

Ludwig Kraus  
Susanne Rösner  
Sebastian E. Baumeister  
Tina Stonner

Epidemiologischer Suchtsurvey 2006  
Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver  
Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Rheinland-Pfalz<sup>1</sup>

2006 Epidemiological Survey on Substance Abuse  
in Adolescents and Adults of Rhineland-Palatinate

München 2007  
IFT-Berichte Bd. 163  
IFT-Reports Vol. 163

---

<sup>1</sup> Gefördert durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, Rheinland Pfalz

Reihe IFT-Berichte

Band Nr. 163

Herausgegeben vom IFT Institut für Therapieforschung

(Verantwortlich: Prof. Dr. Gerhard Bühringer)

In der Reihe IFT-Berichte sind zuletzt erschienen:

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.

Bauer, C., Welsch, K. & Sonntag, D. (2005). *Suchthilfestatistik 2004. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der Suchthilfeeinrichtungen des Landes Berlin* (IFT-Berichte Bd. 157). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Nöller, S. & Kufner, H. (2005) *Evaluation der Suchthilfe in Erfurter Allgemeinkrankenhäusern: Jahresbericht 2004* (IFT-Berichte Bd. 156). 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](mailto:ift@ift.de), Web-Site: <http://www.ift.de>

Printed in Germany

Fassung vom 6. September 2007

---

## Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	9
Vorwort.....	11
Kurzfassung .....	13
Summary .....	15
1 Einleitung.....	17
2 Methode.....	19
3 Illegale Drogen.....	29
4 Alkohol.....	37
5 Tabak.....	49
6 Medikamente .....	59
7 Diskussion .....	67
8 Literatur.....	77
9 Anhang: Instrumente .....	83



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1:	Übersicht über den Epidemiologischen Suchtsurvey in Rheinland-Pfalz.....	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, 1990-1997 .....	27
Tabelle 2-5:	Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Rheinland-Pfalz 1990, 1995/97, 2000 und 2006 .....	28
Tabelle 3-1:	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen .....	30
Tabelle 3-2:	12-Monats- und 30-Tage-Frequenz des Cannabiskonsums.....	31
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) .....	32
Tabelle 3-4:	Prävalenz positiver Antworten auf die Items der Severity of Dependence Skala (SDS) (Cannabiskonsumten der letzten 12 Monate) .....	33
Tabelle 3-5:	Anteil der Personen mit einem positiven Befund für Cannabismissbrauch oder Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV (Gesamtstichprobe und Cannabiskonsumten der letzten 12 Monate) .....	33
Tabelle 3-6:	Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen 18- bis 39-Jähriger, 1990-2006 .....	34
Tabelle 3-7:	Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen 15- bis 17-Jähriger, 1990-2006 .....	35
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 Trinksituationen .....	42
Tabelle 4-6:	Anteil der Personen mit einem positiven Befund für Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV .....	43

Tabelle 4-7:	Trends des Alkoholkonsums 18- bis 59-Jähriger (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage), 1995/97-2006 .....	44
Tabelle 4-8:	Trends der Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und der durchschnittlichen Trinkmenge 18- bis 59-Jähriger, 1995/97-2006 .....	45
Tabelle 4-9:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens, 1995/97-2006 .....	46
Tabelle 4-10:	Trends der 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV bei 15- bis 59-Jährigen, 2000-2006 .....	46
Tabelle 4-11:	Verteilung des Alkoholkonsums für Männer und Frauen (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag) .....	47
Tabelle 4-12:	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:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens, 1990-2006 .....	56
Tabelle 5-8:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von täglich 20 oder mehr Zigaretten, 1990-2006.....	56
Tabelle 5-9:	Trends der 12-Monats-Prävalenz von Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV bei 15- bis 59-Jährigen, 2000-2006 .....	57
Tabelle 6-1:	12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme .....	59
Tabelle 6-2:	30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme.....	61
Tabelle 6-3:	Anteil der Personen mit einem positiven Befund im Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM).....	61
Tabelle 6-4:	Anteile positiver Antworten auf die Items des Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM).....	62
Tabelle 6-5:	Anteile der positiven Antworten auf die Items zur Lebensbewältigung mit Medikamenten und "Instant Relief" durch Schmerzmittel .....	64

---

Tabelle 6-6: Trends der 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme 18- bis 59-Jähriger, 1995/97-2006 .....	65
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 .....	32
Abbildung 4-1:	Empirische Verteilungsfunktion des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Frauen .....	41
Abbildung 4-2:	Empirische Verteilungsfunktion 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 des täglichen Rauchens für Frauen .....	53
Abbildung 5-4:	Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns des täglichen Rauchens für Männer.....	53



## **Vorwort**

Nach 2000 hat sich Rheinland-Pfalz zum zweiten Mal 2006 mit einer erweiterten Stichprobe am Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) beteiligt. Im Epidemiologischen Suchtsurvey werden seit mehr als 25 Jahren in regelmäßigen Abständen Jugendliche und Erwachsene zum Konsum von illegalen Drogen, Alkohol, Tabak und Medikamenten befragt. Der Survey ergänzt als wichtige Datenquelle die Gesundheitsberichterstattung von Bund und Ländern. In Rheinland-Pfalz nahmen 1.105 Personen zwischen 15 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 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

Nach der erstmaligen Befragung im Jahr 2000 wurde in Rheinland-Pfalz auch 2006 eine erweiterte Stichprobe des Epidemiologischen Suchtsurveys realisiert. 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) 1.105 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 46%.

### Illegale Drogen

Fast jeder vierte (22,3%) 15- bis 64-jährige Befragte berichtete über Erfahrungen mit illegalen Drogen, etwa jeder zwanzigste (4,5%) über den Konsum in den letzten 12 Monaten, aber nur 1,7% über den Konsum in den letzten 30 Tagen. In den letzten 12 Monaten nahmen 4,3% Cannabis. Cannabis ist die am weitesten verbreitete illegale Substanz. Die 12-Monats-Prävalenz anderer illegaler Drogen außer Cannabis betrug nur 0,8%. Jeder dritte Cannabis-konsument gab in den letzten 30 Tagen einen Konsum von sechsmal oder häufiger an. Für etwa 0,7% der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung wurde eine Cannabisabhängigkeit mit der Severity of Dependence Skala, für 0,5% ein Cannabismissbrauch nach DSM-IV geschätzt. Insgesamt hat der Konsum illegaler Drogen bei den 18- bis 39-Jährigen seit 2000 nicht weiter zugenommen und die Prävalenz des Konsums in den letzten 30 Tagen ist sogar gefallen. Keine Veränderungen ergaben sich in Bezug auf den Amphetamin-, Opiat- und Ecstasykonsum. Im Vergleich zu Gesamtdeutschland unterscheiden sich die Prävalenzwerte sowie die zeitliche Entwicklung in dieser Altersgruppe so gut wie nicht. In der Gruppe der 15- bis 17-Jährigen lässt sich ebenfalls ein Rückgang beim Konsum irgendeiner illegalen Droge und bei Cannabis verzeichnen.

### Alkohol

Alkoholkonsum ist in der Allgemeinbevölkerung in Rheinland-Pfalz weit verbreitet, nur 2,9% konnten als lebenslang abstinent bezeichnet werden und nur 8,4% 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 10,4% der Männer und 7,5% der Frauen. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einem Trinkanlass) berichteten 36,3% der Männer und 14,5% der Frauen mindestens einmal in den letzten 30 Tagen. Nach den Kriterien des DSM-IV wurde bei 3,6% der 15- bis 64-Jährigen ein Alkoholmissbrauch und bei 1,4% eine Alkoholabhängigkeit festgestellt. Männer hatten verglichen mit Frauen eine fünffach höhere Prävalenz des Missbrauchs und eine 2,5-fach höhere Prävalenz der Abhängigkeit. Die Werte zu Alkoholkonsum und alkoholbezogenen Problemen in Rheinland-Pfalz unterscheiden sich kaum von den gesamtdeutschen Werten. Gegenüber 1995 ist es zu einer Verschiebung der Konsummuster mit einem höheren Anteil von Abstinenten 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 über den Zeitraum von zehn Jahren relativ konstant. Zugenommen hat das Rauschtrinken bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, während das Rauschtrinken bei den Älteren deutlich abgenommen hat.

### **Tabak**

In den letzten 30 Tagen rauchten 38,3% der 15- bis 64-jährigen Männer und 27,4% der gleichaltrigen Frauen. Zu den ehemaligen Rauchern zählten 21,3% der Männer und 25,2% der Frauen. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rauchen (20 und mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (37,5% vs. 24,0%). Eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV wurde für 8,2% der 15- bis 64-Jährigen geschätzt (Männer: 9,1%, Frauen: 7,1%). Mehr weibliche Jugendliche und junge Erwachsene, die das Rauchen ausprobierten, machten früher in ihrem Leben erste Erfahrungen mit dieser Substanz. Von den 15- bis 17-jährigen Mädchen und den 18- bis 24-jährigen jungen Frauen hatte jede Dritte bis zum Alter von 15 Jahren bereits erste Erfahrungen mit Tabak gemacht. Jeder Sechste der erwerbstätigen und auszubildenden Nicht- und Exraucher gab an, täglich dem Passivrauchen am Arbeitsplatz ausgesetzt gewesen zu sein. In der Altersgruppe der 18- bis 39-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.

### **Medikamente**

Fast zwei Drittel aller Befragten (64,2%) haben 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 17,5% 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 einen höheren Medikamentengebrauch als Männer bzw. jüngere Erwachsene. Die mit Abstand am häufigsten eingenommenen Medikamente sind Schmerzmittel. Insgesamt wiesen 5,4% einen problematischen Medikamentengebrauch auf. Trendvergleiche der zumindest einmal wöchentlichen Einnahme zwischen 1995/97 und 2006 zeigten einen Rückgang bei den Beruhigungs-, Anregungsmitteln und Appetitzüglern. Auch nahm der Anteil der Frauen, die über die häufige Einnahme von Antidepressiva berichteten, zwischen 2000 und 2006 ab, zugenommen hat hingegen die Prävalenz des problematischen Medikamentengebrauchs seit 2000.

---

## Summary

After the first survey in Rhineland-Palatinate in 2000, the sample of the 2006 Epidemiological Survey on Substance Abuse was also enlarged, thus allowing separate estimations for the state of Rhineland-Palatinate. The report describes use and patterns of use of illegal drugs, alcohol, tobacco and prescription drugs. It also investigates temporal changes in consumption and substance-related disorders. The survey employed self-administered questionnaires and telephone interviews in combination (mixed-mode-design); the response rate was 46%, resulting in 1,105 respondents aged 15 to 64 years who participated in the study.

### Illicit drugs

About one in four subjects aged 15 to 64 years (22.3%) reported lifetime illegal drug use, 4.5% reported illegal drug use in the last twelve months, and 1.7% stated the use of illegal drugs within the last 30 days. In the last twelve months cannabis was consumed by 4.3%. Cannabis is the most widely used illegal drug. 12-month-prevalence of illegal drugs other than cannabis was only 0.8%. One third of all cannabis users smoked cannabis six times or more within the last month. Overall 0.7% of the respondents aged 15 to 64 years were cannabis dependent according to the Severity of Dependence Scale, and 0.5% of this age group fulfilled the criteria for abuse according to DSM-IV. Use of illegal drugs among individuals aged 18 to 39 years remained stable between 2000 and 2006. However, the 30-day-prevalence has decreased since 2000. No significant changes over time appeared for the use of amphetamines, opiates, and ecstasy. Prevalence rates and temporal changes in the state of Rhineland-Palatinate are similar to those found in Germany.

### Alcohol

Alcohol use is wide-spread among the general population of Rhineland-Palatinate. Only 2.9% are lifetime abstainers and 8.4% 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 10.4% of males and 7.5% 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 36.3% of males and 14.5% of females. Among 15 to 64 year-olds 3.6% were diagnosed with alcohol abuse according to DSM-IV-criteria and 1.4% fulfilled the DSM-IV-criteria for alcohol dependence. Abuse was five-fold increased in males compared to females, and dependence was 2.5-fold increased in males compared to females. Prevalence rates of alcohol consumption and problematic alcohol use did not differ markedly between the state of Rhineland-Palatinate and Germany. Since 1995 alcohol consumption patterns have moved to higher proportions of abstainers and moderate drinkers, resulting in less at-risk drinkers. Proportions of beer drinkers, wine/sparkling wine drinkers, and spirits drinkers have also declined. Amounts of alcohol consumed remained rather stable over time. In contrast, heavy episodic drinking rates have risen among adolescents and young adults, whereas heavy episodic drinking has declined in older adults.

## **Tobacco**

Smoking during the last 30 days was reported by 38.3% of males aged 15 to 64 years and 27.4% of females in the same age group; and 23.1% of males and 25.2% of females reported former smoking. Male cigarette smokers more often reported heavy smoking (i.e., 20 cigarettes per day and more) than female smokers (37.5% vs. 24.0%). Overall 8.2% fulfilled DSM-IV-criteria for nicotine dependence (males: 9.1%, females: 7.1%). Age of first smoking experience has decreased, with every third 15 to 17 year-old girl and 18 to 24 year-old young woman having tried tobacco up to the age of 15. Every sixth never or former smoker, that was employed or in vocational education, reported exposure to second-hand smoking at work. Among 18 to 39 year-old adults 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 can be observed for nicotine dependence.

## **Prescription medications**

About two thirds (64.2%) 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 17.5% reported an intake at least once per week during the past month. Females and older adults reported the use of medications more often than males and younger adults. Analgetics were the most widely used drug. Overall, 5.4% showed signs of problematic use of prescription drugs. Analyses of intake of at least one of the listed medications between 1995/97 and 2006 revealed that frequency of use of tranquillizers, stimulants, and appetite suppressants has declined. Among females, antidepressant use has also declined between 2000 and 2006. In contrast, problematic use of prescription drugs has increased since 2000.



## 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, 2005). 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.

Rheinland-Pfalz nahm nach 2000 auch im Jahr 2006 mit einer erweiterten Stichprobe am Epidemiologischen Suchtsurvey teil. Im vorliegenden Bericht werden aktuelle Daten zum Substanzkonsum und den negativen Folgeerscheinungen berichtet sowie Trendvergleiche ausgewählter Indikatoren mit Daten aus früheren Erhebungen (1990, 1995/97 und 2000) vorgenommen.

## 2 Methode

Die Stichproben des bundesweit durchgeführten Epidemiologischen Suchtsurveys wurden in den Jahren 2000 sowie 2006 hinsichtlich der Fallzahl so erweitert, dass Aussagen für die Wohnbevölkerung von Rheinland-Pfalz (RLP) möglich sind. In der Erhebung von 2000 wurde der Fragebogen postalisch versandt, von den Befragten selbstständig ausgefüllt und per Post zurückgeschickt. In der letzten Befragung wurde den Teilnehmern im Verlauf der Studie zusätzlich zur postalischen Befragung die Möglichkeit gegeben, die Fragen am Telefon zu beantworten. Darüber hinaus wurde das Altersspektrum um die 60- bis 64-Jährigen auf die Gesamtgruppe der 15- bis 64-Jährigen erweitert. Tabelle 2-1 zeigt im Überblick das Studienjahr, das Altersspektrum, den Stichprobenumfang, die Responserate, das Stichprobenverfahren und die Erfassungsmethode des Epidemiologischen Suchtsurveys in RLP für die Jahre 2000 und 2006.

Tabelle 2-1: Übersicht über den Epidemiologischen Suchtsurvey in Rheinland-Pfalz

Jahr	Alter	N	Antwort-rate	Stichprobenziehung	Referenz
2000	15-59	1.111	41,3%	Einwohnermeldestichprobe, disproportionale Stichprobe, postalischer Fragebogenversand; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus, Augustin & Müller-Kalthoff, 2001
2006	15-64	1.105	46,4%	Einwohnermeldestichprobe, disproportionale Stichprobe, postalischer Fragebogenversand, telefonische Nachbefragung; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus, Rösner, Baumeister & Stonner, 2007

### Stichprobe

Die Grundgesamtheit der RLP Studie von 2006 umfasst ca. 2,7 Mio. in Privathaushalten lebende deutschsprachige Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (Stand 31.12.2005, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz). Die Zielpersonen wurden auf der Basis der Einwohnermelderegister in einem zweistufigen Verfahren zufällig ausgewählt. In einer ersten Stufe wurden 20 Gemeinden bzw. Stadtteile in Großstädten ausgewählt. Die Auswahl der Zielpersonen erfolgte in der zweiten Stufe 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 wurden 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 Studienteilnehmern in der aktuellen Erhebung die Möglichkeit eingeräumt, 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 18,2% erreicht. Die erste und zweite postalische Erinnerung erbrachten zusätzlich 5,9 Prozentpunkte realisierter Fälle. Es verblieben 2.062 Zielpersonen ohne Rücklaufstatus, die im Folgenden eine postalische (n=928) und telefonische Erinnerung bzw. die Möglichkeit zur telefonischen Befragung (n=1.134) erhielten.

## Antwortrate

Eine Schätzung der Responserate ergibt sich aus dem Anteil der ausgefüllten Fragebögen an der um die neutralen Ausfälle bereinigten Bruttostichprobe (American Association for Public Opinion Research [AAPOR], 2004). Für 2.169 Adressen der Bruttostichprobe (N=2.910) liegt ein Rücklaufstatus vor. Der Anteil der stichprobenneutralen Ausfälle (Zielperson nicht erreichbar, Empfänger unbekannt, Anschrift ungenügend, verstorben, etc.) liegt bei 18,3% (n=396). Für 731 Adressen liegt kein Rücklaufstatus vor. Der Anteil von 18,3 % 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 2.378 und eine Antwortrate von 46,4%, die damit über der Ausschöpfung der Erhebung des Epidemiologischen Suchtsurveys in Rheinland-Pfalz von 2000 liegt (41,3%). 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 lebenden 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, eingereicht). 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 aufgeführt. Aufgrund des Designs sind bei beiden Geschlechtern in der ungewichteten Stichprobe ältere Personen unterrepräsentiert. Nach der Gewichtung stimmen die Verteilungen der Stichprobe und der Grundgesamtheit besser überein.

Tabelle 2-3 stellt sozioökonomische Merkmale der ungewichteten und gewichteten Stichprobe denen der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung (nach Auskunft des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz) gegenüber. Aufgrund des altersdisproportionalen Ansatzes mit überproportional vielen jungen Erwachsenen ist der Anteil Lediger und Schüler in der ungewichteten Stichprobe verhältnismäßig hoch, stimmt aber nach der Gewichtung relativ gut mit den Anteilen in der Grundgesamtheit überein. Deutlich überrepräsentiert sind – selbst in der gewichteten Stichprobe – (Fach-)Abiturienten und Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit. Personen mit Hauptschulabschluss bzw. ohne Schulabschluss sind unterrepräsentiert. Beim Familienstand weichen die Verteilungen von gewichteter Stichprobe und Grundgesamtheit weniger voneinander ab. Da die Einkommensklassen des Statistischen Landesamtes nicht mit den in dieser Studie erfragten Kategorien übereinstimmen, wurde kein Vergleich mit der Verteilung in der Population angestellt.

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

	Bruttostichprobe ohne neutrale Ausfälle		Ungewichtet			Gewichtet		Bevölkerung <sup>1)</sup>	
	n	%	n	Aus- schöpfung <sup>2)</sup>	% der Befragten	n	%	n (in 1000)	%
Insgesamt	2514	100,0	1105	44,0	100,0	1105	100,0	2661,9	100,0
Männer, insgesamt	1214	48,3	491	40,4	44,4	568	51,4	1342,8	50,4
1990-1988	194	7,7	78	40,2	7,1	36	3,2	76,5	5,7
1987-1985	97	3,9	43	44,3	3,9	23	2,1	71,1	5,3
1984-1981	98	3,9	44	44,9	4,0	40	3,6	101,7	7,6
1980-1976	184	7,3	67	36,4	6,1	44	4,0	111,3	8,3
1975-1966	213	8,5	93	43,7	8,4	125	11,3	280,3	20,9
1965-1956	214	8,5	81	37,9	7,3	143	13,0	331,0	24,6
1955-1946	149	5,9	58	38,9	5,3	122	11,1	260,4	19,4
1945-1941	65	2,6	27	41,5	2,4	35	3,2	110,5	8,2
Frauen, insgesamt	1300	51,7	614	47,2	55,6	537	48,6	1319,1	49,6
1990-1988	191	7,6	91	47,6	8,2	28	2,5	71,2	5,4
1987-1985	103	4,1	57	55,3	5,2	24	2,1	64,6	4,9
1984-1981	114	4,5	59	51,8	5,3	40	3,6	97,0	7,4
1980-1976	213	8,5	105	49,3	9,5	53	4,8	104,1	7,9
1975-1966	229	9,1	104	45,4	9,4	105	9,5	278,9	21,1
1965-1956	217	8,6	96	44,2	8,7	136	12,3	335,5	25,4
1955-1946	142	5,7	62	43,7	5,6	102	9,3	257,0	19,5
1945-1941	91	3,6	40	44,0	3,6	48	4,3	110,8	8,4

1) Stand 31.12.2005, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz

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 <sup>1)</sup> (15- bis 64-Jährige)		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Staatsbürgerschaft	Deutsch	94,5	95,1	94,0	95,1	95,7	94,5	90,8	90,4	91,3
	Andere	5,3	4,5	6,0	4,6	3,7	5,5	9,2	9,6	8,7
	k.A.	0,2	0,4	0,0	0,3	0,6	0,0			
Familienstand (Alter 20-64 Jahre)	Ledig	43,4	48,2	43,4	31,3	37,0	25,4	27,8	33,2	22,4
	Verheiratet	49,4	44,8	53,8	60,2	56,1	64,4	62,1	59,3	65,0
	Verwitwet	1,3	0,3	2,1	1,6	0,2	3,1	2,1	0,7	3,5
	Geschieden	5,3	6,3	4,5	6,8	6,5	7,1	7,9	6,8	9,2
	k.A.	0,2	0,5	0,0	0,1	0,2	0,0			
Schulabschluss	In Schule	4,6	2,8	6,0	1,9	0,8	3,2	5,7	5,8	5,7
	Hauptschulabschluss	23,2	29,7	17,9	34,9	23,7	29,4	42,5	44,5	40,4
	Polytechnische Oberschule	0,8	0,8	0,8	1,6	0,8	1,2	0,7	0,6	0,8
	Mittlere Reife	30,1	27,3	32,4	24,7	32,2	32,9	23,5	19,2	27,9
	(Fach-) Abitur	33,9	32,2	35,2	32,1	33,8	32,9	23,7	26,0	21,4
	ohne Abschluss	1,2	1,4	1,0	1,3	1,3	1,3	3,3	3,2	3,4
	k.A.	6,2	5,7	6,7	4,5	5,1	4,8	0,6	0,7	0,5
Finanzielle Situation <sup>2)</sup>	unter 500	6,8	7,7	6,0	4,5	5,0	3,9			
	500-1000	4,8	3,7	4,9	4,1	3,5	4,7			
	1000-1250	7,2	7,7	6,7	3,6	3,5	3,8			
	1250-1500	10,0	9,6	10,3	10,5	9,6	11,5			
	1500-2000	11,6	11,4	11,7	11,4	13,0	9,7			
	2000-2500	15,6	16,5	14,8	18,1	18,8	17,4			
	2500 -3000	12,6	13,0	12,2	13,9	14,0	13,8			
	3000 und mehr	19,2	19,8	18,7	20,1	20,5	19,8			
	k.A.	8,0	5,9	9,8	6,2	3,8	8,7			

1) Stand 31.12.2005, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz

2) Bevölkerungsstatistiken mit abweichenden Einkommensgrenzen, nicht dargestellt

## Instrumente

Der für den Epidemiologischen Suchtsurvey 2006 entwickelte Fragebogen ist eine überarbeitete und aktualisierte Version des Fragebogens von 2003 (Kraus & Augustin, 2005) (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 zu 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 und 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 Cannabiskonsumenten 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**

Im Zuge der Datenaufbereitung und -kontrolle wurden Angaben auf interne Konsistenz geprüft, Fehlangaben wurden 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 Stichprobendesigns wurden durch die Schätzung mittels Survey Verfahren in SPSS 15.0 Complex Samples (SPSS Inc., 2007) und Stata Special Edition 9.2

(Stata Corp., 2005) berücksichtigt. Dies beinhaltet die Stratifizierung und die Klumpung sowie die Gewichtung. Zur Varianzschätzung wurden Taylorreihenentwicklung sowie Jackknife-Schätzer verwendet (Korn & Graubard, 1999).

## Trends

Für Trendanalysen wurden die Daten der RLP-Studien von 2000 und 2006 (Kraus et al., 2001) verwendet. Zudem wurden die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys für RLP von 1990, 1995 und 1997 herangezogen. Wegen der geringen Fallzahlen für RLP wurden die Daten von 1995 und 1997 zu einer einzigen Stichprobe gepoolt (1995/97). Tabelle 2-4 gibt einen Überblick über die Stichprobenkennwerte der Erhebungen von 1990, 1995 und 1997.

Tabelle 2-4: Epidemiologischer Suchtsurvey, 1990-1997

Jahr	N	Region	Alter	Antwort-rate	Stichprobenziehung	Referenz
1990	19.208	Deutschland West	12-39	64%	Einwohnermeldestichprobe; 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 & Bauernfeind (1998)

Die Daten für RLP von 1990 und 1995/97 wurden nach den Merkmalen Geschlecht und Alter (1990: 15-17, 18-24, 25-29, 30-39; 1995/97: 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 RLP im Jahre 1990 (31.12.1990) bzw. 1996 (31.12.1996) abweicht. Die resultierenden Stichprobenverteilungen sind in Tabelle 2-5 wiedergegeben. Aufgrund der Unterschiede im Altersrange lassen sich beispielsweise die Daten von 15- bis 17-Jährigen (1990, 2000, 2006) und von 40- bis 59-Jährigen (1995/97, 2000, 2006) nicht über alle Surveyjahre vergleichen.

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 berechnet (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) geschätzt. Bei kleinen Zellenbesetzungen wurden exakte bivariable Tests nach Fisher durchgeführt.

Tabelle 2-5: Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Rheinland-Pfalz 1990, 1995/97, 2000 und 2006

<b>Alter</b>	<b>1990</b>	<b>1995/97</b>	<b>2000</b>	<b>2003</b>	<b>Gesamt</b>
<b>Gesamt</b>	1.984 (15-39 Jahre)	733 (18-59 Jahre)	1.111 (15-59 Jahre)	1.037 (15-59 Jahre)	4.865
15-17	269	--	163	115	547
18-29	1.413	170	294	426	2.303
30-39	302	234	203	194	933
40-59	--	329	451	302	1.082
15-39	1.984	--	660	735	3.379
18-39	1.715	404	497	620	3.236
18-59	--	733	948	922	2.603

### 3 Illegale Drogen

#### Prävalenz des Konsums illegaler Drogen

Insgesamt gaben 22,3% der befragten 15- bis 64-Jährigen an, zumindest einmal im Leben eine illegale Droge (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack oder psychoaktive Pilze) genommen zu haben. In den letzten 12 Monaten hatten 4,5% illegale Drogen konsumiert und in den letzten 30 Tagen gaben 1,7% 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 insgesamt (Tabelle 3-1). Der Anteil der Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen ohne Cannabis liegt bei nur 4,0% (12-Monate: 0,8%, 30-Tage: 0,4%). Nach Cannabis haben 2,2% Erfahrung mit Amphetaminen, 1,7% mit Pilzen, 1,5% mit Ecstasy, 1,4% mit Kokain und 0,7% mit LSD gemacht. Die 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen liegen für alle Substanzen außer für Cannabis unter 1%.

Multiple Drogenerfahrung ist unter den 15- bis 39-Jährigen weit verbreitet. Jeder fünfte Drogenerfahrene (19,1%) hat zwei oder mehr illegale Drogen wenigstens einmal probiert, jeder Zehnte (10,8%) drei oder mehr. Von denen, die Drogen im Jahr vor der Erhebung konsumiert haben, berichtete jeder Sechste (15,9%) von der Einnahme von zwei oder mehr Substanzen, jeder Achte (11,8%) von drei oder mehr und 4% von fünf oder mehr. Mit dem Polykonsum ist allerdings nicht notwendigerweise eine gleichzeitige Einnahme dieser Substanzen verbunden.

Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Wohnbevölkerung (WB) hatten etwa 593.000 (95%-KI: 490.000-710.000) Personen Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen, 121.000 Personen (95%-KI: 81.000-179.000) gaben den Konsum irgendeiner illegalen Droge in den letzten 12 Monaten sowie 46.000 Personen (95%-KI: 28.000-74.000) in den letzten 30 Tagen an. In den letzten 12 Monaten hatten 115.000 Personen (95%-KI: 77.000-170.000) Cannabis und 21.000 Personen (95%-KI: 9.000-48.000) andere illegale Drogen als Cannabis genommen.

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

Männer haben häufiger als Frauen Erfahrungen mit dem Konsum einer illegalen Droge gemacht (26,7% vs. 17,7%,  $p < 0,05$ ). Deutliche Unterschiede zeigen sich auch in der Verteilung der Prävalenz des Drogenkonsums über das Alter mit höheren Anteilen des Konsums und der Konsumerfahrung in den Altersgruppen zwischen 18 und 29 Jahren. Mehr als jeder dritte Befragte in dieser Gruppe hat im Laufe seines Lebens illegale Drogen genommen. In der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen liegt die Lebenszeitprävalenz des illegalen Drogenkonsums bei 29,5%; der Anteil reduziert sich auf 16,2% in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen und 10,6% in der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen. In der jüngsten Altersgruppe zwischen 15 und 17 Jahren hat bereits jeder siebte Befragte Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht. Insgesamt gehen die Konsumwerte zu weiten Teilen auf die Erfahrung mit Cannabis zurück.

Tabelle 3-1: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen

Lebenszeit	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Irgendeine illegale Droge <sup>1)</sup>	22,3	26,7	17,7	13,9	39,6	39,8	29,5	16,2	10,6
Cannabis	22,0	26,5	17,3	13,3	39,2	39,4	29,0	16,2	10,5
Anderer Drogen als Cannabis	4,0	4,1	4,0	1,3	7,6	11,2	5,3	3,1	0,6
Amphetamine	2,2	2,0	2,3	0,7	4,7	8,7	1,8	0,9	0,6
Ecstasy	1,5	1,7	1,3	0,0	3,0	7,6	2,0	0,0	0,0
LSD	0,7	0,7	0,7	0,0	1,7	2,9	0,5	0,6	0,0
Heroin	0,2	0,3	0,2	0,0	0,0	2,0	0,3	0,0	0,0
Methadon	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Anderer Opiate	1,2	1,0	1,4	0,0	1,2	3,9	0,8	2,2	0,0
Kokain	1,4	1,5	1,2	1,3	2,4	5,0	2,4	0,3	0,0
Crack	0,3	0,1	0,5	0,0	2,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Pilze	1,7	2,2	1,2	0,0	4,4	4,5	3,2	0,3	0,0
<b>12 Monate</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>15-17</b>	<b>18-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-64</b>
Irgendeine illegale Droge	4,5	5,8	3,3	8,9	11,2	10,0	5,3	1,5	1,5
Cannabis	4,3	5,4	3,2	8,2	11,2	9,9	5,2	1,5	0,8
Anderer Drogen als Cannabis	0,8	1,2	0,3	0,7	1,9	2,5	0,6	0,0	0,6
Amphetamine	0,7	1,1	0,2	0,0	1,1	2,5	0,6	0,0	0,6
Ecstasy	0,4	0,6	0,2	0,0	1,0	1,9	0,6	0,0	0,0
LSD	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,8	0,0	0,0	0,0
Heroin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Methadon	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Anderer Opiate	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Kokain	0,3	0,4	0,1	0,7	0,9	0,0	0,6	0,0	0,0
Crack	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pilze	0,3	0,5	0,1	0,0	1,5	1,6	0,0	0,0	0,0
<b>30 Tage</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>15-17</b>	<b>18-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-64</b>
Irgendeine illegale Droge	1,7	2,0	1,4	4,0	3,3	4,1	2,5	0,3	0,9
Cannabis	1,4	1,5	1,3	3,8	2,1	3,2	1,7	0,3	0,8
Anderer Drogen als Cannabis	0,4	0,6	0,2	0,0	1,1	1,9	0,7	0,0	0,0
Amphetamine	0,4	0,6	0,2	0,0	1,0	1,7	0,6	0,0	0,0
Ecstasy	0,2	0,3	0,1	0,0	0,4	0,0	0,6	0,0	0,0
LSD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Heroin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Methadon	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Anderer Opiate	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kokain	0,2	0,4	0,0	0,0	0,5	0,0	0,6	0,0	0,0
Crack	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pilze	0,1	0,1	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0

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

Beispielsweise hat nur jeder Zehnte in der Altersgruppe mit der höchsten Lebenszeitprävalenz (25- bis 29-Jährige) Erfahrung mit anderen illegalen Drogen als Cannabis. Konsumiert wurden unter den 25- bis 29-Jährigen vor allem Amphetamine (8,7%), Ecstasy (7,6%) und Kokain (5,0%). Im Vergleich zu den Älteren (über 40 Jahre) sind die Prävalenzwerte der

15- bis 29-jährigen Erwachsenen im letzten Jahr und in den letzten 30 Tagen deutlich höher. Auch in Hinblick auf die 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen, finden sich bei den unter 30-Jährigen die höchsten Konsumwerte. Insbesondere der Konsum illegaler Drogen außer Cannabis ist bei den über 30-Jährigen wenig verbreitet.

Von den hochgerechnet 593.000 Personen mit Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen waren 358.000 Männer (95%-KI: 277.000-453.000) und 234.000 Frauen (95%-KI: 190.000-285.000). Von den Konsumenten der letzten 12 Monate waren 77.000 Männer (95%-KI: 46.000-127.000) und 43.000 Frauen (95%-KI: 27.000-68.000), bezogen auf die letzten 30 Tage war die Anzahl männlicher Drogenkonsumenten (27.000, 95%-KI: 12.000-59.000) deutlich höher als die Anzahl weiblicher Drogenkonsumenten (18.000, 95%-KI: 10.000-34.000).

### 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 jeder Dritte mehr als fünfmal, jeder Zehnte mindestens wöchentlich (60mal oder öfter) und jeder Zwölfte täglich oder fast täglich (200mal oder öfter). Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung waren dies 13.000 Personen (95%-KI: 6.000-27.000) mit (fast) täglichem Cannabiskonsum. Die Mehrheit der 30-Tage-Konsumenten nahmen im letzten Monat häufiger als einmal wöchentlich Cannabis, knapp 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	76	3,1	28,9	38,5	7,8	5,8	4,7	0,9	1,9	8,2	
	n	---	1x	2-5x	6-9x	10-19x	20-30x				
30-Tage-Frequenz	25	---	43,2	14,6	6,8	4,9	30,5				

### Alter des Erstkonsums von Cannabis

Die empirischen Verteilungsfunktionen des Erstkonsums zeigen, dass das Alter des Erstkonsums umso höher und der Anteil der Cannabiserfahrenen umso größer ist, je jünger das Alter der Befragten ist. Während z.B. 5% der 50- bis 64-Jährigen bis zum Alter von 20 Jahren Erfahrung mit Cannabis gemacht haben, waren es bei den 40- bis 49-Jährigen 11%, bei den 30- bis 39-Jährigen 20%, bei den 25- bis 29-Jährigen 34% und bei den 18- bis 24-Jährigen 38%. Wegen der Alterszensurierung des Erstkonsums lassen sich die Anteile, bis zu welchem Alter die jeweilige Gruppe Cannabis zum ersten Mal probiert hat, über alle Altersgruppen nur bis zum Alter von 15 Jahren vergleichen. Wie aus der Abbildung hervorgeht, hatten von den über 25-Jährigen nur wenige bis zum 15. Lebensjahr Kontakt mit Cannabis.

Von den Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) und jungen Erwachsenen (18 bis 24 Jahre) hatten in diesem Alter jedoch bereits jeweils 11% Erfahrung mit Cannabis gemacht.

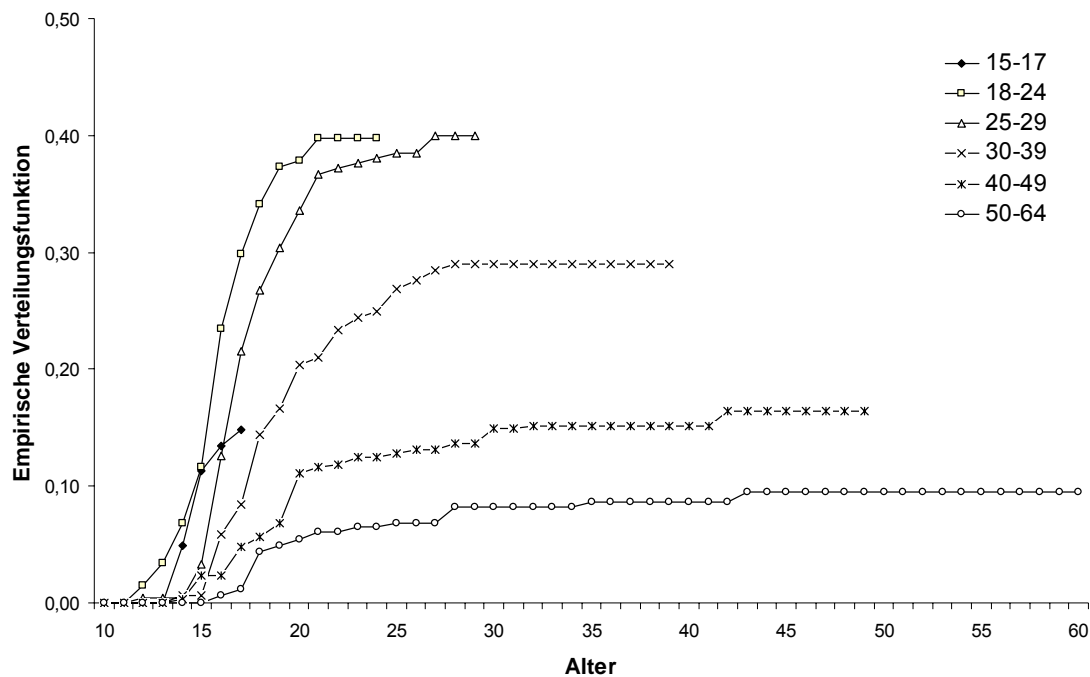


Abbildung 3-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Cannabiskonsums

### Cannabisabhängigkeit

Etwa 4% der Befragten gaben an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Verwendet man den von Steiner, Kraus und Baumeister (eingereicht) vorgeschlagenen Score von zwei Punkten auf der Severity of Dependence Skala (SDS) als Cut-Off, so liegt bei 17,6% der Konsumenten der letzten 12 Monate ein positiver Wert für Cannabisabhängigkeit vor (Tabelle 3-3). 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 Zehnte (10,4%) hat Schwierigkeiten, den Konsum von Cannabis einzustellen und 11,3% der Cannabiskonsumten beunruhigt der Gedanke, auf Cannabis zu verzichten.

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)

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen					
		Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
<b>Gesamtstichprobe</b>	<b>1093</b>	<b>477</b>	<b>616</b>	<b>112</b>	<b>252</b>	<b>168</b>	<b>193</b>	<b>178</b>	<b>190</b>
≥ 2 Punkte	0,7 (14)	0,6	0,8	0,0	2,5	1,6	0,7	0,3	0,0
<b>Konsumenten</b>	<b>66</b>	<b>32</b>	<b>34</b>						
≥ 2 Punkte	17,6 (14)	12,8	25,4						



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

	Gesamt	Geschlecht	
		Männer	Frauen
<b>Konsumenten</b>	<b>66</b>	<b>32</b>	<b>34</b>
Gebrauch von Cannabis außer Kontrolle	6,9 (6)	4,8	10,5
Aussicht auf Cannabis zu verzichten beunruhigt	11,3 (8)	7,3	17,7
Über Gebrauch von Cannabis besorgt	7,0 (6)	3,7	12,3
Wunsch, Cannabiskonsum einzustellen	8,3 (6)	6,5	11,3
Cannabiskonsum einzustellen ist schwierig	10,4 (9)	7,3	15,4

Nach den Kriterien des DSM-IV zeigen 0,5% der Befragten einen positiven Befund für Cannabismissbrauch. Am höchsten ist die Missbrauchsquote bei den 15- bis 17-Jährigen und den jungen Erwachsenen. In diesen Gruppen erfüllten 1,8% die Kriterien eines Cannabismissbrauchs (Tabelle 3-5). Innerhalb der Gruppe der Konsumenten liegt der Anteil der DSM-IV-Diagnosen für einen Missbrauch von Cannabis bei 13,5%. Die DSM-IV-Kriterien einer Cannabisabhängigkeit werden insgesamt nur von einer Person erfüllt. Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Bevölkerung wurden 14.000 (95%-KI: 7.000-27.000) Personen mit einem Cannabismissbrauch geschätzt (12-Monats-Prävalenz). Mit Bezug auf den SDS als Screeninginstrument ist von 18.000 Personen (95%-KI: 9.000-35.000) mit cannabisbezogenen Problemen auszugehen.

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

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen					
		Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
<b>Gesamtstichprobe</b>	<b>1095</b>	<b>478</b>	<b>616</b>	<b>112</b>	<b>253</b>	<b>168</b>	<b>193</b>	<b>178</b>	<b>190</b>
DSM-IV Missbrauch	0,5 (12)	0,5	0,6	1,8	1,8	0,7	0,4	0,3	0,0
DSM-IV Abhängigkeit	0,0 (1)	0,0	0,0						
<b>Konsumenten</b>	<b>67</b>	<b>33</b>	<b>34</b>						
DSM-IV Missbrauch	13,5 (12)	9,7	19,8						
DSM-IV Abhängigkeit	0,4 (1)	0,0	1,1						

**Trends**

*Veränderungen in der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen.* In der Erhebung von 1990 berichteten etwa jeder Zehnte und 1995/97 knapp 18% im Alter von 18 bis 39 Jahren von Erfahrungen mit illegalen Drogen. Bis 2000 erhöhte sich die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen signifikant auf über 30%. Cannabis ist die am meisten verbreitete Droge, die Prävalenzen liegen nur geringfügig unter den Werten für den Konsum irgendeiner illegalen Droge. Dem folgten im Survey von 1990 Amphetamine mit 1,8% und Opiate mit 1,3%. Während die Lebenszeitprävalenzen für den Konsum von Opiaten und LSD im Zeitverlauf in etwa auf dem gleichen Niveau blieben, stiegen die Lebenszeitprävalenzen für den

Konsum von Amphetaminen, Ecstasy und Kokain/Crack bis 2006 signifikant an. Amphetamine und Ecstasy sind damit seit 2000 die nach Cannabis am weitesten verbreiteten illegalen Drogen (Tabelle 3-6).

Tabelle 3-6: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen 18- bis 39-Jähriger, 1990-2006

		Erhebungsjahr			
		1990	1995/97	2000	2006
Irgendeine illegale Droge	Lebenszeit	11,2*	17,9*	32,9	34,8
	12 Monate	3,0*	5,0*	10,7	8,1
	30 Tage	--	2,8	6,2*	2,9
Illegale Drogen außer Cannabis	Lebenszeit	3,2*	5,6	7,9	7,2
	12 Monate	0,7*	0,5*	1,4	1,4
	30 Tage	--	0,0	0,1	1,0
Cannabis	Lebenszeit	10,4*	17,5*	32,9	34,3
	12 Monate	2,9*	5,0*	10,2	8,0
	30 Tage	--	2,8	6,2*	2,2
Amphetamine	Lebenszeit	1,8*	3,6	2,5	4,1
	12 Monate	0,4	0,0*	0,6	1,2
Ecstasy	Lebenszeit	--	0,2*	1,6*	3,5
	12 Monate	--	0,0*	0,2*	1,0
LSD	Lebenszeit	1,1	1,1	3,6*	1,3
	12 Monate	0,1	0,0	0,1	0,2
Kokain/Crack	Lebenszeit	0,6*	2,5	3,8	3,2
	12 Monate	0,4	0,5	0,6	0,6
Opiate	Lebenszeit	1,3	2,1	1,6	1,6
	12 Monate	0,0	0,0	0,1	0,0

\*)  $p < .05$  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

Ebenso wie die Lebenszeitprävalenzen blieben auch die 12-Monats-Prävalenzen für den Konsum irgendeiner illegalen Droge und für Cannabis in den 1990er Jahren konstant und stiegen seit 2000 kontinuierlich an. Seit der Erhebung von 2000 gaben etwa 10% der 18- bis 39-Jährige den Gebrauch irgendeiner illegalen Droge in den letzten 12 Monaten an. Beim Konsum irgendeiner illegalen Droge in den letzten 30 Tagen kam es seit 2000 zu einer Abnahme und die Prävalenz erreichte den Wert von 1995/97.

Betrachtet man die Gruppe der 15- bis 17-Jährigen so zeigen sich seit 1990 bedeutsame Veränderungen (Tabelle 3-7). Während die Lebenszeitprävalenz irgendeiner illegalen Droge von 4,1% auf 13,9% anstieg, finden sich seit 2000 keine signifikanten Veränderungen hinsichtlich der 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz. Auch für die Lebenszeit- und 30-Tage-Prävalenz von Cannabis sowie beim Konsum anderer illegaler Drogen außer Cannabis finden sich seit 2000 keine signifikanten Veränderungen in dieser Altersgruppe. Lediglich bei der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums zeigt sich von 2000 auf 2006 ein signifikanter Rückgang.

Tabelle 3-7: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen 15- bis 17-Jähriger, 1990-2006

		Erhebungsjahr		
		1990	2000	2006
Irgendeine illegale Droge	Lebenszeit	4,1*	19,9	13,9
	12 Monate	3,0*	15,0	8,9
	30 Tage	--	8,8	3,9
Illegale Drogen außer Cannabis	Lebenszeit	0,8	6,2	1,3
	12 Monate	0,4	5,0	0,7
	30 Tage	--	2,5	0,0
Cannabis	Lebenszeit	3,7*	18,6	13,3
	12 Monate	3,0*	13,8*	8,2
	30 Tage	--	8,2	3,8

\*)  $p < .05$  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



## 4 Alkohol

### Abstinenz und Alkoholkonsum

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben 26,8% der Befragten auf den Konsum von Alkohol verzichtet. Hiervon gaben 2,9% an, lebenslang alkoholabstinent zu sein, 8,4% sagten, sie hatten in den vergangenen 12 Monaten keinen Alkohol zu sich genommen und 15,5% hatten im vergangenen Monat keinen Alkohol getrunken (Tabelle 4-1). Dabei zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede mit einem höheren Anteil abstinent lebender Frauen. Rund 1,6% der Männer aber immerhin 4,3% der Frauen waren lebendzeitabstinent.

Knapp zwei Drittel (64,1%) der Befragten wiesen in den letzten 30 Tagen einen risikoarmen Konsum auf, 6,7% einen riskanten Konsum, 2,3% einen gefährlichen Konsum sowie 0,1% einen Hochkonsum. Männer tranken deutlich mehr Alkohol als Frauen. Trotz höherer Grenzwerte für Männer ist der Anteil der Männer in den Klassen riskanter Konsum, gefährlicher Konsum und Hochkonsum höher als bei den Frauen (Riskanter Konsum: Männer: 7,6%; Frauen: 5,7%; gefährlicher Konsum: Männer: 2,7%; Frauen: 1,8% und Hochkonsum: Männer: 0,1%; Frauen: 0%) (Tabelle 4-1).

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

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	1050	468	582	110	237	164	188	171	180
Lebenslang abstinent	2,9 (38)	1,6	4,3	9,6	3,5	2,4	2,1	1,6	3,7
Nur letzte 12 Monate abstinent	8,4 (82)	7,7	9,2	5,6	8,4	7,8	4,2	9,5	11,1
Nur letzte 30 Tage abstinent	15,5 (166)	11,3	19,9	14,9	15,9	18,7	17,7	19,3	9,3
Risikoarmer Konsum <sup>1)</sup>	64,1 (665)	68,9	59,1	64,8	62,6	63,8	69,6	60,0	64,5
Riskanter Konsum <sup>2)</sup>	6,7 (74)	7,6	5,7	2,2	8,1	4,9	5,5	6,5	8,5
Gefährlicher Konsum <sup>3)</sup>	2,3 (24)	2,7	1,8	3,0	1,6	1,7	0,9	3,1	2,9
Hochkonsum <sup>4)</sup>	0,1 (1)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,7	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

Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Wohnbevölkerung hatten 157.000 Männer (95%-KI: 112.000-216.000) den Grenzwert von durchschnittlich mehr als 30g Reinalkohol pro Tag und 100.000 Frauen (95%-KI: 70.000-142.000) den Grenzwert von mehr als 20g Reinalkohol pro Tag überschritten (12-Monats-Prävalenz).

Der Anteil derer, die in den letzten 30 Tagen auf Alkohol verzichteten, reicht von 24% in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen, bis hin zu 30,4% in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen. Mehr Frauen als Männer waren in den letzten 30 Tagen abstinent. Der höchste Anteil der Lebenszeitabstinenten (9,6%) findet sich in der jüngsten Altersgruppe (15 bis 17 Jahre) (Tabelle 4-1). Ein riskanter oder gefährlicher Konsum sowie ein Hochkonsum fand sich am

häufigsten in den beiden höchsten Altersgruppen (50- bis 64-Jährige: 11,4%; 40- bis 49-Jährige: 9,6%) sowie in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen (9,7%). Mädchen im Alter zwischen 15 und 17 Jahren haben häufiger Erfahrungen mit Alkohol gemacht als Jungen dieser Altersgruppe. Über die Altersgruppen hinweg zeigen sich sowohl in der Abstinenz als auch in den Konsumkategorien (Tabelle 4-11) deutliche Geschlechtsunterschiede.

### **Alkoholkonsum nach Getränk**

In den letzten 30 Tagen tranken 53,5% der Befragten Bier, 50,7% Wein/Sekt, 27,1% Spirituosen und 5,4% Alkopops (Tabelle 4-2). Im Durchschnitt verbrauchten die Konsumenten des jeweiligen Getränks 1,8 Liter Bier, 0,6 Liter Wein/Sekt, 0,05 Liter Spirituosen und 0,7 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: 72,9% vs. 33,6%; Spirituosen: 30,7% vs. 23,4%), tranken anteilmäßig mehr Frauen als Männer Wein/Sekt (Frauen: 57,7% vs. Männer: 43,9%) und Alkopops (Frauen: 6,9% vs. Männer: 4,0%). Männer konsumierten im Durchschnitt mehr Alkohol als Frauen (Bier: 2,1l vs. 0,8l; Wein/Sekt: 0,7l vs. 0,5l; Spirituosen: 0,06l vs. 0,04l; Alkopops: 1,0l vs. 0,5l).

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 15 und 25 Jahren am höchsten und nahm in den darüber liegenden Altersgruppen kontinuierlich ab. Am deutlichsten zeigt sich dies für Alkopops: In der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen hat mehr als jeder vierte Befragte (26,9%) während der letzte 30 Tage alkoholhaltige Süßgetränke konsumiert, bei den 18- bis 24-Jährigen waren es 16,6% und bei den 25- bis 29-Jährigen nur noch 9,7%. In allen weiteren Altersgruppen spielten Alkopops mit Prävalenzen unter 3% keine nennenswerte Rolle. Spirituosen wurden am häufigsten von den 18- bis 24-Jährigen (41,8%) und den 15- bis 17-Jährigen (41,2%) konsumiert. Eine ähnliche Beziehung zwischen der Altersgruppe und dem Anteil der Konsumenten ist auch für den Bierkonsum zu erkennen.

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 zeigt sich mit 57,8% in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen. Die altersabhängigen Präferenzen im Konsum unterschiedlicher Getränke betreffen neben dem Anteil der Konsumenten auch die Konsumintensität: Die durchschnittlich konsumierte Menge an Spirituosen und Alkopops ist in der Gruppe der 15- bis 25-Jährigen am höchsten und nimmt kontinuierlich mit dem Alter ab. Unter den Wein- und Sekttrinkern konsumierten Personen im Alter zwischen 40 und 64 Jahre im Durchschnitt 0,7 Liter pro Woche, jüngere Konsumenten tranken dagegen weniger. Eine nach Geschlecht getrennte Darstellung von Konsumprävalenz und Konsummenge findet sich in Tabelle 4-12.

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

Konsumenten von		Geschlecht			Altersgruppen					
		Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Bier	% <sup>1)</sup>	53,5	72,9	33,6	64,0	61,5	53,7	57,4	51,4	47,7
	Liter <sup>2)</sup>	1,8	2,1	0,8	2,3	1,6	1,9	1,9	1,7	1,6
Wein/Sekt	%	50,7	43,9	57,7	31,5	39,2	52,2	51,2	50,5	57,8
	Liter	0,6	0,7	0,5	0,2	0,4	0,3	0,5	0,7	0,7
Spirituosen	%	27,1	30,7	23,4	41,2	41,8	35,5	24,2	20,4	24,3
	Liter	0,05	0,06	0,04	0,05	0,09	0,03	0,04	0,04	0,04
Alkopops	%	5,4	4,0	6,9	26,9	16,6	9,7	2,1	2,8	1,0
	Liter	0,7	1,0	0,5	1,1	0,7	0,4	0,1	0,0	0,3

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 Drittel der Alkoholkonsumenten 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 ( $p=0.01$ ). Während nahezu die Hälfte (45,1%) der Männer in den letzten 30 Tagen zumindest einmal fünf oder mehr Gläser alkoholhaltiger Getränke getrunken hat, ist es bei den Frauen etwa ein Fünftel (20,9%). Die Kriterien des Rauschtrinkens wurden von 17,3% der Männer und 6,7% der Frauen in den letzten 30 Tagen viermal oder häufiger überschritten. Außerdem traten klare Altersunterschiede auf. Der Anteil zumindest einmaligen Rauschtrinkens war mit 58,8% bei den 18- bis 24-Jährigen am höchsten und mit 21,3% bei den 50- bis 64-Jährigen am niedrigsten. Betrachtet man das häufige Rauschtrinken (viermal oder häufiger) ergibt sich mit 23,7% die höchste Prävalenz in der Gruppe der minderjährigen Befragten. Mit zunehmendem Alter wird das häufige Rauschtrinken seltener.

Tabelle 4-3 Häufigkeit des Rauschtrinkens<sup>1)</sup> (Konsumenten der letzten 30 Tage)

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen					
		Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	<b>804</b>	<b>379</b>	<b>425</b>	<b>75</b>	<b>189</b>	<b>127</b>	<b>143</b>	<b>134</b>	<b>136</b>
Nein	65,7 (487)	54,9	79,1	46,4	41,2	55,1	67,5	68,5	78,6
1-3mal	21,8 (203)	27,9	14,3	29,9	39,8	31,9	21,4	20,7	10,7
Viermal oder häufiger	12,6 (114)	17,3	6,7	23,7	19,0	12,9	11,1	10,8	10,6

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 bei Männern bzw. 20g bei Frauen weisen Episoden des Rauschtrinkens auf. So berichteten 22,3% der im Durchschnitt risikoarmen Konsumenten von 1-3-maligem Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen (Männer: 29,4%; Frauen: 13,5%), 6,4% sogar von zumindest vier Trinktagen, an denen fünf oder mehr

Gläser alkoholhaltiger Getränke konsumiert wurden (Männer: 9,2%; Frauen: 3,0%). Personen, die insgesamt einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen, berichteten in 18,2% der Fälle von gelegentlichem Rauschtrinken (1-3mal), mehr als die Hälfte (51,3%) von häufigem Rauschtrinken (viermal oder häufiger). Von den Personen mit gefährlichem Konsum bzw. Hochkonsum gaben drei Viertel ein häufiges Rauschtrinken an.

Tabelle 4-4: Häufigkeit des Rauschtrinkens<sup>1)</sup> nach Konsumkategorien (durchschnittliche Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage)

	<b>Gesamt</b>	<b>risikoarmer Konsum<sup>2)</sup></b>	<b>riskanter Konsum<sup>3)</sup></b>	<b>gefährlicher/Hochkonsum<sup>4)</sup></b>
<b>Gesamt</b>	<b>759</b>	<b>660</b>	<b>74</b>	<b>25</b>
Nein	65,8 (461)	71,3	30,5	17,1
1-3mal	21,5 (190)	22,3	18,2	9,2
4mal oder häufiger	12,7 (108)	6,4	51,3	73,6
<b>Männer</b>	<b>362</b>	<b>312</b>	<b>35</b>	<b>15</b>
Nein	55,2 (177)	61,4	19,3	2,2
1-3mal	27,6 (110)	29,4	17,2	10,9
4mal oder häufiger	17,2 (75)	9,2	63,5	86,9
<b>Frauen</b>	<b>397</b>	<b>348</b>	<b>39</b>	<b>10</b>
Nein	79,1 (284)	83,5	46,2	41,7
1-3mal	13,9 (80)	13,5	19,5	6,5
4mal oder häufiger	7,0 (33)	3,0	34,3	51,8

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 15- bis 17-jährigen Mädchen mehr als die Hälfte (48,4%) bis zum 16. Lebensjahr begannen mindestens einmal pro Monat Alkohol zu trinken, sind es bei den 18- bis 24-Jährigen 22,8%, bei den 25- bis 39-Jährigen 12,5%, bei den 30- bis 39-Jährigen 13,7%, bei den 40- bis 49-Jährigen 4,7% und in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen 0%. Bei den männlichen Befragten (Abbildung 4-2) sind die Altersunterschiede im Beginn des regelmäßigen Konsums weniger deutlich ausgeprägt. Deutliche Abweichungen ergeben sich jedoch für die jüngste Altersgruppe: 52,2% der 15- bis 17-jährigen männlichen Befragten konsumieren seit ihrem 16. Lebensjahr mindestens einmal im Monat Alkohol. In den darüber liegenden Altersgruppen (18 bis 39 Jahre) liegt der Anteil zwischen 20% und 30% und in den Altersgruppen zwischen 40 und 64 Jahre unter 10%.



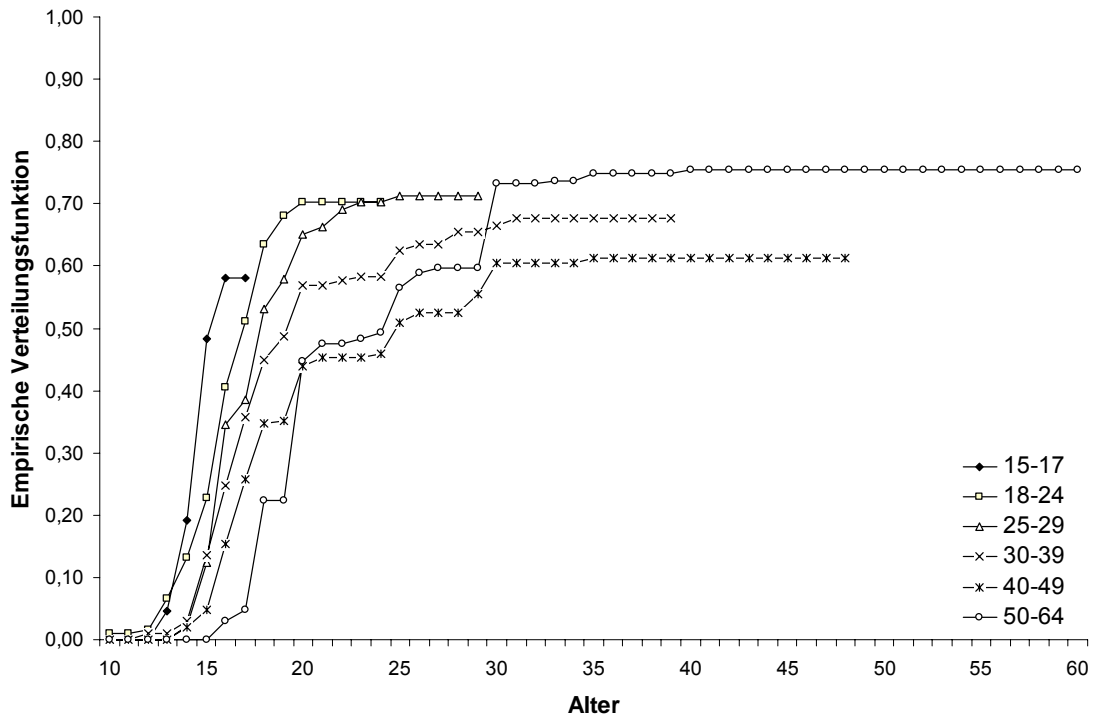


Abbildung 4-1: Empirische Verteilungsfunktion des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Frauen

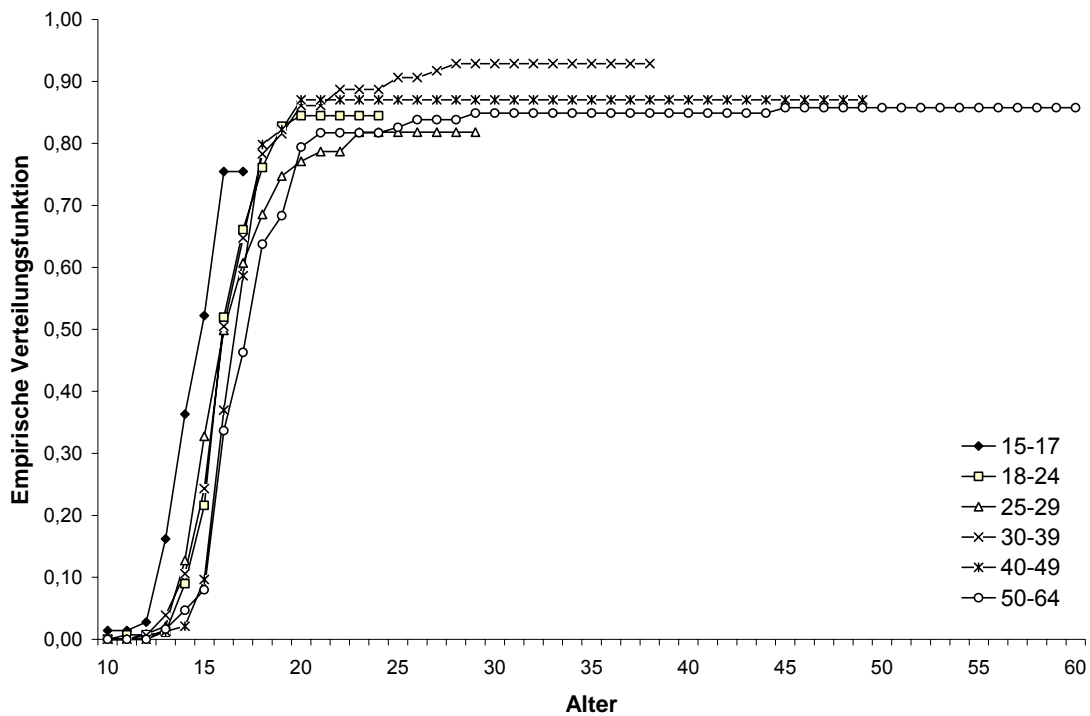


Abbildung 4-2: Empirische Verteilungsfunktion des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Männer

Tabelle 4-5: Häufigkeit bestimmter Trinksituationen

		Geschlecht		
		Gesamt	Männer	Frauen
Zum Essen	Nie	23,6	22,5	24,7
	Seltener als 1x im Monat	24,3	23,5	25,2
	1x im Monat	10,7	8,1	13,6
	2-3x im Monat	15,9	16,0	15,7
	1-2x pro Woche	14,8	17,4	11,9
	3-5x pro Woche	8,0	9,9	6,0
	(fast) täglich	2,7	2,5	2,9
Am Abend zu Hause	Nie	26,7	21,7	32,2
	Seltener als 1x im Monat	19,1	18,5	19,8
	1x im Monat	10,6	9,3	12,1
	2-3x im Monat	13,7	16,0	11,1
	1-2x pro Woche	15,1	15,7	14,5
	3-5x pro Woche	9,6	11,8	7,1
	(fast) täglich	5,2	7,0	3,2
Im Restaurant	Nie	22,4	22,2	22,6
	Seltener als 1x im Monat	31,9	29,5	34,6
	1x im Monat	22,7	21,7	23,8
	2-3x im Monat	15,6	17,6	13,3
	1-2x pro Woche	6,3	7,5	5,1
	3-5x pro Woche	1,0	1,4	0,5
	(fast) täglich	0,1	0,1	0,2
Bar, Kneipe, Disko etc.	Nie	34,6	30,1	39,8
	Seltener als 1x im Monat	21,8	17,9	26,4
	1x im Monat	13,0	12,4	13,8
	2-3x im Monat	15,8	17,8	13,5
	1-2x pro Woche	11,5	16,3	5,9
	3-5x pro Woche	2,6	4,4	0,5
	(fast) täglich	0,6	1,1	0,1
Bei festlichen Anlässen	Nie	5,9	5,6	6,2
	Seltener als 1x im Monat	57,9	53,0	63,2
	1x im Monat	23,4	26,7	19,7
	2-3x im Monat	9,7	10,8	8,6
	1-2x pro Woche	1,7	2,2	1,2
	3-5x pro Woche	1,0	1,3	0,5
	(fast) täglich	0,4	0,3	0,6
Am Arbeitsplatz <sup>1)</sup>	Nie	88,9	89,9	87,6
	Seltener als 1x im Monat	8,1	5,6	11,1
	1x im Monat	1,6	2,3	0,6
	2-3x im Monat	1,0	1,5	0,4
	1-2x pro Woche	0,3	0,5	0,0
	3-5x pro Woche	0,1	0,0	0,1
	(fast) täglich	0,1	0,1	0,1
Nach der Arbeit mit Kollegen <sup>1)</sup>	Nie	66,0	56,7	78,0
	Seltener als 1x im Monat	18,7	20,8	16,1
	1x im Monat	3,9	5,4	2,1
	2-3x im Monat	7,9	2,6	5,6
	1-2x pro Woche	4,8	7,7	1,1
	3-5x pro Woche	0,8	1,4	0,1
	(fast) täglich	0,1	0,2	0,0

1) Erwerbstätige und Auszubildende

## Trinksituationen

Alkoholkonsum fand bevorzugt und am häufigsten am Abend zu Hause oder beim Essen statt (Tabelle 4-5). Knapp ein Drittel (29,9%) trank einmal in der Woche oder öfter am Abend zu Hause, 5,2% täglich. Zum Essen konsumierte mehr als jeder Vierte (25,5%) mindestens einmal in der Woche ein alkoholhaltiges Getränk; tägliches Trinken von Alkohol zum Essen gaben nur 2,7% an. Knapp jeder Siebte (14,7%) 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 88,9% grundsätzlich nie Alkohol am Arbeitsplatz, 3% häufiger als einmal im Monat. Männer gaben bei allen Situationen häufiger Alkoholkonsum an als Frauen.

## Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit

Insgesamt 3,6% der Befragten zeigen entsprechend der Kriterien des DSM-IV einen positiven Befund für Alkoholmissbrauch, 1,4% erfüllten die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit (Tabelle 4-6). Bei Männern ist Missbrauch deutlich weiter verbreitet als bei Frauen (6,0% vs. 1,2%,  $p < .01$ ). In Hinblick auf eine Abhängigkeit unterscheiden sich Männer nicht signifikant von Frauen (2,0% vs. 0,8%,  $p = .08$ ). Darüber hinaus sind deutliche Alterseffekte erkennbar. Die höchste Missbrauchsquote findet sich mit 9,0% in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen, die höchste Abhängigkeitsquote mit 3,5% in der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen. Damit erfüllen knapp 12% der Befragten im Alter zwischen 15 und 25 Jahren ihren eigenen Angaben zufolge die Kriterien eines missbräuchlichen oder abhängigen Alkoholkonsums. In den höheren Altersgruppen ist mit Ausnahme eines leichten Anstiegs des Alkoholmissbrauchs in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen tendenziell eine Abnahme der Abhängigkeits- und Missbrauchsquoten zu beobachten. Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Bevölkerung erfüllten 96.000 Personen (95%-KI: 70.000-133.000) die Missbrauchs- und 38.000 Personen (95%-KI: 26.000-57.000) die Abhängigkeitskriterien nach DSM-IV (12-Monats-Prävalenz).

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

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen					
		Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	<b>1083</b>	<b>478</b>	<b>605</b>	<b>114</b>	<b>252</b>	<b>170</b>	<b>189</b>	<b>177</b>	<b>181</b>
DSM-IV Missbrauch	3,6 (46)	6,0	1,2	8,3	9,0	3,8	4,4	2,2	1,4
DSM-IV Abhängigkeit	1,4 (23)	2,0	0,8	3,5	3,4	2,7	0,6	0,3	1,6

## Trends

*Abstinenz und Konsummenge.* Seit der Erhebung von 1995/97 finden sich hinsichtlich der Abstinenz und den Konsummengen Veränderungen. Der Anteil abstinent lebender Personen stieg an und der Anteil riskant konsumierender Personen nahm ab. Während bei den Männern die Anteile in jeder Konsumkategorie zwischen 1995/97 und 2006 signifikant abnahmen, lässt sich bei den Frauen lediglich eine Verschiebung vom risikoarmen Konsum hin zur Abstinenz beobachten. Keine Veränderungen zeigen sich in Hinblick auf den riskanten, gefährlichen und Hochkonsum (Tabelle 4-7).

Tabelle 4-7: Trends des Alkoholkonsums 18- bis 59-Jähriger (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage), 1995/97-2006

	Erhebungsjahr		
	1995/97	2000	2006
<b>Gesamt</b>	<b>611</b>	<b>851</b>	<b>880</b>
Abstinent	20,1*	14,8*	26,8
Risikoarmer Konsum <sup>1)</sup>	66,6	70,0*	64,8
Riskanter Konsum <sup>2)</sup>	8,7*	11,0*	6,4
Gefährlicher Konsum <sup>3)</sup>	3,1*	3,7*	2,0
Hochkonsum <sup>4)</sup>	1,5*	0,4*	0,1
<b>Männer</b>	<b>283</b>	<b>353</b>	<b>389</b>
Abstinent	14,7	10,4*	19,5
Risikoarmer Konsum	64,1*	70,4	71,1
Riskanter Konsum	13,7*	13,6*	6,7
Gefährlicher Konsum	5,4*	5,2*	2,6
Hochkonsum <sup>4)</sup>	2,1*	0,4*	0,1
<b>Frauen</b>	<b>328</b>	<b>498</b>	<b>491</b>
Abstinent	25,7*	19,5*	34,4
Risikoarmer Konsum	69,1	69,6*	58,2
Riskanter Konsum	3,6	8,4	6,1
Gefährlicher Konsum	0,6	2,2	1,3
Hochkonsum <sup>4)</sup>	1,0	0,4	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

\*)  $p < .05$  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 ( $n \leq 5$ ) wurde Fisher's exakter Test verwendet

*Alkoholkonsum nach Getränk.* Ein Rückgang des Konsums seit 1995/97 spiegelt sich auch in der getränkesspezifischen 30-Tage-Prävalenz und den durchschnittlichen täglichen Trinkmengen der Konsumenten des jeweiligen Getränks wider (Tabelle 4-8). Bei allen Getränkesorten kam es zu einem Rückgang der 30-Tage-Prävalenz. Während die durchschnittliche Menge konsumierten Biers gegenüber 2000 sank, stieg die durchschnittliche Menge konsumierter Spirituosen an. Auch in der geschlechterspezifischen Betrachtung zeigt sich eine Abnahme des aktuellen Konsums für jede einzelne Getränkesorte. Bei Männern nahm die durchschnittliche Menge konsumierten Biers seit 1995/97 ab und die durchschnittliche Menge konsumierter Spirituosen seit 2000 geringfügig zu. Bei den weiblichen Befragten zeigt sich lediglich beim Spirituosenkonsum eine Zunahme in der Konsummenge.

Tabelle 4-8: Trends der Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und der durchschnittlichen Trinkmenge 18- bis 59-Jähriger, 1995/97-2006

		Erhebungsjahr		
		1995/97	2000	2006
<b>Gesamt</b>		<b>729<sup>1)</sup></b>	<b>946</b>	<b>915</b>
Bier	% <sup>2)</sup>	61,3*	68,2*	54,5
	Liter <sup>3)</sup>	2,5 (409) <sup>4)</sup>	2,3* (575)	1,7 (489)
Wein/Sekt	%	64,3*	69,6*	50,5
	Liter	0,5 (413)	0,6 (614)	0,6 (442)
Spirituosen	%	35,1*	36,7*	26,4
	Liter	0,05 (191)	0,04* (305)	0,05 (265)
<b>Männer</b>		<b>334</b>	<b>395</b>	<b>400</b>
Bier	%	81,2*	83,9*	74,1
	Liter	3,2* (254)	2,9* (322)	2,0(289)
Wein/Sekt	%	61,6*	65,2*	44,5
	Liter	0,7 (171)	0,7 (229)	0,6 (161)
Spirituosen	%	44,7*	44,1*	29,6
	Liter	0,06 (117)	0,05* (158)	0,06 (134)
<b>Frauen</b>		<b>395</b>	<b>551</b>	<b>515</b>
Bier	%	41,0	51,6*	34,1
	Liter	1,0 (155)	1,2 (253)	0,9 (200)
Wein/Sekt	%	67,2*	74,3*	56,7
	Liter	0,4* (242)	0,6 (385)	0,5 (281)
Spirituosen	%	25,4	29,0*	23,1
	Liter	0,05 (74)	0,03* (147)	0,04 (131)

1) Stichprobe für Prävalenzwerte, 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 ( $n \leq 5$ ) 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 leicht abgenommen. Es zeigen sich jedoch alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede. Während der Anteil des Rauschkonsums in der Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen insgesamt deutlich zurückging, nahm der Anteil der Rauschtrinker bei den 15- bis 17-Jährigen und den 18- bis 29-Jährigen deutlich zu (Tabelle 4-9).

Tabelle 4-9: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens<sup>1)</sup>, 1995/97-2006

	Alter	Erhebungsjahr		
		1995/97	2000	2006
<b>Gesamt</b>		<b>686</b> <sup>2)</sup>	<b>934</b>	<b>916</b>
	18-59	27,6	29,2	25,6
	15-17	--	35,2	38,8
	18-29	28,3*	35,9	39,3
	30-39	26,5	29,2	24,9
	40-59	27,9*	25,6	19,7
<b>Männer</b>		<b>324</b>	<b>390</b>	<b>402</b>
	18-59	40,2	42,3	36,3
<b>Frauen</b>		<b>362</b>	<b>544</b>	<b>514</b>
	18-59	13,9	15,4*	14,5

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

2) 1995/97-2006: 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).

*Alkoholbezogene Störungen.* Der Vergleich der für 2000 und 2006 geschätzten Prävalenzwerte für Alkoholabhängigkeit zeigt bei den 15- bis 59-jährigen Männern einen signifikanten Rückgang von 5,0% auf 2,0%. Bei den gleichaltrigen Frauen gab es keine Veränderung (Tabelle 4-10).

Tabelle 4-10: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV bei 15- bis 59-Jährigen, 2000-2006

	Erhebungsjahr	
	2000	2006
<b>Gesamt</b>	<b>1090</b>	<b>1083</b>
	3,0* (32)	1,4 (23)
<b>Männer</b>	<b>468</b>	<b>478</b>
	5,0* (26)	2,0 (16)
<b>Frauen</b>	<b>622</b>	<b>605</b>
	0,9 (6)	0,8 (7)

\*)  $p < .05$  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

## Tabellen zu Alkohol

Tabelle 4-11: Verteilung des Alkoholkonsums für Männer und Frauen (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag)

	Altersgruppen							
	Gesamt		15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
<b>Männer</b>	<b>468</b>		<b>51</b>	<b>102</b>	<b>63</b>	<b>90</b>	<b>77</b>	<b>85</b>
Lebenslang abstinent	1,6	(14)	11,7	0,9	2,5	0,0	1,5	1,4
Nur letzte 12 Monate abstinent	7,7	(32)	4,5	9,5	3,7	1,5	8,5	12,7
Nur letzte 30 Tage abstinent	11,3	(59)	11,8	14,4	24,6	10,8	11,4	7,1
Risikoarmer Konsum <sup>1)</sup>	68,9	(313)	65,2	67,3	61,1	81,3	65,3	65,6
Riskanter Konsum <sup>2)</sup>	7,6	(35)	2,7	6,6	4,3	5,3	9,9	9,5
Gefährlicher Konsum <sup>3)</sup>	2,7	(14)	4,1	1,4	2,2	1,1	3,4	3,7
Hochkonsum <sup>4)</sup>	0,1	(1)	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0
<b>Frauen</b>	<b>582</b>		<b>59</b>	<b>135</b>	<b>101</b>	<b>98</b>	<b>94</b>	<b>95</b>
Lebenslang abstinent	4,3	(24)	6,8	5,7	2,3	4,7	1,7	6,2
Nur letzte 12 Monate abstinent	9,2	(50)	7,0	7,5	11,0	7,6	10,6	9,5
Nur letzte 30 Tage abstinent	19,9	(107)	18,9	17,2	14,0	26,4	27,3	11,8
Risikoarmer Konsum	59,1	(352)	64,3	58,5	66,0	55,0	54,7	63,2
Riskanter Konsum	5,7	(39)	1,4	9,3	5,4	5,6	3,1	7,3
Gefährlicher Konsum	1,8	(10)	1,6	1,7	1,3	0,6	2,7	2,0
Hochkonsum	0,0	(0)	0,0	0,0	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 4-12: Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und durchschnittliche Trinkmengen für Männer und Frauen

Konsumenten von		Altersgruppen						
		Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
<b>Männer</b>								
Bier	% <sup>1)</sup>	72,9	71,7	69,7	68,2	82,0	72,1	69,2
	Liter <sup>2)</sup>	2,1	2,9	2,1	2,7	2,2	2,0	2,0
Wein/Sekt	%	43,9	20,6	34,3	37,4	48,4	43,1	50,4
	Liter	0,7	0,4	0,4	0,3	0,4	0,9	0,8
Spirituosen	%	30,7	33,4	45,0	39,2	31,9	24,2	26,9
	Liter	0,06	0,08	0,10	0,05	0,05	0,05	0,06
Alkopops	%	4,0	14,5	13,1	8,7	2,1	2,6	0,0
	Liter	0,9	2,2	0,9	0,5	0,1	0,0	0,0
<b>Frauen</b>								
Bier	%	33,6	54,2	53,8	42,0	27,2	30,7	25,7
	Liter	0,8	1,1	1,0	0,9	0,6	1,2	0,4
Wein/Sekt	%	57,7	45,3	43,8	64,1	54,6	57,8	65,4
	Liter	0,5	0,2	0,4	0,4	0,6	0,5	0,7
Spirituosen	%	23,4	51,2	38,9	32,5	14,7	16,6	21,7
	Liter	0,04	0,03	0,09	0,02	0,03	0,01	0,02
Alkopops	%	6,9	42,8	19,9	10,6	2,1	3,0	2,1
	Liter	0,5	0,5	0,7	0,3	0,1	0,0	0,3

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 (95,8%) der Tabakkonsumenten gab Zigaretten als hauptsächliche Tabakware an. Dem folgen Zigarrillos mit 9,1%, Zigarren mit 5,9% und Pfeife mit 5,1%. Zigarren, Zigarrillos und Pfeife spielten bei Frauen und jüngeren Personen eine geringere Rolle als bei Männern und älteren Personen. Insgesamt haben 12,9% der Befragten (Männer: 20,4%, Frauen: 5,3%) irgendeinmal im Leben Schnupftabak konsumiert und 1,0% Kautabak (Männer: 1,8%, Frauen: 0,3%). Die Lebenszeitprävalenzen für Schnupftabak variieren in den Altersgruppen zwischen 18 und 49 Jahren zwischen 10% und 20%. In den letzten 12 Monaten vor der Befragung gaben nur wenige (1,6%) den Konsum von Schnupftabak (Männer: 1,7%, Frauen: 1,5%) oder von Kautabak (Männer: 0,5%, Frauen: 0,0%) an. Kautabak wurde überwiegend von der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen konsumiert, meist jedoch nicht im Zeitraum der letzten 12 Monate.

### Prävalenz des Tabakkonsums

Ein Drittel der Befragten gab an, im letzten Monat geraucht zu haben (Tabelle 5-1). Männer gaben häufiger als Frauen an, aktuell zu rauchen (38,3% vs. 27,4%). Mit zunehmendem Alter kommt es zu einer Abnahme des Nichtraucher-Anteils sowie einer Zunahme des Anteils an Exraucher. Die geringsten Anteile aktueller Raucher finden sich in der Gruppe der 15- bis 17-Jährigen und der höchsten Altersgruppe, wobei der Anteil bei den 15- bis 17-Jährigen auf den hohen Anteil der Nichtraucher (72,8%), bei den 50- bis 64-Jährigen auf den vergleichsweise hohen Anteil der Exraucher (36,8%) zurückzuführen ist. Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Wohnbevölkerung rauchten in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung 515.000 Männer (95%-KI: 418.000-619.000) und 361.000 Frauen (95%-KI: 312.000-414.000) in Rheinland-Pfalz.

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

	Altersgruppen							
	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64	
<b>Gesamt</b>	<b>1094</b>	<b>114</b>	<b>251</b>	<b>171</b>	<b>193</b>	<b>178</b>	<b>187</b>	
Nichtraucher <sup>1)</sup>	43,8 (527)	72,8	53,0	52,9	43,1	39,0	37,9	
Exraucher <sup>2)</sup>	23,2 (199)	1,9	11,9	13,7	19,2	23,5	36,8	
Raucher <sup>3)</sup>	33,0 (368)	25,3	35,1	33,3	37,8	37,4	25,2	
<b>Männer</b>	<b>481</b>	<b>52</b>	<b>105</b>	<b>66</b>	<b>92</b>	<b>79</b>	<b>87</b>	
Nichtraucher	40,4 (216)	79,1	57,5	53,9	35,2	39,8	28,4	
Exraucher	21,3 (77)	0,0	9,8	10,3	15,6	20,1	37,7	
Raucher	38,3 (188)	20,9	32,7	35,8	49,2	40,1	33,9	
<b>Frauen</b>	<b>613</b>	<b>62</b>	<b>146</b>	<b>105</b>	<b>101</b>	<b>99</b>	<b>100</b>	
Nichtraucher	47,4 (311)	64,9	48,8	52,1	52,7	38,3	48,2	
Exraucher	25,2 (122)	4,2	13,9	16,5	23,6	27,0	35,9	
Raucher	27,4 (180)	30,9	37,3	31,4	23,7	34,7	15,9	

1) Insgesamt höchstens 100mal geraucht

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

3) In den letzten 30 Tagen geraucht

Deutliche Geschlechtsunterschiede finden sich in den Altersgruppen der 30- bis 39-Jährigen (Männer: 49,2%; Frauen: 23,7%) und der 50- bis 64-Jährigen (Männer: 33,9%; Frauen: 15,9%) (Tabelle 5-1). Die geringen Anteile an Raucherinnen in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen geht auf den hohen Anteil an Nicht-Raucherinnen zurück, bei den über 50-Jährigen zusätzlich auf den vergleichsweise hohen Anteil an Exraucherinnen.

### Menge des Zigarettenkonsums

Innerhalb der Gruppe der Zigarettenraucher rauchten drei Viertel (75,2%) täglich, 19,5% weniger als 10 Zigaretten pro Tag, 24% zwischen 11 und 19 Zigaretten pro Tag und rund ein Drittel 20 Zigaretten oder mehr pro Tag (Tabelle 5-2). Unter den moderaten Rauchern (11 bis 19 Zigaretten pro Tag) und den starken Rauchern (20 Zigaretten oder mehr pro Tag) finden sich mehr Männer als Frauen (37,5% vs. 24,0%,  $p < .01$ ), bei den leichten Rauchern (weniger als 10 Zigaretten pro Tag) überwiegt der Frauenanteil (Männer: 13,9%; Frauen: 27,0%,  $p < .01$ ). Bis zur Altersgrenze von 39 Jahren nimmt der Anteil starker Raucher zu; in den darüber liegenden Altersgruppen ist eine Abnahme zu beobachten. Während bei den 18- bis 24-Jährigen nur jeder siebte Raucher als starker Raucher klassifiziert wurde, war es bei den 30- bis 39-Jährigen beinahe jeder Zweite (44,2%). Eine nach Geschlecht und Alter getrennte Betrachtung zeigt einen jeweils höheren Anteil männlicher starker Raucher. Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Wohnbevölkerung fanden sich 175.000 Männer (95%-KI: 125.000-241.000) und 84.000 Frauen (95%-KI: 52.000-136.000), 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	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
<b>Gesamt</b>	<b>346</b>						
Nicht täglich	24,8 (108)	28,1	41,6	42,8	18,4	23,6	14,0
Täglich bis 10	19,5 (67)	23,9	17,8	17,9	18,2	21,1	19,9
Täglich 11-19	24,0 (82)	45,1	26,2	17,3	19,3	19,4	34,1
Täglich 20 oder mehr	31,7 (89)	3,0	14,5	22,0	44,2	35,9	32,0
<b>Männer</b>	<b>171</b>	<b>14</b>	<b>38</b>	<b>24</b>	<b>41</b>	<b>29</b>	<b>25</b>
Nicht täglich	21,6 (46)	29,2	38,2	42,9	17,3	24,2	9,2
Täglich bis 10	13,9 (27)	37,2	19,6	3,8	16,3	9,8	13,4
Täglich 11-19	27,0 (41)	27,7	31,6	16,6	15,4	24,1	45,4
Täglich 20 oder mehr	37,5 (57)	5,9	10,6	36,6	51,0	41,9	31,9
<b>Frauen</b>	<b>175</b>	<b>15</b>	<b>54</b>	<b>33</b>	<b>25</b>	<b>31</b>	<b>17</b>
Nicht täglich	29,1 (62)	27,1	44,2	42,6	21,1	23,0	23,5
Täglich bis 10	27,0 (40)	10,3	16,4	30,3	23,0	32,4	32,4
Täglich 11-19	19,9 (41)	62,7	21,9	17,9	29,4	14,8	11,9
Täglich 20 oder mehr	24,0 (32)	0,0	17,5	9,2	26,4	29,8	32,2

### **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 42% bis zum Alter von 15 Jahren Tabak probiert hatte, waren es bei den 25- bis 49-Jährigen jeweils etwa 30% und bei den 50- bis 64-Jährigen 15%. Von den 15- bis 17-Jährigen haben einige noch vor dem 10. Lebensjahr Erfahrung mit Tabak gemacht, bis zum Alter von 15 Jahren waren in dieser Gruppe aber mit 35% weniger tabakerfahren als in der Alterskohorte der 18- bis 24-Jährigen, jedoch mehr als in der Alterskohorte der über 24-Jährigen (Abbildung 5-1). Bei den Männern lassen sich zwar keine Hinweise auf eine Altersverschiebung finden, die Anteile Tabakerfahrener ab dem 20. Lebensjahr sind aber höher je älter die Geburtskohorte ist. Bis zum Alter von 15 Jahren gleichen sich die Kurven und jeweils etwa 20%-25% jeder Alterskohorte hat bis zu diesem Alter Erfahrung mit Tabak gemacht. Unter Berücksichtigung der Alterszensierung zeigt auch die Alterskurve der 15- bis 17-Jährigen einen mit den Alterskurven der anderen Kohorten identischen Verlauf (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 als die beiden mittleren und diese wieder früher als die beiden ältesten Kohorten und dass auch bereits in jungem Alter mehr weibliche Jugendliche und junge Erwachsene täglich rauchten als dies bei den anderen Alterskohorten der Fall war. Bis zum Alter von 15 Jahren rauchten 32% (15 bis 17 Jahre) bzw. 20% (18 bis 24 Jahre) täglich. Bei den 25- bis 49-Jährigen waren es deutlich weniger und bei den Älteren nur 2%. Auch die Verteilung des Alters des Beginns des täglichen Rauchens bei den Männern erfolgte zeitlich versetzt zum ersten Konsum. Mit Ausnahme der jüngsten Alterskohorte (15 bis 17 Jahre), die früher mit dem täglichen Rauchen begann, zeigen die anderen Altersgruppen einen nahezu identischen zeitlichen Verlauf des Beginns täglichen Rauchens. Erst ab dem 20. Lebensjahr unterscheidet sich der Anteil der Tabakerfahrener, wobei erwartungsgemäß die Anteile mit dem Alter der Geburtskohorte zunehmen (Abbildung 5-4).

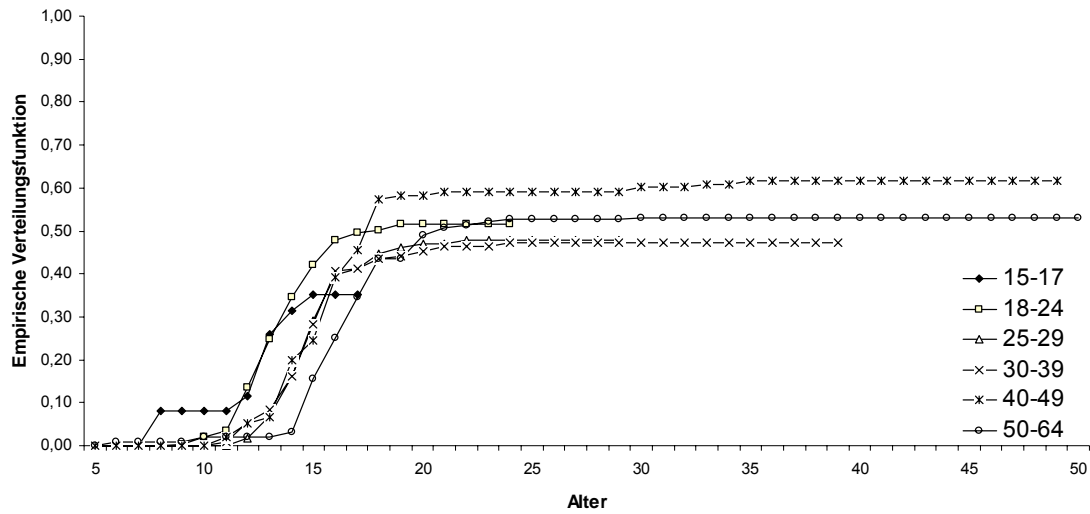


Abbildung 5-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Frauen

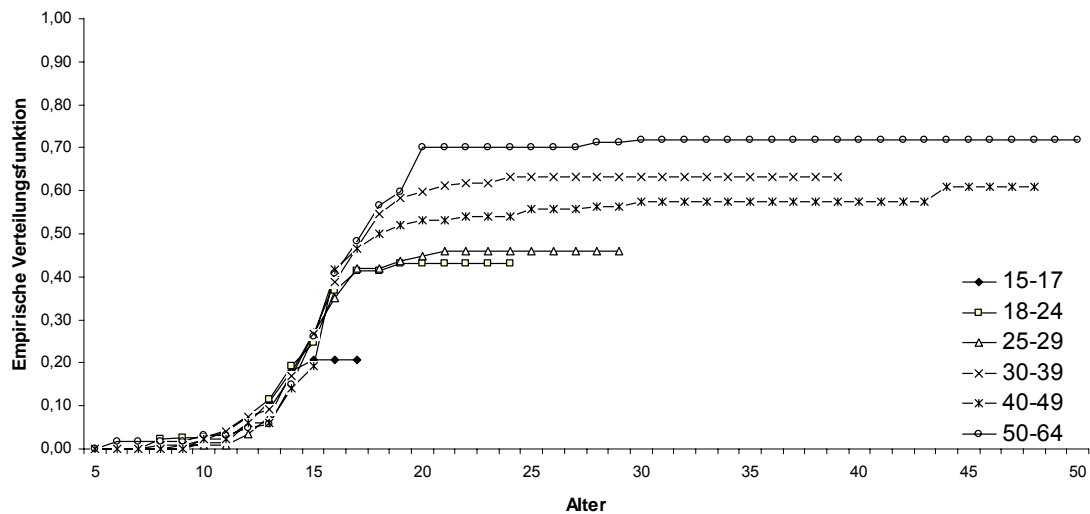


Abbildung 5-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Männer

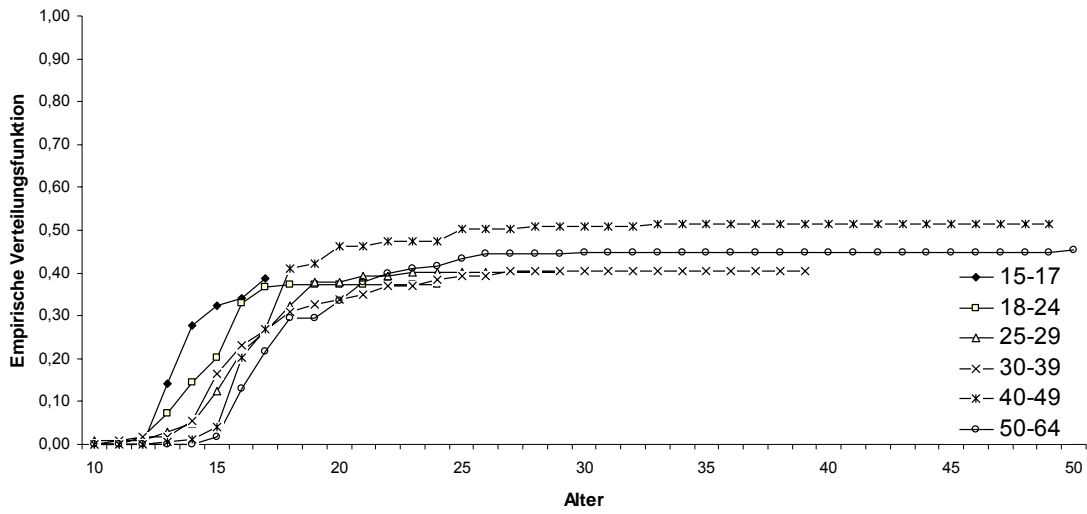


Abbildung 5-3: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns des täglichen Rauchens für Frauen

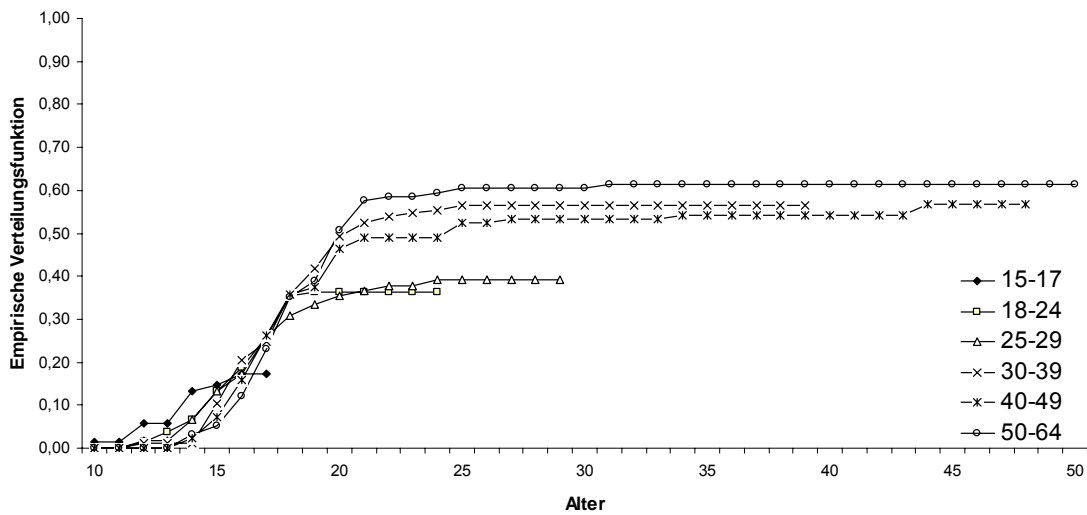


Abbildung 5-4: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns des täglichen Rauchens für Männer

## Nikotinabhängigkeit

Einen Gesamtwert von vier oder mehr Punkten im Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTND) erreichten 13,4% der Gesamtstichprobe und 44,4% der befragten Tabakraucher (Tabelle 5-3). Insgesamt wurden Männer häufiger als Frauen als nikotinabhängig klassifiziert (17,6% vs. 9,2%,  $p < .01$ ). Der Anteil der Nikotinabhängigen steigt von 9,1% bei den 15- bis 17-Jährigen auf 18% bei den 30- bis 39-Jährigen und geht wieder zurück auf 12,6% 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)

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
<b>Gesamtstichprobe</b>	<b>1058</b>	<b>456</b>	<b>602</b>	<b>112</b>	<b>244</b>	<b>165</b>	<b>187</b>	<b>170</b>	<b>180</b>
FTND ( $\geq 4$ )	13,4 (119)	17,6	9,2	9,1	7,0	8,1	18,0	16,1	12,6
<b>Raucher</b>	<b>330</b>	<b>161</b>	<b>169</b>	<b>28</b>	<b>87</b>	<b>54</b>	<b>65</b>	<b>57</b>	<b>39</b>
FTND ( $\geq 4$ )	44,4 (119)	51,5	35,1	39,5	21,0	26,2	50,2	47,1	58,7

Legt man für die Diagnose einer Abhängigkeit die Kriterien des DSM-IV zugrunde (Tabelle 5-4), wurden sowohl für die Gesamtstichprobe (8,2%) als auch für die Gruppe der Tabakraucher geringere Prävalenzen einer Abhängigkeit (25,0%) geschätzt. Die Prävalenzunterschiede zwischen Männern und Frauen sind gering. Mit dem Alter sind die Prävalenzwerte leicht rückläufig (Gesamtstichprobe). Bezogen auf die 15- bis 64-jährige Wohnbevölkerung wurden 217.000 Personen (95%-KI: 154.000-303.000) als nikotinabhängig nach DSM-IV klassifiziert (12-Monats-Prävalenz). Bezogen auf das Screeninginstrument FTND wurden 356.000 Personen (95%-KI: 267.000-469.000) 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)

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
<b>Gesamtstichprobe</b>	<b>1086</b>	<b>478</b>	<b>608</b>	<b>114</b>	<b>252</b>	<b>169</b>	<b>192</b>	<b>173</b>	<b>186</b>
DSM-IV Abhängigkeit	8,2 (86)	9,1	7,1	9,3	9,9	4,0	9,7	7,8	7,7
<b>Raucher</b>	<b>349</b>	<b>174</b>	<b>175</b>	<b>30</b>	<b>94</b>	<b>58</b>	<b>69</b>	<b>56</b>	<b>42</b>
DSM-IV Abhängigkeit	25,0 (81)	25,1	24,9	36,5	25,4	12,4	25,1	20,7	34,2

## Änderungsbereitschaft

Etwa die Hälfte der täglichen Raucher mit Aufhörversuchen (50,6%) 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 47%, d.h. sie machten sich ernsthaft Überlegungen, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören. Nur 2,4% der befragten Raucher befanden sich im Stadium der Vorbereitung und gaben an, ihren Tabakkonsum innerhalb der nächsten 30 Tage aufgeben zu wollen und hatten in den vergangenen

12 Monaten mindestens einen ernsthaften Aufhörversuch unternommen. Raucherinnen hatten häufiger vor als männliche Raucher (51,2% vs. 44,1%) mit dem Rauchen aufzuhören und planten häufiger eine konkrete Umsetzung eines Aufhörversuchs (3,8% vs. 1,5%).

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

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt 238	Männer 125	Frauen 113	15-17 19	18-24 54	25-29 33	30-39 53	40-49 45	50-64 34
Absichtslosigkeit	50,6 (128)	54,4	45,0	69,0	57,4	72,4	41,6	50,3	48,7
Absichtsbildung	47,0 (103)	44,1	51,2	22,3	38,7	27,6	56,3	48,0	48,4
Vorbereitung	2,4 (7)	1,5	3,8	8,6	3,9	0,0	2,1	1,8	2,9

### Passivrauchen

Rund 16% der aktuell nicht rauchenden Erwerbstätigen und Auszubildenden war täglich am Arbeitsplatz dem Passivrauchen ausgesetzt, weitere 14,4% ein- bis dreimal pro Woche (Tabelle 5-6). Von täglichem Passivrauchen zu Hause berichteten 8,3% der Untersuchungsteilnehmer. In der Freizeit lag der Anteil des täglichen Passivrauchens unter 1%, knapp ein Drittel der Befragten berichtete jedoch von einer ein- bis mehrmaligen wöchentlichen Exposition (31,4%). Stark beeinträchtigt durch das Rauchen Anderer fühlten sich 41,1% der Befragten. Erwartungsgemäß gaben Nichtraucher häufiger als Raucher und Exraucher an, sich durch das Rauchen anderer gestört zu fühlen. Mehr als die Hälfte der befragten Personen (55%) mieden Orte, an denen viel geraucht wurde, wie z.B. Kneipen, Bars, Diskos oder Raucherabteile im Zug. Dies wurde von 74,2% der Nichtraucher und 70% der Exraucher berichtet, aber auch von 19,8% der Raucher. Frauen gaben häufiger an, sich durch Passivrauchen stark beeinträchtigt zu fühlen als Männer (Männer: 38,1%; Frauen: 44,1%) und mieden häufiger Orte, an denen viel geraucht wurde (Männer: 49,3%; Frauen: 60,9%).

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

		Gesamt	Männer	Frauen	Nicht-raucher	Exraucher	Raucher
Zu Hause	(fast) täglich	8,3	9,5	7,3	7,9	9,1	
	1-3x pro Woche	3,0	4,7	1,5	3,4	2,3	
Am Arbeitsplatz <sup>1)</sup>	(fast) täglich	15,8	17,2	14,3	14,0	18,8	
	1-3x pro Woche	14,4	19,7	8,9	13,8	15,6	
In der Freizeit	(fast) täglich	0,7	0,5	0,9	1,0	0,3	
	1-3x pro Woche	31,4	39,9	24,0	31,5	31,3	
Raucher stören	Stark <sup>2)</sup>	41,1	38,1	44,1	63,2	48,8	6,8
	weniger stark <sup>3)</sup>	30,3	29,1	31,6	27,6	37,7	29,0
	gar nicht	28,6	32,8	24,3	9,2	13,5	64,2
Meidung von Orten, an denen viel geraucht wird		55,0	49,3	60,9	74,2	70,0	19,8

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

## Trends

*Prävalenz des Rauchens.* Seit 1995/97 zeigen sich keine bedeutsamen Veränderungen in der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens der 18- bis 59-Jährigen. Auch in der nach Geschlecht stratifizierten Betrachtung ergeben sich keine signifikanten Veränderungen im Konsum über den betrachteten Zeitraum (Tabelle 5-7). In der Altersgruppe der 15- bis 39-Jährigen kam es gegenüber dem Jahr 1990 insgesamt und unter den Frauen zu einer Abnahme der 30-Tage-Prävalenz.

Tabelle 5-7: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens, 1990-2006

	Alter	Erhebungsjahr			
		1990 (1982)	1995/97 733	2000 937 (657) <sup>1)</sup>	2006 916 (729)
<b>Gesamt</b>					
	18-59	–	35,1	33,8	34,3
	15-39	41,5*	–	36,0	35,1
<b>Männer</b>		<b>(977)</b>	<b>335</b>	<b>391 (286)</b>	<b>400 (315)</b>
	18-59	–	43,6	36,5	40,0
	15-39	44,0	–	39,8	40,1
<b>Frauen</b>		<b>(1005)</b>	<b>398</b>	<b>546 (317)</b>	<b>516 (414)</b>
	18-59	–	26,6	30,9	28,4
	15-39	38,7*	–	32,0	29,9

1) Stichprobengrößen 18-59 Jahre, in Klammern 15-39 Jahre, ungewichtetes n

\*)  $p < .05$  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

*Prävalenz starken Rauchens.* Zwischen 1995/97 und 2006 nahm die Prävalenz starken Rauchens bezogen auf die Gruppe der 18- bis 59-Jährigen leicht ab (Tabelle 5-8). Auch bei den Männern gab es einen signifikanten Rückgang in der Prävalenz starken Rauchens. Betrachtet man die Altersgruppe der 15-39-Jährigen so wird ersichtlich, dass sich die Prävalenz starken Rauchens seit 1990 in etwa halbiert hat. Bei den männlichen Befragten im Alter von 15 bis 39 Jahren kam es zu einer Abnahme des starken Konsums von 26% auf 14,5%; bei den weiblichen Befragten von 14,3% auf 4,9%.

Tabelle 5-8: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von täglich 20 oder mehr Zigaretten, 1990-2006

	Alter	Erhebungsjahr			
		1990 (1892)	1995/97 730	2000 904 (639)	2006 897 (718)
<b>Gesamt</b>					
	18-59	–	14,1*	11,7	10,2
	15-39	20,4*	–	11,2	9,8
<b>Männer</b>		<b>(927)</b>	<b>333</b>	<b>373 (276)</b>	<b>385 (308)</b>
	18-59	–	19,2*	13,2	13,6
	15-39	26,3*	–	12,0	14,5
<b>Frauen</b>		<b>(965)</b>	<b>397</b>	<b>531 (363)</b>	<b>512 (410)</b>
	18-59	–	9,0	10,2	6,6
	15-39	14,3*	–	10,4*	4,9

1) Stichprobengrößen 18-59 Jahre, in Klammern 15-39 Jahre, ungewichtetes n

\*)  $p < .05$  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



*Nikotinabhängigkeit.* In der Gruppe der 18- bis 59-Jährigen liegen zwischen 2000 und 2006 keine signifikanten Veränderung in der Prävalenz der Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV vor. Bei den Männern stieg die Prävalenz leicht von 8,4% auf 9,8% an. Bei den Frauen blieb sie im betrachteten Zeitraum nahezu gleich (Tabelle 5-9).

Tabelle 5-9: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV bei 15- bis 59-Jährigen, 2000-2006

	Erhebungsjahr	
	2000	2006
<b>Gesamt</b>	<b>1077</b>	<b>1022</b>
	7,5 (82)	8,4 (84)
<b>Männer</b>	<b>465</b>	<b>448</b>
	8,4 (38)	9,8 (37)
<b>Frauen</b>	<b>612</b>	<b>537</b>
	6,6 (44)	6,9 (47)

\*)  $p < .05$  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



## 6 Medikamente

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

Fast zwei Drittel der Befragten (64,2%) nahm in den letzten 12 Monaten mindestens eines der erfragten Medikamente, wobei deutlich mehr Frauen (70,1%) als Männer (58,5%) die Einnahme irgendeines Medikaments berichteten (Tabelle 6-1). Mit knapp 60% ist die 12-Monats-Prävalenz eines mindestens einmaligen Arzneimittelgebrauchs sowohl in der jüngsten (15 bis 17 Jahre) als auch in der ältesten Altersgruppe (50 bis 64 Jahre) am niedrigsten. Ihren maximalen Wert erreicht die 12-Monats-Prävalenz mit 68,6% in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen. Bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtung zeigen sich ähnliche Verteilungen mit vergleichsweise hohen Prävalenzen in der jüngsten und ältesten Altersgruppe. Geschlechtsspezifische Abweichungen ergeben sich bei Frauen und Männern in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen. Während Frauen dieser Altersgruppe die höchsten 12-Monats-Prävalenzen aufweisen, ergeben sich für männliche Befragte zwischen 40 und 49 Jahren die geringsten Werte. Bei den Männern zeigt sich zudem bei einer niedrigeren durchschnittlichen Prävalenz eine geringere altersbezogene Variation der 12-Monats-Prävalenzen als bei den Frauen.

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

Gesamt	Altersgruppen						
	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	61,6	59,2	67,2	65,7	64,8	60,3	57,2
Schlafmittel	4,6	5,1	4,7	3,8	3,5	3,7	6,5
Beruhigungsmittel	5,7	5,4	4,0	1,0	2,3	6,2	10,0
Anregungsmittel	0,7	1,5	1,1	0,0	0,0	0,0	1,9
Appetitzügler	1,1	0,0	0,3	1,1	0,3	0,6	2,5
Antidepressiva	4,3	0,0	2,2	4,0	3,3	3,4	7,5
Neuroleptika	1,7	0,0	0,8	1,9	0,6	1,9	2,8
Mindestens ein Medikament	64,2	59,8	67,8	67,3	68,6	63,6	59,7
Männer	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	54,7	58,5	59,1	59,9	59,1	44,6	56,4
Schlafmittel	4,5	7,9	1,7	1,7	3,6	2,5	8,7
Beruhigungsmittel	5,2	9,6	1,0	0,0	0,7	5,3	11,3
Anregungsmittel	1,2	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7
Appetitzügler	2,0	0,0	0,0	1,4	0,6	1,3	5,0
Antidepressiva	4,2	0,0	2,3	5,9	0,8	3,2	9,0
Neuroleptika	2,5	0,0	0,0	3,1	1,0	3,1	4,4
Mindestens ein Medikament	58,5	59,5	60,4	62,3	64,7	49,4	59,8
Frauen	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	68,8	60,2	74,7	70,4	71,9	75,7	57,9
Schlafmittel	4,8	1,5	7,6	5,6	3,4	5,0	4,3
Beruhigungsmittel	6,2	0,0	6,8	1,8	4,3	7,1	8,7
Anregungsmittel	0,3	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Appetitzügler	0,2	0,0	0,6	0,9	0,0	0,0	0,0
Antidepressiva	4,3	0,0	2,1	2,5	6,5	3,5	5,9
Neuroleptika	0,8	0,0	1,5	0,8	0,0	0,7	1,3
Mindestens ein Medikament	70,1	60,2	74,7	71,5	73,4	77,6	59,6

Schmerzmittel wurden von Frauen und Männern in allen Altersgruppen am häufigsten genommen (61,6%), wobei mehr Frauen als Männer Schmerzmittel nahmen (68,8% vs. 54,7%). Die Einnahme von Schmerzmitteln wurde wiederum von der jüngsten (15 bis 17 Jahre) und der ältesten Altersgruppe (50 bis 64 Jahre) seltener berichtet als von den anderen Altersgruppen, von denen durchschnittlich zwei Drittel der Befragten mindestens einmal in den letzten 12 Monaten von Schmerzmitteln Gebrauch machten. Seltener als Schmerzmittel wurden Schlaf- und Beruhigungsmittel und Antidepressiva genommen. Insgesamt mehr Frauen als Männer gaben die Einnahme dieser Substanzen an (Schlafmittel: 4,8% vs. 4,5%; Beruhigungsmittel: 6,2% vs. 5,2%; Antidepressiva: 4,3% vs. 4,2%). Umgekehrt wurden Neuroleptika dreimal so häufig von Männern (2,5%) als von Frauen (0,8%) eingenommen. Männer konsumieren darüber hinaus viermal häufiger Anregungsmittel als Frauen (Männer: 1,2%; Frauen: 0,3%) und zehnmal häufiger Appetitzügler (Männer: 2,0%; Frauen: 0,2%).

Der vergleichsweise häufige Konsum von Anregungsmitteln bei Männern geht ausschließlich auf die jüngste (2,7%) sowie die älteste Altersgruppe (3,7%) zurück. In der Gruppe der 50- bis 64-jährigen Männer konsumierten 5% während des letzten Jahres Appetitzügler, bei Frauen derselben Altersgruppe wurde dagegen kein Konsum appetitzügelnder Substanzen angegeben; von dieser Arzneimittelgruppe machen ausschließlich junge Frauen im Alter zwischen 18 und 29 Jahren Gebrauch. Psychopharmaka wie Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Antidepressiva spielen dagegen in allen Altersgruppen erwachsener Frauen mit Einzelprävalenzen zwischen 1,8% und 7,6% eine wichtige Rolle. Männer zwischen 50 Jahren und 64 Jahren zeigen für Schlaf- oder Beruhigungsmittel eine höhere Prävalenz als Frauen dieser Altersgruppe.

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

Wie aus Tabelle 6-2 hervorgeht, berichtete knapp jeder sechste Befragte die häufige Einnahme irgendeines Medikaments der erfragten Arzneimittelgruppen in den letzten 30 Tagen vor der Befragung. Frauen (18,2%) nahmen häufiger als Männer (16,7%) mindestens ein Medikament einmal oder häufiger pro Woche. Die Anteile der häufigen Medikamenteneinnahmen nehmen mit dem Alter generell zu. Die am häufigsten genommenen Medikamente waren wiederum Schmerzmittel.

Eine häufige Einnahme von Antidepressiva gaben 2,8% der Gesamtstichprobe an, Schlaf- und Beruhigungsmittel wurden von 2% bzw. 2,6% der Befragten mindestens einmal pro Woche eingenommen, Neuroleptika von 1,1%, Anregungsmittel sowie Appetitzügler eher selten. Etwas mehr Frauen als Männer verwendeten häufig Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel sowie Appetitzügler und Anregungsmittel. Antidepressiva wurden dagegen während der letzten 30 Tage häufiger von Männern als von Frauen eingenommen. In den Altersgruppen der 15- bis 17-Jährigen und der 50- bis 64-Jährigen berichten mehr Männer als Frauen von einem regelmäßigen Arzneimittelkonsum (Tabelle 6-2). Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Bevölkerung nahmen 240.000 Frauen (KI: 193.000-295.000) und 225.000 Männer (KI: 167.000-298.000) in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung mindestens einmal pro Woche ein Arzneimittel.

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

Gesamt	Altersgruppen						
	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	14,2	6,5	10,8	8,0	7,9	11,2	26,1
Schlafmittel	2,0	0,6	1,0	1,1	1,0	2,5	3,3
Beruhigungsmittel	2,6	4,8	1,0	0,0	0,8	4,4	3,4
Anregungsmittel	0,1	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Appetitzügler	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Antidepressiva	2,8	0,0	1,1	2,7	1,8	2,8	4,5
Neuroleptika	1,1	0,0	0,8	1,4	0,6	1,9	0,9
Mindestens ein Medikament	17,5	11,3	12,5	10,8	10,8	14,8	30,0
<b>Männer</b>	<b>Gesamt</b>	<b>15-17</b>	<b>18-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-64</b>
Schmerzmittel	12,9	4,6	6,2	6,1	5,4	10,1	27,3
Schlafmittel	1,1	1,1	0,0	0,0	1,0	0,0	3,0
Beruhigungsmittel	3,4	8,5	0,0	0,0	0,0	4,4	6,7
Anregungsmittel	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Appetitzügler	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Antidepressiva	3,0	0,0	1,6	4,1	0,8	3,2	5,2
Neuroleptika	1,4	0,0	0,0	3,1	1,0	3,1	0,6
Mindestens ein Medikament	16,7	13,1	7,1	10,2	8,2	12,6	33,7
<b>Frauen</b>	<b>Gesamt</b>	<b>15-17</b>	<b>18-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-64</b>
Schmerzmittel	15,6	9,0	15,3	9,6	11,1	12,4	24,9
Schlafmittel	3,0	0,0	1,9	1,9	1,0	5,0	3,6
Beruhigungsmittel	1,8	0,0	1,9	0,0	1,8	4,5	0,0
Anregungsmittel	0,2	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Appetitzügler	0,1	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Antidepressiva	2,5	0,0	0,6	1,6	3,1	2,4	3,8
Neuroleptika	0,7	0,0	1,5	0,0	0,0	0,7	1,3
Mindestens ein Medikament	18,2	9,0	17,7	11,4	14,1	16,9	26,0

### Problematische Einnahme von Medikamenten

Nach dem Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) weisen 5,4% der Befragten einen problematischen Medikamentengebrauch auf (Tabelle 6-3). Geschlechtsspezifische Unterschiede der Prävalenz finden sich nicht. In der höchsten Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen ist die Prävalenz problematischer Medikamenteneinnahme mit 9,2% am höchsten; durch vergleichsweise hohe Prävalenzen mit positivem Befund fallen zudem die Altersgruppen der 40- bis 49-Jährigen (5,8%) und der 18- bis 24-Jährigen (4,4%) auf.

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

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	<b>1056</b>	<b>465</b>	<b>591</b>	<b>111</b>	<b>245</b>	<b>168</b>	<b>190</b>	<b>166</b>	<b>176</b>
KFM (≥ 4)	5,4 (47)	5,3	5,4	2,5	4,4	2,3	2,2	5,8	9,2

Am häufigsten wurde mit 21,7% der Aussage des zeitweiligen Rückzugs zugestimmt, die sich allerdings als einzige Frage im KFM nicht auf Medikamente bezieht („Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen“). Dem folgen die Aussagen, bereits einen Vorrat an Tabletten angelegt zu haben mit 10,2%, bestimmte Situationen nicht ohne Medikamente bewältigen zu können mit 8,9% sowie Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen mit 10,7%. Etwa 6% fühlten sich mit Medikamenten leistungsfähiger, 4,2% konnten ohne Medikamente schlechter einschlafen und 4,6% fühlten sich ohne Medikamente nicht wohl. Andere Items wurden deutlich seltener genannt. Frauen stimmten den Aussagen des KFM insgesamt häufiger zu; für einzelne Items (z.B. Toleranzsteigerung, Unwohlsein ohne Medikamente, Überschreitung der intendierten Dosis) ergibt sich ein höherer Anteil positiver Antworten bei den männlichen Befragten. Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Wohnbevölkerung erfüllten 143.000 Personen (102.000-198.000) 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	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schlechteres Einschlafen ohne Medikamente	4,2	3,6	4,8	1,6	3,1	2,4	1,1	5,8	6,5
Tablettenvorrat	10,2	10,4	10,0	3,4	9,7	11,9	11,1	10,4	10,0
Sozialer Rückzugswunsch	21,7	19,2	24,2	10,5	20,9	22,4	20,0	14,5	29,3
Ohne Medikamente können best. Situationen nicht bewältigt werden	8,9	7,4	10,4	2,4	5,0	2,9	3,4	10,8	16,0
Andere glauben, dass Person Probleme mit Medikamenten hat	0,5	0,0	1,0	0,0	0,7	0,0	0,4	0,8	0,4
Toleranzsteigerung	2,4	2,8	2,0	0,6	1,9	0,0	1,3	2,6	4,3
Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen	10,7	7,1	14,4	9,0	12,2	6,1	4,0	11,3	16,4
Geringere Nahrungsmittelaufnahme in Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme	1,5	1,4	1,6	4,6	2,2	1,5	0,3	0,6	2,5
Gefühl des Unwohlseins ohne Medikamente	4,6	5,2	4,0	0,0	1,8	1,8	0,6	4,9	10,3
Selbst über Einnahmemenge erstaunt	2,7	2,8	2,7	2,9	1,9	1,8	0,8	3,3	4,3
Mit Medikamenten leistungsfähiger	5,8	4,6	7,1	1,2	1,8	2,0	2,9	7,1	10,7

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 Nahrungsaufnahme bei Medikamenteneinnahme ergeben sich keine linearen Alterseffekte.

### **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 entspricht dabei in etwa dem der Männer. Bei den 15- bis 39-Jährigen vertreten über 90% diese Einstellung, bei den über 40-Jährigen reduziert sich der Anteil mit einer positiven Antwort auf knapp über 80%. Etwa 14% der Befragten (Männer: 13,1%; Frauen: 15,0%) gaben an, den (Arbeits-)Tag nicht ohne Medikamente durchstehen zu können, 8,8% (Männer: 7,6%; Frauen: 9,8%) wollten in schwierigen Situationen nicht auf Beruhigungsmittel verzichten und jeder Zehnte fühlte sich ohne Medikamente nicht als vollwertiger Mensch (Männer: 11,9%; Frauen: 8,8%). 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 (Tabelle 6-5). Frauen stimmten dieser Aussage mit 80% häufiger zu als Männer (75,5%). Etwa jeder vierte Befragte gab an, gegen Kopfschmerzen sofort ein Schmerzmittel zu nehmen (Männer: 23,7%; Frauen: 25,2%) und konnte nicht nachvollziehen, warum andere Personen Kopfschmerzen ohne Medikamente ertragen (Männer: 21,0%; Frauen: 26,0%). Jeder Zehnte (Männer: 13,4%; Frauen: 7,8%) nahm Medikamente bereits vor dem richtigen Einsetzen der Schmerzen, jeder Vierzehnte (Männer: 7,9%; Frauen: 6,5%) nahm an manchen Tagen eher zuviel Schmerzmittel und immerhin 4,4% (Männer: 6,7%; Frauen: 2,5%) nahm Schmerzmittel zur Anregung und Leistungssteigerung.

Tabelle 6-5: Anteile der positiven Antworten auf die Items zur Lebensbewältigung mit Medikamenten und "Instant Relief" durch Schmerzmittel

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
<b>Lebensbewältigung</b>									
Versuche grundsätzlich ohne Medikamente auszukommen	86,4	86,3	86,5	98,9	90,0	90,6	93,2	81,7	80,2
Ohne Medikamente ein halber Mensch	10,3	11,9	8,8	0,8	2,1	2,3	3,9	13,0	21,2
Weiß nicht, wie Tag ohne Medikamente durchstehen	14,2	13,1	15,0	1,7	6,4	2,5	8,3	14,2	28,9
In manchen Situationen nicht auf Beruhigungsmittel verzichten können	8,8	7,6	9,8	0,0	5,3	2,9	6,3	11,4	13,5
<b>Instant Relief</b>									
Versuche bei Schmerzen möglichst lange ohne Medikamente auszukommen	78,0	75,5	80,0	78,1	82,4	78,1	80,9	78,0	73,1
Nehme bei Kopfschmerzen sofort Schmerzmittel	24,5	23,7	25,2	14,7	22,8	20,4	21,6	29,4	25,9
Nehme eher zuviel Schmerzmittel	7,1	7,9	6,5	1,0	10,7	10,1	5,3	7,2	6,6
Unverständlich, dass jemand bei Kopfschmerzen keine Medikamente nimmt	23,7	21,0	26,0	5,4	7,1	18,6	19,3	23,5	40,5
Nehme ein Medikament schon, bevor Schmerzen einsetzen	10,4	13,4	7,8	1,0	4,3	15,7	6,6	9,8	16,8
Nehme Schmerzmittel wegen anregender Wirkung	4,4	6,7	2,5	0,0	2,3	1,6	0,5	5,3	9,6

## 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 Schmerzmitteln, Schlafmitteln, Antidepressiva und Neuroleptika. Geringe Veränderungen finden sich bei Beruhigungs- und Anregungsmitteln sowie Appetitzüglern. Der Anteil 18- bis 59-Jähriger mit einmaliger oder häufigerer wöchentlicher Einnahme dieser Arzneimittel ist zwischen 1995/97 und 2006 signifikant gefallen. Die beobachteten Trends der rückläufigen Einnahme entsprechender Substanzen sind insbesondere 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, 1995/97-2006

Gesamt	Erhebungsjahr		
	1995/97	2000	2006
Schmerzmittel	12,2	11,1	13,8
Schlafmittel	2,0	1,7	1,6
Beruhigungsmittel	3,3*	2,4	2,3
Anregungsmittel	0,7*	0,4	0,1
Appetitzügler	0,9*	0,9*	0,0
Antidepressiva	--	2,6	2,7
Neuroleptika	--	0,5	0,9
<b>Männer</b>			
Schmerzmittel	11,2	9,9*	12,8
Schlafmittel	0,5	1,7	0,2
Beruhigungsmittel	1,1	1,4	2,5
Anregungsmittel	0,5	0,0	0,0
Appetitzügler	0,2	0,5	0,0
Antidepressiva	--	0,9	3,0
Neuroleptika	--	0,4	1,4
<b>Frauen</b>			
Schmerzmittel	13,3	12,3	14,8
Schlafmittel	3,5	1,6	2,9
Beruhigungsmittel	5,6*	3,5*	2,0
Anregungsmittel	0,8*	0,9*	0,2
Appetitzügler	1,5	1,4	0,1
Antidepressiva	--	4,4*	2,4
Neuroleptika	--	0,6	0,4

\*)  $p < .05$  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

*Problematischer Medikamentenkonsum.* Vergleiche des problematischen Medikamentenkonsums auf der Grundlage des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KFM) zeigen für die Gesamtstichprobe der 18- bis 59-Jährigen einen signifikanten Anstieg der problematischen Medikamenteneinnahme zwischen 2000 und 2006 (Tabelle 6-7).

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

	Erhebungsjahr	
	2000	2006
<b>Gesamt</b>	<b>924</b>	<b>886</b>
	2,9* (30)	5,4 (40)
<b>Männer</b>	<b>387</b>	<b>390</b>
	2,9 (12)	4,9 (16)
<b>Frauen</b>	<b>537</b>	<b>496</b>
	3,0 (18)	5,9 (24)

\*)  $p < .05$  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

## 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, eingereicht). Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den ESA-Daten in Rheinland-Pfalz (RLP) wider. Wie sich zeigt, hat in Rheinland-Pfalz die Lebenszeiterfahrung und der Konsum in den letzten 12 Monaten bei den 18- bis 39-Jährigen seit 2000 nicht weiter zugenommen und die Prävalenz in den letzten 30 Tagen ist sogar signifikant auf das Niveau von 1995/97 gefallen, so dass in der aktuellen Erhebung jeder Dritte 18- bis 39-Jährige über Erfahrung mit illegalen Drogen berichtete, jeder Zwölfte über den Konsum in den letzten 12 Monaten, aber nur etwa 3% über den Konsum in den letzten 30 Tagen. Da die Prävalenzwerte des Konsums anderer illegaler Drogen als Cannabis zwischen 2000 und 2006 keine Veränderungen aufweisen und nahezu jeder Drogenerfahrene Erfahrung mit Cannabis hat, ist dieser Trend weitgehend auf die Entwicklung des Cannabiskonsums zurückzuführen. Im Vergleich zu Gesamtdeutschland unterscheiden sich die Prävalenzwerte sowie die zeitliche Entwicklung bei den erwachsenen 18- bis 39-Jährigen so gut wie nicht. So stieg in Rheinland-Pfalz die 12-Monatsprävalenz des Cannabiskonsums von 1990 auf 2000 von 3,0% auf 10,2%, in Gesamtdeutschland von 4,1% auf 10,4% und ging 2006 auf 8,0% zurück (Gesamtdeutschland 2006: 9,2%).

Eine Besonderheit der Rheinland-Pfalz-Studie stellen die Beobachtungen des Konsumverhaltens der 15- bis 17-Jährigen dar. In dieser Gruppe von Jugendlichen lässt sich ebenfalls nach einer deutlichen Zunahme des Konsums irgendeiner illegalen Droge bzw. Cannabis zwischen 1990 und 2000 ein Bruch des Aufwärtstrends mit rückläufigen Tendenzen feststellen. Die in Rheinland-Pfalz beobachtete Entwicklung des rückläufigen Cannabiskonsums 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). Auch die Unterschiede zwischen den Cannabis-Prävalenzwerten von Jugendlichen in Rheinland-Pfalz (15 bis 17 Jahre) und den 14- bis 17-Jährigen der jüngsten BZgA-Studie fallen überraschend gering aus (Lebenszeit: RLP 13,3%, BZgA 12,8%; 12 Monate: RLP 8,9%, BZgA 8,4%; 30 Tage: RLP 3,9%, BZgA 3,3%).

Die im Vergleich zu den gesamtdeutschen Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen nahezu identischen Werte in Rheinland-Pfalz 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 Rheinland-Pfalz 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 jeder Dritte der aktuellen 15- bis 64-jährigen Cannabiskonsumenten 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 Rheinland-Pfalz-Stichprobe hat von den 15- 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 Sechste von der Einnahme von zwei oder mehr und jeder Achte 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 in dieser Gruppe bereits etwa jeder Neunte 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, Kraus & Baumeister, eingereicht) wurden in Rheinland-Pfalz 0,7% der 15- bis 64-Jährigen als cannabisabhängig eingestuft. Nach den DSM-IV Kriterien wurde Cannabismissbrauch bei 0,5% der Stichprobe festgestellt. Der Anteil Cannabisabhängiger tendierte dagegen gegen Null. 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 Rheinland-Pfalz niedriger. Während im Suchtsurvey 2000 in Rheinland-Pfalz in der Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen noch ein Anteil von 0,3% mit einer Diagnose für Cannabisabhängigkeit vorlag (n=7), ist dieser Anteil 2006 nahe Null (n=1). Ein Vergleich der Prävalenz für Cannabismissbrauch ist nicht möglich, da sich die Items eines der Missbrauchskriterien unterscheiden. Die Trendanalysen der 18- bis 59-Jährigen für Gesamtdeutschland zwischen 1997 und 2006 weisen jedoch sowohl für Cannabismissbrauch (0,5% bzw. 0,8%) als auch für Cannabisabhängigkeit (0,4% bzw. 0,5%) keine signifikanten Änderungen auf. Die zeitlichen Schwankungen der Prävalenzrate für Cannabisabhängigkeit sollten daher eher im Zusammenhang mit der relativ kleinen Stichprobe von insgesamt etwa 1.000 Befragten der Rheinland-Pfalz-Stichprobe betrachtet werden denn als ein tatsächlicher Rückgang der Prävalenz. Dafür sprechen auch die mit der Gesamtstichprobe vergleichbaren Werte für problematischen Cannabiskonsum (SDS) und für Cannabismissbrauch (DSM-IV).

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 in Rheinland-Pfalz 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 Rheinland-Pfalz als auch in Deutschland zumindest zum Stillstand gekommen ist (Kraus, Pfeiffer-Gerschel & Pabst, eingereicht; 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 2,9% konnten als lebenslang abstinent bezeichnet werden und nur 8,4% hatten zwar Alkoholerfahrung, lebten aber im letzten Jahr vor der Erhebung abstinent. Die Mehrheit der Befragten berichtete einen durchschnittlichen Konsum von weniger als 30g (Männer) bzw. 20g (Frauen) Reinalkohol pro Tag, ein Schwellenwert, bis zu dem der Konsum als risikoarm eingestuft wird (British Medical Association, 1995; Bühringer et al., 2000). Über diesem Schwellenwert lagen in der Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen 9,4% der Männer und bei den Frauen 7,4%. Zehn Jahre zuvor waren es 21,2% der Männer und 5,2% der Frauen, so dass sich insgesamt in dieser Altersgruppe Erwachsener der Anteil über diesem Schwellenwert zwischen 1995/97 und 2006 von 13,3% auf 8,5% reduziert hat. Mit 36,3% berichteten in dieser Altersgruppe Männer in den letzten 30 Tagen häufiger über mindestens einen Anlass des Rauschtrinkens als Frauen (14,5%). 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 Jugendlichen in den vergangenen zehn Jahren leicht und bei den jungen Erwachsenen deutlich zugenommen hat, während es bei den Älteren deutlich abgenommen hat. Die in Rheinland-Pfalz beobachteten Trends bestätigen die Ergebnisse für Gesamtdeutschland (Pabst & Kraus, eingereicht). Bei Jugendlichen weisen die Trendvergleiche 16- bis 17-Jähriger zwischen 2004 und 2007 sowohl auf eine Zunahme des Alkoholkonsums als auch auf eine Zunahme des Rauschtrinkens hin (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2007b).

Im Vergleich zu 1995/97 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). Änderungen in Bezug auf die Konsummengen der aktuellen Trinker zeigen sich dagegen nicht. Lediglich die von den aktuellen weiblichen Spirituosentrinkern angegebenen Mengen haben leicht zugenommen. Die Trends des getränkenspezifischen Alkoholkonsums in Rheinland-Pfalz entsprechen dem in Gesamtdeutschland (Pabst & Kraus, eingereicht) und bestätigen die Ergebnisse anderer Surveys (Nationaler Gesundheitssurvey 1991/92; Bundes-Gesundheitssurvey 1998), die zwischen 1991/92 und 1998 einen signifikanten Rückgang der getränkenspezifischen 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 Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Durchschnitt seltener mehr als 20/30g pro Tag trinken 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 Verletzungen 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 des Rauschkonsums 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 Rheinland-Pfalz bei 3,6% der Befragten 15- bis 64-Jährigen ein Alkoholmissbrauch und bei 1,4% eine Alkoholabhängigkeit festgestellt. Männer hatten im Vergleich zu Frauen eine fünffach höhere Prävalenz des Alkoholmissbrauchs und eine 2,5-fach höhere Prävalenz der Alkoholabhängigkeit. Vergleiche mit der Erhebung 2000 sind nur für Alkoholabhängigkeit möglich, da sich die Items eines der Missbrauchskriterien unterscheiden. Der zu beobachtende Rückgang der Prävalenz der Alkoholabhängigkeit zwischen 2000 und 2006 könnte neben tatsächlichen Veränderungen auch andere Gründe haben. Auffällig sind die geringen Prävalenzwerte in den höheren Altersgruppen. Im Altersgruppenvergleich finden sich bis zum Alter von 39 Jahren nur geringe, ab dem Alter von 40 Jahren jedoch große Unterschiede zwischen den Surveys mit deutlich geringeren Prävalen-

zen im Jahre 2006. Trotz der Möglichkeit regionaler Veränderungen liegen keine

Anhaltspunkte für eine drastische Reduzierung der Prävalenz der über 40-Jährigen Alkoholabhängigen in Rheinland-Pfalz vor. Auch weisen die Trendvergleiche für Gesamtdeutschland zwischen 1997 und 2006 auf keine bedeutsamen Veränderungen in den Prävalenzen weder für Alkoholabhängigkeit noch für Alkoholmissbrauch hin. Für eine mögliche Unterschätzung alkoholbezogener Störungen in 2006 könnten somit auch die relativ kleinen altersgruppenbezogenen Stichproben, ein selektiver Stichprobeneffekt mit einer Unterschätzung der Prävalenz der über 40-Jährigen oder eine selektive Tendenz sozial erwünschter Antworten beigetragen haben.

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, eingereicht). Dies unterstreicht die Notwendigkeit evidenz-basierter 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 Raucherinnen und Raucher wurde bei den 15- bis 39-jährigen Männern auf 40,1% und bei den Frauen auf 29,9% geschätzt. Sechzehn Jahre zuvor war sie bei den Männern mit 43,9% und bei den Frauen mit 38,9% jeweils deutlich höher. Der zu beobachtende Trend eines rückläufigen Tabakkonsums zeigt sich auch beim Anteil starker Zigarettenraucher (täglich 20 oder mehr Zigaretten). Zwischen 1990 und 2006 ging in dieser Altersgruppe der Anteil starker Raucher und starker Raucherinnen deutlich zurück. Diese Trends finden sich auch in den Ergebnissen für Gesamtdeutschland (Baumeister, Kraus, Stonner & Metz, eingereicht) sowie in den Langzeitbeobachtungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007c). Die Daten der BZgA aus fünf Querschnittserhebungen 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 2006 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 et al., eingereicht).

Dieser 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 auf der Grundlage der Health Behaviour in School-aged Children Studie (HBSC). In dieser Altersgruppe zeigte sich sogar ein Anstieg des regelmäßigen Rauchens zwischen 1994 und 2002 (Richter & Leppin, 2007).

Mehr Jugendliche, 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 Jugendlichen und jungen Erwachsenen hatte in dieser Gruppe bereits etwa jedes dritte Mädchen und jeder fünfte Junge bis zum Alter von 15 Jahren Erfahrung mit Tabak. Im Vergleich zu den älteren Geburtskohorten waren die Anteile täglicher Raucher unter den Jugendlichen und 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 13,4% mehr 15- bis 64-Jährige als nikotinabhängig eingestuft als mit den Kriterien des DSM-IV. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass mit dem Screening nach Fagerström mehr Ältere positiv getestet wurden als mit dem DSM-IV. Trendvergleiche der Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV 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 die Hälfte der täglichen Raucher mit Aufhörversuchen im Stadium der Absichtslosigkeit, weitere 50% überlegten ernsthaft, in den nächsten sechs Monaten aufzuhören oder befanden sich in der Stufe der Vorbereitung (2%). 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).

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 öffentlichen Gebäuden und Verkehrsmitteln, 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 Fehlzusammenordnungen 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 über 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 Rheinland-Pfalz ermittelten Prävalenzwerte und Trends unterscheiden sich kaum von den gesamtdeutschen Werten (Rösner, Steiner & Kraus, eingereicht).

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 insbeson-

dere 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.

Vergleicht man die Ergebnisse des Landes Rheinland-Pfalz mit den Prävalenzen auf Bundesebene, ergeben sich in Einzelfällen Abweichungen in den geschlechtsspezifischen Mustern des Arzneimittelkonsums. So geben auf Bundesebene Frauen viel häufiger als Männer an, Appetitzügler einzunehmen - eine Beobachtung, die auch durch weitere epidemiologische Studien belegt ist (vgl. Knopf & Melchert, 2003). In Rheinland-Pfalz zeigen dagegen Männer eine sehr viel höhere 12-Monats-Prävalenz für Appetitzügler als weibliche Befragte. Im regelmäßigen Gebrauch dieser Substanzen unterscheiden sich die beiden Geschlechter jedoch unwesentlich. Bemerkenswert ist auch die in Rheinland-Pfalz ausschließlich bei Männern beobachtete Zunahme im Gebrauch von Antidepressiva, die sich auf Bundesebene weniger deutlich und darüber hinaus parallel bei den weiblichen Befragten zeigt. Abgesehen von den genannten Abweichungen - die inhaltlich nicht überzubewerten sind, aber dennoch eine weitere Beobachtung erfordern - stimmen die in Rheinland-Pfalz ermittelten Prävalenzwerte und Trends im Arzneimittelkonsum mit den Daten für Gesamtdeutschland überein (Rösner et al., eingereicht).



## 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](http://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. E., Kraus, L., Stonner, T. & Metz, K. (eingereicht). Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2006. *Sucht*.
- 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., 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.
- 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].
- 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, Ch. 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.
- 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.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- 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.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (2003). *Jugendgesundheitssurvey*. Weinheim: Juventa.
- 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.
- Knopf, H. & Melchert, H. U. (1999). Subjektive Angaben zur täglichen Anwendung ausgewählter Arzneimittelgruppen – Erste Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Das Gesundheitswesen*, 61 (Sonderheft 2), 151-157.
- Knopf, H. & Melchert, H. U. (2003) Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch. Konsumverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- 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. (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 Therapieforschung.
- 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 Therapieforschung.
- 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. (eingereicht). Illegale Drogen, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2006. *Sucht*.
- Kraus, L., Rösner, S., Baumeister, S. E. & Stonner, T. (2007). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Rheinland-Pfalz* (IFT-Berichte Bd. 163). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L. & Baumeister, S. E. (eingereicht). Konzeption und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurvey 2006. *Sucht*.
- 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.
- 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.
- 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. (eingereicht). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2006. *Sucht*.
- 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].
- Rösner, S., Steiner, S. & Kraus, L. (eingereicht). Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. *Sucht*.
- Room, R., Babor, T. & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365 (9458), 519-530.
- 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.
- 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](http://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 (2004). *Demographische Standards*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2007). *Die Erfassung alkoholbedingter Sterbefälle in der Todesursachenstatistik 1980 bis 2005*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steiner, S., Kraus, L. & Baumeister, S. E. (eingereicht). Severity of Dependence Scale: Establishing a cut-off point for cannabis dependence in the German adult population. *Sucht*.
- 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.
- 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)**

- Wie wichtig ist es Ihnen, mit dem Rauchen aufzuhören? Wie denken Sie im Moment darüber?  
*Antwortkategorie: 0 unwichtig – 10 sehr wichtig*
- 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)**

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