

Ludwig Kraus
Susanne Rösner
Sebastian E. Baumeister
Alexander Pabst
Susanne Steiner

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

2006 Epidemiological Survey on Substance Abuse
in Adolescents and Adults of Berlin

München 2008
IFT-Berichte Bd. 167
IFT-Reports Vol. 167

Epidemiologischer Suchtsurvey 2006
Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch
psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen
in Berlin¹

2006 Epidemiological Survey on Substance Abuse
in Adolescents and Adults of Berlin

Ludwig Kraus, Susanne Rösner, Sebastian E. Baumeister, Alexander Pabst und
Susanne Steiner

IFT Institut für Therapieforschung, München

1) Gefördert durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz des Landes Berlin

Reihe IFT-Berichte

Band Nr. 167

Herausgegeben vom IFT Institut für Therapieforschung

(Verantwortlich: Prof. Dr. Gerhard Bühringer)

In der Reihe IFT-Berichte sind zuletzt erschienen:

Kraus, L., Rösner, S., Baumeister, S. & 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. & Stonner, T. (2007). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Bayern* (IFT-Berichte Bd.162). München: IFT Institut für Therapieforschung.

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

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

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

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

ISSN 0937-034X

Copyright 2007 by IFT Institut für Therapieforschung, Parzivalstr. 25, 80804 München

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

Printed in Germany

Fassung vom 4. Februar 2008

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis.....	7
Abbildungsverzeichnis.....	11
Vorwort	13
Kurzfassung.....	15
Summary	17
1 Einleitung	19
2 Methode.....	21
3 Illegale Drogen.....	31
4 Alkohol	39
5 Tabak.....	51
6 Medikamente	61
7 Diskussion	69
8 Literatur.....	77
9 Anhang: Instrumente	83

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1:	Übersicht über den Epidemiologischen Suchtsurvey in Berlin	21
Tabelle 2-2:	Demographische Verteilung der Nettostichprobe (ungewichtet und gewichtet) und der Grundgesamtheit	24
Tabelle 2-3:	Soziodemographische Merkmalsverteilung (in Prozent) in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Bevölkerung	25
Tabelle 2-4:	Epidemiologischer Suchtsurvey 1990.....	29
Tabelle 2-5:	Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Berlin 1990, 1995, 2000 und 2006	30
Tabelle 3-1:	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen.....	32
Tabelle 3-2:	12-Monats- und 30-Tage-Frequenz des Cannabiskonsums	33
Tabelle 3-3:	Anteil der Personen mit einem positiven Befund in der Severity of Dependence Skala (SDS) für Cannabisabhängigkeit (Gesamtstichprobe und Cannabiskonsumten der letzten 12 Monate).....	34
Tabelle 3-4:	Prävalenz positiver Antworten auf die Items der Severity of Dependence Skala (SDS) (Cannabiskonsumten der letzten 12 Monate).....	35
Tabelle 3-5:	Anteil der Personen mit einem positiven Befund für Cannabismissbrauch oder Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV (Gesamtstichprobe und Cannabiskonsumten der letzten 12 Monate).....	35
Tabelle 3-6:	Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen 15- bis 39-Jähriger, 1990-2006	36
Tabelle 3-7:	Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen 15- bis 17-Jähriger, 1990-2006	37
Tabelle 4-1:	Verteilung des Alkoholkonsums (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag)	39
Tabelle 4-2:	Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und durchschnittliche Trinkmengen	41
Tabelle 4-3:	Häufigkeit des Rauschtrinkens (Konsumenten der letzten 30 Tage)	41
Tabelle 4-4:	Häufigkeit des Rauschtrinkens nach Konsumkategorien (durchschnittliche Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage)	42
Tabelle 4-5:	Häufigkeit bestimmter Trinksituationen.....	44

Tabelle 4-6:	Anteil der Personen mit einem positiven Befund für Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV	45
Tabelle 4-7:	Trends des Alkoholkonsums 15- bis 59-Jähriger (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage), 1995-2006	46
Tabelle 4-8:	Trends der Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und der durchschnittlichen Trinkmenge 15- bis 59-Jähriger, 1995-2006	47
Tabelle 4-9:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens, 1995-2006.....	48
Tabelle 4-10:	Trends der 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV bei 15- bis 59-Jährigen, 2000-2006	48
Tabelle 4-11:	Verteilung des Alkoholkonsums für Männer und Frauen (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag)	49
Tabelle 4-12:	Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und durchschnittliche Trinkmengen für Männer und Frauen	49
Tabelle 5-1:	Verteilung der Raucher, Exraucher und Nichtraucher.....	51
Tabelle 5-2:	Umfang des Zigarettenkonsums der Zigarettenraucher (letzte 30 Tage).....	52
Tabelle 5-3:	Anteil der Personen mit einem positiven Befund im Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTND) (Gesamtstichprobe und Raucher der letzten 30 Tage).....	56
Tabelle 5-4:	Anteil der Personen mit einem positiven Befund für Tabakabhängigkeit nach DSM-IV (Gesamtstichprobe und Raucher der letzten 12 Monate).....	56
Tabelle 5-5:	Stadien der Änderungsbereitschaft (tägliche Raucher mit Aufhörversuchen)	57
Tabelle 5-6:	Häufigkeit des Passivrauchens, Beeinträchtigung durch Tabakrauch und Vermeidung von Passivrauchen	58
Tabelle 5-7:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens, 1990-2006	58
Tabelle 5-8:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von täglich 20 oder mehr Zigaretten, 1990-2006	59
Tabelle 5-9:	Trends der 12-Monats-Prävalenz von Tabakabhängigkeit nach DSM-IV bei 15- bis 59-Jährigen, 2000-2006	59
Tabelle 6-1:	12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme.....	61
Tabelle 6-2:	30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme	63

Tabelle 6-3:	Anteil der Personen mit einem positiven Befund im Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM)	64
Tabelle 6-4:	Anteile positiver Antworten auf die Items des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KFM)	64
Tabelle 6-5:	Anteile der positiven Antworten auf die Items zur Lebensbewältigung mit Medikamenten und "Instant Relief" durch Schmerzmittel	65
Tabelle 6-6:	Trends der 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme 15- bis 59-Jähriger, 1995-2006	66
Tabelle 6-7:	Trends des problematischen Medikamentenkonsums (Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch) bei 15- bis 59-Jährigen, 2000-2006	67

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3-1:	Empirische Verteilungsfunktion des Alters des ersten Cannabiskonsums.....	34
Abbildung 4-1:	Empirische Verteilungsfunktion des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Frauen.....	43
Abbildung 4-2:	Empirische Verteilungsfunktion des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Männer.....	43
Abbildung 5-1:	Empirische Verteilungsfunktion des Alters ersten Tabakkonsums für Frauen.....	54
Abbildung 5-2:	Empirische Verteilungsfunktion des Alters ersten Tabakkonsums für Männer.....	54
Abbildung 5-3:	Empirische Verteilungsfunktion des Alters des Beginns täglichen Rauchens für Frauen.....	55
Abbildung 5-4:	Empirische Verteilungsfunktion des Alters des Beginns täglichen Rauchens für Männer.....	55

Vorwort

Berlin hat sich 2006 zum dritten Mal mit einer erweiterten Stichprobe am Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) beteiligt. Im Epidemiologischen Suchtsurvey werden seit 1980 in regelmäßigen Abständen Befragungen in der Allgemeinbevölkerung zum Konsum von illegalen Drogen, Alkohol, Tabak und Medikamenten durchgeführt. Der Survey ergänzt als wichtige Datenquelle die Gesundheitsberichterstattung von Bund und Ländern. Insgesamt nahmen in Berlin 1.183 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, etwa im Hinblick auf einzelne Flächenstaaten oder Stadtstaaten, besser abbilden können. Durch die Aufschlüsselung nach Altersgruppen und Geschlecht sowie die Erfassung negativer Konsequenzen des Gebrauchs einzelner Substanzen bieten die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys eine gute Grundlage für zielorientierte Prävention und frühzeitige Intervention. Es wäre wünschenswert, wenn die Informationen für die Auswahl und Gestaltung präventiver und therapeutischer Maßnahmen auch zunehmend genutzt werden. Darüber hinaus sollten Veränderungen der örtlichen Problemlage durch die eingesetzten Maßnahmen nicht nur an den einzelnen Zielgruppen, sondern auch bezüglich der Auswirkungen auf die gesamte Population überprüft werden.

Januar 2008

Priv.-Doz. Dr. Ludwig Kraus

Kurzfassung

Wie in den Jahren 1995 und 2000 wurde die Stichprobe des Epidemiologischen Suchtsurveys im Jahr 2006 so aufgestockt, dass repräsentative Aussagen für Berlin getroffen werden können. Schwerpunkt der Untersuchung war die Beschreibung von Verbreitung und Konsummustern von illegalen Drogen, Alkohol, Tabak und Medikamenten. Weiterhin wurde die zeitliche Entwicklung des Konsums und substanzbezogener Störungen untersucht. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen und telefonischen Befragung (Mixed-Modus-Design) 1.183 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 36%.

Illegale Drogen

Insgesamt berichteten 37% aller Befragten über Erfahrungen mit illegalen Drogen, etwa jeder Zehnte (10,8%) gab an, in den vergangenen 12 Monaten und 6,9% in den letzten 30 Tagen illegale Drogen konsumiert zu haben. Cannabis ist die am weitesten verbreitete illegale Substanz. In den letzten 12 Monaten nahmen etwa 10% der Befragten Cannabis. Die 12-Monats-Prävalenz anderer illegaler Drogen außer Cannabis betrug 3,8%. Beinahe jeder zehnte Cannabiskonsumt (9,7%) gab an, in den letzten 12 Monaten täglich bzw. nahezu täglich Cannabis konsumiert zu haben. Für etwa 0,6% der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung wurde eine Cannabisabhängigkeit, für 1,4% ein Cannabismissbrauch nach DSM-IV geschätzt. Einen problematischen Cannabiskonsum, der mit der Severity of Dependence Skala bestimmt wurde, erhielten 3,2%. Die 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen der 15- bis 39-Jährigen ist zwischen 1990 und 2000 von 8,2% auf 19,2% gestiegen. Ebenfalls gestiegen ist zwischen 1990 und 2000 der 12-Monats-Konsum von Cannabis. Seit 2000 ist allerdings eine Stabilisierung der Konsumtrends zu verzeichnen. Bei den 15- bis 39-Jährigen fanden sich in den vergangenen sechs Jahren keine bedeutsamen Veränderungen des Konsums, weder bei irgendeiner illegalen Droge noch bei Cannabis. Lediglich die Prävalenzwerte des Cannabiskonsums bei den 15- bis 17-Jährigen deuten auf eine Reduktion zwischen 2000 und 2006 hin. Beim Konsum von Amphetaminen, Opiaten und Ecstasy ergaben sich seit 1995 keine Veränderungen. Im Vergleich zu Gesamtdeutschland ist der illegale Drogenkonsum in Berlin deutlich weiter verbreitet.

Alkohol

Alkoholkonsum ist in der Allgemeinbevölkerung in Berlin weit verbreitet, nur 3,5% haben bislang keinen Alkohol zu sich genommen und 7,6% hatten zwar Alkoholerfahrung, lebten aber im letzten Jahr abstinent. Die Mehrheit der 15- bis 59-Jährigen berichtete einen durchschnittlichen Konsum von weniger als 30g (Männer) bzw. 20g (Frauen) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert lagen 19,9% der Männer und 10,4% der Frauen. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einem Trinkanlass) berichteten 41,4% der Männer und 23,0% der Frauen mindestens einmal in den letzten 30 Tagen. Nach den Kriterien des DSM-IV wurde bei 2,7% der 15- bis 59-Jährigen ein Alkoholmissbrauch und bei 5,1% eine Alkoholabhängigkeit festgestellt. Männer hatten verglichen mit Frauen eine 2-fach höhere Prävalenz des Missbrauchs und eine 2,7-fach höhere Prävalenz der Abhängigkeit. Riskanter Alkoholkonsum, d.h. durchschnittlich mehr als

30g für Männer und 20g Reinalkohol für Frauen, ist in Berlin weiter verbreitet als in Gesamtdeutschland. Die Prävalenzen von Abhängigkeit und Missbrauch hingegen unterscheiden sich nur geringfügig von den gesamtdeutschen Werten. Gegenüber 1995 ist es zu einer Verschiebung der Konsummuster mit einem höheren Anteil Abstinenter und risikoarmer Konsumenten und damit weniger Risikokonsumenten gekommen. Seit 2000 haben die Anteile der Wein-/Sekt- und Spirituosenkonsumenten abgenommen. Zugenommen hat das Rauschtrinken bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Tabak

In den letzten 30 Tagen rauchten 36,7% der 15- bis 59-jährigen Männer und 32,3% der gleichaltrigen Frauen. Zu den ehemaligen Rauchern zählten 28,0% der Männer und 24,2% der Frauen. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rauchen (20 und mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (31,2% vs. 24,0%). Eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV wurde für 7,7% der 15- bis 59-Jährigen geschätzt (Männer: 8,3%, Frauen: 7,0%). 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 Fünfte bis zum Alter von 15 Jahren bereits erste Erfahrungen mit Tabak gemacht. Etwa jeder Sechste der erwerbstätigen und auszubildenden Nicht- und Exraucher gab an, täglich dem Passivrauchen am Arbeitsplatz ausgesetzt gewesen zu sein. In der Freizeit war jeder Dritte Nichtraucher dem Passivrauchen ausgesetzt. In der Altersgruppe der 15- 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 nach DSM-IV.

Medikamente

Fast zwei Drittel aller Befragten (64,6%) haben in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelklassen (Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) genommen und insgesamt 17,6% der Befragten gaben an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung eines der genannten Medikamente einmal oder häufiger 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 5,6% einen problematischen Medikamentengebrauch auf. Trendvergleiche der zumindest einmal wöchentlichen Einnahme zwischen 1995 und 2006 zeigten einen Rückgang bei den Beruhigungs- und Anregungsmitteln sowie Appetitzüglern. Zugenommen hat über den betrachteten Zeitraum die Einnahme von Schmerzmitteln. Ebenfalls angestiegen ist die Prävalenz des problematischen Medikamentengebrauchs seit 2000, insbesondere bei den Frauen.

Summary

The sample of the 2006 Epidemiological Survey of Substance Abuse was enlarged to allow for prevalence estimations for the Land Berlin. The report describes the prevalence and pattern of use of illegal drugs, alcohol, tobacco and prescription drugs. It also investigates temporal changes in consumption and substance-related problems. The survey employed a combination of self-administered questionnaires and telephone interviews (mixed-mode-design); the response rate was 36%, resulting in 1,105 respondents aged 15 to 64 years who participated in the study.

Illegal drugs

Overall 37% reported lifetime illegal drug use; every tenth (10.8%) participant reported illegal drug use during the last twelve months, and 6.9% used illegal drugs during the last 30 days. Cannabis is the most widespread illegal drug. Approximately 10% used cannabis during the last 12 months. The 12-months prevalence of illegal drugs other than cannabis was 3.8%. Every tenth cannabis user smoked cannabis daily or almost daily during the last 12 months. Approximately 0.6% of the general population aged 15 to 64 years was classified as dependent according to DSM-IV, and 1.4% was abusers according to DSM-IV. Approximately 3.2% was problematic cannabis users as defined by the Severity of Dependence Scale. The 12-months prevalence of illegal drug use among subjects aged 15 to 39 years increased from 8.2% in 1995 to 19.2% in 2000. Cannabis use has also increased between 1990 and 2000. Since 2000, the illegal drug use has stabilized. The use of any illegal drugs as well as cannabis use has not changed significantly among subjects aged 15 to 39 years and those aged 15 to 17 years. No changes appeared for amphetamine, opiate and ecstasy use. Compared to Germany as a whole, prevalence rates in the Land Berlin are higher.

Alcohol

Alcohol use is wide spread among the general population of Berlin. Only 3.5% were lifetime abstainers and 7.6% did not drink within the past twelve months but stated that they have ever drunk alcohol. The majority of respondents aged 15 to 64 years reported an average daily intake of less than 30g ethanol for males and 20g for females. About 19.9% of males and 10.4% 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 41.4% of males and 23.0% of females. Overall 2.7% of the respondents aged 15 to 64 years were diagnosed with alcohol dependence according to DSM-IV-criteria and 5.1% fulfilled the DSM-criteria for alcohol abuse. Abuse was 2-fold increased in males compared to females, and dependence was 2.7-fold increased in males compared to females. The prevalence of at-risk consumption (more than 30g pure alcohol per day for men and more than 20g pure alcohol per day for women) was higher in Berlin than in Germany as a whole, whereas prevalences of dependence and abuse did not differ substantially from Germany as a whole. In general, alcohol consumption patterns have moved to higher proportions of abstainers and moderate drinkers resulting in less at-risk drinkers since 1995. Proportions of wine/sparkling

wine drinkers, and spirits drinkers have also declined. In contrast, heavy episodic drinking rates have increased among adolescents and young adults.

Tobacco

Overall 36.7% of males aged 18 to 64 years and 32.3% of females in the same age group reported smoking during the last 30 days and 28.0% of males and 24.2% of females reported former smoking. Male cigarette smokers more often reported heavy smoking (i.e., 20 cigarettes or more per day) than female smokers (31.2% vs. 24.0%). Altogether 7.7% fulfilled DSM-IV-criteria for nicotine dependence (males: 8.3%, females: 7.0%). Age of first smoking experience has decreased, with every second 18- to 24-year-old 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 the non-smokers, every third was exposed to second-hand smoking during their leisure time. Among 18- to 24-year-olds, tobacco use has declined over the last ten years. This trend is most obvious in heavy smokers. However, no significant changes since the year 2000 have appeared for nicotine dependence.

Prescription medications

Approximately two thirds (64.6%) consumed one or more drugs of the surveyed categories of medications (analgetics, sleeping tablets, tranquillizers, stimulants, appetite suppressants, antidepressants, and neuroleptics) in the past 12 months. Overall 17.6% reported an intake at least once per week during the past month. Females and older adults used medications more often than males and younger adults. Analgetics were the most widely used drug. Overall 5.6% showed signs of problematic use of prescription drugs. Analyses of intake of at least one of the listed medications between 1995 and 2006 revealed reductions in the intake of tranquillizers, stimulants, and appetite suppressants. In contrast, use of analgetics has increased. In addition, the prevalence of problematic use of prescription drugs increased since 2000, especially among women.

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 ist in Deutschland zwischen 1980 und 2005 um fast die Hälfte auf über 16.000 gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2007). Schätzungen zeigen, dass im Jahr 2002 in Deutschland etwa 48.000 Personen an den direkten oder indirekten Folgen von Alkohol verstarben, was einem Anteil von 5,5% an allen Todesfällen entspricht (Konnopka & König, 2007). Der Anteil der weltweit durch illegale Drogen verursachten Krankheitsbelastung wird zwar auf weniger als 1% geschätzt, der durch illegale Drogen insgesamt verursachte Anteil an der Gesamtzahl der durch Morbidität verlorenen Lebensjahre liegt jedoch von 26 ausgewählten gesundheitlichen Risikofaktoren an siebzehnter Stelle (Ezzati, Lopez, Rogers, van der Hoorn & Murray, 2002). Weiterhin wird die Gesamtzahl medikamentenabhängiger Personen in Deutschland auf 1,9 Millionen geschätzt (Soyka, Queri, Kufner & Rösner, 2005). Damit ist der Problembereich in quantitativer Hinsicht mit dem der Alkoholabhängigkeit vergleichbar. Neben suchtmmedizinischen Implikationen, die sich aus der hohen Prävalenz medikamentenbezogener Störungen ergeben, weisen Studien über unerwünschte Arzneimittelereignisse auf eine weitere gesundheitspolitische Dimension des Problems hin (Bates et al., 1995).

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

und negative Konsequenzen in einem breiteren Spektrum, der vom gelegentlichen über den riskanten Konsum bis hin zum abhängigen Verhalten reicht, und stellen somit einen wesentlichen Bestandteil eines Früherkennungssystems dar.

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

Berlin nahm nach 1995 und 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 und 2000) vorgenommen.

2 Methode

Die Stichproben des bundesweit durchgeführten Epidemiologischen Suchtsurveys wurden in den Jahren 1995, 2000 sowie 2006 hinsichtlich der Fallzahl so erweitert, dass Aussagen für die Wohnbevölkerung von Berlin möglich sind. In der Erhebung von 1995 wurde der Fragebogen von den Mitarbeitern des Feldinstituts persönlich übergeben, von den Befragten selbstständig ausgefüllt und per Post zurückgeschickt oder vom Mitarbeiter wieder abgeholt. Im Jahr 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 Berlin für die Jahre 1995, 2000 und 2006.

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

Jahr	Alter	n	Antwort-rate	Stichprobenziehung	Referenz
1995	15-59	1.060	65% ¹⁾	Random-Route; ADM-Design; disproportionale Stichprobe; persönliche Übergabe des Fragebogens; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus & Bauernfeind, 1998
2000	15-59	1.159	41,5%	Einwohnermeldestichprobe, disproportionale Stichprobe, postalischer Fragebogenversand; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus, Augustin, & Reese, 2001
2006	15-64	1.183	36,0%	Einwohnermeldestichprobe, disproportionale Stichprobe, postalischer Fragebogenversand, telefonische Nachbefragung; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus, Rösner, Baumeister, Pabst & Steiner, 2008

1) basierend auf der Gesamtstichprobe (vgl. Herbst, Kraus & Scherer, 1996)

Stichprobe

Die Grundgesamtheit der Berlin Studie von 2006 umfasst ca. 2,4 Mio. in Privathaushalten lebende deutschsprachige Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg). Die Zielpersonen wurden auf der Basis der Einwohnermelderegister in einem zweistufigen Verfahren zufällig ausgewählt. In einer ersten Stufe wurden zehn Stadtteile 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. Die Ziehung der Personenadressen in den Stadtteilen erfolgte über eine systematische Auswahl (Intervallziehung).

Während in der Bundestudie ein altersdisproportionaler Ansatz gewählt wurde, konnte dieser Stichprobenansatz in Berlin nicht realisiert werden, da das Berliner Einwohnermeldeamt keine Altersangaben liefern konnte. Für die zufällig ausgewählten Einwohner Berlins war lediglich bekannt, dass sie zwischen 15 und 64 Jahre alt waren. Die Berliner Stichprobe konnten demnach nicht nach Alter geschichtet gezogen werden.

Design

Die Daten wurden im Zeitraum von März 2006 bis April 2007 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 17,7% erreicht. Die erste und zweite postalische Erinnerung erbrachten zusätzlich 6,9 Prozentpunkte realisierter Fälle. Es verblieben 3.136 Zielpersonen ohne Rücklaufstatus, die im Folgenden zwei weitere postalische und telefonische Erinnerungen bzw. die Möglichkeit zur telefonischen Befragung 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 2.392 Adressen der Bruttostichprobe (n=4.161) liegt ein Rücklaufstatus vor. Der Anteil der stichprobenneutralen Ausfälle (Empfänger unbekannt, Telefonnummer unvollständig, Anschrift ungenügend, verstorben, etc.) an den Adressen mit Rücklaufstatus liegt bei 20,3% (n=486). Für 1.769 Adressen liegt kein Rücklaufstatus vor. Der Anteil von 20,3% wird als Schätzwert für die stichprobenneutralen Ausfälle an den Adressen ohne Rücklaufstatus verwendet. Nach Abzug des Anteils der stichprobenneutralen Ausfälle an den Adressen ohne Rücklaufstatus ergab sich eine bereinigte Bruttostichprobe von 3.316 und eine Antwortrate von 36,0%, die damit 9 Prozentpunkte unter der Ausschöpfung der Bundesstichprobe liegt (44,8%). Trotz international abnehmender Ausschöpfungsraten und bei im Vergleich zu persönlich durchgeführten Erhebungen häufig niedriger ausfallenden Ausschöpfungsraten postalischer und telefonischer Befragungen (Groves, 2006) muss die Ausschöpfung dieser Studie als niedrig bewertet 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, 2008). Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass Alkohol- und Drogenkonsumenten in der realisierten Stichprobe überrepräsentiert sind. In der vorliegenden Studie wurde eine Poststratifikationsgewichtung zur Behebung des potentiellen Nonresponse-Bias verwendet (Groves, 2006).

Gewichtung

Die Stichprobe wurde mit einer Variable gewichtet, die sich durch Multiplikation zweier Gewichtungsvariablen ergab (Korn & Graubard, 1999). Das Design-Gewicht gleicht die disproportionalen Auswahlwahrscheinlichkeiten nach Altersgruppe aus und ergibt sich aus dem Kehrwert der Auswahlwahrscheinlichkeiten auf der jeweiligen Auswahlstufe. Das Poststratifikationsgewicht war erforderlich, um Abweichungen hinsichtlich zentraler Merkmale von der deutschen Allgemeinbevölkerung auszugleichen. Das Poststratifikationsgewicht wurde so gebildet, dass die gemeinsame Verteilung von Geburtsjahrgang und Geschlecht, sowie die Verteilungen der BIK-Gemeindegrößenklasse mit der demographischen Struktur der Grundgesamtheit 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 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. Weiterhin konnte nur die realisierte Nettostichprobe, nicht jedoch die Bruttostichprobe in Hinblick auf die Altersverteilung untersucht werden, da Informationen zu Verteilungen in den Altersgruppen nicht vorlagen.

Tabelle 2-2 stellt die demografischen Merkmale der ungewichteten und gewichteten Stichprobe denen der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung (nach Auskunft des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg) gegenüber. In der gewichteten Stichprobe stimmen die Verteilungen gut mit denen in der Grundgesamtheit überein. Einzige Ausnahme sind die Jahrgänge der 1988-90 und 1941-45 geborenen Männer und Frauen, die in der Stichprobe (auch nach Gewichtung) unterrepräsentiert sind. Tabelle 2-3 vergleicht sozioökonomische Charakteristika der Stichprobe mit der Grundgesamtheit. Überrepräsentiert sind – selbst in der gewichteten Stichprobe – Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit und (Fach-)Abitur. 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 Mikrozensus nicht mit den in dieser Studie erfragten Kategorien übereinstimmen, kann kein Vergleich mit der Verteilung in der Population vorgenommen werden.

Tabelle 2-2: Demographische Verteilung der Nettostichprobe (ungewichtet und gewichtet) und der Grundgesamtheit

	Ungewichtet		Gewichtet		Bevölkerung	
	n	%	n	%	n (in 1000)	%
Insgesamt	1.183	100	1.183	100	2.419,9	100
Männer, insgesamt	498	42,1	599	49,3	1.219,2	50,4
1990-1988	40	8,1	8	1,3	62,1	5,1
1987-1985	71	14,4	37	6,2	56,8	4,7
1984-1981	36	7,3	38	6,4	92,4	7,6
1980-1976	63	12,8	55	9,2	128,1	10,5
1975-1966	85	17,2	131	22,0	267,9	22,0
1965-1956	89	18,0	143	24,1	287,5	23,6
1955-1946	71	14,4	121	20,3	213,2	17,5
1945-1941	39	7,9	62	10,4	111,2	9,1
Frauen, insgesamt	685	57,9	584	49,3	1.200,7	49,6
1990-1988	64	9,4	9	1,5	48,1	4,0
1987-1985	67	9,8	27	4,5	52,4	4,4
1984-1981	68	9,9	47	8,1	100,8	8,4
1980-1976	106	15,4	68	11,8	133,1	11,1
1975-1966	127	18,6	138	23,8	251,0	20,9
1965-1956	124	18,2	139	24,0	267,0	22,2
1955-1946	95	13,9	115	19,8	228,2	19,0
1945-1941	31	4,6	38	6,5	120,2	10,0

1) Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

2) Angaben bezogen auf Altersgruppen, nicht auf Jahrganggruppen

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

		Ungewichtete Stichprobe			Gewichtete Stichprobe			Bevölkerung ¹⁾ (15- bis 64-Jährige)		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Staatsbürgerschaft	Deutsch	91,4	92,4	90,0	91,9	90,9	92,9	84,7	84,2	86,2
	Andere	8,2	7,2	9,6	7,6	8,5	6,7	15,3	15,8	14,8
	k.A.	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6	0,4			
Familienstand (Alter 20-64 Jahre)	Ledig	57,9	58,2	57,7	45,6	46,7	44,5	46,2	50,4	41,9
	Verheiratet	33,3	34,3	32,6	43,9	44,9	42,8	41,8	39,7	43,8
	Verwitwet	0,8	0,6	0,9	0,9	0,7	1,2	1,9	0,8	3,0
	Geschieden	7,1	5,4	8,3	9,2	7,2	11,2	10,2	9,0	11,3
	k.A.	0,9	1,4	0,6	0,4	0,5	0,3			
Schulabschluss	In Schule	6,5	5,4	7,3	2,5	2,6	2,4	5,9	6,4	5,3
	Hauptschulabschluss	7,1	9,6	5,3	7,4	8,7	6,1	18,7	20,1	17,3
	Polytechnische Oberschule	9,6	11,7	8,0	13,7	16,4	10,9	11,6	11,5	11,7
	Mittlere Reife	23,0	19,9	25,3	20,7	17,9	23,6	21,3	19,1	23,6
	(Fach-) Abitur	41,2	38,2	43,4	44,9	42,8	47,1	37,2	38,0	36,7
	ohne Abschluss	5,6	6,0	5,3	4,4	4,2	4,7	5,1	4,8	5,3
	k.A.	7,1	9,2	5,6	6,2	7,3	5,2			
Haushaltsnetto- Einkommen ²⁾	unter 500	6,5	6,8	6,3	5,1	4,9	5,4			
	500-1000	15,8	16,1	15,6	15,7	16,4	14,9			
	1000-1250	9,5	8,8	9,9	9,1	8,6	9,6			
	1250-1500	8,4	8,0	8,6	8,9	8,3	9,7			
	1500-2000	13,2	11,5	14,5	14,2	13,1	15,4			
	2000-2500	11,3	12,5	10,5	12,8	14,4	11,3			
	2500 und mehr	7,4	29,1	27,0	30,8	32,1	29,4			
	k.A.	7,4	7,2	7,6	3,2	2,2	4,4			

1) Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

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

Passivrauchen. Um Aussagen über das Passivrauchen machen zu können, wurden alle Befragungsteilnehmer befragt nach der (a) passiven Tabakexposition („Wie häufig halten Sie sich in Räumen auf, in denen geraucht wird?“; siebenstufige Skala mit den Ausprägungen (fast) täglich, 2-3mal pro Woche, einmal pro Woche, 2-3mal pro Monat, einmal pro Monat, seltener als einmal im Monat, nie), (b) der subjektiven Ausprägung der Belästigung durch Tabakrauch („Wie sehr stört es Sie, wenn andere in Ihrer Gegenwart rauchen?“; fünfstufige Skala mit den Ausprägungen sehr stark (1) bis gar nicht (5)) und (c) nach dem Vermeidungsverhalten („Meiden Sie nach Möglichkeit Orte wie z.B. Kneipen, Bars, Discos, Raucherabteil im Zug, an denen viel geraucht wird?“; Antwort ja und nein). Die Antwortkategorien der Häufigkeit des Passivrauchens wurden zusammengefasst in "(fast) täglich", "1-3mal pro Woche" und "seltener/nie", die Skala subjektive Belästigung in die Kategorien „stark“ (1 und 2) „weniger stark“ (3 und 4) und gar nicht (5).

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, 1985). 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 vorneh-

men 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 alle Angaben auf interne Konsistenz geprüft, Fehlangaben korrigiert und nicht zur Grundgesamtheit gehörige Personen aus der Stichprobe entfernt. Wie bei früheren Auswertungen des Epidemiologischen Suchtsurveys und auch des US National Household Survey on Drug Abuse (Biemer & Wiesen, 2002) wurde bei widersprüchlichen Angaben von einem Konsum ausgegangen. Dadurch weichen die angegebenen Stichprobenumfänge z.T. vom Gesamtstichprobenumfang ab. Die Besonderheiten des komplexen 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 beinhaltete die Stratifizierung und die Klumpung sowie die Gewichtung. Zur Varianzschätzung wurden Taylorreihenentwicklungen verwendet (Korn & Graubard, 1999).

Trends

Für Trendanalysen wurden die Daten der Berlin-Studien von 1995, 2000 und 2006 verwendet. Zudem wurden die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys für Berlin von 1990 herangezogen. Tabelle 2-4 gibt einen Überblick über die Stichprobenkennwerte der Erhebungen von 1990.

Tabelle 2-4: Epidemiologischer Suchtsurvey 1990

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)

Die Daten für Berlin von 1990 wurden nach den Merkmalen Geschlecht und Alter (15-17, 18-24, 25-29, 30-39) post-stratifiziert, um zu gewährleisten, dass die Stichprobenverteilung der zentralen Merkmale Geschlecht und Alter nicht von der Verteilung in der Grundgesamtheit in Berlin im Jahre 1990 (31.12.1990) abweicht. Die resultierenden Stichprobenverteilungen für die Trendvergleiche 1990 bis 2006 sind in Tabelle 2-5 wiedergegeben. Aufgrund der Unterschiede im Altersrange lassen sich beispielsweise nur die Daten der 15- bis 39-Jährigen über alle vier Surveyjahre und die der 15- bis 59-Jährigen ab 1995 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. 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 bivariante Tests nach Fisher durchgeführt.

Tabelle 2-5: Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Berlin 1990, 1995, 2000 und 2006

Alter	1990	1995	2000	2006	Gesamt
Gesamt	785 (15-39 Jahre)	1.060 (15-59 Jahre)	1.159 (15-59 Jahre)	1.106 (15-59 Jahre)	4.110
15-17	105	278	268	104	755
18-24	360	306	202	242	1.110
25-39	320	208	320	381	1.229
40-59	--	268	369	379	1.016
15-39	785	792	790	729	3.094
15-59	--	1.060	1.159	1.106	3.325

3 Illegale Drogen

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen

Insgesamt gaben 37,0% der befragten Personen an, im Laufe ihres Lebens ein- oder mehrmals eine illegale Droge (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack oder psychoaktive Pilze) eingenommen zu haben (Tabelle 3-1). Cannabis ist mit einer Lebenszeitprävalenz von 35,7% die mit Abstand am weitesten verbreitete Droge. Dementsprechend liegen die Prävalenzwerte für Cannabis nur geringfügig unter den Werten für illegale Drogen insgesamt. Jeder siebte Befragte (13,7%) hat im Laufe seines Lebens Erfahrungen mit anderen illegalen Drogen gemacht, am häufigsten mit Kokain (7,9%), Amphetaminen (6,4%) und Ecstasy (5,4%). Der Anteil an Opioid-Erfahrenen liegt in Berlin bei 4,4% (Heroin: 1,0%; Methadon: 0,3%; andere Opiate: 3,1%). Bezogen auf den Zeitraum der letzten 12 Monate vor Befragung hatten 10,8% der befragten Personen illegale Drogen konsumiert, in den letzten 30 Tagen waren es 6,9%. Mit Ausnahme von Cannabis (12-Monats-Prävalenz: 9,8%; 30-Tage-Prävalenz: 5,6%) liegen die Konsumprävalenzen illegaler Drogen für den Zeitraum des letzten Jahres unter 5%.

Multiple Drogenerfahrung ist unter den 15- bis 39-Jährigen weit verbreitet. Fast jeder dritte Drogenerfahrene (31,9%) hat zwei oder mehr illegale Drogen wenigstens einmal probiert, jeder Fünfte (22,8%) drei oder mehr. Von denen, die Drogen im Jahr vor der Erhebung konsumiert haben, berichteten 31,2% von der Einnahme von zwei oder mehr Substanzen, 15,3% von drei oder mehr und 2,5% 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) haben über 884.000 (95%-KI: 812.000-961.000) Personen der insgesamt 2,4 Millionen Einwohner Berlins in dieser Altersgruppe Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen. Davon hatten 259.000 Personen (95%-KI: 217.000-308.000) in den letzten 12 Monaten und 164.000 Personen (95%-KI: 131.000-207.000) im Zeitraum der letzten 30 Tage vor Befragung illegale Drogen konsumiert. Die Zahl der Cannabiskonsumenten (12-Monats-Prävalenz) wird auf 233.000 Personen geschätzt (95%-KI: 194.000-279.000), die Zahl der Konsumenten anderer illegaler Drogen auf 91.000 Personen (95%-KI: 66.000-124.000).

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Alter und Geschlecht

Der Anteil drogenerfahrener Personen ist bei Männern höher als bei Frauen (39,5% vs. 34,4%, $p < 0,05$), wobei die Geschlechtsunterschiede am wenigsten Cannabis (Männer: 38,1%; Frauen: 33,2%) betreffen, am stärksten LSD (Männer: 5,6%; Frauen: 2,8%) sowie primär stimulierende Substanzen wie Amphetamine (Männer: 8,3%; Frauen: 4,5%) und Kokain (Männer: 9,5%; Frauen: 6,4%). Darüber hinaus zeigen sich deutliche Altersunterschiede in der Drogenerfahrung. Der höchste Anteil an Drogenkonsumenten ist in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen, in der mehr als zwei Drittel der Befragten (67,5%) im Laufe ihres Lebens mindestens einmal irgendeine illegale Droge eingenommen haben. In der darunterliegenden Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen ist bereits die Hälfte der Befragten (49,5%) drogenerfahren. Bei den 30- bis 39-Jährigen liegt die Lebenszeitprävalenz des illegalen Drogenkonsums bei 40,7%, der Anteil reduziert sich auf 36,4% in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen und 18,3% in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen. Von den 15- bis 17-Jährigen hat bereits jeder Fünfte (20,4%) Drogenerfahrungen gemacht.

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 ¹⁾	37,0	39,5	34,4	20,4	49,5	67,5	40,7	36,4	18,3
Cannabis	35,7	38,1	33,2	20,2	48,7	66,7	39,4	34,7	17,3
Andere Drogen als Cannabis	13,7	17,1	10,2	5,9	14,2	26,2	14,9	12,9	9,2
Amphetamine	6,4	8,3	4,5	1,7	7,3	15,6	8,1	3,8	3,8
Ecstasy	5,4	5,7	5,0	1,2	5,9	16,9	9,5	2,3	0,3
LSD	4,2	5,6	2,8	0,0	2,3	6,8	5,4	4,7	2,9
Heroin	1,0	1,2	0,8	1,2	0,0	0,6	2,0	1,4	0,3
Methadon	0,3	0,3	0,2	0,0	0,0	0,6	0,8	0,0	0,0
Andere Opiate	3,1	3,7	2,5	0,0	0,8	3,9	4,7	2,1	3,3
Kokain	7,9	9,5	6,4	2,1	4,9	17,7	8,9	9,8	3,7
Crack	0,7	0,5	0,9	0,0	0,0	1,3	1,4	0,5	0,5
Pilze	6,0	8,0	4,0	4,1	9,2	11,7	7,3	4,2	3,1
12 Monate	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Irgendeine illegale Droge	10,8	13,4	8,2	20,4	27,2	27,3	10,0	5,1	2,3
Cannabis	9,8	11,5	8,0	20,2	26,1	26,5	8,4	4,5	1,3
Andere Drogen als Cannabis	3,9	5,8	1,9	5,9	7,2	11,3	3,8	1,7	1,5
Amphetamine	1,3	1,8	0,7	1,7	2,9	7,1	0,0	0,5	0,0
Ecstasy	1,5	2,3	0,7	0,0	2,2	6,2	1,8	0,5	0,0
LSD	0,4	0,7	0,0	0,0	0,9	0,6	0,3	0,5	0,0
Heroin	0,3	0,3	0,2	1,2	0,0	0,6	0,8	0,0	0,0
Methadon	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0
Andere Opiate	0,9	1,4	0,3	0,0	0,0	1,3	0,8	1,1	1,0
Kokain	1,8	2,6	0,9	2,1	2,0	5,0	2,5	1,1	0,4
Crack	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0
Pilze	1,0	1,2	0,7	4,1	3,5	2,5	0,5	0,5	0,0
30 Tage	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Irgendeine illegale Droge	6,9	8,7	5,0	12,1	19,5	16,6	6,6	3,2	1,5
Cannabis	5,6	6,6	4,6	10,9	17,6	13,7	4,6	2,6	0,4
Andere Drogen als Cannabis	2,2	3,2	1,2	4,9	1,4	6,3	3,3	1,2	1,0
Amphetamine	0,5	0,4	0,6	0,0	1,0	3,7	0,0	0,0	0,0
Ecstasy	0,6	0,8	0,3	0,0	0,0	2,1	1,5	0,0	0,0
LSD	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,6	0,3	0,0	0,0
Heroin	0,2	0,2	0,2	1,2	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0
Methadon	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0
Andere Opiate	0,6	1,1	0,2	0,0	0,0	0,8	0,5	0,6	1,0
Kokain	1,1	1,4	0,8	0,8	1,0	3,0	2,0	0,6	0,0
Crack	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0
Pilze	0,1	0,2	0,0	3,2	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0

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

Die Eingrenzung des Zeitrahmens auf die letzten 12 Monate bzw. 30 Tage vor Befragung hat bei den über 30-Jährigen eine deutliche Reduktion der Prävalenzen im Vergleich zur Lebenszeiterfahrung zur Folge, d.h. der illegale Drogenkonsum liegt in diesen Fällen oftmals mehr als ein Jahr zurück. In den darunter liegenden Altersgruppen ist die entsprechende Differenz geringer ausgeprägt. So hat in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen jeder Vierte (27,2%) während der letzten 12 Monate, und jeder Fünfte (19,5%) während der letzten 30 Tage vor der Befragung illegale Drogen konsumiert.

Von den hochgerechnet 884.000 Personen mit Lebenszeiterfahrung im Konsum illegaler Drogen sind 478.000 Männer (95%-KI: 422.000-538.000) und 407.000 Frauen (95%-KI: 361.000-454.000). In den letzten 12 Monaten vor der Befragung haben 162.000 Männer (95%-KI: 127.000-204.000) und 97.000 Frauen (95%-KI: 75.000-124.000) illegale Drogen konsumiert. Auch bezogen auf die letzten 30 Tage war die Anzahl männlicher Drogenkonsumenten mit 105.000 (95%-KI: 76.000-142.000) deutlich höher als die Anzahl weiblicher Drogenkonsumenten (60.000, 95%-KI: 42.000-83.000).

Häufigkeit des Cannabiskonsums

Von denjenigen Befragten, die einen Cannabiskonsum im letzten Jahr angaben, konsumierte jeder Zweite (51,1%) die Substanz in diesem Zeitraum mehr als fünfmal, fast jeder Dritte (19,6%) mindestens einmal wöchentlich (60mal oder öfter) und jeder Zehnte (9,7%) täglich bzw. nahezu täglich (200mal oder öfter; vgl. Tabelle 3-2). Innerhalb der Gruppe der 30-Tage-Konsumenten liegt der Anteil eines häufigen Cannabiskonsums (20mal oder öfter) bei 23,5%. Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung konsumierten über 20.000 Einwohner Berlins (95%-KI: 11.000-36.000) nahezu täglich Cannabis.

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	152	4,1	18,0	26,7	12,9	7,7	10,9	6,8	3,1	9,7
	n	k.A.	1x	2-5x	6-9x	10-19x	20-30x			
30-Tage-Frequenz	82	4,5	31,2	29,2	7,9	11,9	15,3			

Alter des Erstkonsums von Cannabis

Wie die empirischen Verteilungsfunktionen des Erstkonsums zeigen, liegt das Alter beim Erstkonsum von Cannabis bei den jüngeren Altersgruppen deutlicher unter dem der höheren Altersgruppen. Während nur 9,6% der 50- bis 64-Jährigen bis zum Alter von 20 Jahren Erfahrung mit Cannabis gemacht hatten, waren es bei den 40- bis 49-Jährigen bereits 21,3%, bei den 30- bis 39-Jährigen 24,0%, bei den 25- bis 29-Jährigen 54,0%. Vor dem 16. Lebensjahr hatten in der Altersgruppe der über 30-Jährigen maximal 8% Cannabis konsumiert, in den darunter liegenden Altersgruppen bereits 19,2% (15- bis 17-Jährige) bzw. 28,1% (18- bis 24-Jährige).

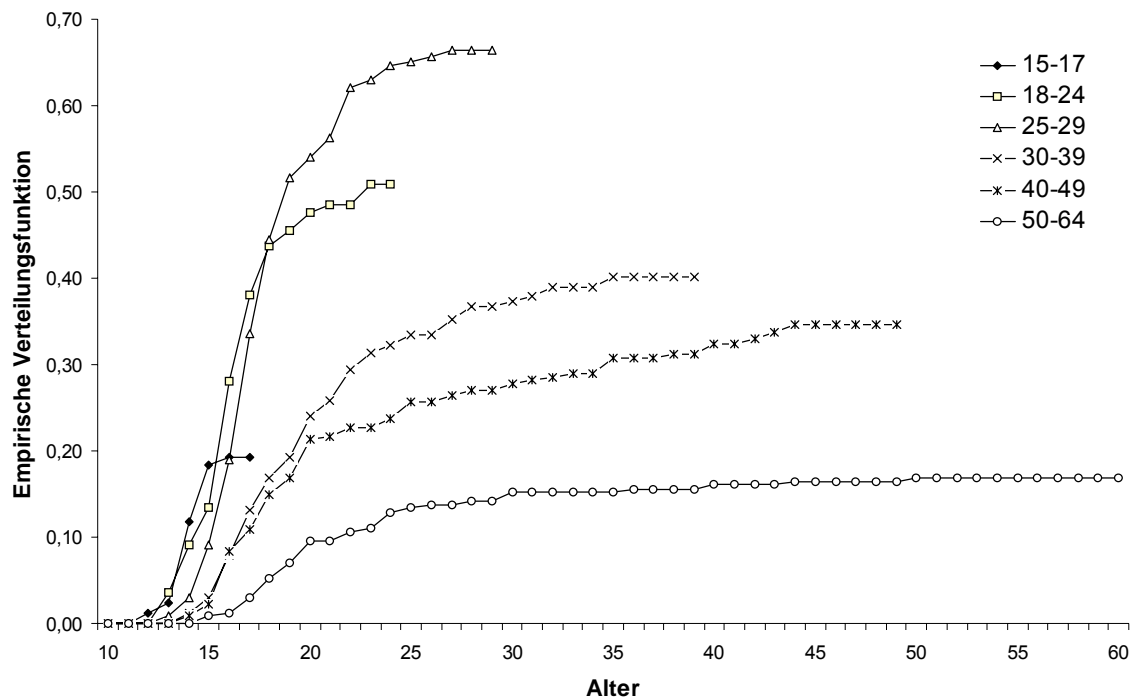


Abbildung 3-1: Empirische Verteilungsfunktion des Alters des ersten Cannabiskonsums

Cannabisabhängigkeit

Unter Anwendung des von Steiner, Baumeister und Kraus (2008) vorgeschlagenen Cut-Off-Werts von zwei Punkten auf der Severity of Dependence Skala (SDS), wurden 3,2% aller Befragten und 34,9% der Cannabiskonsumenten (12-Monats-Prävalenz) als abhängig klassifiziert (Tabelle 3-3). Die Anteile cannabisabhängiger Personen liegen in den Altersgruppen bis 29 Jahre über den Anteilen der darüber liegenden Altersgruppen, wobei die 18- bis 24-Jährigen mit 9,4% die höchste Prävalenz einer Cannabisabhängigkeit aufweisen. Von den Items des SDS (Tabelle 3-4) wurde am häufigsten die Schwierigkeit eines vollständigen Konsumverzichts (14,3%) angegeben, obwohl dies 11,4% der Konsumenten eigentlich wünschten. Die Erfahrung eines Kontrollverlusts über den Konsum von Cannabis hat mit 5,5% dagegen nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Konsumenten gemacht.

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

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen					
		Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Gesamtstichprobe	1164	485	679	102	237	168	210	212	236
≥ 2 Punkte	3,2 (49)	3,7	2,6	8,9	9,4	7,9	1,8	2,1	0,4
Konsumenten	140	64	76						
≥ 2 Punkte	34,9 (48)	36,3	33,1						

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

	Geschlecht		
	Gesamt	Männer	Frauen
Konsumenten	75	48	27
Gebrauch von Cannabis außer Kontrolle	5,5 (8)	7,1	3,3
Aussicht auf Cannabis zu verzichten beunruhigt	9,4 (12)	13,5	3,9
Über Gebrauch von Cannabis besorgt	12,0 (19)	14,9	8,1
Wunsch, Cannabiskonsum einzustellen	11,4 (18)	14,0	7,9
Cannabiskonsum einzustellen ist schwierig	14,3 (18)	14,6	13,8

Nach DSM-IV erfüllten 1,4% der Befragten und 15,0% der Konsumenten die Kriterien eines Cannabismissbrauchs (Tabelle 3-5). 0,6% der Gesamtstichprobe und 6,5% der Konsumentengruppe wurden als abhängig klassifiziert. Die nach DSM-IV ermittelten Prävalenzschätzungen einer Cannabisabhängigkeit liegen damit deutlich unter den Schätzwerten, die sich aus der Severity of Dependence Skala ergeben. Die mit der SDS aufgezeigten Geschlechts- und Altersunterschiede (geringerer Frauenanteil mit Cannabisabhängigkeit; höhere Anteile in den jüngeren Altersgruppen) wurden jedoch auch unter Anwendung der DSM-IV Kriterien aufgezeigt. Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Bevölkerung Berlins erfüllten nach DSM-IV 33.000 Personen (95%-KI: 20.000-54.000) die Kriterien eines Cannabismissbrauchs (12-Monats-Prävalenz) und 14.000 Personen (95%-KI: 7.000-29.000) die Kriterien einer Cannabisabhängigkeit.

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
Gesamtstichprobe	1164	485	679	102	237	168	210	212	236
Cannabismissbrauch	1,4 (21)	1,4	1,3	5,0	2,6	4,7	1,0	0,5	0,5
Cannabisabhängigkeit	0,6 (10)	0,9	0,3	2,4	3,3	0,5	0,4	0,0	0,0
Konsumenten	140	64	76						
Cannabismissbrauch	15,0 (21)	13,4	17,1						
Cannabisabhängigkeit	6,5 (10)	8,5	3,9						

Trends

Veränderungen in der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen. In der Erhebung von 1990 und 1995 berichtete etwa jeder Fünfte und 2000 und 2006 etwa jeder Zweite im Alter von 15 bis 39 Jahren von Erfahrungen mit illegalen Drogen. Bis 2000 erhöhte sich die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen signifikant auf über 40% und stieg bis 2006 weiter auf 48,4%. 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 einer Lebenszeitprävalenz von 5.2%, Kokain/Crack mit 5,0%, LSD mit 4,9% und Opiate mit 2,4%. 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 (ab 1995) und Kokain/Crack bis 2006 jeweils leicht an, ohne jedoch statistische Signifikanz zu erreichen.

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. Im Survey 2000 und 2006 gab etwa jeder Fünfte der 15- bis 39-Jährigen den Gebrauch irgendeiner illegalen Droge in den letzten 12 Monaten an. Der Konsum irgendeiner illegalen Droge bzw. Cannabis in den letzten 30 Tagen nahm von 6,9% auf 11,4% signifikant zu, der von Cannabis hat sich im gleichen Zeitraum sogar verdoppelt. Auch die 12-Monats-Prävalenzwerte von Amphetaminen, Ecstasy (ab 1995), Kokain/Crack und Opiaten zeigen einen leichten wenn auch nicht signifikanten Anstieg über die Zeit. Einen gegenläufigen Trend der 12-Monats-Prävalenzwerte findet sich jedoch bei Ecstasy. Der Wert nimmt von 5,1% in 1995 auf 2,8% in 2006 signifikant ab (Tabelle 3-6).

Tabelle 3-6: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen 15- bis 39-Jähriger, 1990-2006

		Erhebungsjahr			
		1990	1995	2000	2006
Irgendeine illegale Droge	Lebenszeit	21,7*	21,0*	44,8	48,4
	12 Monate	8,2*	10,7*	19,2	18,7
	30 Tage	--	6,9*	11,5	11,4
Illegale Drogen außer Cannabis	Lebenszeit	8,4*	6,2*	18,0	16,9
	12 Monate	1,6*	6,0	6,3	6,4
	30 Tage	--	3,1	2,2	3,0
Cannabis	Lebenszeit	21,0*	20,2*	43,7	47,3
	12 Monate	7,7*	7,7*	18,6	17,5
	30 Tage	--	4,8*	11,0	10,3
Amphetamine	Lebenszeit	5,2	2,5*	6,5	9,3
	12 Monate	0,8	1,8	2,1	2,4
Ecstasy	Lebenszeit	--	7,5	8,8	9,9
	12 Monate	--	5,1*	4,3	2,8
LSD	Lebenszeit	4,9	2,3	6,1	4,7
	12 Monate	0,2	1,3*	1,0	0,5
Kokain/Crack	Lebenszeit	5,0	1,9*	8,7	9,7
	12 Monate	1,8	1,0	4,0	2,9
Opiate	Lebenszeit	2,4	3,4	2,4	3,4
	12 Monate	0,2	0,3	0,0*	1,2

*) $p < .05$ 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

Betrachtet man die Gruppe der 15- bis 17-Jährigen so zeigen sich seit 1990 auf niedrigerem Niveau ähnliche Trends wie für die Gesamtgruppe der 15- bis 39-Jährigen (Tabelle 3-7). Ausgeprägter erscheint hier jedoch die Entwicklung des Konsums von Cannabis, wo sich ein Rückgang zwischen 2000 und 2006 abzeichnet, während die Prävalenzwerte der anderen illegalen Drogen zwischen 2000 und 2006 kaum Änderungen aufweisen.

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

		Erhebungsjahr			
		1990	1995	2000	2006
Irgendeine illegale Droge	Lebenszeit	12,7	11,2*	30,9	20,4
	12 Monate	10,1	11,1*	24,8	20,4
	30 Tage	--	5,3	14,4	11,0
Illegale Drogen außer Cannabis	Lebenszeit	2,7	4,3	6,8	5,9
	12 Monate	2,0	7,5	6,8	5,9
	30 Tage	--	2,9	3,7	4,1
Cannabis	Lebenszeit	12,0	10,4*	30,2	20,2
	12 Monate	9,5	7,6*	24,0	20,2
	30 Tage	--	3,7*	13,3	10,9

*) $p < .05$ für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2006; Aufgrund der geringen Zellenbesetzungen ($n \leq 5$) wurde Fisher's exakter Test verwendet

4 Alkohol

Abstinenz und Alkoholkonsum

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben 12,3% der Befragten keinen Alkohol konsumiert, im letzten Jahr abstinent waren 7,6% der Befragten und eine lebenslange Alkoholabstinenz wurde von 3,5% der Befragten angegeben (Tabelle 4-1). Frauen waren häufiger lebenslang abstinent als Männer (4,9% vs. 2,1%).

Fast zwei Drittel der Befragten (61,8%) konsumierten in den letzten 30 Tagen Alkoholmengen, die unter den Grenzwerten eines riskanten Konsums liegen. Knapp 15% der Befragten gaben dagegen Konsummengen an, die mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko assoziiert sind: 10,6% erfüllen die Kriterien eines riskanten Alkoholkonsums, 3,7% die eines gefährlichen Konsums und 0,6% fallen mit Konsummengen von über 120 (80) Gramm reinem Alkohol für Männer (Frauen) pro Tag in die Kategorie des Hochkonsums (Tabelle 4-1). Auch unter Berücksichtigung der höheren Grenzwerte für Männer ist deren Anteil beim riskanten und gefährlichen Konsum sowie beim Hochkonsum höher als bei den Frauen (Riskanter Konsum: Männer: 13,0%; Frauen: 8,1%; gefährlicher Konsum: Männer: 5,5%; Frauen: 1,8% und Hochkonsum: Männer: 0,8%; Frauen: 0,4%).

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
	1117	464	653	93	228	162	206	206	222
Lebenslang abstinent	3,5 (60)	2,1	4,9	18,6	9,8	4,5	2,9	0,7	2,6
Nur letzte 12 Monate abstinent	7,6 (76)	7,2	7,9	5,1	5,8	2,5	9,3	6,6	9,8
Nur letzte 30 Tage abstinent	12,3 (141)	8,1	16,5	11,9	10,3	10,2	10,2	14,2	14,0
Risikoarmer Konsum ¹⁾	61,8 (698)	63,3	60,4	60,4	62,6	71,8	65,1	63,9	53,2
Riskanter Konsum ²⁾	10,6 (103)	13,0	8,1	2,3	9,2	7,5	8,6	10,6	14,3
Gefährlicher Konsum ³⁾	3,7 (31)	5,5	1,8	0,0	1,6	2,0	2,5	3,9	6,1
Hochkonsum ⁴⁾	0,6 (8)	0,8	0,4	1,9	0,7	1,5	1,4	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 248.000 Männer (95%-KI: 202.000-302.000) den Grenzwert eines riskanten Konsums von mehr als 30g Reinalkohol pro Tag und 125.000 Frauen (95%-KI: 97.000-160.000) den Grenzwert von mehr als 20g Reinalkohol pro Tag überschritten (12-Monats-Prävalenz).

Der höchste Anteil der Lebenszeitabstinenten ist mit 18,6% in der jüngsten Altersgruppe (15 bis 17 Jahre), deren Anteil reduziert sich in den darüber liegenden Altersgruppen auf 9,8% (18- bis 24-Jährige), 4,5% (25- bis 29-Jährige), 2,9% (30- bis 39-Jährige) und 0,7% (40- bis 49-Jährige); in der höchsten Altersgruppe ist mit 2,6% wieder ein leichter Anstieg der Le-

benszeitabstinenten zu verzeichnen. Problematische Konsumformen (riskanter und gefährlicher Konsum, Hochkonsum) waren in den beiden höchsten Altersgruppen am häufigsten (40- bis 49-Jährige: 14,5%; 50- bis 64-Jährige: 20,4%). In der Altersgruppe der über 50-Jährigen konsumierte im Durchschnitt jeder fünfte Befragte Alkoholmengen, die mit einem gesundheitlichen Risiko assoziiert sind.

Die hohe Prävalenz eines problematischen Konsums betrifft mehr Männer (19,3%) als Frauen (10,3%) (Tabelle 4-11). Ansonsten zeigen sich über die Altersgruppen hinweg sowohl in der Abstinenz als auch in den Konsumkategorien deutliche Geschlechtsunterschiede. Abweichend von den geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Häufigkeit einer lebenslangen Alkoholabstinenz haben Jungen im Alter zwischen 15 und 17 Jahren deutlich weniger Erfahrungen mit Alkohol gemacht als Mädchen in dieser Altersgruppe.

Alkoholkonsum nach Getränk

In den letzten 30 Tagen tranken 53,2% der Befragten Bier, 57,6% Wein oder Sekt, 35,1% Spirituosen und 4,2% Alkopops (Tabelle 4-2). Pro Konsument wurden im Durchschnitt 2,4 Liter Bier, 0,7 Liter Wein/Sekt, 0,1 Liter Spirituosen und 0,4 Liter Alkopops pro Woche verbraucht. Die Anteile männlicher und weiblicher Konsumenten variieren in Abhängigkeit vom Getränketypp: Während unter den Konsumenten von Bier- und Spirituosen mehr Männer als Frauen sind (Bier: 70,6% vs. 35,3%; Spirituosen: 42,0% vs. 28,1%), tranken umgekehrt mehr Frauen als Männer Wein oder Sekt (Frauen: 61,7% vs. Männer: 53,7%) und Alkopops (Frauen: 5,4% vs. Männer: 3,0%). Männer konsumierten mit Ausnahme der Spirituosen (0,1 Liter; gleiche Menge bei Frauen und Männern) im Durchschnitt größere Mengen Alkohol als Frauen (Bier: 2,9l vs. 1,2l; Wein/Sekt: 0,7l vs. 0,6l; Alkopops: 0,7l vs. 0,2l).

Neben den geschlechtsspezifischen Unterschieden sind auch altersabhängige Abweichungen in der Präferenz unterschiedlicher Getränketypen zu erkennen. So waren die Anteile der Konsumenten von Spirituosen und spirituosenhaltigen Mischgetränken in den Altersgruppen zwischen 15 und 29 Jahren am höchsten, in den darüber liegenden Altersgruppen nahm deren Anteil kontinuierlich ab. Am deutlichsten zeigte sich der Alterseffekt bei den Alkopops: In der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen hat knapp jeder vierte Befragte (24,0%) während der letzten 30 Tage alkoholhaltige Mischgetränke konsumiert, bei den 18- bis 24-Jährigen waren es 14,2% und bei den 25- bis 29-Jährigen nur noch 8,4%. In allen weiteren Altersgruppen spielte der Konsum von Alkopops mit Prävalenzen unter 4% keine nennenswerte Rolle.

In der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen zeigten sich für Spirituosen (47,8%), Bier (61,5%) und Wein oder Sekt (68,5%) die höchsten Konsumentenanteile. Der Konsum von Bier, Wein oder Sekt war auch in den darüber liegenden Altersgruppen mit Prävalenzwerten über 50% relativ häufig. Was die Konsumintensität betrifft, ergaben sich für die über 50-Jährigen in allen Getränkekategorien inklusiv der Alkopops die höchsten Werte. Eine nach Geschlecht getrennte Darstellung von Konsumprävalenz und Konsummenge ist in Tabelle 4-12 dargestellt.

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	% ¹⁾	53,2	70,6	35,3	44,4	49,2	61,5	52,6	54,1	52,1
	Liter ²⁾	2,4	2,9	1,2	1,5	2,2	2,1	2,2	2,1	3,0
Wein/Sekt	%	57,6	53,7	61,7	42,2	47,8	68,5	58,1	61,1	55,4
	Liter	0,7	0,7	0,6	0,2	0,4	0,5	0,6	0,7	0,9
Spirituosen	%	35,1	42,0	28,1	34,4	45,9	47,8	32,8	32,4	30,1
	Liter	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Alkopops	%	4,2	3,0	5,4	24,0	14,2	8,4	3,7	0,5	0,9
	Liter	0,4	0,7	0,2	0,5	0,4	0,4	0,2	0,1	1,3

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

Knapp ein Drittel der Alkoholkonsumenten hat während der letzten 30 Tage bei mindestens einer Gelegenheit fünf oder mehr Gläser Alkohol getrunken und damit die Kriterien des Rauschtrinkens erfüllt (Tabelle 4-3). Rauschtrinken kam bei Männern häufiger vor als bei Frauen ($p < .001$). Während 41,4% der Männer in den letzten 30 Tagen zumindest einmal fünf oder mehr Gläser Alkohol getrunken haben, liegt der entsprechende Anteil bei den Frauen bei 23%. Viermal oder häufiger wurden die Grenzwerte des Rauschtrinkens von 19% der Männer und 7,1% der Frauen überschritten. Außerdem traten klare Altersunterschiede auf. Der Anteil des zumindest einmaligen Rauschtrinkens war mit 54,6% bei den 15- bis 17-Jährigen Befragten am höchsten und mit 25,6% bei den 30- bis 39-Jährigen am niedrigsten. Betrachtet man das häufige Rauschtrinken (viermal oder häufiger) ergibt sich mit 18,1% die höchste Prävalenz in der Gruppe der über 50-Jährigen, gefolgt von den beiden jüngsten Altersgruppen der 15- bis 17-Jährigen (14,8%) und der 18- bis 24-Jährigen (14,4%).

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

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen					
		Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	872	392	480	64	177	138	161	166	166
Nein	67,0 (571)	58,6	77,0	45,4	55,0	57,8	74,4	70,2	67,9
1-3mal	19,5 (193)	22,4	15,9	39,8	30,6	31,8	15,0	17,3	14,1
4mal oder häufiger	13,6 (108)	19,0	7,1	14,8	14,4	10,4	10,6	12,5	18,1

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

Erwartungsgemäß ist der Anteil der Rauschtrinker bei Personen mit höherem durchschnittlichem Tageskonsum höher (Tabelle 4-4). Personen, die einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen, berichteten in 30,4% der Fälle von einem gelegentlichen Rauschtrinken und in 29,4% der Fälle von einem häufigen Rauschtrinken. Bei Personen mit einem im Durchschnitt gefährlichen-/Hochkonsum sind es bereits 74,8%, die viermal oder häufiger in den letzten 30

Tagen fünf oder mehr alkoholische Getränke zu einer Gelegenheit konsumierten. Doch auch Personen mit einem durchschnittlichen Tageskonsum unter dem Risikogrenzwert von 30g bei Männern bzw. 20g bei Frauen konsumierten mitunter hohe Alkoholmengen. So berichteten 17,9% der im Durchschnitt risikoarmen Konsumenten von 1-3-maligem Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen (Männer: 21,9%; Frauen: 13,5%), 6,6% gaben sogar vier oder mehr Trinktage mit exzessivem Alkoholkonsum an (Männer: 9,9%; Frauen: 3,1%).

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

	Gesamt	risikoarmer Konsum²⁾	riskanter Konsum³⁾	gefährlicher/Hochkonsum⁴⁾
Gesamt	829	690	102	37
Nein	67,4 (545)	75,5	40,2	14,2
1-3mal	19,2 (184)	17,9	30,4	11,0
4mal oder häufiger	13,4 (100)	6,6	29,4	74,8
Männer	371	293	54	24
Nein	59,2 (212)	68,1	40,6	3,7
1-3mal	22,0 (94)	21,9	25,2	15,0
4mal oder häufiger	18,8 (65)	9,9	34,2	81,2
Frauen	458	397	48	13
Nein	77,0 (333)	83,4	39,5	42,9
1-3mal	16,0 (90)	13,5	38,7	0,0
4mal oder häufiger	7,0 (35)	3,1	21,8	57,1

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

Wie die empirischen Verteilungsfunktionen zum ersten Alkoholkonsum zeigen, nimmt das Alter beim Erstkonsum kontinuierlich ab. Dementsprechend ist der Anteil der Personen, die in einem bestimmten Alter begannen, mindestens einmal monatlich Alkohol zu trinken, in den jüngeren Altersgruppen höher als in den höheren Altersgruppen (Abbildung 4-1). So haben in der jüngsten Altersgruppe bereits mehr als die Hälfte der Mädchen (55,5%) vor Beendigung ihres 16. Lebensjahres Alkohol konsumiert, in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen waren es 40,4%, bei den 25- bis 29-Jährigen 33,1%, bei den 30- bis 39-Jährigen nur noch 21,9% und in den beiden höchsten Altersgruppen 20,5% bzw. 7,8%. Eine ähnliche Verteilung des Erstkonsums zeigt sich bei den männlichen Befragten (Abbildung 4-2). Der Anteil von Erstkonsumenten mit regelmäßigem Konsum reduziert sich von 57,5% in der jüngsten Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen auf 52,9% in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen. In den darüber liegenden Altersgruppen variieren die Anteile bei den Männern zwischen 20,6% und 35,5%.

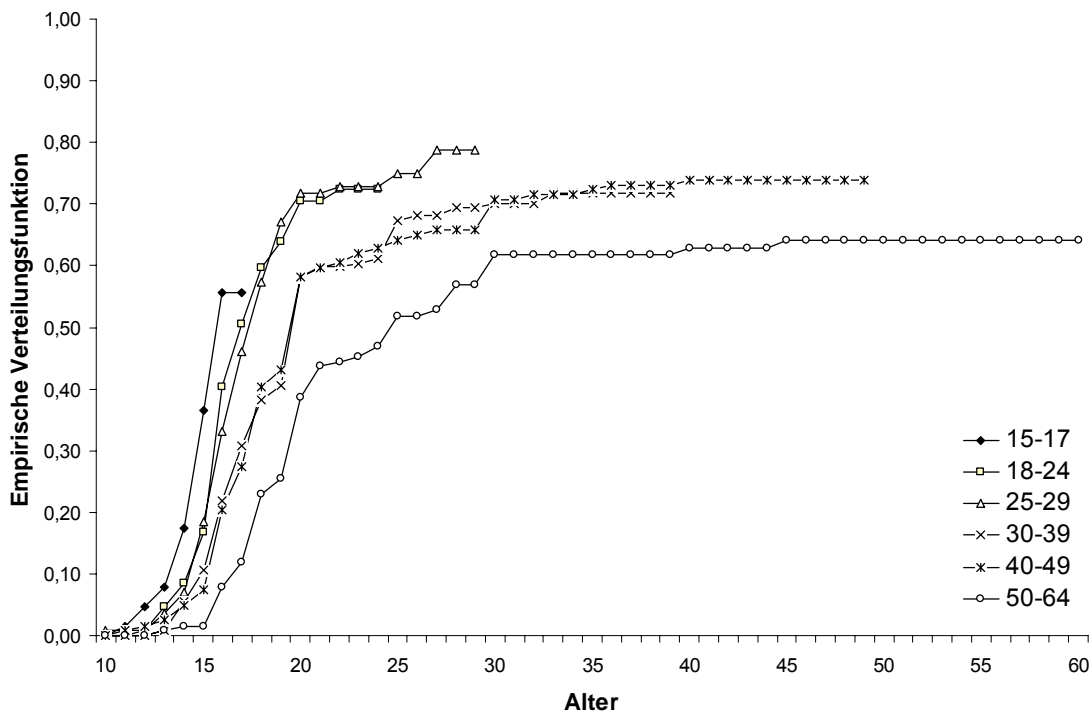


Abbildung 4-1: Empirische Verteilungsfunktion des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Frauen

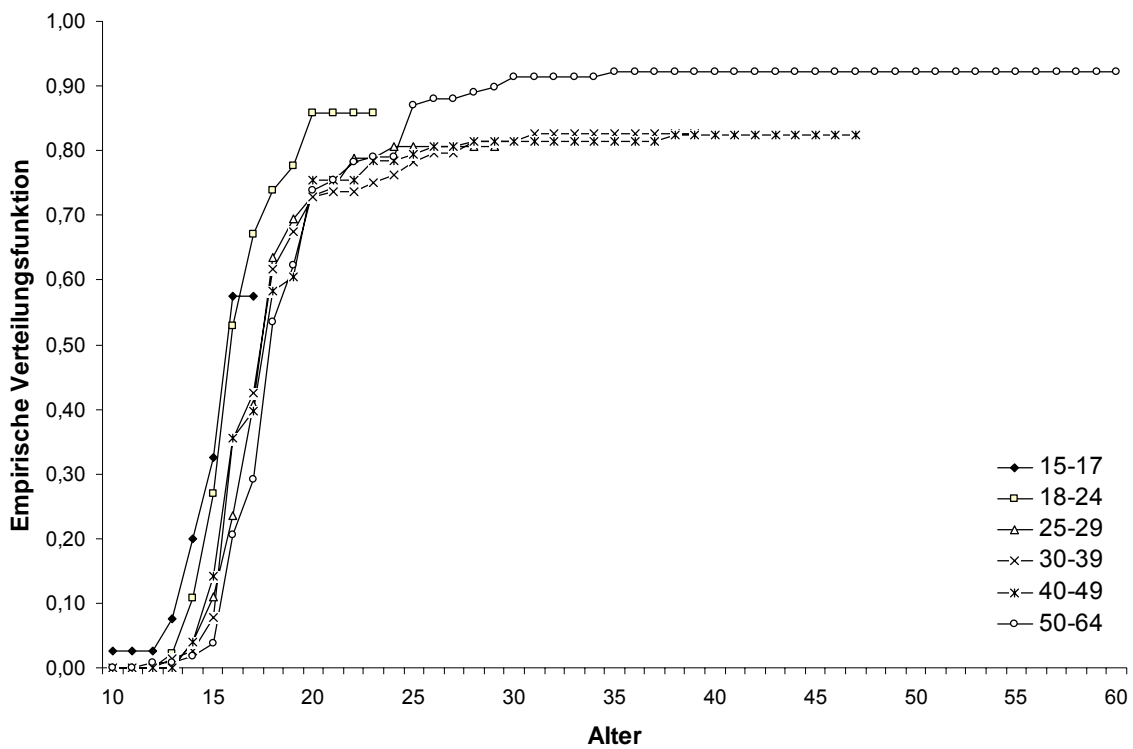


Abbildung 4-2: Empirische Verteilungsfunktion des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Männer

Tabelle 4-5: Häufigkeit bestimmter Trinksituationen

		Geschlecht		
		Gesamt	Männer	Frauen
Zum Essen	Nie	25,3	23,4	27,3
	Seltener als 1x im Monat	24,0	22,0	26,2
	1x im Monat	10,6	11,5	9,7
	2-3x im Monat	14,2	13,4	15,0
	1-2x pro Woche	14,2	15,5	12,8
	3-5x pro Woche	6,6	7,3	5,8
	(fast) täglich	5,1	6,9	3,2
Am Abend zu Hause	Nie	20,4	15,2	26,2
	Seltener als 1x im Monat	21,2	18,4	24,2
	1x im Monat	9,7	9,0	10,4
	2-3x im Monat	13,5	14,0	13,0
	1-2x pro Woche	15,1	16,8	13,3
	3-5x pro Woche	10,7	13,1	8,1
	(fast) täglich	9,4	13,6	4,9
Im Restaurant	Nie	20,6	19,8	21,5
	Seltener als 1x im Monat	39,0	36,6	41,5
	1x im Monat	18,6	18,1	19,1
	2-3x im Monat	14,3	15,9	12,7
	1-2x pro Woche	5,9	7,0	4,7
	3-5x pro Woche	1,2	1,7	0,5
	(fast) täglich	0,4	0,8	0,0
Bar, Kneipe, Disko etc.	Nie	34,4	32,8	36,2
	Seltener als 1x im Monat	25,3	25,1	25,5
	1x im Monat	14,5	14,0	14,9
	2-3x im Monat	13,7	13,5	13,8
	1-2x pro Woche	9,5	11,2	7,6
	3-5x pro Woche	2,0	2,4	1,5
	(fast) täglich	0,7	0,8	0,6
Bei festlichen Anlässen	Nie	5,5	6,3	4,6
	Seltener als 1x im Monat	63,4	61,8	65,1
	1x im Monat	19,0	18,3	19,7
	2-3x im Monat	8,3	8,5	8,0
	1-2x pro Woche	2,3	3,0	1,4
	3-5x pro Woche	0,5	0,7	0,3
	(fast) täglich	1,1	1,3	0,9
Am Arbeitsplatz ¹⁾	Nie	84,6	86,1	85,3
	Seltener als 1x im Monat	10,6	11,4	11,0
	1x im Monat	2,0	1,1	1,6
	2-3x im Monat	1,1	1,0	1,1
	1-2x pro Woche	0,7	0,0	0,3
	3-5x pro Woche	0,5	0,4	0,5
	(fast) täglich	0,5	0,0	0,3
Nach der Arbeit mit Kollegen ¹⁾	Nie	55,5	68,8	61,8
	Seltener als 1x im Monat	21,6	22,8	22,2
	1x im Monat	10,7	3,7	7,3
	2-3x im Monat	6,2	2,8	4,6
	1-2x pro Woche	3,7	1,0	2,4
	3-5x pro Woche	0,7	0,9	0,8
	(fast) täglich	1,6	0,0	0,8

1) Erwerbstätige und Auszubildende

Trinksituationen

Alkohol wurde bevorzugt am Abend zu Hause oder beim Essen konsumiert (Tabelle 4-5). Mehr als ein Drittel (35,2%) trank einmal in der Woche oder öfter am Abend zu Hause, jeder fünfte Befragte (9,4%) täglich. Zum Essen konsumierte jeder Vierte (25,9%) mindestens einmal in der Woche ein alkoholhaltiges Getränk; tägliches Trinken von Alkohol zum Essen gaben 5,1% an. Seltener wurde Alkohol dagegen in einer Bar, Kneipe oder einer Diskothek konsumiert. Jeder Achte (12,2%) gab an, an diesen Orten mindestens einmal pro Woche Alkohol zu konsumieren. Von den Erwerbstätigen und Auszubildenden tranken 84,6% grundsätzlich nie Alkohol am Arbeitsplatz. Männer haben häufiger als Frauen angegeben, zum Essen, zu Hause und beim Besuch von Restaurants und Bars zu trinken, Frauen gaben dagegen etwas häufiger als Männer an, bei festlichen Anlässen, am Arbeitsplatz oder nach der Arbeit mit Kollegen zu trinken.

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Insgesamt 5,1% der Befragten erfüllten die Kriterien des DSM-IV für Alkoholmissbrauch, 2,7% die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit (Tabelle 4-6). Bei Männern ist sowohl der Alkoholmissbrauch (7,4% vs. 2,7%; $p < .05$) als auch die Abhängigkeit (3,7% vs. 1,7%; $p < .01$) weiter verbreitet als bei Frauen. Darüber hinaus sind deutliche Alterseffekte erkennbar. Die höchste Missbrauchsquote findet sich mit 6,4% in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen, die höchste Abhängigkeitsquote mit 5,3% in der darunter liegenden Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen. Während bei den Missbrauchsquoten keine eindeutigen Alterseffekte zu erkennen sind, nehmen die Anteile alkoholabhängiger Personen mit zunehmendem Alter tendenziell ab.

Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Bevölkerung erfüllten 121.000 Personen (95%-KI: 91.000-161.000) die Kriterien eines Alkoholmissbrauchs und weitere 65.000 Personen (95%-KI: 44.000-95.000) wurden nach DSM-IV als alkoholabhängig klassifiziert (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
	1144	476	668	97	235	167	209	208	228
Alkoholmissbrauch	5,1 (62)	7,4	2,7	6,1	6,4	3,6	4,1	6,1	4,9
Alkoholabhängigkeit	2,7 (33)	3,7	1,7	5,3	4,5	4,9	3,0	2,4	0,9

Trends

Abstinenz und Konsummenge. Seit der Erhebung von 1995 finden sich hinsichtlich der Abstinenz und den Konsummengen leichte Veränderungen. Insgesamt sind die Anteile abstinent lebender Personen und Personen mit einem risikoarmen Konsum gestiegen, während der Anteil riskant konsumierender Personen abgenommen hat. Während bei den Männern die Verschiebungen der der Gesamtstichprobe entsprechen, ist bei den Frauen eine gleichmäßige Verschiebung hin zu risikoärmeren Konsumformen zu beobachten. Deutlich ausgeprägt ist lediglich der Rückgang des Anteils der Konsumentinnen mit Hochkonsum (Tabelle 4-7).

Tabelle 4-7: Trends des Alkoholkonsums 15- bis 59-Jähriger (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage), 1995-2006

	Erhebungsjahr		
	1995	2000	2006
Gesamt	989	1034	1052
Abstinent	22,5	15,0*	23,3
Risikoarmer Konsum ¹⁾	54,1*	66,5	62,7
Riskanter Konsum ²⁾	14,8*	13,6*	9,9
Gefährlicher Konsum ³⁾	5,7*	4,1	3,4
Hochkonsum ⁴⁾	2,9*	0,7	0,7
Männer	491	437	428
Abstinent	15,0	12,2*	18,1
Risikoarmer Konsum	51,0*	63,2	64,2
Riskanter Konsum	21,9*	16,9	11,8
Gefährlicher Konsum	9,9*	6,4	5,0
Hochkonsum	2,3*	1,3	0,9
Frauen	498	597	624
Abstinent	30,0	17,8*	28,3
Risikoarmer Konsum	57,2	69,9*	61,3
Riskanter Konsum	7,9	10,4*	8,1
Gefährlicher Konsum	1,5	1,8	1,9
Hochkonsum	3,5*	0,2	0,4

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; Binäre logistische 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 spiegelt sich auch in der getränkespezifischen 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 durchschnittlichen Mengen konsumierten Biers und konsumierter Spirituosen sank, blieb die durchschnittliche Menge konsumierten Weins konstant. Auch in der geschlechterspezifischen Betrachtung zeigt sich eine Abnahme des aktuellen Konsums für jede einzelne Getränkesorte. Bei Männern nahmen die durchschnittlichen Mengen konsumierten Biers sowie konsumierter Spirituosen seit 1995 ab und die durchschnittliche Menge konsumierten Weins

leicht zu. Bei den weiblichen Befragten zeigen sich bei allen Getränkesorten signifikante Abnahmen der durchschnittlich getrunkenen Mengen.

Tabelle 4-8: Trends der Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und der durchschnittlichen Trinkmenge 15- bis 59-Jähriger, 1995-2006

		Erhebungsjahr		
		1995	2000	2006
Gesamt		1059	1149	1087
Bier	% ²⁾	55,0	62,9*	52,8
	Liter ³⁾	4,3* (496)	2,5 (603)	2,3 (526)
Wein/Sekt	%	62,4	70,2*	58,0
	Liter	0,6 (531)	0,6 (704)	0,6 (613)
Spirituosen	%	41,6	41,1*	35,1
	Liter	0,16* (350)	0,08 (402)	0,07 (377)
Männer		529	497	452
Bier	%	80,0*	79,7*	69,8
	Liter	4,9* (375)	3,3 (344)	2,9 (297)
Wein/Sekt	%	56,5	66,4*	52,8
	Liter	0,6* (211)	0,7 (270)	0,7 (222)
Spirituosen	%	56,7	49,3	41,4
	Liter	0,14* (233)	0,11 (202)	0,08 (183)
Frauen		530	652	635
Bier	%	29,8*	45,3*	35,8
	Liter	2,3* (121)	1,0 (259)	1,2 (229)
Wein/Sekt	%	68,3	74,2*	63,1
	Liter	0,7* (320)	0,6 (434)	0,6 (391)
Spirituosen	%	26,4	32,5*	28,8
	Liter	0,19* (117)	0,04 (200)	0,05 (194)

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; %: Logistische Regression mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht); Liter: 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 (%) bzw. Mann-Whitney-U-Test (Liter) verwendet

Rauschtrinken. Rauschtrinken, definiert als Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit, hat insgesamt über einen Zeitraum von zehn Jahren deutlich abgenommen. Es zeigen sich jedoch alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede. Während der Anteil des Rauschkonsums in der Altersgruppe der über 18-Jährigen deutlich zurückging, nahm der Anteil der Rauschtrinker bei den 15- bis 17-Jährigen deutlich zu. Auch zeigt sich bei den 18- bis 24-Jährigen ab 2000 wieder ein Anstieg des Rauschkonsums (Tabelle 4-9).

Tabelle 4-9: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens¹⁾, 1995-2006

	Alter	Erhebungsjahr		
		1995	2000	2006
Gesamt		1058	1135	1081
	15-59	43,6*	24,9	26,2
	15-17	17,1*	25,8*	35,8
	18-24	45,1*	27,5	33,9
	25-39	46,3*	26,1	24,8
	40-59	44,3*	22,9	24,9
Männer		529	491	442
	15-59	61,3*	37,1	35,3
Frauen		529	644	639
	15-59	25,6	12,0*	17,3

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

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

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

Alkoholbezogene Störungen. Der Vergleich der für 2000 und 2006 geschätzten Prävalenzwerte für Alkoholabhängigkeit zeigt bei den 15- bis 59-Jährigen keine signifikanten Veränderungen. Die Werte weisen bei den Männern auf einen leichten Rückgang, bei den Frauen auf eine leichte Zunahme hin (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
Gesamt	1126	1081
	3,9 (36)	2,9 (33)
Männer	487	440
	6,7 (30)	4,1 (19)
Frauen	639	641
	0,9 (6)	1,8 (14)

*) $p < .05$ 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
Männer	464		33	101	59	84	85	102
Lebenslang abstinent	2,1	(20)	27,3	9,8	3,1	0,0	0,0	0,9
Nur letzte 12 Monate abstinent	7,2	(27)	3,0	4,1	2,6	7,5	8,9	8,5
Nur letzte 30 Tage abstinent	8,1	(41)	12,1	7,5	8,0	5,4	8,0	10,1
Risikoarmer Konsum ¹⁾	63,3	(295)	54,5	63,7	75,1	73,1	64,4	51,4
Riskanter Konsum ²⁾	13,0	(55)	3,0	10,3	7,4	8,6	12,6	19,9
Gefährlicher Konsum ³⁾	5,5	(22)	0,0	3,1	1,2	3,4	6,0	9,1
Hochkonsum ⁴⁾	0,8	(4)	0,0	1,4	2,6	1,9	0,0	0,0
Frauen	653		60	127	103	122	121	120
Lebenslang abstinent	4,9	(40)	11,7	9,8	5,5	5,8	1,4	4,5
Nur letzte 12 Monate abstinent	7,9	(49)	6,7	7,5	2,4	11,0	4,4	11,2
Nur letzte 30 Tage abstinent	16,5	(100)	11,7	13,1	11,9	14,9	20,4	18,5
Risikoarmer Konsum	60,4	(403)	65,0	61,5	69,2	57,3	63,5	55,4
Riskanter Konsum	8,1	(48)	1,7	8,0	7,6	8,6	8,6	7,7
Gefährlicher Konsum	1,8	(9)	0,0	0,0	2,7	1,5	1,8	2,7
Hochkonsum	0,4	(4)	3,3	0,0	0,7	0,9	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						
Männer		Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Bier	% ¹⁾	70,6	48,7	67,5	74,2	75,9	67,9	70,0
	Liter ²⁾	2,9	1,4	2,6	2,6	2,5	2,7	3,7
Wein/Sekt	%	53,7	33,3	40,4	62,2	57,2	55,8	53,4
	Liter	0,7	0,1	0,3	0,4	0,5	0,9	1,0
Spirituosen	%	42,0	30,8	50,0	53,6	42,7	43,1	34,4
	Liter	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Alkopops	%	3,0	28,2	11,0	6,6	1,4	0,0	1,1
	Liter	0,7	0,7	0,5	0,8	0,3	0,0	1,9
Frauen								
Bier	%	35,3	40,6	30,1	51,3	30,6	39,8	30,7
	Liter	1,2	1,6	1,0	1,4	1,4	0,9	1,0
Wein/Sekt	%	61,7	50,0	55,5	73,7	58,9	66,6	57,9
	Liter	0,6	0,3	0,4	0,5	0,6	0,6	0,7
Spirituosen	%	28,1	37,5	41,6	43,1	23,4	21,3	24,9
	Liter	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Alkopops	%	5,4	20,3	17,5	9,8	5,8	1,0	0,7
	Liter	0,2	0,3	0,4	0,1	0,2	0,1	0,2

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 (97,1%) der Tabakkonsumenten gab Zigaretten als hauptsächliche Tabakware an. Dem folgen Zigarillos mit 15,5%, Zigarren mit 7,1% und Pfeife mit 3,7%. Zigarren, Zigarillos und Pfeife spielten bei Frauen und jüngeren Personen eine geringere Rolle als bei Männern und älteren Personen. Insgesamt haben 8,3% der Befragten (Männer: 13,4%, Frauen: 3,1%) irgendeinmal im Leben Schnupftabak konsumiert und 2,1% Kautabak (Männer: 3,7%, Frauen: 0,6%). Die Lebenszeitprävalenzen für Schnupftabak variieren in den Altersgruppen zwischen 18 und 49 Jahren zwischen 8% und 20%. In den letzten 12 Monaten vor der Befragung gaben nur wenige (0,6%) den Konsum von Schnupftabak (Männer: 0,4%, Frauen: 0,9%) oder von Kautabak (Männer: 0,2%, 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

Etwas über ein Drittel der Befragten (34,5%) gab an, im letzten Monat Zigaretten geraucht zu haben (Tabelle 5-1). Während der Raucheranteil über die jüngeren Altersgruppen von 24,5% (25- bis 29-Jährige) bis zu 41,7% (25- bis 29-Jährige) ansteigt, kann in den darüber liegenden Altersgruppen tendenziell eine Abnahme des Raucheranteils beobachtet werden. Parallel nehmen die Anteile der Nichtraucher über die Altersgruppen ab, die Anteile der Exraucher nehmen dagegen zu. Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Wohnbevölkerung sind von den knapp 2,4 Millionen Einwohnern Berlins dieser Altersgruppe 444.000 Männer (95%-KI: 388.000-504.000) und 381.000 Frauen (95%-KI: 337.000-429.000) Raucher.

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

	Altersgruppen						
	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Gesamt	1169	103	241	169	211	213	232
Nichtraucher ¹⁾	39,3 (521)	69,8	52,4	42,0	39,7	34,1	35,2
Exraucher ²⁾	26,1 (256)	5,7	10,1	16,3	24,7	28,1	37,5
Raucher ³⁾	34,5 (392)	24,5	37,5	41,7	35,6	37,8	27,4
Männer	490	39	106	63	84	89	109
Nichtraucher	35,3 (207)	69,2	49,1	48,0	35,3	33,7	25,6
Exraucher	28,0 (112)	5,1	11,4	12,2	21,8	30,6	42,9
Raucher	36,7 (171)	25,6	39,5	39,8	42,9	35,6	31,5
Frauen	679	64	135	106	127	124	123
Nichtraucher	43,5 (314)	70,3	55,9	37,2	43,7	34,4	46,9
Exraucher	24,2 (144)	6,3	8,7	19,7	27,5	25,5	30,8
Raucher	32,3 (221)	23,4	35,4	43,2	28,8	40,1	22,3

1) Insgesamt höchstens 100mal geraucht

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

3) In den letzten 30 Tagen geraucht

Männer gaben häufiger als Frauen an, aktuell zu rauchen (36,7% vs. 32,3%). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich in den Altersgruppen der 30- bis 39-Jährigen (Männer: 42,9%; Frauen: 28,8%) und der 50- bis 64-Jährigen (Männer: 31,5%; Frauen: 22,3%) am deutlichsten. Die vergleichsweise geringen Anteile an Raucherinnen in diesen beiden Altersgruppen gehen überwiegend auf den hohen Prozentsatz an Nicht-Raucherinnen zurück.

Menge des Zigarettenkonsums

Innerhalb der Gruppe der Zigarettenraucher rauchten knapp drei Viertel (72,2%) täglich, davon 19,5% weniger als 10 Zigaretten, 24,8% zwischen 11 und 19 Zigaretten (moderate Raucher) und 27,9% 20 Zigaretten oder mehr (starke Raucher) pro Tag (Tabelle 5-2). Unter den moderaten und den starken Rauchern sind tendenziell mehr Männer als Frauen (58,4% vs. 46,4%), unter den leichten Rauchern (weniger als 10 Zigaretten pro Tag) sind dagegen mehr Frauen (Frauen: 53,6%; Männer: 41,6%, $p < .05$). Eine Ausnahme bildet die Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen Frauen, die mit einem Anteil von knapp 50% den höchsten Anteil starker Raucher aufweist.

Über die Altersgruppen nimmt der Anteil starker Raucher zu. Während bei den 18- bis 24-Jährigen nur jeder neunte Raucher als starker Raucher klassifiziert wurde, war es bei den 30- bis 39-Jährigen jeder Vierte (26,4%) und bei den 50- bis 64-Jährigen beinahe jeder Zweite (43,7%). Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Wohnbevölkerung Berlins wurden von den insgesamt 825.000 Rauchern (95%-KI: 753.000-901.000) 129.000 Männer (95%-KI: 93.000-112.000) und 91.000 Frauen (95%-KI: 68.000-122.000) als starke Raucher klassifiziert.

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
Gesamt	377		23	76	71	71	79	57
Nicht täglich	27,8	(127)	50,2	42,6	42,7	28,2	26,2	8,5
Täglich bis 10	19,5	(74)	14,2	16,4	18,7	20,4	17,7	23,8
Täglich 11-19	24,8	(87)	28,3	30,3	20,8	24,9	24,2	24,0
Täglich 20 oder mehr	27,9	(89)	7,3	10,6	17,8	26,4	32,0	43,7
Männer	160		10	35	25	32	28	30
Nicht täglich	23,8	(44)	40,0	31,8	24,0	26,4	32,7	6,8
Täglich bis 10	17,8	(31)	20,0	21,6	19,1	16,1	7,0	26,9
Täglich 11-19	27,2	(43)	40,0	35,3	44,4	26,3	16,3	25,4
Täglich 20 oder mehr	31,2	(42)	0,0	11,2	12,4	31,2	43,9	41,0
Frauen	217		13	41	46	39	51	27
Nicht täglich	32,2	(83)	61,5	54,9	56,6	30,6	20,7	11,1
Täglich bis 10	21,4	(43)	7,7	10,5	18,3	26,0	26,5	19,0
Täglich 11-19	22,2	(44)	15,4	24,6	3,3	23,2	30,7	21,8
Täglich 20 oder mehr	24,2	(47)	15,4	10,0	21,8	20,2	22,1	48,1

Alter des ersten Tabakkonsums

Ähnlich wie beim Cannabis- und Alkoholkonsum ist entsprechend der empirischen Verteilungsfunktion des Alters beim ersten Tabakkonsum von einer Vorverlagerung des Erstkonsumalters auszugehen (Abbildung 5-1). Während bis zur Vollendung des 13. Lebensjahres bereits 21,9% der 15- bis 17-Jährigen geraucht hatten, waren es bei den 18- bis 24-Jährigen 16,8%, bei den 25- bis 29-Jährigen 12,6%, und in allen darüber liegenden Jahrgängen unter 10%. Bei den Männern ist mit Ausnahme des vergleichsweise hohen Anteils in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen (19,6%) keine Vorverlagerung für den Erstkonsum von Nikotin zu beobachten (Abbildung 5-2).

Alter des Beginns täglichen Tabakkonsums

Wie beim ersten Tabakkonsum zeigt sich auch für das Alter der Frauen bei Beginn des täglichen Nikotinkonsums eine Linksverschiebung der Verteilung (Abbildung 5-3). So hatten bis zur Vollendung des 13. Lebensjahres bereits 14,7% der 15- bis 17-Jährigen Mädchen täglich geraucht, bei den 18- bis 24-jährigen Frauen waren es 7,3%, bei den 25- bis 29-Jährigen noch 2,8% und in den darüber liegenden Altersgruppen liegt der Anteil bei unter 2%. Bei den Männern zeigt sich analog zum Alter des ersten Tabakkonsums ein vergleichsweise hoher Anteil mit täglichem Nikotinkonsum vor Vollendung des 15. Lebensjahres in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen (23,6%). Eine Vorverlagerung wie bei den Frauen ist jedoch auch für das Alter bei Beginn des täglichen Tabakkonsums nicht zu erkennen (Abbildung 5-4).

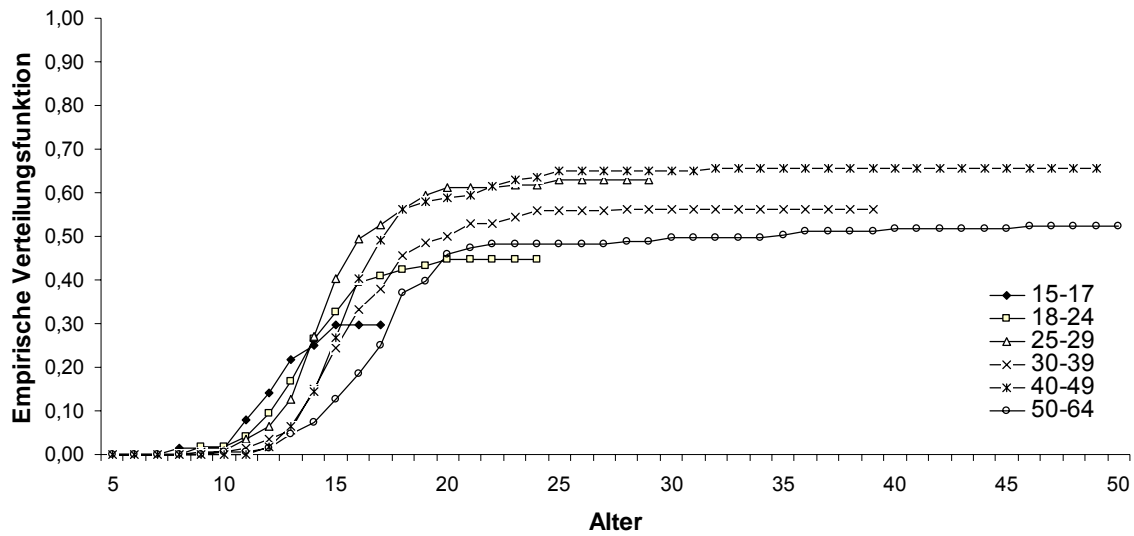


Abbildung 5-1: Empirische Verteilungsfunktion des Alters ersten Tabakkonsums für Frauen

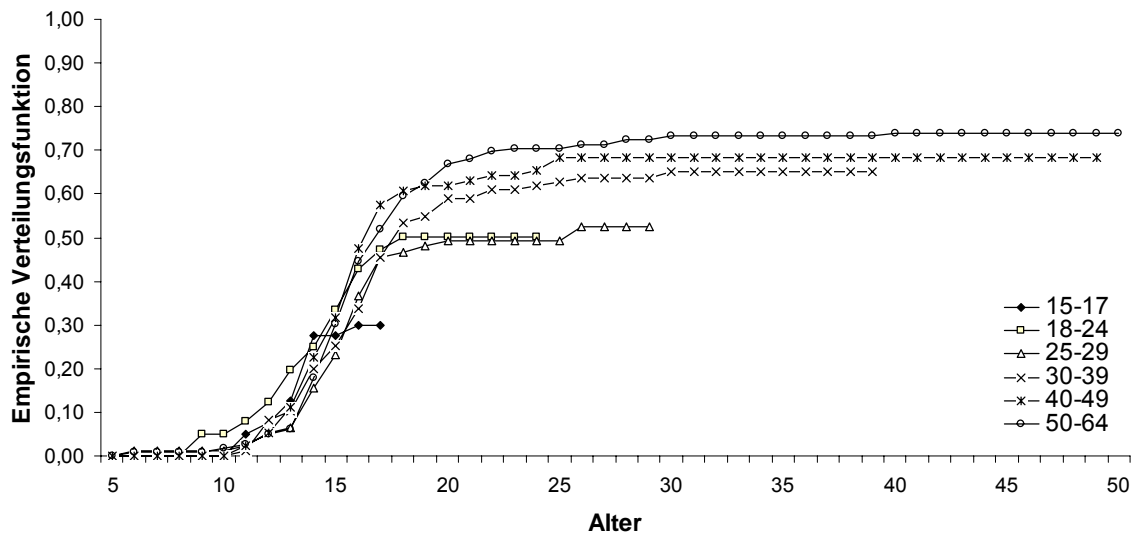


Abbildung 5-2: Empirische Verteilungsfunktion des Alters ersten Tabakkonsums für Männer

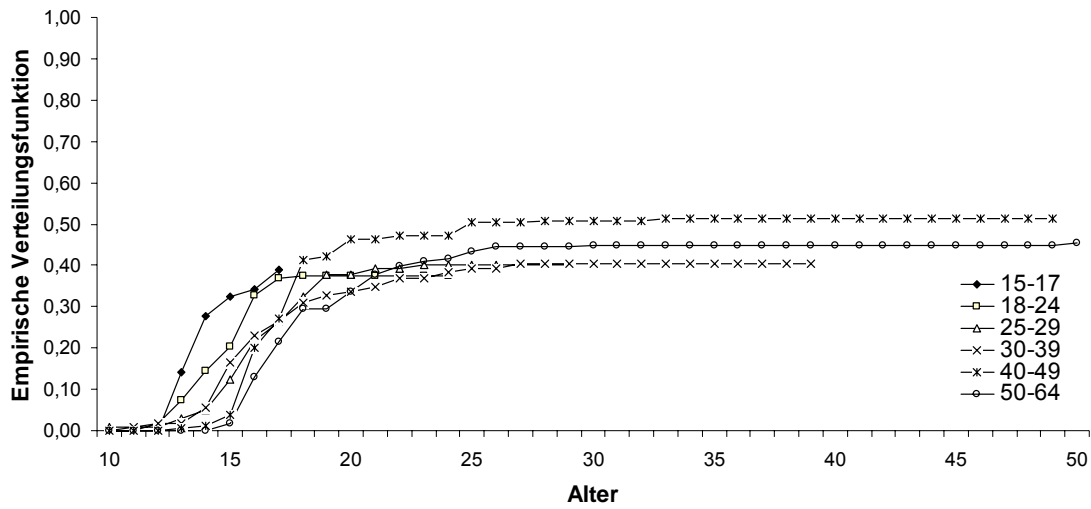


Abbildung 5-3: Empirische Verteilungsfunktion des Alters des Beginns täglichen Rauchens für Frauen

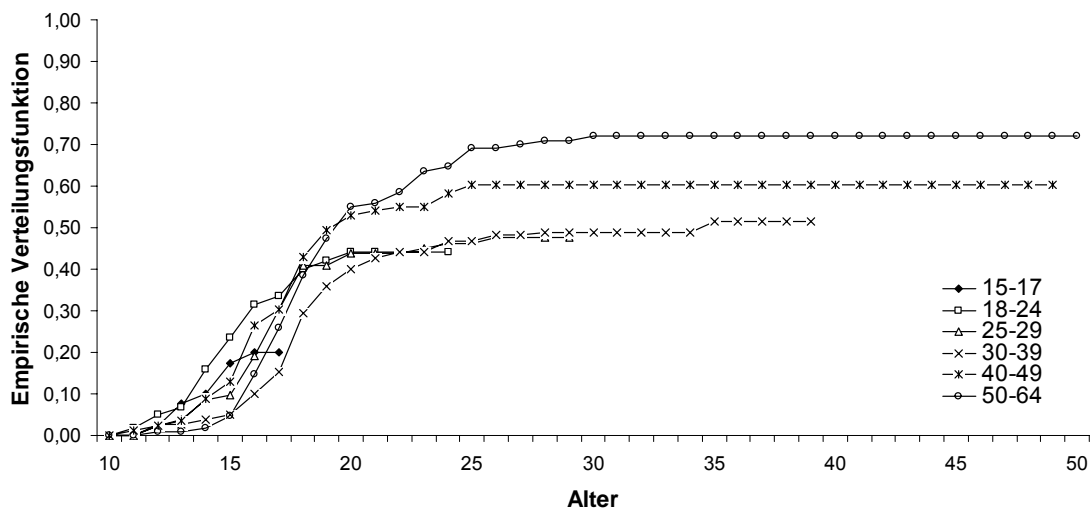


Abbildung 5-4: Empirische Verteilungsfunktion des Alters des Beginns täglichen Rauchens für Männer

Nikotinabhängigkeit

Der Cut-off-Wert von vier Punkten im Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTND) wurde von 12,4% der Gesamtstichprobe und 37,2% der befragten Tabakraucher überschritten (Tabelle 5-3). Männer sind demnach häufiger als Frauen nikotinabhängig (15,2% vs. 9,4%, $p < .01$). Der Anteil der nikotinabhängigen Personen in der Gesamtbevölkerung steigt von 12,1% bei den 15- bis 17-Jährigen auf 14,8% bei den 18- bis 24-Jährigen und geht in den darüber liegenden Altersgruppen zurück auf Werte zwischen 11,2% und 12,9%. Innerhalb der Konsumentengruppe ergaben sich Hinweise auf eine U-förmige Verteilung mit Maximalwerten in der jüngsten Altersgruppe (50,8%) und der höchsten Altersgruppe (43,0%).

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
Gesamtstichprobe	1137	478	659	101	233	165	206	207	225
FTND (≥ 4)	12,4 (131)	15,2	9,4	12,1	14,8	11,5	12,3	12,9	11,2
Raucher	356	157	199	22	68	67	68	76	55
FTND (≥ 4)	37,2 (127)	42,8	30,6	50,8	41,8	28,5	35,0	36,1	43,0

Legt man für die Diagnose einer Nikotinabhängigkeit die Kriterien des DSM-IV zugrunde (Tabelle 5-4), wurden im Vergleich zur Klassifikation nach FTND sowohl in der Gesamtstichprobe (7,7%) als auch unter den Rauchern weitaus geringere Prävalenzen einer Abhängigkeit nachgewiesen (21,4%). Die Abweichungen zwischen DSM-IV und dem FTND betreffen vor allem die Altersgruppen über 30 Jahre. Ähnlich wie beim Fagerström-Test ist auch beim DSM-IV ein altersabhängiger Rückgang der Nikotinabhängigen in der Gesamtstichprobe zu erkennen. Bezogen auf die 15- bis 64-jährige Wohnbevölkerung wurden 184.000 Personen (95%-KI: 148.000-228.000) als nikotinabhängig nach DSM-IV klassifiziert (12-Monats-Prävalenz). Unter Anwendung des Screeninginstruments FTND ist sogar von 296.000 tabakabhängigen Personen (95%-KI: 247.000-353.000) auszugehen.

Tabelle 5-4: Anteil der Personen mit einem positiven Befund für Tabakabhängigkeit nach 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
Gesamtstichprobe	1152	482	670	102	236	168	209	209	228
Tabakabhängigkeit	7,7 (101)	8,3	7,0	12,4	11,4	12,6	7,7	5,1	6,2
Raucher	371	157	214	22	72	70	72	76	59
Tabakabhängigkeit	21,4 (95)	21,7	21,1	57,8	31,2	28,8	17,8	12,0	24,3

Änderungsbereitschaft

Die Hälfte der täglichen Raucher (50,2%) hatte nicht vor, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören (Tabelle 5-5). Die Gruppe ist nach dem Modell von Prochaska und

DiClemente (1992) dem Stadium der Absichtslosigkeit zuzuordnen. Im Stadium der Absichtsbildung befanden sich dagegen 45,7%. Nur 4,2% der befragten Raucher befanden sich bereits im Vorbereitungsstadium eines Aufhörversuchs und gaben an, innerhalb der nächsten 30 Tage mit dem Rauchen aufhören zu wollen. Unter den befragten Rauchern hatten Männer häufiger als Frauen geplant, mit dem Rauchen aufzuhören (50,3% vs. 40,0%). Männer planten auch etwas häufiger eine konkrete Umsetzung ihres Aufhörversuchs (4,4% vs. 3,8%).

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

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt 248	Männer 115	Frauen 133	15-17 12	18-24 41	25-29 38	30-39 47	40-49 59	50-64 51
Absichtslosigkeit	50,2 (124)	45,3	56,2	30,3	61,4	46,4	54,1	44,5	49,9
Absichtsbildung	45,7 (115)	50,3	40,0	69,7	33,5	53,6	42,6	49,9	45,3
Vorbereitung	4,2 (9)	4,4	3,8	0,0	5,1	0,0	3,3	5,6	4,8

Passivrauchen

17% der Erwerbstätigen und Auszubildenden waren an ihrem Arbeitsplatz täglich Passivrauchen ausgesetzt, weitere 13,5% zwischen ein- bis dreimal pro Woche (Tabelle 5-6). 8,0% waren zu Hause täglich Passivrauchen ausgesetzt. Knapp ein Drittel der Befragten berichteten von einer ein- bis mehrmaligen wöchentlichen Exposition (30,8%) in der Freizeit. 42,4% der Befragten fühlten sich durch das Rauchen anderer Personen stark beeinträchtigt, wobei dies erwartungsgemäß häufiger bei Nichtraucher (69,2%) und Exrauchern (45,6%) als bei aktiven Rauchern (9,2%) der Fall war. Mehr als die Hälfte der befragten Personen (59,3%) mieden Orte an denen viel geraucht wurde, wie z.B. Kneipen, Bars, Diskos oder Raucherabteile im Zug. Dies wurde von 74,6% der Nichtraucher und von 69,7% der Exraucher berichtet, aber auch von jedem dritten Raucher (33,6%). Frauen gaben häufiger an, sich durch Passivrauchen stark beeinträchtigt zu fühlen als Männer (44,4% vs. 40,5%) und mieden häufiger Orte, an denen viel geraucht wurde (63,2% vs. 55,4%).

Tabelle 5-6: Häufigkeit des Passivrauchens, Beeinträchtigung durch Tabakrauch und Vermeidung von Passivrauchen

		Gesamt	Männer	Frauen	Nicht-raucher	Exraucher	Raucher
Zu Hause	(fast) täglich	8,0	7,0	8,9	8,8	6,7	
	1-3x pro Woche	5,3	6,5	4,2	5,3	5,2	
Am Arbeitsplatz ¹⁾	(fast) täglich	17,0	21,0	12,9	13,1	22,9	
	1-3x pro Woche	13,5	15,1	11,9	14,0	12,8	
In der Freizeit	(fast) täglich	2,2	3,6	0,7	1,6	3,0	
	1-3x pro Woche	30,8	35,7	26,0	31,0	30,4	
Raucher stören	stark ²⁾	42,4	40,5	44,4	69,2	45,6	9,2
	weniger stark ³⁾	33,9	31,8	36,1	23,1	42,2	40,3
	gar nicht	23,7	27,8	19,5	7,7	12,2	50,4
Meidung von Orten, an denen viel geraucht wird		59,3	55,4	63,2	74,6	69,7	33,6

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 1990 zeigen sich signifikante Rückgänge in der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens in allen Altersgruppen. Auch die nach Geschlecht stratifizierte Betrachtung weist auf einen deutlichen Rückgang der Konsumprävalenz über den betrachteten Zeitraum hin (Tabelle 5-7). In der Altersgruppe der 15- bis 39-Jährigen kam es gegenüber dem Jahr 1990 insgesamt zu einer Abnahme der 30-Tage-Prävalenz von 50,9% auf 37,1%.

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

	Alter	Erhebungsjahr			
		1990	1995	2000	2006
Gesamt		781¹⁾	792 (1060)	784 (1148)	724 (1100)
	15-59	--	45,2*	38,2	35,8
	15-39	50,9*	45,8*	41,8*	37,1
	15-17	32,8*	38,2*	33,0*	24,5
	18-24	47,5*	46,4*	40,9*	37,5
	25-39	54,1*	46,8	43,1	37,5
	40-59	--	44,7	33,4	34,4
Männer		380	399 (529)	329 (496)	292 (452)
	15-59	--	53,8*	41,1	38,1
	15-39	57,5*	54,5*	43,2	40,8
Frauen		401	393 (531)	455 (652)	432 (648)
	15-59	--	36,6	35,2	33,6
	15-39	43,9*	36,9*	40,3*	33,7

1) Stichprobengrößen 15-39 Jahre, in Klammern 15-59 Jahre, ungewichtete 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≤5) wurde Fisher's exakter Test verwendet

Prävalenz starken Rauchens. Zwischen 1990 und 2006 nahm auch die Prävalenz starken Rauchens mit Ausnahme der 15- bis 17-Jährigen in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern signifikant ab (Tabelle 5-8). Betrachtet man die Altersgruppe der 15- bis 39-Jährigen so wird ersichtlich, dass sich die Prävalenz starken Rauchens bei den Männern gegenüber 1990 auf ein Viertel reduziert hat. Bei den weiblichen Befragten im Alter von 15 bis 39 Jahren hat sich die Prävalenz des starken Konsums in etwa halbiert.

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

	Alter	Erhebungsjahr			
		1990	1995	2000	2006
Gesamt		743¹⁾	792 (1058)	765 (1116)	720 (1088)
	15-59	--	19,2*	14,0*	9,5
	15-39	21,8*	20,1*	13,7*	7,2
	15-17	0,7	4,4*	4,0	1,7
	18-24	14,4*	13,3*	4,4	4,0
	25-39	26,9*	25,4*	17,6*	8,6
	40-59	--	18,3	14,3	12,0
Männer		362	399 (527)	318 (477)	289 (442)
	15-59	--	27,1*	19,1*	11,0
	15-39	29,3*	27,6*	19,7*	8,4
Frauen		381	393 (531)	447 (639)	431 (646)
	15-59	--	11,4	8,7	8,0
	15-39	13,9*	12,6	7,5	6,0

1) Stichprobengrößen 15-39 Jahre, in Klammern 15-59 Jahre, ungewichtete 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

Tabakabhängigkeit. In der Gruppe der 15- bis 59-Jährigen liegen zwischen 2000 und 2006 keine signifikanten Veränderung in der Prävalenz der Tabakabhängigkeit nach DSM-IV vor. Insgesamt ging die Prävalenz leicht zurück. Während sich dieser Trend ebenfalls bei den Männern findet, blieb der Anteil tabakabhängiger Frauen nahezu unverändert (Tabelle 5-9).

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

	Erhebungsjahr			
	2000		2006	
Gesamt	1123		1083	
	9,7	(113)	8,2	(99)
Männer	482		444	
	11,3	(56)	8,8	(42)
Frauen	641		639	
	8,0	(57)	7,5	(57)

*) $p < .05$ 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

Mehr als zwei Drittel der Befragten (69,0%) nahm in den letzten 12 Monaten mindestens eines der gelisteten Medikamente ein (Tabelle 6-1). Mit knapp 53,0% und 57,0% ist die 12-Monats-Prävalenz eines mindestens einmaligen Arzneimittelgebrauchs sowohl in der jüngsten Altersgruppe (15 bis 17 Jahre) als auch in der ältesten Altersgruppe (50 bis 64 Jahre) am niedrigsten. In allen anderen Altersgruppen liegt der entsprechende Anteil bei über 70%. Der Anteil an Frauen, die mindestens eines der gelisteten Medikamente einnahmen, ist über alle Altersgruppen höher als der Anteil der Männer.

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

Gesamt	Altersgruppen						
	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	64,6	50,4	69,1	71,6	73,6	68,4	50,0
Schlafmittel	5,9	3,9	3,8	5,4	4,2	7,1	7,3
Beruhigungsmittel	6,5	6,9	4,0	3,2	3,6	7,7	10,0
Anregungsmittel	0,7	0,0	0,5	1,5	0,7	0,5	0,8
Appetitzügler	0,5	0,0	0,0	0,4	0,0	0,9	0,7
Antidepressiva	5,3	0,9	1,2	1,7	3,2	8,5	7,5
Neuroleptika	0,6	0,0	0,7	0,0	0,5	1,0	0,5
Mindestens ein Medikament	69,0	53,0	71,4	73,8	77,6	72,5	57,0
Männer	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	57,2	27,8	65,7	62,9	68,7	64,9	38,3
Schlafmittel	5,8	2,8	1,5	1,2	5,2	9,4	6,6
Beruhigungsmittel	6,4	5,6	5,3	1,2	4,9	7,8	8,3
Anregungsmittel	1,0	0,0	0,3	1,7	1,5	1,0	0,8
Appetitzügler	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
Antidepressiva	4,3	0,0	0,0	0,0	2,6	8,5	5,3
Neuroleptika	0,9	0,0	1,3	0,0	0,0	2,0	0,9
Mindestens ein Medikament	61,6	33,3	67,7	65,8	73,6	69,2	43,9
Frauen	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	72,0	69,4	72,6	78,7	78,0	72,0	63,4
Schlafmittel	5,9	4,8	6,0	8,8	3,2	4,7	8,2
Beruhigungsmittel	6,6	8,1	2,7	4,8	2,5	7,6	12,0
Anregungsmittel	0,5	0,0	0,8	1,4	0,0	0,0	0,9
Appetitzügler	0,7	0,0	0,0	0,7	0,0	0,8	1,4
Antidepressiva	6,3	1,6	2,4	3,0	3,7	8,6	10,0
Neuroleptika	0,2	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0
Mindestens ein Medikament	76,5	69,4	75,0	80,3	81,2	75,9	72,1

Der überwiegende Teil der Arzneimittelaufnahmen geht auf den Konsum von Schmerzmitteln zurück. Diese dominieren mit einem durchschnittlichen Anteil von knapp 65% über alle anderen Arzneimittelgruppen. Frauen (72,0%) nahmen schmerzlindernde Arzneimittel sehr viel häufiger ein als Männer (57,2%). Seltener als Schmerzmittel wurden Schlaf- und Beruhigungsmittel (5,9% bzw. 6,5%) sowie Antidepressiva (5,3%) konsumiert. Bei diesen Substanzen sind auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede deutlich schwächer ausgeprägt als bei den Schmerzmitteln. Vergleichsweise hohe Prävalenzen für Schlaf- und Beruhigungsmittel zeigen sich in den Altersgruppen der über 40-Jährigen, bei den Frauen darüber hinaus in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen. Auch Antidepressiva spielen bei den über 40-jährigen Frauen und Männern mit Prävalenzen bis zu 10% eine wichtige Rolle.

30-Tage-Prävalenz der häufigen Einnahme von Medikamenten

Wie aus Tabelle 6-2 hervorgeht, liegen die Prävalenzen des häufigen Arzneimittelkonsums deutlich unter den Werten der 12-Monats-Prävalenz (Tabelle 6-1). So berichtete nur jeder sechste Befragte (17,6%) im Zeitraum der letzten 30 Tagen einmal wöchentlich eines der gelisteten Medikamente eingenommen zu haben. Dabei nahmen Frauen (18,3%) etwas häufiger als Männer (16,9%) mindestens ein Medikament einmal oder häufiger pro Woche ein. Tendenziell nimmt der Anteil regelmäßiger Medikamenteneinnahmen über die Altersgruppen zu. Während der Anteil der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahmen bei den 15- bis 17-Jährigen noch bei 9,9% liegt, hat sich deren Anteil mit 21,2% in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen mehr als verdoppelt.

Auf Ebene der Substanzgruppen dominiert auch beim häufigen Arzneimittelkonsum die Einnahme von Schmerzmitteln. So gaben 13,9% an, mindestens einmal pro Woche Arzneimittel mit schmerzstillender Wirkung einzunehmen. Eine häufige Einnahme von Antidepressiva gaben 2,9% der Gesamtstichprobe an, Schlaf- und Beruhigungsmittel wurden von 2,5% bzw. 2,3% der Befragten mindestens einmal pro Woche eingenommen. Neuroleptika (0,6%), Anregungsmittel sowie Appetitzügler (0,3%) spielen nur eine geringe Rolle. Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Bevölkerung nahmen 216.000 Frauen (KI: 180.000-257.000) und 204.000 Männer (KI: 161.000-256.000) in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung mindestens einmal pro Woche ein Präparat der gelisteten Arzneimittelgruppen ein.

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	13,9	9,8	11,5	10,6	12,9	15,0	16,1
Schlafmittel	2,5	0,0	0,7	1,4	2,1	3,0	3,7
Beruhigungsmittel	2,3	0,8	1,5	0,4	1,1	2,1	4,4
Anregungsmittel	0,3	0,0	0,4	1,1	0,0	0,5	0,0
Appetitzügler	0,3	0,0	0,0	0,4	0,0	0,5	0,3
Antidepressiva	2,9	0,0	1,2	0,8	3,1	3,8	3,5
Neuroleptika	0,6	0,0	0,7	0,0	0,5	1,0	0,5
Mindestens ein Medikament	17,6	9,9	14,2	12,6	15,3	19,9	21,2
Männer	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	13,7	5,0	13,2	5,4	17,3	16,2	12,2
Schlafmittel	2,8	0,0	0,0	1,2	1,4	5,1	3,8
Beruhigungsmittel	2,2	0,0	1,7	0,0	1,4	2,9	3,1
Anregungsmittel	0,4	0,0	0,0	1,7	0,0	1,0	0,0
Appetitzügler	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
Antidepressiva	2,7	0,0	0,0	0,0	2,5	5,3	2,9
Neuroleptika	0,9	0,0	1,3	0,0	0,0	2,0	0,9
Mindestens ein Medikament	16,9	5,1	16,2	8,2	17,3	23,2	14,9
Frauen	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	14,0	14,1	9,8	14,7	8,9	13,8	20,8
Schlafmittel	2,1	0,0	1,3	1,6	2,7	0,8	3,6
Beruhigungsmittel	2,3	1,6	1,3	0,7	0,8	1,3	5,9
Anregungsmittel	0,2	0,0	0,8	0,7	0,0	0,0	0,0
Appetitzügler	0,3	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,7
Antidepressiva	3,0	0,0	2,4	1,4	3,7	2,3	4,2
Neuroleptika	0,2	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0
Mindestens ein Medikament	18,3	14,1	12,2	16,1	13,5	16,6	28,4

Problematische Einnahme von Medikamenten

Nach dem Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) weisen 5,6% der Befragten einen problematischen Medikamentengebrauch auf (Tabelle 6-3). Dabei treten problematische Konsummuster häufiger bei Frauen (6,3%) als bei Männern (5,0%) auf. In der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen ist die Prävalenz problematischer Medikamenteneinnahme mit 7,9% am höchsten und auch in der darüber liegenden Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen zeigt sich mit 7,4% ein vergleichsweise hoher Wert. In allen anderen Altersgruppen erfüllen weniger als 5% der Befragten die Kriterien eines problematischen Arzneimittelkonsums.

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
	1117	463	654	98	233	165	205	201	215
KFM (≥ 4)	5,6 (58)	5,0	6,3	4,7	2,1	4,8	3,6	7,9	7,4

Bezüglich der Items des KFM wurde mit 29,6% positiven Antworten am häufigsten der Aussage des zeitweiligen Rückzugs zugestimmt („Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen“). Mehr als jeder Zehnte (10,4%) hat sich bereits einen Medikamentenvorrat angelegt. Bestimmte Situationen nicht ohne Medikamente bewältigen zu können, glaubten immerhin 9,1%. Etwa 5,5% fühlten sich mit Medikamenten leistungsfähiger und 4,6% fühlten sich ohne Medikamente nicht wohl. 4,7% konnten ohne Medikamente schlechter einschlafen und 9,9% nahmen Präparate aufgrund der analgetischen Wirkungen ein. Andere Items (z.B. Toleranzsteigerung, Einschätzung des sozialen Umfelds) wurden deutlich seltener genannt. Frauen stimmten einigen Aussagen des KFM häufiger zu als Männer (z.B. sozialer Rückzugswunsch; Alltagsbewältigung; Einnahme aufgrund von Schmerzen). Für Einschlafprobleme und einem mangelndem Wohlbefinden ohne Medikamente ergab sich ein höherer Anteil positiver Antworten bei den männlichen Befragten. Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Wohnbevölkerung erfüllten 134.000 Personen (101.000-178.000) 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	4,7	5,6	3,9	0,0	1,2	2,6	2,5	7,1	7,4
Tablettenvorrat	10,4	10,1	10,6	2,6	10,8	12,9	7,7	12,7	9,8
Sozialer Rückzugswunsch	29,6	26,7	32,5	19,0	25,2	37,2	27,2	33,2	27,9
Ohne Medikamente können best. Situationen nicht bewältigt werden	9,1	8,0	10,2	8,8	4,4	8,1	6,8	12,4	10,8
Andere glauben, dass Person Probleme mit Medikamenten hat	1,0	1,1	0,8	2,1	1,3	1,6	0,0	1,2	1,1
Toleranzsteigerung	2,7	2,8	2,7	3,9	2,1	1,5	1,4	3,6	3,8
Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen	9,9	7,5	12,3	10,5	7,0	8,6	10,0	11,4	10,3
Geringere Nahrungsmittelaufnahme in Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme	2,6	2,6	2,6	8,6	4,0	2,5	0,3	3,1	3,2
Gefühl des Unwohlseins ohne Medikamente	4,6	5,3	3,9	2,1	2,0	2,0	1,9	6,2	7,8
Selbst über Einnahmemenge erstaunt	1,9	1,5	2,3	3,9	1,0	2,3	1,2	1,7	3,0
Mit Medikamenten leistungsfähiger	5,5	5,4	5,6	4,4	3,0	4,4	3,7	6,8	7,5

Medikamentenorientierte Einstellung

Der überwiegende Teil der Befragten (83,3%) versuchte grundsätzlich, die Einnahme von Medikamenten zu vermeiden (Tabelle 6-5). Diese Einstellung ist bei Frauen mit 84,9% etwas häufiger als bei Männern (81,4%) anzutreffen. Knapp 10% der Befragten gaben an, den Tag nicht ohne Medikamente durchstehen zu können (Männer: 8,4%; Frauen: 11,2%), 8,6% wollten in schwierigen Situationen nicht auf die Einnahme von Beruhigungsmitteln verzichten (Männer: 10,1%; Frauen: 7,4%) und 8,3% fühlten sich ohne Medikamente nicht als vollwertiger Mensch (Männer: 9,1%; Frauen: 7,6%). Dabei stimmten die über 25- bzw. über 30-Jährigen diesen Aussagen deutlich häufiger zu als die jüngeren Befragten.

Knapp drei Viertel der Befragten (73,4%) gaben an, bei Schmerzen solange wie möglich auf die Einnahme von Medikamenten zu verzichten (Tabelle 6-5). Frauen stimmten dieser Aussage mit 75,7% wiederum etwas häufiger zu als Männer (70,4%). Trotzdem greift jeder vierte Befragte (27,6%) bei Kopfschmerzen sofort zu Schmerzmitteln (Männer: 22,8%; Frauen: 31,5%). Jeder Zehnte (Männer: 12,9%; Frauen: 8,8%) nahm Medikamente prophylaktisch vor dem Einsetzen der Schmerzen ein und jeder Dreizehnte (Männer: 6,3%; Frauen: 8,7%) konsumierte nach eigener Einschätzung manchmal zu hohe Schmerzmitteldosen. Knapp 5% (Männer: 5,8%; Frauen: 4,1%) nahmen Schmerzmittel zur Anregung und Leistungssteigerung und damit außerhalb des vorgesehenen Indikationsbereichs ein.

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
Lebensbewältigung									
Versuche grundsätzlich ohne Medikamente auszukommen	83,3	81,4	84,9	85,5	86,7	88,7	81,9	82,9	80,6
Ohne Medikamente ein halber Mensch	8,3	9,1	7,6	5,2	1,1	0,5	7,0	10,5	15,3
Weiß nicht, wie Tag ohne Medikamente durchstehen	9,9	8,4	11,1	6,1	5,7	8,3	11,1	8,4	13,5
In manchen Situationen nicht auf Beruhigungsmittel verzichten können	8,6	10,1	7,4	4,5	0,9	6,0	8,0	9,0	14,7
Instant Relief									
Versuche bei Schmerzen möglichst lange ohne Medikamente auszukommen	73,4	70,4	75,7	76,6	73,5	78,4	69,8	76,7	70,9
Nehme bei Kopfschmerzen sofort Schmerzmittel	27,6	22,8	31,5	31,2	23,1	24,0	34,7	32,7	18,5
Nehme eher zuviel Schmerzmittel	7,7	6,3	8,7	6,0	6,4	12,5	8,1	8,0	5,2
Unverständlich, dass jemand bei Kopfschmerzen keine Medikamente nimmt	20,4	17,7	22,6	9,2	17,2	15,7	17,1	25,7	23,0
Nehme ein Medikament schon, bevor Schmerzen einsetzen	10,6	12,9	8,8	6,0	8,6	5,7	10,3	15,2	10,0
Nehme Schmerzmittel wegen anregender Wirkung	4,9	5,8	4,1	1,5	3,6	0,5	3,9	5,6	8,2

Trends

30-Tage-Prävalenz der häufigen Medikamenteneinnahme. Ein Vergleich der Angaben zur häufigen Medikamenteneinnahme in den letzten 30 Tagen zeigte seit Mitte der 90er Jahre eine Zunahme beim Gebrauch von Schmerzmitteln. Bei Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln und Appetitzüglern hingegen nahm der Konsum ab. Da zur Einnahme von Antidepressiva und Neuroleptika in den letzten 30 Tagen keine Vergleichswerte für das Jahr 1995 vorlagen, wurden nur die Ergebnisse der Erhebungen von 2000 und 2006 angeführt. Bei den beiden letztgenannten Substanzen fanden sich seit 2000 keine bedeutsamen Veränderungen im Gebrauch. Während die beobachteten Trends der rückläufigen Einnahme von Schlafmitteln insbesondere auf Veränderungen des Einnahmeverhaltens von Frauen zurückzuführen ist, kam es bei Männern bei Schmerzmitteln zu einer Zunahme und bei Schlafmitteln zu einem Rückgang (Tabelle 6-6).

Tabelle 6-6: Trends der 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme 15- bis 59-Jähriger, 1995-2006

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

*) $p < .05$ 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 15- bis 59-jährige Gesamtstichprobe sowie die Teilstichprobe der Frauen der einen signifikanten Anstieg der problematischen Medikamenteneinnahme zwischen 2000 und 2006 (Tabelle 6-7).

Tabelle 6-7: Trends des problematischen Medikamentenkonsums (Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch) bei 15- bis 59-Jährigen, 2000-2006

	Erhebungsjahr	
	2000	2006
Gesamt	1133	1054
	3,5* (31)	5,6 (54)
Männer	487	426
	2,9 (12)	5,2 (17)
Frauen	646	628
	4,0* (19)	5,9 (37)

*) $p < .05$ 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, 2008). Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den ESA-Daten in Berlin wider. Wie sich zeigt, hat in Berlin in der Altersgruppe der Jugendlichen (15-17 Jahre) die Lebenszeiterfahrung nach einer konstanten Zunahme bis 2000 nicht weiter zugenommen. Auch sind die Prävalenzwerte des Konsums irgendeiner illegalen Droge bezogen auf die letzten 12 Monate sowie auf die letzten 30 Tage nach einem Maximum in 2000 im weiteren Verlauf zurückgegangen. Vergleichbare Entwicklungen zeigen sich auch in der Altersgruppe der 15- bis 39-Jährigen. Da die Prävalenzwerte des Konsums anderer illegaler Drogen als Cannabis zwischen 1995 und 2006 kaum Veränderungen aufweisen und nahezu jeder Drogenerfahrene Erfahrung mit Cannabis hat, ist dieser Trend weitgehend auf die Entwicklung des Cannabiskonsums zurückzuführen. Die in Berlin beobachtete Entwicklung des rückläufigen Cannabiskonsums bei jungen Erwachsenen bestätigt die jüngsten Ergebnisse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die sowohl bei den Jugendlichen (14 bis 17 Jahre) als auch bei den jungen Erwachsenen (18 bis 19 Jahre) eine Abnahme des Cannabiskonsums feststellten, nachdem die Prävalenzwerte 2004 ein Maximum erreicht hatten (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2007a).

Die im Vergleich zu den gesamtdeutschen Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen deutlich höheren Werte in Berlin weisen auf eine besondere Konsumbelastung in deutschen Großstädten hin. 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). Die deutlich höheren Erfahrungswerte für Amphetamine, Ecstasy, LSD und Kokain/Crack, die in der Berliner Studie um das zwei- bis dreifache höher ausfallen als im Bundesdurchschnitt, verdeutlichen zudem, dass der Konsum illegaler Drogen außer Cannabis in dieser Region eine besondere drogenpolitische Herausforderung darstellt.

Insgesamt gab gut jeder Dritte der aktuellen 15- bis 64-jährigen Cannabiskonsumenten in den letzten 30 Tagen einen Konsum von sechsmal oder häufiger an. Knapp jeder zehnte Konsument der letzten 12 Monate nahm Cannabis in diesem Zeitraum täglich oder fast täglich (200mal oder öfter). Regionale Jugend- und Schülerstudien berichten bei einem Drittel der Konsumenten über einen häufigen Konsum (Hurrelmann, Klocke, Melzer & Ravens-Sieberer, 2003; Kraus, Heppekausen, Barrera & Orth, 2004; Perkonigg, Lieb & Wittchen, 1998). Der Cannabiskonsum ist in Berlin demnach nicht nur weiter verbreitet, sondern es wird auch regelmäßiger Cannabis konsumiert als in anderen Regionen Deutschlands. Weiterhin ist eine multiple Drogenerfahrung weit verbreitet. In der Berlin-Stichprobe hat von den 15- bis 39-Jährigen jeder zweite Drogenerfahrene zwei oder mehr illegale Drogen

wenigstens einmal probiert, jeder fünfte drei oder mehr. Von denen, die Drogen im Jahr vor der Erhebung konsumiert haben, berichtete jeder Dritte von der Einnahme von zwei oder mehr und etwa jeder Siebte von drei oder mehr Substanzen. Die Jugendlichen, die Cannabis probiert haben, machten im Vergleich zu früheren Geburtsjahrgängen bereits in einem sehr jungen Alter zum ersten Mal Erfahrung mit dieser Substanz. Trotz rückläufiger Prävalenz des Cannabiskonsums insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen hatte von den 18- bis 24-Jährigen in dieser Gruppe bereits etwa jeder Zehnte bis zum Alter von 15 Jahren Erfahrung mit dieser Substanz.

Cannabisabhängigkeit wurde in der vorliegenden Studie sowohl mit einem Screeninginstrument (Severity of Dependence Skala, Gossop et al., 1995) als auch mit den diagnostischen Kriterien DSM-IV der American Psychiatric Association (1994) erfasst. Unter Verwendung eines Schwellenwertes von zwei oder mehr Punkten in der Severity of Dependence Skala (SDS) (Steiner, Baumeister & Kraus, 2008) wurden in Berlin 3,2% der 15- bis 64-Jährigen als cannabisabhängig eingestuft. Nach den DSM-IV Kriterien wurde Cannabismissbrauch bei 1,4% und Cannabisabhängigkeit bei 0,5% der Gesamtstichprobe festgestellt. Im Vergleich zu Gesamtdeutschland (SDS: 1,4%; DSM-IV Missbrauch: 0,7%, DSM-IV Abhängigkeit: 0,4%) sind die Prävalenzwerte einer Cannabisabhängigkeit in Berlin nach SDS etwas erhöht, nach DSM-IV jedoch nahezu gleich.

Trotz methodischer Einschränkungen durch den Anteil der Personen, die den Fragebogen nicht beantworten, und durch Tendenzen der Befragten, sozial erwünscht zu antworten, liefert die wiederholte Querschnittsbefragung des Epidemiologischen Suchtsurveys wertvolle Erkenntnisse über Verbreitung und Konsummuster des Drogenkonsums. Auch wenn die festgestellten Prävalenzen der verschiedenen Querschnitte mögliche Unterschätzungen darstellen, sind Aussagen über Trends als valide anzusehen, da davon auszugehen ist, dass ein Großteil der systematischen Einflüsse auf das Antwortverhalten der Befragten gleich bleibt. Die vorliegenden Daten weisen insgesamt darauf hin, dass die über fast zwei Jahrzehnte zunehmende Beliebtheit von Cannabis unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowohl in Berlin als auch in Deutschland zumindest zum Stillstand gekommen ist (Kraus, Pfeiffer-Gerschel & Pabst, 2008; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2007a). Vor dem Hintergrund eines frühen Einstiegs in den Cannabiskonsum sind die Erkenntnisse aus Einzelstudien zu den langfristigen Folgen eines frühen Einstiegs (Schneider, 2004; Solowij & Grenyer, 2002), der zunehmenden Behandlungsnachfrage (Simon & Kraus, 2007) oder der erheblichen Gefährdung durch Cannabis im Straßenverkehr (Kauert & Iwersen-Bergmann, 2004) jedoch nach wie vor besorgniserregend.

Alkohol

Die Ergebnisse des ESA 2006 in Berlin zeigen eine nach wie vor hohe Verbreitung des Alkoholkonsums; nur 3,5% waren lebenslang abstinent und nur 7,6% hatten zwar Alkoholfahrung, 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). Über diesem Schwellenwert lagen in der Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen 17,7% der Männer und bei den Frauen 10,4%. Zehn Jahre zuvor waren es 34,1% der Männer und 12,9% der Frauen, so dass sich insgesamt in dieser Altersgruppe Erwachsener der Anteil über diesem Schwellenwert zwischen 1995 und 2006 von 23,4% auf 14,0% reduziert hat. Mit 35,3% berichteten Männer in dieser Altersgruppe in den letzten 30 Tagen häufiger über mindestens einen Anlass des Rauschtrinkens als Frauen (17,3%). Bei den Männern dieser Altersgruppe hat sich seit 1995 der Anteil derjenigen mit mindestens einem Anlass des Rauschtrinkens pro Monat um etwa 26 Prozentpunkte reduziert (1995: 61,3%, 2006: 35,3%). Bei den Frauen zeigten sich im selben Zeitraum keine signifikanten Veränderungen im Rauschtrinken. Auch bei den jungen Erwachsenen (18 bis 24 Jahre) kam es in den letzten zehn Jahren zu einem deutlichen Rückgang des Rauschtrinkens. Damit ist in Berlin ein im Vergleich zu Gesamtdeutschland gegenläufiger Trend beim Rauschtrinken junger Erwachsenen zu verzeichnen. Der Anteil derjenigen jungen Erwachsenen mit mindestens einem Anlass des Rauschtrinkens pro Monat stieg in Gesamtdeutschland zwischen 1995 und 2006 von 33,0% auf 45,4% (Pabst & Kraus, 2008). Der Anteil der aktueller Rauschtrinker bei den 15- bis 17-Jährigen in Berlin ist im Gegensatz dazu in den letzten zehn Jahren von 17,1% auf 35,8% gestiegen, was gut mit den Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007b) übereinstimmt, welche sowohl eine Zunahme des Alkoholkonsums als auch eine Zunahme des Rauschtrinkens in dieser Altersgruppe verzeichnen.

Im Vergleich zu 2000 nahmen bei den 15- bis 59-jährigen Erwachsenen die Anteile der Bier-, Wein-/Sekt- und Spirituosenkonsumenten ab (Konsumenten der letzten 30 Tage) und bewegten sich auf dem Niveau von 1995. Auch die konsumierten Mengen alkoholischer Getränke sanken mit Ausnahme von Wein/Sekt im Zeitraum der letzten zehn Jahre. Die Trends des getränkespezifischen Alkoholkonsums in Berlin entsprechen dem in Gesamtdeutschland (Pabst & Kraus, 2008) und bestätigen die Ergebnisse anderer Studien (Nationaler Gesundheitssurvey 1991/92; Bundes-Gesundheitssurvey 1998), die zwischen 1991/92 und 1998 einen signifikanten Rückgang der getränkespezifischen Prävalenzen beobachteten (Bloomfield, Grittner & Kramer, 2005). Zudem weisen auch die Statistiken der Alkoholwirtschaft gegenüber 1995 einen Rückgang im Pro-Kopf-Verbrauch aller Getränke um 10% auf 10,0 Liter im Jahr 2005 auf. Am stärksten sank der Verbrauch von Bier (-15%) und Spirituosen (-12%). Der Verbrauch von Wein und Sekt erhöhte sich um 6% (Meyer & John, 2007).

Obwohl die Jugendlichen im Durchschnitt seltener mehr als 20/30g pro Tag tranken als die über 40-Jährigen, weisen sie ein Trinkmuster auf, das charakterisiert ist durch ein eher seltenes Trinken, bei dem aber hohe Mengen pro Trinkgelegenheit konsumiert werden. Wie

Bondy (1996) zeigen konnte, ist gerade dieses Trinkverhalten mit einem hohen Risiko für negative Konsequenzen wie beispielsweise akute alkoholbezogene Unfälle oder 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 für Berlin zeigen, dass die Häufigkeit des Rauschtrinkens in den vergangenen zehn Jahren bei den über 25-Jährigen zwar klar abgenommen, bei Jugendlichen zwischen 15 und 17 Jahren allerdings deutlich zugenommen hat. In Verbindung mit dem zu beobachtenden Trend zunehmenden Alkoholkonsums und insbesondere der Zunahme des Rauschtrinkens bei Jugendlichen dürfte das Risiko für negative alkoholbezogene Probleme in dieser Altersgruppe eher zu- als abnehmen.

Nach den Kriterien des DSM-IV wurde in Berlin bei 5,1% der Befragten 15- bis 64-Jährigen ein Alkoholmissbrauch und bei 2,7% eine Alkoholabhängigkeit festgestellt. Männer hatten im Vergleich zu Frauen eine 2,1-fach höhere Prävalenz des Alkoholmissbrauchs und eine 1,6-fach höhere Prävalenz der Alkoholabhängigkeit. Klare Unterschiede ließen sich für beide Diagnosen hinsichtlich des Alters feststellen. Bei beiden Geschlechtern nehmen die Prävalenzen in höheren Altersgruppen ab. Eine Untersuchung von Holly und Wittchen (1998) fand ähnlich hohe Prävalenzraten für Abhängigkeit und Missbrauch bei Jugendlichen. Diese unplausible Verteilung erklärt sich möglicherweise damit, dass jüngere Befragte die DSM-IV-Kriterien anders interpretieren als Ältere. Da sie in der Regel noch nicht an Alkoholkonsum gewöhnt sind, könnten Jugendliche beispielsweise die Folgen einer akuten Intoxikation mit der Symptomatik eines Alkoholentzugs verwechseln (Caetano & Babor, 2006). Demnach wären jüngere und ältere Erwachsene hinsichtlich der Kriterien des DSM-IV nicht unmittelbar miteinander vergleichbar. Als zusätzliches Kriterium wäre zumindest der Schweregrad einer Abhängigkeit bei Jugendlichen und bei Erwachsenen gegenüberzustellen. Verglichen mit den gesamtdeutschen Ergebnissen weist die Prävalenz des Alkoholmissbrauchs in Berlin einen höheren Wert auf (Pabst & Kraus, 2008), was insbesondere auf die höhere Prävalenz des Missbrauchs bei Berliner Männern zurückgeführt werden kann.

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

Tabak

Die Prävalenz des Rauchens wurde bei den 15- bis 17-Jährigen auf 24,5% und bei 18- bis 24-Jährigen auf 37,5% geschätzt. Seit 1990 ist die Prävalenz in diesen Altersgruppen um

rund 10 Prozentpunkte gesunken. 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 der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen der Anteil starker Raucher und starker Raucherinnen von 14,4% auf 4,0% zurück. Auch ist der Anteil starker Raucher in der Gruppe der 15- bis 17-Jährigen nach einem Anstieg in den 1980er Jahren zwischen 2000 und 2006 wieder deutlich gefallen. Diese Trends finden sich auch in den Ergebnissen für Gesamtdeutschland (Baumeister, Kraus, Stonner & Metz, 2008) sowie in den Langzeitbeobachtungen der BZgA (2007c). Die Daten der BZgA aus fünf Querschnitterhebungen zwischen 2001 und 2007 zeigen eine deutliche Reduktion des Anteils rauchender 12- bis 17-Jähriger von 28% in 2001 auf 18% in 2007, ein Trend, den die Autoren auf verstärkte Präventionsanstrengungen und die in den letzten Jahren mehrfach erhöhte Tabaksteuer zurückführen.

Die Daten der aktuellen Health Behaviour in School-aged Children Studie in Nordrhein-Westfalen weisen ebenfalls auf einen drastischen Abfall der Raucherprävalenzen der 11- bis 15-Jährigen zwischen 2002 und 2006 hin (Settertobulte & Richter, 2007). Bei den 15-jährigen Jungen ist die Prävalenz von 32% im Jahr 2002 auf 17% im Jahr 2006 gefallen und bei den Mädchen von 32% auf 22%. In der vorliegenden Studie nahm die Prävalenz des Rauchens bei den 15- bis 17-Jährigen von 32,8% (2000) auf 24,5% (2006) ab. 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 ESA bei den 18- bis 24-Jährigen nach einer Abnahme der Raucher-Prävalenzen zwischen 1980 und 1990 auf keine wesentlichen Änderungen in den letzten sieben Jahren hin. Im Vergleich zu den Prävalenzwerten von 1990 ist 2007 ist nur der Raucheranteil der Frauen unter diesen Wert gefallen. Deutliche Veränderungen zeigen sich im ESA 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., 2008).

Der beobachtete langfristige Trend bei Erwachsenen 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.

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 jungen Erwachsenen hatte in dieser Gruppe bereits etwa jede Zweite bis zum Alter von 16 Jahren Erfahrung mit Tabak. Im Vergleich zu den älteren Geburtskohorten waren die Anteile täglicher Raucher unter den jungen Erwachsenen auf jeder Altersstufe ebenfalls höher. Die nur geringen Unterschiede zu den Anteilen der Erstkonsumenten sprechen dafür, dass der

Übergang vom Probierverhalten zum täglichen Konsum mit einer nur geringen zeitlichen Verzögerung stattfindet.

Mit dem Fagerström-Test (FTND) wurden mit 12,4% mehr 15- bis 64-Jährige als tabakabhängig eingestuft als mit den Kriterien des DSM-IV (7,7%). Dies dürfte damit zusammenhängen, dass mit dem Screening nach Fagerström mehr Ältere positiv getestet wurden als mit dem DSM-IV. Trendvergleiche der Tabakabhängigkeit nach Fagerström lassen zwischen 2000 und 2006 keine Unterschiede erkennen. Prävalenzen und Trends der Tabakabhängigkeit stimmen recht gut mit den Ergebnissen für Gesamtdeutschland überein und bestätigen die insgesamt unveränderte Situation des Tabakkonsums in Deutschland, die eine Reduktion des Tabakkonsums bei Jugendlichen und bei Männern mittleren Alters sowie starken Rauchern erkennen lässt (Helmert & Buitkamp, 2004).

Nach dem Stufenmodell von Prochaska und DiClemente (1992) befanden sich die Hälfte (50,2%) der täglichen Raucher mit Aufhörversuchen im Stadium der Absichtslosigkeit, weitere 45,7% überlegten ernsthaft, in den nächsten sechs Monaten aufzuhören oder befanden sich in der Stufe der Vorbereitung (4,2%). 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 Achte 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 primär- und sekundärpräventive 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 Arbeits-

stättenverordnung zum Nichtraucherschutz zu. Zu begrüßen sind die jüngst in Berlin eingeführten Regelungen zum Nichtraucherschutz in Restaurants, Gaststätten und Bars.

Medikamente

Die Erfassung der Einnahme von Medikamenten in schriftlichen Befragungen stößt auf erheblich mehr Schwierigkeiten als die Erfassung des Gebrauchs von illegalen Drogen, Alkohol oder Tabak. Aufgrund der Vielzahl der Präparate, die sich im Handel befinden, werden nur die übergeordneten Arzneimittelgruppen erfasst. Die vom Befragten geforderte Zuordnung der Präparate zu den vorgegebenen Medikamentenklassen wird durch die Vorgabe einer Liste mit den gebräuchlichsten Handelsnamen unterstützt. Verzichtet wurde auf eine detaillierte Erfassung der Einnahmemuster wie Selbstmedikation, Tagesdosen, Dauer der Einnahme oder Bezugsquelle, da dies mit einem deutlich höheren Aufwand verbunden ist, als in einer postalischen 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.

Etwas weniger als 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 Befragte (17,6%) gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Medikamente aus diesen Gruppen mindestens einmal pro Woche genommen zu haben. Allgemein berichteten Frauen und ältere Personen einen höheren Medikamentengebrauch als Männer bzw. jüngere Erwachsene. Dieser Trend ist bereits mehrfach dokumentiert worden (Fichter, 1990; Knopf & Melchert, 1999; Weyerer & Dilling, 1991). Zwischen 1995 und 2006 stieg die 30-Tage-Prävalenz mit mindestens einmaliger wöchentlicher Einnahme von Schmerzmitteln von 5,7% auf 14,1%. Bei den übrigen Medikamentenklassen nahmen die 30-Tage-Prävalenzen im betrachteten Zeitraum ab. Bei Männern kam es seit 1995 zu einer Zunahme von Schmerzmitteln und einer Reduktion bei der Einnahme von Beruhigungsmitteln. Bei den Frauen ist ebenfalls eine Abnahme bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln und eine Zunahme der Schmerzmittel zu verzeichnen. Trotz des Rückgangs im Gebrauch aller Medikamentenklassen außer Schmerzmittel zeigt der problematische Medikamentengebrauch gemessen mit dem Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) zwischen 2000 und 2006 eine Zunahme in der Gesamtstichprobe und bei den Frauen. Die in Berlin ermittelten Prävalenzwerte und Trends unterscheiden sich kaum von den gesamtdeutschen Werten (Rösner et al., 2008).

Die mit Abstand am häufigsten eingenommenen Medikamente sind Schmerzmittel. Im Zusammenhang mit einer missbräuchlichen Verwendung von Schmerzmitteln wurde insbesondere auf koffein- und codeinhaltige Substanzen hingewiesen (Abbott & Fraser, 1998; Glaeske, 2003; Kuhs, 1994). Zudem kann langfristiger Schmerzmittelgebrauch neben den

bekannten Nebenwirkungen zu Dauerschmerzen führen, den die Betroffenen mit der Einnahme weiterer Schmerzmittel zu lindern versuchen (Melchinger, Schnabel & Wynn, 1992). Hoch erscheint in diesem Zusammenhang der Anteil von über 10% der befragten Personen, die bereits vor Einsetzen der Schmerzen zu Schmerzmitteln greifen. Berücksichtigt man, dass im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 jede dritte Frau und jeder fünfte Mann in den letzten sieben Tagen vor der Erhebung an Kopfschmerzen litt und jeder zweite Kopfschmerzpatient nie einen Arzt wegen seiner Kopfschmerzen aufsucht (Diemer & Burchert, 2003), so steht ein großer Teil der Bevölkerung unter dem Risiko, durch inadäquate Selbstmedikation einen medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerz mit behandlungsintensiven Folgeerkrankungen zu entwickeln.

Aus den Einstellungen zur Medikamenteneinnahme wurde deutlich, dass die Mehrheit grundsätzlich versucht, ohne Medikamente auszukommen und im Fall von Schmerzen so lange wie möglich auf Schmerzmittel zu verzichten. Wie sich zeigt, besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen medikamentenorientierten Einstellungen und einem problematischen Einnahmeverhalten (KFM). Personen mit nur einer positiven Nennung in den sechs Items zur Lebensbewältigung hatten im Vergleich zu denjenigen ohne Nennungen ein deutlich höheres Risiko für einen positiven Wert im KFM (Augustin, Semmler, Rösner & Kraus, 2005). Vor dem Hintergrund neuer Versorgungs- und Beschaffungsmöglichkeiten wie z.B. dem Internet, welche die Verschreibungspflicht in manchen Fällen umgehen, sind insbesondere Personen, die Medikamente zur Lebensbewältigung einsetzen, als besonders gefährdet anzusehen.

Vergleicht man die Ergebnisse der Berlin-Studie mit den Prävalenzen auf Bundesebene, so ergeben sich vergleichbare Konsummuster, die lediglich in Einzelfällen Abweichungen in den geschlechtsspezifischen Mustern des Arzneimittelkonsums aufweisen. Insgesamt spricht insbesondere die vermehrte Einnahme Schmerzmitteln für gezielte Aufklärungsmaßnahmen.

8 Literatur

- Abbott, F. V. & Fraser, M. I. (1998). Use and abuse of over-the-counter analgesic agents. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 23, 13-34.
- American Association for Public Opinion Research (AAPOR) (2004). *Standard definitions: final disposition of case codes and outcome rates for surveys*. Online Edition 3.1, revised February 2005. Verfügbar unter: www.aapor.org [Letzter Zugriff: 15.08.2007].
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Augustin, R., Semmler, C., Rösner, S. & Kraus, L. (2005). Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *Sucht*, 51 (Sonderheft 1), S49-S57.
- Babor, T. F., De La Fuente, J. R., Saunders, J. B. & Grand, M. (1989). *AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2003). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Bates, D. W., Cullen, D. J., Laird, N., Petersen, L. A., Small, S. D., Servi, D., Laffel, G., Sweitzer, B. J., Shea, B. F. & Hallisey, R. (1995). Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. *Journal of the American Medical Association*, 274, 29-34.
- Baumeister, S. E., Kraus, L., Stonner, T. & Metz, K. (2008). Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S26-S35.
- 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 (11), 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].
- Caetano, R. & Babor, T. F. (2006). Diagnosis of alcohol dependence in epidemiological surveys: an epidemic of youthful alcohol dependence or a case of measurement error? *Addiction*, 101 (Suppl 1), 111-114.

- Currie, S. R., Hodgins, D. C., Wang, J., El-Guebaly, N., Wynne, H. & Chen, S. (2006). Risk of harm among gamblers in the general population as a function of level of participation in gambling activities. *Addiction*, 101 (4), 570-580.
- Demmel, R. (2003). Motivational Interviewing: Mission impossible? oder Kann man Empathie lernen? In H.-J. Rumpf & R. Hüllinghorst (Hrsg.), *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen* (S. 177-199). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Diemer, W. & Burchert, H. (2003). *Chronische Schmerzen – Kopf- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 7). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J. & Avlund, K. (1999). Social relations: network, support and relational strain. *Social Science and Medicine*, 48 (5), 661-673.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. & Call J. (1986). *UCLA Social Support Inventory* (UCLA-SSI). Los Angeles: University of California.
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H. D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L. T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J. & Skog, O.-J. (1997). *Alkoholkonsum und Gemeinwohl: Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung*. Stuttgart: Enke.
- Etter, J.-F. & Perneger, T. V. (1999). A comparison of two measures of stage of change for smoking cessation. *Addiction*, 94 (12), 1881-1889.
- Ezzati, M., Lopez, A. D., Rogers, A., Van der Hoorn, S. & Murray, C. J. L. (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, 360 (9343), 1347-1360.
- Fichter, M. M. (1990). *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*. Berlin: Springer.
- Franke, A., Mohn, K., Sitzler, F., Welbrink, A. & Witte, M. (2001). *Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Risiken und Widerstandsfaktoren*. Weinheim: Juventa.
- Gelman, A. & Carlin, J. (2002). Poststratification and weighting adjustments. In R. M. Groves, J. L. Eltinge & R. J. A. Little (Hrsg.), *Survey nonresponse* (S. 289-203). New York: John Wiley and Sons.
- Glaeske, G. (2003). Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2004* (S. 64-82). Geesthacht: Neuland.
- Gmel, G. & Rehm, J. (2004). Measuring alcohol consumption. *Contemporary Drug Problems*, 34 (3), 467-540.
- Gmel, G., Rehm, J. & Kuntsche, E. (2003). Binge drinking in Europe: definitions, epidemiology, and consequences. *Sucht*, 49 (2), 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 (5), 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.
- Holly, A. & Wittchen, H.-U. (1998). Patterns of use and their relationship to DSM-IV abuse and dependence of alcohol among adolescents and young adults. *European Addiction Research*, 4 (1-2), 50-57.

- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (2003). *Jugendgesundheitssurvey*. Weinheim: Juventa.
- 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 (5), 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.
- 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. & Bauernfeind, R. (1998). Repräsentativerhebung zum Konsum psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht*, 44 (Sonderheft 1), S3-S82.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 47 (Sonderheft 1), S3-S86.
- Kraus, L., Augustin, R. & Müller-Kalthoff, T. (2001). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Rheinland-Pfalz 2000* (IFT-Berichte Bd. 121). München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Kraus, L., Augustin, R. & Reese, A. (2001). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Berlin 2000* (IFT-Berichte Bd. 122). München: IFT Institut für Therapieforchung.
- 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 Therapieforchung.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2005a). Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. *Sucht*, 51 (Sonderheft 1), S4-S57.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2005b). Konzeption und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *Sucht*, 51 (Sonderheft 1), S6-S18.
- Kraus, L., Augustin, R. & Orth, B. (2005a). Illegale Drogen, Einstiegsalter und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *Sucht*, 51 (Sonderheft 1), S19-S28.
- Kraus, L., Augustin, R. & Orth, B. (2005b). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003* (IFT-Berichte Bd. 146). München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Kraus, L., Bloomfield, K., Bühringer, G., Demmel, R., John, U., Mann, K., Rist, F., Rumpf, H.-J. & Seitz, H. K. (2005). Alkoholpolitische Maßnahmen in Deutschland - Wirklichkeit und Möglichkeiten. In T. Babor, R. Caetano, S. Casswell, G. Edwards, N. Giesbrecht, K. Graham, J. Grube, P. Gruenewald, L. Hill, H. Holder, R. Homel, E. Österberg, J. Rehm, R. Room & I. Rossow (Hrsg.), *Alkohol: kein gewöhnliches Konsumgut* (S. 297-312). Göttingen: Hogrefe.
- Kraus, L., Baumeister, S. E. & Stonner, T. (2007). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Bayern* (IFT-Berichte Bd. 162). München: IFT Institut für Therapieforchung.

- Kraus, L. & Baumeister, S. (2008). Konzeption und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S6-S15.
- Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T. & Pabst, A. (2008). Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S16-S25.
- Kraus, L., Rösner, S., Baumeister, S., Pabst, A. & Steiner, S. (2008). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin* (IFT-Berichte Bd. 167). München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Kuhs, H. (1994). Medikamentenmissbrauch: Ursachen, Folgen und Behandlung. In G. Nissen (Hrsg.), *Abhängigkeit und Sucht, Prävention und Therapie* (S. 76-87). Bern: Huber.
- Lachner, G., Wittchen, H.-U., Perkonig, A., Holly, A., Schuster, P., Wunderlich, U., Türk, D., Garczynski, E. & Pfister, H. (1998). Structure, content and reliability of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) substance use sections. *European Addiction Research*, 4 (1-2), 28-41.
- Lampert, T. & Burger, M. (2005). Verbreitung und Strukturen des Tabakkonsums in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz*, 48 (11), 1231-1241.
- Lampert, T. & Thamm, M. (2004). Soziale Ungleichheit des Rauchverhaltens in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 47, 1033-1042.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T. & Murray, C. J. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*, 367 (9524), 1747-1757.
- Manning, W. G. & Mullahy, J. (2001). Estimating log models: to transform or not to transform? *Journal of Health Economics*, 20 (4), 461-494.
- Melchinger, H., Schnabel, R. & Wyns, B. (1992). *Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 12). Baden-Baden: Nomos.
- Meyer, C. & John, U. (2007). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2007* (S. 23-50). Geesthacht: Neuland.
- Neubauer, S., Welte, R., Beiche, A., Koenig, H. H., Buesch, K. & Leidl, R. (2006). Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany: update and a 10-year comparison. *Tobacco Control*, 15 (6), 464-471.
- Pabst, A. & Kraus, L. (2008). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S36-S46.
- Perkonig, A., Lieb, R. & Wittchen, H.-U. (1998). Prevalence of use, abuse and dependence of illicit drugs among adolescents and young adults in a community sample. *European Addiction Research*, 4 (1-2), 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.
- Room, R., Babor, T. & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365 (9458), 519-530.
- Rösner, S., Steiner, S. & Kraus, L. (2008). Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S47-S66.
- 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. (1985). *Selbstmedikation - Ergebnisse einer Repräsentativerhebung im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 8*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Schneider, M. (2004). Langfristige Folgen des chronischen Cannabiskonsums. *Sucht*, 50 (5), 309-319.
- Settertobulte, W. & Richter, M. (2007). Aktuelle Entwicklungen im Substanzkonsum Jugendlicher: Ergebnisse der "Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)" Studie 2005/2006. In K. Mann, U. Havemann-Reinecke & R. Gassmann (Hrsg.), *Jugendliche und Suchtmittelkonsum*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Simon, R. & Kraus, L. (2007). Validität von cannabisbezogenen Diagnosen in Suchtberatungsstellen. *Sucht*, 53 (5), 308-314.
- 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.
- Solowij, N. & Grenyer, B. F. (2002). Are the adverse consequences of cannabis use age-dependent? *Addiction*, 97 (9), 1083-1086.
- Soyka, M., Queri, S., Küfner, H. & Rösner, S. (2005). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? *Nervenarzt*, 76 (1), 72-77.
- SPSS Inc. (2007). *SPSS for Windows Version 14*. Chicago, IL: SPSS Inc.
- Stata Corp. (2005). *Survey data reference manual, release 9*. College Station, TX: Stata Press.
- Statistisches Bundesamt (2007). *Die Erfassung alkoholbedingter Sterbefälle in der Todesursachenstatistik 1980 bis 2005*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2004). *Demographische Standards*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steiner, S., Baumeister, S. E. & Kraus, L. (2007). Severity of Dependence Scale – Establishing a cut-off point for cannabis dependence in the German adult population. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S57-S63.
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors*, 27, 1-19.
- Watzl, H., Rist, F., Höcker, W. & Miehle, K. (1991). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmißbrauch bei Suchtpatienten. In M. Heide & H. Lieb (Hrsg.), *Sucht und Psychosomatik. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses* (S. 123-139). Bonn: Nagel.
- Weyerer, S. & Dilling, H. (1991). Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics, and the use of psychotropic drugs in the community: results from the Upper Bavarian Field Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44 (3), 303-311.
- Williams, R. (2006). Generalized ordered logit/partial proportional odds models for ordinal dependent variables. *Stata Journal*, 6, 58-82.
- Wills, T. A. & Filer, M. (2001). Social network and social support. In A. Baum, T. Revenson & J. Singer (Hrsg.), *Handbook of health psychology* (S. 209-234). Mahwah: Erlbaum.
- Winkler, J. (1998). Messung und Quantifizierung soziographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. In W. Ahrens, B. Bellach & K.-H. Jöckel (Hrsg.), *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie* (S. 69-86). München: MMV Medizin Verlag.
- Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonig, A., Pfütze, E.-M., Schuster, P., Vodermaier, A., Vossen, A., Wunderlich, U. & Zieglergänsberger, S. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Paper-pencil 2.2, 2/95*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.
- World Health Organization (1998). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: WHO.

9 Anhang: Instrumente

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

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

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

B. Severity of Dependence Scale (SDS): Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten (Gossop et al., 1995)

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

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

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

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

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

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

Item 2, 4 und 5: ja / nein

Item 3: die erste am Morgen; andere

Item 6: Frequenz-Menge-Index

D. Änderungsbereitschaft (Etter & Perneger, 1999)

- Absichtslosigkeit Ich rauche und habe nicht die Absicht in den nächsten 6 Monaten damit aufzuhören
- Absichtsbildung Ich rauche, überlege aber ernsthaft, in den nächsten 6 Monaten damit aufzuhören, nicht aber in den nächsten 30 Tagen oder
Ich rauche, überlege aber ernsthaft, in den nächsten 6 Monaten damit aufzuhören oder
Ich hatte keinen Abstinenzversuch von mindestens 24 Stunden in den letzten 12 Monaten und plane, in den nächsten 30 Tagen aufzuhören
- Vorbereitung Ich rauche, habe aber beschlossen, in den nächsten 30 Tagen damit aufzuhören und
Ich hatte einen Abstinenzversuch von mindestens 24 Stunden in den letzten 12 Monaten
- Handlung Ich rauche nicht mehr, habe aber innerhalb der letzten 6 Monate geraucht
- Aufrechterhaltung Ich rauche nicht mehr und habe seit mehr als 6 Monaten nicht mehr geraucht
- Antwortkategorien: ja / nein*

E. Importance- und Confidence-Skalen (Demmel, 2003)

1. Wie wichtig ist es Ihnen, mit dem Rauchen aufzuhören? Wie denken Sie im Moment darüber?
Antwortkategorie: 0 unwichtig – 10 sehr wichtig
2. Wenn Sie sich jetzt vornehmen würden, mit dem Rauchen aufzuhören: Wie zuversichtlich sind Sie, dass Ihnen das gelingen würde?
Antwortkategorie: 0 überhaupt nicht zuversichtlich – 10 sehr zuversichtlich

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

1. Ohne Medikamente kann ich schlechter schlafen
 2. Ich habe mir sicherheitshalber schon einmal einen kleinen Tablettenvorrat angelegt
 3. Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen
 4. Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht
 5. Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe
 6. Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang
 7. Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente
 8. In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen
 9. Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl
 10. Manchmal war ich selbst erstaunt, wie viele Tabletten ich an einem Tag eingenommen habe
 11. Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger
- Antwortkategorien: (1) nein, trifft nicht zu; (2) ja, in den letzten 12 Monaten; (3) ja, aber vor mehr als 12 Monaten*

G. Skalen zur medikamentenorientierten Einstellung (letzte 12 Monate) (Schär et al.,1985)

- 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