall, lifetime experience of illegal drugs among individuals aged 18 to 39 years has increased from 15.5% to 30.9% between 1990 and 2006, respectively. Prevalence rates of illegal drug use in the last 12 months and last 30 days, however, remained constant over time. Also no significant changes over time appeared for illegal substances other than cannabis. Compared to Germany, prevalence rates in the state of Bavaria are somewhat lower.

Alcohol

Alcohol use is wide-spread among the general population of Bavaria. Only 3.1% were lifetime abstainers and 6.8% did not drink within the past twelve months but stated that they have ever drunk alcohol. The majority of respondents aged 18 to 64 years reported an average daily intake of less than 30 g ethanol for males and 20 g for females. About 13.2% of males and 4.6% of females reported drinking more than these harmful limits. Heavy episodic drinking (five alcoholic drinks at a single occasion) at least once per month was prevalent in 35.6% of males and 12.7% of females. Overall 3.7% of the respondents aged 18 to 64 years were diagnosed with alcohol dependence according to DSM-IV-criteria and 2.4% fulfilled the DSM-criteria for alcohol abuse. Abuse was 5.5-fold increased in males compared to females, and dependence was 3.8-fold increased in males compared to females. In general, alcohol consumption patterns have moved to higher proportions of abstainers and moderate drinkers resulting in less at-risk drinkers since 1995. Proportions of beer drinkers, wine/sparkling wine drinkers, and spirits drinkers have also declined. Amounts of alcohol consumed, different from beer, remained stable over the last ten years. In contrast, heavy episodic drinking rates have risen among young adults, whereas heavy episodic drinking has declined in older adults.

Tobacco

Overall 29.8% of males aged 18 to 64 years and 25.9% of females in the same age group reported smoking during the last 30 days and 31% of males and 22.5% of females reported former smoking. Male cigarette smokers more often reported heavy smoking (i.e., 20 cigarettes per day and more) than female smokers (34.7% vs. 16.6%). Altogether 6.4% fulfilled DSM-IV-criteria for nicotine dependence (males: 7.2%, females: 5.5%). Age of first smoking experience has decreased, with every second 18 to 24 year-old having tried tobacco up to the age of 16. Every sixth (16.1%) never or former smoker, that was employed or in vocational education, reported exposure to second-hand smoking at work. Among 18 to 24 year-olds, tobacco use has declined over the last ten years. This trend is most obvious in heavy smokers. However, no significant changes since the year 2000 have appeared for nicotine dependence. Social status and smoking seems to be related. The proportion of smokers with a low social status is higher in younger age cohorts compared to older age cohorts.

Prescription medications

Approximately two thirds (63.8%) consumed one or more medication of the surveyed categories of medications (analgetics, sleeping tablets, tranquillizers, stimulants, appetite suppressants, antidepressants, and neuroleptics) in the past 12 months. Overall 17.2% reported an intake at least once per week during the past month. Females and older adults used medications more often than males and younger adults. Analgetics were the most widely used drug. Overall 3.9% showed signs of problematic use of prescription drugs. Analyses of intake of at least one of the listed medications between 1995 and 2006 revealed no changes in the intake of tranquillizers, stimulants, and appetite suppressants. Use of tranquillizers and stimulants has slightly decreased. No significant changes appeared for problematic use of prescription drugs.

1 Einleitung

Tabakrauchen ist die bedeutendste gesundheitsriskante Verhaltensweise in der entwickelten Welt und die größte verhaltensbedingte Ursache für koronare Herzkrankheit (KHK), chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, Lungen- und Bronchialkrebs, frühzeitigen Tod und frühkindliche Entwicklungsstörungen (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison & Murray, 2006). Nach Hochrechnungen der Global Burden of Disease Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird sich weltweit die Anzahl der jährlich ursächlich in Zusammenhang mit Tabakkonsum Verstorbenen zwischen 2005 und 2020 verdoppeln (Peto, Lopez, Boreham, Thun & Heath, 1994). In Deutschland versterben nach aktuellen Schätzungen an den direkten Folgen des Tabakkonsums jährlich etwa 114.000 Personen (Neubauer et al., 2006). Nach Tabak stellt Alkohol den zweitgrößten verhaltensbedingten Risikofaktor für Krankheit und vorzeitigen Tod in Europa dar (Anderson & Baumberg, 2006). Die Zahl der jährlich an alkoholbedingten Krankheiten Verstorbenen in Deutschland hat sich seit 1980 fast verdoppelt (Statistisches Bundesamt, 2007). Schätzungen zeigen, dass im Jahr 2002 in Deutschland etwa 48.000 Personen an den direkten oder indirekten Folgen von Alkohol verstarben, was einem Anteil von 5,5% an allen Todesfällen entspricht (Konnopka & König, 2007). Der Anteil der weltweit durch illegale Drogen verursachten Krankheitsbelastung wird zwar auf weniger als 1% geschätzt, der durch illegale Drogen insgesamt verursachte Anteil an der Gesamtzahl der durch Morbidität verlorenen Lebensjahre liegt jedoch von 26 ausgewählten gesundheitlichen Risikofaktoren an siebzehnter Stelle (Ezzati, Lopez, Rogers, van der Hoorn & Murray, 2002). Weiterhin wird die Gesamtzahl medikamentenabhängiger Personen in Deutschland auf 1,9 Millionen geschätzt (Soyka, Queri, Kufner & Rösner, 2005). Damit ist der Problembereich in quantitativer Hinsicht mit dem der Alkoholabhängigkeit vergleichbar. Neben suchtmmedizinischen Implikationen, die sich aus der hohen Prävalenz medikamentenbezogener Störungen ergeben, weisen Studien über unerwünschte Arzneimittelereignisse auf eine weitere gesundheitspolitische Dimension des Problems hin (Bates et al., 1995).

Diese Darstellung der durch den Substanzkonsum weltweit verursachten gesundheitlichen Probleme verdeutlicht die Notwendigkeit der Beobachtung langfristiger Trends des Konsums und des Konsumverhaltens in der Bevölkerung sowie der Schätzung des Umfangs substanzbezogener Störungen als Grundlage für die Schätzung der durch psychoaktive Substanzen verursachten gesundheitlichen Gesamtbelastung. Der Epidemiologische Suchtsurvey, der seit 1980 als wiederholte Querschnittsbefragung in regelmäßigen Abständen in der Bevölkerung Deutschlands durchgeführt wird, ist eine Studie zum Konsumverhalten und Missbrauch von psychoaktiven Substanzen. Er liefert regelmäßig Informationen über Umfang und Häufigkeit des Gebrauchs von legalen (Tabak, Alkohol, Medikamente) und illegalen Substanzen (Drogen) und ermöglicht Prävalenzschätzungen über das Ausmaß von daraus resultierendem Problemverhalten und substanzinduzierten Störungsbildern (Kraus & Augustin, 2005a). Daten dieser Art ergänzen das Spektrum an Informationen, die routinemäßig in den Bereichen der medizinischen und psychosozialen Versorgung sowie von Polizei und Justiz ermittelt werden. Gegenüber diesen Daten, die eher das fortgeschrittene Sucht- und Krankheitsverhalten abbilden, erfassen Bevölkerungserhebungen aktuelle Konsummuster und negative Konsequenzen in einem breiteren Spektrum, der vom gelegentlichen über den

riskanten Konsum bis hin zum abhängigen Verhalten reicht, und stellen somit einen wesentlichen Bestandteil eines Früherkennungssystems dar.

Der epidemiologische Suchtsurvey nimmt mit wechselnden Schwerpunkten auf aktuelle Forschungsfragen und Entwicklungen Bezug. So enthält der Survey 2006 neue Fragen zur Mengenerfassung des Cannabiskonsums, da sich der Forschungsschwerpunkt auf Cannabis verlagert hat, und gibt Aufschluss über Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol, Tabak, Cannabis und Glücksspiel gemäß den DSM-IV-Kriterien. Abgesehen davon wurden wie bereits in den Jahren zuvor soziodemographische Daten, der körperliche und psychische Gesundheitszustand, die wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung, Konsum und Missbrauch von illegalen Substanzen, Alkohol, Tabak und Medikamenten sowie Fragen zum pathologischen Spielverhalten und zur ökonomischen Situation erfasst. Dies ermöglicht einen Vergleich der Ergebnisse über die verschiedenen Erhebungen hinweg und gibt Aufschluss über Veränderungen und Trendentwicklungen des Konsumverhaltens.

Bayern nahm 2006 zum ersten Mal mit einer erweiterten Stichprobe am Epidemiologischen Suchtsurvey teil. Im vorliegenden Bericht werden aktuelle Daten zum Substanzkonsum und den negativen Konsequenzen berichtet sowie Trendvergleiche ausgewählter Indikatoren mit Daten aus sieben früheren Erhebungen (1980-2003) vorgenommen.

2 Methode

Die Stichprobe des bundesweit durchgeführten Epidemiologischen Suchtsurveys wurde hinsichtlich der Fallzahl so erweitert, dass Aussagen für die Wohnbevölkerung von Bayern möglich sind. Die Erhebung wurde als kombinierte postalische und telefonische Erhebung durchgeführt. Den Teilnehmern der Studie, die den Fragebogen nach zweimaliger Erinnerung nicht beantworteten, wurde die Möglichkeit gegeben, die Fragen am Telefon zu beantworten. Tabelle 2-1 zeigt im Überblick das Altersspektrum, den Stichprobenumfang, die Responserate, das Stichprobenverfahren und die Erfassungsmethode des Epidemiologischen Suchtsurveys in Bayern für das Jahr 2006.

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

| Alter | N | Antwort- rate | Stichprobenziehung | Referenz |
|-------|-------|------------------|---|-----------------------------------|
| 18-64 | 1.547 | 50,2% | Einwohnermeldestichprobe, disproportionale Stichprobe, postalischer Fragebogenversand, telefonische Nachbefragung; dt. sprechende Wohnbevölkerung | Kraus, Baumeister & Stonner, 2007 |

Stichprobe

Die Datenbasis des Suchtsurveys für Bayern bilden alle in Privathaushalten in Bayern lebenden Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren. Diese Altersgruppe umfasst etwa 7,8 Mio. Personen (Stand 31.12.2005, Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung). Die Zielpersonen wurden auf der Basis der Einwohnermelderegister in einem zweistufigen Verfahren zufällig ausgewählt. In einer ersten Stufe wurden 31 Gemeinden bzw. Stadtteile in Großstädten ausgewählt. Die Auswahl der Zielpersonen erfolgte in einem zweiten Schritt aus den Einwohnermelderegistern. Die Gemeinden wurden proportional zur Anzahl der Größe der Einheiten ausgewählt. Je ausgewählter Gemeinde wurde dann die gleiche Zahl von Personen entnommen. Durch die bevölkerungsproportionale Verteilung der Gemeinden erhält man bei Auswahl einer konstanten Anzahl von Zielpersonen im Ergebnis eine selbstgewichtende Stichprobe. Um eine größtmögliche geographische und siedlungsstrukturelle Proportionalität zur Grundgesamtheit zu gewährleisten, wurden Schichtungszellen aus der Kombination von Kreisen und Regierungsbezirken mit zehn BIK-Gemeindegrößenklassen, einer Einteilung der Gemeinden und Stadtteile nach Einwohnerzahl und Kernstadt bzw. Randregion, gebildet. Die Ziehung der Personenadressen in den Gemeinden erfolgte über eine systematische Auswahl (Intervallziehung).

Design

Die Daten wurde im Zeitraum von März bis September 2006 durch das Institut für angewandte Sozialwissenschaften (infas) erhoben. Die Fragebögen wurden postalisch versandt und von den angeschriebenen Personen schriftlich beantwortet. Aufgrund der in den letzten Jahrzehnten zurückgegangenen Ausschöpfungsraten bei postalischen Befragungen (Groves, 2006), wurde den Studienteilnehmer in der aktuellen Erhebung die Möglichkeit einge-

räumt nach der zweiten Erinnerung das Interview telefonisch durchzuführen. Nach postalischem Versand der Fragebögen an die Zielpersonen erfolgte ein gestuftes Erinnerungsverfahren. Alle Personen ohne Rücklauf wurden zweimal postalisch an den Fragebogen erinnert. Nach der zweiten erfolglosen Erinnerung erhielten alle Zielpersonen, für die keine Telefonnummer vorlag auch die dritte und vierte Erinnerung auf dem Postweg. Diejenigen Zielpersonen mit vorliegender Telefonnummer wurden dagegen telefonisch kontaktiert und um die Beantwortung des Fragebogens gebeten. Dabei wurde auch die Möglichkeit angeboten, den Fragebogen am Telefon zu beantworten. Nach dem Erstversand wurde eine Realisierungsquote von 21,1% erreicht. Die erste und zweite postalische Erinnerung erbrachten zusätzlich sieben Prozentpunkte realisierter Fälle. Es verblieben 2.438 Zielpersonen ohne Rücklaufstatus, die im Folgenden eine postalische (n=1.136) und telefonische Erinnerungen bzw. die Möglichkeit zur telefonischen Befragung (n=1.302) erhielten.

Antwortrate

Eine Schätzung der Antwortrate ergibt sich aus dem Anteil der ausgefüllten Fragebögen an der um die neutralen Ausfälle bereinigten Bruttostichprobe (American Association for Public Opinion Research, 2004). Für 2.812 Adressen der Bruttostichprobe (N=3.681) liegt ein Rücklaufstatus vor. Der Anteil der stichprobenneutralen Ausfälle (Zielperson nicht erreichbar, Empfänger unbekannt, Anschrift ungenügend, verstorben, etc.) liegt bei 16,5% (n=463). Für 869 Adressen liegt kein Rücklaufstatus vor. Der Anteil von 16,5% wird als Schätzwert für die stichprobenneutralen Ausfälle an den Adressen ohne Rücklaufstatus verwendet (Smith, 2003). Nach Abzug des Anteils der stichprobenneutralen Ausfälle an den Adressen ohne Rücklaufstatus ergab sich eine bereinigte Bruttostichprobe von 3.075 und eine Antwortrate von 50,2%, die damit etwas höher ausfiel als die Ausschöpfung der Erhebung des Epidemiologischen Suchtsurveys für Gesamtdeutschland (48%). Vor dem Hintergrund international abnehmender Ausschöpfungsraten und bei im Vergleich zu persönlich durchgeführten Erhebungen häufig niedriger ausfallenden Ausschöpfungsraten postalischer und telefonischer Befragungen (Groves, 2006) kann die Ausschöpfung dieser Studie als ausreichend angesehen werden.

Nonresponse-Analysen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 weisen auf eine höhere Teilnahmebereitschaft von Personen mit Substanzmittelkonsum als von abstinent lebende Personen hin. Während Alkoholkonsumenten und Personen, die Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht haben, eher bereit waren an der Befragung teilzunehmen, finden sich unter den Nichtteilnehmern häufiger Raucher (Kraus & Baumeister, 2008). Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass Alkohol- und Drogenkonsumenten in der realisierten Stichprobe überrepräsentiert sind. In der vorliegenden Studie wurde eine Poststratifikationsgewichtung zur Behebung des potentiellen Nonresponse-Bias verwendet (Groves, 2006).

Gewichtung

Die Stichprobe wurde mit einer Variable gewichtet, die sich durch Multiplikation zweier GewichtungsvARIABLEN ergab (Korn & Graubard, 1999). Das Design-Gewicht gleicht die disproportionalen Auswahlwahrscheinlichkeiten nach Altersgruppe aus und ergibt sich aus dem

Kehrwert der Auswahlwahrscheinlichkeiten auf der jeweiligen Auswahlstufe. Das Poststratifikationsgewicht, war erforderlich, um Abweichungen hinsichtlich zentraler Merkmale von der deutschen Allgemeinbevölkerung auszugleichen. Das Poststratifikationsgewicht wurde so gebildet, dass die gemeinsame Verteilung von Geburtsjahrgang und Geschlecht, sowie die Verteilungen der BIK-Gemeindegrößenklasse mit der demographischen Struktur der Grundgesamtheit am 31.12.2005 übereinstimmen. Die Berechnung der Poststratifikationsgewichte erfolgte über das Verfahren des Iterative Proportional Fitting (Gelman & Carlin, 2002).

In Tabelle 2-2 werden Verteilungen nach Altersgruppen in der Bruttostichprobe, der ungewichteten und gewichteten Nettostichprobe sowie der Grundgesamtheit (nach Auskunft des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung) aufgeführt. 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.

Tabelle 2-3 stellt ausgewählte sozioökonomische Merkmale der ungewichteten und gewichteten Stichprobe denen der Bevölkerung (nach Auskunft des Bayerischen Landesamtes für Statistik) gegenüber. Vergleichswerte zur Bevölkerung liegen nur für die Variablen Staatsbürgerschaft und Familienstand vor. Aufgrund des altersdisproportionalen Ansatzes mit überproportional vielen jungen Erwachsenen ist der Anteil Lediger in der ungewichteten Stichprobe verhältnismäßig hoch, stimmt aber nach der Gewichtung relativ gut mit den Anteilen in der Grundgesamtheit überein. Unterrepräsentiert sind – selbst in der gewichteten Stichprobe – Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit.

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

| | Brutto-stichprobe ohne neutrale Ausfälle ¹⁾ | | Ungewichtet | | | Gewichtet | | Anteil an der Bevölkerung ¹⁾ |
|----------------|--|-------|-------------|---------------------------------|--------------------|-----------|-------|--|
| | n | % | n | Aus- schöpfung ²⁾ | % der Befragten | n | % | % |
| Insgesamt | 3218 | 100,0 | 1547 | 48,1 | 100,0 | 1547 | 100,0 | 100,0 |
| Männer, gesamt | 1617 | 50,3 | 717 | 48,1 | 46,4 | 798 | 51,6 | 50,4 |
| 1986 – 1988 | 181 | 5,6 | 91 | 50,3 | 5,9 | 35 | 2,2 | 1,8 |
| 1982 – 1985 | 166 | 5,2 | 82 | 49,4 | 5,3 | 66 | 4,2 | 4,6 |
| 1977 – 1981 | 297 | 9,2 | 120 | 40,4 | 7,8 | 81 | 5,2 | 4,7 |
| 1967 – 1976 | 308 | 9,6 | 126 | 40,9 | 8,2 | 172 | 11,1 | 11,9 |
| 1957 – 1966 | 324 | 10,1 | 138 | 42,6 | 8,9 | 218 | 14,1 | 13,3 |
| 1942 – 1956 | 341 | 10,6 | 160 | 46,9 | 10,4 | 227 | 14,6 | 14,1 |
| Frauen, gesamt | 1602 | 49,7 | 828 | 51,7 | 53,5 | 749 | 48,4 | 49,6 |
| 1986 – 1988 | 145 | 4,5 | 81 | 55,9 | 5,2 | 26 | 1,7 | 1,7 |
| 1982 – 1985 | 150 | 4,7 | 79 | 52,7 | 5,1 | 51 | 3,3 | 4,6 |
| 1977 – 1981 | 321 | 10,0 | 160 | 49,8 | 10,4 | 84 | 5,4 | 4,7 |
| 1967 – 1976 | 314 | 9,8 | 158 | 50,3 | 10,2 | 176 | 11,4 | 11,5 |
| 1957 – 1966 | 318 | 9,8 | 170 | 53,5 | 11,0 | 205 | 13,3 | 12,7 |
| 1942 – 1956 | 353 | 11,0 | 180 | 51,1 | 11,7 | 205 | 13,3 | 14,2 |

1) Stand 31.12.2005, Bayerisches Landesamt für Statistik

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 ¹⁾ (18- bis 64-Jährige) | | |
|---|---------------------------|-------------------------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|--|--------|--------|
| | | Gesamt | Männer | Frauen | Gesamt | Männer | Frauen | Gesamt | Männer | Frauen |
| Staatsbürgerschaft | Deutsch | 92,7 | 94,0 | 91,6 | 93,3 | 94,7 | 91,9 | 88,3 | | |
| | Andere | 7,3 | 6,0 | 8,4 | 6,7 | 5,3 | 8,1 | 11,7 | | |
| Familienstand (20-64) | Ledig | 42,1 | 49,4 | 37,8 | 31,8 | 36,5 | 26,8 | 37,5 | 41,6 | 33,3 |
| | verheiratet | 48,8 | 44,9 | 52,1 | 58,4 | 56,6 | 60,3 | 51,4 | 48,9 | 53,9 |
| | verwitwet | 1,4 | 0,3 | 2,4 | 1,6 | 0,2 | 3,2 | 1,9 | 0,9 | 3,0 |
| | geschieden | 6,1 | 4,7 | 7,4 | 7,7 | 6,1 | 9,5 | 9,2 | 8,6 | 9,8 |
| | k.A. | 0,5 | 0,7 | 0,4 | 0,5 | 0,7 | 0,2 | | | |
| Schulabschluss ²⁾ | In Schulausbildung | 1,6 | 1,7 | 1,6 | 1,3 | 1,3 | 1,3 | | | |
| | Hauptschulabschluss | 23,5 | 25,5 | 21,9 | 26,7 | 28,3 | 25,1 | | | |
| | Polytechnische Oberschule | 1,4 | 1,1 | 1,6 | 1,5 | 1,4 | 1,6 | | | |
| | Mittlere Reife | 27,9 | 24,4 | 31,3 | 26,7 | 23,6 | 30,0 | | | |
| | (Fach-) Abitur | 33,2 | 34,7 | 32,0 | 32,8 | 34,5 | 31,1 | | | |
| | ohne Abschluss | 5,8 | 7,1 | 4,6 | 4,2 | 5,3 | 3,1 | | | |
| | k.A. | 6,7 | 5,9 | 7,1 | 6,8 | 5,6 | 7,8 | | | |
| Haushaltsnetto- Einkommehn ²⁾ | unter 500 | 5,5 | 6,6 | 4,6 | 3,6 | 4,1 | 3,2 | | | |
| | 500-1000 | 9,6 | 8,5 | 10,4 | 7,6 | 6,4 | 8,8 | | | |
| | 1000-1250 | 7,7 | 5,3 | 9,7 | 7,3 | 5,0 | 9,6 | | | |
| | 1250-1500 | 9,0 | 9,6 | 8,5 | 9,3 | 9,7 | 8,8 | | | |
| | 1500-2000 | 16,4 | 15,5 | 17,2 | 17,9 | 18,3 | 17,5 | | | |
| | 2000-2500 | 14,0 | 14,0 | 14,1 | 14,3 | 13,8 | 14,9 | | | |
| | 2500 und mehr | 33,3 | 36,8 | 30,3 | 36,3 | 39,2 | 33,3 | | | |
| | k.A. | 4,6 | 3,8 | 5,3 | 3,6 | 3,4 | 3,9 | | | |

1) Stand 31.12.2005, Bayerisches Landesamt für Statistik

2) Bevölkerungsstatistiken nicht erhältlich

Instrumente

Der für den Epidemiologischen Suchtsurvey 2006 entwickelte Fragebogen ist eine überarbeitete und aktualisierte Version des Fragebogens von 2003 (Kraus & Augustin, 2005b) (vgl. Anhang). Wie in den Jahren zuvor wurden soziodemographische Daten, der körperliche und psychische Gesundheitszustand, die wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung, Konsum und Missbrauch von illegalen Substanzen, Alkohol, Tabak und Medikamenten sowie Fragen zum pathologischen Spielverhalten und zur ökonomischen Situation erfasst. Für die Erfassung soziodemographischer Faktoren wurde eine Angleichung an die Demographischen Standards 2004 vorgenommen (Statistisches Bundesamt, 2004). Im Vergleich zum Fragebogen von 2003 wurden in der vorliegenden Erhebung neue Fragen zur Mengenerfassung des Cannabiskonsums sowie zu Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol, Tabak, Cannabis und Glücksspiel auf der Grundlage der Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) der American Psychiatric Association (American Psychiatric Association, 1994) aufgenommen. Auf einige Fragen wurde im aktuellen Fragebogen verzichtet: Items zur Risikoeinschätzung des Tabakkonsums; Items des Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT; Babor, De La Fuente, Saunders & Grand, 1989); Fragen zu Jugendschutz und Alkoholwerbung; Fragen zur Alkohol- und Cannabis-Wirkerwartungen; Fragen zur Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft illegaler Drogen; Items des Severity of Dependence Scale für Kokain (SDS; Kaye & Darke, 2002).

Alkoholkonsum. Die durchschnittliche tägliche Alkoholkonsummenge wurde nach der getränkesspezifischen Frequenz-Menge-Methode erhoben (Gmel & Rehm, 2004). Für jedes Getränk wurde nach der Anzahl der Tage an denen Alkohol getrunken wurde, sowie nach der durchschnittlichen Menge an einem Konsumtag gefragt. Anhand dieser Angaben wurde der durchschnittliche Tageskonsum berechnet. Für Bier, Wein/Sekt, Spirituosen wurden als Umrechnungsfaktoren in Gramm Ethanol jeweils 4,8 Vol %, 11,0 Vol % bzw. 33,0 Vol % verwendet (Bühringer et al., 2000). Für Alkopops wurde ein Anteil von 5,5 Vol % zugrunde gelegt. 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. Rauschtrinken wurde operationalisiert mit der Frage nach der Häufigkeit des Konsums von fünf oder mehr Gläsern Alkohol bei einem Trinkanlass (Gmel, Rehm & Kuntsche, 2003).

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 (1998) auch Personen gezählt, die Tabakwaren zwar probiert haben, insgesamt aber angaben, nicht mehr als 100 Zigaretten (bzw. Zigarren, Pfeifen oder Zigarillos) geraucht zu haben. Ex-Raucher sind Personen, die schon mehr als 100 Zigaretten bzw. andere Tabakprodukte konsumiert haben, in den letzten 30 Tagen jedoch abstinent waren. Starke Raucher wurden als Raucher von täglich 20 Zigaretten oder mehr definiert.

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, Mohn, Sitzler, Welbrink und Witte (2001). Der Fragebogen enthält sieben Items zur instrumentellen und emotionalen Unterstützung sowie zur erlebten sozialen Belastung. Das Konzept der sozialen Unterstützung beinhaltet qualitative Aspekte, welche die Funktionen sozialer Beziehungen, insbesondere in Belastungs- und Stresssituationen, betonen (Due, Holstein, Lund, Modvig & Avlund, 1999; Wills & Filer, 2001).

Severity of Dependence Scale (SDS) für Cannabis. Die deutsche Fassung des SDS ist eine an Cannabis angepasste Übersetzung des Fragebogens von Gossop et al. (1995). Der Fragebogen erfasst das psychologische Abhängigkeitserleben von Cannabiskonsumern und enthält sieben Items zu Kontrollverlust, Kompulsivität des Gebrauchs, Besorgnis über den Konsum sowie zum Aufhörwunsch.

Deutsche Version des Fagerström-Test zur Nikotinabhängigkeit (FTND). Der FTND ist eine Selbstbeurteilungsskala zur Ermittlung von Schweregraden der Nikotinabhängigkeit mit dem die Ausprägung der physiologischen Symptome der Nikotinabhängigkeit erfasst werden soll (Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991). Er beinhaltet sechs Items zu Gewohnheit und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Rauchen. Kernstück sind zwei Items, welche die Anzahl konsumierter Zigaretten pro Tag und die Zeitspanne bis zum Konsum der ersten Zigarette am Morgen erheben. Diese beiden Items weisen den größten inhaltlichen und empirischen Bezug zur Stärke der physischen Abhängigkeit auf (John et al., 2003).

Missbrauch und Abhängigkeit. Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol, Tabak und Cannabis wurden für den Zeitraum der letzten 12 Monate nach den Kriterien des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) mit den Items des Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) erfasst (Lachner et al., 1998; Wittchen et al., 1995). Das Hauptmerkmal eines Missbrauchs ist ein fehlangepasstes Muster von Substanzgebrauch, das sich in wiederholten und deutlich nachteiligen Konsequenzen infolge des wiederholten Konsums manifestiert. Abhängigkeit von einer psychotropen Substanz wird im DSM-IV anhand zwanghaften Konsums, begleitender Symptome, einer Toleranzentwicklung und Entzugssymptomatik definiert.

Stadien der Änderungsbereitschaft (Stages of Change). Das Stages of Change Konstrukt wurde im Rahmen des transtheoretischen Modells der intentionalen Verhaltensänderung (TTM) (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Etter & Perneger, 1999) entwickelt. Die Änderungsbereitschaft des Tabakkonsums wird mit dem Fragebogen in der Version von Etter und Perneger (1999) erfasst. Zusätzlich wird die Bereitschaft, mit dem Tabakkonsum aufzuhören, über die Importance- und Confidence-Skala erhoben (Demmel, 2003). Auf einer zehnstufigen Skala werden die Wichtigkeit des Aufhörens und die Zuversicht, das Rauchen beenden zu können, eingestuft.

Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM). Der KFM (Watzl, Rist, Höcker & Miehle, 1991) besteht aus elf Items und erfasst verhaltensbezogene und emotionale Aspekte der Medikamenteneinnahme. Er ist ein Screening-Verfahren und dient der Vororientierung in Bezug auf einen möglichen Missbrauch bzw. Abhängigkeit. Als Cut-off-Wert für problematischen Medikamentenkonsum gelten vier positive Antworten.

Skalen zur medikamentenorientierten Einstellung. Diese Skalen dienen der Erhebung eines unangemessenen Umgangs mit Schmerzmitteln (Skala „Instant Relief“) und der Beschreibung einer medikamentenbezogenen Lebensbewältigung (Skala „medikamentenorientierte Lebensbewältigung“) (Schär, Hornung, Gutscher & May, 2007). Die medikamentenorientierte Lebensbewältigung wird mit vier Items, „Instant Relief“ durch Schmerzmittel mit sechs Items erfasst.

Pathologisches Spielverhalten. Das Spielverhalten wurde für verschiedene Glücksspiele bezogen auf die Lebenszeit, die letzten 12 Monate und die Häufigkeit in den letzten 30 Tagen erfasst. Für die Diagnose Pathologischen Glücksspiels wurden die Kriterien nach DSM-IV verwendet (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 1998). Die Items zur Erfassung der Kriterien wurden von Stinchfield (2002) übernommen und ins Deutsche übersetzt. Der Abfrage der diagnostischen Kriterien des DSM-IV wurde im Fragebogen eine Screeningfrage vorangestellt (Currie et al., 2006), so dass nur Personen, die angaben, im vergangenen Jahr im Durchschnitt mehr als 50 € pro Monat eingesetzt zu haben, die Fragen zu Abhängigkeit und Missbrauch beantworteten. Um eine Abgrenzung von einer manischen Episode vornehmen zu können, wurde eine Screeningfrage aus dem M-CIDI (Lachner et al., 1998; Wittchen et al., 1995) herangezogen.

Auswertung

Durch sorgfältige interne Konsistenzprüfung der individuellen Angaben wurden Fehlangaben korrigiert und nicht zur Grundgesamtheit gehörige Personen aus der Stichprobe entfernt. Wie bei früheren Auswertungen des Epidemiologischen Suchtsurveys und auch des US National Household Survey on Drug Abuse (Biemer & Wiesen, 2002) wurde bei widersprüchlichen Angaben von einem Konsum ausgegangen. Dadurch weichen die angegebenen Stichprobenumfänge z.T. vom Gesamtstichprobenumfang ab. Die Besonderheiten des komplexen Stichprobenplans (Designeffekte), der disproportionalen Auswahlwahrscheinlichkeiten

(Design-Gewichte) und der Abweichungen von externen Populationsdaten (Poststratifikation) wurden durch die Schätzung mittels Survey Verfahren in SPSS 15.0 Complex Samples (SPSS Inc., 2007) und Stata SE 9.2 (Stata Corp., 2005) berücksichtigt. Zur Varianzschätzung wurden Taylorreihenentwicklungen verwendet (Korn & Graubard, 1999).

Soziale Schicht

Messung der sozialen Schicht. Zur Operationalisierung der sozialen Schicht wurde der Winkler-Scheuch-Index (Winkler, 1998) berechnet. Der Index wurde im Rahmen der nationalen Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts entwickelt und orientiert sich am schicht- bzw. klassentheoretischen Ansatz der Soziologie (Lynch & Kaplan, 2000). Entsprechend der theoretischen Grundüberlegungen der klassischen Sozialstrukturanalyse wird angenommen, dass die Indikatoren Bildung (Schul- und berufliche Bildung), berufliche Stellung (des Hauptverdieners im Haushalt) und Haushaltseinkommen die vertikale Schichtung der Gesellschaft erfassen. Für jeden Indikator werden Werte zwischen 1 und 7 vergeben. Berechnet wird der Index als ungewichteter Punktsummenscore auf Basis der Angaben zu diesen Indikatoren, wodurch sich ein Gesamtwertebereich von 3 bis 21 ergibt. Durch Gruppierung der Punktwerte lässt sich zwischen unterer, mittlerer und oberer Sozialschicht unterscheiden.

Da für das Merkmal berufliche Stellung, die Stellung des Hauptverdieners im Haushalt herangezogen wird (Winkler, 1998), diese Daten im Epidemiologischen Suchtsurvey 2006 jedoch nicht erfragt wurden, wurde die berufliche Position des Hauptverdieners mittel multivariabler Regressionsmodelle aus den Angaben zu Alter, Geschlecht, Bildung und Einkommen geschätzt. Darüber hinaus wurde bei Selbstständigen nicht nach der Zahl der Angestellten gefragt. Da auch diese Information für die Indexberechnung erforderlich ist, wurde die berufliche Position der Selbstständigen mit dem gleichen Ersetzungsmodell geschätzt. Ein vergleichbares Vorgehen aufgrund fehlender soziodemographischer Ausgangsvariablen wurde auch in zwei weiteren Publikationen gewählt (Bloomfield, Augustin & Kraus, 2000; Breckenkamp, Mielck & Razum, 2007).

Trends

Für Trendanalysen wurden die Daten der Bayern Studien von 2006 verwendet. Zudem wurden die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys für Bayern von 1980 bis 2003 herangezogen. Tabelle 2-4 gibt einen Überblick über die Stichprobenkennwerte der Erhebungen des Epidemiologischen Suchtsurveys zwischen 1980 und 2003. Die Daten für Bayern für 1980 bis 2003 wurden nach den Merkmalen Geschlecht und Alter (1980: 18-24; 1986: 18-24, 25-29; 1990: 18-24, 25-29, 30-39; 1995-2003: 18-24, 25-29, 30-39, 40-49 und 50-59) poststratifiziert, um zu gewährleisten, dass die Stichprobenverteilung der zentralen Merkmale Geschlecht und Alter nicht von der Verteilung in der Grundgesamtheit in Bayern im Jahre jeweils zum 31.12. des jeweiligen Surveyjahres abweicht.

Tabelle 2-4: Epidemiologischer Suchtsurvey, 1980-2003

| Jahr | N | Region | Alter | Antwort-rate | Stichprobenziehung | Referenz |
|------|--------|------------------|-------|--------------|--|---------------------------------------|
| 1980 | 10.240 | Deutschland West | 12-24 | 67% | Einwohnermaldestichprobe; alte Bundesländer ohne Berlin (West), Bremen, Baden-Württemberg und Hessen; altersproportionale Ziehung; dt. Staatsangehörigkeit | Infratest Gesundheitsforschung (1983) |
| 1986 | 5.501 | Deutschland West | 12-29 | 64% | Einwohnermaldestichprobe; altersproportionale Ziehung; postalischer Fragebogenversand; dt. Staatsangehörigkeit | Infratest Gesundheitsforschung (1987) |
| 1990 | 19.208 | Deutschland West | 12-39 | 64% | Einwohnermaldestichprobe; altersproportionale Ziehung; postalischer Fragebogenversand; dt. Staatsangehörigkeit | Simon & Wiblishauser (1993) |
| 1995 | 7.833 | Deutschland | 18-59 | 65% | Random-Route; ADM-Design (Bundestagswahlkreise); altersproportionale Stichprobe; persönliche Übergabe des Fragebogen; dt. sprechende Wohnbevölkerung | Herbst, Kraus & Scherer (1996) |
| 1997 | 8.020 | Deutschland | 18-59 | 65% | Random-Route; ADM-Design (Bundestagswahlkreise); altersproportionale Stichprobe; persönliche Übergabe des Fragebogen; dt. sprechende Wohnbevölkerung | Kraus & Baurneind (1998) |
| 2000 | 8.139 | Deutschland | 18-59 | 51% | Einwohnermaldestichprobe; altersproportionale Ziehung; postalischer Fragebogenversand; dt. sprechende Wohnbevölkerung | Kraus & Augustin (2001) |
| 2003 | 8.061 | Deutschland | 18-59 | 55% | Einwohnermaldestichprobe, disproportionale Ziehung, postalischer Fragebogenversand; dt. sprechende Wohnbevölkerung | Kraus & Augustin (2005b) |

Die resultierenden Stichprobenumfänge sind in Tabelle 2-5 nach Altersgruppen wiedergegeben. Es wurde geprüft, ob sich signifikante Veränderungen im Vergleich zum Referenzjahr 2006 in den Prävalenzen bzw. Verteilungen ergeben. Hierzu wurden multivariable Regressionsmodelle mit Surveyjahr, Alter und Geschlecht als Prädiktoren verwendet (Wooldridge, 2002). Für Prävalenzen wurden binäre logistische Regressionen, für rechtsschiefe Variablen (durchschnittliche Trinkmenge) wurden OLS Modelle mit log-transformierten abhängigen Variablen (Manning & Mullahy, 2001), für kategoriale Variablen (Trinkkategorien) wurden Generalized Ordered Logit Modelle und Multinomiale Logit Modelle (Williams, 2006) berechnet. Bei kleinen Zellenbesetzungen wurden exakte bivariable Tests nach Fisher durchgeführt.

Tabelle 2-5: Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Bayern 1980-2006

| Alter | 1980 | 1986 | 1990 | 1995 | 1997 | 2000 | 2003 | 2006 | Gesamt |
|--------------|----------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| | 993 (18-24) | 703 (18-29) | 2.943 (18-39) | 1.127 (18-59) | 1.146 (18-59) | 1.048 (18-59) | 1.267 (18-59) | 1.423 (18-59) | 10.650 (18-59) |
| 18-24 | 993 | 489 | 1.308 | 82 | 118 | 125 | 287 | 327 | 3.729 |
| 25-29 | -- | 214 | 657 | 147 | 156 | 103 | 200 | 271 | 1.748 |
| 30-39 | -- | -- | 978 | 366 | 379 | 313 | 271 | 291 | 2.598 |
| 40-59 | -- | -- | -- | 532 | 493 | 507 | 509 | 534 | 2.575 |
| 18-29 | -- | 703 | 1.965 | 229 | 274 | 228 | 487 | 598 | 5.477 |
| 18-39 | -- | -- | 2.943 | 595 | 653 | 541 | 758 | 889 | 8.075 |
| 25-39 | -- | -- | 1.635 | 513 | 535 | 416 | 471 | 562 | 4.346 |

3 Illegale Drogen

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen

Insgesamt zeigt sich, dass 21,9 % der Befragten 18- bis 64-Jährigen zumindest einmal im Leben irgendeine illegale Droge (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack oder psychoaktive Pilze) genommen haben. In den letzten 12 Monaten hatten mit 4,6% weit weniger illegale Drogen konsumiert und in den letzten 30 Tagen gaben noch 2,0% 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 3-1). Während der Anteil der Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen ohne Cannabis bei 5,3% liegt (12-Monate: 0,8%, 30-Tage: 0,5%), erreichen die Einzelsubstanzen insgesamt nur geringe Prävalenzen. Nach Cannabis haben 2,6% Erfahrung mit Kokain, 2,6% mit Amphetaminen, 2,3% mit Pilzen, 1,7% mit LSD und 1,7% mit Ecstasy. Die 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen liegen für alle Substanzen unter 1%.

Multiple Drogenerfahrung ist unter den 18- bis 39-Jährigen weit verbreitet. Jeder fünfte Drogenerfahrene (20,4%) hat zwei oder mehr illegale Drogen wenigstens einmal probiert, jeder Siebte (15,0%) drei oder mehr. Von denen, die Drogen im Jahr vor der Erhebung konsumiert haben, berichtete jeder Sechste (17,0%) von der Einnahme von zwei oder mehr Substanzen, jeder Elfte (8,7%) von drei oder mehr und 3,3% von fünf oder mehr. Mit dem Polykonsum ist allerdings nicht notwendigerweise eine gleichzeitige Einnahme dieser Substanzen verbunden.

Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung (WB) hatten etwa 1.7 Mio. (95%-KI: 1.45-2.0 Mio.) Personen Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen, 360.000 (95%-KI: 274.000-472.000) Personen gaben den Konsum irgendeiner illegalen Droge in den letzten 12 Monaten sowie 158.000 (95%-KI: 111.000-225.000) Personen in den letzten 30 Tagen an. In den letzten 12 Monaten hatten 343.000 (95%-KI: 262.000-448.000) Personen Cannabis und 64.000 (95%-KI: 39.000-105.000) 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 (24,9% vs. 18,9%). 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 doppelt so hoch (6,1% vs. 3,0%) und in den letzten 30 Tagen mehr als doppelt so hoch (2,8% vs. 1,3%) 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 dritte 18- bis 29-Jährige, jeder vierte 30- bis 39-Jährige und jeder fünfte 40- bis 49-Jährige, aber nur noch jeder Zehnte der 50- bis 64-Jährigen hat irgendwann illegale Drogen genommen. Die hohen Konsum-

werte 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 als Cannabis. Im Vergleich zu den Älteren (30-64 Jahre) sind die Prävalenzwerte der 18- bis 29-jährigen jungen Erwachsenen im letzten Jahr und in den letzten 30 Tagen deutlich höher.

Tabelle 3-1: 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 | 50-64 |
| Irgendeine illegale Droge ¹⁾ | 21,9 | 24,9 | 18,9 | 38,4 | 36,5 | 24,9 | 19,6 | 10,4 |
| Cannabis | 21,0 | 24,0 | 18,0 | 37,8 | 36,1 | 24,3 | 18,3 | 9,5 |
| Anderer Drogen als Cannabis | 5,3 | 6,1 | 4,5 | 10,2 | 8,2 | 4,6 | 5,7 | 2,7 |
| Amphetamine | 2,6 | 3,1 | 2,1 | 5,4 | 3,6 | 2,5 | 2,2 | 1,6 |
| Ecstasy | 1,7 | 2,2 | 1,3 | 6,0 | 4,1 | 2,3 | 0,6 | 0,0 |
| LSD | 1,7 | 2,6 | 0,8 | 2,7 | 3,4 | 2,2 | 1,5 | 0,7 |
| Heroin | 0,8 | 1,3 | 0,4 | 1,1 | 0,5 | 2,3 | 0,5 | 0,0 |
| Methadon | 0,3 | 0,4 | 0,2 | 1,0 | 0,5 | 0,5 | 0,0 | 0,0 |
| Anderer Opiate | 1,3 | 1,7 | 0,8 | 1,8 | 0,7 | 2,5 | 1,1 | 0,5 |
| Kokain | 2,6 | 3,2 | 2,0 | 5,9 | 2,3 | 4,1 | 2,6 | 0,2 |
| Crack | 0,2 | 0,4 | 0,0 | 0,3 | 0,5 | 0,5 | 0,0 | 0,0 |
| Pilze | 2,3 | 3,2 | 1,4 | 8,1 | 6,3 | 2,4 | 0,9 | 0,0 |
| 12 Monate | Gesamt | Männer | Frauen | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| Irgendeine illegale Droge | 4,6 | 6,1 | 3,0 | 19,4 | 12,4 | 2,3 | 1,8 | 0,5 |
| Cannabis | 4,4 | 5,9 | 2,9 | 18,7 | 12,3 | 2,2 | 1,6 | 0,5 |
| Anderer Drogen als Cannabis | 0,8 | 1,1 | 0,6 | 4,3 | 0,8 | 0,8 | 0,3 | 0,0 |
| Amphetamine | 0,4 | 0,4 | 0,3 | 2,7 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 |
| Ecstasy | 0,2 | 0,3 | 0,0 | 1,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| LSD | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Heroin | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Methadon | 0,1 | 0,3 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,5 | 0,0 | 0,0 |
| Anderer Opiate | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,0 |
| Kokain | 0,3 | 0,5 | 0,1 | 2,4 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Crack | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Pilze | 0,4 | 0,6 | 0,1 | 2,3 | 0,5 | 0,3 | 0,0 | 0,0 |
| 30 Tage | Gesamt | Männer | Frauen | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| Irgendeine illegale Droge | 2,0 | 2,8 | 1,3 | 8,6 | 5,7 | 2,0 | 0,5 | 0,0 |
| Cannabis | 1,7 | 2,4 | 1,0 | 7,4 | 5,3 | 1,4 | 0,2 | 0,0 |
| Anderer Drogen als Cannabis | 0,5 | 0,6 | 0,4 | 3,0 | 0,0 | 0,5 | 0,3 | 0,0 |
| Amphetamine | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 1,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Ecstasy | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 1,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| LSD | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Heroin | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Methadon | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,5 | 0,0 | 0,0 |
| Anderer Opiate | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,0 |
| Kokain | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Crack | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Pilze | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,8 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

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

Von den hochgerechnet 1.7 Mio. Personen mit Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen waren 985.000 Männer (95%-KI: 812.000-1.2 Mio.) und 735.000 Frauen (95%-KI: 596.000-897.000). Von den Konsumenten der letzten 12 Monate waren 241.000 Männer (95%-KI: 173.000-334.000) und 119.000 Frauen (95%-KI: 79.000-176.000), bezogen auf die letzten 30 Tage war die Anzahl männlicher Drogenkonsumenten (109.000, 95%-KI: 71.000-168.000) deutlich höher als die Anzahl weiblicher Drogenkonsumenten (49.000, 95%-KI: 26.000-93.000).

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 Zehnte mindestens wöchentlich (60mal oder öfter) und jeder Zwölfte täglich oder fast täglich (200mal oder öfter). Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung sind dies 56.000 (95%-KI: 34.000-90.000) Personen mit (fast) täglichem Cannabiskonsum. Knapp die Hälfte der 30-Tage-Konsumenten nahm im letzten Monat häufiger als wöchentlich Cannabis, ein Drittel konsumierte Cannabis an 20 bis 30 Tagen des letzten Monats (Tabelle 3-2).

Tabelle 3-2: 12-Monats- und 30-Tage-Frequenz des Cannabiskonsums

| | Gesamt | | Frequenz | | | | | | | |
|--------------------|--------|------|----------|------|------|--------|--------|--------|----------|-------|
| | n | k.A. | 1x | 2-5x | 6-9x | 10-19x | 20-59x | 60-99x | 100-199x | ≥200x |
| 12-Monats-Frequenz | 106 | 6,1 | 24,2 | 27,7 | 2,1 | 11,5 | 12,2 | 4,8 | 2,6 | 8,7 |
| | n | ---- | 1x | 2-5x | 6-9x | 10-19x | 20-30x | | | |
| 30-Tage-Frequenz | 42 | ---- | 29,9 | 24,3 | 11,7 | 3,8 | 30,3 | | | |

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 4% der 50- bis 64-Jährigen Erfahrung mit Cannabis gemacht haben, waren es bei den 40- bis 49-Jährigen 11%, bei den 30- bis 39-Jährigen 15%, bei den 25- bis 29-Jährigen 25%, sowie bei den 18- bis 24-Jährigen 37% (Abbildung 3-1).

Cannabisabhängigkeit

Etwa 4% der Befragten gaben an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Verwendet man den von Steiner, Baumeister und Kraus (2008) vorgeschlagenen Score von zwei Punkten auf der Severity of Dependence Skala (SDS) als Cut-Off, so liegt bei 26,3% der Konsumenten der letzten 12 Monate ein positiver Wert für Cannabisabhängigkeit vor (Tabelle 3-3).

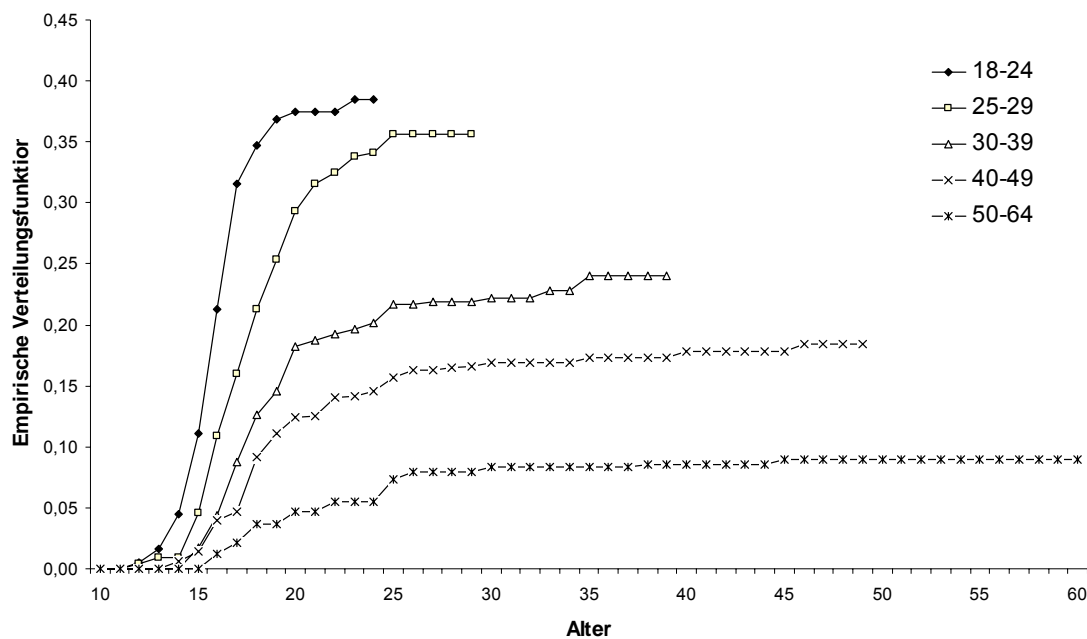


Abbildung 3-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Cannabiskonsums

Vergleicht man die einzelnen Items des SDS (Tabelle 3-4), finden sich die höchsten Prävalenzen positiver Antworten auf die Frage, die die Beendigung des Cannabiskonsums betreffen. Jeder Vierte ist über seinen Cannabiskonsum besorgt, etwa jeder Fünfte hat den Wunsch, den Konsum von Cannabis einzustellen, und ebenfalls jeder Fünfte hält die Beendigung des Cannabiskonsums für schwierig. Nach den Kriterien des DSM-IV zeigen 0,7% der Befragten einen positiven Befund für Cannabismissbrauch (Tabelle 3-5). Am höchsten ist die Missbrauchsquote bei den jungen Erwachsenen. In diesen Gruppen erfüllten 3,7% die Kriterien eines Cannabismissbrauchs. Unter den Konsumenten liegt der Anteil mit einer Missbrauchs-Diagnose bei 16%. Die DSM-IV-Kriterien einer Cannabisabhängigkeit werden von 0,4% bzw. 8,6% der Cannabiskonsumenden erfüllt. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung wurden 52.000 (95%-KI: 30.000-92.000) Personen mit einem Cannabismissbrauch und 28.000 (95%-KI: 11.000-68.000) mit einer Cannabisabhängigkeit geschätzt (12-Monats-Prävalenz).

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

| | Gesamt | Geschlecht | | Altersgruppen | | | | |
|-------------------------|-------------|------------|------------|---------------|------------|------------|------------|------------|
| | | Männer | Frauen | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| Gesamtstichprobe | 1537 | 696 | 841 | 324 | 268 | 289 | 307 | 349 |
| > 2 Punkte | 1,1 (27) | 1,8 | 0,4 | 5,1 | 2,1 | 1,0 | 0,3 | 0,0 |
| Konsumenten | 100 | 63 | 37 | | | | | |
| > 2 Punkte | 26,3 (27) | 31,6 | 15,4 | | | | | |

Tabelle 3-4: Prävalenz positiver Antworten auf die Items der Severity of Dependence Skala (SDS) (Cannabiskonsumenten der letzten 12 Monate)

| | Gesamtheit | | | Geschlecht | |
|--|------------|-----------|-----------|------------|--------|
| | Gesamt | Männer | Frauen | Männer | Frauen |
| Konsumenten | 100 | 63 | 37 | | |
| Gebrauch von Cannabis außer Kontrolle | 10,8 (9) | 16,0 | 0,0 | | |
| Aussicht auf Cannabis zu verzichten beunruhigt | 15,1 (11) | 19,1 | 6,6 | | |
| Über Gebrauch von Cannabis besorgt | 28,4 (22) | 35,9 | 13,0 | | |
| Wunsch, Cannabiskonsum einzustellen | 22,1 (18) | 27,0 | 11,9 | | |
| Cannabiskonsum einzustellen ist schwierig | 22,6 (17) | 27,3 | 13,0 | | |

Tabelle 3-5: Anteil der Personen mit einem positiven Befund im DSM-IV für Cannabismissbrauch und Cannabisabhängigkeit (Gesamtstichprobe und Cannabiskonsumenten der letzten 12 Monate)

| | Gesamtheit | | | Geschlecht | | Altersgruppen | | | | |
|-------------------------|-------------|------------|------------|------------|--------|---------------|------------|------------|------------|------------|
| | Gesamt | Männer | Frauen | Männer | Frauen | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| Gesamtstichprobe | 1537 | 696 | 841 | | | 324 | 268 | 289 | 307 | 349 |
| DSM-IV Missbrauch | 0,7 (17) | 0,9 | 0,4 | | | 3,7 | 1,3 | 0,6 | 0,0 | 0,0 |
| DSM-IV Abhängigkeit | 0,4 (8) | 0,6 | 0,1 | | | 0,9 | 1,3 | 0,5 | 0,1 | 0,0 |
| Konsumenten | 100 | 63 | 37 | | | | | | | |
| DSM-IV Missbrauch | 16,0 (17) | 16,5 | 14,8 | | | | | | | |
| DSM-IV Abhängigkeit | 8,6 (8) | 11,0 | 3,6 | | | | | | | |

Trends

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen. In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen hat die Lebenszeiterfahrung des Konsums irgendeiner illegalen Droge gegenüber 2006 in jedem Erhebungsjahr signifikant zugenommen. Dieser Trend setzt sich nach 2003 nicht mehr fort. Auch der Konsum in den letzten 12 Monaten ist gegenüber 2006 signifikant gestiegen, allerdings nur bis zum Jahr 1990. Nach dem Maximum in 2003 ist der Anteil der Konsumenten irgendeiner illegalen Droge wieder gefallen, die 12-Monats-Prävalenzwerte von 1995 bis 2003 unterscheiden sich gegenüber 2006 jedoch nicht signifikant. Keine signifikanten Unterschiede gegenüber 2006 zeigen sich auch in der 30-Tage-Prävalenz. Ähnliche Entwicklungen finden sich beim Konsum von Cannabis. Hier zeigen sich jedoch auch 1995 und 2000 in der 30-Tage-Prävalenz signifikante Unterschiede im Vergleich zu 2006. Mit Ausnahme von LSD und Ecstasy ist die Lebenszeiterfahrung aller anderen illegalen Drogen seit 1980 und die 12-Monatsprävalenz seit 1990 signifikant gestiegen. Änderungen in jüngster Zeit finden sich nur in der Lebenszeiterfahrung mit Opiaten. Keine Änderungen im Verlauf von zehn Jahren finden sich im Konsum von Ecstasy (Lebenszeit und 12-Monate) (Tabelle 3-6). Auch die Trendvergleiche in der Gesamtgruppe der 18- bis 39-Jährigen weisen auf eine Konsolidierung der Lebenszeitprävalenzwerte hin. Gleichzeitig zeigen die Vergleiche der 12-Monats- sowie der 30-Tages-Prävalenzen (irgendeine illegale Droge und Cannabis), dass die Anteile der Konsumenten von Cannabis, Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Opiaten und Kokain in den letzten zehn Jahren relativ konstant geblieben sind (Tabelle 3-7).

Tabelle 3-6: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 24-Jährigen, 1980-2006

| | | Erhebungsjahr | | | | | | | |
|---------------|------------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| | | 1980 | 1986 | 1990 | 1995 | 1997 | 2000 | 2003 | 2006 |
| Illeg. Drogen | Lebenszeit | 14,6* | 13,3* | 18,4* | 20,9* | 24,5* | 25,0* | 38,6 | 38,4 |
| | 12 Monate | 4,1* | 5,5* | 9,2* | 15,2 | 16,2 | 16,4 | 22,8 | 19,4 |
| | 30 Tage | -- | -- | -- | 7,6 | 9,3 | 4,8 | 10,6 | 7,6 |
| Cannabis | Lebenszeit | 13,3* | 12,6* | 17,7* | 19,5* | 24,5* | 24,5* | 37,9 | 37,8 |
| | 12 Monate | -- | -- | 9,0* | 12,5 | 14,2 | 16,4 | 22,5 | 18,7 |
| | 30 Tage | -- | -- | -- | 3,7* | 7,8 | 4,8* | 10,6 | 7,4 |
| Amphetamine | Lebenszeit | 1,7* | 1,9* | 3,6 | 2,6 | 1,4 | 2,1 | 5,0 | 5,4 |
| | 12 Monate | -- | -- | 0,6* | 2,6 | 1,4 | 1,5 | 1,1 | 2,7 |
| Ecstasy | Lebenszeit | -- | -- | -- | 2,6 | 4,8 | 2,9 | 4,5 | 6,0 |
| | 12 Monate | -- | -- | -- | 2,6 | 4,1 | 1,5 | 1,8 | 1,7 |
| LSD | Lebenszeit | 2,1 | 1,1 | 1,9 | 0,0 | 0,7 | 1,5 | 3,8 | 2,7 |
| | 12 Monate | -- | -- | 0,2* | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,5 |
| Opiate | Lebenszeit | 1,3* | 1,3 | 2,2 | 1,4 | 1,4 | 1,0* | 2,6* | 2,0 |
| | 12 Monate | -- | -- | 0,3 | 1,4 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,7 |
| Kokain/Crack | Lebenszeit | 1,0* | 0,2* | 1,6* | 3,6 | 2,8 | 3,1 | 4,6 | 5,9 |
| | 12 Monate | -- | -- | 0,6* | 1,4 | 2,1 | 1,0 | 1,7 | 2,4 |

*) $p < .05$ für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2006;

Logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht). Bei kleinen Zellenbesetzungen ($n \leq 5$) wurde Fisher's exakter Test verwendet

Tabelle 3-7: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 39-Jährigen, 1990-2006

| | | Erhebungsjahr | | | | | |
|---------------|------------|---------------|-------|-------|-------|------|------|
| | | 1990 | 1995 | 1997 | 2000 | 2003 | 2006 |
| Illeg. Drogen | Lebenszeit | 15,5* | 19,5* | 17,6* | 21,8* | 30,7 | 30,9 |
| | 12 Monate | 4,2* | 8,0 | 6,7 | 8,0 | 9,5 | 8,9 |
| | 30 Tage | -- | 4,1 | 4,0 | 3,1* | 4,0 | 4,2 |
| Cannabis | Lebenszeit | 14,7* | 18,9* | 17,4* | 21,0* | 29,8 | 30,4 |
| | 12 Monate | 4,1* | 7,1 | 6,3 | 7,6 | 9,2 | 8,7 |
| | 30 Tage | -- | 3,1 | 3,6 | 3,0 | 4,0 | 3,8 |
| Amphetamine | Lebenszeit | 2,8* | 3,2 | 1,7* | 2,5 | 3,4 | 3,5 |
| | 12 Monate | 0,4 | 0,9 | 0,5 | 0,5 | 0,8 | 0,8 |
| Ecstasy | Lebenszeit | -- | 1,1* | 2,3* | 1,5* | 2,9 | 3,6 |
| | 12 Monate | -- | 0,7 | 1,1 | 0,4 | 1,1 | 0,4 |
| LSD | Lebenszeit | 1,8* | 1,8* | 0,7* | 1,2* | 2,5 | 2,6 |
| | 12 Monate | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,3 | 0,1 |
| Opiate | Lebenszeit | 1,7 | 1,7 | 1,2 | 1,1* | 2,1 | 2,4 |
| | 12 Monate | 0,2 | 0,8 | 0,2 | 0,2 | 0,4 | 0,5 |
| Kokain/Crack | Lebenszeit | 1,4* | 2,8 | 2,3 | 3,1 | 3,1 | 4,2 |
| | 12 Monate | 0,3* | 1,1 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,7 |

*) $p < .05$ für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2006;

Logistische Regressionen zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht). Bei kleinen Zellenbesetzungen ($n \leq 10$) wurde Fisher's exakter Test verwendet

4 Alkohol

Abstinenz und Alkoholkonsum

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben mit 30,2% fast doppelt so viele Frauen wie Männer (18,0%) auf Alkohol verzichtet. Der Anteil von Personen, die in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol tranken, setzt sich zusammen aus 3,1% Lebenszeitabstinenten, 6,8% mit Alkoholerfahrung, die aber in den letzten 12 Monaten abstinent waren, und 14,1%, die nur in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol getrunken haben. In jeder Abstinenzkategorie zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede. Mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer gaben an, vollkommen auf Alkohol verzichtet zu haben (Tabelle 4-1).

Insgesamt weisen 67,0% der Befragten in den letzten 30 Tagen einen im Durchschnitt risikoarmen Konsum auf, 6,6% einen riskanten Konsum, 2,1% einen gefährlichen Konsum sowie 0,2% 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: 9,5%; Frauen: 3,7%; gefährlicher Konsum/Hochkonsum: Männer: 3,7%; Frauen: 0,9%) (Tabelle 4-1).

Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung hatten mit 13,2% 565.000 Männer (95%-KI: 456.000-694.000) den Grenzwert von durchschnittlich mehr als 30g Reinalkohol pro Tag und mit 4,6% 201.000 Frauen (95%-KI: 141.000-285.000) den Grenzwert von mehr als 20g Reinalkohol pro Tag überschritten (12-Monats-Prävalenz).

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 | 50-64 |
| | 1474 | 673 | 801 | 312 | 259 | 278 | 295 | 330 |
| Lebenslang abstinent | 3,1 (55) | 1,9 | 4,4 | 4,2 | 3,0 | 1,9 | 3,3 | 3,6 |
| Nur letzte 12 Monate abstinent | 6,8 (93) | 5,9 | 7,7 | 5,1 | 4,4 | 5,9 | 6,6 | 9,1 |
| Nur letzte 30 Tage abstinent | 14,1 (213) | 10,2 | 18,1 | 12,3 | 14,1 | 16,3 | 13,3 | 13,8 |
| Risikoarmer Konsum ¹⁾ | 67,0 (986) | 68,8 | 65,2 | 67,7 | 75,4 | 69,6 | 66,2 | 62,7 |
| Riskanter Konsum ²⁾ | 6,6 (94) | 9,5 | 3,7 | 7,7 | 2,5 | 5,2 | 7,9 | 7,6 |
| Gefährlicher Konsum ³⁾ | 2,1 (29) | 3,4 | 0,8 | 2,0 | 0,6 | 1,1 | 2,7 | 3,0 |
| Hochkonsum ⁴⁾ | 0,2 (4) | 0,3 | 0,1 | 0,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 |

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 13,8% bei den 50- bis 64-Jährigen bis 16,3% bei den 30- bis 39-Jährigen. Dabei gaben die meisten 50- bis 64-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 1,9% bei den 30- bis 39-Jährigen und 4,2% bei

den 18- bis 24-Jährigen. Ein im Durchschnitt mindestens riskanter Konsum trat häufiger bei den über 40-Jährigen auf. Durchschnittswerte von über 20/30g Reinalkohol pro Tag werden dagegen seltener von 25- bis 39-Jährigen berichtet (Tabelle 4-1). Eine nach Geschlecht getrennte Darstellung von Abstinenz und Konsumkategorien findet sich in Tabelle 4-13.

Alkoholkonsum nach Getränk

In den letzten 30 Tagen tranken 59,4% der Befragten Bier, 54,8% Wein/Sekt, 30,3% Spirituosen und 2,1% Alkopops (Tabelle 4-2). Im Durchschnitt verbrauchten die Konsumenten des jeweiligen Getränks 2,0 Liter Bier, 0,4 Liter Wein/Sekt, 0,05 Liter Spirituosen und 0,4 Liter Alkopops pro Woche. Die Anteile männlicher und weiblicher Konsumenten variierten in Abhängigkeit von der Art des konsumierten Getränks: Während unter den Bier- und Spirituosentrinkern mehr Männer waren als Frauen (Bier: 76,7% vs. 41,9%; Spirituosen: 36,6% vs. 23,9%), tranken anteilmäßig mehr Frauen als Männer Wein/Sekt (Frauen: 59,8%; Männer: 49,8%) oder Alkopops (Frauen: 2,3%; Männer: 1,9%). Mit Ausnahme von Wein/Sekt konsumierten Männer im Durchschnitt mehr Alkohol als Frauen (Bier: 2,6l vs. 0,7l; Wein/Sekt: 0,4l vs. 0,4l; Spirituosen: 0,06l vs. 0,04l; Alkopops: 0,4l vs. 0,3l).

Zudem waren altersabhängige Effekte in der Präferenz unterschiedlicher Getränke zu erkennen. Die Zahl der Konsumenten von Spirituosen und Alkopops war in den jüngeren Altersgruppen zwischen 18 und 29 Jahren am höchsten und nahm in den darüber liegenden Altersgruppen kontinuierlich ab. Am deutlichsten zeigte sich dies für Alkopops: In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen hat jeder zehnte Befragte während der letzte 30 Tage alkoholhaltige Süßgetränke konsumiert und bei den 25- bis 29-Jährigen waren es 3,8%. In allen weiteren Altersgruppen spielten Alkopops keine nennenswerte Rolle. Spirituosen wurden am häufigsten von den 18- bis 24-Jährigen konsumiert (50,1%).

Während Spirituosen und Alkopops in den untersten Altersgruppen dominierten, wurden Wein und Sekt häufiger in den Altersgruppen ab 25 Jahre konsumiert. Der höchste Prävalenzwert für diese Getränke zeigte sich mit 61% in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen. Die altersabhängigen Präferenzen im Konsum unterschiedlicher Getränke betrafen neben dem Anteil der Konsumenten auch die Konsumintensität: Die durchschnittlich konsumierte Menge an Spirituosen und Alkopops ist in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen am höchsten und nimmt kontinuierlich mit dem Alter ab. Unter den Wein- und Sekttrinkern konsumierten Personen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren im Durchschnitt 0,5 Liter pro Woche, jüngere Konsumenten tranken dagegen weniger. Eine nach Geschlecht getrennte Darstellung von Konsumprävalenz und Konsummenge findet sich in Tabelle 4-14.

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 | 50-64 |
| Bier | % ¹⁾ | 59,4 | 76,7 | 41,9 | 61,3 | 56,8 | 58,4 | 62,4 | 57,7 |
| | Liter ²⁾ | 2,0 | 2,6 | 0,7 | 2,2 | 1,4 | 1,7 | 2,1 | 2,2 |
| Wein/Sekt | % | 54,8 | 49,8 | 59,8 | 38,6 | 51,7 | 55,7 | 61,0 | 55,4 |
| | Liter | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,5 |
| Spirituosen | % | 30,3 | 36,6 | 23,9 | 50,1 | 38,1 | 29,1 | 28,6 | 22,6 |
| | Liter | 0,05 | 0,06 | 0,04 | 0,11 | 0,04 | 0,03 | 0,02 | 0,07 |
| Alkopops | % | 2,1 | 1,9 | 2,3 | 9,5 | 3,8 | 1,6 | 1,1 | 0,0 |
| | Liter | 0,4 | 0,4 | 0,3 | 0,4 | 0,1 | 0,4 | 0,2 | 0,0 |

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

2) Mittelwert in Liter pro Woche für Konsumenten des Getränks

Rauschtrinken

Ein Viertel der Alkoholkonsumenten (letzte 30 Tage) haben mindestens einmal während der letzten 30 Tage fünf oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit getrunken und damit die Kriterien des Rauschtrinkens erfüllt (Tabelle 4-3). Rauschtrinken kam bei Männern häufiger vor als bei Frauen. Während zwei Drittel (35,5%) der Männer in den letzten 30 Tagen zumindest einmal fünf oder mehr Gläser alkoholhaltiger Getränke getrunken hat, ist es bei den Frauen etwa ein Zehntel (12,7%). Die Kriterien des Rauschtrinkens wurden von 14,9% der Männer und 5,0% der Frauen in den letzten 30 Tagen viermal oder häufiger überschritten. Außerdem traten klare Altersunterschiede auf. Der Anteil mindestens einmaligen monatlichen Rauschtrinkens war mit 58,8% bei den 18- bis 24-Jährigen am höchsten und mit 14,5% bei den 50- bis 64-Jährigen am niedrigsten. Betrachtet man das häufige Rauschtrinken (4mal oder häufiger) ergab sich mit 26,6% die höchste Prävalenz in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen. Mit zunehmendem Alter wird das häufige Rauschtrinken seltener.

Tabelle 4-3: Häufigkeit des Rauschtrinkens¹⁾ (Konsumenten der letzten 30 Tage)

| | | Geschlecht | | | Altersgruppen | | | | |
|--------------------|------------|-------------|------------|------------|---------------|------------|------------|------------|------------|
| | | Gesamt | Männer | Frauen | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| | | 1137 | 554 | 583 | 255 | 204 | 218 | 222 | 238 |
| Nein | 74,9 (816) | 64,5 | 87,3 | 41,2 | 69,1 | 73,5 | 82,0 | 85,6 | |
| 1-3mal | 14,7 (193) | 20,6 | 7,7 | 32,2 | 21,4 | 17,7 | 7,4 | 9,7 | |
| 4mal oder häufiger | 10,4 (138) | 14,9 | 5,0 | 26,6 | 9,5 | 8,8 | 10,7 | 4,8 | |

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 Tageskonsum höher (Tabelle 4-4). Doch auch Personen mit einem durchschnittlichen Tageskonsum unter der empfohlenen Risikoschwelle von 30g für Männer bzw. 20g für Frauen weisen Episoden des Rauschtrinkens auf. So berichteten 14,6% der im Durchschnitt risikoarmen Konsumenten von 1-3maligem Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen (Männer: 20,9%; Frauen: 7,7%), 6,1% sogar von mindestens vier Trinktagen, an denen fünf oder mehr

Gläser alkoholhaltiger Getränke konsumiert wurden (Männer: 8,6%; Frauen: 3,5%). Personen, die insgesamt einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen, berichteten in 14,4% der Fälle von gelegentlichem Rauschtrinken (1-3mal), ein Drittel (32,8%) von häufigem Rauschtrinken (4mal oder häufiger). Von den Personen mit gefährlichem Konsum bzw. Hochkonsum gaben knapp drei Viertel ein häufiges Rauschtrinken an.

Tabelle 4-4: Häufigkeit des Rauschtrinkens¹⁾ nach Konsumkategorien (durchschnittliche Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage)

| | Gesamt | risikoarmer Konsum²⁾ | riskanter Konsum³⁾ | gefährlicher/Hochkonsum⁴⁾ |
|--------------------|---------------|--|--------------------------------------|---|
| Gesamt | 1093 | 969 | 93 | 31 |
| Nein | 75,2 (780) | 79,3 | 52,8 | 18,8 |
| 1-3mal | 14,4 (181) | 14,6 | 14,4 | 8,3 |
| 4mal oder häufiger | 10,4 (132) | 6,1 | 32,8 | 72,9 |
| Männer | 538 | 456 | 59 | 23 |
| Nein | 65,3 (321) | 70,5 | 46,0 | 14,7 |
| 1-3mal | 19,8 (122) | 20,9 | 15,5 | 10,4 |
| 4mal oder häufiger | 14,9 (95) | 8,6 | 38,5 | 74,9 |
| Frauen | 555 | 513 | 34 | 8 |
| Nein | 87,1 (459) | 88,8 | 70,3 | 35,4 |
| 1-3mal | 7,8 (59) | 7,7 | 11,6 | 0,0 |
| 4mal oder häufiger | 5,1 (37) | 3,5 | 18,1 | 64,6 |

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

2) Männer: >0-30g, Frauen: >0-20g;

3) Männer: >30-60g, Frauen: >20-40g; 4) Männer: >60g, Frauen: >40g;

Alter bei Beginn des 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 jede Zweite (50%) bis zum 16. Lebensjahr begann, mindestens einmal pro Monat Alkohol zu trinken, waren es bei den 25- bis 29-Jährigen 30%, bei den 30- bis 39-Jährigen 15%, bei den 40- bis 49-Jährigen nur noch 11% und in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen 12%. Bei den männlichen Befragten (Abbildung 4-2) sind die Altersunterschiede im Beginn des regelmäßigen Konsums weniger deutlich ausgeprägt: 64% der 18- bis 24-jährigen männlichen Befragten hatten bis zu ihrem 16. Lebensjahr begonnen, mindestens einmal im Monat Alkohol zu trinken, von den 25- bis 29-Jährigen 50%, von den 30- bis 39-Jährigen 44%, von den 40- bis 49-Jährigen 43% und von den 50- bis 64-Jährigen 32%.

Trinksituationen

Alkoholkonsum fand bevorzugt und am häufigsten am Abend zu Hause oder beim Essen statt (Tabelle 4-5). Ein Drittel (33,1%) trank einmal in der Woche oder öfter am Abend zu Hause, 8,3% täglich. Zum Essen konsumierte mehr als jeder Vierte (28,9%) mindestens einmal in der Woche ein alkoholhaltiges Getränk; tägliches Trinken von Alkohol zum Essen gaben nur 5,8% an. Knapp jeder Siebte (14,9%) trinkt Alkohol mindestens einmal pro Woche in einer Bar, Kneipe oder Disko. Mehrmaliger Alkoholkonsum pro Woche in einer Bar,

Kneipe oder Disko wurde nur vereinzelt angegeben. Alle weiteren Trinksituationen wurden deutlich seltener genannt. Von den Erwerbstätigen und Auszubildenden tranken 86,7% grundsätzlich nie Alkohol am Arbeitsplatz, 5,8% häufiger als einmal im Monat. Männer gaben bei allen Situationen häufiger Alkoholkonsum an als Frauen.

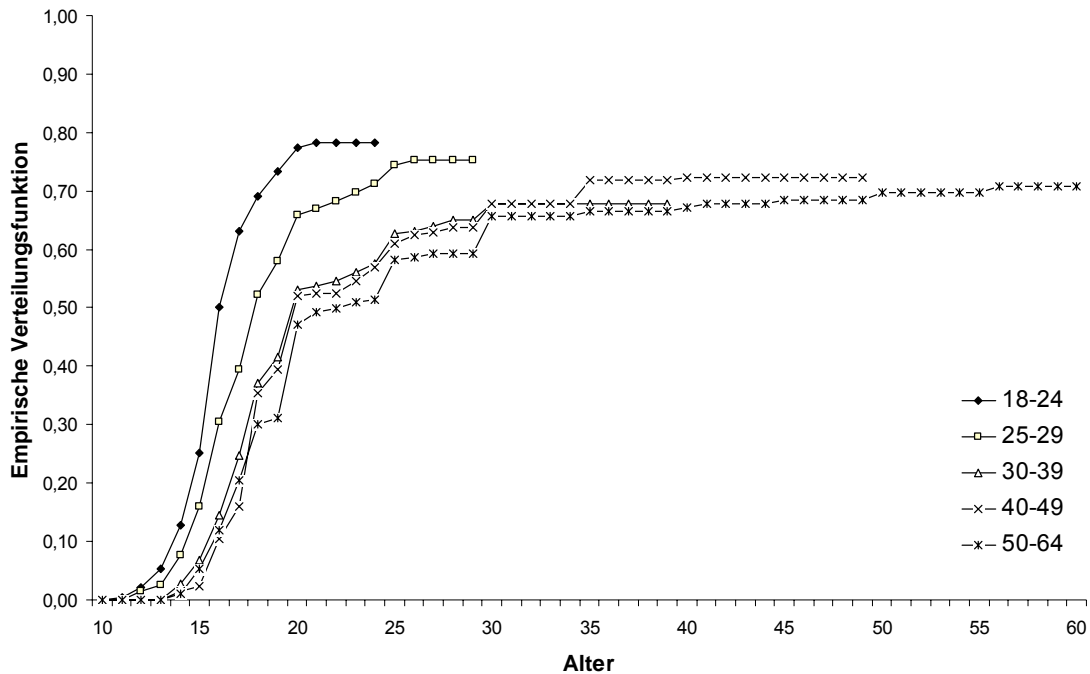


Abbildung 4-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Frauen

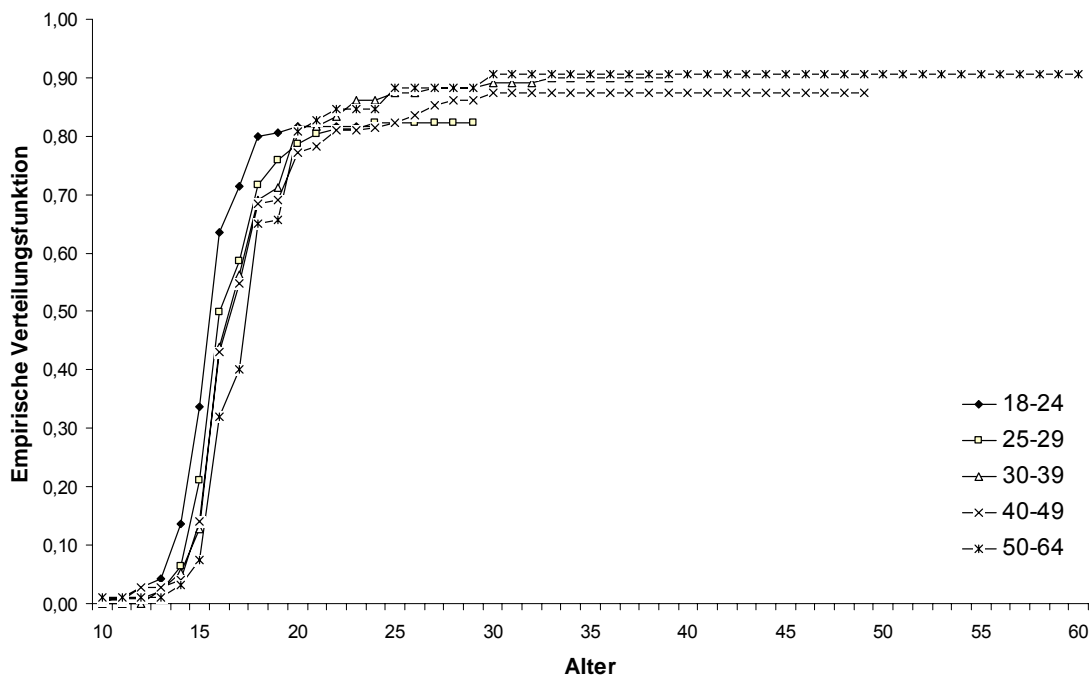


Abbildung 4-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Männer

Tabelle 4-5: Häufigkeit bestimmter Trinksituationen

| | | Geschlecht | | |
|--|--------------------------|------------|--------|--------|
| | | Gesamt | Männer | Frauen |
| Zum Essen | Nie | 22,9 | 19,0 | 27,2 |
| | Seltener als 1x im Monat | 19,9 | 18,5 | 21,4 |
| | 1x im Monat | 10,6 | 12,1 | 8,9 |
| | 2-3x im Monat | 17,7 | 15,7 | 20,0 |
| | 1-2x pro Woche | 16,1 | 16,8 | 15,2 |
| | 3-5x pro Woche | 7,0 | 9,5 | 4,3 |
| | (fast) täglich | 5,8 | 8,4 | 2,9 |
| Am Abend zu Hause | Nie | 21,7 | 21,3 | 22,0 |
| | Seltener als 1x im Monat | 19,1 | 17,4 | 20,9 |
| | 1x im Monat | 9,5 | 8,2 | 11,0 |
| | 2-3x im Monat | 16,7 | 14,2 | 19,4 |
| | 1-2x pro Woche | 15,7 | 17,1 | 14,2 |
| | 3-5x pro Woche | 9,1 | 10,3 | 7,7 |
| | (fast) täglich | 8,3 | 11,5 | 4,8 |
| Im Restaurant | Nie | 17,3 | 12,8 | 22,2 |
| | Seltener als 1x im Monat | 32,2 | 30,1 | 34,5 |
| | 1x im Monat | 23,1 | 24,0 | 22,1 |
| | 2-3x im Monat | 18,7 | 21,5 | 15,6 |
| | 1-2x pro Woche | 6,5 | 8,4 | 4,4 |
| | 3-5x pro Woche | 1,3 | 1,7 | 0,8 |
| | (fast) täglich | 0,9 | 1,4 | 0,4 |
| Bar, Kneipe, Disko etc. | Nie | 36,4 | 31,9 | 41,5 |
| | Seltener als 1x im Monat | 20,9 | 16,2 | 26,1 |
| | 1x im Monat | 13,3 | 13,8 | 12,8 |
| | 2-3x im Monat | 14,5 | 16,2 | 12,6 |
| | 1-2x pro Woche | 11,9 | 17,2 | 5,9 |
| | 3-5x pro Woche | 2,2 | 3,5 | 0,7 |
| | (fast) täglich | 0,8 | 1,3 | 0,3 |
| Bei festlichen Anlässen | Nie | 6,8 | 6,1 | 7,4 |
| | Seltener als 1x im Monat | 61,4 | 55,0 | 68,1 |
| | 1x im Monat | 20,2 | 22,3 | 17,9 |
| | 2-3x im Monat | 7,6 | 11,3 | 3,7 |
| | 1-2x pro Woche | 2,1 | 2,5 | 1,7 |
| | 3-5x pro Woche | 0,7 | 1,3 | 0,1 |
| | (fast) täglich | 1,3 | 1,4 | 1,1 |
| Am Arbeitsplatz ¹⁾ | Nie | 86,7 | 83,7 | 90,5 |
| | Seltener als 1x im Monat | 7,5 | 7,1 | 7,8 |
| | 1x im Monat | 1,8 | 2,8 | 0,6 |
| | 2-3x im Monat | 1,1 | 1,4 | 0,8 |
| | 1-2x pro Woche | 0,9 | 1,5 | 0,1 |
| | 3-5x pro Woche | 0,9 | 1,6 | 0,0 |
| | (fast) täglich | 1,1 | 1,8 | 0,1 |
| Nach der Arbeit mit Kollegen ¹⁾ | Nie | 66,8 | 59,9 | 75,3 |
| | Seltener als 1x im Monat | 19,8 | 23,1 | 15,8 |
| | 1x im Monat | 5,6 | 6,8 | 4,0 |
| | 2-3x im Monat | 4,0 | 4,2 | 3,7 |
| | 1-2x pro Woche | 2,0 | 3,3 | 0,5 |
| | 3-5x pro Woche | 1,1 | 2,0 | 0,0 |
| | (fast) täglich | 0,7 | 0,7 | 0,7 |

1) Erwerbstätige und Auszubildende

Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit

Insgesamt 3,7% der Befragten zeigen entsprechend der Kriterien des DSM-IV einen positiven Befund für Alkoholmissbrauch, 2,4% erfüllten die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit (Tabelle 4-6). Bei Männern war Missbrauch deutlich weiter verbreitet als bei Frauen (6,2% vs. 1,1%). In Hinblick auf eine Abhängigkeit unterschieden sich Männer ebenfalls signifikant von Frauen (3,8% vs. 1,0%). Darüber hinaus sind deutliche Alterseffekte erkennbar. Die höchsten Anteile für Missbrauch (8,0%) oder Abhängigkeit (7,1%) finden sich in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen. Tendenziell nimmt der Anteil von Missbrauch bzw. Abhängigkeit mit dem Alter ab. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung erfüllten 285.000 Personen (95%-KI: 215.000-378.000) die Missbrauchs- und 190.000 Personen (95%-KI: 129.000-280.000) die Abhängigkeitskriterien nach DSM-IV (12-Monats-Prävalenz).

Tabelle 4-6: Anteil der Personen mit einem positiven Befund für Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit im DSM-IV

| | Gesamt | Geschlecht | | Altersgruppen | | | | |
|---------------------|----------|------------|--------|---------------|-------|-------|-------|-------|
| | | Männer | Frauen | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| | 1508 | 689 | 819 | 323 | 263 | 287 | 300 | 335 |
| DSM-IV Missbrauch | 3,7 (67) | 6,2 | 1,1 | 8,0 | 5,2 | 3,1 | 3,0 | 2,5 |
| DSM-IV Abhängigkeit | 2,4 (45) | 3,8 | 1,0 | 7,1 | 2,3 | 2,1 | 1,7 | 1,5 |

Soziale Schicht

Die Daten veranschaulichen, dass es sich beim Alkoholkonsum um schichtspezifische Verhaltensmuster handelt. Legt man den oben beschriebenen Schichtindex zugrunde, wird deutlich, dass Personen der unteren Sozialschicht häufiger ganz auf Alkohol verzichten als Angehörige der Oberschicht. Dieser Unterschied tritt insbesondere bei der 12-Monatsabstinenz zu Tage (Tabelle 14-7).

Tabelle 4-7: Anteil der Abstinenz nach Sozialschicht

| | Sozialschicht | | |
|------------|---------------|--------|------|
| | Gering | Mittel | hoch |
| Lebenszeit | 7,7 | 2,1 | 1,3 |
| 12 Monate | 26,7 | 23,6 | 12,0 |

Tabelle 4-8: Durchschnittliche tägliche Reinalkoholmenge nach Sozialschicht (Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage)

| | Männer | | | Frauen | | |
|------------|--------|--------|------|--------|--------|------|
| | gering | mittel | Hoch | gering | mittel | hoch |
| Mittelwert | 22,8 | 17,0 | 15,0 | 7,5 | 7,5 | 7,1 |

Betrachtet man die durchschnittlich täglich zugeführte Menge Reinalkohol, zeigt sich, dass Männer der Oberschicht im Mittel weniger trinken als Männer der Unter- und Mittelschicht (Tabelle 4-8). Bei den weiblichen Untersuchungsteilnehmern zeigt sich kein Schichtgradient

in der Konsummenge. Auch in Hinblick auf die als Risikokonsum definierten Trinkmengen, trinken Männer aus der Unterschicht mit 23,1% häufiger als Männer der Oberschicht (12,2%) oberhalb des Grenzwertes. Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Rauschtrinken, das von Männern der Unterschicht häufiger praktiziert wird als von Männern der Oberschicht. Aber auch bei Frauen zeigt sich dieser Schichtgradient im Rauschtrinken (Tabelle 4-9).

Tabelle 4-9: Risikokonsum ¹⁾ und Rauschtrinken ²⁾ nach Sozialschicht (Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage)

| | Männer | | | Frauen | | |
|---------------|--------|--------|------|--------|--------|------|
| | gering | mittel | hoch | gering | mittel | hoch |
| > 20/30 g/Tag | 22,5 | 16,0 | 12,2 | 6,7 | 6,2 | 7,0 |
| 5+ Getränke | 46,1 | 38,6 | 23,1 | 25,2 | 13,0 | 6,6 |

1) Im Durchschnitt mehr als 20g Reinalkohol täglich für Frauen und 30g Reinalkohol täglich für Männer

2) Fünf oder mehr Gläser Alkohol mindestens einmal in den letzten 30 Tagen

Trends

Abstinenz und Konsummenge. Zwischen 1995 und 2006 lassen sich Verschiebungen hin zur Abstinenz und zum risikoärmeren Konsum erkennen. Berichteten 1997 in den letzten 30 Tagen noch 16% von Abstinenz und 66,8% über einen risikoarmen Konsum, waren 2006 23,8% abstinent und hatten 67,4% einen risikoarmen Konsum. Ebenso sind bei den drei höchsten Konsumkategorien Rückgänge zu beobachten. Diese Verschiebungen mit einem höheren Anteil von Abstinenz und risikoarmen Konsum aber weniger riskanten, gefährlichen und Hochkonsum traten bei beiden Geschlechtern auf (Tabelle 4-10).

Tabelle 4-10: Trends des Alkoholkonsums 18- bis 59-Jähriger (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage), 1995-2006

| | Erhebungsjahr | | | | |
|--|---------------|------------|------------|-------------|-------------|
| | 1995 | 1997 | 2000 | 2003 | 2006 |
| Gesamt | 910 | 997 | 931 | 1177 | 1361 |
| Abstinent | 16,0* | 17,7* | 13,3* | 15,7* | 23,8 |
| Risikoarmer Konsum ¹⁾ | 66,8* | 67,8 | 69,8* | 71,2* | 67,4 |
| Riskanter Konsum ²⁾ | 13,1* | 10,7* | 11,0* | 10,1* | 6,6 |
| Gefährlicher ³⁾ /Hochkonsum ⁴⁾ | 4,1* | 3,7* | 5,9* | 2,8 | 2,1 |
| Männer | 410 | 433 | 396 | 542 | 616 |
| Abstinent | 8,2* | 9,6* | 9,1* | 11,9 | 18,1 |
| Risikoarmer Konsum | 64,4* | 67,0* | 66,9 | 69,5 | 69,0 |
| Riskanter Konsum | 21,2* | 16,8* | 15,1* | 13,9* | 9,4 |
| Gefährlicher /Hochkonsum | 6,3 | 6,6 | 9,0* | 4,8 | 3,5 |
| Frauen | 500 | 564 | 535 | 635 | 745 |
| Abstinent | 23,7* | 25,1* | 17,4* | 19,8* | 29,7 |
| Risikoarmer Konsum | 69,1 | 68,6 | 72,7* | 73,1* | 65,8 |
| Riskanter Konsum | 5,2 | 5,1 | 7,0* | 6,2* | 3,8 |
| Gefährlicher /Hochkonsum | 2,0* | 1,1 | 2,9* | 0,8 | 0,8 |

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

*) p<.05 für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2006; Generalized Ordered Logit Regression zur Vorhersage der Prävalenzen in den Konsumgruppen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht). Bei kleinen Zellenbesetzungen (n≤5) wurde Fisher's exakter Test verwendet

Alkoholkonsum nach Getränk. Über einen Beobachtungszeitraum von 10 Jahren zeigt sich bezogen auf die letzten 30 Tage sowohl insgesamt als auch bei beiden Geschlechtern eine Abnahme der getränkespezifischen Konsumprävalenzen. Insgesamt gingen zwischen 1995 und 2006 der Anteil der Biertrinker von 70% auf 60%, der Anteil der Wein/Sekttrinker von 69% auf 55% und der Anteil der Spirituosentrinker von 45% auf 32% zurück. Hinsichtlich des Verlaufs der durchschnittlichen Trinkmengen lassen sich lediglich bei Bier Veränderungen feststellen. Bei beiden Geschlechtern ging die durchschnittliche Trinkmenge signifikant zurück. Keine Unterschiede des von den Konsumenten des jeweiligen Getränks durchschnittlich konsumierten Alkohols finden sich bei Wein/Sekt und Spirituosen (Tabelle 4-11).

Tabelle 4-11: Trends der Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und der durchschnittlichen Trinkmenge 18- bis 59-Jähriger, 1995-2006

| | | Erhebungsjahr | | | | |
|---------------|---------------------|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 1995 | 1997 | 2000 | 2003 | 2006 |
| Gesamt | | 1120¹⁾ | 1143 | 1041 | 1235 | 1411 |
| Bier | % ²⁾ | 70,0* | 71,1* | 70,9* | 62,7 | 59,7 |
| | Liter ³⁾ | 2,81* (701) ⁴⁾ | 2,74* (736) | 2,62* (676) | 2,24 (708) | 1,89 (791) |
| Wein/Sekt | % | 68,7* | 62,6* | 64,6* | 63,0* | 55,4 |
| | Liter | 0,47 (667) | 0,48 (644) | 0,54* (641) | 0,45 (740) | 0,42 (734) |
| Spirituosen | % | 44,6* | 37,5* | 40,3* | 31,6 | 31,6 |
| | Liter | 0,04 (378) | 0,04 (358) | 0,05 (355) | 0,05 (394) | 0,05 (474) |
| Männer | | 515 | 517 | 455 | 567 | 639 |
| Bier | % | 89,1* | 88,1* | 87,6* | 81,6 | 77,3 |
| | Liter | 3,71* (429) | 3,81* (430) | 3,53* (383) | 2,93 (448) | 2,52 (477) |
| Wein/Sekt | % | 67,6* | 62,8* | 57,6* | 55,1 | 50,4 |
| | Liter | 0,52 (288) | 0,51 (264) | 0,58* (241) | 0,46 (296) | 0,43 (291) |
| Spirituosen | % | 57,1* | 44,5* | 45,9* | 39,6 | 38,0 |
| | Liter | 0,05 (232) | 0,05 (206) | 0,05 (178) | 0,06 (230) | 0,05 (255) |
| Frauen | | 605 | 626 | 586 | 668 | 772 |
| Bier | % | 50,8* | 53,8* | 53,7* | 42,9 | 41,8 |
| | Liter | 1,00* (272) | 0,96 (306) | 1,03 (293) | 0,81 (260) | 0,71 (314) |
| Wein/Sekt | % | 69,8* | 62,5 | 71,8* | 71,3* | 60,4 |
| | Liter | 0,43 (379) | 0,46 (380) | 0,51 (400) | 0,45 (444) | 0,41 (443) |
| Spirituosen | % | 32,1* | 30,4 | 34,5* | 23,4 | 25,1 |
| | Liter | 0,03 (146) | 0,03 (152) | 0,04 (177) | 0,03 (164) | 0,04 (219) |

1) Stichproben, ungewichtete n

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

3) Mittelwert in Liter pro Woche für Konsumenten des Getränks

4) Konsumenten des Getränks (ungewichtete n)

*) p<.05 für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2006; Lineare Regression zur Vorhersage der Log-transformierten Literangaben mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht). Bei kleinen Zellenbesetzungen (n≤5) wurde Fisher's exakter Test verwendet

Rauschtrinken. Rauschtrinken definiert als Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit hat insgesamt über einen Zeitraum von zehn Jahren abgenommen. Es zeigen sich jedoch alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede. Während der Anteil des Rauschkonsums in der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen leicht und in der

Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen deutlich zurückging, nahm der Anteil der Rauschtrinker bei den 18- bis 24-Jährigen deutlich zu (Tabelle 4-12).

Tabelle 4-12: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens¹⁾, 1995-2006

| | Alter | Erhebungsjahr | | | | |
|---------------|-------|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 1995 | 1997 | 2000 | 2003 | 2006 |
| Gesamt | | 1121 ²⁾ | 1091 | 1034 | 1232 | 1396 |
| | 18-59 | 25,7* | 29,1* | 21,6 | 18,5 | 20,2 |
| | 18-24 | 28,6* | 43,4 | 35,2* | 36,2* | 46,5 |
| | 25-39 | 26,6 | 27,4 | 23,7 | 17,4 | 21,4 |
| | 40-59 | 24,0* | 25,6* | 15,8 | 14,1 | 13,0 |
| Männer | | 515 | 503 | 452 | 560 | 633 |
| | 18-59 | 40,4* | 45,5* | 34,1 | 28,1 | 30,7 |
| | 18-24 | 39,5 | 60,5 | 49,1 | 50,7 | 53,1 |
| | 25-39 | 43,7 | 44,8 | 39,2 | 25,6 | 37,1 |
| | 40-59 | 37,7* | 41,0* | 25,0 | 23,4 | 20,8 |
| Frauen | | 606 | 588 | 582 | 672 | 763 |
| | 18-59 | 10,7 | 12,0 | 8,8 | 8,7 | 9,5 |
| | 18-24 | 17,3* | 26,5* | 21,2* | 21,6* | 38,5 |
| | 25-39 | 9,2 | 8,4 | 7,4 | 9,0 | 6,9 |
| | 40-59 | 10,3* | 9,7* | 6,4 | 4,6 | 5,1 |

1) Fünf oder mehr Gläser Alkohol mindestens einmal in den letzten 30 Tagen

2) 1995-2006: ungewichtete n der 18- bis 59-Jährigen

*) $p < .05$ für Vergleich mit dem Jahr 2006; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht)

Tabellen zu Alkohol

Tabelle 4-13: Verteilung des Alkoholkonsums für Männer und Frauen (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag)

| | Altersgruppen | | | | | |
|-----------------------------------|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Gesamt | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| Männer | 673 | 160 | 111 | 117 | 131 | 154 |
| Lebenslang abstinent | 1,9 (19) | 4,4 | 2,4 | 1,5 | 2,3 | 0,5 |
| Nur letzte 12 Monate abstinent | 5,9 (36) | 5,4 | 2,3 | 4,8 | 5,5 | 8,4 |
| Nur letzte 30 Tage abstinent | 10,2 (69) | 14,3 | 8,6 | 8,5 | 10,1 | 10,4 |
| Risikoarmer Konsum ¹⁾ | 68,8 (464) | 63,4 | 82,8 | 76,1 | 65,7 | 64,3 |
| Riskanter Konsum ²⁾ | 9,5 (60) | 8,8 | 2,7 | 6,8 | 11,9 | 11,5 |
| Gefährlicher Konsum ³⁾ | 3,4 (22) | 2,6 | 1,2 | 2,2 | 4,4 | 4,3 |
| Hochkonsum ⁴⁾ | 0,3 (3) | 1,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,5 |
| Frauen | 801 | 152 | 148 | 161 | 164 | 176 |
| Lebenslang abstinent | 4,4 (36) | 4,1 | 3,6 | 2,3 | 4,3 | 6,9 |
| Nur letzte 12 Monate abstinent | 7,7 (57) | 4,9 | 6,4 | 6,9 | 7,8 | 10,0 |
| Nur letzte 30 Tage abstinent | 18,1 (144) | 9,8 | 19,4 | 23,2 | 16,7 | 17,4 |
| Risikoarmer Konsum | 65,2 (522) | 73,1 | 68,4 | 63,9 | 66,6 | 61,0 |
| Riskanter Konsum | 3,7 (34) | 6,4 | 2,3 | 3,8 | 3,7 | 3,2 |
| Gefährlicher Konsum | 0,8 (7) | 1,3 | 0,0 | 0,0 | 0,9 | 1,5 |
| Hochkonsum | 0,1 (1) | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

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

Tabelle 4-14: Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und durchschnittliche Trinkmengen für Männer und Frauen

| Konsumenten von | | Altersgruppen | | | | | |
|-----------------|---------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Männer | | Gesamt | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| Bier | % ¹⁾ | 76,7 | 73,6 | 75,5 | 82,1 | 79,2 | 72,0 |
| | Liter ²⁾ | 2,6 | 2,8 | 1,8 | 2,2 | 2,7 | 2,9 |
| Wein/Sekt | % | 49,8 | 26,8 | 44,2 | 52,8 | 57,5 | 51,6 |
| | Liter | 0,4 | 0,4 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,5 |
| Spirituosen | % | 36,6 | 47,8 | 46,4 | 34,7 | 37,1 | 29,8 |
| | Liter | 0,06 | 0,14 | 0,05 | 0,04 | 0,03 | 0,07 |
| Alkopops | % | 1,9 | 5,6 | 2,9 | 2,6 | 1,4 | 0,0 |
| | Liter | 0,4 | 0,5 | 0,2 | 0,4 | 0,3 | 0,0 |
| Frauen | | Gesamt | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| Bier | % | 41,9 | 46,2 | 39,2 | 36,9 | 45,1 | 42,5 |
| | Liter | 0,7 | 1,1 | 0,6 | 0,6 | 0,8 | 0,8 |
| Wein/Sekt | % | 59,8 | 53,0 | 58,8 | 58,2 | 64,6 | 59,5 |
| | Liter | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,5 |
| Spirituosen | % | 23,9 | 53,0 | 30,2 | 24,0 | 19,7 | 15,1 |
| | Liter | 0,04 | 0,09 | 0,03 | 0,02 | 0,01 | 0,06 |
| Alkopops | % | 2,3 | 14,2 | 4,6 | 0,7 | 0,8 | 0,0 |
| | Liter | 0,3 | 0,4 | 0,1 | 0,4 | 0,1 | 0,0 |

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

2) Mittelwert in Liter pro Woche für Konsumenten des Getränks

5 Tabak

Tabakwaren

Die Mehrheit (95,6%) der Tabakkonsumenten gab Zigaretten als hauptsächliche Tabakware an. Dem folgten Zigarillos mit 10,5%, Zigarren mit 5,8% und Pfeife mit 5,9%. Zigarren, Zigarillos und Pfeife spielten bei Frauen und jüngeren Personen eine geringere Rolle als bei Männern und älteren Personen. Ausnahme sind Zigarren, die vor allem von jungen Erwachsenen präferiert wurden. Insgesamt haben 16% der Befragten (Männer: 26,4%, Frauen: 5,3%) irgendetwas im Leben Schnupftabak konsumiert und 1,8% Kautabak (Männer: 3,3%, Frauen: 0,4%). In den letzten 12 Monaten vor der Befragung gaben nur wenige den Konsum von Schnupftabak (Männer: 6,1%, Frauen: 0,9%) oder von Kautabak (Männer: 0,4%, Frauen: 0,3%) an. Schnupftabak wurde hauptsächlich von jüngeren Konsumenten genutzt.

Prävalenz des Tabakkonsums

Knapp ein Drittel der 18- bis 64-jährigen Befragten gab an, im letzten Monat geraucht zu haben (Tabelle 5-1). Der Unterschied zwischen Männern und Frauen fällt nur gering aus (29,8% vs. 25,9%). Von den unter 30-Jährigen rauchten knapp 40%, von den über 30-Jährigen gab dagegen nur etwa jeder Vierte an zu rauchen. Der Anteil der Nichtraucher nimmt ebenfalls über die Altersgruppen hinweg ab. Im Gegenzug zur Abnahme der Anteile der Raucher und Nichtraucher steigt der Anteil der Exraucher mit dem Alter. Er steigt von 8,7% bei den 18- bis 24-Jährigen auf 40,4% bei den 50- bis 64-Jährigen. Trotz geringer Geschlechtsunterschiede bei den Rauchern bezeichneten sich jede zweite Frau aber nur etwa 40% der Männer als Nichtraucher. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung rauchten in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung 1.2 Mio. Männer (95%-KI: 1.0-1.4 Mio.) und 1.0 Mio. Frauen (95%-KI: 870.000-1.15 Mio.) in Bayern.

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

| | Altersgruppen | | | | | |
|----------------------------|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Gesamt | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| Gesamt | 1538 | 326 | 270 | 290 | 306 | 346 |
| Nichtraucher ¹⁾ | 45,4 (721) | 49,0 | 46,4 | 51,1 | 47,9 | 36,6 |
| Exraucher ²⁾ | 26,8 (349) | 8,7 | 17,1 | 24,7 | 25,0 | 40,4 |
| Raucher ³⁾ | 27,9 (468) | 42,3 | 36,4 | 24,2 | 27,1 | 23,0 |
| Männer | 697 | 167 | 115 | 123 | 134 | 158 |
| Nichtraucher | 39,2 (292) | 47,3 | 44,5 | 42,6 | 43,1 | 27,9 |
| Exraucher | 31,0 (180) | 9,1 | 20,0 | 27,1 | 28,1 | 49,2 |
| Raucher | 29,8 (225) | 43,6 | 35,5 | 30,2 | 28,8 | 22,9 |
| Frauen | 841 | 159 | 155 | 167 | 172 | 188 |
| Nichtraucher | 51,7 (429) | 51,1 | 48,3 | 58,7 | 52,9 | 45,9 |
| Exraucher | 22,5 (169) | 8,2 | 14,4 | 22,4 | 21,9 | 31,1 |
| Raucher | 25,9 (243) | 40,7 | 37,3 | 18,9 | 25,3 | 23,1 |

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 33,7% nicht täglich, 20,8% gaben einen Konsum von höchstens 10 Zigaretten pro Tag und 19,3% einen Konsum von etwa 11-19 Zigaretten pro Tag an. Der Anteil starker Raucher mit einem täglichen Konsum von 20 oder mehr Zigaretten beträgt 26,3%. Deutlich mehr Männer als Frauen rauchten stark (34,7% vs. 16,6%). Mit zunehmendem Alter bleibt der Anteil starker Raucher in etwa konstant, lediglich bei den 50- bis 64-Jährigen Rauchern gab jeder Dritte an, stark zu rauchen (36%). Eine nach Geschlecht und Alter getrennte Betrachtung zeigt nur bei Männern einen mit steigendem Alter tendenziell steigenden Anteil starker Raucher. Bei den Frauen ist kein klarer Trend zu erkennen (Tabelle 5-2). Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung fanden sich 387.000 Männer (95%-KI: 293.000-506.000) und 160.000 Frauen (95%-KI: 112.000-228.000), die in den 30 Tagen vor der Befragung täglich 20 oder mehr Zigaretten rauchten.

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

| | Altersgruppen | | | | | | |
|----------------------|---------------|-------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Gesamt | | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| Gesamt | 443 | | 137 | 95 | 66 | 74 | 71 |
| Nicht täglich | 33,7 | (155) | 37,2 | 45,8 | 26,6 | 33,6 | 30,5 |
| Täglich bis 10 | 20,8 | (104) | 20,8 | 20,5 | 21,0 | 20,9 | 16,2 |
| Täglich 11-19 | 19,3 | (81) | 19,3 | 18,6 | 25,1 | 19,6 | 17,3 |
| Täglich 20 oder mehr | 26,3 | (103) | 26,3 | 15,1 | 27,3 | 25,9 | 36,0 |
| Männer | 214 | | 74 | 39 | 36 | 33 | 32 |
| Nicht täglich | 32,1 | (73) | 34,7 | 49,3 | 32,9 | 30,6 | 21,7 |
| Täglich bis 10 | 16,3 | (40) | 27,8 | 14,5 | 18,5 | 15,6 | 5,8 |
| Täglich 11-19 | 16,9 | (35) | 16,9 | 16,2 | 7,4 | 26,4 | 16,1 |
| Täglich 20 oder mehr | 34,7 | (66) | 20,6 | 20,1 | 41,2 | 27,5 | 56,4 |
| Frauen | 229 | | 63 | 56 | 30 | 41 | 39 |
| Nicht täglich | 35,5 | (82) | 40,8 | 42,7 | 17,7 | 36,9 | 39,3 |
| Täglich bis 10 | 25,9 | (64) | 24,9 | 25,9 | 24,6 | 26,8 | 26,5 |
| Täglich 11-19 | 22,0 | (46) | 12,3 | 20,8 | 50,5 | 12,1 | 18,5 |
| Täglich 20 oder mehr | 16,6 | (37) | 21,9 | 10,7 | 7,3 | 24,2 | 15,7 |

Alter des ersten Tabakkonsums

Die Verteilung des Alters ersten Tabakkonsums nach Altersgruppen weist bei den Frauen einerseits auf eine leichte Reduktion des Tabakkonsums mit den Alterskohorten hin, andererseits zeigt sich bei den jüngeren Alterskohorten eine deutliche Vorverlagerung des Alters des ersten Tabakkonsums. Während von den 18- bis 24-Jährigen bereits fast die Hälfte bis zum Alter von 16 Jahren Tabak probiert hatte (47%), waren es bei den 25- bis 29-Jährigen 41%, bei den 30- bis 39-Jährigen 29%, bei den 40- bis 49-Jährigen 25% und bei den 50- bis 64-Jährigen 20% (Abbildung 5-1). Bei den Männern haben im Vergleich zu den anderen Altersgruppen lediglich die 50- bis 64-Jährigen eine höhere Lebenszeiterfahrung mit Tabak. Bis zum Alter von 16 Jahren hatten von den 25- bis 49-Jährigen etwa 37-39% bereits Erfahrung mit Tabak. Die Anteile der jüngsten und der ältesten Gruppe sind dagegen höher. Von

den 18- bis 24-Jährigen waren 48% und von den 50- bis 64-Jährigen 44% bereits im Alter von 16 Jahren tabakerfahren (Abbildung 5-2).

Alter des Beginns täglichen Tabakkonsums

Der Beginn des täglichen Tabakkonsums ist etwas zeitlich verschoben zum ersten Konsum. Auch rauchten in jeder Alterskohorte etwas weniger Personen täglich. Abbildung 5-3 zeigt bei den Frauen, dass die beiden jüngsten Alterskohorten deutlich früher mit dem täglichen Rauchen anfangen und dass auch bereits in jungem Alter mehr junge weibliche Erwachsene täglich rauchten als dies bei den anderen drei Alterskohorten der Fall war. Bis zum Alter von 16 Jahren rauchten 29% (18 bis 24 Jahre) bzw. 20% (25 bis 29 Jahre) täglich. Bei den 30- bis 39-Jährigen waren es 13% und bei den Älteren lediglich jeweils 1%. Auch die Verteilung des Alters des Beginns des täglichen Rauchens bei den Männern erfolgte zeitlich versetzt zum ersten Konsum. Mit Ausnahme der jüngsten Alterskohorte (18 bis 24 Jahre), die früher mit dem täglichen Rauchen begann, zeigen die anderen Altersgruppen einen nahezu identischen zeitlichen Verlauf des Beginns täglichen Rauchens. Während also von den 18- bis 24-Jährigen bis zum Alter von 16 Jahren bereits 33% täglich rauchten, waren es bei den anderen jeweils etwa 20%. Die Kohorte der 50- bis 64-Jährigen weist im Vergleich zu den anderen Altersgruppen ab dem 20. Lebensjahr einen höheren Anteil täglicher Raucher auf (Abbildung 5-4).

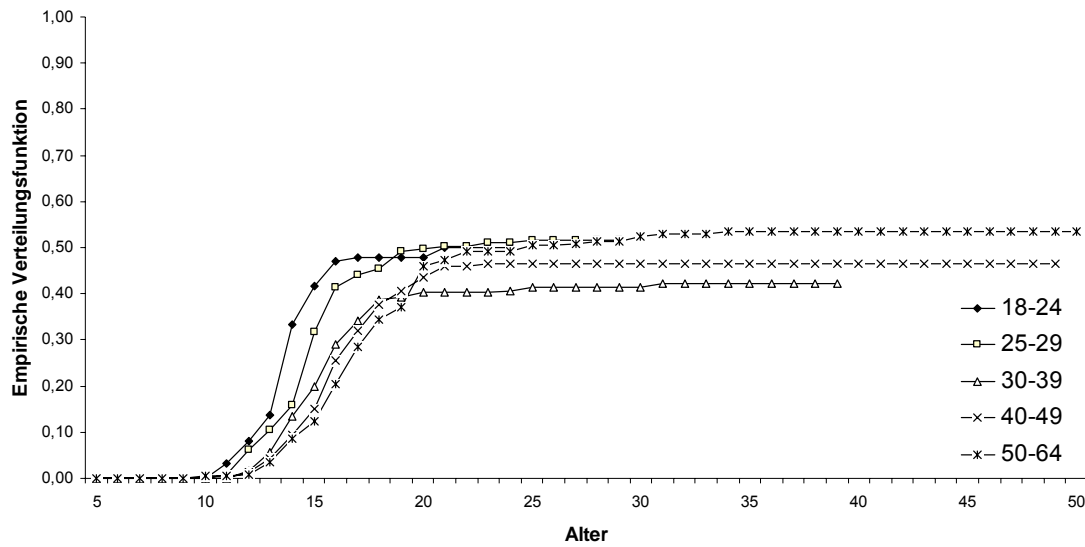


Abbildung 5-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Frauen

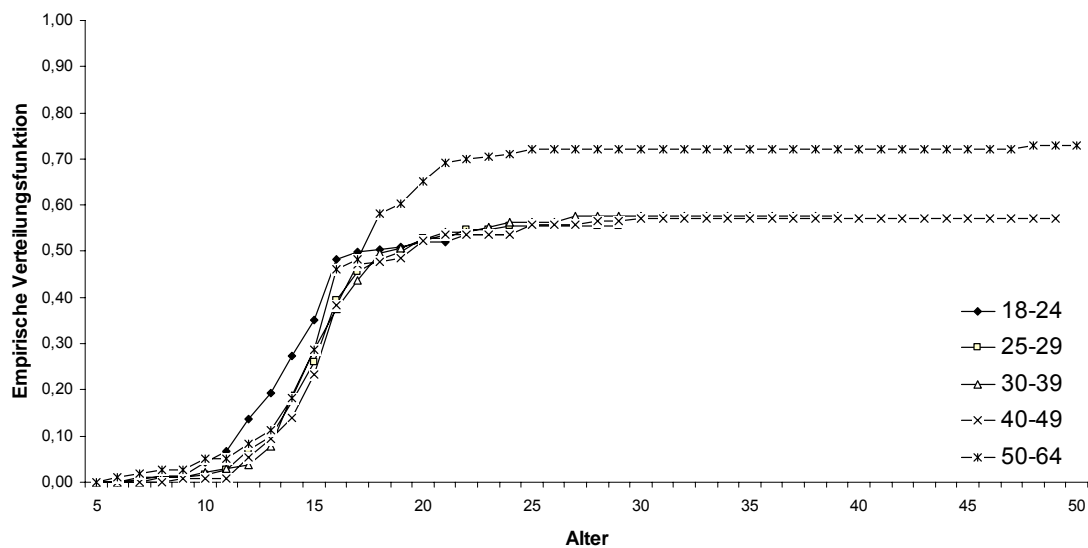


Abbildung 5-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Männer

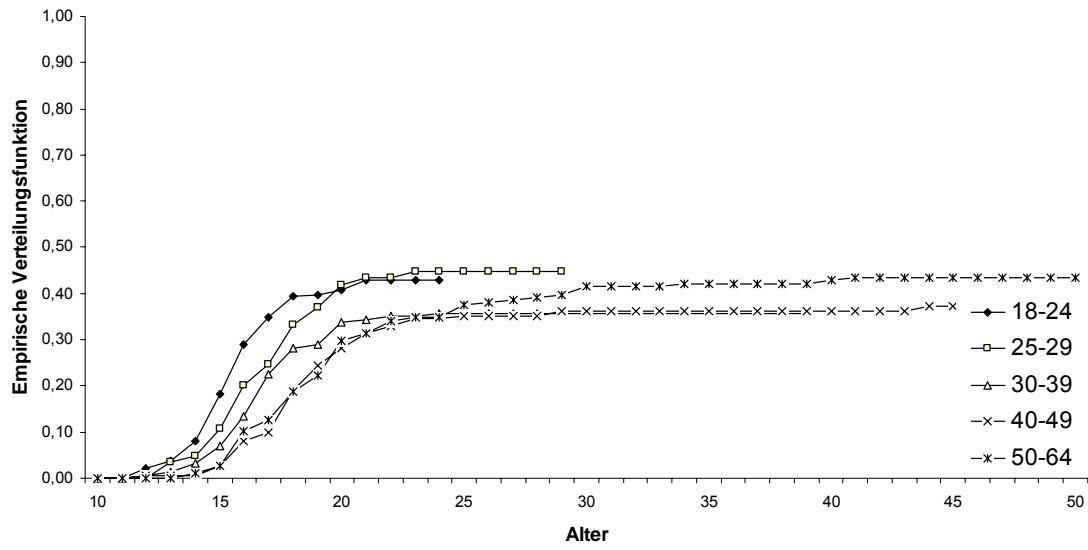


Abbildung 5-3: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Frauen

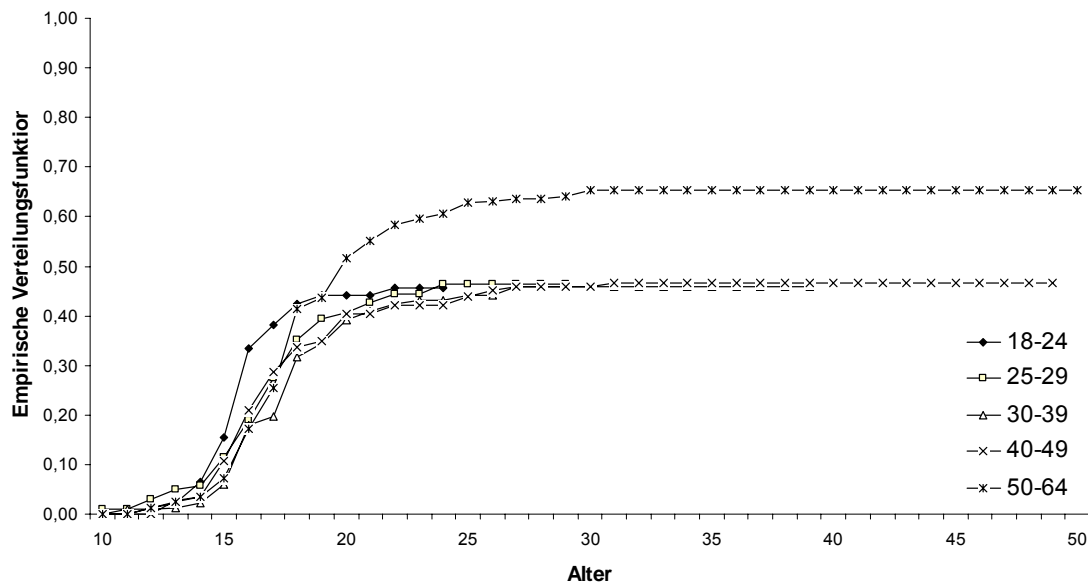


Abbildung 5-4: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Männer

Nikotinabhängigkeit

Einen Gesamtwert von vier oder mehr Punkten im Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTND) erreichten 9,5% der Gesamtstichprobe und 35,9% der befragten Raucher (Tabelle 5-3). Insgesamt wurden Männer häufiger als Frauen als nikotinabhängig klassifiziert (10,5% vs. 8,4%). Der Anteil der Nikotinabhängigen geht von 12,9% bei den 18- bis 24-Jährigen zurück auf 9,1% bei den 50- bis 64-Jährigen.

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

| | Gesamt | Geschlecht | | Altersgruppen | | | | |
|-------------------------|-------------|------------|------------|---------------|------------|------------|------------|------------|
| | | Männer | Frauen | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| Gesamtstichprobe | 1497 | 674 | 823 | 315 | 263 | 285 | 297 | 337 |
| FTND (≥ 4) | 9,5 (141) | 10,5 | 8,4 | 12,9 | 9,1 | 9,4 | 8,6 | 9,1 |
| Raucher | 418 | 198 | 220 | 130 | 91 | 61 | 68 | 68 |
| FTND (≥ 4) | 35,9 (135) | 38,5 | 33,2 | 31,3 | 25,6 | 41,4 | 33,4 | 43,3 |

Legt man für die Diagnose einer Abhängigkeit die Kriterien des DSM-IV zugrunde (Tabelle 5-4), wurden sowohl für die Gesamtstichprobe (6,4%) als auch für die Gruppe der Tabakraucher (21,6%) geringere Prävalenzwerte geschätzt. Die Prävalenzunterschiede zwischen Männern und Frauen sind gering. Mit dem Alter sind die Prävalenzwerte leicht rückläufig (Gesamtstichprobe). Bezogen auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung wurden 499.000 Personen (95%-KI: 402.000-617.000) als nikotinabhängig nach DSM-IV klassifiziert (12-Monats-Prävalenz). Bezogen auf das Screeninginstrument FTND wurden 744.000 Personen (95%-KI: 622.000-886.000) als nikotinabhängig geschätzt.

Tabelle 5-4: Anteil der Personen mit einem positiven Befund für Nikotinabhängigkeit im DSM-IV (Gesamtstichprobe und Raucher der letzten 12 Monate)

| | Gesamt | Geschlecht | | Altersgruppen | | | | |
|-------------------------|-------------|------------|------------|---------------|------------|------------|------------|------------|
| | | Männer | Frauen | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| Gesamtstichprobe | 1527 | 692 | 835 | 324 | 269 | 288 | 303 | 343 |
| DSM-IV Abhängigkeit | 6,4 (104) | 7,2 | 5,5 | 11,7 | 8,5 | 3,0 | 5,8 | 6,8 |
| Raucher | 438 | 211 | 227 | 136 | 96 | 64 | 72 | 70 |
| DSM-IV Abhängigkeit | 21,6 (95) | 23,4 | 19,5 | 26,6 | 22,0 | 11,1 | 20,9 | 27,4 |

Änderungsbereitschaft

Mehr als die Hälfte der täglichen Raucher mit Aufhörversuchen (58,2%) hatte nicht vor, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören (Tabelle 5-5). Sie sind nach dem Modell von Prochaska und DiClemente (1992) dem Stadium der Absichtslosigkeit zuzuordnen. Im Stadium der Absichtsbildung befanden sich 38%, d.h. sie machten sich ernsthaft Überlegungen, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören. Nur 3,8% der befragten Raucher gaben an, ihren Tabakkonsum innerhalb der nächsten 30 Tage aufgeben zu wollen und befanden sich somit im Stadium der Vorbereitung. In der Änderungsbereitschaft zeigen sich nur geringe Geschlechtsunterschiede.

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

| | Geschlecht | | | Altersgruppen | | | | |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Gesamt 286 | Männer 141 | Frauen 145 | 18-24 82 | 25-29 51 | 30-39 49 | 40-49 53 | 50-59 51 |
| Absichtslosigkeit | 58,2 (164) | 55,9 | 61,1 | 60,1 | 59,7 | 61,3 | 53,4 | 58,9 |
| Absichtsbildung | 38,0 (112) | 40,5 | 34,9 | 37,5 | 40,3 | 36,7 | 40,4 | 35,8 |
| Vorbereitung | 3,8 (10) | 3,6 | 4,0 | 2,3 | 0,0 | 2,0 | 6,1 | 5,3 |

Passivrauchen

Rund 16% der aktuell nicht rauchenden Erwerbstätigen und Auszubildenden war täglich am Arbeitsplatz dem Passivrauchen ausgesetzt, weitere 10,6% ein- bis dreimal pro Woche (Tabelle 5-6). Von täglichem Passivrauchen zu Hause berichteten 6,9% der Untersuchungsteilnehmer. In der Freizeit lag der Anteil des täglichen Passivrauchen bei 2,3%, knapp ein Drittel der Befragten berichtete jedoch von einer ein- bis mehrmaligen wöchentlichen Exposition (32,3%). Stark beeinträchtigt durch das Rauchen anderer fühlten sich 45,2% der Befragten. Erwartungsgemäß gaben Nichtraucher häufiger als Raucher und Exraucher an, sich durch das Rauchen anderer gestört zu fühlen. Nahezu zwei Drittel der Befragten mied Orte, an denen viel geraucht wurde, wie z.B. Kneipen, Bars, Diskos oder Raucherabteile im Zug. Dies wurde von 77,4% der Nichtraucher und 68,6% der Exraucher berichtet, aber auch von einem Viertel (25,8%) der Raucher. Frauen gaben häufiger an, sich durch Passivrauchen stark beeinträchtigt zu fühlen als Männer (Männer: 40,5%; Frauen: 49,5%) und mieden häufiger Orte, an denen viel geraucht wurde (Männer: 55,4%; Frauen: 66,0%).

Tabelle 5-6: Häufigkeit des Passivrauchens, Vermeidung von Passivrauchen und Einstellung zum Rauchen

| | | Gesamt | Männer | Frauen | Nicht-raucher | Exraucher | Raucher |
|--|-----------------------------|--------|--------|--------|---------------|-----------|---------|
| Zu Hause | (fast) täglich | 6,9 | 6,7 | 7,2 | 7,2 | 6,4 | |
| | 1-3x pro Woche | 3,7 | 4,1 | 3,3 | 4,0 | 3,2 | |
| Am Arbeitsplatz ¹⁾ | (fast) täglich | 16,1 | 22,1 | 9,1 | 14,6 | 19,0 | |
| | 1-3x pro Woche | 10,6 | 10,5 | 10,6 | 11,3 | 9,2 | |
| In der Freizeit | (fast) täglich | 2,3 | 3,2 | 1,4 | 2,2 | 2,4 | |
| | 1-3x pro Woche | 32,3 | 41,5 | 23,2 | 31,3 | 33,9 | |
| Raucher stören | Stark ²⁾ | 45,2 | 40,9 | 49,5 | 66,9 | 47,8 | 8,2 |
| | weniger stark ³⁾ | 30,6 | 31,9 | 29,4 | 28,0 | 35,8 | 30,2 |
| | gar nicht | 24,2 | 27,2 | 21,1 | 5,2 | 16,5 | 61,7 |
| Meidung von Orten, an denen viel geraucht wird | | 60,6 | 55,4 | 66,0 | 77,4 | 68,6 | 25,8 |

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

Soziale Schicht

Die Daten veranschaulichen, dass es sich beim Rauchen um ein im hohen Maß schichtspezifisches Verhaltensmuster handelt. Legt man den im Rahmen der Studie verwendeten Schichtindex zugrunde, dann rauchen 40% der Männer aus der Unterschicht, aber nur 30% aus der Mittelschicht und 22% der Oberschicht (Tabelle 5-7). Unter Einbeziehung der Anteile der Exraucher wird deutlich, dass Männer, die der Oberschicht angehören, nicht nur häufiger rauchen, sondern auch seltener wieder aufhören. Bei Frauen sind ebenfalls Schichtunterschiede festzustellen, die allerdings schwächer ausgeprägt sind als bei den Männern. Insbesondere bei den weiblichen Nichtraucherinnen lassen sich kaum Unterschiede nach Schichtzugehörigkeit nachweisen.

Tabelle 5-7: Anteil der Nichtraucher, Raucher und Exraucher nach Sozialschicht

| | Männer | | | Frauen | | |
|--------------|--------|--------|------|--------|--------|------|
| | Gering | mittel | hoch | gering | mittel | hoch |
| Nichtraucher | 37,9 | 35,3 | 45,7 | 51,6 | 49,3 | 56,1 |
| Raucher | 40,2 | 29,9 | 22,2 | 30,0 | 26,5 | 21,1 |
| Exraucher | 22,0 | 34,9 | 32,1 | 18,4 | 24,2 | 22,7 |

Eine nach Altersgruppe differenzierte Betrachtung verdeutlicht, dass sich der Schichtgradient bei Männern und Frauen am deutlichsten im mittleren Lebensalter abzeichnet (Tabelle 5-8). Bei den unter 30-Jährigen treten schichtspezifische Unterschiede im Rauchen schwächer hervor. Starkes Rauchen von 20 und mehr Zigaretten täglich berichteten vermehrt Männer mit niedriger Sozialschichtzugehörigkeit (Tabelle 5-9).

Tabelle 5-8: Prävalenz des täglichen Zigarettenrauchens nach Sozialschicht

| | Männer | | | Frauen | | |
|---------------|--------|--------|------|--------|--------|------|
| | Gering | mittel | hoch | gering | mittel | hoch |
| < 30 Jahre | 23,9 | 23,5 | 23,6 | 20,3 | 23,4 | 19,9 |
| 30 - 49 Jahre | 32,7 | 22,2 | 9,1 | 19,6 | 19,5 | 6,2 |
| > 49 Jahre | 27,3 | 16,7 | 8,7 | 13,0 | 10,9 | 19,4 |

Tabelle 5-9: Prävalenz des Rauchens von täglich 20 oder mehr Zigaretten nach Sozialschicht

| | gering | mittel | hoch |
|--------|--------|--------|------|
| Männer | 15,5 | 12,0 | 2,3 |
| Frauen | 3,5 | 5,6 | 2,0 |
| Gesamt | 9,6 | 8,7 | 2,2 |

Tabelle 5-10 zeigt wie sich der Anteil der Raucher (Lebenszeit) nach Sozialschicht verändert hat. In der ältesten Geburtskohorte, zu der Personen zählen, die zwischen 1942 und 1956 geboren wurden, haben etwa 71% der Männer aus der Oberschicht und 61% der Männer aus der Unterschicht jemals geraucht. In den jüngeren Geburtskohorten zeigt sich ein umgekehrtes Verhältnis, wonach Männer der Unterschicht im Vergleich zu Männern der Ober-

schicht häufiger rauchten. Dieser Zusammenhang verdeutlicht sich auch durch die Differenzen der Raucher-Prävalenzen in der Oberschicht und Unterschicht, die ebenfalls in Tabelle 5-10 aufgeführt sind.

Tabelle 5-10: Prävalenz des Rauchens (Lebenszeit) nach Sozialschicht und Geburtskohorte

| | Männer | | | | Frauen | | | |
|---------|---------------|---------------|-------------|--------------|---------------|---------------|-------------|--------------|
| | Gering (1) | Mittel (2) | Hoch (3) | Diff. 3-1 | Gering (1) | Mittel (2) | Hoch (3) | Diff. 3-1 |
| 1977-81 | 61,1 | 65,4 | 38,4 | -22,6 | 57,4 | 55,7 | 35,6 | -21,8 |
| 1967-76 | 71,8 | 60,8 | 45,7 | -26,1 | 48,1 | 42,2 | 36,1 | -12,0 |
| 1957-66 | 74,0 | 58,4 | 49,1 | -24,9 | 36,5 | 54,1 | 40,7 | -4,2 |
| 1942-56 | 60,6 | 77,7 | 71,4 | 10,8 | 49,4 | 53,1 | 61,7 | 12,4 |

Soziale Unterschiede bestehen auch in der Passivrauchbelastung (Tabelle 5-11). Von den nicht-rauchenden Männern bzw. Männer, die das Rauchen beendet haben, sind nach eigener Auskunft 48,8% der Unterschicht und 27,4% der Oberschicht mindestens zwei- bis dreimal pro Woche Tabakrauch ausgesetzt. Bei den Nicht- und Exraucherinnen geben 30% der Unterschicht, aber nur 14,7% der Mittelschicht und 16% der Oberschicht an, Tabakrauch ausgesetzt zu sein. Auch die Passivrauchbelastung ist im mittleren Lebensabschnitt am deutlichsten ausgeprägt. Die Passivrauchbelastung ist an verschiedenen Orten unterschiedlich stark: In der eigenen Wohnung sind rund ein Fünftel der Männer aus der Unterschicht, aber nur 3,4% der Männer aus der Oberschicht Tabakrauch ausgesetzt. Am Arbeitsplatz sehen sich 35,7% der Männer aus der Unterschicht, jedoch nur 15% der Männer der Oberschicht Passivrauchbelastungen gegenüber. Nichtraucherinnen sind insgesamt weniger passivrauchbelastet als Männer, wobei diese Unterschiede insbesondere am Arbeitsplatz und in der Freizeit zu Tage treten (Tabelle 5-12).

Tabelle 5-11: Passivrauchbelastung ¹⁾ der Nicht- und Exraucher nach Sozialschicht

| | Männer | | | Frauen | | |
|---------------|--------|--------|------|--------|--------|------|
| | gering | mittel | hoch | gering | mittel | hoch |
| < 30 Jahre | 55,5 | 51,4 | 33,2 | 45,9 | 45,4 | 30,7 |
| 30 - 49 Jahre | 61,3 | 48,5 | 25,9 | 32,6 | 20,1 | 10,8 |
| > 49 Jahre | 28,1 | 28,3 | 30,2 | 16,1 | 21,9 | 24,4 |
| Gesamt | 48,8 | 42,2 | 27,9 | 30,0 | 14,7 | 16,0 |

1) Passivrauchexposition: 2-3x/ Woche oder öfter mindestens an einem der genannten Orte (d.h. zu Hause, am Arbeitsplatz/ Ausbildungsplatz, in der Freizeit) einer Tabakrauchbelastung ausgesetzt

Tabelle 5-12: Ort der Passivrauchbelastung ¹⁾ der Nie- und Exraucher nach Sozialschicht

| | Männer | | | Frauen | | |
|-----------------|--------|--------|------|--------|--------|------|
| | gering | mittel | hoch | gering | mittel | hoch |
| Zu Hause | 19,9 | 7,2 | 3,4 | 17,8 | 9,0 | 3,5 |
| Am Arbeitsplatz | 35,7 | 35,1 | 15,0 | 17,6 | 13,9 | 8,2 |
| Freizeit | 32,4 | 22,1 | 17,2 | 15,2 | 9,1 | 7,5 |

1) Passivrauchexposition: 2-3x/ Woche oder öfter

Trends

Prävalenz des Rauchens. Nach einem deutlichen Rückgang der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens zwischen 1980 und 1990 zeigt sich bis 2006 keine weitere Änderung im Anteil der 18- bis 24-jährigen Raucher (Tabelle 5-13). Auch Beobachtungen in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen von 1986 bis 2006 weisen insgesamt auf keine Änderung der Prävalenz der Raucher hin. Wie aus Tabelle 5-14 hervorgeht, ist der konstante Verlauf der Raucherprävalenz jedoch damit zu erklären, dass die zeitlichen Trends weiblicher und männlicher junger Erwachsener konvergieren. In der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen sind die Prävalenzwerte bei beiden Geschlechtern zwischen 1990 und 2006 dagegen deutlich zurückgegangen. Bei den 40- bis 59-Jährigen sind die Raucherprävalenzen zwischen 1995 und 2006 wiederum unverändert.

Tabelle 5-13: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens 18- bis 24-Jähriger, 1980-2006

| | Erhebungsjahr | | | | | | | |
|---------------|---------------|------------|-------------|-----------|------------|------------|------------|------------|
| | 1980 | 1986 | 1990 | 1995 | 1997 | 2000 | 2003 | 2006 |
| Gesamt | 990 | 482 | 1305 | 82 | 118 | 125 | 286 | 326 |
| | 62,0* | 42,2 | 38,9 | 39,2 | 41,2 | 39,9 | 37,2 | 42,3 |

*) $p < .05$ für Vergleich mit dem Jahr 2006; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, Geschlecht

Tabelle 5-14: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens, 1986-2006

| | Alter | Erhebungsjahr | | | | | | |
|---------------|-------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 1986 | 1990 | 1995 | 1997 | 2000 | 2003 | 2006 |
| Gesamt | | 692 ¹⁾ | 2928 ²⁾ | 1127 ³⁾ | 1146 | 1036 | 1259 | 1414 |
| | 18-29 | 40,2 | 39,1 | 39,5 | 41,8 | 41,3 | 37,9 | 39,6 |
| | 30-39 | - | 38,0* | 37,5* | 39,0* | 38,6* | 31,1 | 24,2 |
| | 40-59 | - | - | 28,4 | 29,0 | 28,4 | 27,0 | 25,9 |
| Männer | | 355 | 1431 | 517 | 518 | 453 | 575 | 638 |
| | 18-29 | 44,7 | 41,8 | 49,4 | 53,4* | 46,0 | 42,9 | 40,1 |
| | 30-39 | - | 41,9* | 42,3* | 43,1* | 44,0* | 34,3 | 30,2 |
| | 40-59 | - | - | 30,4 | 39,2* | 34,7 | 29,5 | 26,8 |
| Frauen | | 337 | 1497 | 610 | 628 | 583 | 684 | 776 |
| | 18-29 | 35,6 | 36,3 | 29,1* | 29,8* | 36,6 | 32,9 | 39,0 |
| | 30-39 | - | 33,8* | 32,3* | 34,5* | 33,0* | 27,8* | 18,9 |
| | 40-59 | - | - | 26,4 | 18,5 | 22,0 | 24,5 | 24,9 |

1) 1986: 18-29 Jahre, ungewichtetes n

2) 1990: 18-39 Jahre, ungewichtetes n

3) 1995-2006: 18-59 Jahre, ungewichtetes n

*) $p < .05$ für Vergleich mit dem Jahr 2006; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht)

Prävalenz starken Rauchens. Trendbeobachtungen zwischen 1980 und 1990 zeigen insgesamt einen starken Rückgang der Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag von 21,2% (1980) auf 8,8% (2006) bei 18- bis 24-jährigen jungen Erwachsenen. Nach einem deutlichen Rückgang zwischen 1980 und 1990 ist die Prävalenz des starken Rau-

chens bis 2003 weiter gefallen, im weiteren Verlauf bis 2006 nahm der Anteil jedoch wieder zu (Tabelle 5-15). Dieser generelle rückläufige Trend zeigt sich bei beiden Geschlechtern auch in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen zwischen 1986 und 2006, sowie in den Altersgruppen der 30- bis 39-Jährigen (1990-2006) und der 40- bis 59-Jährigen (Tabelle 5-16).

Tabelle 5-15: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten 18 bis 24-Jähriger, 1980-2006

| | Erhebungsjahr | | | | | | | |
|---------------|---------------|------------|-------------|-----------|------------|------------|------------|------------|
| | 1980 | 1986 | 1990 | 1995 | 1997 | 2000 | 2003 | 2006 |
| Gesamt | 980 | 482 | 1214 | 82 | 118 | 121 | 283 | 321 |
| | 21,2* | 13,4* | 13,0* | 13,1* | 11,5 | 6,8 | 6,0 | 8,8 |

*) $p < .05$ für Vergleich mit dem Jahr 2006; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, Geschlecht

Tabelle 5-16: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten, 1986-2006

| | Alter | Erhebungsjahr | | | | | | |
|---------------|-------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 1986 | 1990 | 1995 | 1997 | 2000 | 2003 | 2006 |
| Gesamt | | 692¹⁾ | 2751²⁾ | 1120³⁾ | 1141 | 1009 | 1233 | 1397 |
| | 18-29 | 14,0* | 13,7* | 13,9* | 14,0* | 8,8 | 6,7 | 7,2 |
| | 30-39 | - | 16,8* | 14,0* | 16,5* | 14,6* | 9,6 | 6,4 |
| | 40-59 | - | - | 11,6* | 13,5* | 9,2 | 9,6 | 7,5 |
| Männer | | 355 | 1335 | 516 | 517 | 438 | 558 | 632 |
| | 18-29 | 18,4* | 17,1* | 20,8* | 21,8* | 10,9 | 7,6 | 8,1 |
| | 30-39 | - | 21,8* | 19,7 | 20,9* | 20,8* | 13,5 | 12,1 |
| | 40-59 | - | - | 13,7 | 21,9* | 12,3 | 10,8 | 10,0 |
| Frauen | | 337 | 1416 | 604 | 624 | 571 | 675 | 765 |
| | 18-29 | 9,4* | 10,1* | 6,6 | 5,9 | 6,8 | 5,8 | 6,2 |
| | 30-39 | - | 11,7* | 7,9* | 11,7* | 8,1* | 5,6* | 1,3 |
| | 40-59 | - | - | 9,5* | 4,9 | 6,1 | 8,4* | 4,9 |

1) 1986: 18-29 Jahre, ungewichtetes n

2) 1990: 18-39 Jahre, ungewichtetes n

3) 1995-2006: 18-59 Jahre, ungewichtetes n

*) $p < .05$ für Vergleich mit dem Jahr 2006; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht)

Nikotinabhängigkeit. In der Gruppe der 18- bis 59-Jährigen gab es insgesamt und bei beiden Geschlechtern keine signifikanten Veränderungen in der Prävalenz der Nikotinabhängigkeit. Nach Fagerstöm wurden in allen drei Erhebungen zwischen 2000 und 2006 etwa 10% der 18- bis 59-Jährigen als nikotinabhängig eingestuft. Tendenziell weisen die Werte aber bei den Männern auf eine Abnahme und bei den Frauen auf eine Zunahme der Prävalenz hin (Tabelle 5-17).

Tabelle 5-17: Trends der Nikotinabhängigkeit nach Fagerström bei 18- bis 59-Jährigen, 2000-2006

| | Erhebungsjahr | | |
|---------------|---------------|-------------|-------------|
| | 2000 | 2003 | 2006 |
| Gesamt | 976 | 1222 | 1376 |
| | 10,5 | 9,3 | 9,7 |
| Männer | 423 | 553 | 618 |
| | 14,6 | 10,4 | 10,6 |
| Frauen | 553 | 669 | 758 |
| | 6,4 | 8,1 | 8,9 |

*) $p < .05$ für Vergleich mit dem Jahr 2006; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht)

6 Medikamente

12-Monats-Prävalenz der Einnahme von Medikamenten

Knapp zwei Drittel der Befragten nahm in den letzten 12 Monaten mindestens eines der erfragten Medikamente (63,8%), wobei die Prävalenz bei den Frauen mit 70,9% deutlich höher ist als bei den Männern mit 56,7% (Tabelle 6-1). Anders als erwartet gaben mit knapp 60% etwas weniger 50- bis 64-Jährige die Medikamenteneinnahme in den letzten 12 Monaten an als die Jüngeren mit etwa 65%. Auch bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtung sind die jeweils niedrigsten Prävalenzraten bei den ältesten Befragten zu finden. Bei den Männern beträgt die 12-Monats-Prävalenz der 50- bis 64-Jährigen 51,3%, bei den der 50- bis 64-jährigen Frauen 66,2%.

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

| Gesamt | Altersgruppen | | | | | |
|---------------------------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Gesamt | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| Schmerzmittel | 60,1 | 65,0 | 63,2 | 63,8 | 59,9 | 54,5 |
| Schlafmittel | 5,4 | 4,6 | 4,4 | 3,2 | 6,3 | 6,8 |
| Beruhigungsmittel | 4,7 | 5,6 | 4,5 | 2,8 | 4,5 | 6,0 |
| Anregungsmittel | 0,4 | 0,9 | 0,8 | 0,3 | 0,0 | 0,6 |
| Appetitzügler | 0,5 | 0,0 | 1,2 | 0,4 | 0,9 | 0,2 |
| Antidepressiva | 4,3 | 3,0 | 2,5 | 2,4 | 4,7 | 6,5 |
| Neuroleptika | 0,8 | 0,6 | 2,3 | 0,3 | 1,5 | 0,0 |
| Mindestens ein Medikament | 63,8 | 66,8 | 65,8 | 66,5 | 65,1 | 58,6 |
| Männer | Gesamt | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| Schmerzmittel | 53,4 | 52,7 | 55,5 | 55,2 | 56,9 | 48,4 |
| Schlafmittel | 5,0 | 3,6 | 5,2 | 3,7 | 5,7 | 5,6 |
| Beruhigungsmittel | 4,1 | 2,7 | 2,7 | 2,0 | 3,5 | 7,2 |
| Anregungsmittel | 0,4 | 1,2 | 1,0 | 0,7 | 0,0 | 0,0 |
| Appetitzügler | 0,1 | 0,0 | 1,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Antidepressiva | 3,3 | 1,2 | 2,6 | 1,7 | 2,5 | 6,3 |
| Neuroleptika | 1,0 | 0,9 | 3,4 | 0,0 | 1,9 | 0,0 |
| Mindestens ein Medikament | 56,7 | 53,6 | 58,7 | 58,6 | 61,9 | 51,3 |
| Frauen | Gesamt | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| Schmerzmittel | 66,9 | 79,7 | 70,4 | 71,6 | 62,8 | 61,0 |
| Schlafmittel | 5,8 | 5,9 | 3,7 | 2,6 | 6,8 | 8,1 |
| Beruhigungsmittel | 5,3 | 9,1 | 6,3 | 3,6 | 5,5 | 4,7 |
| Anregungsmittel | 0,5 | 0,7 | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 1,2 |
| Appetitzügler | 1,0 | 0,1 | 1,5 | 0,8 | 1,9 | 0,3 |
| Antidepressiva | 5,3 | 5,2 | 2,5 | 3,0 | 6,9 | 6,7 |
| Neuroleptika | 0,6 | 0,4 | 1,3 | 0,6 | 1,1 | 0,0 |
| Mindestens ein Medikament | 70,9 | 82,5 | 72,4 | 73,6 | 68,4 | 66,2 |

Schmerzmittel wurden von Frauen und Männern in allen Altersgruppen am häufigsten genommen (60,1%), wobei mehr Frauen als Männer Schmerzmittel nahmen (66,9% vs. 53,4%). Die Einnahme von Schmerzmitteln wurde von den 50- bis 64-Jährigen (54,5%) seltener berichtet als von den anderen Altersgruppen, von denen jeweils knapp zwei Drittel der Befragten mindestens einmal in den letzten 12 Monaten den Gebrauch von Schmerzmit-

teilen angaben. Seltener als Schmerzmittel wurden Schlaf- und Beruhigungsmittel und Antidepressiva genommen. Die Prävalenzwerte von Neuroleptika, Anregungsmitteln und Appetitzüglern bewegen sich bei 1% und weniger. Mit Ausnahme von Neuroleptika gaben mehr Frauen als Männer die Einnahme psychoaktiver Medikamente an. Psychopharmaka wie Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Antidepressiva spielen in allen Altersgruppen eine wichtige Rolle, bei Männern gehäuft in den älteren Altersgruppen, bei Frauen zusätzlich auch bei den jungen Erwachsenen (Tabelle 6-1).

30-Tage-Prävalenz der häufigen Einnahme von Medikamenten

Wie aus Tabelle 6-2 hervorgeht, berichtete etwa jeder sechste Befragte (17,2%) die häufige Einnahme irgendeines Medikaments der erfragten Arzneimittelgruppen in den letzten 30 Tagen vor der Befragung. Frauen (19,8%) nahmen häufiger als Männer (14,5%) mindestens ein Medikament einmal oder häufiger pro Woche. Von den unter 40-Jährigen gaben etwa 12% und von den über 40-Jährigen etwa 20% eine mindestens einmalige wöchentliche Medikamenteneinnahme an.

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

| Gesamt | Altersgruppen | | | | | |
|---------------------------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Gesamt | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| Schmerzmittel | 12,6 | 6,5 | 12,0 | 9,2 | 14,7 | 16,0 |
| Schlafmittel | 2,4 | 1,4 | 1,1 | 1,0 | 2,7 | 3,9 |
| Beruhigungsmittel | 2,1 | 1,8 | 1,7 | 0,3 | 1,9 | 4,0 |
| Anregungsmittel | 0,1 | 0,5 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Appetitzügler | 0,2 | 0,0 | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,0 |
| Antidepressiva | 3,4 | 1,8 | 1,7 | 1,8 | 3,7 | 5,8 |
| Neuroleptika | 0,7 | 0,6 | 1,5 | 0,3 | 1,5 | 0,0 |
| Mindestens ein Medikament | 17,2 | 9,8 | 14,2 | 12,0 | 20,2 | 22,2 |
| Männer | Gesamt | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| Schmerzmittel | 10,5 | 6,4 | 10,3 | 8,9 | 11,2 | 12,7 |
| Schlafmittel | 2,7 | 2,6 | 1,8 | 0,5 | 2,9 | 4,2 |
| Beruhigungsmittel | 2,4 | 2,1 | 1,8 | 0,0 | 0,5 | 6,1 |
| Anregungsmittel | 0,2 | 0,7 | 1,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Appetitzügler | 0,1 | 0,0 | 1,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Antidepressiva | 3,0 | 1,2 | 2,6 | 1,2 | 1,8 | 6,2 |
| Neuroleptika | 0,9 | 0,8 | 2,6 | 0,0 | 1,9 | 0,0 |
| Mindestens ein Medikament | 14,5 | 9,2 | 11,1 | 10,6 | 15,5 | 19,6 |
| Frauen | Gesamt | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| Schmerzmittel | 14,8 | 6,6 | 13,7 | 9,5 | 18,2 | 19,4 |
| Schlafmittel | 2,1 | 0,0 | 0,4 | 1,5 | 2,5 | 3,5 |
| Beruhigungsmittel | 1,8 | 1,3 | 1,6 | 0,6 | 3,2 | 1,7 |
| Anregungsmittel | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Appetitzügler | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,8 | 0,8 | 0,0 |
| Antidepressiva | 3,9 | 2,5 | 0,8 | 2,4 | 5,6 | 5,2 |
| Neuroleptika | 0,5 | 0,4 | 0,6 | 0,6 | 1,1 | 0,0 |
| Mindestens ein Medikament | 19,8 | 10,6 | 17,0 | 13,2 | 25,1 | 25,0 |

Die am häufigsten genommenen Medikamente waren wiederum Schmerzmittel, wobei sich Frauen und Männer in der häufigen Einnahme deutlich unterscheiden (14,8% vs. 10,5%). Eine häufige Einnahme von Antidepressiva gaben 3,4% der Gesamtstichprobe an, Schlaf- und Beruhigungsmittel wurden von etwa 2% der Befragten mindestens einmal pro Woche eingenommen, Neuroleptika, Anregungsmittel sowie Appetitzügler von weniger als 1%. Mit Ausnahme von Schmerzmitteln finden sich keine gravierenden Geschlechtsunterschiede (Tabelle 6-2). Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung nahmen 772.000 Frauen (95%-KI: 673.000-881.000) und 574.000 Männer (95%-KI: 457.000-715.000) in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung mindestens einmal pro Woche ein psychoaktives Medikament.

Problematische Einnahme von Medikamenten

Nach dem Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) weisen 3,9% der Befragten einen problematischen Medikamentengebrauch auf. Frauen zeigen mit 4,7% nur einen geringfügig höheren Anteil mit positivem Befund als Männer (3,2%). In der Altersgruppe der 50 bis 64-Jährigen ist die Prävalenz problematischer Medikamenteneinnahme mit 5,6% am höchsten (Tabelle 6-3).

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

| | Geschlecht | | | Altersgruppen | | | | |
|-----------|------------|--------|--------|---------------|-------|-------|-------|-------|
| | Gesamt | Männer | Frauen | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| | 1480 | 674 | 806 | 322 | 258 | 280 | 295 | 325 |
| KFM (≥ 4) | 3,9 (63) | 3,2 | 4,7 | 4,1 | 3,8 | 1,9 | 3,8 | 5,6 |

Am häufigsten wurde mit 20,4% 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, Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen mit 8,6%, bereits einen Vorrat an Tabletten angelegt zu haben mit 7,1% und bestimmte Situationen nicht ohne Medikamente bewältigen zu können mit 6,5%. Mit Medikamenten fühlten sich 4,5% leistungsfähiger, 4,0% fühlten sich ohne Medikamente nicht wohl und 3,5% konnten ohne Medikamente schlechter einschlafen. Die anderen Items wurden deutlich seltener genannt. Frauen stimmten den Aussagen des KFM insgesamt häufiger zu; für einzelne Items (z.B. Geringere Nahrungsaufnahme bei erhöhter Medikamenteneinnahme, Unwohlsein ohne Medikamente, Überschreitung der intendierten Dosis) ergibt sich ein höherer Anteil positiver Antworten bei den männlichen Befragten (Tabelle 6-4).

Neben Geschlechtsunterschieden treten auch deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen auf. In den höheren Altersgruppen wurde häufiger als in den jüngeren Gruppen davon berichtet, dass Medikamente das Einschlafen erleichtern, bei der Problem- und Alltagsbewältigung helfen und die Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit unterstützen. Für Items des KFM wie zum Beispiel die Bewertung des Medikamentenkonsums durch andere, die Einnahme von Medikamenten zur Schmerzlinderung oder die geringere Nahrungsauf-

nahme bei Medikamenteneinnahme ergeben sich keine linearen Alterseffekte. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung erfüllten 308.000 Personen (95%-KI: 226.000-417.000) die Kriterien für einen problematischen Medikamentenkonsum.

Tabelle 6-4: Anteile positiver Antworten auf die Items des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KFM)

| | Geschlecht | | | Altersgruppen | | | | |
|--|------------|--------|--------|---------------|-------|-------|-------|-------|
| | Gesamt | Männer | Frauen | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-64 |
| Schlechteres Einschlafen ohne Mediamente | 3,5 | 3,1 | 4,0 | 2,1 | 1,3 | 1,8 | 3,7 | 6,0 |
| Tablettenvorrat | 7,1 | 5,8 | 8,4 | 9,4 | 9,7 | 9,0 | 6,4 | 4,4 |
| Sozialer Rückzugswunsch | 20,4 | 15,4 | 25,5 | 16,4 | 20,9 | 20,4 | 24,7 | 17,6 |
| Ohne Medikamente können best. Situationen nicht bewältigt werden | 6,5 | 4,6 | 8,4 | 4,3 | 4,2 | 4,1 | 7,4 | 9,2 |
| Andere glauben, dass Person Probleme mit Medikamenten hat | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 2,3 | 1,3 | 0,0 | 0,0 | 0,3 |
| Toleranzsteigerung | 1,9 | 1,8 | 2,0 | 0,9 | 2,0 | 0,6 | 1,4 | 3,8 |
| Medikamenteneinnahme auf- grund von Schmerzen | 8,6 | 5,5 | 11,8 | 8,3 | 5,8 | 5,5 | 7,7 | 13,0 |
| Geringere Nahrungsmittel- aufnahme in Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme | 1,7 | 1,8 | 1,5 | 2,3 | 2,9 | 0,3 | 1,7 | 2,0 |
| Gefühl des Unwohlseins ohne Mediamente | 4,0 | 4,7 | 3,3 | 0,7 | 2,9 | 1,7 | 4,0 | 7,7 |
| Selbst über Einnahmemenge erstaunt | 2,1 | 2,6 | 1,5 | 2,9 | 2,5 | 0,5 | 1,2 | 3,6 |
| Mit Medikamenten leistungsfähiger | 4,5 | 4,2 | 4,8 | 2,6 | 3,1 | 2,4 | 5,5 | 6,5 |

Medikamentenorientierte Einstellung

Mehr als vier Fünftel aller Befragten gaben an, grundsätzlich zu versuchen, ohne Medikamente auszukommen (Tabelle 6-5). Der Anteil von Frauen mit dieser Einstellung entsprach dabei in etwa dem der Männer. Bei den unter 40-Jährigen vertreten etwa 90% diese Einstellung, bei den über 40-Jährigen reduziert sich der Anteil mit einer positiven Antwort auf knapp über 80%. Etwa 9% der Befragten (Frauen: 10,7%; Männer: 6,2%) gaben an, den (Arbeits-)Tag nicht ohne Medikamente durchstehen zu können, 7,1% (Männer: 6,1%; Frauen: 7,9%) wollten in schwierigen Situationen nicht auf Beruhigungsmittel verzichten und jeder Zwölfte fühlte sich ohne Medikamente nicht als vollwertiger Mensch (Männer: 8,9%; Frauen: 8,1%). Die über 40-Jährigen stimmten diesen Aussagen deutlich häufiger zu als die Jüngeren.

Mehr als drei Viertel der Befragten gaben an, bei Schmerzen solange wie möglich ohne Medikamente auskommen zu wollen (Männer: 82,9%; Frauen: 78,4%). Etwa jeder vierte Befragte gab an, gegen Kopfschmerzen sofort ein Schmerzmittel zu nehmen (Männer: 23,2%; Frauen: 28,9%) und konnte nicht nachvollziehen, warum andere Personen Kopfschmerzen ohne Medikamente ertragen (Männer: 22,3%; Frauen: 25,5%). Jeder Zwölfte (Männer: 7,5%; Frauen: 8,4%) nahm Medikamente bereits vor dem richtigen Einsetzen der

Schmerzen, 4,3% (Männer: 2,7%; Frauen: 5,7%) nahm an manchen Tagen eher zuviel Schmerzmittel und immerhin 3,9% (Männer: 4,1%; Frauen: 3,7%) nahm Schmerzmittel zur Anregung und Leistungssteigerung (Tabelle 6-5).

Tabelle 6-5: 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 | 50-64 |
| Lebensbewältigung | | | | | | | | |
| Versuche grundsätzlich ohne Medikamente auszukommen | 86,2 | 86,2 | 86,2 | 90,3 | 90,5 | 89,5 | 84,5 | 81,3 |
| Ohne Medikamente ein halber Mensch | 8,5 | 8,9 | 8,1 | 3,7 | 2,1 | 6,1 | 8,5 | 15,1 |
| Weiß nicht, wie Tag ohne Medikamente durchstehen | 8,7 | 6,2 | 10,7 | 6,6 | 5,5 | 3,4 | 11,1 | 13,1 |
| In manchen Situationen nicht auf Beruhigungsmittel verzichten können | 7,1 | 6,1 | 7,9 | 6,6 | 3,0 | 4,5 | 7,2 | 11,1 |
| Instant Relief | | | | | | | | |
| Versuche bei Schmerzen möglichst lange ohne Medikamente auszukommen | 80,4 | 82,9 | 78,4 | 83,1 | 77,7 | 82,7 | 79,0 | 79,7 |
| Nehme bei Kopfschmerzen sofort Schmerzmittel | 26,4 | 23,2 | 28,9 | 18,8 | 29,8 | 25,8 | 31,0 | 24,1 |
| Nehme eher zuviel Schmerzmittel | 4,3 | 2,7 | 5,7 | 4,0 | 5,6 | 3,6 | 3,1 | 6,0 |
| Unverständlich, dass jemand bei Kopfschmerzen keine Medikamente nimmt | 24,1 | 22,3 | 25,5 | 15,4 | 25,8 | 23,9 | 25,1 | 26,6 |
| Nehme ein Medikament schon, bevor Schmerzen einsetzen | 8,0 | 7,5 | 8,4 | 3,7 | 10,0 | 8,6 | 7,9 | 8,9 |
| Nehme Schmerzmittel wegen anregender Wirkung | 3,9 | 4,1 | 3,7 | 0,7 | 2,8 | 1,8 | 4,4 | 7,1 |

Trends

30-Tage-Prävalenz der häufigen Medikamenteneinnahme. Ein Vergleich der Angaben zur häufigen Medikamenteneinnahme in den letzten 30 Tagen zeigt keine signifikanten zeitlichen Änderungen bei Schlafmitteln, Appetitzüglern, Antidepressiva und Neuroleptika. Geringe Veränderungen finden sich bei Schmerz-, Beruhigungs- und Anregungsmitteln. So ist der Anteil 18- bis 59-Jähriger mit einmaliger oder häufigerer wöchentlicher Einnahme von Schmerzmitteln zwischen 1997 und 2006 signifikant gestiegen. Der Anteil von Beruhigungsmitteln sowie von Anregungsmitteln ist dagegen von 1995 auf 2006 signifikant gefallen. Die beobachteten Trends der häufigen Einnahme dieser Substanzen sind auf Veränderungen des Einnahmeverhaltens von Frauen zurückzuführen (Tabelle 6-6).

Tabelle 6-6: Trends der 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme 18- bis 59-Jähriger, 1995-2006

| Gesamt | Erhebungsjahr | | | | |
|-------------------|---------------|-------|------|------|------|
| | 1995 | 1997 | 2000 | 2003 | 2006 |
| Schmerzmittel | 11,3 | 8,4* | 10,9 | 13,9 | 12,2 |
| Schlafmittel | 1,9 | 2,6 | 1,7 | 2,3 | 2,3 |
| Beruhigungsmittel | 3,5* | 2,3 | 1,9 | 2,2 | 1,5 |
| Anregungsmittel | 1,0* | 0,5 | 0,3 | 0,5 | 0,1 |
| Appetitzügler | 0,7 | 0,6 | 0,5 | 0,6 | 0,3 |
| Antidepressiva | -- | -- | 2,9 | 3,2 | 3,1 |
| Neuroleptika | -- | -- | 0,7 | 0,8 | 0,8 |
| Männer | | | | | |
| Schmerzmittel | 9,4 | 6,7 | 8,9 | 11,0 | 10,0 |
| Schlafmittel | 2,2 | 2,2 | 1,4 | 1,5 | 2,6 |
| Beruhigungsmittel | 2,8 | 1,0 | 2,0 | 1,9 | 1,4 |
| Anregungsmittel | 1,1 | 0,2 | 0,7 | 0,4 | 0,2 |
| Appetitzügler | 0,3 | 0,0 | 0,4 | 0,5 | 0,1 |
| Antidepressiva | -- | -- | 2,4 | 2,1 | 2,7 |
| Neuroleptika | -- | -- | 0,7 | 0,5 | 0,9 |
| Frauen | | | | | |
| Schmerzmittel | 13,3 | 10,1* | 12,9 | 16,9 | 14,3 |
| Schlafmittel | 1,5 | 3,0 | 2,1 | 3,2 | 2,0 |
| Beruhigungsmittel | 4,2* | 3,7* | 1,9 | 2,4 | 1,6 |
| Anregungsmittel | 1,0 | 0,9 | 0,0 | 0,7 | 0,0 |
| Appetitzügler | 1,1 | 1,1 | 0,7 | 0,7 | 0,4 |
| Antidepressiva | -- | -- | 3,3 | 4,4 | 3,4 |
| Neuroleptika | -- | -- | 0,7 | 1,2 | 0,6 |

*) $p < .05$ für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2006; Logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht). Bei kleinen Zellenbesetzungen ($n \leq 5$) wurde Fisher's exakter Test verwendet

Problematischer Medikamentenkonsum. Vergleiche des problematischen Medikamentenkonsums auf der Grundlage des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KFM) zeigen weder insgesamt noch geschlechtsspezifisch signifikante zeitliche Veränderungen zwischen 2000 bzw. 2003 und 2006 (Tabelle 6-7).

Tabelle 6-7: Trends des problematischen Medikamentenkonsums (Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch) bei 18- bis 59-Jährigen, 2000-2006

| | Erhebungsjahr | | |
|---------------|---------------|-------------|-------------|
| | 2000 | 2003 | 2006 |
| Gesamt | 1024 | 1204 | 1365 |
| | 3,1 | 4,8 | 3,6 |
| Männer | 448 | 547 | 620 |
| | 2,3 | 4,4 | 2,9 |
| Frauen | 576 | 657 | 745 |
| | 3,9 | 5,2 | 4,4 |

*) $p < .05$ für Vergleich mit dem Jahr 2006; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht); Bei kleinen Zellenbesetzungen ($n \leq 5$) wurde Fisher's exakter Test verwendet

7 Diskussion

Illegale Drogen

Die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2006 geben deutliche Hinweise auf eine Änderung der zeitlichen Entwicklung des Drogenkonsums. Nach einer kontinuierlichen Zunahme des Konsums illegaler Drogen seit Mitte der 1980er Jahre haben die Prävalenzwerte Anfang der 2000er Jahre ihr Maximum erreicht (Kraus, Augustin, Orth 2005a; Kraus, Pfeiffer-Gerschel & Pabst, 2008). Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den ESA-Daten in Bayern wider. Wie sich zeigt, hat in Bayern in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen (18-24 Jahre) die Lebenszeiterfahrung nach einer konstanten Zunahme bis 2003 nicht weiter zugenommen. Auch sind die Prävalenzwerte des Konsums irgendeiner illegalen Droge bezogen auf die letzten 12 Monate sowie auf die letzten 30 Tage nach einem Maximum in 2003 im weiteren Verlauf zurückgegangen. Vergleichbare Entwicklungen zeigen sich auch in der Altersgruppe der 18- bis 39-Jährigen. Da die Prävalenzwerte des Konsums anderer illegaler Drogen als Cannabis zwischen 1995 und 2006 kaum Veränderungen aufweisen und nahezu jeder Drogenerfahrene Erfahrung mit Cannabis hat, ist dieser Trend weitgehend auf die Entwicklung des Cannabiskonsums zurückzuführen. Im Vergleich zu Gesamtdeutschland unterscheidet sich die zeitliche Entwicklung bei den erwachsenen 18- bis 39-Jährigen nicht, die Prävalenzwerte sind in Bayern jedoch geringfügig niedriger. So stieg in Bayern die 12-Monatsprävalenz des Cannabiskonsums von 1990 auf 2003 von 4,1% auf 9,2%, in Gesamtdeutschland von 4,1% auf 11,9% und ging 2006 auf 8,7% zurück (Gesamtdeutschland 2006: 9,2%). Die in Bayern beobachtete Entwicklung des rückläufigen Cannabiskonsums bei jungen Erwachsenen bestätigt die jüngsten Ergebnisse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die sowohl bei den Jugendlichen (14 bis 17 Jahre) als auch bei den jungen Erwachsenen (18 bis 19 Jahre) eine Abnahme des Cannabiskonsums feststellten, nachdem die Prävalenzwerte 2004 ein Maximum erreicht hatten (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2007a).

Die im Vergleich zu den gesamtdeutschen Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen geringfügig niedrigeren Werte in Bayern weisen auf eine mittlere Stellung der Konsumwerte in dieser Region hin. Gegenüber Schätzungen im großstädtischen Bereich, in dem erfahrungsgemäß eine Konzentration des Drogenkonsums stattfindet (Kraus, Heppekausen & Tretter, 2004), fallen die Prävalenzwerte in Bayern eher gering aus. So waren beispielsweise die 12-Monats- und die 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums 2003 in Hamburg (18 bis 39 Jahre) fast doppelt so hoch wie die gesamtdeutschen Werte (Kraus, Augustin & Orth, 2005b). Zum anderen sprechen die deutlich geringeren Erfahrungswerte für Amphetamine, Ecstasy, LSD und Kokain/Crack, die im großstädtischen Setting um das zwei- bis dreifache höher ausfallen, dafür, dass die Konsumenten in dieser Region eher den Trends folgen als diese selbst vorzugeben.

Insgesamt gab fast jeder Dritte der aktuellen 18- bis 64-jährigen Cannabiskonsumenden in den letzten 30 Tagen einen Konsum von sechsmal oder häufiger an. Jeder zwölfte Konsument der letzten 12 Monate nahm Cannabis in diesem Zeitraum täglich oder fast täglich (200mal oder öfter). Regionale Jugend- und Schülerstudien berichteten ebenfalls bei einem

Drittel der Konsumenten über einen häufigen Konsum (Hurrelmann, Klocke, Melzer & Ravens-Sieberer, 2003; Kraus, Heppekausen, Barrera & Orth, 2004; Perkonigg, Lieb & Wittchen, 1998). Weiterhin ist eine multiple Drogenerfahrung weit verbreitet. In der Bayern-Stichprobe hat von den 18- bis 39-Jährigen fast jeder fünfte Drogenerfahrene zwei oder mehr illegale Drogen wenigstens einmal probiert, jeder zehnte 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 Siebte von drei oder mehr Substanzen. Die Jugendlichen, die Cannabis probiert haben, machten im Vergleich zu früheren Geburtsjahrgängen bereits in einem sehr jungen Alter zum ersten Mal Erfahrung mit dieser Substanz. Trotz rückläufiger Prävalenz des Cannabiskonsums insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen hatte von den 18- bis 24-Jährigen in dieser Gruppe bereits etwa jeder Zehnte bis zum Alter von 15 Jahren Erfahrung mit dieser Substanz.

Cannabisabhängigkeit wurde in der vorliegenden Studie sowohl mit einem Screeninginstrument (Severity of Dependence Skala, Gossop et al., 1995) als auch mit den diagnostischen Kriterien DSM-IV der American Psychiatric Association (1994) erfasst. Unter Verwendung eines Schwellenwertes von zwei oder mehr Punkten in der Severity of Dependence Skala (SDS) (Steiner, Baumeister & Kraus, 2008) wurden in Bayern 1,1% der 18- bis 64-Jährigen als cannabisabhängig eingestuft. Nach den DSM-IV Kriterien wurde Cannabismissbrauch bei 0,5% und Cannabisabhängigkeit bei 0,4% der Stichprobe festgestellt. Im Vergleich zu Gesamtdeutschland (SDS: 1,4%; DSM-IV Missbrauch: 0,7%, DSM-IV Abhängigkeit: 0,4%) sind die Prävalenzwerte einer Cannabisabhängigkeit nach SDS und DSM-IV in Bayern nahezu gleich.

Trotz methodischer Einschränkungen durch den Anteil der Personen, die den Fragebogen nicht beantworten, und durch Tendenzen der Befragten, sozial erwünscht zu antworten, liefert die wiederholte Querschnittsbefragung des Epidemiologischen Suchtsurveys 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. Die vorliegenden Daten weisen insgesamt darauf hin, dass die über fast zwei Jahrzehnte zunehmende Beliebtheit von Cannabis unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowohl in Bayern als auch in Deutschland zumindest zum Stillstand gekommen ist (Kraus, Pfeiffer-Gerschel & Pabst, 2008; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2007a). Vor dem Hintergrund eines frühen Einstiegs in den Cannabiskonsum sind die Erkenntnisse aus Einzelstudien zu den langfristigen Folgen eines frühen Einstiegs (Schneider, 2004; Solowij & Grenyer, 2002), der zunehmenden Behandlungsnachfrage (Simon & Kraus, in Druck) oder der erheblichen Gefährdung durch Cannabis im Straßenverkehr (Kauert & Iwersen-Bergmann, 2004) jedoch nach wie vor besorgniserregend.

Alkohol

Die Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys zeigen eine nach wie vor hohe Verbreitung des Alkoholkonsums, nur 3,1% konnten als lebenslang abstinent bezeichnet werden und nur 6,8% hatten zwar Alkoholerafahrung, 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 in der Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen 12,9% der Männer und bei den Frauen 4,6%. Zehn Jahre zuvor waren es 27,5% der Männer und 7,2% der Frauen, so dass sich insgesamt in dieser Altersgruppe Erwachsener der Anteil über diesem Schwellenwert zwischen 1995 und 2006 von 17,2% auf 8,7% reduziert hat. Mit 30,7% berichteten in dieser Altersgruppe Männer in den letzten 30 Tagen häufiger über mindestens einen Anlass des Rauschtrinkens als Frauen (9,5%). Gegenüber den Werten vor zehn Jahren haben sich die Prävalenzen kaum verändert. Diese Konstanz in der Gesamtgruppe der 18- bis 59-Jährigen darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Rauschtrinken bei den jungen Erwachsenen zugenommen hat, während es bei den Älteren deutlich abgenommen hat. Die in Bayern beobachteten Trends bestätigen die Ergebnisse für Gesamtdeutschland (Pabst & Kraus, 2008) und die der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die auch bei Jugendlichen eine Zunahme des Alkoholkonsums sowie eine Zunahme des Rauschtrinkens feststellten (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2007b).

Im Vergleich zu 1995 nahmen bei den 18- bis 59-jährigen Erwachsenen die Anteile der Bier-, Wein-/Sekt- und Spirituosenkonsumenten bei beiden Geschlechtern ab (Konsumenten der letzten 30 Tage). Die konsumierten Mengen alkoholischer Getränke blieben mit Ausnahme von Bier im Zeitraum der letzten zehn Jahre relativ konstant. Bei insgesamt weniger Personen, die in den letzten 30 Tagen Alkoholkonsum berichteten, lassen sich somit höhere Trinkmengen und damit ein gestiegenes Gefährdungspotenzial für Alkoholtrinker ableiten. Die Trends des getränkespezifischen Alkoholkonsums in Bayern entsprechen dem in Gesamtdeutschland (Pabst & Kraus, 2008) und bestätigen die Ergebnisse anderer Surveys (Nationaler Gesundheitssurvey 1991/92; Bundes-Gesundheitssurvey 1998), die zwischen 1991/92 und 1998 einen signifikanten Rückgang der getränkespezifischen Prävalenzen beobachteten (Bloomfield, Grittner & Kramer, 2005). Zudem weisen auch die Statistiken der Alkoholwirtschaft gegenüber 1995 einen Rückgang im Pro-Kopf-Verbrauch aller Getränke um 10% auf 10,0 Liter im Jahr 2005 auf. Am stärksten sank der Verbrauch von Bier (-15%) und Spirituosen (-12%). Der Verbrauch von Wein und Sekt erhöhte sich um 6% (Meyer & John, 2007).

Obwohl die jungen Erwachsenen im Durchschnitt seltener mehr als 20/30g pro Tag tranken als die über 40-Jährigen, weisen sie ein Trinkmuster auf, das charakterisiert ist durch ein eher seltenes Trinken, bei dem aber hohe Mengen pro Trinkgelegenheit konsumiert werden. Wie Bondy (1996) zeigen konnte, ist gerade dieses Trinkverhalten mit einem hohen Risiko für negative Konsequenzen wie beispielsweise akute alkoholbezogene Unfälle oder Verletz-

ungen assoziiert. Zudem erhöht sich das Risiko für koronare Herzkrankheit und für Diabetes, wenn episodisch viel getrunken wird (Room, Babor & Rehm, 2005). Die vorliegenden Trendanalysen zeigen, dass die Häufigkeit des Rauschtrinkens in den vergangenen zehn Jahren bei den über 25-Jährigen zwar klar abgenommen, bei jungen Erwachsenen allerdings deutlich zugenommen hat. Die Studien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007b) bestätigen diesen problematischen Trend. Bei 16- bis 17-Jährigen weisen Trendvergleiche zwischen 2004 und 2007 auf eine Zunahme des Alkoholkonsums sowie auf eine Zunahme des Rauschtrinkens hin. Eine hohe Verbreitung von Rauschkonsum unter Jugendlichen wird auch in der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) berichtet (Kraus, Heppekausen, Barrera & Orth, 2004). In Verbindung mit dem zu beobachtenden Trend zunehmenden Alkoholkonsums und insbesondere der Zunahme des Rauschtrinkens bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen dürfte das Risiko für negative alkoholbezogene Probleme in dieser Altersgruppe eher zu- als abnehmen.

Nach den Kriterien des DSM-IV wurde in Bayern bei 3,6% der Befragten 18- bis 64-Jährigen ein Alkoholmissbrauch und bei 2,4% eine Alkoholabhängigkeit festgestellt. Männer hatten im Vergleich zu Frauen eine 5,5-fach höhere Prävalenz des Alkoholmissbrauchs und eine 2,8-fach höhere Prävalenz der Alkoholabhängigkeit. Klare Unterschiede ließen sich für beide Diagnosen hinsichtlich des Alters feststellen. Bei beiden Geschlechtern nehmen die Prävalenzen in höheren Altersgruppen ab. Eine Untersuchung von Holly und Wittchen (1998) fand ähnlich hohe Prävalenzraten für Abhängigkeit und Missbrauch bei Jugendlichen. Diese unplausible Verteilung erklärt sich möglicherweise damit, dass jüngere Befragte die DSM-IV-Kriterien anders interpretieren als Ältere. Da sie in der Regel noch nicht an Alkoholkonsum gewöhnt sind, könnten Jugendliche beispielsweise die Folgen einer akuten Intoxikation mit der Symptomatik eines Alkoholentzugs verwechseln (Caetano & Babor, 2006). Demnach wären jüngere und ältere Erwachsene hinsichtlich der Kriterien des DSM-IV nicht unmittelbar miteinander vergleichbar. Als zusätzliches Kriterium wäre zumindest der Schweregrad einer Abhängigkeit bei Jugendlichen und bei Erwachsenen gegenüberzustellen. Verglichen mit den gesamtdeutschen Ergebnissen zeigen sich in den Prävalenzwerten alkoholbezogener Störungen keine Unterschiede (Pabst & Kraus, 2008).

Trotz der 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 insbesondere die Zunahme riskanten Trinkverhaltens (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2007b; Pabst & Kraus, 2008). Dies unterstreicht die Notwendigkeit evidenzbasierter Prävention und die Implementierung und Durchsetzung alkoholpolitischer Maßnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums und alkoholbezogener Probleme (Babor et al., 2003; Edwards et al., 1997; Kraus et al., 2005).

Tabak

Die Prävalenz der Raucher und Raucherinnen wurde bei den 18- bis 24-Jährigen insgesamt auf 42,3% geschätzt. Sechszwanzig Jahre zuvor war sie mit 62,0% deutlich höher. Der zu beobachtende Trend eines rückläufigen Tabakkonsums zeigt sich auch beim Anteil starker Zigarettenraucher (täglich 20 oder mehr Zigaretten). Zwischen 1980 und 2006 ging in dieser Altersgruppe der Anteil starker Raucher und starker Raucherinnen von 21,2% auf 8,8% deutlich zurück. Diese Trends finden sich auch in den Ergebnissen für Gesamtdeutschland (Baumeister, Kraus, Stonner & Metz, 2008) sowie in den Langzeitbeobachtungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007c). Die Daten der BZgA aus fünf Querschnitterhebungen zwischen 2001 und 2007 zeigen eine deutliche Reduktion des Anteils rauchender 12- bis 17-Jähriger von 28% in 2001 auf 18% in 2007, ein Trend, den die Autoren auf verstärkte Präventionsanstrengungen und die in den letzten Jahren mehrfach erhöhte Tabaksteuer zurückführen. Während die Langzeittrends (1979-2007) der BZgA nach einem Rückgang des Raucheranteils Jugendlicher in den 1990er Jahren und einem Anstieg bis 2001 eine drastische Reduktion des Raucheranteils in den vergangenen sieben Jahren beobachteten, weisen die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys bei den 18- bis 24-Jährigen nach einer Abnahme der Raucher-Prävalenzwerte zwischen 1980 und 1990 auf keine wesentlichen Änderungen in den letzten sieben Jahren hin. Im Vergleich zu den Prävalenzwerten von 1990 ist 2007 nur der Raucheranteil der Frauen unter diesen Wert gefallen. Deutliche Veränderungen zeigen sich im Epidemiologischen Suchtsurvey dagegen im Anteil starker Raucher. Dieser Anteil ist seit 1990 in allen Altersgruppen stetig rückläufig und damit auch in den letzten sieben Jahren weiter gefallen (Baumeister, Kraus, Stonner & Metz, 2008).

Der beobachtete langfristige Trend wird auch von anderen Studien bestätigt. Lampert und Burger (2005) verwendeten Daten der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie 1984-86 und 1990/91, des Gesundheitssurveys Ost 1991/92, des Bundesgesundheitsurveys 1998 sowie des telefonischen Gesundheitssurveys 2003, um die Entwicklung im Rauchverhalten der 25- bis 69-Jährigen im Zeitraum 1984 bis 2003 zu beschreiben. In ihrer Analyse zeigte sich bei den Männern in den letzten 20 Jahren lediglich ein geringer Rückgang, bei den Frauen sogar eine Zunahme der Raucherraten. Ebenso zu anderen Ergebnissen als die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kam eine Analyse von 11- bis 15-Jährigen. In dieser Altersgruppe zeigte sich sogar ein Anstieg des regelmäßigen Rauchens zwischen 1994 und 2002 (Richter & Lippin, 2007) auf der Grundlage der Health Behaviour in School-aged Children Studie (HBSC).

Die Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys für Bayern lassen sich auch mit den Daten der Bayerischen Jugendgesundheitsstudie vergleichen (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, 2007), der 2005 einen Anteil von 24,2% Raucher in der bayerischen Bevölkerung über 15 Jahre berichtet (Epidemiologischer Suchtsurvey Bayern 2006: 27,9% bezogen auf die 18- bis 64-Jährigen). Zudem zeigen auch hier die Raucherprävalenzwerte bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach einem deutlichen Rückgang der Raucherprävalenz zwischen 1973 und 1990 einen kurzen Anstieg gefolgt von

einem erneuten Rückgang, so dass die Werte von 2005 bei den Männern wieder in etwa den Stand von 1990 erreichen, bei den Frauen aber deutlich über dem Wert von 1990 liegen. Diese geschlechtsspezifischen Verläufe mit einer Tendenz konvergierender Prävalenzwerte finden sich ebenso in den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurveys Bayern 2006. Verglichen mit dem bundesdeutschen Durchschnitt (Prävalenz der Raucher: 35,8%) rauchen in Bayern deutlich weniger 18- bis 64-Jährige (27,9%).

Mehr Personen, die Tabak das erste Mal probierten, machten im Vergleich zu früheren Geburtsjahrgängen bereits zu einem sehr jungen Alter zum ersten Mal Erfahrung mit dieser Substanz. Trotz rückläufiger Prävalenz des Tabakkonsums insbesondere unter jungen Erwachsenen hatte in dieser Gruppe bereits etwa jede zweite junge Frau und jeder zweite junge Mann bis zum Alter von 16 Jahren Erfahrung mit Tabak. Im Vergleich zu den älteren Geburtskohorten waren die Anteile täglicher Raucher unter den jungen Erwachsenen auf jeder Altersstufe ebenfalls höher. Die nur geringen Unterschiede zu den Anteilen der Erstkonsumenten sprechen dafür, dass der Übergang vom Probierverhalten zum täglichen Konsum mit einer nur geringen zeitlichen Verzögerung stattfindet.

Mit dem Fagerström-Test (FTND) wurden mit 9,5% mehr 15- bis 64-Jährige als nikotinabhängig eingestuft als mit den Kriterien des DSM-IV (6,4%). Dies dürfte damit zusammenhängen, dass mit dem Screening nach Fagerström mehr Ältere positiv getestet wurden als mit dem DSM-IV. Trendvergleiche der Nikotinabhängigkeit nach Fagerström lassen zwischen 2000 und 2006 keine Unterschiede erkennen. Prävalenzen und Trends der Nikotinabhängigkeit stimmen recht gut mit den Ergebnissen für Gesamtdeutschland überein und bestätigen die insgesamt unveränderte Situation des Tabakkonsums in Deutschland, die eine Reduktion des Tabakkonsums allenfalls bei Männern mittleren Alters und starken Rauchern erkennen lässt (Helmert & Buitkamp, 2004).

Nach dem Stufenmodell von Prochaska und DiClemente (1992) befanden sich mehr als die Hälfte (58,2%) der täglichen Raucher mit Aufhörversuchen im Stadium der Absichtslosigkeit, weitere 38% überlegten ernsthaft, in den nächsten sechs Monaten aufzuhören oder befanden sich in der Stufe der Vorbereitung (3,8%). 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). Damit wäre knapp die Hälfte der Raucher potentiell durch spezifische Tabakentwöhnungsprogramme ansprechbar.

Die Forderung nach einem besonderen Schutz der Nichtraucher fand ihren Niederschlag in der im Oktober 2002 in Kraft getretenen Änderung der Arbeitsstättenverordnung. Die Arbeitgeber wurden 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 ist die Tatsache, dass jeder Sechste der erwerbstätigen und auszubildenden Nicht- und Exraucher angab, täglich dem Passivrauchen am Arbeitsplatz ausgesetzt gewesen zu sein, als

hoch zu bewerten. Die Änderungen sind möglicherweise unbekannt geblieben oder ihre Durchsetzung trifft auf 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 fühlte und Orte mied, an denen viel geraucht wurde. Frühere Ergebnisse zum Rauchverbot am Arbeitsplatz zeigten 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).

Die Ergebnisse eines starken Zusammenhangs zwischen sozialer Schicht und Rauchen stimmt sehr gut mit den Ergebnissen des telefonischen Bundesgesundheits surveys des Robert Koch-Instituts sowie skandinavischen und britischen Studien überein, wonach im mittleren Lebensabschnitt die am stärksten ausgebildeten sozialen Unterschiede im Rauchverhalten berichtet werden (Lampert & Thamm, 2004). Hiernach gab es bei beiden Geschlechtern ab der Geburtskohorte 1957 einen schichtbezogenen Umkehreffekt. Während bis Mitte des 20. Jahrhunderts überwiegend Personen aus den wohlhabenden Schichten rauchten, sind es heute vor allem Menschen aus den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen (Schulze & Mons, 2006).

Insgesamt weisen die Trendanalysen darauf hin, dass weitere erhebliche präventive und therapeutische Anstrengungen notwendig sind, um die Rate der Raucher und insbesondere die Rate der starken Raucher weiter 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 sowie einer bundeseinheitlichen Regelung zum Nichtraucherschutz in Restaurants, Gaststätten und Bars.

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. Aufgrund der Vielzahl der Präparate, die sich im Handel befinden, werden nur die übergeordneten Arzneimittelgruppen erfasst. Die vom Befragten geforderte Zuordnung der Präparate zu den vorgegebenen Medikamentenklassen wird durch die Vorgabe einer Liste mit den gebräuchlichsten Handelsnamen unterstützt. Verzichtet wurde auf eine detaillierte Erfassung der Einnahmemuster wie Selbstmedikation, Tagesdosen, Dauer der Einnahme oder Bezugsquelle, 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 Fehlzuordnungen nicht ausgeschlossen. Zudem fasst die Medikamentenliste Arzneimittel mit unterschiedlichen Wirkstoffen und somit unterschiedlichen Missbrauchs- und Abhängigkeitspotentialen zusammen, so dass bei der Datenanalyse keine klare Risikoeinschätzung einzelner Substanzen geleistet werden kann.

Fast 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 jeder Sechste der Befragten (17,5%) gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Medikamente aus diesen Gruppen mindestens einmal pro Woche genommen zu haben. Allgemein berichteten Frauen und ältere Personen einen höheren Medikamentengebrauch als Männer bzw. jüngere Erwachsene. Dieser Trend ist bereits mehrfach dokumentiert worden (Fichter, 1990; Knopf & Melchert, 1999; Weyerer & Dilling, 1991). Zwischen 1995/97 und 2006 änderte sich die Prävalenz des zumindest wöchentlichen Gebrauchs bei Beruhigungs- und Anregungsmitteln sowie Appetitzüglern, wobei der zu beobachtende Rückgang dieser Arzneimittel vor allem auf Änderungen des Einnahmeverhaltens von Frauen zurückgeht. Auch nahm der Anteil von Frauen, die über die häufige Einnahme von Antidepressiva berichteten, zwischen 2000 und 2006 ab. Trotz des Rückgangs im Gebrauch dieser Substanzen zeigt der problematische Medikamentengebrauch gemessen mit dem Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) zwischen 2000 und 2006 eine Zunahme bei beiden Geschlechtern. Die in Bayern ermittelten Prävalenzwerte und Trends unterscheiden sich kaum von den gesamtdeutschen Werten (Rösner, Steiner & Kraus, 2008).

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 über 10% der befragten Personen, die bereits vor Einsetzen der Schmerzen zu Schmerzmitteln greifen. 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 hatten im Vergleich zu denjenigen ohne Nennungen ein deutlich höheres Risiko für einen positiven Wert im KFM (Augustin, Semmler, Rösner & Kraus, 2005). Vor dem Hintergrund neuer Versorgungs- und Beschaffungsmöglichkeiten wie z.B. dem Internet, welche die Verschreibungspflicht in manchen Fällen 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 (AAPOR) (2004). *Standard definitions: final disposition of case codes and outcome rates for surveys*. Online Edition 3.1, revised February 2005. Verfügbar unter: www.aapor.org [Letzter Zugriff: 15.08.2007].
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Augustin, R., Semmler, C., Rösner, S. & Kraus, L. (2005). Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *Sucht*, 51 (Sonderheft 1), S49-S57.
- Babor, T. F., De La Fuente, J. R., Saunders, J. B. & Grand, M. (1989). *AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization.
- 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.
- Bates, D. W., Cullen, D. J., Laird, N., Petersen, L. A., Small, S. D., Servi, D., Laffel, G., Sweitzer, B. J., Shea, B. F. & Hallisey, R. (1995). Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. *Journal of the American Medical Association*, 274, 29-34.
- Baumeister, S., Kraus, L., Stonner, T. & Metz, K. (2008). Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S26-S35.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2007). Rauchen und Nichtrauchen in Bayern – Update 2007. Gesundheitsmonitor Bayern 2/2007. München: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.
- 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.
- Bloomfield, K., Augustin, R. & Kraus, L. (2000). Social inequalities in alcohol use and misuse in the German General Population. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 8 (3), 230-242.
- Bloomfield, K., Grittner, U. & Kramer, S. (2005). Developments in alcohol consumption in reunited Germany. *Addiction*, 100 (12), 1770-1778.
- 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.
- Breckenkamp, J., Mielck, A. & Razum, O. (2007). Health inequalities in Germany: do regional-level variables explain differentials in cardiovascular risk? *BMC.Public Health*, 7, 132.
- 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.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007a). *Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Kurzbericht*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de> [Letzter Zugriff: 15.08.2007].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007b). *Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland. Kurzbericht*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de> [Letzter Zugriff: 15.08.2007].

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007c). *Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen. Kurzbericht*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de> [Letzter Zugriff: 15.08.2007].
- Caetano, R. & Babor, T. F. (2006). Diagnosis of alcohol dependence in epidemiological surveys: an epidemic of youthful alcohol dependence or a case of measurement error? *Addiction*, *101* (Suppl 1), 111-114.
- Currie, S. R., Hodgins, D. C., Wang, J., El-Guebaly, N., Wynne, H. & Chen, S. (2006). Risk of harm among gamblers in the general population as a function of level of participation in gambling activities. *Addiction*, *101* (4), 570-580.
- 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.
- Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J. & Avlund, K. (1999). Social relations: network, support and relational strain. *Social Science and Medicine*, *48* (5), 661-673.
- Dunkel-Schetter, C., 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.
- Ezzati, M., Lopez, A. D., Rogers, A., Van der Hoorn, S. & Murray, C. J. L. (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, *360* (9343), 1347-1360.
- 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. Risiken und Widerstandsfaktoren*. Weinheim: Juventa.
- Gelman, A. & Carlin, J. (2002). Poststratification and weighting adjustments. In R. M. Groves, J. L. Eltinge & R. J. A. Little (Hrsg.), *Survey nonresponse* (S. 289-203). New York: John Wiley and Sons.
- 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. (2004). Measuring alcohol consumption. *Contemporary Drug Problems*, *34* (3), 467-540.
- 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.
- Groves, R. M. (2006). Nonresponse rates and nonresponse bias in household surveys. *Public Opinion Quarterly*, *70* (5), 646-675.
- 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.
- Helmert, U. & Buitkamp, M. (2004). Veränderungen des Rauchverhaltens in Deutschland von 1985 bis 2002. *Gesundheitswesen*, *66* (2), 102-106.

- Herbst, K., Kraus, L. & Scherer, K. (1996). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Schriftliche Erhebung 1995*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Holly, A. & Wittchen, H.-U. (1998). Patterns of use and their relationship to DSM-IV abuse and dependence of alcohol among adolescents and young adults. *European Addiction Research*, 4 (1-2), 50-57.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (2003). *Jugendgesundheitssurvey*. Weinheim: Juventa.
- Infratest Gesundheitsforschung (1983). *Konsum und Missbrauch von Alkohol, illegalen Drogen und Tabakwaren durch junge Erwachsene*. Bonn: Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit.
- Infratest Gesundheitsforschung (1987). *Konsum und Missbrauch von Alkohol, illegalen Drogen und Tabakwaren. Bundesrepublik Deutschland*. München: Infratest.
- John, U., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Schumann, A., Adam, C., Alte, D. & Ludemann, J. (2003). The Fagerstrom test for nicotine dependence in two adult population samples-potential influence of lifetime amount of tobacco smoked on the degree of dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 71 (1), 1-6.
- 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.
- Konnopka, A. & König, H. H. (2007). Direct and Indirect Costs Attributable to Alcohol Consumption in Germany. *Pharmacoeconomics*, 25 (7), 605-618.
- Korn, E. L. & Graubard, B. I. (1999). *Analysis of health surveys*. New Jersey: Wiley and Sons.
- 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). Konzeption und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *Sucht*, 51 (Sonderheft 1), S6-S18.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2005). Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. *Sucht*, 51 (Sonderheft 1), S4-S57.
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998). Repräsentativerhebung zum Konsum psychotroper Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht*, 44 (Sonderheft 1), S3-S82.
- Kraus, L., Augustin, R. & Müller-Kalthoff, T. (2001). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Rheinland-Pfalz 2000* (IFT-Berichte Bd. 121). München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Kraus, L., Augustin, R. & Orth, B. (2005a). Illegale Drogen, Einstiegsalter und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *Sucht*, 51 (Sonderheft 1), S19-S28.
- Kraus, L., Augustin, R. & Orth, B. (2005b). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003* (IFT-Berichte Bd. 146). München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Kraus, L., Bloomfield, K., Bühringer, G., Demmel, R., John, U., Mann, K., Rist, F., Rumpf, H.-J. & Seitz, H. K. (2005). Alkoholpolitische Maßnahmen in Deutschland - Wirklichkeit und Möglichkeiten. In T. Babor, R. Caetano, S. Casswell, G. Edwards, N. Giesbrecht, K. Graham, J. Grube, P. Gruenewald, L. Hill, H. Holder, R. Homel, E. Österberg, J. Rehm, R. Room & I. Rossow (Hrsg.), *Alkohol: kein gewöhnliches Konsumgut* (S. 297-312). Göttingen: Hogrefe.
- 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., Pfeiffer-Gerschel, T. & Pabst, A. (2008). Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S16-S25.
- Kraus, L., Baumeister, S. E. & Stonner, T. (2007). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Bayern* (IFT-Berichte Bd. 162). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L. & Baumeister, S. (2008). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S6-S15.
- Kuhs, H. (1994). Medikamentenmissbrauch: Ursachen, Folgen und Behandlung. In G. Nissen (Hrsg.), *Abhängigkeit und Sucht, Prävention und Therapie* (S. 76-87). Bern: Huber.
- Lachner, G., Wittchen, H.-U., Perkonig, A., Holly, A., Schuster, P., Wunderlich, U., Türk, D., Garczynski, E. & Pfister, H. (1998). Structure, content and reliability of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) substance use sections. *European Addiction Research*, 4 (1-2), 28-41.
- Lampert, T. & Burger, M. (2005). Verbreitung und Strukturen des Tabakkonsums in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz*, 48 (11), 1231-1241.
- Lampert, T. & Thamm, M. (2004). Soziale Ungleichheit des Rauchverhaltens in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 47, 1033-1042.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T. & Murray, C. J. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*, 367 (9524), 1747-1757.
- Lynch, J. & Kaplan, G. (2000). Socioeconomic position. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Hrsg.), *Social Epidemiology* (S. 13-35). Oxford: Oxford University Press.
- Manning, W. G. & Mullahy, J. (2001). Estimating log models: to transform or not to transform? *Journal of Health Economics*, 20 (4), 461-494.
- Melchinger, H., Schnabel, R. & Wyns, B. (1992). *Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 12). Baden-Baden: Nomos.
- Meyer, C. & John, U. (2007). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2007* (S. 23-50). Geesthacht: Neuland.
- Neubauer, S., Welte, R., Beiche, A., Koenig, H. H., Buesch, K. & Leidl, R. (2006). Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany: update and a 10-year comparison. *Tobacco Control*, 15 (6), 464-471.
- Pabst, A. & Kraus, L. (2008). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S36-S46.
- 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.
- Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., Thun, M. & Heath, C. Jr. (1994). Mortality from smoking in developed countries 1950-2000; indirect estimation from National Vital Statistics. Oxford: Oxford University Press.
- 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. & Leppin, A. (2007). Trends in socio-economic differences in tobacco smoking among German schoolchildren, 1994-2002. *European Journal of Public Health. Advance Access published online on March 12, 2007.* Verfügbar unter <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/ckm010v1> [Letzter Zugriff: 15.8.07].
- Richter, M. & Settertobulte, W. (2003). Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (2003). *Jugendgesundheitssurvey* (S. 99-157). Weinheim: Juventa.
- Room, R., Babor, T. & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365 (9458), 519-530.
- Rösner, S., Steiner, S. & Kraus, L. (2008). Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S47-S56.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (Dt. Bearb.) (1998). *Diagnostische Kriterien DSM-IV*. Hofgrefe: Göttingen.
- Schär, M., Hornung, R., Gutscher, H. & May, U. (2007). *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.
- Schulze, A. & Mons, U. (2006). The evolution of educational inequalities in smoking: a changing relationship and a cross-over effect among German birth cohorts of 1921-70. *Addiction*, 101 (7), 1051-1056.
- Simon, R. & Kraus, L. (in Druck). Validität von cannabisbezogenen Diagnosen in Suchtberatungsstellen. *Sucht*.
- Simon, R. & Wiblishauser, P. M. (1993). Ergebnisse der Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. *Sucht*, 39 (3), 177-180.
- Smith, T. W. (2003). *A review of methods to estimate the status of cases with unknown eligibility*. Report prepared for the American Association for Public Opinion Research (AAPOR) Standard Definitions Committee. Version 1.1. Verfügbar unter: www.aapor.org [Letzter Zugriff: 15.08.2007].
- Solowij, N. & Grenyer, B. F. (2002). Are the adverse consequences of cannabis use age-dependent? *Addiction*, 97, 1083-1086.
- Soyka, M., Queri, S., Küfner, H. & Rösner, S. (2005). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? *Nervenarzt*, 76, 72-77.
- SPSS Inc. (2007). *SPSS for Windows Version 14*. Chicago, IL: SPSS Inc.
- Stata Corp. (2005). *Survey data reference manual, release 9*. College Station, TX: Stata Press.
- Statistisches Bundesamt (2007). *Die Erfassung alkoholbedingter Sterbefälle in der Todesursachenstatistik 1980 bis 2005*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2004). *Demographische Standards*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steiner, S., Baumeister, S. & Kraus, L. (2008). Severity of Dependence Scale - Establishing a cut-off point for cannabis dependence in the German adult population. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S57-S63.
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors*, 27, 1-19.
- 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.

- Williams, R. (2006). Generalized ordered logit/partial proportional odds models for ordinal dependent variables. *Stata Journal*, 6, 58-82.
- Wills, T. A. & Filer, M. (2001). Social network and social support. In A. Baum, T. Revenson & J. Singer (Hrsg.), *Handbook of health psychology* (S. 209-234). Mahwah: Erlbaum.
- Winkler, J. (1998). Messung und Quantifizierung soziographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. In W. Ahrens, B. Bellach & K.-H. Jöckel (Hrsg.), *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie* (S. 69-86). München: MMV Medizin Verlag.
- Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonigg, A., Pfütze, E.-M., Schuster, P., Vodermaier, A., Vossen, A., Wunderlich, U. & Ziegler, S. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Paper-pencil 2.2, 2/95*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.
- Wooldridge, J. M. (2002). *Econometric analysis of cross section and panel data*. Cambridge, MA: MIT Press.
- World Health Organization (1998). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: WHO.

9 Anhang: Instrumente

A. Soziale Unterstützung und Belastung (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 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 herumgenörgelt 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): Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten (Gossop et al., 1995)

1. Hatten Sie den Eindruck, dass Sie den Konsum von Cannabis nicht mehr unter Kontrolle hatten?
2. Waren Sie besorgt oder nervös bei der Vorstellung kein Cannabis zu konsumieren?
3. Machten Sie sich wegen des Konsums von Cannabis Sorgen?
4. Hatten Sie den Wunsch, mit dem Konsum von Cannabis aufzuhören?
5. Wie schwierig fanden Sie es, in den letzten 12 Monaten auf Cannabis zu verzichten oder ganz aufzuhören?

Antwortkategorien: Item 1-4: (0) beinahe nie; (1) manchmal; (2) oft; (3) immer oder fast immer

Item 5: (1) überhaupt nicht schwierig; (2) ein bisschen schwierig; (3) ziemlich schwierig; (3) sehr schwierig

C. Fagerström-Test for Nicotine Dependence (FTND) (Heatherton et al., 1991)

1. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette / Zigarre / Zigarillo / Pfeife?
2. Finden Sie es schwierig, an Orten nicht zu rauchen, wo es verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino)?
3. Bei welcher Zigarette / Zigarre / Zigarillo / Pfeife im Laufe des Tages würde es Ihnen am schwersten fallen, diese aufzugeben?
4. Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?
5. Rauchen Sie, wenn Sie so krank sind, dass Sie den größten Teil des Tages im Bett verbringen?
6. In den letzten 30 Tagen, wie viele Zigaretten / Zigarren / Zigarillos / Pfeifen rauchten Sie im Durchschnitt pro Tag?

Antwortkategorien: Item 1: innerhalb von 5 Minuten; innerhalb von 6 bis 30 Minuten; innerhalb von 31 bis 60 Minuten; später als nach 60 Minuten

Item 2, 4 und 5: ja / nein

Item 3: die erste am Morgen; andere

Item 6: Frequenz-Menge-Index

D. Änderungsbereitschaft (Etter & Perneger, 1999)

- 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*

E. 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?
Antwortkategorie: 0 überhaupt nicht zuversichtlich – 10 sehr zuversichtlich

F. 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: (1) nein, trifft nicht zu; (2) ja, in den letzten 12 Monaten; (3) ja, aber vor mehr als 12 Monaten*

G. Skalen zur medikamentenorientierten Einstellung (letzte 12 Monate) (Schär et al., 2007)

- | | |
|------------------------|---|
| Lebens- bewältigung | 1. Ohne Medikamente wäre ich nur ein halber Mensch |
| | 2. Manchmal wüsste ich wirklich nicht, wie ich meinen (Arbeits)tag ohne Medikamente durchstehen könnte |
| | 3. Beruhigungs- und Schlafmittel sind in schwierigen, sorgenvollen Situationen eine Hilfe für mich, auf die ich nicht verzichten möchte |
| | 4. Ich versuche, grundsätzlich ohne Medikamente auszukommen |
| Instant Relief | 1. Wenn ich Kopfschmerzen habe, nehme ich sofort ein Schmerzmittel dagegen |
| | 2. Es hat schon Tage gegeben, wo ich wahrscheinlich eher etwas zuviel Schmerzmittel genommen habe |
| | 3. Da ich mich genau kenne und weiß, wann ich Schmerzen bekomme, nehme ich schon ein Medikament, bevor die Schmerzen richtig einsetzen |
| | 4. Es ist für mich unverständlich, dass jemand Kopfschmerzen hat und kein Medikament dagegen nimmt |
| | 5. Wenn ich Schmerzen habe, versuche ich möglichst lange ohne Medikamente auszukommen |
| | 6. Ich nehme Schmerzmittel nicht nur wegen der schmerzstillenden Wirkung, sondern weil sie mich auch anregen und leistungsfähig machen |

Antwortkategorien: ja / nein