

Ludwig Kraus
Daniela Piontek
Alexander Pabst

Epidemiologischer Suchtsurvey 2009
Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch
psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Bayern

2009 Epidemiological Survey on Substance Abuse
in the Adult Population of Bavaria

München 2010
IFT-Berichte Bd. 176
IFT-Reports Vol. 176

München 2010
IFT-Berichte Bd. 176
IFT-Reports Vol. 176

Epidemiologischer Suchtsurvey 2009
Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch
psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Bayern¹

2009 Epidemiological Survey of Substance Abuse
in the Adult Population of Bavaria

Ludwig Kraus, Daniela Piontek und Alexander Pabst

IFT Institut für Therapieforschung, München

1) Gefördert durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit

Reihe IFT-Berichte
Band Nr. 175

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

In der Reihe IFT-Berichte sind zuletzt erschienen:

Wegmann, L. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2009). Suchthilfestatistik 2008 - Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der Suchthilfeeinrichtungen des Landes Thüringen (IFT-Berichte Bd. 173). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Wegmann, L., Eichmann, A. & Sonntag, D. (2009). Suchthilfestatistik 2007. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen der Stadt Mannheim (IFT-Berichte Bd. 172). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Eichmann, A., Bauer, C. & Sonntag, D. (2008). Suchthilfestatistik 2007. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen des Landes Berlin (IFT-Berichte Bd. 171). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Bauer, C., Eichmann, A. & Sonntag, D. (2008). Suchthilfestatistik 2007. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der Suchthilfeeinrichtungen des Landes Thüringen (IFT-Berichte Bd. 170). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Hellwich, A.-K., Bauer, C. & Sonntag, D. (2007). Suchthilfestatistik 2006. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der stationären Suchthilfeeinrichtungen des Landes Berlin (IFT-Berichte Bd. 169). München: IFT Institut für Therapieforschung.

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

ISSN 0937-034X

Copyright 2010 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 09.12.2010

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	7
Abbildungsverzeichnis.....	11
Vorwort	13
Kurzfassung	15
Summary	17
1 Einleitung	19
2 Methode	21
3 Illegale Drogen	33
4 Alkohol	41
5 Tabak	53
6 Medikamente	63
7 Diskussion.....	69
8 Literatur.....	79
9 Anhang: Instrumente.....	84

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1:	Übersicht über den Epidemiologischen Suchtsurvey in Bayern.....	21
Tabelle 2-2:	Demographische Verteilung der Bruttostichprobe, der Nettostichprobe (ungewichtet und gewichtet) und der Grundgesamtheit sowie die Ausschöpfungsraten	24
Tabelle 2-3:	Soziodemographische Merkmalsverteilung in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Bevölkerung (in Prozent)	25
Tabelle 2-4:	Epidemiologischer Suchtsurvey, 1980-2009.....	30
Tabelle 2-5:	Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Bayern 1980-2009.....	31
Tabelle 3-1:	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen.....	35
Tabelle 3-2:	12-Monats- und 30-Tage-Frequenz des Cannabiskonsums, auf Konsumenten bezogen	36
Tabelle 3-3:	Anteil der Personen mit einem positiven Befund in der Severity of Dependence Skala (SDS) für Cannabisabhängigkeit (Gesamtstichprobe und Cannabiskonsumern der letzten 12 Monate)	37
Tabelle 3-4:	Prävalenz positiver Antworten auf die Items der Severity of Dependence Skala (SDS) (Cannabiskonsumern der letzten 12 Monate)	37
Tabelle 3-5:	Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 24-Jährigen, 1980-2009	38
Tabelle 3-6:	Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 39-Jährigen, 1990-2009	39
Tabelle 4-1:	Verteilung des Alkoholkonsums (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen in Gramm Reinalkohol pro Tag)	41
Tabelle 4-2:	Prävalenz des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke und durchschnittliche Trinkmengen in den letzten 30 Tagen	43
Tabelle 4-3:	Häufigkeit des Rauschtrinkens nach Geschlecht und Alter (Konsumenten der letzten 30 Tage).....	43
Tabelle 4-4:	Häufigkeit des Rauschtrinkens nach Konsumkategorien (durchschnittliche Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage).....	44
Tabelle 4-5:	Anteil der Personen mit einem positiven Befund im Alcohol Use Disorder Identification Test AUDIT	46
Tabelle 4-6:	Anteil der Abstinenz nach Sozialschicht	46
Tabelle 4-7:	Durchschnittliche tägliche Reinalkoholmenge nach Geschlecht und Sozialschicht (Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage)	47

Tabelle 4-8: Risikokonsum und Rauschtrinken nach Sozialschicht (Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage)	47
Tabelle 4-9: Trends des Alkoholkonsums 18- bis 59-Jähriger (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage), 1995-2009	48
Tabelle 4-10: Trends der Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und der durchschnittlichen Trinkmenge 18- bis 59-Jähriger, 1995-2009	49
Tabelle 4-11: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens, 1995-2009	50
Tabelle 4-12: Verteilung des Alkoholkonsums für Männer und Frauen (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen in Gramm Reinalkohol pro Tag).....	51
Tabelle 4-13: Prävalenz des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke und durchschnittliche Trinkmengen für Männer und Frauen.....	51
Tabelle 5-1: Verteilung der Raucher, Exraucher und Nichtraucher	53
Tabelle 5-2: Umfang des Zigarettenkonsums der Zigarettenraucher (letzte 30 Tage)	54
Tabelle 5-3: Anteil der Personen mit einem positiven Befund für Nikotinabhängigkeit im DSM-IV (Gesamtstichprobe und Raucher der letzten 12 Monate).....	57
Tabelle 5-4: Häufigkeit des Passivrauchens, Vermeidung von Passivrauchen und Einstellung zum Rauchen	58
Tabelle 5-5: Anteil der Nichtraucher, Raucher und Exraucher nach Sozialschicht.....	58
Tabelle 5-6: Prävalenz des täglichen Zigarettenrauchens nach Sozialschicht	59
Tabelle 5-7: Prävalenz des Rauchens von täglich 20 oder mehr Zigaretten nach Sozialschicht	59
Tabelle 5-8: Prävalenz des Rauchens (Lebenszeit) nach Sozialschicht und Geburtskohorte	59
Tabelle 5-9: Passivrauchbelastung der Nicht- und Exraucher nach Sozialschicht	60
Tabelle 5-10: Ort der Passivrauchbelastung der Nie- und Exraucher nach Sozialschicht	60
Tabelle 5-11: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens 18- bis 24-Jähriger, 1980- 2009	60
Tabelle 5-12: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens, 1986-2009	61
Tabelle 5-13: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag bei 18 bis 24-Jährigen, 1980-2009	61
Tabelle 5-14: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag, 1986-2009	62
Tabelle 5-15: Trends der Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV bei 18- bis 59-Jährigen, 2000-2009	62

Tabelle 6-1:	12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme	63
Tabelle 6-2:	30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme	65
Tabelle 6-3:	Anteil der Personen mit einem positiven Befund im Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM).....	65
Tabelle 6-4:	Anteile positiver Antworten auf die Items des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KFM).....	66
Tabelle 6-5:	Trends der 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme 18- bis 59-Jähriger, 1995-2009	67
Tabelle 6-6:	Trends des problematischen Medikamentenkonsums (Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch) bei 18- bis 59-Jährigen, 2000-2009	68

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Cannabiskonsums.....	36
Abbildung 4-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Frauen.....	45
Abbildung 4-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Männer.....	45
Abbildung 5-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Frauen.....	55
Abbildung 5-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Männer.....	55
Abbildung 5-3: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Frauen.....	56
Abbildung 5-4: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Männer.....	56

Vorwort

Bayern hat sich 2009 zum zweiten Mal nach 2006 mit einer erweiterten Stichprobe am Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) beteiligt. Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey werden seit 1980 in regelmäßigen Abständen Befragungen in der Allgemeinbevölkerung zum Konsum von illegalen Drogen, Alkohol, Tabak und Medikamenten durchgeführt. Der Survey ergänzt als wichtige Datenquelle die Gesundheitsberichterstattung von Bund und Ländern. Insgesamt nahmen in Bayern 1.654 Personen zwischen 18 und 64 Jahren an der Befragung teil.

Den Substanzkonsum auf individueller und gesamtgesellschaftlicher Ebene zu verhindern bzw. zu reduzieren, ist ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel. Grundvoraussetzung für die Planung und Umsetzung effektiver Maßnahmen im Bereich der Prävention, Frühintervention und Behandlung sind verlässliche und aktuelle Informationen über Prävalenz, Konsummuster und Ausmaß problematischer Gebrauchsformen in der Bevölkerung (World Health Organization, 2000). Diese Informationen bilden die Grundlage für eine Bedarfsschätzung und die Zuweisung von Ressourcen zu bestimmten Interventionen und sind Grundpfeiler einer evidenzbasierten substanzbezogenen Gesundheits-, Sozial- und Rechtspolitik. Die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys bieten 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.

Dezember 2010

PD Dr. Ludwig Kraus

Kurzfassung

Wie bereits im Jahr 2006 wurde die Stichprobe des bundesweit durchgeführten Epidemiologischen Suchtsurveys im Jahr 2009 so angelegt, dass differenzierte Analysen für Bayern vorgenommen werden können. Schwerpunkt der Untersuchung war die Beschreibung von Verbreitung und Konsummustern von illegalen Drogen, Alkohol, Tabak und Medikamenten. Weiterhin wurde die zeitliche Entwicklung des Konsums und substanzbezogener Störungen untersucht. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen und telefonischen Befragung (Mixed-Modus-Design) 1.654 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 52,6%.

Illegale Drogen

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 24,0% über Erfahrungen mit illegalen Drogen, 4,0% über den Konsum in den letzten 12 Monaten, aber nur 1,8% über den Konsum in den letzten 30 Tagen. Mit einer 12-Monats-Prävalenz von 3,5% ist Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz. Etwa ein Drittel (32,2%) der 30-Tage-Konsumenten nahm im letzten Monat mindestens wöchentlich Cannabis. Für 0,8% der 18- bis 64-jährigen Bevölkerung und 25,7% der 12-Monats-Konsumenten wurde eine Cannabisabhängigkeit mit der Severity of Dependence Skala geschätzt. Insgesamt hat die Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen bei den 18- bis 39-Jährigen seit 1990 kontinuierlich von 15,5% auf 32,6% zugenommen. Auch die 12-Monats-Prävalenz ist angestiegen. Dagegen haben sich die Prävalenzen des Konsums anderer illegaler Drogen als Cannabis kaum verändert.

Alkohol

Alkoholkonsum ist in der Allgemeinbevölkerung in Bayern weit verbreitet, nur 2,2% konnten als lebenslang abstinent bezeichnet werden und nur 7,9% hatten zwar Alkoholerfahrung, lebten aber im letzten Jahr vor der Erhebung abstinent. Die Mehrheit der 18- bis 64-Jährigen berichtete einen durchschnittlichen Konsum von weniger als 24g (Männer) bzw. 12g (Frauen) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert lagen 20,1% der Männer und 16,3% der Frauen. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einem Trinkanlass) berichteten 39,1% der Männer und 13,6% der Frauen mindestens einmal in den letzten 30 Tagen. Nach den Kriterien des AUDIT wurde bei 16,7% der 18- bis 64-Jährigen ein problematischer Alkoholkonsum festgestellt. Männer hatten verglichen mit Frauen ein deutlich erhöhtes Risiko für problematischen Konsum. Schichtspezifische Analysen belegen einen erhöhten Anteil von Rauschtrinkern in der Unterschicht. Insgesamt ist es seit 1995 zu einer Verschiebung des Alkoholkonsums hin zu einem höheren Anteil von Abstinenter und einem niedrigeren Anteil von riskanten Konsumenten gekommen. Deutlich zugenommen hat das Rauschtrinken bei jungen Erwachsenen.

Tabak

In den letzten 30 Tagen rauchten 28,0% der 18- bis 64-jährigen Männer und 23,4% der gleichaltrigen Frauen. Zu den ehemaligen Rauchern zählten 29,5% der Männer und 20,5% der Frauen. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rauchen (20 und mehr Zigaretten pro

Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (26,3% vs. 18,5%). Eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV wurde für 5,1% der Befragten geschätzt (Männer: 5,0%, Frauen: 5,1%). Mehr junge Erwachsene, die das Rauchen ausprobierten, machten früher in ihrem Leben erste Erfahrungen mit dieser Substanz. Von den 18- bis 24-Jährigen hatte etwa ein Drittel bis zum Alter von 16 Jahren bereits erste Erfahrungen mit Tabak gemacht. Insgesamt 6,8% der erwerbstätigen und auszubildenden Nicht- und Exraucher gab an, täglich dem Passivrauchen am Arbeitsplatz ausgesetzt zu sein. Ein Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Rauchen zeigte sich dahingehend, dass mit den jüngeren Alterskohorten der Anteil sozial Benachteiligter unter den Rauchern zunimmt. In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen war in den vergangenen dreißig Jahren ein rückläufiger Trend des Tabakkonsums zu verzeichnen. Dieser Trend zeigte sich insbesondere bei starken Zigarettenraucherinnen und -rauchern. Keine signifikanten Veränderungen gegenüber 2000 zeigten sich für die Nikotinabhängigkeit.

Medikamente

Knapp zwei Drittel (61,2%) 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 18,0% der Befragten gaben an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Medikamente mindestens einmal pro Woche genommen zu haben. Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen. Allgemein berichteten Frauen und ältere Personen über einen höheren Medikamentengebrauch als Männer bzw. jüngere Erwachsene. Insgesamt wiesen 3,1% einen problematischen Medikamentengebrauch auf. Trendvergleiche der zumindest einmal wöchentlichen Einnahme zwischen 1995 und 2006 zeigten einen Anstieg in der häufigen Einnahme von Schmerzmitteln und einen Rückgang bei Beruhigungs- und Anregungsmitteln. Nach einem Maximum im Jahr 2003 ist die Prävalenz des problematischen Medikamentenkonsums wieder gesunken.

Summary

Similar to the year 2006, the sample of the 2009 Epidemiological Survey on Substance Abuse was enlarged to allow separate estimations for the state of Bavaria. The report describes use and pattern of the use of illegal drugs, alcohol, tobacco and prescription drugs. It also investigates temporal changes in consumption and substance-related problems. The survey employed self-administered questionnaires, telephone interviews and online questionnaires in combination (mixed-mode-design); the response rate was 52.6%, resulting in 1,654 respondents aged 18 to 64 years who participated in the study.

Illicit drugs

Overall, 24.0% of respondents aged 18 to 64 years reported lifetime illegal drug use; 4.0% reported illegal drug use in the last twelve month, and 1.8% stated the use of illegal drugs within the last 30 days. With a 12-months prevalence of 3.5%, cannabis is the most widely used illegal drug. Approximately one third (32.2%) of past month cannabis users reported at least weakly consumption. According to the Severity of Dependence Scale, 0.8% of the respondents aged 18 to 64 years were cannabis dependent. Overall, lifetime experience of illegal drugs among individuals aged 18 to 39 years has increased from 15.5% in 1990 to 32.6% in 2009. 12-months prevalence also increased. Prevalence rates of other illegal drugs showed no variation over time.

Alcohol

Alcohol use is wide-spread among the general population of Bavaria. Only 2.2% were lifetime abstainers and 7.9% did not drink within the past twelve months but stated that they have ever drunk alcohol. The majority of respondents aged 18 to 64 years reported an average daily intake of less than 24g ethanol for males and 12g for females. About 20.1% of males and 16.3% 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 39.1% of males and 13.6% of females. Overall, 16.7% of the respondents aged 18 to 64 years were diagnosed with problematic alcohol use according to the AUDIT. Males had an increased risk for problematic use compared to females. Socioeconomic differences emerged with higher rates of heavy episodic drinking in the lower status groups. In general, alcohol consumption patterns have moved to higher proportions of abstainers and lower proportions of at-risk drinkers since 1995. Increases could be observed for heavy episodic drinking in the youngest age groups.

Tobacco

Overall, 28.0% of males aged 18 to 64 years and 23.4% of females in the same age group reported smoking during the last 30 days. Another 29.5% of males and 20.5% of females reported former smoking. Male cigarette smokers more often reported heavy smoking (i.e., 20 cigarettes per day and more) than female smokers (26.3% vs. 18.5%). Altogether, 5.1% fulfilled DSM-IV-criteria for nicotine dependence (males: 5.0%, females: 5.51%). Age of first smoking experience has decreased in the younger age groups. A total of 6.8% of non-

employed respondents indicated daily exposure to second hand smoke at their workplace. In both males and females, smoking prevalence declines with higher socioeconomic status. Among 18 to 24 year-olds, tobacco use prevalence declined over the last thirty years. This trend is most obvious in heavy smokers. With regard to nicotine dependence, there are no significant time trends.

Prescription drugs

Approximately two thirds (61.2%) of study participants consumed one or more prescription drugs of the assessed categories (analgetics, sleeping tablets, tranquillizers, stimulants, appetite suppressants, antidepressants, and neuroleptics) in the past 12 months. Overall, 18.0% 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. A total of 3.1% showed signs of problematic use according to the KFM. Trend analyses of at least weakly consumption revealed an increase in the prevalence of analgetics and decreases in the prevalence of tranquillizers and stimulants. After a maximum in 2003, the proportion of people reporting problematic use of prescription drugs has decreased in the last years.

1 Einleitung

Der Konsum psychoaktiver Substanzen sowie die damit verbundene negative Konsequenzen stellen eine zentrale gesundheitspolitische Herausforderung dar. Die Bedeutung legaler und illegaler Drogen für die individuelle und gesellschaftliche Belastung konnte in verschiedenen Studien belegt werden. So führt beispielsweise die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization WHO) regelmäßig Schätzungen zur weltweiten Morbiditäts- und Mortalitätsbelastung durch. In diesem Rahmen wurde gezeigt, dass die legalen Substanzen Tabak und Alkohol zu den fünf wichtigsten gesundheitlichen Risikofaktoren gehören (World Health Organization, 2009). Insgesamt werden 3,7% bzw. 4.4% aller durch Krankheit verlorenen Lebensjahre (disability adjusted life years, DALYs) durch den Tabak- bzw. Alkoholkonsum verursacht. Im Gegensatz dazu wird der Anteil illegaler Drogen an der Krankheitsbelastung auf unter 1% geschätzt (Begg et al., 2007).

Auch im Hinblick auf die gesamtgesellschaftliche Belastung nehmen Tabak und Alkohol eine dominierende Rolle ein. So wird geschätzt, dass jährlich insgesamt etwa 2% des Bruttoinlandsprodukts für die mit dem Konsum von legalen Substanzen verbundenen negativen Folgen aufgewendet werden müssen. Die direkten (z.B. medizinische und psychosoziale Behandlung) und indirekten Kosten (z. B. Verlust an Produktivität durch Krankheit, Invalidität und vorzeitigen Tod) summieren in sich in Deutschland auf etwa 21 Mrd. Euro pro Jahr für Tabak (Neubauer et al., 2006) und etwa 24 Mrd. Euro für Alkohol (Konnopka & König). Die öffentlichen Ausgaben im Bereich illegaler Drogen (z.B. Prävention, medizinische Rehabilitation, Erwerbsminderungsrente, Medikation, Krankenhausaufenthalte) belaufen sich auf weitere etwa 6 Mrd. Euro (Mostardt, Flöter, Neumann, Wasem & Pfeiffer-Gerschel, 2010).

Vor dem Hintergrund dieser Problematik stellt die Vermeidung bzw. Reduktion des Substanzkonsums und der Folgen auf individueller und gesamtgesellschaftlicher Ebene ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel dar. Um jedoch effektive Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Frühintervention und Behandlung planen und implementieren zu können, sind verlässliche und aktuelle Informationen über das konkrete Ausmaß des Substanzkonsums notwendig (World Health Organization, 2000). Die entsprechenden Daten zu Prävalenz, Konsummustern und problematischen Gebrauchsformen bilden die Grundlage für eine Bedarfsschätzung und die Zuweisung von Ressourcen zu bestimmten Maßnahmen.

Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) steht seit vielen Jahren ein Monitoringinstrument zur Verfügung, das diese Informationsfunktion übernehmen kann. Die in regelmäßig im Querschnitt erhobenen Daten ermöglichen eine Schätzung der Belastung der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland durch den Konsum und die Folgen des Konsums von Tabak, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten. Darüber hinaus lässt sich die zeitliche Entwicklung des Konsumverhaltens beobachten. Der ursprünglich im Jugend- und Erwachsenenbereich angesiedelte Epidemiologische Suchtsurvey wurde erstmals 1980 auf dem Gebiet der damaligen Bundesrepublik Deutschland durchgeführt. Nach der Wiedervereinigung wurde die Studie auf ganz Deutschland ausgedehnt und auf eine reine Erwachsenenbefragung im Altersbereich von 18 bis 59 Jahren umgestellt. In der Erhebung von 2006

wurde der Altersbereich bis 64 Jahre erweitert. Mit dem Survey von 2009 liegt insgesamt die zehnte Erhebung in der erwachsenen deutschen Allgemeinbevölkerung vor.

Nach 2006 nahm Bayern im Jahr 2009 bereits zum zweiten Mal mit einer erweiterten Stichprobe am Epidemiologischen Suchtsurvey teil. Zentrales Ziel des vorliegenden Berichts ist die Beschreibung von Konsumprävalenzen und Konsummustern legaler und illegaler Substanzen sowie von Medikamenten in unterschiedlichen soziodemographischen Gruppen. Darüber hinaus werden Schätzungen zum Ausmaß substanzbezogener Störungen (Cannabis- und Nikotinabhängigkeit) sowie zu problematischem Alkohol- und Medikamentengebrauch berichtet. Schließlich werden Trendvergleiche ausgewählter Indikatoren mit Daten aus sieben Erhebungen (1980-2009) vorgenommen.

2 Methode

Die Stichprobe des bundesweit durchgeführten Epidemiologischen Suchtsurveys wurde hinsichtlich der Fallzahl so erweitert, dass Aussagen für die Wohnbevölkerung von Bayern möglich sind. Die Erhebung 2009 wurde als Methodenmix aus schriftlicher, telefonsicher und Internet-Befragung durchgeführt. Die Stichprobe wurde hierfür nach Verfügbarkeit der Telefonnummer in einen schriftlichen und einen telefonischen Arm geteilt. Allen Zielpersonen wurde im Laufe der Erhebung zusätzlich die Möglichkeit angeboten, den Fragebogen alternativ im Internet zu beantworten. Tabelle 2-1 zeigt im Überblick das Altersspektrum, den Stichprobenumfang, die Responserate, das Stichprobenverfahren und die Erfassungsmethode des Epidemiologischen Suchtsurveys in Bayern für das Jahr 2009.

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

Alter	N	Antwort-rate	Stichprobenziehung	Referenz
18-64	1.654	52,6%	Einwohnermeldestichprobe, disproportionale Stichprobe, postalischer Fragebogenversand, telefonische Interviews, Online-Befragung; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus, Piontek & Pabst, 2010

Stichprobe

Die Datenbasis des Suchtsurveys für Bayern bilden alle in Privathaushalten in Bayern lebenden Personen, die in den Jahren zwischen 1945 und 1991 geboren wurden. Diese Altersgruppe umfasst etwa 7,9 Mio. Personen (Stand 31.12.2008, Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung). Die Zielpersonen wurden auf der Basis der Einwohnermelderegister in einem zweistufigen Verfahren zufällig ausgewählt. In einer ersten Stufe wurden 36 Gemeinden bzw. Stadtteile in Großstädten ausgewählt. Die Auswahl der Zielpersonen erfolgte in einem zweiten Schritt aus den Einwohnermelderegistern. Die Gemeinden wurden proportional zur Anzahl der Größe der Einheiten ausgewählt. Je ausgewählter Gemeinde wurde dann die gleiche Zahl von Personen entnommen. Durch die bevölkerungsproportionale Verteilung der Gemeinden erhält man bei Auswahl einer konstanten Anzahl von Zielpersonen im Ergebnis eine selbstgewichtende Stichprobe. Um eine größtmögliche geographische und siedlungsstrukturelle Proportionalität zur Grundgesamtheit zu gewährleisten, wurden Schichtungszellen aus der Kombination von Kreisen und Regierungsbezirken mit zehn BIK-Gemeindegrößenklassen, einer Einteilung der Gemeinden und Stadtteile nach Einwohnerzahl und Kernstadt bzw. Randregion, gebildet. Die Ziehung der Personenadressen in den Gemeinden erfolgte über eine systematische Auswahl (Intervallziehung).

Design

Die Daten wurde im Zeitraum von Mai bis Oktober 2009 durch das Institut für angewandte Sozialwissenschaften (infas) erhoben. Allen Zielpersonen des schriftlichen Arms wurde mit dem Anschreiben der Fragebogen postalisch zugesandt. Anschließend erfolgte ein gestuftes

Verfahren, in dem alle Personen ohne Rücklauf dreimal postalisch an den Fragebogen erinnert wurden. Zusätzlich wurde den Zielpersonen über die Erinnerungsschreiben die Möglichkeit einer Beantwortung des Fragebogens am Telefon bzw. im Internet angeboten. Die Zielpersonen des telefonischen Arms erhielten vorab ein Anschreiben mit allen Informationen zur Studie, indem eine telefonische Kontaktaufnahme durch das Feldinstitut angekündigt wurde. Im Rahmen der telefonischen Kontaktierung, die bis zum Feldende lief, wurde Personen, die sich nicht sofort befragen ließen, die Möglichkeit einer Beantwortung des Fragebogens in schriftlicher Form bzw. im Internet angeboten. An Zielpersonen, die nach 30 Kontaktversuchen nicht erreicht werden konnten oder die in der telefonischen Kontaktierung mitteilten, dass sie den Fragebogen nur schriftlich oder online beantworten wollten, erfolgte der postalische Versand des schriftlichen Fragebogens und des Online-Zugangscode.

Von 47,2% (n=1.648) der insgesamt in Bayern gezogenen Einsatzadressen (N=3.494) lag vor Beginn der Studie eine Telefonnummer vor. Die verbleibenden 52,8% (n=1.846) der Einsatzstichprobe erhielten den Fragebogen postalisch. Insgesamt nahmen 1.655 Personen (47,4%) an der Befragung teil. Davon wurden 47,2% (n=781) der Interviews telefonisch realisiert, 42,3% (n=700) der Personen beantworteten den Fragebogen schriftlich und 10,5% (n=174) im Internet. Als Resultat der Datenprüfung wurde eine Person ausgeschlossen, deren Fragebogen nicht auswertbar war. Somit verblieben 1.654 Fragebögen/Interviews als Basis für die Datenauswertung.

Antwortrate

Die Antwortrate ergibt sich als Verhältnis der Nettostichprobe zur um die neutralen Ausfälle bereinigten Bruttostichprobe (The American Association for Public Opinion Research, 2009). Für 73,0% (n=2.549) Adressen der Bruttostichprobe (N=3.494) lag nach Abschluss der Feldarbeiten eine Information über die (Nicht-) Teilnahme an der Studie vor. Der Anteil stichprobenneutraler Ausfälle (unbekannte Adressen, unvollständige Telefonnummern, Zielperson nicht deutschsprachig, verstorben, etc.) an diesen Personen betrug 10,0% (n=255). Dieser Anteil diene als Schätzwert für die stichprobenneutralen Ausfälle an Personen, von denen bis zum Feldende keine Information vorlag (n=945, 27,0%). Aufgrund dieser Schätzung erhöhte sich die Anzahl stichprobenneutraler Ausfälle um n=95 Personen, so dass insgesamt 350 Zielpersonen als geschätzte neutrale Ausfälle angenommen wurden und sich die Bruttostichprobe auf 3.144 (90,0%) Personen reduzierte. Nach Abzug der stichprobenneutralen Ausfälle ergibt sich somit eine Antwortrate von 52,6%, die damit etwas höher ausfiel als die Ausschöpfung der Erhebung des Epidemiologischen Suchtsurveys für Gesamtdeutschland (50,1%). Vor dem Hintergrund international abnehmender Ausschöpfungsraten und bei im Vergleich zu persönlich durchgeführten Erhebungen häufig niedriger ausfallenden Ausschöpfungsraten postalischer und telefonischer Befragungen (Groves, 2006) kann die Ausschöpfung dieser Studie als befriedigend angesehen werden.

Nonresponse-Analysen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009 weisen auf eine höhere Teilnahmebereitschaft von Personen mit Alkohol- und Drogenkonsum als von abstinent lebenden Personen hin. Modus-Effekte deuten im Vergleich zu schriftlich Befragten auf eine geringere Verbreitung von Cannabiskonsum unter telefonisch Befragten und eine geringere

Prävalenz von Alkoholkonsum unter Online-Teilnehmern hin (Kraus & Pabst, 2010b). Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass Alkohol- und Drogenkonsumenten in der realisierten Stichprobe überrepräsentiert und dass Verzerrungen im Antwortverhalten durch Unterschiede zwischen den einzelnen Befragungsmodi nicht auszuschließen sind.

Gewichtung

Die Stichprobe wurde mit einer Variablen gewichtet, die sich durch Multiplikation zweier Gewichtungsvariablen ergab (Korn & Graubard, 1999). Das Design-Gewicht gleicht die disproportionalen Auswahlwahrscheinlichkeiten nach Jahrgangsstufe aus und ergibt sich aus dem Kehrwert der Auswahlwahrscheinlichkeiten auf der jeweiligen Auswahlstufe. Das Poststratifikationsgewicht war erforderlich, um Abweichungen hinsichtlich zentraler Merkmale von der deutschen Allgemeinbevölkerung auszugleichen. Das Poststratifikationsgewicht wurde so gebildet, dass die gemeinsame Verteilung von Geburtsjahrgang und Geschlecht, sowie die Verteilungen der BIK-Gemeindegrößenklasse mit der demographischen Struktur der Grundgesamtheit am 31.12.2008 übereinstimmen. Die Berechnung der Poststratifikationsgewichte erfolgte über das Verfahren des Iterative Proportional Fitting (Gelman & Carlin, 2002).

In Tabelle 2-2 werden Verteilungen nach Geburtsjahrgang in der Bruttostichprobe, der ungewichteten und gewichteten Nettostichprobe sowie der Grundgesamtheit (nach Auskunft des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung) aufgeführt. Aufgrund der disproportionalen Ziehung nach Jahrgangsstufen sind in der ungewichteten Stichprobe bei beiden Geschlechtern jüngere Personen über- und ältere Personen im Vergleich zur Grundgesamtheit unterrepräsentiert. Weiterhin ist der Anteil weiblicher Befragter aller Jahrgangsstufen höher als der Anteil männlicher Befragter. Die Ausschöpfungsraten sind insbesondere bei jüngeren und älteren Befragten beiderlei Geschlechts höher als im mittleren Erwachsenenalter. In der gewichteten Stichprobe stimmen die Jahrgangsstufenverteilungen bei Männern und Frauen sehr gut mit der Verteilung in der Grundgesamtheit überein.

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

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

	Bruttostichprobe ohne neutrale Ausfälle		Ungewichtet			Gewichtet		Anteil an der Bevölkerung ¹⁾
	n	%	n	Aus- schöpfung	% der Befragten	n	%	%
Insgesamt	3235	100,0	1654	51.1	100,0	1654	100,0	100,0
Männer, gesamt	1597	49.4	766	48.0	46,3	835	50,5	50,4
1989 - 1991	184	5.7	92	50.0	5,6	47	2,8	2,9
1985 - 1988	225	7.0	100	44.4	6,1	62	3,8	3,8
1980 - 1984	237	7.3	98	41.4	5,9	80	4,8	4,9
1970 - 1979	293	9.1	142	48.5	8,6	167	10,1	10,4
1960 - 1969	298	9.2	141	47.3	8,5	230	13,9	13,8
1950 - 1959	238	7.4	119	50.0	7,2	179	10,8	10,5
1945 - 1949	122	3.8	74	60.7	4,5	70	4,3	4,1
Frauen, gesamt	1638	50.6	888	54.2	53,7	819	49,5	49,6
1989 - 1991	188	5.8	111	59.0	6,7	44	2,7	2,8
1985 - 1988	208	6.4	107	51.4	6,5	60	3,7	3,7
1980 - 1984	261	8.1	131	50.2	7,9	80	4,8	4,9
1970 - 1979	327	10.1	177	54.1	10,7	164	9,9	10,3
1960 - 1969	279	8.6	160	57.3	9,7	221	13,3	13,3
1950 - 1959	234	7.2	120	51.3	7,3	178	10,8	10,5
1945 - 1949	141	4.4	82	58.2	5,0	72	4,3	4,2

1) Bevölkerung: Stand 31.12.2008.

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

		Ungewichtete Stichprobe			Gewichtete Stichprobe			Bevölkerung ¹⁾ (18- bis 64-Jährige)		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Staatsbürgerschaft	Deutsch	93,7	93,6	93,8	93,9	94,0	93,9	88,3	88,3	88,3
	Andere	6,2	6,3	6,2	6,0	5,9	6,1	11,7	11,7	11,7
	K.A.	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0			
Familienstand	Ledig	45,8	48,8	43,1	34,3	38,1	30,5	39,2	43,2	35,0
	Verheiratet	46,7	44,7	48,4	56,6	54,1	59,1	49,0	46,7	51,5
	Verwitwet	1,5	0,1	2,6	1,5	0,1	2,9	1,9	0,9	3,0
	Geschieden	5,5	5,5	5,5	6,9	6,7	7,1	9,8	9,2	10,5
	K.A.	0,6	0,9	0,3	0,7	1,0	0,5			
Schulabschluss ²⁾	In Schulausbildung	3,9	3,7	4,1	2,2	2,0	2,3			
	Hauptschulabschluss	23,3	26,2	20,7	25,4	28,2	22,7			
	Mittlere Reife	32,2	26,7	36,8	30,4	25,1	35,9			
	Polytechnische Oberschule	1,0	0,8	1,1	1,1	0,9	1,4			
	(Fach-) Abitur	35,8	39,3	33,1	37,2	40,6	33,7			
	Ohne Abschluss	1,9	1,8	1,9	1,9	1,7	2,1			
	Anderer Abschluss	1,2	0,5	1,8	1,0	0,8	1,3			
	K.A.	0,7	0,9	0,5	0,7	0,9	0,6			
Haushaltsnetto- Einkommenn ²⁾	unter 500	2,4	2,0	2,7	1,8	1,4	2,2			
	500-1000	6,2	5,4	6,9	5,7	4,8	6,6			
	1000-1250	3,9	3,3	4,4	3,4	2,6	4,2			
	1250-1500	6,8	5,6	7,8	6,5	5,6	7,4			
	1500-2000	13,5	15,0	12,3	13,3	15,2	11,3			
	2000-2500	15,7	14,9	16,4	16,1	15,2	17,1			
	2500-3000	13,0	12,7	13,3	13,0	12,7	13,4			
	3000-4000	15,6	16,2	15,1	17,4	18,2	16,7			
	4000 und mehr	16,3	20,0	13,2	17,7	20,7	14,7			
	K.A.	6,7	5,1	8,0	5,0	3,6	6,4			

1) Bevölkerung: Stand 31.12.2008, Bayerisches Landesamt für Statistik.

2) Bevölkerungsstatistiken nicht erhältlich.

Instrumente

Der Fragebogen des ESA 2009 stellt eine adaptierte Version des 2006 eingesetzten Instruments dar (Kraus & Baumeister, 2008). Er umfasst insgesamt 94 Fragen, über die auf 28 Seiten verschiedene Themenbereiche exploriert werden. Im Anhang werden die verwendeten Instrumente in einer Übersicht dargestellt.

Im Fokus des Suchtsurveys stand wie in den vorangegangenen Jahren die Untersuchung von Konsumverhalten und Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum von illegalen Substanzen, Alkohol, Tabak und Medikamenten. Neben soziodemographischen Daten und Fragen zur ökonomischen Situation wurden zudem der körperliche und psychische Gesundheitszustand sowie pathologisches Spielverhalten erfasst. Die Erhebung soziodemographischer Merkmale wurde dabei basierend auf den Demographischen Standards von 2004 (Statistisches Bundesamt, 2004) überarbeitet und um Fragen zum Migrationshintergrund erweitert.

In der vorliegenden Erhebung wurde der Fragebogen um Fragemodule zu Kognitionen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum ergänzt. Erfasst werden dabei neben trinkbezogener Selbstwirksamkeit (Oei, Hasking & Young, 2005) auch Alkoholwirkungserwartungen (Hagen & Demmel, 2002). Alkopops wurden als separate Getränkesorte durch alkoholhaltige Mixgetränke ersetzt, da die Verbreitung von Alkopops in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2007). Zusätzlich zur Erfassung cannabisbezogener Störungen wurden die Items der Severity of Dependence Skala (Gossop et al., 1995) auch für die Substanzen Kokain und Amphetamine erfragt. Der Fragebereich zu illegalen Substanzen wurde um synthetische Cannabinoide (Spice, Smoke, Space o.a.) erweitert.

Aus Platzgründen wurde der Fragebogen an anderer Stelle gekürzt. Verzichtet wurde auf Fragen zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung (Franke, Mohn, Sitzler, Wellbrink & Witte, 2001), zur Änderungsbereitschaft von Tabakkonsumenten (Etter & Perneger, 1999), zu Gewohnheiten und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Tabakkonsum (Fagerström-Test; Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991) und zu medikamentenorientierten Einstellungen (Schär, Hornung, Gutscher & May, 2007). Da Änderungen der Prävalenz substanzbezogener Störungen über kurze Zeiträume nicht zu erwarten sind, wurde im Survey 2009 mit Ausnahme von Nikotinabhängigkeit auf die Erfassung der umfangreichen DSM-IV Kriterien (American Psychiatric Association, 1994) zugunsten kürzerer Screeninginstrumente verzichtet.

Illegale Drogen. Aus den Angaben zum Substanzkonsum wurden die Prävalenzwerte des Konsums der Drogen Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Heroin, andere Opiate, Kokain, Crack, Pilze und Spice bezogen auf die Lebenszeit, die letzten 12 Monate sowie die letzten 30 Tage vor der Erhebung ermittelt. Die Schwere der Abhängigkeit von Cannabis, Kokain und Amphetaminen wurde mit Hilfe der Severity of Dependence Skala (SDS; Gossop et al., 1995) erfasst. Die Skala besteht aus fünf Items, die Antworten sind so gewichtet, dass

ein maximaler Wert von 20 Punkten erreicht werden kann. Für Cannabisabhängigkeit wurde ein Wert von zwei oder mehr Punkten als Cut-off-Wert verwendet (Steiner, Baumeister & Kraus, 2008), für Kokainabhängigkeit ein Wert von drei oder mehr Punkten (Kaye & Darke, 2002) und für Amphetamine ein Wert von vier oder mehr Punkten (Topp & Mattick, 1997).

Alkohol. Mit einem getränkesspezifischen Frequenz-Menge-Index wurde der Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen sowie in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung erfasst. Erfragt wurden die Häufigkeit des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke sowie die durchschnittlich konsumierte Menge jedes Getränks pro Trinkgelegenheit. Neben Bier, Wein/Sekt und Spirituosen wurden alkoholhaltige Mixgetränke (Alkopops, Longdrinks (z.B. Wodka-Lemon), Cocktails (z.B. Caipirinha) oder Bowle) als Getränkesorte erfasst. Aus den Angaben zu Frequenz und Menge des Konsums der einzelnen Getränke lässt sich die Gesamtmenge reinen Alkohols in Gramm bestimmen und eine durchschnittliche Tagesmenge berechnen. Für die Umrechnung von Liter pro Getränk in Gramm Reinalkohol wurden für einen Liter Bier, Wein/Sekt und Spirituosen jeweils 4.8 Vol %, 11.0 Vol % bzw. 33.0 Vol % verwendet, was einer Alkoholmenge von 38.1 g, 87.3 g und 262.0 g Reinalkohol pro Liter entspricht (Bühringer et al., 2000). Für alkoholhaltige Mixgetränke wurde ein 0.04 Liter Glas Spirituosen zu Grunde gelegt, was bei Annahme einer durchschnittlichen Cocktailglasgröße von 0.4 Litern etwa 26.2 g Reinalkohol pro Liter alkoholische Mixgetränke entspricht.

Auf Basis der Prävalenzwerte sowie der durchschnittlichen Tagesmenge wurde das individuelle Trinkverhalten eingeteilt in lebenslang abstinent (kein Alkoholkonsum jemals im Leben), abstinent in den letzten 12 Monaten (jemals Alkohol konsumiert, aber nicht in den letzten 12 Monaten), abstinent in den letzten 30 Tagen (Alkohol in den letzten 12 Monaten konsumiert, aber nicht in den letzten 30 Tagen), risikoarmen Konsum (Männer: >0-24g, Frauen: >0-12g Reinalkohol pro Tag) und riskanten Konsum (Männer: >24 g, Frauen: >12g Reinalkohol pro Tag). Die hier verwendeten Grenzwerte für riskanten Alkoholkonsum werden in der Literatur als Schwellendosis im Umgang mit Alkohol diskutiert, bei deren Einhaltung ein relativ geringes Risiko für die Entwicklung alkoholbedingter Störungen besteht (Burger, Bronstrup & Pietrzik, 2004; Seitz, Bühringer & Mann, 2008). Rauschtrinken wurde über die Anzahl der Tage erfasst, an denen in den letzten 30 Tagen zu einer Gelegenheit fünf oder mehr Gläser Alkohol (ca. 14 g Reinalkohol pro Glas, d.h. 70 g Reinalkohol oder mehr) konsumiert wurden. Die Häufigkeit des Rauschtrinkens wurde eingeteilt in kein Rauschtrinken, 1-3mal und 4mal oder öfter.

Riskanter sowie bereits problematischer Alkoholkonsum, der mit hoher Wahrscheinlichkeit zu physischen, psychischen und sozialen Folgeschäden führt, wurde mit dem Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, Babor, De La Fuente, Saunders & Grand, 1989) erfasst. In den AUDIT gehen neben den Konsummengen und Konsummustern wie exzessive Trinkanlässe zusätzlich Abhängigkeitssymptome und alkoholbedingtes abweichendes Verhalten ein. Die 4-stufige Häufigkeitsskala mit Werten zwischen null und vier ergibt einen Maximalwert von 40 Punkten. Ein Skalenwert von acht und mehr Punkten wurde als Schwellenwert für riskanten oder schädlichen Konsum vorgeschlagen (Conigrave, Hall & Saunders, 1995; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente & Grant, 1993). Verwendet wurde die deut-

sche Fassung von Rist, Scheuren, Demmel, Hagen und Aulhorn (2003). Der AUDIT bezieht sich auf Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten.

Tabak. Raucher wurden definiert als Personen, die in den letzten 30 Tagen geraucht haben. Nach der Definition der World Health Organization (1998) wurden als Nichtraucher auch Personen gezählt, die insgesamt nicht mehr als 100 Zigaretten (bzw. Zigarren, Pfeifen oder Zigarillos) geraucht haben. Ex-Raucher sind Personen, die schon mehr als 100 Zigaretten bzw. andere Tabakprodukte konsumiert haben, in den letzten 30 Tagen jedoch abstinent waren. Die durchschnittliche Zigarettenzahl pro Tag wurde aus der Anzahl der Tage, an denen in den letzten 30 Tagen geraucht wurde, und der durchschnittlichen Anzahl der an einem Tag konsumierten Zigaretten berechnet. Zigarettenraucher wurden unterteilt in nicht tägliche Konsumenten (Konsum an weniger als 30 Tagen), Raucher von täglich bis zu zehn Zigaretten (Konsum an 30 Tagen und im Durchschnitt zwischen einer und zehn Zigaretten), Raucher von täglich 11-19 Zigaretten und Raucher von täglich 20 Zigaretten oder mehr. Abhängigkeit von Nikotin wurde für den Zeitraum der letzten 12 Monate nach den Kriterien des DSM-IV der American Psychiatric Association (1994) mit den Items des Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) erfasst (Lachner et al., 1998; Wittchen et al., 1995).

Medikamente. Gebrauchsprävalenzen für den Zeitraum der letzten 12 Monate sowie der letzten 30 Tage vor der Befragung wurden für Schmerzmittel (Analgetika), Schlafmittel (Hypnotika), Beruhigungsmittel (Tranquilizer), Anregungsmittel (Analeptika), Appetitzügler (Anorektika), Antidepressiva und Neuroleptika ermittelt. Die Häufigkeitsangaben zum Gebrauch in den letzten 30 Tagen erlauben eine Prävalenzschätzung der mindestens einmaligen wöchentlichen Einnahme dieser Medikamente. Zur Erleichterung der Zuordnung von Medikamenten wurde eine Liste mit den gebräuchlichsten Präparaten und deren Zuordnung zu den oben genannten Gruppen als Beispiel vorgegeben. Problematischer Medikamentengebrauch wurde mit dem Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM, Watzl, Rist, Höcker & Miehe, 1991) erfasst. Erfragt werden problematische Konsummuster, die aber nicht notwendigerweise die Kriterien von Missbrauch und Abhängigkeit erfüllen. Für die auf elf dichotomen Items basierende Skala gelten vier positive Antworten als Schwellenwert für einen problematischen Medikamentengebrauch.

Auswertung

Durch sorgfältige interne Konsistenzprüfung der individuellen Angaben wurden Fehlangaben korrigiert und nicht zur Grundgesamtheit gehörige Personen aus der Stichprobe entfernt. Wie bei früheren Auswertungen des Epidemiologischen Suchtsurveys und auch des US National Household Survey on Drug Abuse (Biemer & Wiesen, 2002) wurde bei widersprüchlichen Angaben von einem Konsum ausgegangen. Dadurch weichen die angegebenen Stichprobenumfänge z.T. vom Gesamtstichprobenumfang ab. Die Besonderheiten des komplexen Stichprobenplans (Designeffekte), der disproportionalen Auswahlwahrscheinlichkeiten (Design-Gewichte) und der Abweichungen von externen Populationsdaten (Poststratifikation) wurden durch die Schätzung mittels Survey Verfahren in Stata 10.1 SE (Stata Corp. LP,

College Station, TX) berücksichtigt. Zur Varianzschätzung wurden Taylorreihenentwicklungen verwendet (Korn & Graubard, 1999).

Soziale Schicht

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

Trends

Für Trendanalysen wurden die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys für Bayern von 1980 bis 2009 herangezogen. Dabei gehen in 2006 und 2009 jeweils die Daten der erweiterten Stichprobe für Bayern in die Analysen ein. Die aktuelle Erhebung von 2009 dient in der Beschreibung aller Trends als Referenzjahr. Tabelle 2-4 gibt einen Überblick über die Stichprobenkennwerte der bundesweiten Erhebungen des Epidemiologischen Suchtsurveys (ohne Aufstockungen) zwischen 1980 und 2009. Die Daten für Bayern wurden nach den Merkmalen Geschlecht und Alter (1980: 18-24; 1986: 18-24, 25-29; 1990: 18-24, 25-29, 30-39; 1995-2009: 18-24, 25-29, 30-39 und 40-59) poststratifiziert, um zu gewährleisten, dass die Stichprobenverteilung der zentralen Merkmale Geschlecht und Alter nicht von der Verteilung in der Grundgesamtheit in Bayern im Jahre jeweils zum 31.12. des jeweiligen Surveyjahres abweicht.

Tabelle 2-4: Epidemiologischer Suchtsurvey, 1980-2009

Jahr	N	Region	Alter	Antwort-rate	Stichprobenziehung	Referenz
1980	10.240	Deutschland West	12-24	67%	Einwohnermeldestichprobe; alte Bundesländer ohne Berlin (West), Bremen, Baden-Württemberg und Hessen; altersproportionale Ziehung; dt. Staatsangehörigkeit	Infratest Gesundheitsforschung (1983)
1986	5.501	Deutschland West	12-29	64%	Einwohnermeldestichprobe; altersproportionale Ziehung; postalischer Fragebogenversand; dt. Staatsangehörigkeit	Infratest Gesundheitsforschung (1987)
1990	19.208	Deutschland West	12-39	64%	Einwohnermeldestichprobe; altersproportionale Ziehung; postalischer Fragebogenversand; dt. Staatsangehörigkeit	Simon & Wiblishauser (1993)
1995	7.833	Deutschland	18-59	65%	Random-Route; ADM-Design (Bundestagswahlkreise); altersproportionale Stichprobe; persönliche Übergabe des Fragebogen; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Herbst, Kraus & Scherer (1996)
1997	8.020	Deutschland	18-59	65%	Random-Route; ADM-Design (Bundestagswahlkreise); altersproportionale Stichprobe; persönliche Übergabe des Fragebogen; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus & Bauernfeind (1998)
2000	8.139	Deutschland	18-59	51%	Einwohnermeldestichprobe; altersproportionale Ziehung; postalischer Fragebogenversand; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus & Augustin (2001)
2003	8.061	Deutschland	18-59	55%	Einwohnermeldestichprobe, disproportionaler Ziehung, postalischer Fragebogenversand; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus & Augustin (2005)
2006	7.912	Deutschland	18-64	45%	Einwohnermeldestichprobe, disproportionaler Stichprobe, postalischer Fragebogenversand; telefonische Nachbefragung; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus (2008)
2009	8.030	Deutschland	18-64	50%	Einwohnermeldestichprobe, disproportionaler Stichprobe, postalischer Fragebogenversand, telefonische Interviews, Online-Befragung; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus & Pabst (2010a)

Die resultierenden Stichprobenumfänge sind in Tabelle 2-5 nach Altersgruppen dargestellt. Im Rahmen der Trendanalysen wurde geprüft, ob sich signifikante Veränderungen im Vergleich zum Referenzjahr 2009 in den Prävalenzen bzw. Verteilungen ergeben. Hierzu wurden multivariable Regressionsmodelle mit Surveyjahr, Alter und Geschlecht als Prädiktoren verwendet (Wooldridge, 2002). Für Prävalenzen wurden binäre logistische Regressionen, für rechtsschiefe Variablen (durchschnittliche Trinkmenge) wurden OLS Modelle mit log-transformierten abhängigen Variablen (Manning & Mullahy, 2001), für kategoriale Variablen (Trinkkategorien) wurden Multinomiale Logit Modelle (Williams, 2006) berechnet. Bei kleinen Zellenbesetzungen wurden exakte bivariable Tests nach Fisher berechnet. Aufgrund mangelnder methodischer Vergleichbarkeit werden zeitliche Veränderungen in den Konsumprävalenzen für Alkohol und Medikamente nur für die Jahre 1995 bis 2009 dargestellt.

Tabelle 2-5: Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Bayern 1980-2009

Alter	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	Gesamt
	993 (18-24)	703 (18-29)	2.943 (18-39)	1.127 (18-59)	1.146 (18-59)	1.048 (18-59)	1.267 (18-59)	1.423 (18-59)	1.498 (18-59)	12.148 (18-59)
18-24	993	489	1.308	82	118	125	287	327	410	4.139
25-29	--	214	657	147	156	103	200	271	229	1.977
30-39	--	--	978	366	379	313	271	291	319	2.917
40-59	--	--	--	532	493	507	509	534	540	3.115
18-29	--	703	1.965	229	274	228	487	598	639	6.116
18-39	--	--	2.943	595	653	541	758	889	958	9.033
25-39	--	--	1.635	513	535	416	471	562	548	4.894

3 Illegale Drogen

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen

Insgesamt zeigt sich, dass 24,0% der befragten 18- bis 64-Jährigen zumindest einmal im Leben irgendeine illegale Droge (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack oder psychoaktive Pilze) genommen haben. In den letzten 12 Monaten hatten mit 4,0% weit weniger illegale Drogen konsumiert und in den letzten 30 Tagen gaben noch 1,8% den Konsum von illegalen Drogen an. Cannabis ist die mit Abstand am weitesten verbreitete Substanz, der Anteil der Cannabiskonsumenten ist jeweils nur geringfügig geringer als der für illegale Drogen gesamt (Tabelle 3-1). Während der Anteil der Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen ohne Cannabis bei 6,4% liegt (12-Monate: 1,0%, 30-Tage: 0,4%), erreichen die Einzelsubstanzen insgesamt nur geringe Prävalenzen. Nach Cannabis haben 2,5% Erfahrung mit Amphetaminen, 2,3% mit Kokain, 2,3% mit Pilzen, 1,8% mit LSD und 1,8% mit Ecstasy. Die 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen liegen mit Ausnahme von Cannabis für alle Substanzen unter 1%.

Multiple Drogenerfahrung ist unter den 18- bis 39-Jährigen weit verbreitet. Jeder fünfte Drogenerfahrene (21,4%) hat wenigstens einmal zwei oder mehr illegale Drogen probiert, jeder Zehnte (10,8%) drei oder mehr. Von denen, die Drogen im Jahr vor der Erhebung konsumiert haben, berichtete jeder Fünfte (18,7%) von der Einnahme von zwei oder mehr Substanzen, 6,7% von drei oder mehr und 3,2% von fünf oder mehr. Mit dem Polykonsum ist allerdings nicht notwendigerweise eine gleichzeitige Einnahme dieser Substanzen verbunden.

Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung (WB) hatten etwa 1.9 Mio. (95%-KI: 1.65-2.16 Mio.) Personen Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen, 313.000 (95%-KI: 251.000-391.000) Personen gaben den Konsum irgendeiner illegalen Droge in den letzten 12 Monaten sowie 142.000 (95%-KI: 102.000-197.000) Personen in den letzten 30 Tagen an. In den letzten 12 Monaten hatten 278.000 (95%-KI: 213.000-363.000) Personen Cannabis und 79.000 (95%-KI: 53.000-117.000) Personen andere illegale Drogen als Cannabis genommen.

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Alter und Geschlecht

Mehr Männer als Frauen haben Lebenszeiterfahrung mit dem Konsum irgendeiner illegalen Droge (27,9% vs. 20,1%). Die Prävalenzunterschiede des Konsums illegaler Drogen zwischen Männern und Frauen nehmen mit der zeitlichen Nähe zu. So ist die Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei den Männern in den letzten 12 Monaten (5,0% vs. 2,9%) und in den letzten 30 Tagen fast doppelt so hoch (2,3% vs. 1,3%) wie bei den Frauen. Deutliche Unterschiede zeigen sich auch in der Verteilung der Prävalenz des Drogenkonsums über das Alter mit erheblich höheren Anteilen des Konsums und der Konsumerfahrung in den jüngeren Altersgruppen. Je älter die Befragten zum Zeitpunkt der Erhebung waren, desto geringer ist die Drogenerfahrung. Etwa jeder dritte 18- bis 29-Jährige und jeder fünfte

(21,2%) 40- bis 49-Jährige, aber nur noch jeder Siebte (14,4%) der 50- bis 64-Jährigen hat irgendwann illegale Drogen genommen. Die hohen Konsumwerte gehen aber zu weiten Teilen auf die Erfahrung mit Cannabis zurück, beispielsweise hat nahezu jeder Dritte (29,3%) in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen Erfahrung mit Cannabis, aber nur jeder Vierzehnte (6,8%) in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen mit anderen illegalen Drogen. Im Vergleich zu den Älteren (40-64 Jahre) sind die Prävalenzwerte der 18- bis 29-jährigen jungen Erwachsenen im letzten Jahr und in den letzten 30 Tagen deutlich höher.

Von den hochgerechnet 1.9 Mio. Personen mit Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen waren 1.1 Mio. Männer (95%-KI: 975.000-1.25 Mio.) und 790.000 Frauen (95%-KI: 640.000-960.000). Von den Konsumenten der letzten 12 Monate waren 199.000 Männer (95%-KI: 144.000-273.000) und 114.000 Frauen (95%-KI: 83.000-159.000), bezogen auf die letzten 30 Tage war die Anzahl männlicher Drogenkonsumenten (93.000, 95%-KI: 59.000-147.000) deutlich höher als die Anzahl weiblicher Drogenkonsumenten (49.000, 95%-KI: 32.000-74.000).

Häufigkeit des Cannabiskonsums

Die Häufigkeit des Cannabiskonsums in den letzten 12 Monaten weist auf eine Gruppe mit einem problematischen Konsummuster hin. Von denjenigen, die einen Cannabiskonsum im letzten Jahr angaben, konsumierten 39,1% Cannabis mehr als fünfmal, jeder Sechste (17,6%) mindestens wöchentlich (60mal oder öfter) und etwa jeder Zwanzigste (4,5%) täglich oder fast täglich (200mal oder öfter). Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung sind dies 12.600 (95%-KI: 3.300-47.800) Personen mit (fast) täglichem Cannabiskonsum. Jeder Dritte (32,2%) der 30-Tage-Konsumenten nahm im letzten Monat häufiger als wöchentlich Cannabis, ein Siebtel (14,2%) konsumierte Cannabis an 20 bis 30 Tagen des letzten Monats (Tabelle 3-2).

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

Lebenszeit	Geschlecht			Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Illegale Drogen	24,0	27,9	20,1	31,0	38,1	30,9	21,2	14,4
Cannabis	22,8	26,5	19,1	29,3	36,7	29,8	20,2	13,4
Andere Drogen als Cannabis	6,4	6,9	5,8	6,8	9,7	8,4	5,9	4,1
Amphetamine	2,5	3,0	2,0	3,9	4,6	2,8	2,5	0,9
Ecstasy	1,8	1,8	1,8	3,4	4,3	3,2	0,7	0,3
LSD	1,8	2,3	1,2	0,9	3,6	2,3	1,0	1,8
Heroin	0,3	0,5	0,1	0,0	0,3	0,9	0,0	0,3
Andere Opiate	0,9	1,1	0,8	1,2	1,1	1,8	0,3	0,9
Kokain	2,3	2,6	2,0	2,7	4,8	4,0	2,2	0,3
Crack	0,1	0,3	0	0,2	0,4	0,3	0,0	0,0
Pilze	2,3	2,3	2,2	3,3	3,6	3,7	1,1	1,5
Spice	1,1	1,5	0,7	3,7	1,7	1,8	0,3	0,0
12 Monate	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Irgendeine illegale Droge	4,0	5,0	2,9	12,3	8,1	4,6	1,7	0,7
Cannabis	3,5	4,5	2,5	11,4	7,7	4,1	1,1	0,6
Andere Drogen als Cannabis	1,0	1,1	0,8	3,9	1,4	1,0	0,6	0,0
Amphetamine	0,3	0,4	0,3	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Ecstasy	0,2	0,1	0,3	1,2	0,4	0,0	0,0	0,0
LSD	0,1	0,1	0,1	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0
Heroin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andere Opiate	0,2	0,2	0,1	0,9	0,0	0,0	0,3	0,0
Kokain	0,4	0,6	0,2	0,8	1,0	1,0	0,0	0,0
Crack	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pilze	0,3	0,3	0,2	1,3	0,0	0,0	0,3	0,0
Spice	0,6	1,0	0,1	2,4	1,0	0,9	0,0	0,0
30 Tage	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Irgendeine illegale Droge	1,8	2,3	1,3	6,4	3,4	1,7	0,7	0,3
Cannabis	1,6	2,2	1,0	5,6	2,9	1,7	0,5	0,3
Andere Drogen als Cannabis	0,4	0,3	0,4	2,0	0,4	0,0	0,3	0,0
Amphetamine	0,2	0,2	0,1	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Ecstasy	0,1	0,0	0,2	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0
LSD	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Heroin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andere Opiate	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0
Kokain	0,1	0,0	0,2	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0
Crack	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pilze	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Spice	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0

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

Tabelle 3-2: 12-Monats- und 30-Tage-Frequenz des Cannabiskonsums, auf Konsumenten bezogen

	Gesamt		Frequenz							
	n	k.A.	1x	2-5x	6-9x	10-19x	20-59x	60-99x	100-199x	≥200x
12-Monats-Frequenz	80	7,6	19,5	33,8	6,7	5,8	9,1	5,2	7,9	4,5
	n	k.A.	1x	2-5x	6-9x	10-19x	20-30x			
30-Tage-Frequenz	36	1,6	46,4	19,8	8,6	9,4	14,2			

Alter des Erstkonsums von Cannabis

Die empirischen Verteilungsfunktionen des Erstkonsums zeigen, dass mit Ausnahme der jüngsten Kohorte in jedem Lebensalter der Anteil der Cannabiserfahrenen umso größer ist, je jünger die Befragten sind (Abbildung 3-1). Während z.B. bis zum Alter von 20 Jahren 6% der 50- bis 64-Jährigen Erfahrung mit Cannabis gemacht haben, waren es bei den 40- bis 49-Jährigen 12%, bei den 30- bis 39-Jährigen 17% und bei den 25- bis 29-Jährigen 31%. Mit 27% ist der Anteil der 18- bis 24-Jährigen, die bis zum Alter von 20 Jahren Cannabis zum ersten Mal probiert haben, niedriger als der der etwas älteren Kohorte (25-29 Jahre).

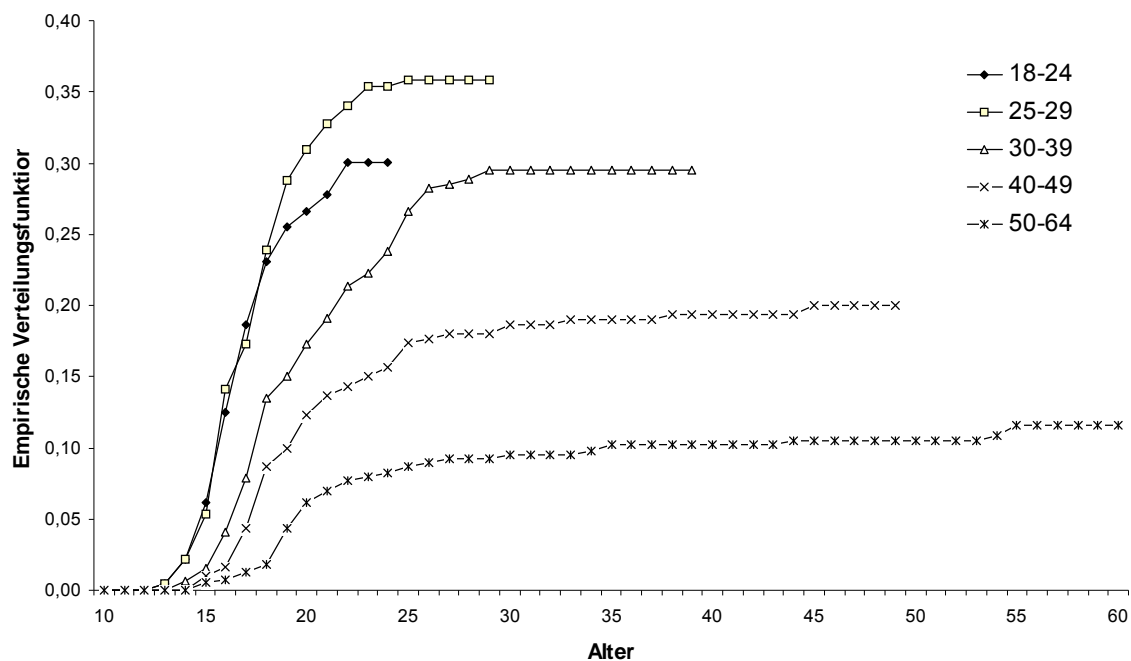


Abbildung 3-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Cannabiskonsums

Cannabisabhängigkeit

In den letzten 12 Monaten vor der Erhebung berichteten 3,5% der Befragten, Cannabis konsumiert zu haben. Verwendet man den von Steiner, Baumeister und Kraus (2008) vorgeschlagenen Schwellenwert von zwei Punkten auf der Severity of Dependence Skala (SDS), so liegt bei 25,7% der Konsumenten der letzten 12 Monate und bei 0,8% der Gesamtstichprobe ein positiver Wert für Cannabisabhängigkeit vor (Tabelle 3-3). Hochgerechnet auf die

18- bis 64-jährige Bevölkerung liegen auf der Grundlage des SDS bei 62.000 Personen (95%-KI: 37.000-102.000) Hinweise auf eine Cannabisabhängigkeit vor.

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

	Geschlecht			Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Gesamtstichprobe	1645	758	887	406	226	319	300	394
SDS ≥ 2 Punkte	0,8 (18)	1,0	0,5	3,4	0,6	1,5	0,0	0,0
Konsumenten	71	40	31	41	14	12	3	1
SDS ≥ 2 Punkte	25,7 (18)	27,7	22,4	32,7	9,0	35,8	0,0	0,0

Vergleicht man die einzelnen Items des SDS (Tabelle 3-4), zeigt sich folgendes: Etwa jeder Sechste ist über seinen Cannabiskonsum besorgt (16,9%) oder hat den Wunsch, den Konsum von Cannabis einzustellen und jeder Fünfte (14,7%) hält die Beendigung des Cannabiskonsums für schwierig.

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

	Gesamt	Geschlecht	
		Männer	Frauen
Konsumenten	71	40	31
Gebrauch von Cannabis außer Kontrolle	7,4 (3)	11,8	0,0
Aussicht auf Cannabis zu verzichten beunruhigt	13,4 (8)	15,2	10,5
Über Gebrauch von Cannabis besorgt	16,9 (10)	16,2	18,2
Wunsch, Cannabiskonsum einzustellen	15,3 (14)	17,3	12,0
Cannabiskonsum einzustellen ist schwierig	14,7 (9)	20,4	5,3

Trends

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen. In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen hat die Lebenszeiterfahrung des Konsums irgendeiner illegalen Droge bis 2003 zugenommen (Tabelle 3-6). Dieser Trend setzt sich nach 2003 nicht mehr fort. Auch der Konsum in den letzten 12 Monaten ist deutlich gestiegen. Nach dem Maximum in 2003 ist der Anteil der Konsumenten irgendeiner illegalen Droge wieder rückläufig. Auf niedrigerem Niveau zeigt sich ein ähnlicher Verlauf in der 30-Tage-Prävalenz. Vergleichbare Entwicklungen finden sich beim Konsum von Cannabis. Alle anderen Substanzen zeigen bezüglich der Lebenszeiterfahrung nach einem Maximum in 2003/2006 einen signifikanten (LSD und Opiate) bzw. deskriptiven Rückgang (Amphetamine, Ecstasy, Kokain/Crack) in den Prävalenzwerten. Die 12-Monats-Prävalenzen weisen dagegen mit Ausnahme einer Zunahme bei Amphetaminen seit 1990 einen konstanten Wert auf.

Tabelle 3-5: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 24-Jährigen, 1980-2009

		Erhebungsjahr								
		1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009
Illeg. Drogen	Lz	14,6*	13,3*	18,4*	20,9	24,5	25,0	38,6*	38,4	31,0
	12 M	4,1*	5,5*	9,2	15,2	16,2	16,4	22,8*	19,4*	12,3
	30 T	--	--	--	7,6	9,3	4,8	10,6*	7,6	6,4
Cannabis	Lz	13,3*	12,6*	17,7*	19,5*	24,5	24,5	37,9*	37,8*	29,3
	12 M	--	--	9,0	12,5	14,2	16,4	22,5*	18,7*	11,4
	30 T	--	--	--	3,7	7,8	4,8	10,6*	7,4	5,6
Amphetamine	Lz	1,7*	1,9	3,6	2,6	1,4	2,1	5,0	5,4	3,9
	12 M	--	--	0,6*	2,6	1,4	1,5	1,1	2,7	2,6
Ecstasy	Lz	--	--	--	2,6	4,8	2,9	4,5	6,0	3,4
	12 M	--	--	--	2,6	4,1	1,5	1,8	1,7	1,2
LSD	Lz	2,1*	1,1	1,9	0,0	0,7	1,5	3,8*	2,7*	0,9
	12 M	--	--	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,5	0,3
Opiate	Lz	1,3	1,3	2,2	1,4	1,4	1,0*	2,6*	2,0	1,2
	12 M	--	--	0,3	1,4	0,0	0,0	0,3	0,7	0,9
Kokain/Crack	Lz	1,0*	0,2*	1,6	3,6	2,8	3,1	4,6	5,9	2,9
	12 M	--	--	0,6	1,4	2,1	1,0	1,7	2,4	0,8

*) $p < .05$ für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2009.

Logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2009), Alter, Geschlecht. Bei kleinen Zellenbesetzungen ($n \leq 10$) wurde Fisher's exakter Test verwendet.

Auch die Trendvergleiche in der Gesamtgruppe der 18- bis 39-Jährigen weisen auf eine Konsolidierung der Lebenszeitprävalenzwerte hin. Gleichzeitig zeigen die Vergleiche der 12-Monats- sowie der 30-Tages-Prävalenzen, dass die Anteile der Konsumenten von Cannabis, Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Opiaten und Kokain in den letzten zehn Jahren relativ konstant geblieben sind (Tabelle 3-7).

Tabelle 3-6: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 39-Jährigen, 1990-2009

		Erhebungsjahr						
		1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009
Illeg. Drogen	Lz	15,5*	19,5*	17,6*	21,8*	30,7	30,9	32,6
	12 M	4,2*	8,0	6,7	8,0	9,5	8,9	7,7
	30 T	--	4,1	4,0	3,1	4,0	4,2	3,5
Cannabis	Lz	14,7*	18,9*	17,4*	21,0*	29,8	30,4	31,2
	12 M	4,1*	7,1	6,3	7,6	9,2	8,7	7,1
	30 T	--	3,1	3,6	3,0	4,0	3,8	3,2
Amphetamine	Lz	2,8	3,2	1,7*	2,5	3,4	3,5	3,6
	12 M	0,4*	0,9	0,5	0,5	0,8	0,8	0,8
Ecstasy	Lz	--	1,1*	2,3	1,5*	2,9	3,6	3,5
	12 M	--	0,7	1,1	0,4	1,1	0,4	0,5
LSD	Lz	1,8	1,8	0,7*	1,2	2,5	2,6	2,2
	12 M	0,1	0,0	0,2	0,0	0,3	0,1	0,2
Opiate	Lz	1,7	1,7	1,2	1,1	2,1	2,4	1,5
	12 M	0,2	0,8	0,2	0,2	0,4	0,5	0,3
Kokain/Crack	Lz	1,4*	2,8	2,3	3,1	3,1	4,2	4,0
	12 M	0,3	1,1	0,8	0,8	0,8	0,7	0,9

*) $p < .05$ für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2009.

Logistische Regressionen zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2009), Alter, Geschlecht. Bei kleinen Zellenbesetzungen ($n \leq 10$) wurde Fisher's exakter Test verwendet.

4 Alkohol

Abstinenz und Alkoholkonsum

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben mit 29,3% fast doppelt so viele Frauen wie Männer (17,0%) auf Alkohol verzichtet. Der Anteil von Personen, die in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol tranken, setzt sich zusammen aus 2,2% Lebenszeitabstinenten, 7,9% mit Alkoholerfahrung, die aber in den letzten 12 Monaten abstinent waren, und 12,9%, die nur in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol getrunken haben. In jeder Abstinenzkategorie zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede. Deutlich mehr Frauen als Männer gaben an, auf Alkohol verzichtet zu haben (Tabelle 4-1).

Insgesamt weisen 58,8% der Befragten in den letzten 30 Tagen einen im Durchschnitt risikoarmen Konsum auf, während 18,2% einen im Durchschnitt riskanten Konsum berichteten. Männer tranken deutlich mehr Alkohol als Frauen. Trotz höherer Klassengrenzen für Männer ist der Anteil der Männer mit einem im Durchschnitt riskanten Konsum deutlich höher als bei den Frauen (Riskanter Konsum: Männer: 20,1%; Frauen: 16,3%) (Tabelle 4-1).

Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung hatten mit 20,1% 800.000 Männer (95%-KI: 680.000-930.000) den Grenzwert von durchschnittlich mehr als 24g Reinalkohol pro Tag und mit 16,3% 640.000 Frauen (95%-KI: 535.000-750.000) den Grenzwert von mehr als 12g Reinalkohol pro Tag überschritten.

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

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	1606	751	855	403	222	307	294	380
Lebenslang abstinent	2,2 (35)	1,8	2,6	2,8	0,9	2,0	1,7	2,9
Letzte 12 Monate abstinent	7,9 (120)	6,1	9,8	4,5	6,1	7,4	6,1	11,9
Letzte 30 Tage abstinent	12,9 (222)	9,1	16,9	16,2	14,9	14,5	13,2	9,6
Risikoarmer Konsum ¹⁾	58,8 (941)	62,9	54,4	56,5	64,7	61,9	63,0	51,8
Riskanter Konsum ²⁾	18,2 (288)	20,1	16,3	20,0	13,5	14,2	15,9	23,8

1) Männer >0-24g, Frauen: >0-12g Reinalkohol pro Tag.

2) Männer: >24g, Frauen: >12g Reinalkohol pro Tag.

Der Anteil derer, die in den letzten 30 Tagen auf Alkohol verzichteten, reicht von 9,6% bei den 50- bis 64-Jährigen bis 16,2% bei den 18- bis 24-Jährigen. Die meisten 50- bis 64-jährigen Abstinenten gaben an, bereits seit mindestens einem Jahr keinen Alkohol getrunken zu haben, während in den jüngeren Altersgruppen die meisten Personen ohne Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen irgendwann im letzten Jahr Alkohol getrunken haben. Der Anteil der Lebenszeitabstinenten liegt zwischen 0,9% bei den 25- bis 29-Jährigen und 2,9% bei den 50- bis 64-Jährigen. Ein im Durchschnitt riskanter Konsum trat häufiger bei den über 50-Jährigen auf. Durchschnittswerte von über 12/24g Reinalkohol pro Tag wurden dagegen

seltener von 25- bis 39-Jährigen berichtet (Tabelle 4-1). Eine nach Geschlecht getrennte Darstellung von Abstinenz und Konsumkategorien findet sich in Tabelle 4-12.

Alkoholkonsum nach Getränk

In den letzten 30 Tagen tranken 60,4% der Befragten Bier, 53,3% Wein/Sekt, 30,1% Spirituosen und 17,9% alkoholhaltige Mixgetränke (Tabelle 4-2). Im Durchschnitt verbrauchten die Konsumenten des jeweiligen Getränks 1,9 Liter Bier, 0,5 Liter Wein/Sekt, 0,04 Liter Spirituosen und 0,5 Liter alkoholhaltige Mixgetränke pro Woche. Die Anteile männlicher und weiblicher Konsumenten variieren in Abhängigkeit der Art des konsumierten Getränks. Während unter den Bier- und Spirituosentrinkern mehr Männer waren als Frauen (Bier: 76,6% vs. 43,7%; Spirituosen: 35,7% vs. 24,4%), tranken anteilmäßig mehr Frauen als Männer Wein/Sekt (Frauen: 58,9%; Männer: 47,9%) oder alkoholhaltige Mixgetränke (Frauen: 18,3%; Männer: 17,6%). Männer konsumierten im Durchschnitt mehr Alkohol als Frauen (Bier: 2,5l vs. 0,9l; Wein/Sekt: 0,5l vs. 0,4l; Spirituosen: 0,05l vs. 0,03l; alkoholhaltige Mixgetränke: 0,7l vs. 0,4l).

Zudem waren altersabhängige Effekte in der Präferenz unterschiedlicher Getränke zu erkennen. Die Zahl der Konsumenten von Spirituosen und alkoholhaltige Mixgetränke war in den jüngeren Altersgruppen zwischen 18 und 29 Jahren am höchsten und nahm in den darüber liegenden Altersgruppen kontinuierlich ab. Am deutlichsten zeigt sich dies für alkoholhaltige Mixgetränke. In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen hat etwa jeder dritte Befragte während der letzte 30 Tage alkoholhaltige Mixgetränke konsumiert und bei den 30- bis 39-Jährigen waren es 22,0%. In der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen sinkt der Anteil auf 7,2%. Spirituosen wurden ebenfalls am häufigsten von den 18- bis 24-Jährigen konsumiert (44,3%).

Während Spirituosen und alkoholhaltige Mixgetränke in den untersten Altersgruppen dominierten, wurden Wein und Sekt häufiger in den Altersgruppen ab 30 Jahren konsumiert. Der höchste Prävalenzwert für diese Getränke zeigte sich in der Altersgruppe der 40- bis 64-Jährigen. Die altersabhängigen Präferenzen im Konsum unterschiedlicher Getränke betrafen neben dem Anteil der Konsumenten auch die Konsumintensität. Die durchschnittlich konsumierte Menge an Spirituosen und alkoholhaltigen Mixgetränken ist in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen am höchsten und nimmt mit dem Alter kontinuierlich ab. Unter den Wein- und Sektrinkern konsumierten Personen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren im Durchschnitt 0,6 Liter pro Woche, jüngere Konsumenten tranken dagegen weniger. Eine nach Geschlecht getrennte Darstellung von Konsumprävalenz und Konsummenge findet sich in Tabelle 4-13.

Tabelle 4-2: Prävalenz des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke und durchschnittliche Trinkmengen in den letzten 30 Tagen

Konsumenten von		Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
			Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Bier	% ¹⁾	60,4	76,6	43,7	57,2	60,8	60,6	62,7	59,5
	Liter ²⁾	1,9	2,5	0,9	2,0	1,8	1,8	1,5	2,4
Wein/Sekt	%	53,3	47,9	58,9	41,1	48,8	54,0	56,9	56,3
	Liter	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,6
Spirituosen	%	30,1	35,7	24,4	44,3	34,5	25,9	28,3	27,0
	Liter	0,04	0,05	0,03	0,08	0,06	0,04	0,02	0,03
Mixgetränke	%	17,9	17,6	18,3	37,5	31,9	22,0	12,5	7,2
	Liter	0,5	0,7	0,4	0,9	0,6	0,3	0,3	0,4

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

Mehr als ein Viertel der Alkoholkonsumenten (letzte 30 Tage) hat mindestens einmal während der letzten 30 Tage fünf oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit getrunken und damit die Kriterien des Rauschtrinkens erfüllt (Tabelle 4-3). Rauschtrinken kam bei Männern deutlich häufiger vor als bei Frauen. Während 39,1% der Männer in den letzten 30 Tagen zumindest einmal fünf oder mehr Gläser alkoholhaltiger Getränke getrunken hat, sind es bei den Frauen 13,6%. Die Kriterien des Rauschtrinkens wurden von 14,5% der Männer und 3,7% der Frauen in den letzten 30 Tagen viermal oder häufiger überschritten. Außerdem treten klare Altersunterschiede auf. Der Anteil mindestens einmaligen Rauschtrinkens war mit 52,7% bei den 18- bis 24-Jährigen am höchsten und mit 18,3% bei den 50- bis 64-Jährigen am niedrigsten. Betrachtet man das häufige Rauschtrinken (4mal oder häufiger) ergab sich mit 22,3% die höchste Prävalenz in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen. Mit zunehmendem Alter wird das häufige Rauschtrinken seltener.

Tabelle 4-3: Häufigkeit des Rauschtrinkens¹⁾ nach Geschlecht und Alter (Konsumenten der letzten 30 Tage)

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	1266	635	631	312	177	242	236	299
Nein	72,5 (877)	60,8	86,5	47,4	60,3	71,2	79,6	81,8
1-3mal	17,9 (252)	24,6	9,9	30,4	28,5	19,7	14,2	11,3
4mal oder häufiger	9,6 (137)	14,5	3,7	22,3	11,2	9,2	6,2	7,0

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

Erwartungsgemäß ist der Anteil der Rauschtrinker bei Personen mit höherem durchschnittlichen Tageskonsum größer (Tabelle 4-4). Doch auch Personen mit einem durchschnittlichen Tageskonsum unter der empfohlenen Risikoschwelle von 24g für Männer bzw. 12g für Frauen weisen Episoden des Rauschtrinkens auf. So berichteten 15,7% der im Durchschnitt

risikoarmen Konsumenten von 1-3maligem Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen (Männer: 22,5%; Frauen: 7,5%), 4,3% sogar von mindestens vier Trinktagen, an denen fünf oder mehr Gläser alkoholhaltiger Getränke konsumiert wurden (Männer: 6,7%; Frauen: 1,4%). Personen, die insgesamt einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen, berichteten in 26,4% der Fälle von gelegentlichem Rauschtrinken (1-3mal), ein weiteres Viertel (25,8%) von häufigem Rauschtrinken (4mal oder häufiger).

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

	Gesamt		Risikoarmer Konsum²⁾	Riskanter Konsum³⁾
Gesamt	1227		938	289
Nein	72,3	(848)	80,0	47,8
1-3mal	18,2	(248)	15,7	26,4
4mal oder häufiger	9,4	(131)	4,3	25,8
Männer	624		471	153
Nein	60,7	(354)	70,9	29,4
1-3mal	24,9	(163)	22,5	32,3
4mal oder häufiger	14,4	(107)	6,7	38,3
Frauen	603		467	136
Nein	86,7	(494)	91,1	72,0
1-3mal	10,1	(85)	7,5	18,8
4mal oder häufiger	3,2	(24)	1,4	9,3

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

2) Männer: >0-24g, Frauen: >0-12g Reinalkohol pro Tag.

3) Männer: >24g, Frauen: >12g Reinalkohol pro Tag.

Alter bei Beginn des regelmäßigen Konsums

Bei jüngeren Frauen ist der Anteil derer, die in einem bestimmten Alter begannen, mindestens einmal monatlich Alkohol zu trinken, höher als bei älteren (Abbildung 4-1). Während von den 18- bis 24-jährigen Frauen fast jede Zweite (46%) bis zum 16. Lebensjahr begann, mindestens einmal pro Monat Alkohol zu trinken, waren es bei den 25- bis 29-Jährigen 36%, bei den 30- bis 39-Jährigen 21%, bei den 40- bis 49-Jährigen nur noch 16% und in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen 11%. Bei den männlichen Befragten (Abbildung 4-2) sind die Altersunterschiede im Beginn des regelmäßigen Konsums weniger deutlich ausgeprägt: 57% der 18- bis 24-jährigen männlichen Befragten hatten bis zu ihrem 16. Lebensjahr begonnen, mindestens einmal im Monat Alkohol zu trinken, von den 25- bis 29-Jährigen 59%, von den 30- bis 39-Jährigen 37%, von den 40- bis 49-Jährigen 42% und von den 50- bis 64-Jährigen 31%.

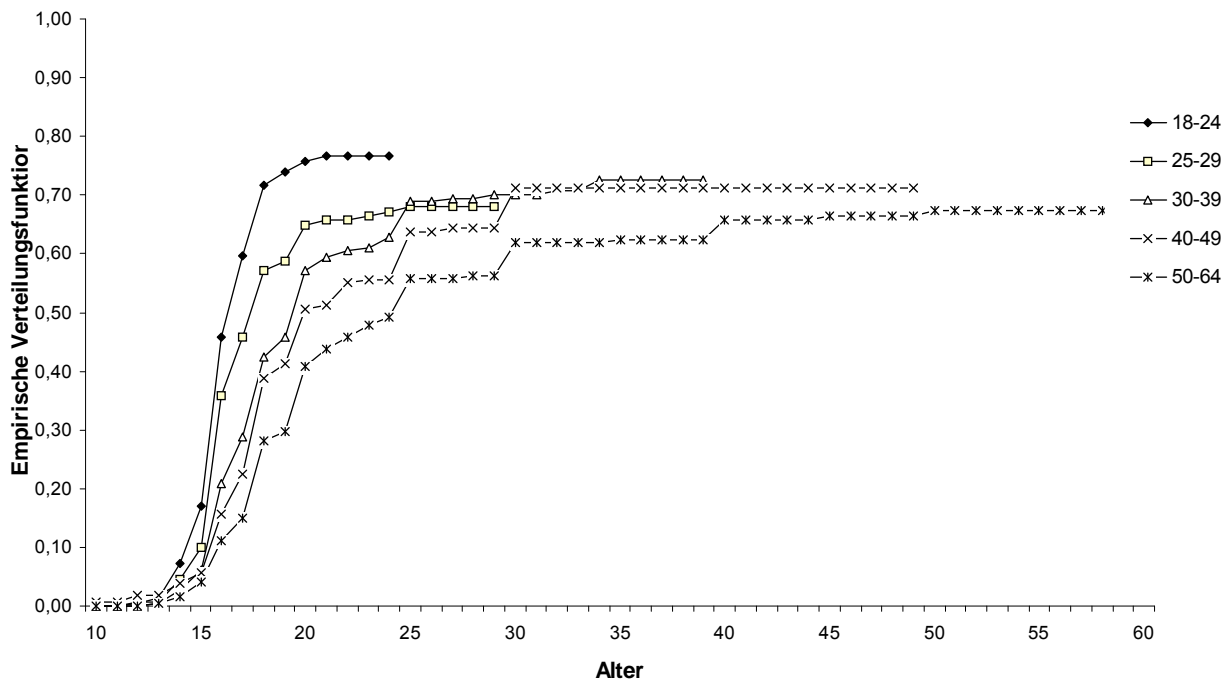


Abbildung 4-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Frauen

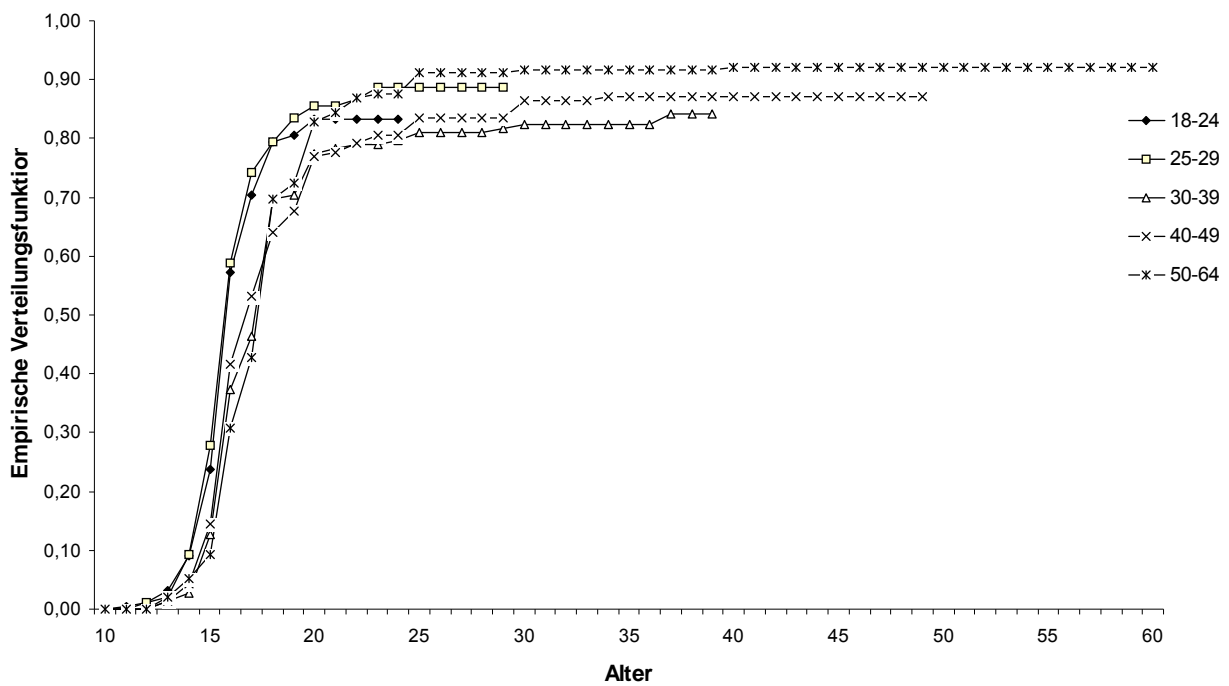


Abbildung 4-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Männer

Problematischer Alkoholkonsum

Insgesamt zeigten 16,7% der Gesamtstichprobe und 18,6% der Alkoholkonsumenten (letzte 12 Monate) einen problematischen Alkoholkonsum gemäß den Kriterien des Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (Tabelle 4-5). Bei Männern ist der problematische Alkoholkonsum weiter verbreitet als bei Frauen (26,9% vs. 6,2%). Darüber hinaus sind deutliche Alterseffekte erkennbar. Die höchsten Anteile problematischen Alkoholkonsums finden sich in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen (35,9%). Tendenziell nehmen die Anteile problematischen Konsums mit dem Alter ab. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung erfüllten 1.32 Mio. Personen (95%-KI: 1.18 Mio. -1.48 Mio.) die Kriterien für problematischen Konsum nach AUDIT. Bei den Männern sind es hochgerechnet 1.07 Mio. (95%-KI: 940.000-1.2 Mio.) und bei den Frauen 240.000 (95%-KI: 192.000-306.000).

Tabelle 4-5: Anteil der Personen mit einem positiven Befund im Alcohol Use Disorder Identification Test AUDIT

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Gesamtstichprobe	1630	759	871	404	229	314	297	386
AUDIT ≥ 8 Punkte	16,7 (315)	26,9	6,2	35,9	29,3	16,8	8,3	11,9
Konsumenten (12M)	1475	701	774	374	213	285	272	331
AUDIT ≥ 8 Punkte	18,6 (315)	29,2	7,1	38,8	31,5	18,5	9,1	13,9

Soziale Schicht

Die Daten veranschaulichen, dass es sich beim Alkoholkonsum um ein schichtspezifisches Verhaltensmuster handelt. Legt man den oben beschriebenen Schichtindex zugrunde, wird deutlich, dass Personen der unteren Sozialschicht häufiger ganz auf Alkohol verzichten als Angehörige der Oberschicht. Dieser Unterschied zeigt sich insbesondere bei der 12-Monatsabstinenz (Tabelle 14-6).

Tabelle 4-6: Anteil der Abstinenz nach Sozialschicht

	Sozialschicht		
	Gering	Mittel	hoch
Lebenszeit	5,9	1,7	0,9
12 Monate	35,1	22,6	11,5

Betrachtet man die durchschnittlich täglich konsumierte Menge Reinalkohol, zeigt sich, dass Männer der Oberschicht im Mittel weniger trinken als Männer der Unter- und Mittelschicht (Tabelle 4-7). Bei den weiblichen Untersuchungsteilnehmern zeigt sich ein Schichtgradient in der Konsummenge dahingehend, dass Frauen der Unterschicht im Mittel weniger Alkohol tranken als Frauen der Mittel- und Oberschicht.

Tabelle 4-7: Durchschnittliche tägliche Reinalkoholmenge nach Geschlecht und Sozialschicht (Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage)

	Männer			Frauen		
	gering	mittel	Hoch	gering	mittel	hoch
Mittelwert	19,7	18,6	16,3	5,7	8,6	8,6

Auch in Hinblick auf die als riskanten Konsum definierten Trinkmengen tranken Männer aus der Unterschicht mit 25,7% häufiger als Männer der Oberschicht (20,8%) oberhalb des Grenzwertes. Der Anteil riskanten Konsums ist jedoch in der Mittelschicht am höchsten (27,5%). Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Rauschtrinken, das auch von Männern der Unterschicht häufiger praktiziert wurde als von Männern der Oberschicht. Auch bei Frauen zeigt sich in Bezug auf riskanten Konsum und Rauschtrinken ein Schichtgradient (Tabelle 4-8), der beim Rauschtrinken dem der Männer entspricht. Bezüglich der durchschnittlichen Trinkmenge von mehr als 12g pro Tag zeigt sich jedoch, dass weniger Frauen der Unter- als der Oberschicht oberhalb dieser Schwelle Alkohol tranken.

Tabelle 4-8: Riskanter Konsum ¹⁾ und Rauschtrinken ²⁾ nach Sozialschicht (Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage)

	Männer			Frauen		
	gering	mittel	hoch	gering	mittel	hoch
Riskanter Konsum	25,7	27,5	20,8	16,9	20,9	27,1
Rauschtrinken	53,3	42,0	32,1	19,1	15,1	9,6

1) Im Durchschnitt mehr als 12g Reinalkohol täglich für Frauen und 24g Reinalkohol täglich für Männer.

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

Trends

Abstinenz und Konsummenge. Zwischen 1995 und 2009 lassen sich Verschiebungen hin zur Abstinenz und zum risikoärmeren Konsum erkennen. Berichteten 1997 noch 16% von Abstinenz in den letzten 30 Tagen und 24,1% von einem riskanten Konsum, waren 2009 22,8% abstinent und hatten 17,7% einen risikoarmen Konsum. Diese Verschiebungen mit einem höheren Anteil von Abstinenz und risikoarmem Konsum aber weniger riskantem Konsum treten bei beiden Geschlechtern auf. Nach einem starken Rückgang des riskanten Konsums bis zum Jahr 2006 lassen sich im letzten Survey 2009 keine weiteren Änderungen feststellen (Tabelle 4-9).

Tabelle 4-9: Trends des Alkoholkonsums 18- bis 59-Jähriger (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage), 1995-2009

	Erhebungsjahr					
	1995	1997	2000	2003	2006	2009
Gesamt	910	997	931	1177	1361	1458
Abstinent	16,0	17,7	13,3	15,7	23,8	22,8
Risikoarmer Konsum ¹⁾	59,9*	57,2	62,6*	63,8*	61,0	59,5
Riskanter Konsum ²⁾	24,1*	25,1*	24,1*	20,5*	15,1	17,7
Männer	410	433	396	542	616	679
Abstinent	8,2	9,6	9,1	11,9	18,1	16,1
Risikoarmer Konsum	58,1*	56,1	60,9*	63,3	64,6	64,2
Riskanter Konsum	33,7*	34,4*	30,1*	24,8*	17,3	19,0
Frauen	500	564	535	635	745	779
Abstinent	23,7	25,1	17,4	19,8	29,7	29,1
Risikoarmer Konsum	61,5*	58,3	64,3*	64,2*	57,4	54,5
Riskanter Konsum	14,8	16,6	18,3*	15,9*	12,9	16,3

1) Männer >0-24g, Frauen: >0-12g Reinalkohol pro Tag.

2) Männer: >24g, Frauen: >12g Reinalkohol pro Tag.

*) $p < .05$ für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2009; Multinomial Logit Regression zur Vorhersage der Prävalenzen in den Konsumgruppen mit Jahr (Ref: 2009), Alter, (Geschlecht). Basiskategorie: abstinent.

Alkoholkonsum nach Getränk. Über einen Beobachtungszeitraum von 14 Jahren zeigt sich bezogen auf die letzten 30 Tage sowohl insgesamt als auch bei beiden Geschlechtern eine Abnahme der getränkesspezifischen Konsumprävalenzen. Insgesamt gingen zwischen 1995 und 2009 der Anteil der Biertrinker von 70,0% auf 60,4%, der Anteil der Wein/Sekttrinker von 63,3% auf 58,7% und der Anteil der Spirituosentrinker von 44,6% auf 30,2% zurück. Die Trenddaten zeigen jedoch, dass nach einem Rückgang der Prävalenzwerte bis 2000/03 in den 2000er Jahren keine weiteren Veränderungen zu beobachten sind. Hinsichtlich des Verlaufs der durchschnittlichen Trinkmengen lassen sich lediglich bei Bier Veränderungen feststellen. Bei Männern ging die durchschnittliche Menge getrunkenen Biers signifikant zurück. Keine Unterschiede des von den Konsumenten des jeweiligen Getränks durchschnittlich konsumierten Alkohols finden sich bei Wein/Sekt und Spirituosen (Tabelle 4-10).

Tabelle 4-10: Trends der Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und der durchschnittlichen Trinkmenge 18- bis 59-Jähriger, 1995-2009

		Erhebungsjahr					
		1995	1997	2000	2003	2006	2009
Gesamt		1120¹⁾	1143	1041	1235	1411	1492
Bier	% ²⁾	70,0*	71,1*	70,9*	62,7	59,7	60,4
	Liter ³⁾	2,8* (701) ⁴⁾	2,7* (736)	2,6* (676)	2,2 (708)	1,9 (791)	1,8 (861)
Wein/Sekt	%	68,7*	62,6*	64,6*	63,0*	55,4	53,3
	Liter	0,5 (667)	0,5 (644)	0,5* (641)	0,5 (740)	0,4 (734)	0,5 (749)
Spirituosen	%	44,6*	37,5*	40,3*	31,6	31,6	30,2
	Liter	0,04 (378)	0,04 (358)	0,05 (355)	0,05 (394)	0,05 (474)	0,05 (476)
Männer		515	517	455	567	639	692
Bier	%	89,1*	88,1*	87,6*	81,6*	77,3	76,5
	Liter	3,7* (429)	3,8* (430)	3,5* (383)	2,9 (448)	2,5 (477)	2,4 (523)
Wein/Sekt	%	67,6*	62,8*	57,6*	55,1*	50,4	47,7
	Liter	0,5 (288)	0,5 (264)	0,6 (241)	0,5 (296)	0,4 (291)	0,5 (298)
Spirituosen	%	57,1*	44,5*	45,9*	39,6	38,0	35,4
	Liter	0,05 (232)	0,05 (206)	0,05 (178)	0,06 (230)	0,05 (255)	0,05 (267)
Frauen		605	626	586	668	772	800
Bier	%	50,8*	53,8*	53,7*	42,9	41,8	43,8
	Liter	1,0 (272)	1,0 (306)	1,0 (293)	0,8 (260)	0,7 (314)	0,9 (338)
Wein/Sekt	%	69,8*	62,5	71,8*	71,3*	60,4	59,2
	Liter	0,4 (379)	0,5 (380)	0,5 (400)	0,5 (444)	0,4 (443)	0,4 (451)
Spirituosen	%	32,1*	30,4	34,5*	23,4	25,1	24,9
	Liter	0,03 (146)	0,03 (152)	0,04 (177)	0,03 (164)	0,04 (219)	0,03 (209)

1) Stichproben, ungewichtete n.

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

3) Mittelwert in Liter pro Woche für Konsumenten des Getränks.

4) Konsumenten des Getränks (ungewichtete n).

*) $p < .05$ für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2009; Lineare Regression zur Vorhersage der Log-transformierten Literangaben mit Jahr (Ref: 2009), Alter, (Geschlecht).

Rauschtrinken. Rauschtrinken definiert als Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit hat insgesamt über einen Zeitraum von 14 Jahren abgenommen. Es zeigen sich alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede. Insgesamt nimmt der Anteil der Rauschtrinker bei den 18- bis 59-Jährigen nach einem Rückgang zwischen 1995 und 2003 im weiteren Zeitverlauf wieder zu. Dies gilt jedoch nur für Männer, der Anteil der Frauen bleibt relativ konstant bei ca. 10%. Deutlich zugenommen hat der Anteil der Rauschtrinker bei den 18- bis 24-Jährigen beiderlei Geschlechts, während der Anteil bei den 40- bis 59-Jährigen zurückging. Geschlechtsunterschiede zeigen sich bei den 25- bis 39-Jährigen. Hier gehen die Werte nach einem Rückgang bis 2003 wieder hoch. Bei den Frauen findet sich nach einem relativ konstanten Verlauf in der Erhebung 2009 eine deutliche Zunahme (Tabelle 4-11).

Tabelle 4-11: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens¹⁾, 1995-2009

	Alter	Erhebungsjahr					
		1995	1997	2000	2003	2006	2009
Gesamt		1121²⁾	1091	1034	1232	1396	1491
	18-59	25,7	29,1*	21,6	18,5*	20,2	22,3
	18-24	28,6	43,4	35,2	36,2	46,5	40,4
	25-39	26,6	27,4	23,7	17,4*	21,4	25,1
	40-59	24,0*	25,6*	15,8	14,1	13,0	15,9
Männer		515	503	452	560	633	689
	18-59	40,4	45,5*	34,1	28,1*	30,7	33,9
	18-24	39,5	60,5	49,1	50,7	53,1	55,3
	25-39	43,7	44,8	39,2	25,6*	37,1	36,4
	40-59	37,7*	41,0*	25,0	23,4	20,8	26,7
Frauen		606	588	582	672	763	802
	18-59	10,7	12,0	8,8	8,7	9,5	10,5
	18-24	17,3	26,5	21,2	21,6	38,5*	25,1
	25-39	9,2	8,4	7,4*	9,0	6,9*	13,7
	40-59	10,3*	9,7	6,4	4,6	5,1	4,6

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

2) 1995-2009: ungewichtete n der 18- bis 59-Jährigen.

*) $p < .05$ für Vergleich mit dem Jahr 2009; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2009), Alter, (Geschlecht).

Tabellen zu Alkohol

Tabelle 4-12: Verteilung des Alkoholkonsums für Männer und Frauen (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen in Gramm Reinalkohol pro Tag)

	Altersgruppen						
	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64	
Männer	751	188	95	139	140	189	
Lebenslang abstinent	1,8 (15)	3,3	1,0	3,4	1,4	0,7	
Nur letzte 12 Monate abstinent	6,1 (43)	3,7	1,9	5,7	4,2	10,4	
Nur letzte 30 Tage abstinent	9,1 (70)	14,6	9,0	8,1	11,6	5,0	
Risikoarmer Konsum ¹⁾	62,9 (472)	55,2	71,8	69,3	67,6	54,9	
Riskanter Konsum ²⁾	20,1 (151)	23,2	16,3	13,5	15,1	29,1	
Frauen	855	215	127	168	154	191	
Lebenslang abstinent	2,6 (20)	2,4	0,8	0,6	2,1	5,1	
Nur letzte 12 Monate abstinent	9,8 (77)	5,3	10,2	9,2	8,2	13,5	
Nur letzte 30 Tage abstinent	16,9 (152)	17,8	20,7	21,1	14,9	14,4	
Risikoarmer Konsum	54,4 (469)	57,7	57,7	54,2	58,1	48,7	
Riskanter Konsum	16,3 (137)	16,7	10,7	14,8	16,8	18,4	

1) Männer >0-24g, Frauen: >0-12g Reinalkohol pro Tag.

2) Männer: >24g, Frauen: >12g Reinalkohol pro Tag.

Tabelle 4-13: Prävalenz des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke und durchschnittliche Trinkmengen für Männer und Frauen

		Altersgruppen						
		Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64	
Männer								
Bier	% ¹⁾	76,6	72,4	80,5	78,5	76,0	76,6	
	Liter ²⁾	2,5	2,6	2,3	2,4	1,9	3,2	
Wein/Sekt	%	47,9	31,7	37,6	48,1	49,3	56,7	
	Liter	0,5	0,5	0,3	0,3	0,5	0,7	
Spirituosen	%	35,7	51,3	44,5	31,9	32,7	31,2	
	Liter	0,05	0,09	0,08	0,05	0,02	0,04	
Mischgetränke	%	17,6	33,6	29,9	22,9	11,9	8,2	
	Liter	0,7	1,1	0,9	0,4	0,4	0,5	
Frauen								
Bier	%	43,7	41,3	41,1	42,3	48,7	42,2	
	Liter	0,9	0,8	0,7	0,8	0,9	1,1	
Wein/Sekt	%	58,9	51,0	59,9	60,0	64,8	55,9	
	Liter	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	
Spirituosen	%	24,4	36,9	24,4	19,7	23,6	22,8	
	Liter	0,03	0,06	0,03	0,03	0,02	0,02	
Mischgetränke	%	18,3	41,5	33,9	21,1	13,0	6,1	
	Liter	0,4	0,8	0,4	0,3	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

Fast alle (99,0%) Tabakkonsumenten gaben Zigaretten als hauptsächlich gerauchte Tabakware an. Dem folgten Shisha mit 13,6%, Zigarillos mit 10,7%, Zigarren mit 6,8% und Pfeife mit 5,3%. Mit Ausnahme Pfeife, die vor allem von älteren Erwachsenen präferiert wurden, spielten Zigarren, Zigarillos und Shisha vor allem jüngeren Personen eine größere Rolle. Alle Tabakwaren wurden häufiger von Männern geraucht. Ausnahme waren Zigaretten, die von Frauen und Männern nahezu gleich häufig bevorzugt wurden.

Prävalenz des Tabakkonsums

Ein Viertel (25,7%) der 18- bis 64-jährigen Befragten gab an, im letzten Monat geraucht zu haben (Tabelle 5-1). Der Unterschied zwischen Männern und Frauen fällt nur gering aus (28,0% vs. 23,4%). Von den unter 30-Jährigen rauchte etwa ein Drittel, von den über 30-Jährigen gab dagegen nur etwa jeder Vierte an zu rauchen. Der Anteil der Nichtraucher nimmt ebenfalls über die Altersgruppen hinweg ab. Im Gegenzug zur Abnahme der Anteile der Raucher und Nichtraucher steigt der Anteil der Exraucher mit dem Alter. Er steigt von 9,1% bei den 18- bis 24-Jährigen auf 31,8% bei den 50- bis 64-Jährigen. Trotz geringer Geschlechtsunterschiede bei den Rauchern bezeichneten sich jede zweite Frau (56,0%) aber nur 42,5% der Männer als Nichtraucher. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung rauchten in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung 1.1 Mio. Männer (95%-KI: 980.000-1.25 Mio.) und 920.000 Frauen (95%-KI: 800.000-1.04 Mio.) in Bayern.

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

	Altersgruppen						
	Gesamt		18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Gesamt	1646		408	229	318	300	391
Nichtraucher ¹⁾	49,2 (836)		57,6	47,9	47,6	47,8	48,3
Exraucher ²⁾	25,1 (363)		9,1	17,6	22,4	29,9	31,8
Raucher ³⁾	25,7 (447)		33,3	34,5	30,0	22,3	19,9
Männer	762		191	98	141	140	192
Nichtraucher	42,5 (336)		54,8	50,0	37,4	42,5	38,1
Exraucher	29,5 (202)		12,3	12,8	25,5	36,6	38,6
Raucher	28,0 (224)		32,9	37,2	37,1	20,9	23,3
Frauen	884		217	131	177	160	199
Nichtraucher	56,0 (500)		60,5	45,9	57,9	53,4	58,6
Exraucher	20,5 (161)		5,7	22,4	19,2	22,9	25,0
Raucher	23,4 (223)		33,8	31,7	22,9	23,7	16,5

1) Insgesamt höchstens 100mal geraucht

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

3) In den letzten 30 Tagen geraucht

Menge des Zigarettenkonsums

Von den Zigarettenrauchern rauchten 32,1% nicht täglich, 24,7% gaben einen Konsum von höchstens 10 Zigaretten pro Tag und 20,5% einen Konsum von 11-19 Zigaretten pro Tag an. Der Anteil starker Raucher mit einem täglichen Konsum von 20 oder mehr Zigaretten beträgt 22,7%. Deutlich mehr Männer als Frauen rauchten stark (26,3% vs. 18,5%). Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil starker Raucher deutlich zu, bei den 50- bis 64-Jährigen Rauchern gab jeder Dritte (31,8%) an, stark zu rauchen. Eine nach Geschlecht und Alter getrennte Betrachtung zeigt bei beiden Geschlechtern einen mit steigendem Alter zunehmenden Anteil starker Raucher (Tabelle 5-2). Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung fanden sich 280.000 Männer (95%-KI: 210.000-370.000) und 170.000 Frauen (95%-KI: 120.000-240.000), die in den 30 Tagen vor der Befragung täglich 20 oder mehr Zigaretten rauchten.

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

	Gesamt		Altersgruppen				
			18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Gesamt	434		131	79	90	67	67
Nicht täglich	32,1	(148)	43,1	32,0	31,0	29,1	28,1
Täglich bis 10	24,7	(114)	33,8	26,6	27,8	17,3	21,4
Täglich 11-19	20,5	(87)	17,6	19,9	19,3	25,5	18,7
Täglich 20 oder mehr	22,7	(85)	5,5	21,5	21,9	28,1	31,8
Männer	214		61	35	49	30	39
Nicht täglich	30,8	(68)	33,6	42,0	25,3	27,4	31,8
Täglich bis 10	20,8	(49)	36,8	22,2	25,5	12,2	11,9
Täglich 11-19	22,1	(46)	21,9	12,6	21,1	30,5	21,2
Täglich 20 oder mehr	26,3	(51)	7,7	23,2	28,1	29,9	35,0
Frauen	220		70	44	41	37	28
Nicht täglich	33,7	(80)	52,5	20,7	40,0	30,5	22,7
Täglich bis 10	29,3	(65)	30,8	31,6	31,4	21,9	34,9
Täglich 11-19	18,5	(41)	13,4	28,0	16,4	21,2	15,1
Täglich 20 oder mehr	18,5	(34)	3,4	19,7	12,3	26,5	27,2

Alter des ersten Tabakkonsums

Die Verteilung des Alters ersten Tabakkonsums nach Altersgruppen weist bei den Frauen auf eine deutliche Reduktion des Tabakkonsums mit den Alterskohorten hin, andererseits zeigt sich über die Alterskohorten eine deutliche Vorverlagerung des Alters des ersten Tabakkonsums. Während von den 18- bis 24-Jährigen 35% bis zum Alter von 16 Jahren Tabak probiert hatten, waren es bei den 25- bis 29-Jährigen 47%, bei den 30- bis 39-Jährigen 29%, bei den 40- bis 49-Jährigen 31% und bei den 50- bis 64-Jährigen 16% (Abbildung 5-1). Bei den Männern haben die über 30-Jährigen im Vergleich zu den jüngeren Kohorten eine höhere Lebenszeiterfahrung mit Tabak. Bis zum Alter von 16 Jahren hatten in allen Alterskohorten in etwa 40% bereits Erfahrung mit Tabak. In den beiden jüngsten Kohorten finden sich deutlich weniger Personen mit Tabakerfahrung (Abbildung 5-2).

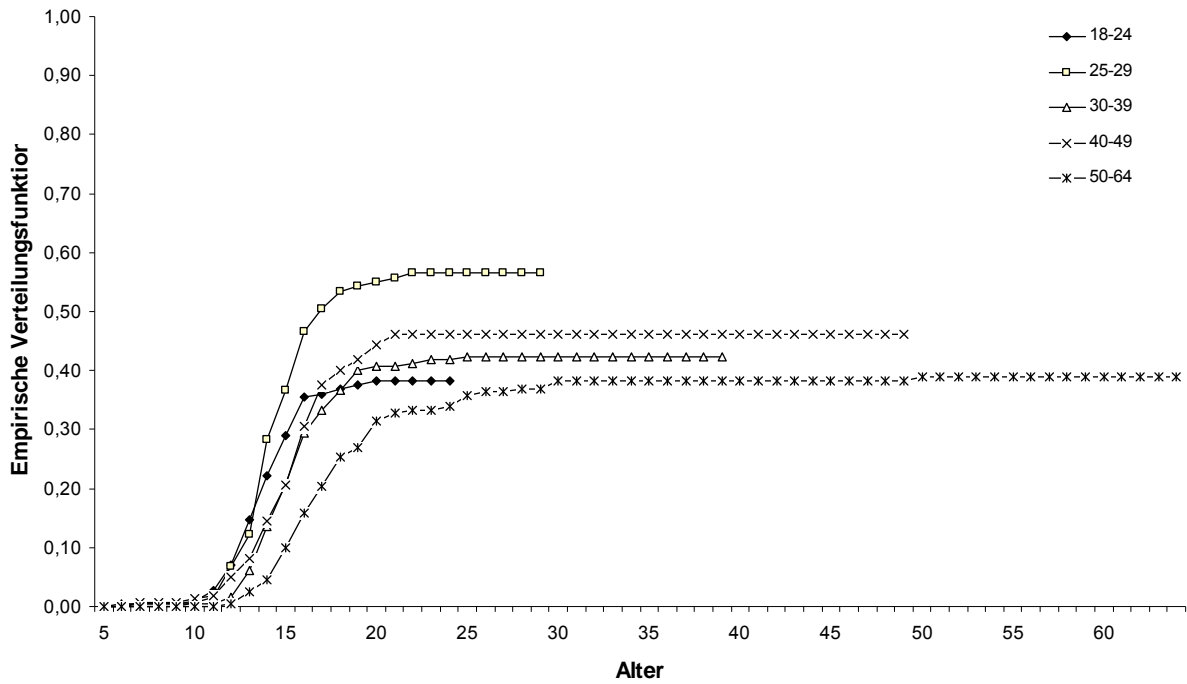


Abbildung 5-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Frauen

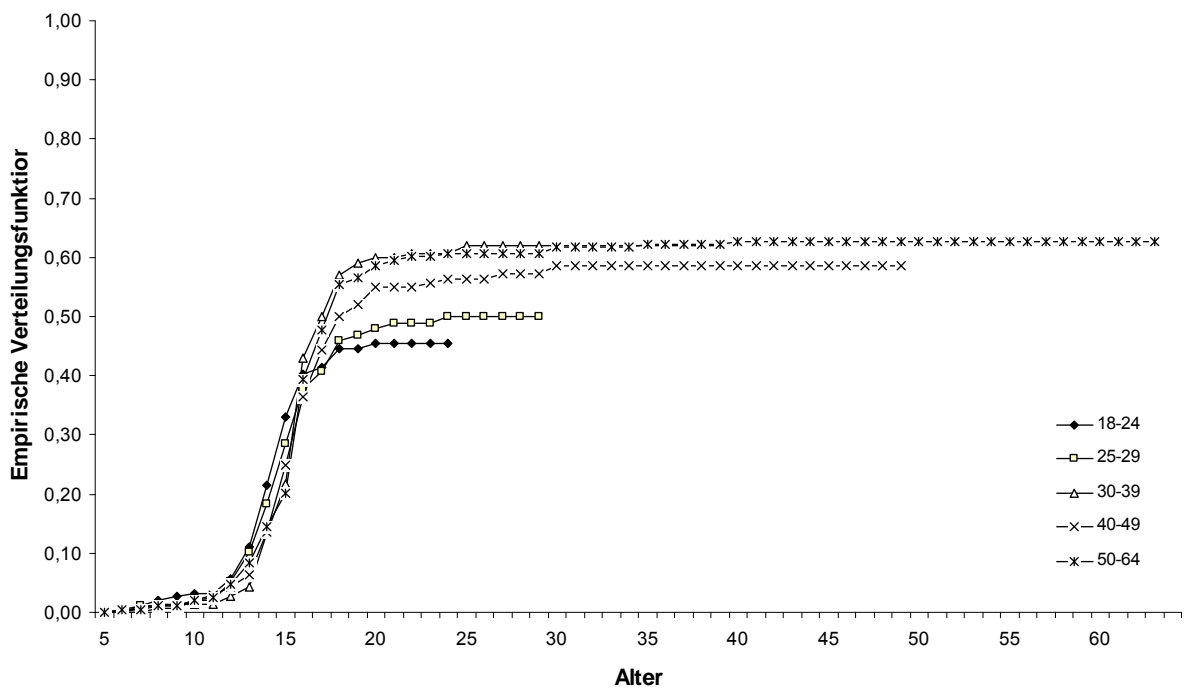


Abbildung 5-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Männer

Alter des Beginns täglichen Tabakkonsums

Der Beginn des täglichen Tabakkonsums ist etwas zeitlich verschoben zum ersten Konsum. Auch rauchten in jeder Alterskohorte etwas weniger Personen täglich. Abbildung 5-3 zeigt

bei den Frauen, dass die beiden jüngsten Alterskohorten deutlich früher mit dem täglichen Rauchen anfangen und dass auch bereits in jungem Alter mehr junge weibliche Erwachsene täglich rauchten als dies bei den anderen drei Alterskohorten der Fall war. Bis zum Alter von 16 Jahren rauchten 24% der 18- bis 24-Jährigen sowie der 25- bis 29-Jährigen bereits täglich. Bei den 30- bis 39-Jährigen waren es 13%, bei den 40- bis 49-Jährigen 7% und bei den 50- bis 64-Jährigen ebenfalls 6%.

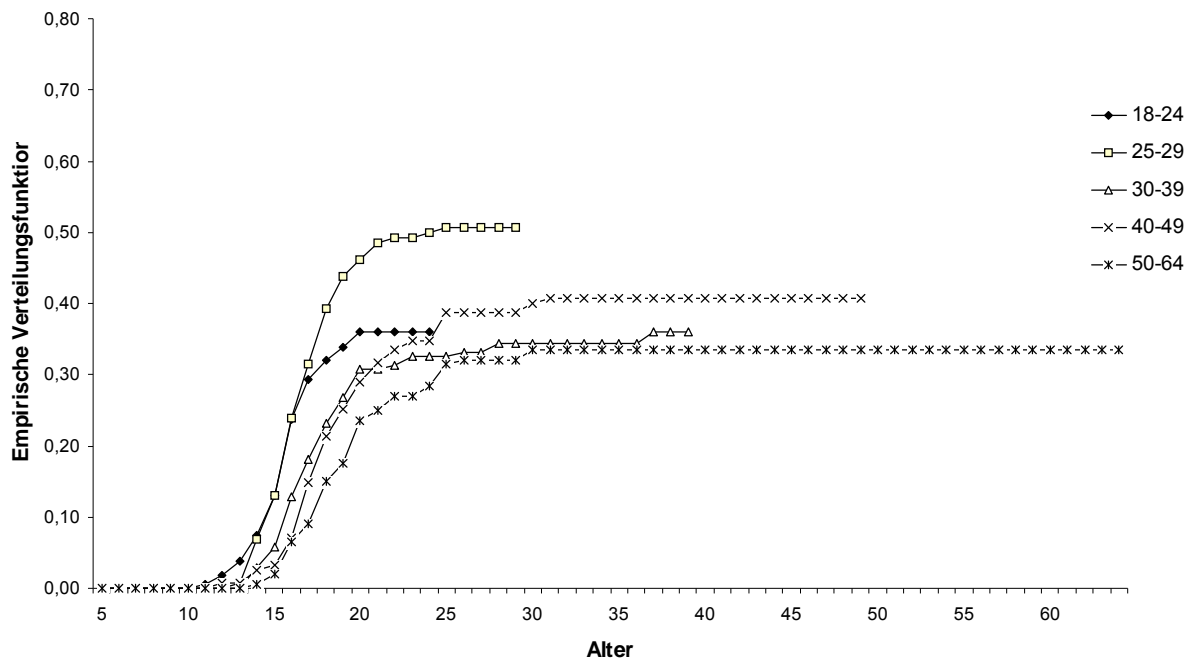


Abbildung 5-3: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Frauen

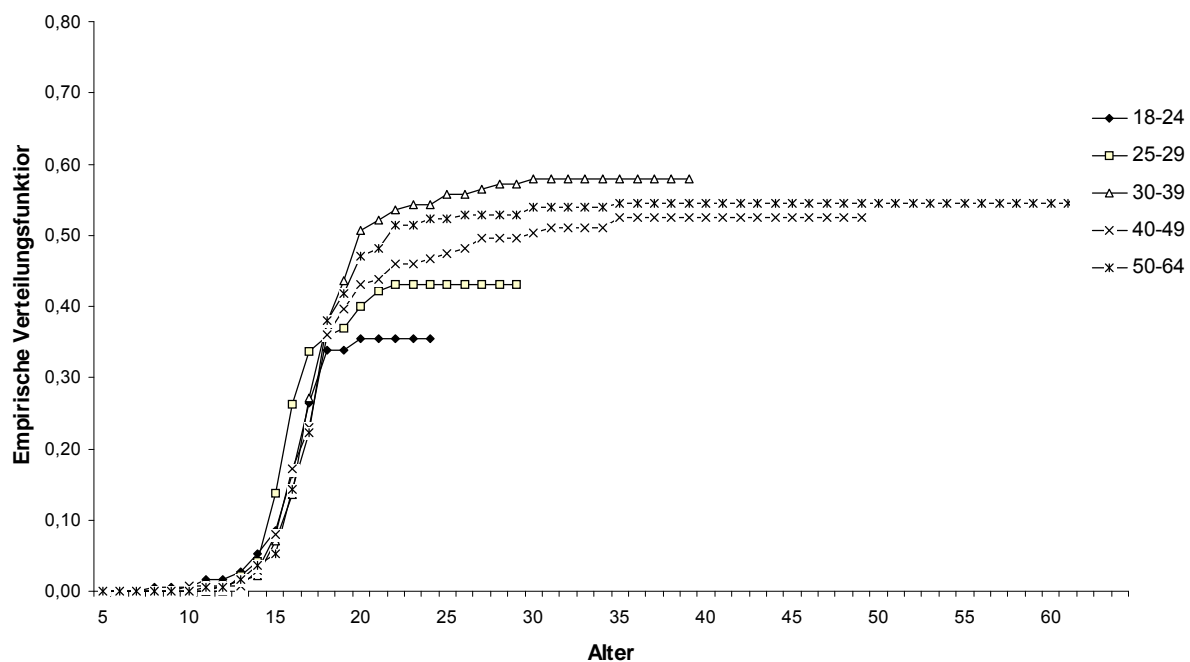


Abbildung 5-4: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Männer

Auch die Verteilung des Alters des Beginns des täglichen Rauchens bei den Männern erfolgte zeitlich versetzt zum ersten Konsum. Mit Ausnahme der Alterskohorte der 25- bis 29-Jährigen, die früher mit dem täglichen Rauchen begann, zeigen die anderen Altersgruppen einen nahezu identischen zeitlichen Verlauf des Beginns täglichen Rauchens. Während von den 25- bis 29-Jährigen bis zum Alter von 16 Jahren bereits 26% täglich rauchten, waren es bei den anderen jeweils etwa 15%. Die älteren Kohorten weisen im Vergleich zu den beiden jüngeren Altersgruppen ab dem 20. Lebensjahr einen höheren Anteil täglicher Raucher auf (Abbildung 5-4).

Nikotinabhängigkeit

Legt man für die Diagnose einer Abhängigkeit die Kriterien des DSM-IV zugrunde, wurden in der die Gesamtstichprobe 5,1% und in der Gruppe der Tabakraucher 18,0% als nikotinabhängig eingeschätzt (Tabelle 5-3). Die Prävalenzwerte für Männer und Frauen sind bezogen auf die Gesamtstichprobe nahezu identisch (5,0% vs. 5,1%). Bezogen auf die Raucher bzw. Raucherinnen ist der Anteil der nikotinabhängigen Frauen etwas höher (20,4% vs. 16,2%). Mit dem Alter sind die Prävalenzwerte leicht rückläufig (Gesamtstichprobe). Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung wurden 400.000 Personen (95%-KI: 320.000-500.000) als nikotinabhängig nach DSM-IV klassifiziert (12-Monats-Prävalenz). Davon jeweils 200.000 (95%-KI: 145.000-270.000) Männer und Frauen.

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

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Gesamtstichprobe	1638	757	881	407	228	316	298	389
DSM-IV Abhängigkeit	5,1 (94)	5,0	5,1	8,1	11,3	4,0	4,1	3,4
Raucher	489	247	242	145	89	101	75	79
DSM-IV Abhängigkeit	18,0 (94)	16,2	20,4	21,9	29,3	12,2	16,6	16,0

Passivrauchen

Insgesamt waren 6,8% der aktuell nicht rauchenden Erwerbstätigen und Auszubildenden täglich am Arbeitsplatz dem Passivrauchen ausgesetzt, weitere 6,6% ein- bis dreimal pro Woche (Tabelle 5-4). Von täglichem Passivrauchen zu Hause berichteten 3,6% der Untersuchungsteilnehmer. In der Freizeit lag der Anteil des täglichen Passivrauchen bei 0,7%, jeder Siebte (13,6%) der Befragten berichtete von einer ein- bis mehrmaligen wöchentlichen Exposition. Stark beeinträchtigt durch das Rauchen anderer fühlten sich 44,4% der Befragten. Erwartungsgemäß gaben Nichtraucher (65,8%) häufiger als Raucher (6,0%) und Exraucher (42,0%) an, sich durch das Rauchen anderer gestört zu fühlen. Frauen gaben häufiger an, sich durch Passivrauchen stark beeinträchtigt zu fühlen als Männer (Männer: 38,9%; Frauen: 49,9%).

Tabelle 5-4: Häufigkeit des Passivrauchens, Vermeidung von Passivrauchen und Einstellung zum Rauchen

		Gesamt	Männer	Frauen	Nicht-raucher	Exraucher	Raucher
Zu Hause	(fast) täglich	3,6	3,7	3,6	4,3	2,4	
	1-3x pro Woche	3,1	3,6	2,7	4,1	1,2	
Am Arbeitsplatz ¹⁾	(fast) täglich	6,8	9,0	4,2	6,9	6,8	
	1-3x pro Woche	6,6	8,8	4,0	6,1	7,6	
In der Freizeit	(fast) täglich	0,7	1,1	0,3	0,6	1,0	
	1-3x pro Woche	13,6	18,5	8,9	14,4	11,9	
Raucher stören	Stark ²⁾	44,4	38,9	49,9	65,8	42,0	6,0
	weniger stark ³⁾	33,5	33,4	33,6	28,7	34,0	42,1
	gar nicht	22,1	27,7	16,4	5,5	24,0	51,9

1) Bezogen auf Erwerbstätige und Auszubildende.

2) Kategorien sehr leicht und ziemlich leicht.

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

Soziale Schicht

Die Daten veranschaulichen, dass es sich beim Rauchen um ein im hohen Maße schichtspezifisches Verhaltensmuster handelt. Legt man den in der Studie verwendeten Winkler-Index zugrunde, dann rauchten 40,7% der Männer aus der Unterschicht, aber nur 28,4% aus der Mittelschicht und 22,8% der Oberschicht (Tabelle 5-5). Unter Einbeziehung der Anteile der Exraucher wird deutlich, dass Männer, die der Unterschicht angehören, nicht nur häufiger rauchten, sondern auch seltener wieder aufhörten. Bei Frauen sind ebenfalls Schichtunterschiede festzustellen, die ähnlich ausgeprägt sind wie die der Männer. Keine Unterschiede nach Schichtzugehörigkeit lassen sich jedoch im Anteil der Nichtraucherinnen beobachten.

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

	Männer			Frauen		
	Gering	mittel	hoch	gering	mittel	hoch
Nichtraucher	41,4	37,9	46,9	61,5	51,5	59,2
Raucher	40,7	28,4	22,8	27,2	26,4	17,6
Exraucher	18,0	33,7	30,4	11,3	22,1	23,2

Eine nach Altersgruppe differenzierte Betrachtung verdeutlicht, dass sich der Schichtgradient bei Männern und Frauen am deutlichsten im jüngeren und mittleren Lebensalter abzeichnet (Tabelle 5-6). Bei den über 50-Jährigen treten schichtspezifische Unterschiede im Rauchen schwächer hervor. Starkes Rauchen von 20 und mehr Zigaretten täglich berichteten vermehrt Männer mit niedriger Sozialschichtzugehörigkeit (Tabelle 5-7).

Tabelle 5-6: Prävalenz des täglichen Zigarettenrauchens nach Sozialschicht

	Männer			Frauen		
	Gering	mittel	hoch	gering	mittel	hoch
< 30 Jahre	29,9	23,3	9,2	25,0	20,7	11,3
30 - 49 Jahre	44,9	20,2	13,3	20,5	17,3	12,0
> 49 Jahre	21,7	12,7	13,1	15,1	16,8	3,4

Tabelle 5-7: Prävalenz des Rauchens von täglich 20 oder mehr Zigaretten nach Sozialschicht

	gering	mittel	hoch
Männer	15,5	7,3	3,5
Frauen	7,1	4,9	1,7
Gesamt	11,2	6,0	2,7

Tabelle 5-8 zeigt, wie sich der Anteil der Raucher (Lebenszeit) nach Sozialschicht verändert hat. In der ältesten Geburtskohorte, zu der Personen zählen, die zwischen 1945 und 1969 geboren wurden, haben mehr Männer der Oberschicht als Männer der Unterschicht jemals geraucht. In den jüngeren Geburtskohorten zeigt sich ein umgekehrtes Verhältnis, wonach Männer der Unterschicht im Vergleich zu Männern der Oberschicht häufiger rauchten. Dieser Zusammenhang verdeutlicht sich auch durch die Differenzen der Raucher-Prävalenzen in der Ober- und Unterschicht, die ebenfalls in Tabelle 5-8 aufgeführt sind. Bei Frauen zeigt sich eine umgekehrte Tendenz. Mit Ausnahme der ältesten Kohorte nimmt in der Unterschicht die Prävalenz zu jüngeren Kohorten hin ab, in der Oberschicht verhält es sich umgekehrt. Die Effekte (Differenzen) sind allerdings nur schwach.

Tabelle 5-8: Prävalenz des Rauchens (Lebenszeit) nach Sozialschicht und Geburtskohorte

	Männer				Frauen			
	Gering (1)	Mittel (2)	Hoch (3)	Diff. 3-1	Gering (1)	Mittel (2)	Hoch (3)	Diff. 3-1
1985-91	51,7	46,6	38,0	-13,7	41,8	34,9	49,9	+8,1
1980-84	58,3	52,5	37,7	-20,6	47,8	56,8	51,5	+3,7
1970-79	81,3	74,5	48,9	-32,4	39,1	48,6	35,5	-3,6
1960-69	50,2	62,2	56,0	+5,8	59,3	47,8	43,0	-16,3
1945-59	59,5	65,1	60,1	+0,6	22,9	52,1	38,2	+15,3

Soziale Unterschiede bestehen auch in der Passivrauchbelastung (Tabelle 5-9). Von den nicht-rauchenden Männern bzw. Männern, die das Rauchen beendet haben, waren nach eigener Auskunft 38,4% der Unterschicht und 10,5% der Oberschicht mindestens zwei- bis dreimal pro Woche Tabakrauch ausgesetzt. Bei den Nicht- und Exraucherinnen gaben 12,4% der Unterschicht, aber nur 3,4% der Oberschicht an, Tabakrauch ausgesetzt gewesen zu sein. Die Passivrauchbelastung war an verschiedenen Orten unterschiedlich stark: In der eigenen Wohnung waren 13,7% der Männer aus der Unterschicht, aber nur 3,4% der Männer aus der Oberschicht Tabakrauch ausgesetzt. Am Arbeitsplatz sahen sich 25,4% der

Männer aus der Unterschicht, jedoch nur 5,6% der Männer der Oberschicht Passivrauchbelastungen gegenüber. Nichtraucherinnen sind insgesamt weniger passivrauchbelastet als Männer, auch sind die Schichtunterschiede weniger stark ausgeprägt (Tabelle 5-10).

Tabelle 5-9: Passivrauchbelastung ¹⁾ der Nicht- und Exraucher nach Sozialschicht

	Männer			Frauen		
	gering	mittel	hoch	gering	mittel	hoch
< 30 Jahre	42,3	38,1	35,1	24,0	21,5	13,6
30 - 49 Jahre	12,2	21,1	7,8	18,3	14,0	2,2
> 49 Jahre	56,5	15,5	4,8	0,0	15,9	2,4
Gesamt	38,4	23,2	10,5	12,4	16,5	3,4

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

Tabelle 5-10: Ort der Passivrauchbelastung ¹⁾ der Nie- und Exraucher nach Sozialschicht

	Männer			Frauen		
	gering	mittel	hoch	gering	mittel	hoch
Zu Hause	13,7	5,9	3,4	4,6	6,4	1,6
Am Arbeitsplatz	25,4	16,8	5,6	7,1	8,8	1,0
Freizeit	11,5	6,0	4,5	2,6	4,3	1,6

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

Trends

Prävalenz des Rauchens. Nach einem deutlichen Rückgang der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens zwischen 1980 und 1990 zeigt sich bis 2006 keine weitere Änderung im Anteil der 18- bis 24-jährigen Raucher. In der letzten Erhebung geht die Prävalenz bei den jungen Erwachsenen jedoch wieder deutlich zurück (Tabelle 5-11). Beobachtungen nach Altersgruppen zwischen 1986 und 2009 weisen bei den 18- bis 29-Jährigen und den 40- bis 59-Jährigen auf eine Konvergenz der Raucherprävalenz bei Männern und Frauen hin, wobei die Werte bei Männern stärker zurückgingen als bei Frauen (Tabelle 5-12). In der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen sind die Prävalenzwerte bei beiden Geschlechtern zwischen 1990 und 2006 dagegen deutlich zurückgegangen, zeigen aber in der letzten Erhebung wieder einen leichten Anstieg.

Tabelle 5-11: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens 18- bis 24-Jähriger, 1980-2009

	Erhebungsjahr								
	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009
Gesamt	990	482	1305	82	118	125	286	326	408
	62,0*	42,2*	38,9	39,2	41,2	39,9	37,2	42,3*	33,3

*) p<.05 für Vergleich mit dem Jahr 2009; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2009), Alter, Geschlecht.

Tabelle 5-12: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens, 1986-2009

	Alter	Erhebungsjahr							
		1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009
Gesamt		692	2928	1127	1146	1036	1259	1414	1493
	18-29	40,2*	39,1*	39,5	41,8*	41,3	37,9	39,6	33,8
	30-39	-	38,0*	37,5*	39,0*	38,6*	31,1	24,2	30,0
	40-59	-	-	28,4*	29,0*	28,4*	27,0	25,9	22,3
Männer		355	1431	517	518	453	575	638	689
	18-29	44,7*	41,8*	49,4*	53,4*	46,0	42,9	40,1	34,7
	30-39	-	41,9	42,3	43,1	44,0	34,3	30,2	37,1
	40-59	-	-	30,4	39,2*	34,7*	29,5	26,8	23,5
Frauen		337	1497	610	628	583	684	776	804
	18-29	35,6	36,3	29,1	29,8	36,6	32,9	39,0	32,9
	30-39	-	33,8*	32,3*	34,5*	33,0*	27,8	18,9	22,9
	40-59	-	-	26,4	18,5	22,0	24,5	24,9	21,2

*) $p < .05$ für Vergleich mit dem Jahr 2009; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2009), Alter, (Geschlecht).

Prävalenz starken Rauchens. Trendbeobachtungen zwischen 1980 und 2009 zeigen insgesamt einen starken Rückgang der Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag von 21,2% (1980) auf 1,8% (2009) bei 18- bis 24-jährigen jungen Erwachsenen. Nach einem deutlichen Rückgang zwischen 1980 und 1990 ist die Prävalenz des starken Rauchens bis 2003 weiter gefallen, im weiteren Verlauf zeigt sich dann nach einem leichten Anstieg in 2006 eine deutliche Reduktion in 2009 (Tabelle 5-15). Dieser generelle rückläufige Trend zeigt sich zwischen 1986 und 2009 bei beiden Geschlechtern in den Altersgruppen der 18- bis 29-Jährigen, der 30- bis 39-Jährigen und der 40- bis 59-Jährigen (Tabelle 5-14).

Tabelle 5-13: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag bei 18 bis 24-Jährigen, 1980-2009

	Erhebungsjahr								
	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009
Gesamt	980	482	1214	82	118	121	283	321	407
	21,2*	13,4*	13,0*	13,1*	11,5*	6,8*	6,0*	8,8*	1,8

*) $p < .05$ für Vergleich mit dem Jahr 2009; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2009), Alter, Geschlecht.

Tabelle 5-14: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag, 1986-2009

	Alter	Erhebungsjahr							
		1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009
Gesamt		692	2751	1120	1141	1009	1233	1397	1484
	18-29	14,0*	13,7*	13,9*	14,0*	8,8*	6,7	7,2	4,2
	30-39	-	16,8*	14,0*	16,5*	14,6*	9,6	6,4	6,4
	40-59	-	-	11,6*	13,5*	9,2	9,6*	7,5	6,1
Männer		355	1335	516	517	438	558	632	682
	18-29	18,4*	17,1*	20,8*	21,8*	10,9	7,6	8,1	5,0
	30-39	-	21,8*	19,7*	20,9*	20,8*	13,5	12,1	10,1
	40-59	-	-	13,7*	21,9*	12,3*	10,8	10,0	6,9
Frauen		337	1416	604	624	571	675	765	802
	18-29	9,4*	10,1*	6,6	5,9	6,8	5,8	6,2	3,4
	30-39	-	11,7*	7,9*	11,7*	8,1*	5,6	1,3	2,8
	40-59	-	-	9,5	4,9	6,1	8,4	4,9	5,4

*) $p < .05$ für Vergleich mit dem Jahr 2009; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2009), Alter, (Geschlecht).

Nikotinabhängigkeit. In der Gruppe der 18- bis 59-Jährigen gab es zwischen 2000 und 2009 insgesamt und bei beiden Geschlechtern keine signifikanten Veränderungen in der Prävalenz der Nikotinabhängigkeit. Tendenziell weisen die Werte aber bei den Männern auf eine Abnahme und bei den Frauen auf eine Zunahme der Prävalenz hin (Tabelle 5-15).

Tabelle 5-15: Trends der Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV bei 18- bis 59-Jährigen, 2000-2009

	Erhebungsjahr		
	2000	2006	2009
Gesamt	1010	1404	1486
	5,2	6,3	5,2
Männer	435	634	685
	6,5	7,3	5,1
Frauen	575	770	801
	3,9	5,4	5,4

*) $p < .05$ für Vergleich mit dem Jahr 2009; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2009), Alter, (Geschlecht)

6 Medikamente

12-Monats-Prävalenz der Einnahme von Medikamenten

Knapp zwei Drittel (61,2%) der Befragten nahm in den letzten 12 Monaten mindestens eines der erfragten Medikamente, wobei die Prävalenz bei den Frauen mit 69,1% deutlich höher ist als bei den Männern mit 53,4% (Tabelle 6-1). Anders als erwartet gaben mit 55,4% weniger 50- bis 64-Jährige die Medikamenteneinnahme in den letzten 12 Monaten an als die Jüngeren mit über 60%. Auch bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtung sind die jeweils niedrigsten Prävalenzraten bei den ältesten Befragten zu finden. Bei den Männern beträgt die 12-Monats-Prävalenz der 18- bis 24-Jährigen 52,3% und der 50- bis 64-Jährigen 45,3%, bei den 18- bis 24-Jährigen Frauen 69,7% und den 50- bis 64-jährigen Frauen 65,6%.

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

Gesamt	Gesamt	Altersgruppen				
		18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	58,8	59,8	67,9	65,5	58,5	51,4
Schlafmittel	5,5	3,7	6,5	3,7	5,0	7,4
Beruhigungsmittel	3,7	3,5	2,6	2,5	3,3	5,2
Anregungsmittel	0,4	0,2	0,8	0,4	0,0	0,6
Appetitzügler	0,4	0,6	0,6	0,2	0,1	0,7
Antidepressiva	3,7	1,2	3,5	3,7	3,5	5,1
Neuroleptika	0,5	0,0	0,7	0,0	0,3	1,2
Anabolika	0,4	0,2	0,5	0,7	0,3	0,2
Mindestens ein Medikament	61,2	60,8	69,9	67,0	60,3	55,4
Männer	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	51,4	51,0	64,1	61,2	49,6	42,6
Schlafmittel	4,0	2,4	5,2	0,6	5,7	5,0
Beruhigungsmittel	3,1	1,5	2,0	3,1	2,1	5,0
Anregungsmittel	0,4	0,0	0,8	0,7	0,0	0,7
Appetitzügler	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,6
Antidepressiva	1,9	0,6	2,2	1,8	1,4	2,8
Neuroleptika	0,1	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0
Anabolika	0,5	0,0	1,1	1,5	0,0	0,5
Mindestens ein Medikament	53,4	52,3	66,4	61,9	52,0	45,3
Frauen	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	66,4	68,9	71,8	69,8	67,6	60,2
Schlafmittel	7,0	5,2	7,8	6,9	4,3	9,9
Beruhigungsmittel	4,2	5,5	3,2	1,9	4,5	5,4
Anregungsmittel	0,3	0,4	0,8	0,0	0,0	0,6
Appetitzügler	0,6	1,2	1,3	0,5	0,0	0,7
Antidepressiva	5,6	1,7	4,8	5,6	5,7	7,4
Neuroleptika	0,9	0,0	0,0	0,0	0,7	2,4
Anabolika	0,2	0,4	0,0	0,0	0,5	0,0
Mindestens ein Medikament	69,1	69,7	73,4	72,2	68,7	65,6

Schmerzmittel wurden von Frauen und Männern in allen Altersgruppen am häufigsten genommen (58,8%), wobei mehr Frauen als Männer Schmerzmittel nahmen (66,4% vs.

51,4%). Die Einnahme von Schmerzmitteln wurde von den 50- bis 64-Jährigen (51,4%) seltener berichtet als von den anderen Altersgruppen, von denen jeweils knapp zwei Drittel der Befragten mindestens einmal in den letzten 12 Monaten den Gebrauch von Schmerzmitteln angaben. Seltener als Schmerzmittel wurden Schlaf- und Beruhigungsmittel und Antidepressiva genommen. Die Prävalenzwerte von Neuroleptika, Anregungsmitteln und Appetitzüglern bewegen sich bei 1% und weniger. Mehr Frauen als Männer gaben die Einnahme psychoaktiver Medikamente an. Psychopharmaka wie Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Antidepressiva spielten in allen Altersgruppen eine wichtige Rolle, bei Männern gehäuft in den älteren Altersgruppen, bei Frauen zusätzlich auch bei den jungen Erwachsenen (Tabelle 6-1).

30-Tage-Prävalenz der häufigen Einnahme von Medikamenten

Wie aus Tabelle 6-2 hervorgeht, berichtete etwa jeder fünfte bis sechste Befragte (18,0%) die häufige Einnahme irgendeines Medikaments der erfragten Arzneimittelgruppen in den letzten 30 Tagen vor der Befragung. Frauen (22,5%) nahmen häufiger als Männer (13,5%) mindestens ein Medikament einmal oder häufiger pro Woche. Von den unter 40-Jährigen gaben etwa 13% und von den über 40-Jährigen etwa 21% eine mindestens einmalige wöchentliche Medikamenteneinnahme an.

Die am häufigsten genommenen Medikamente waren wiederum Schmerzmittel, wobei sich Frauen und Männer in der häufigen Einnahme deutlich unterscheiden (17,7% vs. 11,6%). Eine häufige Einnahme von Antidepressiva gaben 3,2% der Gesamtstichprobe an, Schlafmittel wurden von 2% und Beruhigungsmitteln von 1,5% der Befragten mindestens einmal pro Woche eingenommen, Neuroleptika, Anregungsmittel sowie Appetitzügler von weniger als 1%. Mit Ausnahme von Schmerzmitteln finden sich keine Geschlechtsunterschiede (Tabelle 6-2). Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung nahmen 880.000 Frauen (95%-KI: 760.000-1,0 Mio.) und 540.000 Männer (95%-KI: 440.000-650.000) in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung mindestens einmal pro Woche ein psychoaktives Medikament.

Problematische Einnahme von Medikamenten

Nach dem Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) weisen 3,1% der Befragten einen problematischen Medikamentengebrauch auf. Frauen zeigen mit 4,2% einen höheren Anteil mit positivem Befund als Männer (2,0%). In der Altersgruppe der 50 bis 64-Jährigen ist die Prävalenz problematischer Medikamenteneinnahme mit 4,7% am höchsten (Tabelle 6-3).

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

Gesamt	Gesamt	Altersgruppen				
		18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	14,7	10,4	13,8	7,8	18,3	18,0
Schlafmittel	2,0	1,0	2,4	0,3	1,6	3,9
Beruhigungsmittel	1,5	1,4	0,4	0,7	1,4	2,4
Anregungsmittel	0,2	0,2	0,8	0,0	0,0	0,3
Appetitzügler	0,2	0,3	0,6	0,2	0,1	0,0
Antidepressiva	3,2	0,3	3,1	3,1	3,2	4,4
Neuroleptika	0,4	0,0	0,7	0,0	0,3	0,9
Anabolika	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	18,0	12,4	18,2	10,6	21,7	21,7
Männer	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	11,6	6,8	8,0	9,1	16,9	11,7
Schlafmittel	1,5	0,4	1,1	0,6	2,2	2,1
Beruhigungsmittel	1,1	1,1	0,0	1,3	0,7	1,5
Anregungsmittel	0,1	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0
Appetitzügler	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
Antidepressiva	1,5	0,0	2,2	1,3	1,4	2,2
Neuroleptika	0,1	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0
Anabolika	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	13,5	7,3	11,7	9,8	18,6	14,5
Frauen	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	17,7	14,1	19,6	6,4	19,8	24,3
Schlafmittel	2,5	1,5	3,6	0,0	0,9	5,6
Beruhigungsmittel	1,9	1,7	0,9	0,0	2,2	3,3
Anregungsmittel	0,3	0,4	0,8	0,0	0,0	0,6
Appetitzügler	0,3	0,6	1,3	0,5	0,0	0,0
Antidepressiva	4,8	0,5	3,9	5,0	5,0	6,6
Neuroleptika	0,7	0,0	0,0	0,0	0,7	1,8
Anabolika	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	22,5	17,6	24,6	11,4	25,0	28,9

Tabelle 6-3: Anteil der Personen mit einem positiven Befund im Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) (letzte 12 Monate)

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	1570	739	831	396	218	309	287	360
KFM (≥ 4)	3,1 (48)	2,0	4,2	2,5	3,9	1,9	2,2	4,7

Am häufigsten wurde mit 10,4% der Aussage des zeitweiligen Rückzugs zugestimmt, die sich allerdings als einzige Frage im KFM nicht auf Medikamente bezieht („Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen“). Dem folgen die Aussagen, bereits einen Vorrat an Tabletten angelegt zu haben mit 8,6%, Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen mit 8,3% und bestimmte Situationen nicht ohne Medikamente bewältigen zu können mit 4,8%. Mit Medikamenten fühlten sich 3,5% leistungsfähiger, 2,5% fühlten sich ohne Medikamente nicht wohl und 3,8% konnten ohne Medikamente schlechter einschlafen. Die anderen Items wurden deutlich seltener genannt. Frauen stimmten den Aussagen des KFM insgesamt häufiger zu; für einzelne Items (z.B. Geringere Nahrungsaufnahme bei erhöhter Medikamenteneinnahme, Unwohlsein ohne Medikamente, Überschreitung der intendierten Dosis) ergibt sich ein höherer Anteil positiver Antworten bei den männlichen Befragten (Tabelle 6-4).

Neben Geschlechtsunterschieden treten auch deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen auf. In den höheren Altersgruppen wurde häufiger als in den jüngeren Gruppen davon berichtet, dass Medikamente das Einschlafen erleichtern, bei der Problem- und Alltagsbewältigung helfen und die Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit unterstützen. Für Items des KFM wie zum Beispiel die Bewertung des Medikamentenkonsums durch andere, die Einnahme von Medikamenten zur Schmerzlinderung oder die geringere Nahrungsaufnahme bei Medikamenteneinnahme ergeben sich keine linearen Alterseffekte. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung erfüllten 242.000 Personen (95%-KI: 180.000-327.000) die Kriterien für einen problematischen Medikamentenkonsum.

Tabelle 6-4: Anteile positiver Antworten auf die Items des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KFM) (letzte 12 Monate)

	Geschlecht			Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schlechteres Einschlafen ohne Medikamente	3,8	2,5	5,1	1,3	5,4	2,9	3,1	5,6
Tablettenvorrat	8,6	6,8	10,4	8,4	16,5	9,1	7,2	7,0
Sozialer Rückzugswunsch	10,4	7,6	13,4	8,7	10,3	9,9	12,4	9,9
Ohne Medikamente können best. Situationen nicht bewältigt werden	4,8	2,6	7,0	4,1	4,7	2,4	4,7	6,8
Andere glauben, dass Person Probleme mit Medikamenten hat	0,3	0,3	0,3	0,4	0,7	0,3	0,0	0,3
Toleranzsteigerung	1,9	1,0	2,9	2,6	2,6	1,8	1,2	2,1
Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen	8,3	6,2	10,4	6,3	10,8	7,1	5,9	11,2
Geringere Nahrungsmittelaufnahme in Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme	1,5	1,6	1,3	2,5	3,1	1,7	0,7	1,1
Gefühl des Unwohlseins ohne Medikamente	2,5	1,6	3,5	0,9	2,7	1,3	3,2	3,4
Selbst über Einnahmemenge erstaunt	1,6	1,4	1,7	1,9	2,7	0,3	0,9	2,5
Mit Medikamenten leistungsfähiger	3,5	2,4	4,7	1,8	2,7	2,7	2,6	6,0

Trends

30-Tage-Prävalenz der häufigen Medikamenteneinnahme. Ein Vergleich der Angaben zur häufigen Medikamenteneinnahme in den letzten 30 Tagen zeigt keine signifikanten zeitlichen Änderungen bei Schlafmitteln, Appetitzüglern, Antidepressiva und Neuroleptika. Geringe Veränderungen finden sich bei Schmerz-, Beruhigungs- und Anregungsmitteln. Der Anteil 18- bis 59-Jähriger mit einmaliger oder häufigerer wöchentlicher Einnahme von Schmerzmitteln ist zwischen 1995 und 2009 signifikant gestiegen. Der Anteil von Beruhigungsmitteln sowie von Anregungsmitteln ist dagegen von 1995 auf 2009 signifikant gefallen. Die beobachteten Trends der häufigen Einnahme dieser Substanzen sind vor allem auf Veränderungen des Einnahmeverhaltens von Frauen zurückzuführen (Tabelle 6-5).

Tabelle 6-5: Trends der 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme 18- bis 59-Jähriger, 1995-2009

Gesamt	Erhebungsjahr					
	1995	1997	2000	2003	2006	2009
Schmerzmittel	11,3*	8,4*	10,9*	13,9	12,2	14,7
Schlafmittel	1,9	2,6	1,7	2,3	2,3	2,0
Beruhigungsmittel	3,5*	2,3	1,9	2,2	1,5	1,4
Anregungsmittel	1,0*	0,5	0,3	0,5	0,1	0,2
Appetitzügler	0,7	0,6	0,5	0,6	0,3	0,2
Antidepressiva	--	--	2,9	3,2	3,1	3,0
Neuroleptika	--	--	0,7	0,8	0,8	0,4
Männer						
Schmerzmittel	9,4	6,7*	8,9	11,0	10,0	12,1
Schlafmittel	2,2	2,2	1,4	1,5	2,6	1,4
Beruhigungsmittel	2,8*	1,0	2,0	1,9	1,4	1,1
Anregungsmittel	1,1*	0,2	0,7	0,4	0,2	0,1
Appetitzügler	0,3	0,0	0,4	0,5	0,1	0,1
Antidepressiva	--	--	2,4	2,1	2,7	1,3
Neuroleptika	--	--	0,7	0,5	0,9	0,2
Frauen						
Schmerzmittel	13,3	10,1*	12,9*	16,9	14,3	17,3
Schlafmittel	1,5	3,0	2,1	3,2	2,0	2,6
Beruhigungsmittel	4,2*	3,7	1,9	2,4	1,6	1,8
Anregungsmittel	1,0	0,9	0,0	0,7	0,0	0,3
Appetitzügler	1,1	1,1	0,7	0,7	0,4	0,3
Antidepressiva	--	--	3,3	4,4	3,4	4,7
Neuroleptika	--	--	0,7	1,2	0,6	0,7

*) $p < .05$ für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2009; Logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2009), 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 insgesamt und für Männer signifikante zeitliche Veränderungen zwischen 2000 und 2009. Nach einem Maximum in 2003 ist die Prävalenz problematischen Medikamentenkonsums leicht rückläufig, bei Männern statistisch signifikant, bei Frauen tendenziell (Tabelle 6-7).

Tabelle 6-6: Trends des problematischen Medikamentenkonsums (Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch) bei 18- bis 59-Jährigen, 2000-2009

	Erhebungsjahr			
	2000	2003	2006	2009
Gesamt	1024	1204	1365	1471
	3,1	4,8*	3,6	3,0
Männer	448	547	620	682
	2,3	4,4*	2,9	1,9
Frauen	576	657	745	789
	3,9	5,2	4,4	4,1

*) $p < .05$ für Vergleich mit dem Jahr 2009; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2009), Alter, (Geschlecht); Bei kleinen Zellenbesetzungen ($n \leq 5$) wurde Fisher's exakter Test verwendet.

7 Diskussion

Illegale Drogen

Die Konsumprävalenzen illegaler Drogen werden sehr stark von Cannabis dominiert. Der Anteil anderer Substanzen am Gesamtanteil des Konsums ist im Vergleich dazu sehr gering. In Bayern können 4,5% der Männer und 2,5% der Frauen als aktuelle (12-Monats-) Konsumenten von Cannabis bezeichnet werden. Im Vergleich zur gesamtdeutschen Erhebung des Epidemiologischen Suchtsurveys (Männer: 6,4 %, Frauen: 3,1 %; Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010) liegt Bayern im unteren Bereich. Auch verglichen mit Einzelauswertungen anderer Bundesländer zeigen sich eher niedrige Prävalenzwerte. So ist beispielsweise der Anteil weiblicher Cannabiskonsumenten in Sachsen mit 3,6% erhöht, bei Männern gibt es keine Unterschiede (4,3%; Kraus, Pabst & Piontek, 2010). Besonders auffällig ist der Anteil aktueller Konsumenten in Hamburg, wo die 12-Monats-Prävalenz mit 10,9% bei Männer und 6,1% bei Frauen etwa doppelt so hoch liegt wie der gesamtdeutsche Durchschnitt (Kraus, Pabst & Müller, 2010). Generell und für alle Regionen in Deutschland gilt, dass der Konsum illegaler Drogen ein Phänomen darstellt, das zum überwiegenden Teil Männer und junge Erwachsene bis zum Alter von 30 Jahren betrifft. Gerade die jungen Altersgruppen tragen dabei ein erhöhtes Risiko, aufgrund ihres Konsumverhaltens negative Folgen zu entwickeln. So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass der Gebrauch von Cannabis gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten kognitiver und Verhaltensauffälligkeiten erhöhen kann (Fergusson, Horwood & Beutrais, 2003; Pattij, Wiskerke & Schoffemeer, 2008). Auch die Beobachtung, dass das Alter des Erstkonsums von Cannabis in den jüngeren Geburtskohorten zunehmend niedriger liegt, ist in diesem Zusammenhang als problematisch zu bewerten. Es scheinen hier gezielte frühzeitige Interventionen bei dieser Zielgruppe nötig zu sein, um die Entwicklung von schwerwiegenden negativen Konsequenzen zu verhindern.

In Bayern wie auch in anderen Bundesländern hat etwa jeder fünfte aktuelle Drogenkonsument mehr als eine illegale Substanz in den letzten 12 Monaten genommen. Konsumenten mit multiplem Drogengebrauch stellen eine besondere Risikogruppe dar, da der Gebrauch von verschiedenen Substanzen in besonderem Maß mit negativen Folgen verbunden ist. Im Rahmen der ESA-Erhebung 2006 konnte Höhne (2009) zeigen, dass der Anteil von Polykonsumenten mit einem riskanten Konsum bei insgesamt 4,1% lag und diese Gruppe bei allen Substanzen den höchsten Anteil an Störungen aufwies. Besonders häufig traten cannabisbezogene Störungen auf. Weiterhin belegen die aktuellen Daten, dass etwa jeder sechste Cannabiskonsument in Bayern mindestens einmal pro Woche und knapp 5% sogar täglich konsumierte. Diese Anteile liegen jedoch immer noch niedriger als in Sachsen (9,6% tägliche Konsumenten, Kraus, Pabst & Piontek, 2010) oder Hamburg (14,0% tägliche Konsumenten; Kraus, Pabst & Müller, 2010).

Für insgesamt 0,8% der bayerischen Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren liegt eine Cannabisabhängigkeit nach SDS vor. Dies entspricht etwa 62.000 Personen. Unter den aktuellen Konsumenten ist jeder vierte von einer entsprechenden Störung betroffen. Ähnlich wie bei der Konsumprävalenz haben auch hier Männer und junge Erwachsene ein erhöhtes

Risiko. Generell liegt das Ausmaß der Cannabisabhängigkeit in Bayern aber niedriger als in Gesamtdeutschland und anderen Bundesländern. Für Jugendliche und junge Erwachsene liegt darüber hinaus eine regionale Studie aus München zum Ausmaß substanzbezogener Störungen vor (Perkonig et al., 2006). Diese berichtet eine kumulative 12-Monats-Prävalenz der Abhängigkeit von irgendeiner illegalen Droge, die nach den Kriterien des DSM-IV erhoben wurde, von 0,9%. Es ist demnach nicht von einer Epidemie drogenbedingter Störungen, weder bei Jugendlichen noch bei Erwachsenen auszugehen. Allerdings dürfen Verhaltensauffälligkeiten, die durch den Konsum von illegalen Substanzen verursacht werden, aber nicht die diagnostische Schwelle einer Abhängigkeit erreichen, nicht vernachlässigt werden. So lag die kumulative Prävalenz von Cannabismissbrauch in der Münchener Studie immerhin bei 2,8%.

Trendanalysen des Konsums illegaler Drogen bei jungen Erwachsenen in Bayern zeigen, dass die Prävalenzen nach einer kontinuierlichen Zunahme seit 1986 Anfang der 2000er Jahre ein Maximum erreicht haben und seither wieder rückläufig sind. So ist beispielsweise der Anteil an Personen mit einer Lebenszeiterfahrung des Cannabiskonsums von knapp 38% in den Jahren 2000 und 2003 auf 29% in der aktuellsten Erhebung zurückgegangen. Dieser Wert liegt jedoch deutlich über dem Ausgangswert von etwa 13% im Jahr 1980. Mit Ausnahme von Opiaten finden sich bei allen anderen Einzelsubstanzen auf einem niedrigeren Niveau vergleichbare Entwicklungen, wenngleich der Rückgang in der Erhebung 2009 kaum bzw. nicht signifikant ausgeprägt ist. Vergleiche mit der gesamtdeutschen Entwicklung des Konsumverhaltens (Kraus, Pabst, Piontek & Müller, 2010), Studien bei Jugendlichen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2008) sowie internationalen Trendanalysen (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009) belegen weitgehend identische Entwicklungen mit einem Anstieg der Konsumprävalenz in den 1990er Jahren, einem Maximum etwa in den Jahren 2000 bis 2003 und einem anschließenden leichten Rückgang. Bemerkenswert ist, dass sich die Entwicklungen der Lebenszeitprävalenz bei den 18- bis 24-Jährigen nicht in vergleichbarem Ausmaß für die 12-Monats-Prävalenz und die breiter gefasste Altersgruppe der 18- bis 39-Jährigen finden lässt. In diesen beiden Fällen sind die Werte für alle erfassten Einzelsubstanzen über den gesamten Beobachtungszeitraum relativ konstant geblieben.

Alkohol

Die aktuellen Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys in Bayern belegen deutlich, dass Alkohol die mit Abstand am häufigsten konsumierte Substanz ist. In den letzten 12 Monaten vor der Befragung haben insgesamt nur 7,9% der Männer und 12,4% der Frauen im Freistaat abstinent gelebt (lebenslang und nur letzte 12 Monate abstinent). Dies entspricht der im gesamtdeutschen ESA gefundenen Abstinenzrate (Männer: 8,3%, Frauen: 12,1%; Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010). In anderen Bundesländern ist der Anteil der Männer, die mindestens ein Jahr lang keinen Alkohol getrunken haben, mit 8,4% identisch (Sachsen; Kraus, Pabst & Piontek, 2010) bzw. mit 12,4% erhöht (Hamburg; Kraus, Pabst & Müller, 2010). Die entsprechenden Abstinenzraten bei Frauen liegen in Sachsen deutlich (6,6%) und in Hamburg etwas niedriger (11,6%). Die Mehrheit der Personen, die in letzten 12 Monaten Alkohol zu sich genommen haben, trinkt risikoarm. Allerdings liegt bei etwa jedem fünften

Mann (20,1%) und etwa jeder sechsten Frau (16,3%) ein riskanter Konsum von durchschnittlich mehr als 24g bzw. 12g Reinalkohol pro Tag vor. Die Verteilung des Anteils von Risikokonsumenten über die Altersgruppen zeigt einen u-förmigen Verlauf mit höheren Prozentwerten in der jüngsten und der ältesten Altersgruppe. Am höchsten ist die Prävalenz mit 23,8% bei den 50- bis 64-Jährigen. In Bezug auf den riskanten Alkoholkonsum finden sich interessante regionale und subgruppenspezifische Unterschiede. Die bayerischen Daten spiegeln insgesamt sehr gut die gesamtdeutschen Geschlechts- und Altersmuster wider (Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010), wenn die Prävalenzwerte im Freistaat auch auf etwas höherem Niveau liegen (insgesamt 18,2% vs. 16,5% riskante Konsumenten). Im Gegensatz dazu ist in Sachsen der Anteil von Risikokonsumenten bei den Männern deutlich erhöht (28,3%; Kraus, Pabst & Piontek, 2010), wohingegen sich in Hamburg keinerlei Geschlechtsunterschiede zeigen (20,3% vs. 20,0%; Kraus, Pabst & Müller, 2010). Im Unterschied zu Bayern und Gesamtdeutschland ist die Prävalenz des riskanten Konsums in Sachsen in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen und in Hamburg in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen am höchsten.

Die Präferenz für bestimmte alkoholische Getränke liegt in Bayern vornehmlich bei Bier, das von mehr als drei Viertel der Männer und etwas weniger als der Hälfte der Frauen in den letzten 30 Tagen vor der Befragung konsumiert wurde. Wein und Sekt wurden von ca. 50% der Alkoholkonsumenten getrunken, wobei der Anteil bei Frauen (58,9%) deutlich höher liegt als bei Männern (47,9%). Auch in anderen Bundesländern zeigen sich vergleichbare geschlechtsspezifische Getränkepräferenzen. Auch das altersspezifische Muster, dass Spirituosen und alkoholhaltige Mixgetränke eher von den unter 30-Jährigen konsumiert werden, wohingegen Wein/Sekt und tendenziell auch Bier eher in den älteren Altersgruppen getrunken werden, findet sich in ähnlicher Form in Sachsen und Hamburg.

Von besonderer gesundheitspolitischer Bedeutung ist der Anteil der Personen, die episodisches Rauschtrinken zeigen, da in verschiedenen Studien belegt werden konnte, dass dieses Konsummuster mit erhöhten Risiken für akute alkoholbezogene Folgen wie Unfälle, Aggression, Gewalt, Probleme mit dem Gesetz, Selbstmord oder interpersonelle Probleme verbunden ist (Bondy, 1996; Kraus, Baumeister, Pabst & Orth, 2009; Kuntsche, Plant, Plant, Miller & Gmel, 2008; Room, 2001; Rehm & Gmel, 1999; Single, Brewster, MacNeil, Hatcher & Trainor, 1996). Es zeigt sich, dass insbesondere Männer und junge Erwachsene von diesem Phänomen betroffen sind. So haben beispielsweise 22,3% der 18- bis 24-Jährigen im Verlauf der letzten 30 Tage häufig (4mal oder öfter) mindestens fünf alkoholische Getränke bei einer Trinkgelegenheit zu sich genommen. In Hamburg ist diese altersspezifische Prävalenz mit 23,8% etwas höher (Kraus, Pabst & Müller, 2010), in Sachsen dagegen mit 14,7% deutlich niedriger (Kraus, Pabst & Piontek, 2010). Das Problem des Rauschtrinkens bei jungen Personen zeigt sich auch in anderen Studien. Im Rahmen der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) gaben im Jahr 2007 36 % der 12- bis 17-Jährigen an, mindestens eine Rauscherfahrung in den letzten 30 Tagen erlebt zu haben, 11,6 % sogar drei oder mehr (Kraus, Pabst & Steiner, 2008). Damit lag Bayern bei den Jugendlichen knapp über dem Bundesdurchschnitt.

Insgesamt 16,7% der bayerischen erwachsenen Bevölkerung, das sind etwa 1,32 Mio. Personen, konnten in der aktuellen Erhebung auf Grundlage des AUDIT als problematische Alkoholkonsumenten klassifiziert werden. Der Anteil der Männer ist dabei um ein vielfaches höher als der Anteil der Frauen. Wiederum sind vor allem die jüngeren Altersgruppen bis 30 Jahre betroffen. Sowohl in der gesamtdeutschen Erhebung des ESA als auch in anderen Bundesländern liegen die Prävalenzen des problematischen Alkoholkonsums um einige Prozentpunkte höher (19,0% in Gesamtdeutschland; Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010; 20,3% in Hessen; Kraus, Pabst & Müller, 2010).

Im Hinblick auf die zeitliche Entwicklung des Alkoholkonsums in Bayern ist insgesamt ein positiver Verlauf mit einer Abnahme des riskanten Konsums und einem Anstieg der Abstinenz und des risikoarmen Konsums zu verzeichnen. Diese in der gesamtdeutschen ESA-Erhebung ebenfalls zu beobachtende Entwicklung spiegelt sich auch in den offiziellen Statistiken der Alkoholwirtschaft wider. So ist beispielsweise der in Deutschland pro Kopf verbrauchte Reinalkohol von 10,8 Litern im Jahr 1995 auf 9,9 Liter im Jahr 2008 zurückgegangen (Gaertner, Meyer, Freyer-Adam & John, 2010). Bei den Getränkesorten zeigt sich ein starker Rückgang beim Bier- und Spirituosenkonsum, während der Wein- und Schaumweinkonsum nur leicht rückläufig ist. Auch diese Daten finden sich in der vorliegenden Studie wieder. Zusätzlich zu einem Rückgang des Gesamtalkoholkonsums zeigt sich für die Gesamtstichprobe auch eine Abnahme des episodischen Rauschtrinkens. Allerdings überdeckt dieser allgemeine Trend wichtige subgruppenspezifische Entwicklungen. Insbesondere in der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen ist ein deutlicher Anstieg in der Prävalenz dieses riskanten Konsummusters zu erkennen. Dieses Muster wird von anderen Studien in Deutschland bestätigt. Eine aktuelle Analyse der ESA-Daten zeigt, dass im Gegensatz zu älteren Geburtskohorten in jüngeren Jahrgängen ein deutlicher Anstieg der Konsummenge zu beobachten ist (Pabst, Kraus, Piontek & Müller, 2010). Zudem trinken Geburtskohorten nach 1980 deutlich häufiger bis zum Rausch als ältere Kohorten. Insgesamt dürfte bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen das Risiko für negative alkoholbezogene Probleme daher eher zu- als abnehmen. So haben beispielsweise alkoholbedingte Krankenhaufälle bei Kindern und Jugendlichen (10 bis 20 Jahre) stark zugenommen und sind in Bayern von 2.704 im Jahr 2000 auf 5.558 im Jahr 2008 angestiegen (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, 2010). Etwa drei Viertel dieser Fälle machen akute Alkoholvergiftungen aus.

Tabak

In Bayern gab im Jahr 2004 etwa ein Viertel aller befragten 18- bis 64-Jährigen an, in den letzten 30 Tagen geraucht zu haben. Mit 28,0% bzw. 23,4% liegen die Anteile der aktuell rauchenden Männer und Frauen dabei unter dem gesamtdeutschen Durchschnitt von 32,8% bzw. 25,5% (Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010). Während die 30-Tage-Prävalenz mit zunehmendem Alter abnimmt, wird der Anteil der starken Raucher in den höheren Altersgruppen größer. So rauchen über ein Drittel (35,0%) der 50- bis 64-Jährigen Männer und über ein Viertel (27,2%) der gleichaltrigen Frauen mindestens 20 Zigaretten am Tag. Positiv hervorzuheben ist die Tatsache, dass sowohl der Anteil der aktuellen als auch der starken Raucher über den Beobachtungszeitraum der letzten 30 Jahre deutlich zurückgegangen ist.

Diese Entwicklung findet sich in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern. Jedoch ist der Rückgang des Rauchens bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen, sodass es insgesamt zu einer zunehmenden Konvergenz der Prävalenz kommt. Vor allem in den jüngeren Altersgruppen werden die Unterschiede zwischen Männern und Frauen immer geringer. Entsprechend diesem Trend deuten Studien bei Kindern und Jugendlichen darauf hin, dass es bei den unter 18-Jährigen kaum mehr Unterschiede im Rauchverhalten zwischen Mädchen und Jungen gibt (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2008; Kraus, Pabst & Steiner, 2008). Die beschriebene Entwicklung des Rauchverhaltens in Deutschland zeigt einige regionale Besonderheiten. So bestätigt sich der rückläufige Trend der 30-Tage-Prävalenz und des starken Rauchens in der gesamtdeutschen ESA-Erhebung (Kraus, Pabst, Piontek & Müller, 2010) und in Hamburg (Kraus, Pabst & Müller, 2010). Im Gegensatz dazu finden sich in Sachsen insgesamt keine zeitlichen Unterschiede über die letzten 15 Jahre (Kraus, Pabst & Piontek, 2010). Bei den 30- bis 39-Jährigen ist in den letzten drei Jahren sogar ein Anstieg des Raucheranteils zu beobachten. Diese Unterschiede spiegeln differentielle Entwicklungen des Rauchverhaltens in Ost- und Westdeutschland wider. So ist auch in anderen Studien belegt, dass die Prävalenz in den alten Bundesländern seit 1990 deutlich zurückgegangen ist, wohingegen sich in den neuen Bundesländern nur wenige oder sogar gegenläufige Entwicklungen zeigen (Junge & Nagel, 1999).

Gemessen an den diagnostischen Kriterien des DSM-IV weisen 5,1% der Gesamtstichprobe und 18,0% der Raucher eine Nikotinabhängigkeit auf. Dieser Wert hat sich im Verlauf der letzten 10 Jahre kaum geändert. Auffällig ist der deutlich höhere Anteil abhängiger Raucherinnen im Vergleich zu Rauchern (20,4% vs. 16,2%), der sich in der gesamtdeutschen Erhebung und in anderen Bundesländern nicht nachweisen lässt. Darüber hinaus sind in Bayern (ähnlich wie in Gesamtdeutschland) v.a. die beiden jüngsten Altersgruppen von einer Nikotinabhängigkeit betroffen, während es in Sachsen und Hamburg eher die mittleren Altersgruppen der 30- bis 49-Jährigen sind. Das höhere Risiko einer Abhängigkeit bei jungen Personen wird auch durch die zunehmende Vorverlagerung des ersten sowie täglichen Tabakkonsums, vor allem bei jungen Frauen, unterstrichen. Der Übergang vom Probierverhalten zum täglichen Konsum scheint mit einer nur geringen zeitlichen Verzögerung stattzufinden, da sich das Einstiegsalter in den täglichen Konsum nur geringfügig vom Alter des Erstkonsums unterscheidet. Besonders problematisch ist dieser Befund vor dem Hintergrund des gut belegten hohen Abhängigkeitspotentials von Nikotin (Lieb et al., 2000). Internationale Studien konnten beispielsweise zeigen, dass sich bereits innerhalb weniger Tage oder Wochen erste Symptome einer Tabakabhängigkeit entwickeln können, wenn das Rauchen nach dem Probierkonsum nicht frühzeitig wieder eingestellt wird (DiFranza et al., 2002).

Eine zentrale Determinante des Tabakkonsums ist die soziale Schicht. In Bayern zeigt sich sehr deutlich, dass Personen der unteren sozialen Schicht häufiger aktuelle Raucher sind und seltener wieder mit dem Rauchen aufhören als Personen der oberen sozialen Schicht. Besonders stark ist dieses soziale Gefälle bei Männern und jungen Erwachsenen ausgeprägt. So bezeichnen sich beispielsweise 29,9% der unter 30-jährigen Männer in der niedrigsten Sozialschicht als tägliche Raucher, in der höchsten Sozialschicht sind es dagegen nur 9,2%. Diese Befunde entsprechen nationalen und internationalen Ergebnissen, wonach

das Risiko, Raucher zu sein, in der oberen sozialen Schicht generell am geringsten und in der unteren und mittleren sozialen Schicht besonders hoch ist (z.B. Schaap, van Agt & Kunst, 2008; Schulze & Lampert, 2006; Schulze & Mons, 2006). Interessanterweise zeigt sich jedoch, dass dieser Zusammenhang zeitlichen Veränderungen unterliegt. Unterschiede in den einzelnen Geburtskohorten in Bayern liefern darauf einen ersten Hinweis. Differenzierte Analysen, mit denen alters-, kohorten- und zeitspezifische Veränderungen im Einfluss der Sozialschicht auf das Rauchverhalten untersucht wurden, wurden mit den gesamtdeutschen Daten des ESA durchgeführt (Piontek, Kraus, Müller & Pabst, 2010). Hierbei zeigte sich zunächst ein generell rückläufiger Trend des Tabakkonsums in allen sozialen Schichten. Allerdings kehrt sich der soziale Gradient im Verlauf der Zeit um. Bis etwa zum Jahr 2000 zeigte die Oberschicht eine höhere 30-Tage-Prävalenz sowie eine höhere Konsummenge, seit dieser Zeit jedoch ist das Risiko für die Unterschicht höher als für die Mittel- und Oberschicht. Nach Kontrolle dieser zeitlichen Veränderungen waren die Einflüsse unterschiedlicher Geburtskohorten zu vernachlässigen.

Die bayerischen ESA-Daten belegen, dass Rauchen nicht nur einen Einfluss auf die aktiven Konsumenten hat, sondern auch nichtrauchende Personen beeinflusst. So gaben 44,4% der Befragten an, sich durch Raucher in ihrer Umgebung stark gestört zu fühlen. Ein ähnlicher Prozentsatz (43,6%) wurde in Hamburg berichtet, in Sachsen ist der Anteil mit 48,0% noch etwas höher. Frauen fühlen sich häufiger durch Raucher gestört, allerdings scheinen sie insgesamt seltener Passivrauch ausgesetzt zu sein. Beispielsweise berichteten 18,5% der Männer in ihrer Freizeit mindestens wöchentlich mit Passivrauch konfrontiert zu sein, bei Frauen sind es dagegen nur 8,9%. Personen aus der unteren sozialen Schicht tragen auch in Bezug auf die Passivrauch-Exposition ein erhöhtes Risiko. In den vergangenen Jahren hat es in Deutschland unter dem Schirm des Nichtraucherschutzes zahlreiche gesetzliche Neuregelungen gegeben, die das zentrale Ziel verfolgten, die Belastungen von Nichtrauchern durch Passivrauch zu reduzieren und das Rauchen in der Öffentlichkeit einzuschränken. Im Rahmen einer aktuellen Studie auf Grundlage der ESA-Daten wurde untersucht, inwiefern sich durch diese Neuregelungen zwischen 2006 und 2009 Änderungen ergeben haben (Müller, Kraus, Piontek & Pabst, 2010). Es konnte gezeigt werden, dass die Passivrauch-Exposition am Arbeitsplatz und während der Freizeit tatsächlich zurückgegangen ist. Darüber hinaus fand sich auch ein positiver Effekt auf der Anzahl der gerauchten Zigaretten. Wie zu erwarten, waren keine Veränderungen in der Passivrauchbelastung zu Hause und in der Rauchprävalenz festzustellen.

Medikamente

Mit knapp zwei Dritteln (61,2%) berichtete ein erheblicher Anteil der bayerischen erwachsenen Bevölkerung, in den letzten 12 Monaten mindestens ein Medikament eingenommen zu haben (Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika). Jeder fünfte bis sechste Befragte (18,0%) berichtete von einer häufigen, d.h. mindestens einmal wöchentlichen Einnahme. Diese Zahlen unterliegen nur geringen regionalen Unterschieden – sowohl in der gesamtdeutschen Erhebung als auch in Sachsen und Hamburg sind diese Prävalenzwerte vergleichbar. Die mit Abstand am weitesten verbreitete Gruppe von Medikamenten sind Schmerzmittel, die von mehr als der Hälfte

aller Männer und mehr als zwei Drittel aller Frauen im letzten Jahr eingenommen wurden. Dieser im Vergleich zu allen anderen erfassten legalen und illegalen Substanzen umgekehrte und sehr deutliche Geschlechtsunterschied ist auch in anderen Studien, wie z.B. dem Arzneimittelsurvey (Knopf & Melchert, 2003) belegt. Ein wichtiger Grund dafür dürfte sein, dass Frauen insgesamt häufiger an den zugrunde liegenden Erkrankungen wie Depression, Angst und Schmerzen leiden (Ihle, Laucht, Schmidt & Esser, 2007). Darüber hinaus zeigen sie ein Gesundheits- und Vorsorgeverhalten, das die Einnahme von Medikamenten begünstigt (Kolip & Koppelin, 2002). Wirkstoffspezifische Unterschiede zeigen sich in der Prävalenz über die verschiedenen Altersgruppen. Schmerzmittel sind unabhängig vom Geschlecht in den mittleren Altersgruppen der 25- bis 39-Jährigen am weitesten verbreitet, die Verbreitung von Schlafmitteln und Antidepressiva nimmt tendenziell mit dem Alter zu und alle anderen Medikamentengruppen werden von allen Altersgruppen vergleichsweise selten genutzt. Die meisten Psychopharmaka (Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Antidepressiva) werden im höheren Alter verbreitet regelmäßig eingenommen. Mehr als jeder fünfte 40- bis 64-Jährige berichtete, mindestens ein Medikament mindestens wöchentlich einzunehmen, wobei das Risiko für Frauen deutlich größer ist als das für Männer. Diese Zahlen spiegeln auch andere Daten wider, wonach beispielsweise der Anteil von Langzeitverordnungen sowie die Anzahl der verordneten Wirkstoffe insbesondere älteren Frauen größer sind als bei gleichaltrigen Männern (Glaeske & Janhsen, 2007). Mit zunehmendem Alter nimmt darüber hinaus das Risiko für viele Erkrankungen zu und die Bereitschaft, zusätzlich zu ärztlich verordneten Präparaten weitere Mittel im Rahmen einer Selbstmedikation anzuwenden, scheint besonders hoch zu sein (Junius-Walker, Theile & Hummers-Pradier, 2007).

Die vorgestellten Trenddaten belegen spezifische Entwicklungen für die unterschiedlichen Gruppen von Medikamenten. Während sich keine signifikanten Veränderungen für Schlafmitteln, Appetitzüglern, Antidepressiva und Neuroleptika zeigen, ging die Prävalenz von Beruhigungs- und Anregungsmitteln zurück. Im Gegensatz dazu hat die mindestens wöchentliche Einnahme von Schmerzmitteln von 11,3% im Jahr 1995 auf 14,7% im Jahr 2009 zugenommen. Ähnliche Entwicklungen belegen die gesamtdeutschen ESA-Daten (Kraus, Pabst, Piontek & Müller, 2010) sowie der Arzneiverordnungs-Report (Schwabe & Paffrath, 2009). Möglicherweise ist der Anstieg der Schmerzmittel-Einnahme durch eine zunehmende Tendenz zur Selbstmedikation zurückzuführen. So konnte beispielsweise die AOK zeigen, dass viele Patienten in den vergangenen Jahren bei kleineren Beschwerden seltener zum Arzt gegangen sind und sich statt dessen häufiger selbst Medikamente besorgt haben (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2006). Problematisch erscheinen in diesem Zusammenhang auch die immer einfacher werdenden Beschaffungsmöglichkeiten, z.B. über das Internet.

Den Hochrechnungen zufolge sind in Bayern etwa 242.000 Personen, das entspricht etwa 3% der Bevölkerung, von einem problematischen Medikamentengebrauch betroffen. Frauen und ältere Personen sind auch hier in besonderem Maße betroffen. Bayern liegt hinsichtlich dieser Prävalenz unter dem gesamtdeutschen Durchschnitt von 4,0% (Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010). Erfreulich ist der zu beobachtende Rückgang im Anteil problematischer Medikamentennutzer zwischen 2003 und 2009. Dass sich ein entsprechender Rückgang in Gesamtdeutschland nicht zeigen ließ, liegt daran, dass die Prävalenz in der Bundesrepublik

insgesamt auf einem konstanteren Niveau geblieben ist, ohne den in Bayern (und beispielsweise auch in Sachsen) zu verzeichnenden Anstieg im Jahr 2003.

Die Darstellung der Ergebnisse in Bezug auf den Medikamentenkonsum bedarf einer kurzen methodischen Diskussion. So ist die Erfassung von Medikamenten in schriftlichen Befragungen dadurch erschwert, dass aufgrund der Vielzahl der sich im Handel befindlichen Präparate nur die übergeordneten Arzneimittelgruppen erfasst werden können. Die Befragten müssen einzelne Präparate selbst dieser Liste zuordnen. Allerdings wird dies durch die Vorgabe einer Liste mit den gebräuchlichsten Handelsnamen unterstützt. 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.

Eine methodische Schwierigkeit, die berücksichtigt werden muss, betrifft die Erfassung der Einnahme von Medikamenten in schriftlichen Befragungen, die deutlich schwieriger ist 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. Da diese Medikamentenliste jedoch nicht vollständig sein kann, sind Fehlzuordnungen nicht ausgeschlossen.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2009 liegen aktuelle Zahlen zur Verbreitung des Konsums und damit verbundener Probleme von legalen und illegalen Substanzen sowie Medikamenten vor. Die Daten belegen, dass der weitaus größte Anteil an der gesamtgesellschaftlichen Belastung durch die legalen Drogen Alkohol und Tabak ausgeht. Internationale Studien, die belegen, dass diese beiden Substanzen zwei der fünf wichtigsten gesundheitlichen Risikofaktoren darstellen, die 3,7 bzw. 4,4% aller durch Krankheit verlorenen Lebensjahre verursachen, unterstreichen die große gesundheitspolitische Bedeutung (World Health Organization, 2009).

Trotz möglicher 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 Ergebnisse belegen zudem die Notwendigkeit weiterer gezielter Präventions- und Interventionsbemühungen, um den Substanzkonsum und damit verbundene Probleme langfristig und nachhaltig reduzieren zu können. So sollten beispielsweise verhältnispräventive Maß-

nahmen, die im Rahmen des Nichtraucherschutzes eingeführt wurden, weiter vorangetrieben werden. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der besseren Umsetzung der Arbeitsstättenverordnung zum Nichtraucherschutz zu sowie einer bundeseinheitlichen Regelung zum Nichtraucherschutz in Restaurants, Gaststätten und Bars. Zielgruppenspezifische verhaltenspräventive Maßnahmen sind u.a. im Bereich problematischen Alkoholkonsums angezeigt. Gerade für junge Erwachsene scheint es wichtig, dass diese einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol erlernen. Nicht zuletzt ist eine effektive Versorgung potentiell behandlungsbedürftiger Personen, die Probleme aufgrund ihres Substanzkonsums entwickelt haben, notwendig.

Förderhinweis

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit (Förderkennzeichen: 119-4914-8/32) gefördert, die Zusatzstichprobe und die Landesauswertung durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit. Mit der Finanzierung sind keine Auflagen verbunden.

8 Literatur

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 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.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2010). *Gesundheitsreport Bayern. Alkoholkonsum in Bayern – Update 2010*. Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.
- Begg, S., Vos, T., Barker, B., Stevenson, C., Stanley, L. & Lopez, A. D. (2007). *The burden of disease and injury in Australia 2003*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
- 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.
- Bondy, S. J. (1996). Overview of studies on drinking patterns and consequences. Drinking patterns and their consequences: Report from an international meeting. *Addiction*, 91, 1663-1674.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B. et al. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 128). Baden-Baden: Nomos.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007). *Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum. Erste Ergebnisse zu aktuellen Entwicklungen und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Burger, M., Bronstrup, A. & Pietrzik, K. (2004). Derivation of tolerable upper alcohol intake levels in Germany: A systematic review of risks and benefits of moderate alcohol consumption. *Preventive Medicine*, 39, 111-127.
- Conigrave, K. M., Hall, W. D., & Saunders, J. B. (1995). The AUDIT questionnaire: Choosing a cut-off score. *Addiction*, 90, 1349-1356.
- DiFranza, J. R., Savageau, J. A., Rigotti, N. A., Fletcher, K., Ockene, J. K., McNeill, A. D. et al. (2002). Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control*, 11, 228-235.
- Etter, J.-F. & Perneger, T. V. (1999). A comparison of two measures of stage of change for smoking cessation. *Addiction*, 94, 1881-1889.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009). *The state of the drugs problems in Europe. Annual Report 2009*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Fergusson, D., Horwood, L. & Beautrais, A. (2003). Cannabis and educational achievement. *Addiction*, 98, 1681-1692.
- Franke, A., Mohn, K., Sitzler, F., Wellbrink, A. & Witte, M. (2001). *Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Risiken und Widerstandsfaktoren*. Weinheim: Juventa.
- Gaertner, B., Meyer, C., Freyer-Adam, J. & John, U. (2010). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2010* (S. 21-47). Geesthacht: Neuland.
- 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. & Janhsen, K. (2007). GEK-Arzneimittel-Report 2007. *Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2005- 2006* (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 55). St. Augustin: Asgard Verlag.

- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, *90*, 607-614.
- Groves, R. M. (2006). Nonresponse rates and nonresponse bias in household surveys. *Public Opinion Quarterly*, *70*, 646-675.
- Hagen, J. & Demmel, R. (2002). Inventar akuter Alkoholeffekte (IAA). In A. Glöckner-Rist, F. Rist & H. Küfner (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES) (Version 2.00)*. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen e.V.
- Heatherington, 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.
- Herbst, K., Kraus, L. & Scherer, K. (1996). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Schriftliche Erhebung 1995*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Höhne, B. (2009). *Polykonsum psychotroper Substanzen in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Eine Analyse der Verteilung*. (Diplomarbeit). Hamburg: Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Fakultät Life Sciences. Department Gesundheitswissenschaften.
- Ihle, W., Laucht, M., Schmidt, M. H. & Esser, G. (2007). Geschlechtsunterschiede in der Entwicklung psychischer Störungen. In S. Lautenbacher, O. Güntürkün & M. Hausmann (Hrsg.), *Gehirn und Geschlecht* (S. 211-222). Heidelberg: Springer.
- Infratest Gesundheitsforschung (1983). *Konsum und Missbrauch von Alkohol, illegalen Drogen und Tabakwaren durch junge Erwachsene*. Bonn: Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit.
- Infratest Gesundheitsforschung (1987). *Konsum und Missbrauch von Alkohol, illegalen Drogen und Tabakwaren. Bundesrepublik Deutschland*. München: Infratest.
- Junge, B. & Nagel, M. (1999). Das Rauchverhalten in Deutschland. *Gesundheitswesen*, *61*, S121-S125.
- Junius-Walker, U., Theile, G. & Hummers-Pradier, E. (2007). Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. *Family Practice*, *24*, 14-19.
- Kaye, S. & Darke, S. (2002). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction*, *97*, 727-731.
- Knopf, H. & Melchert, H. U. (2003). *Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch. Konsumverhalten in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Kolip, P. & Koppelin, F. (2002). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich* (S. 491-504). Bern: Huber.
- Konnopka, A. & König, H. H. (2007). Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany. *Pharmacoeconomics*, *25*, 605-618.
- Korn, E. L. & Graubard, B. I. (1999). *Analysis of health surveys*. New Jersey: Wiley and Sons.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, *47* (Sonderheft 1), S3-S86.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2005). Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. *Sucht*, *51* (Sonderheft 1), S4-S57.
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998). Repräsentativerhebung zum Konsum psychotroper Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht*, *44* (Sonderheft 1), S3-S82.
- Kraus, L. & Baumeister, S. (2008). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, *54* (Sonderheft 1), S6-S15.
- Kraus, L. & Pabst, A. (2010a). Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. *Sucht*, *56* (5), 309-384.

- Kraus, L. & Pabst, A. (2010b). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *Sucht*, 56 (5), 315-326.
- Kraus, L. (2008). Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S1-S63.
- Kraus, L., Baumeister, S., Pabst, A. & Orth, B. (2009). Association of average daily alcohol consumption, binge drinking and alcohol-related social problems: Results from the German Epidemiological Surveys of Substance Abuse. *Alcohol and Alcoholism*, 44, 314-320.
- Kraus, L., Pabst, A. & Müller, S. (2010). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg*. (IFT-Berichte Bd. 177). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2010). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Sachsen*. (IFT-Berichte Bd. 176). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L., Pabst, A. & Steiner, S. (2008). *Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen*. (IFT-Berichte Bd. 165). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. & Müller, S. (2010). Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1995-2009. *Sucht*, 56 (5), 337-348.
- Kraus, L., Piontek, D. & Pabst, A. (2010). Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Bayern. (IFT-Berichte Bd. 175). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kuntsche, S., Plant, M. L., Plant, M. A., Miller, P. & Gmel, G. (2008). Spreading or concentrating drinking occasions—who is most at risk? *European Addiction Research*, 14, 71-81.
- Lachner, G., Wittchen, H.-U., Perkonig, A., Holly, A., Schuster, P., Wunderlich, U. et al. (1998). Structure, content and reliability of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) substance use sections. *European Addiction Research*, 4, 28-41.
- Lieb, R., Schuster, P., Pfister, H., Fuetsch, M., Höfler, M., Isensee, B. et al. (2000). Epidemiologie des Konsums, Mißbrauch und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *Sucht*, 46, 18-31.
- Lynch, J. & Kaplan, G. (2000). Socioeconomic position. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Hrsg.), *Social epidemiology* (S. 13-35). Oxford: Oxford University Press.
- Manning, W. G. & Mullahy, J. (2001). Estimating log models: To transform or not to transform? *Journal of Health Economics*, 20, 461-494.
- Mostardt, S., Flöter, S., Neumann, A., Wasem, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2010). Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1243212>.
- Müller, S., Kraus, L., Piontek, D. & Pabst, A. (2010). Changes in exposure to second hand smoke and smoking behaviour in the general population after the introduction of new smoke-free laws in Germany. *Sucht*, 56 (5), 373-384.
- 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, 464-471.
- Oei, T. P., Hasking, P. A. & Young, R. M. (2005). Drinking refusal self-efficacy questionnaire-revised (DRSEQ-R): a new factor structure with confirmatory factor analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 297-307.
- Pabst, A., Kraus, L., Piontek, D. & Müller, S. (2010). Age, period, and cohort effects on time trends in alcohol consumption in the German adult general population. *Sucht*, 56 (5), 349-360.

- Pabst, A., Piontek, D., Kraus, L. & Müller, S. (2010). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *Sucht*, 56 (5), 327-336.
- Pattij, T., Wiskerke, J. & Schoffelmeer, A. N. (2008). Cannabinoid modulation of executive functions. *European Journal of Pharmacology*, 585, 458-463.
- Perkonig, A., Pfister, H., Höfler, M., Fröhlich, C., Zimmermann, P., Lieb, R. et al. (2006). Substance use and substance use disorders in a community sample of adolescents and young adults: Incidence, age effects and patterns of use. *European Addiction Research*, 12, 187-196.
- Piontek, D., Kraus, L., Müller, S. & Pabst, A. (2010). To what extent do age, period and cohort patterns account for time trends and social inequalities in smoking? *Sucht*, 56 (5), 361-372.
- Rehm, J. & Gmel, G. (1999). Patterns of alcohol consumption and social consequences. Results from an 8-year follow-up study in Switzerland. *Addiction*, 94, 899-912.
- Rist, F., Scheuren, B., Demmel, R., Hagen, J. & Aulhorn, I. (2003). Der Münsteraner Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-G-M). In A. Glöckner-Rist, F. Rist & H. Kufner (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 3.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Room, R. (2001). Intoxication and bad behaviour: understanding cultural differences in the link. *Social Science and Medicine*, 53, 189-198.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Schaap, M. M., van Agt, H. M. E. & Kunst, A. E. (2008). Identification of socioeconomic groups at increased risk for smoking in European countries: Looking beyond educational level. *Nicotine & Tobacco Research*, 10, 359-369.
- Schulze, A. & Lampert, T. (2006). *Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Schulze, A. & Mons, U. (2006). The evolution of educational inequalities in smoking: A changing relationship and a cross-over effect among German birth cohorts of 1921-70. *Addiction*, 101, 1051-1056.
- Schwabe, U. & Paffrath, D. (Hrsg.). (2009). *Arzneiverordnungs-Report 2009: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Seitz, H. K., Bühringer, G. & Mann, K. (2008). Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2008* (S. 205-208). Geesthacht: Neuland.
- Simon, R. & Wiblishauser, P. M. (1993). Ergebnisse der Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. *Sucht*, 39, 177-180.
- Single, E., Brewster, J., MacNeil, P., Hatcher, J. & Trainor, C. (1996). The 1993 General Social Survey II: Alcohol problems in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 86, 402-407.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2004). *Demographische Standards*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steiner, S., Baumeister, S. & Kraus, L. (2008). Severity of Dependence Scale - Establishing a cut-off point for cannabis dependence in the German adult population. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S57-S63.
- The American Association for Public Opinion Research (2009). *Standard definitions: final dispositions of case codes and outcome rates for surveys (6th edition)*. Lenexa, Kansas: AAPOR.
- Topp, L. & Mattick, R. P. (1997). Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. *Addiction*, 92, 839-845.
- 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.
- Williams, R. (2006). Generalized ordered logit/partial proportional odds models for ordinal dependent variables. *Stata Journal*, 6, 58-82.

- 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.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (2006). *WidO monitor. Ausgabe 1/2006*. Verfügbar unter: http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_selbstmed_0506.pdf. [Zugriff am 01. 06. 2010].
- Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonigg, A. et al. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Paper-pencil 2.2, 2/95*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.
- Wooldridge, J. M. (2002). *Econometric analysis of cross section and panel data*. Cambridge, MA: MIT Press.
- World Health Organization (1998). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2000). *Guide to drug abuse epidemiology*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organization (2009). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organisation.

9 Anhang: Instrumente

A. K6 (Kessler et al., 2003)

Wie häufig fühlten Sie sich während der letzten 30 Tage...

1. ... nervös?
2. ... hoffnungslos?
3. ... rastlos oder unruhig?
4. ... so niedergeschlagen, dass nichts Sie aufmuntern konnte?
5. ... wertlos?

Antwortkategorien: niemals, selten, manchmal, meistens, immer

B. Screening Manische Episode (anhand der Kriterien des DSM-IV; ICD10)

Gab es in den letzten 12 Monaten eine Phase von mindestens 1 Woche Dauer, in der Sie ungewöhnlich, d.h. über das sogenannte Normale hinaus ...

1. ... glücklich, erregt oder überdreht waren?
2. ... reizbar waren oder andauernd Streit mit anderen Leuten angefangen haben?

Wie haben Sie sich während dieser Phase gefühlt?

3. Ich hatte ein übersteigertes Selbstwertgefühl.
4. Ich hatte ein geringeres Schlafbedürfnis als sonst.
5. Ich hatte einen größeren Rededrang als sonst.
6. Meine Gedanken sprangen vom einen Thema zum anderen.
7. Ich war ablenkbarer als sonst.
8. Ich war aktiver als sonst (im sozialen, beruflichen, schulischen oder sexuellen Bereich).
9. Ich neigte zu tollkühnem oder rücksichtslosem Verhalten (z.B. ungezügelt einkaufen, rücksichtsloses Autofahren, riskante geschäftliche Investitionen).
10. Ich hatte ein übersteigertes Selbstwertgefühl.

Antwortkategorien: ja, nein

C. Severity of Dependence Scale (SDS): Cannabis-, Amphetamine- bzw Kokainkonsum in den letzten 12 Monaten (Gossop, 1995)

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

Antwortkategorien: Item 1-4: (0) nein, niemals; (1) manchmal; (2) häufig; (3) immer

Item 5: (0) nicht schwierig; (1) etwas schwierig; (2) sehr schwierig; (3) unmöglich

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

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

Antwortkategorien:

Item 1:	(0) nie; (1) einmal im Monat; (2) zwei- bis viermal im Monat; (3) zwei- bis dreimal die Woche; (4) viermal die Woche oder öfter
Item 2-3:	(0) 1-2 Gläser pro Tag; (1) 3-4 Gläser pro Tag; (2) 5-6 Gläser pro Tag; (3) 7-9 Gläser pro Tag; (4) 10 oder mehr Gläser pro Tag
Item 4-8:	(0) nie; (1) seltener als einmal im Monat; (2) jeden Monat; (3) jede Woche; (4) jeden Tag oder fast jeden Tag
Item 9-10:	(0) nein; (2) ja, aber nicht während der letzten 12 Monate; (4) ja, während der letzten 12 Monate

E. Inventar akuter Alkoholeffekte (IAA) (Hagen & Demmel, 2002)

Wenn ich Alkohol getrunken habe...

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. ...finde ich alles irgendwie lustiger – auf jeden Fall lache ich mehr. 2. ...kann ich keinen klaren Gedanken mehr fassen. 3. ...kann ich meine Probleme und Sorgen vergessen. 4. ...bin ich in ausgelassener Stimmung. 5. ...steigt mein Selbstvertrauen. 6. ...bin ich lockerer und ungezwungener. 7. ...kann ich besser abschalten. 8. ...fällt es mir leichter, auf andere Menschen zuzugehen. 9. ...kann ich einer Unterhaltung nicht mehr richtig folgen. 10. ...genieße ich Sex noch mehr. | <ol style="list-style-type: none"> 11. ...lassen Schmerzen, die ich habe, deutlich nach. 12. ...habe ich Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren. 13. ...werde ich schneller aggressiv. 14. ...bin ich reizbar und aufbrausend. 15. ...empfinde ich stärker beim Sex. 16. ...bin ich nicht mehr so schüchtern. 17. ...werde ich träge. 18. ...bin ich nicht mehr so verspannt. 19. ...breche ich eher einen Streit vom Zaun. 20. ...habe ich mehr Lust auf Sex. |
|--|--|

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

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. Wie ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente
8. In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen
9. Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl
10. Manchmal war ich selbst erstaunt, wie viele Tabletten ich an einem Tag eingenommen habe
11. Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger

Antwortkategorien: Trifft zu / Trifft nicht zu

G. Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire-Revised (DTSEQ-R) (Oei, Hasking & Young, 2005)

Wie sicher sind Sie, dass Sie dem Konsum alkoholischer Getränke widerstehen könnten ...

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. ... wenn Sie zum Essen ausgehen 2. ... wenn Ihnen jemand Alkohol anbietet 3. ... wenn Ihr (Ehe-) Partner Alkohol trinkt 4. ... wenn Ihre Freunde Alkohol trinken 5. ... wenn Sie in einer Kneipe, Bar oder in einer Diskothek sind 6. ... wenn Sie verärgert sind 7. ... wenn Sie frustriert sind 8. ... wenn Sie sich Sorgen machen 9. ... wenn Sie aufgebracht sind 10. ... wenn Sie sich niedergeschlagen fühlen | <ol style="list-style-type: none"> 11. ... wenn Sie nervös sind 12. ... wenn Sie traurig sind 13. ... wenn Sie fernsehen 14. ... wenn Sie zu Mittag essen 15. ... wenn Sie auf dem Weg von der Arbeit nach Hause sind 16. ... wenn Sie Musik hören oder lesen 17. ... wenn Sie allein sind 18. ... wenn Sie vom Sport kommen 19. ... gleich wenn Sie zu Hause ankommen |
|---|---|

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