

Ludwig Kraus
Alexander Pabst
Daniela Piontek

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

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

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 Sachsen¹

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

Ludwig Kraus, Alexander Pabst & Daniela Piontek

IFT Institut für Therapieforchung, München

1) Gefördert durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales

Reihe IFT-Berichte
Band Nr. 176

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 20.12.2010

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis.....	7
Abbildungsverzeichnis.....	11
Vorwort	13
Kurzfassung	15
Summary	17
1 Einleitung.....	19
2 Methode	21
3 Illegale Drogen	31
4 Alkohol.....	37
5 Tabak	47
6 Medikamente	57
7 Diskussion	63
8 Literatur	71
9 Anhang: Instrumente	77

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1:	Übersicht über den Epidemiologischen Suchtsurvey 2009 in Sachsen	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, 1990-2009	29
Tabelle 2-5:	Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Sachsen 1990-2009	30
Tabelle 3-1:	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen.....	32
Tabelle 3-2:	12-Monats- und 30-Tage-Frequenz des Cannabiskonsums, auf Konsumenten bezogen	33
Tabelle 3-3:	Anteil der Personen mit einem positiven Befund in der Severity of Dependence Skala (SDS) für Cannabisabhängigkeit (Gesamtstichprobe und Cannabiskonsumten der letzten 12 Monate)	34
Tabelle 3-4:	Prävalenz positiver Antworten auf die Items der Severity of Dependence Skala (SDS) (Cannabiskonsumten der letzten 12 Monate)	35
Tabelle 3-5:	Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 24-Jährigen, 1990-2009	36
Tabelle 3-6:	Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 39-Jährigen, 1990-2009	36
Tabelle 4-1:	Verteilung des Alkoholkonsums (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen in Gramm Reinalkohol pro Tag)	37
Tabelle 4-2:	Prävalenz des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke und durchschnittliche Trinkmengen in den letzten 30 Tagen	38
Tabelle 4-3:	Häufigkeit des Rauschtrinkens nach Geschlecht und Alter (Konsumenten der letzten 30 Tage).....	39
Tabelle 4-4:	Häufigkeit des Rauschtrinkens nach Konsumkategorien (durchschnittliche Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage).....	39
Tabelle 4-5:	Anteil der Personen mit einem positiven Befund im Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (Gesamtstichprobe und Konsumenten der letzten 12 Monate)	41
Tabelle 4-6:	Anteil der Abstinenz nach Sozialschicht	41

Tabelle 4-7: Durchschnittliche tägliche Reinalkoholmenge nach Geschlecht und Sozialschicht (Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage)	42
Tabelle 4-8: Risikokonsum und Rauschtrinken nach Sozialschicht (Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage)	42
Tabelle 4-9: Trends des Alkoholkonsums 18- bis 59-Jähriger (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage), 1995/97-2009	43
Tabelle 4-10: Trends der Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und der durchschnittlichen Trinkmenge 18- bis 59-Jähriger, 1995/97-2009	44
Tabelle 4-11: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens, 1995/97-2009	45
Tabelle 4-12: Verteilung des Alkoholkonsums für Männer und Frauen (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen in Gramm Reinalkohol pro Tag).....	46
Tabelle 4-13: Prävalenz des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke und durchschnittliche Trinkmengen für Männer und Frauen.....	46
Tabelle 5-1: Verteilung der Raucher, Exraucher und Nichtraucher	47
Tabelle 5-2: Umfang des Zigarettenkonsums der Zigarettenraucher (letzte 30 Tage)	48
Tabelle 5-3: Anteil der Personen mit einem positiven Befund für Nikotinabhängigkeit im DSM-IV (Gesamtstichprobe und Raucher der letzten 12 Monate).....	51
Tabelle 5-4: Häufigkeit des Passivrauchens, Vermeidung von Passivrauchen und Einstellung zum Rauchen	52
Tabelle 5-5: Anteil der Nichtraucher, Raucher und Exraucher nach Sozialschicht.....	52
Tabelle 5-6: Prävalenz des täglichen Zigarettenrauchens nach Sozialschicht	52
Tabelle 5-7: Prävalenz des Rauchens von täglich 20 oder mehr Zigaretten nach Sozialschicht	53
Tabelle 5-8: Prävalenz des Rauchens (Lebenszeit) nach Sozialschicht und Geburtskohorte	53
Tabelle 5-9: Passivrauchbelastung der Nicht- und Exraucher nach Sozialschicht	54
Tabelle 5-10: Ort der Passivrauchbelastung der Nicht- und Exraucher nach Sozialschicht	54
Tabelle 5-11: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens 18- bis 24-Jähriger, 1990-2009	54
Tabelle 5-12: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens, 1990-2009	55
Tabelle 5-13: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag bei 18 bis 24-Jährigen, 1990-2009	55
Tabelle 5-14: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag, 1990-2009	56

Tabelle 5-15: Trends der Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV bei 18- bis 59-Jährigen, 2000-2009	56
Tabelle 6-1: 12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme	57
Tabelle 6-2: 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme	58
Tabelle 6-3: Anteil der Personen mit einem positiven Befund im Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM).....	59
Tabelle 6-4: Anteile positiver Antworten auf die Items des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KFM).....	60
Tabelle 6-5: Trends der 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme 18- bis 59-Jähriger, 1995/97-2009	61
Tabelle 6-6: Trends des problematischen Medikamentenkonsums (Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch) bei 18- bis 59-Jährigen, 2000-2009	62

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Cannabiskonsums.....	34
Abbildung 4-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Frauen.....	40
Abbildung 4-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Männer.....	40
Abbildung 5-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Frauen.....	49
Abbildung 5-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Männer.....	49
Abbildung 5-3: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Frauen.....	50
Abbildung 5-4: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Männer.....	50

Vorwort

Sachsen hat sich 2009 zum ersten Mal mit einer erweiterten Stichprobe am Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) beteiligt. Im Epidemiologischen Suchtsurvey werden seit 1980 in regelmäßigen Abständen Befragungen in der Allgemeinbevölkerung zum Konsum von illegalen Drogen, Alkohol, Tabak und Medikamenten durchgeführt. Der Survey ergänzt als wichtige Datenquelle die Gesundheitsberichterstattung von Bund und Ländern. Insgesamt nahmen in Sachsen 1.423 Personen zwischen 18 und 64 Jahren an der Befragung teil.

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

November 2010

PD Dr. Ludwig Kraus

Kurzfassung

Im Jahr 2009 wurde die Stichprobe des bundesweit durchgeführten Epidemiologischen Suchtsurveys erstmals so angelegt, dass differenzierte Analysen für Sachsen 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, telefonischen und Online-Befragung (Mixed-Mode-Design) 1.423 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 50,0 %.

Illegale Drogen

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 18,4 % über Erfahrungen mit illegalen Drogen, 4,3 % über den Konsum in den letzten 12 Monaten und 2,0 % über den Konsum in den letzten 30 Tagen. In den letzten 12 Monaten nahmen 4,0 % Cannabis. Cannabis ist die am weitesten verbreitete illegale Substanz. Die 12-Monats-Prävalenz anderer illegaler Drogen außer Cannabis betrug 1,2 %. Vierzig Prozent der Cannabiskonsumenten gaben in den letzten 30 Tagen einen mindestens wöchentlichen Konsum an. Für 1,4 % der 18- bis 64-jährigen Bevölkerung und 39,4 % 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 3,4 % auf 31,1 % zugenommen. Beim aktuellen Konsum (letzte 30 Tage) zeigen sich keine signifikanten Veränderungen. Auch die Prävalenzen des Konsums anderer illegaler Drogen als Cannabis haben sich im Zeitraum 1990 bis 2006 kaum verändert. Im Vergleich zu den gesamtdeutschen Prävalenzen des Konsums finden sich in Sachsen eine höhere Konsumfrequenz sowie erhöhte Abhängigkeitswerte unter den aktuellen Konsumenten.

Alkohol

Alkoholkonsum ist in der Allgemeinbevölkerung in Sachsen weit verbreitet, nur 1,7 % konnten als lebenslang abstinent bezeichnet werden und nur 5,8 % hatten zwar Alkoholerfahrung, lebten aber im letzten Jahr vor der Erhebung abstinent. Die Mehrheit der 18- bis 64-Jährigen berichtete einen durchschnittlichen Konsum von weniger als 24g (Männer) bzw. 12g (Frauen) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert lagen 28,3 % der Männer und 15,1 % der Frauen. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einem Trinkanlass) berichteten 41,8 % der Männer und 17,0 % der Frauen mindestens einmal in den letzten 30 Tagen. Nach den Kriterien des AUDIT wurde bei 19,2 % 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 1995/97 zu einer Verschiebung des Alkoholkonsums hin zu einem höheren Anteil von Abstinentern und einem niedrigeren Anteil von risikoarmen und riskanten Konsumenten gekommen. Deutlich zugenommen hat das Rauschtrinken bei jungen Erwachsenen.

Tabak

In den letzten 30 Tagen rauchten 35,5 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 21,9 % der gleichaltrigen Frauen. Zu den ehemaligen Rauchern zählten 26,7 % der Männer und 18,1 % der Frauen. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rauchen (20 und mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (23,7 % vs. 14,1 %). Eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV wurde für 6,8 % der Gesamtstichprobe und für 20,8 % der aktuellen Konsumenten geschätzt. Mehr junge Erwachsene, die das Rauchen ausprobierten, machten früher in ihrem Leben erste Erfahrungen mit dieser Substanz. Insgesamt 12,1 % der erwerbstätigen und auszubildenden Nicht- und Exraucher gab an, täglich dem Passivrauchen am Arbeitsplatz ausgesetzt gewesen zu sein. Bei Männern und Frauen sinkt der Anteil der aktuellen Raucher mit höherer sozialer Schicht. Die höchste Prävalenz findet sich mit 46,5 % bzw. 33,1 % in der Unterschicht. In der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen zeigen sich keine signifikanten Veränderungen der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens über die letzten 20 Jahre. Der Anteil der aktuellen Raucher ist bei den 30- bis 39-Jährigen von 2006 bis 2009 deutlich angestiegen (17,0 % vs. 33,7 %). Allerdings ist sowohl der Anteil aktueller als auch starker Raucher in allen Erhebungen niedriger als im ersten Erhebungsjahr 1990.

Medikamente

Insgesamt 58,9 % 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 14,4 % 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, jedoch zeigt die jüngste Altersgruppe eine erhöhte Prävalenz der Schmerzmitteleinnahme. Insgesamt wiesen 3,2 % einen problematischen Medikamentengebrauch nach KFM auf. Trendvergleiche der zumindest einmal wöchentlichen Einnahme zwischen 1995/97 und 2006 zeigten insgesamt eine Zunahme des Schmerzmittelkonsums sowie einen Rückgang bei Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln und Appetitzüglern. Diese Entwicklungen spiegeln die gesamtdeutschen Veränderungen wider.

Summary

In 2009, the sample of the Epidemiological Survey of Substance Abuse was enlarged to allow separate estimations for the state of Saxony. 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 50,0 %, resulting in 1,423 respondents aged 18 to 64 years who participated in the study.

Illicit drugs

Overall 18.4 % of respondents aged 18 to 64 years reported lifetime illegal drug use; 4.3 % reported illegal drug use in the last twelve month, and 2.0 % stated the use of illegal drugs within the last 30 days. In the last twelve months 4.0 % consumed cannabis. Cannabis is the most widely used illegal drug. 12-months prevalence of illegal drugs other than cannabis was only 1.2 %. Forty percent of all cannabis users smoked cannabis at least weakly within the last month. According to the Severity of Dependence Scale 1.4% of the total sample and 39.4 % of 12-months users were cannabis dependent. Overall, lifetime experience of illegal drugs among individuals aged 18 to 39 years has increased from 3.4 % to 31.1 % between 1990 and 2006, respectively. Prevalence rates of illegal drug use in the last 30 days, however, remained constant over time. Also no significant changes over time appeared for illegal substances other than cannabis. Compared to Germany, prevalence rates in the state of Saxony showed higher cannabis use frequency and higher rates of dependence in current cannabis users.

Alcohol

Alcohol use is wide-spread among the general population of Bavaria. Only 1.7 % were lifetime abstainers and 5.8 % did not drink within the past twelve months but stated that they had ever drunken alcohol. The majority of respondents aged 18 to 64 years reported an average daily intake of less than 30 g ethanol for males and 20 g for females. About 28.3 % of males and 15.1 % of females reported drinking more than these harmful limits. Heavy episodic drinking (five alcoholic drinks at a single occasion) at least once per month was prevalent in 41.8 % of males and 17.0 % of females. Overall 19.2 % 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 moderate and at-risk drinkers since 1995. Increases could be observed for heavy episodic drinking in the youngest age groups.

Tobacco

Overall 35.5 % of males aged 18 to 64 years and 21.9 % of females in the same age group reported smoking during the last 30 days; and 26.7 % of males and 18.1 % of females reported former smoking. Male cigarette smokers more often reported heavy smoking (i.e., 20 cigarettes per day and more) than female smokers (23.7 % vs. 14.1 %). Altogether, 6.8 % of the total sample and 20.8 % of current smokers fulfilled DSM-IV-criteria for nicotine dependence. Age of first smoking experience has decreased in the younger age groups. A total of 12.1 % of non-employed respondents indicated daily exposure to second hand smoke at their workplace. In both males and females, smoking prevalence declines with higher socio-economic status. The highest prevalence can be found in the low status group (46.5 % and 33.1 %, respectively). Among 18 to 24 year-olds, tobacco use prevalence did not change over the last twenty years. This trend is most obvious in heavy smokers. The proportion of current smokers in those aged 30 to 39 years increased between 2006 and 2009 (17.0 % vs. 33.7 %). However, the prevalence of current and heavy smoking is lower in all survey years compared to 1990.

Prescription drugs

A total of 58.9 % consumed one or more prescription drugs of the surveyed categories (analgetics, sleeping tablets, tranquillizers, stimulants, appetite suppressants, antidepressants, and neuroleptics) in the past 12 months. Overall 14.4 % reported an intake at least once per week during the past month. Analgetics were the most widely used drug. Females and older adults used medications more often than males and younger adults. However, the youngest age group had an increased risk of analgetics use. Overall 3.2 % showed signs of problematic use of prescription drugs according to the KFM. Analyses of intake of at least one of the listed medications between 1995 and 2006 revealed an increase in the use of analgetics as well as decreases in the prevalence of tranquillizers, stimulants, and appetite suppressants. These developments are similar to the overall German data.

1 Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) berichtet im Rahmen ihrer Schätzungen zur weltweiten Morbiditäts- und Mortalitätsbelastung, dass die legalen Substanzen Tabak und Alkohol zwei der fünf wichtigsten gesundheitlichen Risikofaktoren darstellen (World Health Organization, 2009). Tabak- und Alkoholkonsum verursachen 3,7 bzw. 4,4 % aller durch Krankheit verlorenen Lebensjahre (disability adjusted life years, DALYs). Der Anteil illegaler Drogen (Amphetamine und Opioide) an der weltweiten Krankheitsbelastung wird auf unter 1 % geschätzt. Cannabis und Medikamente wurden in den Schätzungen bisher nicht berücksichtigt. Eine australische Studie berichtet jedoch auch für diese Substanzen eine spürbare gesundheitliche Beeinträchtigung mit einem Gesamtanteil der DALYs von jeweils 0,2 % (Begg et al., 2007).

Darüber hinaus ist Substanzkonsum mit beträchtlichen gesellschaftlichen Konsequenzen und hohen volkswirtschaftlichen Kosten verbunden. Die direkten und indirekten Folgekosten, die durch den Konsum legaler Substanzen in Deutschland verursacht werden, werden für Tabak auf jährlich 21 Mrd. Euro (Neubauer et al., 2006) und für Alkohol auf 24 Mrd. Euro (Konnopka & König, 2007) geschätzt. Dies entspricht mehr als 2 % des Bruttoinlandsprodukts. Weitere 6 Mrd. Euro werden jährlich für Ausgaben im Bereich illegaler Drogen aufgewendet (Mostardt, Flöter, Neumann, Wasem & Pfeiffer-Gerschel, 2010).

Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey steht in Deutschland seit vielen Jahren ein Instrument zur Beobachtung des Konsumverhaltens zur Verfügung, das eine Schätzung der Belastung der erwachsenen Bevölkerung durch den Konsum und die Folgen des Konsums von Tabak, Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen erlaubt. Die Daten, die in regelmäßigen Abständen im Querschnitt erhoben werden, eignen sich für die Gewinnung wertvoller Informationen zu Prävalenz und Mustern des Substanzkonsums sowie zu Prävalenz und Trends des Umfangs von Personen mit einem Missbrauchs- oder abhängigen Verhalten. Sie leisten damit einen wesentlichen Beitrag zur Analyse und Verbesserung der öffentlichen Gesundheit sowie zur Gewinnung wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse zu Einflussfaktoren und damit zu einer evidenzbasierten Prävention. 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.

Sachsen nahm 2009 zum ersten 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 (1990-2009) vorgenommen.

2 Methode

Die Stichprobe des bundesweit durchgeführten Epidemiologischen Suchtsurveys wurde hinsichtlich der Fallzahl so erweitert, dass Aussagen für die Wohnbevölkerung von Sachsen 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 Sachsen für das Jahr 2009.

Tabelle 2-1: Übersicht über den Epidemiologischen Suchtsurvey 2009 in Sachsen

Alter	N	Antwort- rate	Stichprobenziehung / Design	Referenz
18-64	1.423	50,0%	Einwohnermeldestichprobe, disproportionale Stichprobe, postalischer Fragebogenversand, telefonische Interviews, Online-Befragung; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus, Pabst & Piontek, 2010

Stichprobe

Die Datenbasis des Suchtsurveys für Sachsen bilden alle in Privathaushalten in Sachsen lebenden Personen, die zwischen 1945 und 1991 geboren wurden. Diese Altersgruppe umfasst etwa 2,6 Mio. Personen (Stand 31.12.2008, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen). Die Zielpersonen wurden auf der Basis der Einwohnermelderegister in einem zweistufigen Verfahren zufällig ausgewählt. In einer ersten Stufe wurden 27 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 Schichtungszeilen 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 35,5 % (n=1.133) der insgesamt in Sachsen gezogenen Einsatzadressen (N=3.196) lag vor Beginn der Studie eine Telefonnummer vor. Die verbleibenden 64,5 % (n=2.063) der Einsatzstichprobe erhielten den Fragebogen postalisch. Insgesamt nahmen 1.423 Personen (44,5 %) an der Befragung teil. Davon wurden 26,7 % (n=380) der Interviews telefonisch realisiert, 66,8 % (n=951) der Personen beantworteten den Fragebogen schriftlich und 6,5 % (n=92) im Internet.

Antwortrate

Die Antwortrate ergibt sich als Verhältnis der Nettostichprobe zu der um neutrale Ausfälle bereinigten Bruttostichprobe (The American Association for Public Opinion Research, 2009). Für 66,3% (n=2.118) Adressen der Bruttostichprobe (N=3.196) 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 10,9% (n=231). Dieser Anteil diente als Schätzwert für die stichprobenneutralen Ausfälle an Personen, von denen bis zum Feldende keine Information vorlag (n=1.078, 33,7%). Aufgrund dieser Schätzung erhöhte sich die Anzahl stichprobenneutraler Ausfälle um n=118 Personen, so dass insgesamt 349 Zielpersonen als geschätzte neutrale Ausfälle angenommen wurden und sich die Bruttostichprobe auf 2.847 (89,1%) Personen reduzierte. Nach Abzug der stichprobenneutralen Ausfälle ergibt sich somit eine Antwortrate von 50,0%, die damit auf gleichem Niveau liegt wie 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, 2010c). Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass Alkohol- und Drogenkonsumenten in der realisierten Stich-

probe 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 Jahrgangsguppe 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 Jahrgangsguppen in der Bruttostichprobe, der ungewichteten und gewichteten Nettostichprobe sowie der Grundgesamtheit (nach Auskunft des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen) aufgeführt. Aufgrund der disproportionalen Ziehung nach Jahrgangsguppen 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 Jahrgangsguppen höher als der Anteil männlicher Befragter. Die Ausschöpfungsraten sind bei jüngeren und älteren Befragten beiden Geschlechts tendenziell höher als im mittleren Erwachsenenalter. In der gewichteten Stichprobe stimmen die Jahrgangsguppenverteilungen 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 Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen) gegenüber. Vergleichswerte zur Bevölkerung liegen nur für die Variablen Staatsbürgerschaft, Familienstand und Schulabschluss vor. Aufgrund des disproportionalen Designs ist der Anteil lediger und in Schulausbildung befindlicher Personen in der ungewichteten Stichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit überrepräsentiert, stimmt jedoch in der gewichteten Stichprobe besser mit der Verteilung in der Bevölkerung überein. Sowohl in der gewichteten als auch in der ungewichteten Stichprobe ist der Anteil an Personen mit Hauptschulabschluss deutlich geringer und der Anteil an Personen mit Abitur deutlich größer als in der Grundgesamtheit. Unterrepräsentiert sind zudem nicht-deutsche Staatsangehörige.

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	2965	100,0	1423	48,0	100,0	1423	100,0	100,0
Männer, gesamt	1436	48,4	607	42,3	42,7	736	51,7	51,5
1989 - 1991	158	5,3	80	50,6	5,6	36	2,5	3,0
1985 - 1988	215	7,3	82	38,1	5,8	62	4,4	4,3
1980 - 1984	215	7,3	82	38,1	5,8	80	5,6	5,4
1970 - 1979	323	10,9	118	36,5	8,3	143	10,0	9,9
1960 - 1969	235	7,9	89	37,9	6,3	183	12,9	12,9
1950 - 1959	196	6,6	101	51,5	7,1	175	12,3	11,9
1945 - 1949	94	3,2	55	58,5	3,9	59	4,1	4,1
Frauen, gesamt	1529	51,6	816	53,4	57,3	687	48,3	48,5
1989 - 1991	176	5,9	89	50,6	6,3	34	2,4	2,8
1985 - 1988	210	7,1	112	53,3	7,9	57	4,0	3,9
1980 - 1984	241	8,1	136	56,4	9,6	70	4,9	4,8
1970 - 1979	292	9,8	140	47,9	9,8	123	8,6	8,7
1960 - 1969	265	8,9	140	52,8	9,8	170	11,9	12,1
1950 - 1959	227	7,7	131	57,7	9,2	172	12,1	11,9
1945 - 1949	118	4,0	68	57,6	4,8	61	4,3	4,4

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	98,7	98,5	98,9	99,0	98,9	99,0	96,4	96,1	96,8
	Andere	1,3	1,5	1,1	1,0	1,1	1,0	3,6	3,9	3,2
Familienstand	Ledig	50,5	55,4	46,8	38,2	43,2	32,9	39,9	45,1	34,5
	Verheiratet	41,2	38,2	43,4	51,4	48,7	54,4	48,6	45,4	52,0
	Verwitwet	1,3	0,5	2,0	1,7	0,6	2,8	2,1	0,8	3,4
	Geschieden	6,3	5,3	7,0	7,9	7,0	8,9	9,4	8,7	10,1
	K.A.	0,8	0,7	0,9	0,8	0,6	1,0			
Schulabschluss	In Schulausbildung	2,3	2,3	2,2	1,3	1,4	1,3	0,6	0,5	0,7
	Hauptschulabschluss	6,0	9,1	3,7	5,9	8,2	3,5	7,5	8,6	6,4
	Mittlere Reife	24,6	24,7	24,5	20,8	21,1	20,5	15,7	16,6	14,8
	Polytechnische Oberschule	24,5	22,6	26,0	32,6	30,1	35,2	48,6	47,1	50,1
	(Fach-) Abitur	39,9	38,6	40,8	36,2	36,2	36,2	26,7	26,1	27,3
	Ohne Abschluss	0,8	1,3	0,5	0,8	1,3	0,4	1,0	1,2	0,7
	Anderer Abschluss	1,4	1,0	1,7	1,6	1,3	2,0			
K.A.	0,6	0,5	0,6	0,7	0,5	0,8				
Haushaltsnetto- Einkommeh ²⁾	unter 500	5,2	6,4	4,3	4,3	5,7	2,8			
	500-1000	14,1	12,7	15,2	12,6	12,1	13,1			
	1000-1250	8,6	7,1	9,8	7,6	6,5	8,8			
	1250-1500	9,0	8,9	9,1	9,3	9,1	9,6			
	1500-2000	16,4	15,5	17,0	16,2	15,2	17,2			
	2000-2500	14,8	15,0	14,5	16,5	17,2	15,8			
	2500-3000	10,3	9,4	11,0	11,0	10,0	12,1			
	3000-4000	9,6	10,1	9,2	10,6	11,0	10,2			
	4000 und mehr	7,1	9,7	5,2	8,2	10,3	6,1			
	K.A.	4,9	5,3	4,7	3,6	3,0	4,3			

1) Bevölkerung: Stand 31.12.2008, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

2) Bevölkerungsstatistiken nicht erhältlich

Instrumente

Der Fragebogen des ESA 2009 stellt eine adaptierte Version des 2006 eingesetzten Instrumentes 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 (Kraus & Pabst, 2010c).

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 getränkespezifischen 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 Getränkes 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 deutsche 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 WHO (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 konsumier-

ten 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 & Miehle, 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 Punktsommenscore 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 Sachsen von 1990 bis 2009 herangezogen. Dabei gehen für das Jahr 2009 die Daten der erweiterten Stichprobe für Sachsen in die Analysen ein. Aufgrund geringer Fallzahlen für Sachsen wurden die Erhebungen von 1995 und 1997 zusammengefasst. 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 1990 und 2009. Die Daten für Sachsen wurden nach den Merkmalen Geschlecht und Alter (18-24, 25-29, 30-39 und 40-59 Jahre) poststratifiziert, um zu gewährleisten, dass die Stichprobenverteilung der zentralen Merkmale Geschlecht und Alter nicht von der Verteilung in der Grundgesamtheit in Sachsen im Jahre jeweils zum 31.12. des jeweiligen Surveyjahres abweicht.

Tabelle 2-4: Epidemiologischer Suchtsurvey, 1990-2009

Jahr	N	Region	Alter	Antwort-rate	Stichprobenziehung / Design	Referenz
1990	2.424	Deutschland Ost	12-39	65%	Einwohnermeldestichprobe; altersproportionale Ziehung; postalischer Fragebogenversand; dt. Staatsangehörigkeit	Simon & Wiblishauser (1993)
1995/1997	15.853	Deutschland	18-59	je 65%	Random-Route; ADM-Design (Bundestagswahlkreise); altersproportionale Stichprobe; persönliche Übergabe des Fragebogen; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Herbst, Kraus & Scherer (1996); 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, disproportionale Ziehung nach Alter, postalischer Fragebogenversand; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus & Augustin (2005)
2006	7.912	Deutschland	18-64	45%	Einwohnermeldestichprobe, disproportionale Ziehung nach Alter, postalischer Fragebogenversand; telefonische Nachbefragung; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus (2008)
2009	8.030	Deutschland	18-64	50%	Einwohnermeldestichprobe, disproportionale Ziehung nach Geburtskohorte, postalischer Fragebogenversand, telefonische Interviews, Online-Befragung; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus & Pabst (2010b)

Die resultierenden Stichprobenumfänge sind in Tabelle 2-5 nach Altersgruppen dargestellt. Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurden Trendanalysen nur für den Altersbereich 18 bis 59 Jahre (1990: 18 bis 39 Jahre) berichtet. Zeitliche Veränderungen in den Konsumprävalenzen der Substanzen Alkohol und Medikamente werden aufgrund fehlender methodischer Vergleichbarkeit zudem nur für die Jahre 1995 bis 2009 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.

Tabelle 2-5: Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Sachsen 1990-2009

Alter	1990	1995/1997	2000	2003	2006	2009	Gesamt
	461	956	476	458	350	1300	4001
	(18-39)	(18-59)	(18-59)	(18-59)	(18-59)	(18-59)	(18-59)
18-24	129	86	76	124	108	363	886
25-29	114	116	44	75	56	218	623
30-39	218	242	110	85	56	258	969
40-59	-	512	246	174	130	461	1523
18-29	243	202	120	199	164	581	1509
18-39	461	444	230	284	220	839	2478
25-39	332	358	154	160	112	476	1592

3 Illegale Drogen

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen

Insgesamt haben 18,4 % der befragten 18- bis 64-Jährigen schon einmal irgendeine illegale Droge (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack oder psychoaktive Pilze) genommen (Tabelle 3-1). Bezogen auf den Zeitraum der letzten 12 Monate vor der Befragung trifft dies auf 4,3 % zu. Innerhalb der letzten 30 Tage haben 2,0 % illegale Substanzen konsumiert. Unter den illegalen Drogen ist Cannabis die am weitesten verbreitete Substanz. Der Anteil der Cannabiskonsumenten liegt jeweils nur geringfügig unter dem Gesamtanteil der Drogenkonsumenten (z. B. 17,6 % vs. 18,4 % für die Lebenszeit-Prävalenz). Während der Anteil der Lebenszeiterfahrenen mit illegalen Drogen ohne Cannabis bei 5,1 % liegt (12 Monate: 1,2 %, 30 Tage: 0,7 %), sind die Prävalenzen der Einzelsubstanzen insgesamt sehr gering. So haben 2,5 % Erfahrung mit Kokain, 2,4 % mit Ecstasy, 2,2 % mit Amphetaminen und 2,0 % mit psychoaktiven Pilzen. Alle anderen Prävalenzwerte (12 Monate und 30 Tage) liegen unter 1 %.

Unter den 18- bis 39-Jährigen ist multiple Drogenerfahrung weit verbreitet. Etwa jeder vierte Konsument (26,4 %) hat im Leben bereits zwei oder mehr illegale Drogen probiert, jeder sechste (16,4 %) drei oder mehr und etwas mehr als jeder zehnte (11,3 %) hat bereits mindestens vier illegale Substanzen probiert. Von den Personen, die in den 12 Monaten vor der Befragung Drogen konsumiert hatten, berichteten 22,0 % die Einnahme von zwei oder mehr Substanzen, 13,7 % die Einnahme von 3 oder mehr und 8,2 % die Einnahme von 4 oder mehr einzelnen Substanzen. Einschränkend ist zu erwähnen, dass multipler Drogengebrauch nicht notwendigerweise bedeutet, dass die Substanzen zur gleichen Zeit eingenommen wurden.

Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung (WB) haben etwa 490.000 (95%-KI: 420.000-560.000) Personen Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen. In Bezug auf die letzten 12 Monate sind dies 114.000 (95%-KI: 90.000-150.000) Personen und in Bezug auf die letzten 30 Tage liegt die Zahl der Konsumenten bei etwa 53.000 (95%-KI: 36.000-79.000). Cannabis wurde im Verlauf der letzten 12 Monate von 105.000 (95%-KI: 81.000-137.000) Personen konsumiert, andere illegale Drogen von 32.000 (95%-KI: 20.000-52.000).

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Alter und Geschlecht

Mehr Männer als Frauen haben Lebenszeiterfahrung mit dem Konsum irgendeiner illegalen Droge (21,5 % vs. 15,1 %). Auch in Bezug auf die letzten 12 Monate (4,8 % vs. 3,8 %) sowie die letzten 30 Tage (2,2 % vs. 1,8 %) liegt der Anteil der männlichen Konsumenten über dem der weiblichen. Diese Unterschiede betreffen alle einzelnen Substanzen.

Mit zunehmendem Alter nehmen die Konsumerfahrungen deutlich ab. So haben 31,1 % der 18- bis 24-Jährigen und 40,3 % der 25- bis 29-Jährigen mindestens einmal im Leben illegale Drogen konsumiert, bei den 40- bis 49-Jährigen sind es jedoch nur 12,5 % und bei den 50-

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	18,4	21,5	15,1	31,1	40,3	27,6	12,5	5,2
Cannabis	17,6	20,6	14,5	29,2	40,3	26,5	12,0	4,9
Andere Drogen als Cannabis	5,1	6,4	3,7	9,2	12,5	7,6	2,3	1,6
Amphetamine	2,2	2,9	1,5	4,4	8,1	3,2	0,5	0,2
Ecstasy	2,4	3,1	1,5	3,7	7,9	4,5	0,5	0,2
LSD	1,4	2,2	0,6	1,5	4,0	2,1	0,7	0,7
Heroin	0,6	1,1	0,0	0,0	2,7	0,6	0,7	0,0
Andere Opiate	0,7	0,8	0,7	0,5	2,1	1,2	0,7	0,2
Kokain	2,5	3,5	1,6	2,0	6,5	4,2	1,9	1,1
Crack	0,1	0,3	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0
Pilze	2,0	2,5	1,5	5,5	7,9	2,2	0,0	0,2
Spice	0,7	0,9	0,4	1,6	3,1	0,0	0,5	0,0
12 Monate	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Irgendeine illegale Droge	4,3	4,8	3,8	12,5	14,7	3,1	2,0	0,2
Cannabis	4,0	4,3	3,6	12,2	14,1	2,3	1,6	0,2
Andere Drogen als Cannabis	1,2	1,3	1,1	2,9	4,5	1,1	0,3	0,2
Amphetamine	0,8	1,0	0,6	1,4	4,5	0,7	0,0	0,0
Ecstasy	0,5	0,7	0,3	1,1	3,0	0,3	0,0	0,0
LSD	0,1	0,2	0,1	0,0	0,8	0,3	0,0	0,0
Heroin	0,1	0,3	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0
Andere Opiate	0,2	0,2	0,2	0,0	0,8	0,0	0,3	0,0
Kokain	0,4	0,5	0,4	0,2	2,0	0,7	0,0	0,2
Crack	0,1	0,1	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Pilze	0,3	0,3	0,4	1,0	1,1	0,3	0,0	0,0
Spice	0,2	0,3	0,1	0,5	0,3	0,0	0,5	0,0
30 Tage	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Irgendeine illegale Droge	2,0	2,2	1,8	5,5	5,6	1,6	1,3	0,2
Cannabis	1,8	1,9	1,6	5,5	5,6	0,8	1,0	0,2
Andere Drogen als Cannabis	0,7	0,7	0,7	0,6	3,1	1,1	0,3	0,0
Amphetamine	0,5	0,6	0,5	0,6	3,1	0,7	0,0	0,0
Ecstasy	0,1	0,2	0,1	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0
LSD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Heroin	0,1	0,2	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0
Andere Opiate	0,2	0,2	0,2	0,0	0,8	0,0	0,3	0,0
Kokain	0,3	0,5	0,1	0,0	1,6	0,7	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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Spice	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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

bis 64-Jährigen haben nur 5,2 % Erfahrungen mit illegalen Substanzen. Auch die Alters-trends sind von Cannabis als der am häufigsten konsumierten Substanz bestimmt. Andere Substanzen werden v.a. von den 25- bis 29-Jährigen konsumiert. Die Lebenszeitprävalenz liegt in dieser Altersgruppe bei 12,5 %. In den zwei ältesten Altersgruppen haben mit Ausnahme von Kokain (1,9 % bzw. 1,1 %) weniger als 1 % der Personen jemals andere Substanzen als Cannabis probiert.

Von den hochgerechnet 490.000 Personen mit Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen waren 295.000 Männer (95%-KI: 240.000-350.000) und 195.000 Frauen (95%-KI: 155.000-235.000). Auch in Bezug auf die letzten 12 Monate konsumieren mehr Männer (65.000; 95%-KI: 45.000-94.000) als Frauen (49.000; 95%-KI: 33.000-73.000) illegale Substanzen. Für die letzten 30 Tage wird die Anzahl der Drogenkonsumenten auf 30.000 Männer (95%-KI: 17.000-53.000) und 23.000 Frauen (95%-KI: 14.000-39.000) geschätzt.

Häufigkeit des Cannabiskonsums

Von den Personen, die angaben, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben, gaben 31,1 % einen einmaligen Konsum an (Tabelle 3-2). Ein mindestens wöchentlicher Konsum (60mal oder öfter) lag bei 15,3 % der Befragten vor. Etwa 9,6 % nahmen fast täglich (200mal oder öfter) Cannabis. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung sind dies 10.000 (95%-KI: 3.800-27.000) Personen mit (fast) täglichem Cannabiskonsum.

Unter den 30-Tage-Konsumenten haben knapp drei Viertel (74,2 %) mehr als einmal Cannabis genommen. Der Anteil der mindestens wöchentlichen Konsumenten liegt bei insgesamt 40,9 %. Jeder fünfte Cannabisnutzer (20,0 %) konsumierte an 20 bis 30 Tagen des letzten Monats.

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	86	1,7	31,1	25,2	10,4	3,7	12,6	3,4	2,3	9,6
	n	k.A.	1x	2-5x	6-9x	10-19x	20-30x			
30-Tage-Frequenz	38		25,9	33,3	13,0	7,9	20,0			

Alter des Erstkonsums von Cannabis

Die empirischen Verteilungsfunktionen des Erstkonsums zeigen, dass tendenziell in jedem Lebensalter der Anteil der Cannabiserfahrenen umso größer ist, je jünger die Befragten sind. So haben beispielsweise bis zum Alter von 20 Jahren jeweils 2 % der 40- bis 49-Jährigen und der 50- bis 64-Jährigen Cannabis probiert, bei den 30- bis 39-Jährigen sind dies 14 % und bei den 25- bis 29-Jährigen 33 %. In der jüngsten Alterskohorte liegt der Anteil derer, die

bis zum 20. Lebensjahr Erfahrungen mit Cannabis gemacht haben, mit 30 % etwas niedriger als in der nächst älteren Kohorte.

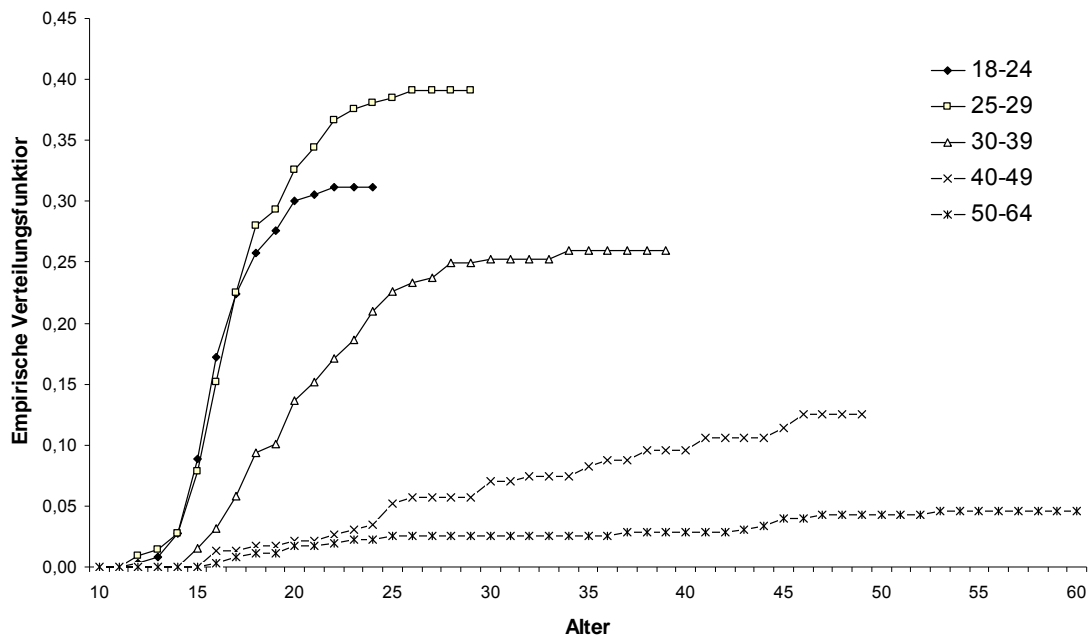


Abbildung 3-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Cannabiskonsums

Cannabisabhängigkeit

Der Anteil der Personen mit einer Abhängigkeit von Cannabis gemäß der Severity of Dependence Skala (SDS) liegt bezogen auf die Gesamtstichprobe bei 1,4 % (Tabelle 3-3). Von den aktuellen Konsumenten weisen 39,4 % eine Abhängigkeit auf, wobei der Anteil bei den Frauen etwas höher liegt als bei den Männern. Tendenziell nimmt die Prävalenz der Abhängigkeit mit dem Alter ab – in Bezug auf die aktuellen Konsumenten ist aufgrund zu kleiner Zellenbesetzungen in den ältesten Altersgruppen keine valide Aussage möglich. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung liegen auf der Grundlage der SDS bei 37.000 (95%-KI: 25.000-55.000) Personen 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)

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Gesamtstichprobe	1415	603	812	359	215	258	228	355
SDS \geq 2 Punkte	1,4 (31)	1,4	1,4	4,4	3,9	0,3	1,3	0,2
Konsumenten	78	34	44	42	26	6	3	1
SDS \geq 2 Punkte	39,4 (31)	37,0	42,5	39,4	30,9	12,3	100,0	100,0

Vergleicht man die einzelnen Items des SDS (Tabelle 3-4), zeigt sich, dass etwa ein Drittel (33,4 %) der Konsumenten wünscht, den Cannabiskonsum einzustellen. Weitere 28,2 % sind

über ihren Gebrauch besorgt. Darüber hinaus gab fast jeder fünfte Konsument an, dass sein Gebrauch außer Kontrolle geraten sei bzw. dass es schwierig sei, den Konsum einzustellen.

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

Konsumenten	Geschlecht		
	Gesamt	Männer	Frauen
	78	34	44
Gebrauch von Cannabis außer Kontrolle	18,6 (14)	17,6	19,9
Aussicht auf Cannabis zu verzichten beunruhigt	11,6 (10)	2,9	22,9
Über Gebrauch von Cannabis besorgt	28,2 (23)	26,2	30,7
Wunsch, Cannabiskonsum einzustellen	33,4 (28)	30,2	37,6
Cannabiskonsum einzustellen ist schwierig	18,9 (14)	14,3	24,9

Trends

In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen hat die Lebenszeiterfahrung des Konsums irgendeiner illegalen Droge von 1990 bis 2006 zugenommen (Tabelle 3-5). Bis zum Jahr 2009 hat sich dieser Zuwachs nicht fortgesetzt und die aktuelle Prävalenz liegt zwischen den Werten von 2000 und 2003. Der Referenzwert der aktuellen Erhebung von 2009 weist eine signifikante Zunahme gegenüber den 1990er Jahren auf. In Bezug auf die 12-Monats-Prävalenz zeigt sich ein Maximum im Jahr 2000 (17,8 %). Mit Ausnahme der Erhebung von 1990, in der die Prävalenz signifikant niedriger war als in der Erhebung von 2009, sind die Unterschiede über die Zeit jedoch nicht statistisch bedeutsam.

Die Entwicklung des Cannabiskonsums zeigt ähnliche Verläufe wie die Gesamtprävalenz. Nach einem Anstieg bis zum Jahr 2006 ist die Prävalenz im letzten Erhebungszeitraum wieder gesunken. Allerdings liegt der aktuelle Wert signifikant höher als in den ersten drei Erhebungsjahren 1990 bzw. 1995/97. In Bezug auf die anderen erfassten Einzelsubstanzen zeigt sich im Jahr 2009 eine signifikant niedrigere Lebenszeitprävalenz des Ecstasy-Konsums sowie eine signifikant niedrigere 12-Monats-Prävalenz des Kokain-Konsums jeweils im Vergleich zu 2006. Für Amphetamine, LSD und Opiate bleiben die Prävalenzwerte im Zeitverlauf auf einem konstanten und relativ niedrigen Niveau.

Trendvergleiche in der breiteren Altersgruppe der 18- bis 39-Jährigen bestätigen die zuvor beschriebenen Entwicklungen weitgehend (Tabelle 3-6). So findet sich im Jahr 2009 ein signifikant höherer Anteil von Personen, die jemals irgendeine illegale Droge bzw. Cannabis probiert haben, als in den Jahren 1990 bis 2003. Darüber hinaus zeigt sich in dieser Altersgruppe eine Zunahme der Lebenszeiterfahrung von Amphetaminen, Ecstasy, LSD und Kokain im Vergleich zu den 1990er Jahren. Der Anteil der aktuellen (12-Monats-) Konsumenten von Cannabis, Amphetaminen, Ecstasy und Kokain/Crack ist seit dem Survey 2000 konstant geblieben. Hinsichtlich LSD und Opiaten finden sich keine statistisch bedeutsamen Veränderungen über den gesamten Erhebungszeitraum von 20 Jahren.

Tabelle 3-5: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 24-Jährigen, 1990-2009

		Erhebungsjahr					
		1990	1995/97	2000	2003	2006	2009
Illegale Drogen	Lz	3,4*	15,3*	26,4	33,3	37,9	31,1
	12 M	2,6*	5,7	17,8	14,1	12,8	12,5
	30 T	-	4,3	7,8	8,2	4,7	5,5
Cannabis	Lz	3,4*	12,2*	23,7	31,5	37,0	29,2
	12 M	2,6*	5,7	15,9	14,1	11,5	12,2
	30 T	-	4,2	7,7	8,2	4,7	5,5
Amphetamine	Lz	0,8	2,5	2,8	2,6	8,3	4,4
	12 M	0,0	0,0	1,7	0,9	0,8	1,4
Ecstasy	Lz	0,0*	0,1	3,3	3,1	8,3*	3,7
	12 M	0,0	0,1	3,3	0,0	0,8	1,1
LSD ¹⁾	Lz	0,8	0,0	1,7	1,3	4,2	1,5
Opiate ¹⁾	Lz	0,8	2,1	1,7	0,0	0,0	0,5
Kokain/Crack	Lz	0,7	1,4	1,7	1,7	3,2	2,0
	12 M	0,0	1,4	1,7	0,0	2,4*	0,2

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

1) 12-Monats-Prävalenzen werden aufgrund geringer Zellbesetzungen nicht berichtet.

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

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

		Erhebungsjahr					
		1990	1995/97	2000	2003	2006	2009
Illegale Drogen	Lz	1,0*	8,3*	14,2*	23,6*	34,3	31,8
	12 M	0,7*	3,6*	8,5	8,5	7,5	8,9
	30 T	-	1,5	3,7	3,9	2,9	3,8
Cannabis	Lz	1,0*	7,0*	13,1*	22,0*	33,7	30,8
	12 M	0,7*	3,5*	8,0	8,2	7,0	8,3
	30 T	-	1,5	3,6	3,9	2,8	3,5
Amphetamine	Lz	0,2*	1,5*	1,8*	3,1	3,1	4,8
	12 M	0,0*	0,4*	0,8	1,2	0,2	1,9
Ecstasy	Lz	0,0*	0,3*	2,6	2,2	4,4	5,1
	12 M	0,0*	0,3	1,3	1,1	0,2	1,2
LSD	Lz	0,2*	0,3*	0,5	1,1	1,8	2,4
	12 M	0,0	0,2	0,5	0,4	0,0	0,3
Opiate	Lz	0,2	0,7	0,8	1,2	1,3	1,6
	12 M	0,0	0,0	0,5	0,4	0,0	0,3
Kokain/Crack	Lz	0,2*	0,6*	1,8	2,5	1,9	4,1
	12 M	0,0*	0,6	0,5	0,4	0,7	1,0

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

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

4 Alkohol

Abstinenz und Alkoholkonsum

Knapp über 80 % der erwachsenen Bevölkerung haben in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert (Tabelle 4-1). Wie aus Tabelle 2 ersichtlich wird, setzt sich dieser Anteil aus 58,4 % risikoarmen Konsumenten und 21,9 % riskanten Konsumenten zusammen. Geschlechtsspezifische Analysen zeigen, dass Frauen häufiger risikoarm konsumieren, wohingegen Männer häufiger als riskante Konsumenten klassifiziert werden. Schwankungen zeigen sich darüber hinaus über die verschiedenen Altersgruppen. Bis auf die 25- bis 29-Jährigen, von denen 46,2 % risikoarm konsumieren, liegt der Anteil der risikoarmen Konsumenten bei etwa 60 %. Entsprechend ist die zweitjüngste Altersgruppe diejenige mit dem höchsten Anteil riskanter Trinker (27,8 %).

Unter den Personen, die in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol getrunken hatten, war die Mehrheit (12,2 % der Gesamtstichprobe) nur in diesem Zeitraum abstinent. Weitere 5,8 % haben im letzten Jahr vor der Erhebung und 1,7 % noch nie im Leben Alkohol konsumiert. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben mit 17,3 % mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer (7,5 %) auf Alkohol verzichtet. Über die Altersgruppen zeigt sich ein u-förmiger Verlauf mit den niedrigsten Anteilen abstinent lebender Personen in den mittleren Altersgruppen der 30- bis 49-Jährigen. Eine nach Geschlecht getrennte Darstellung von Abstinenz und Konsumkategorien findet sich in Tabelle 4-12.

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
	1389		594	795	353	215	250	226	345
Lebenslang abstinent	1,7 (28)		1,6	1,8	2,1	3,7	1,0	1,9	1,0
Letzte 12 Monate abstinent	5,8 (75)		6,8	4,8	3,8	5,9	8,4	6,1	4,9
Letzte 30 Tage abstinent	12,2 (189)		7,5	17,3	14,1	16,4	11,1	8,8	13,4
Risikoarmer Konsum ¹⁾	58,4 (804)		55,9	61,0	60,1	46,2	58,7	60,5	59,8
Riskanter Konsum ²⁾	21,9 (293)		28,3	15,1	19,9	27,8	20,8	22,7	20,9

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

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

Hochrechnungen für die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung zeigen, dass insgesamt 580.000 Personen (95%-KI: 520.000-650.000) den Grenzwert des riskanten Konsums überschritten hatten. Darunter sind 385.000 Männer (95%-KI: 340.000-435.000) und 195.000 Frauen (95%-KI: 160.000-230.000).

Alkoholkonsum nach Getränk

Von den Personen, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Alkohol konsumiert haben, tranken 56,1 % Bier, 57,1 % Wein/Sekt, 33,3 % Spirituosen und 17,3 % alkoholhaltige

Mixgetränke (Tabelle 4-2). Während unter den Bier- und Spirituosentrinkern mehr Männer waren als Frauen (Bier: 79,1 % vs. 31,5 %; Spirituosen: 41,7 % vs. 24,3 %), tranken anteilmäßig mehr Frauen als Männer Wein/Sekt (66,9 % vs. 47,9 %) und alkoholhaltige Mixgetränke (18,5 % vs. 16,1 %). Darüber hinaus sind altersabhängige Präferenzen unterschiedlicher Getränke erkennbar. Die Zahl der Konsumenten von Spirituosen und alkoholhaltige Mixgetränke ist in der jüngsten Altersgruppe am höchsten und nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab. So werden beispielsweise alkoholhaltige Mixgetränke von 43,8 % der 18- bis 24-Jährigen jedoch nur noch von 7,1 % der 50- bis 64-Jährigen konsumiert.

Die durchschnittliche Menge pro Woche der konsumierten Getränke liegt bei 2,7 Liter für Bier, 0,5 Liter für Wein/Sekt, 0,06 Liter für Spirituosen und 0,5 Liter für alkoholhaltige Mixgetränke. Bis auf Wein/Sekt, wo sich die getrunkene Menge nicht zwischen den Geschlechtern unterscheidet, konsumieren Männer größere Mengen als Frauen. Für Spirituosen und Mixgetränke ist die Konsummenge in der mittleren Altersgruppe am niedrigsten. Unter den Biertrinkern ist die Konsummenge in den Altersgruppen von 25 von 39 Jahren am höchsten und bei Weintrinkern zeigen Personen ab 30 Jahren den stärksten Konsum. 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

		Geschlecht			Altersgruppen				
		Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Bier	% ¹⁾	56,1	79,1	31,5	55,8	53,2	49,9	58,4	58,9
	Liter ²⁾	2,7	3,4	0,9	2,5	3,2	3,0	2,7	2,5
Wein/Sekt	%	57,1	47,9	66,9	50,7	47,4	62,3	62,4	55,8
	Liter	0,5	0,5	0,5	0,3	0,4	0,5	0,6	0,5
Spirituosen	%	33,3	41,7	24,3	41,1	35,8	31,0	29,8	33,1
	Liter	0,06	0,07	0,03	0,06	0,07	0,04	0,06	0,07
Mixgetränke	%	17,3	16,1	18,5	43,8	31,5	18,8	9,3	7,1
	Liter	0,5	0,7	0,4	0,8	0,6	0,3	0,3	0,6

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

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

Rauschtrinken

Knapp ein Drittel (30,5 %) der aktuellen Alkoholkonsumenten berichtete, mindestens einmal in den letzten 30 Tagen fünf oder mehr Gläser Alkohol zu einer Gelegenheit getrunken zu haben (Tabelle 4-3). Bei 11,3 % davon trat dies viermal oder häufiger auf. Männer zeigen dieses riskante Trinkmuster deutlicher häufiger als Frauen. Während 41,8 % der männlichen Konsumenten mindestens einmaliges Rauschtrinken im letzten Monat angab, lag dieser Anteil bei den weiblichen Konsumenten nur bei 17,0 %. Mit zunehmendem Alter nimmt die Prävalenz des Rauschtrinkens deutlich ab. So haben fast die Hälfte (45,2 %) der 18- bis 24-Jährigen zumindest einmal fünf oder mehr Gläser alkoholhaltiger Getränke getrunken, bei den 50- bis 64-Jährigen ist es dagegen nur knapp jeder Vierte (23,6 %).

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

	Geschlecht				Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen		18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	1119	509	610		290	158	201	190	280
Nein	69,5 (773)	58,1	83,0		54,7	55,5	73,4	70,8	76,4
1-3mal	19,2 (222)	25,3	12,0		30,5	24,7	15,8	20,7	13,8
4mal oder häufiger	11,3 (124)	16,5	5,0		14,7	19,8	10,8	8,5	9,8

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

Erwartungsgemäß ist der Anteil der Rauschtrinker bei Personen mit einem höheren durchschnittlichen Tageskonsum höher (Tabelle 4-4). Unter den risikoarmen Konsumenten gaben 19,5 % an, im letzten Monat mindestens einmal fünf oder mehr alkoholische Getränke konsumiert zu haben, bei 3,9 % trat dies viermal oder häufiger auf. Von den riskanten Konsumenten haben 60,5 % Rauschtrinken praktiziert, 31,1 % davon sogar mindestens viermal. Bei Frauen liegt die Prävalenz in beiden Konsumgruppen niedriger als bei Männern.

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

	Gesamt	Risikoarmer Konsum ²⁾	Riskanter Konsum ³⁾
Gesamt	1096	802	294
Nein	69,2 (754)	80,4	39,5
1-3mal	19,4 (219)	15,6	29,4
4mal oder häufiger	11,4 (123)	3,9	31,1
Männer	498	338	160
Nein	57,7 (278)	72,1	28,9
1-3mal	25,6 (128)	22,4	32,1
4mal oder häufiger	16,7 (92)	5,5	39,0
Frauen	598	464	134
Nein	82,8 (476)	88,6	60,0
1-3mal	12,1 (91)	9,0	24,2
4mal oder häufiger	5,1 (31)	2,4	15,8

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 26 %, bei den 30- bis 39-Jährigen sowie den 40- bis 49-Jährigen 17 % und bei den 50- bis 64-Jährigen 11 %. Das Alter, bis zu dem 50 % der Konsumenten angefangen haben, regelmäßig zu trinken, liegt zwischen 16/17 Jahren in der jüngsten Altersgruppe und 19/20 Jahren in den Altersgruppen ab 30 Jahren.

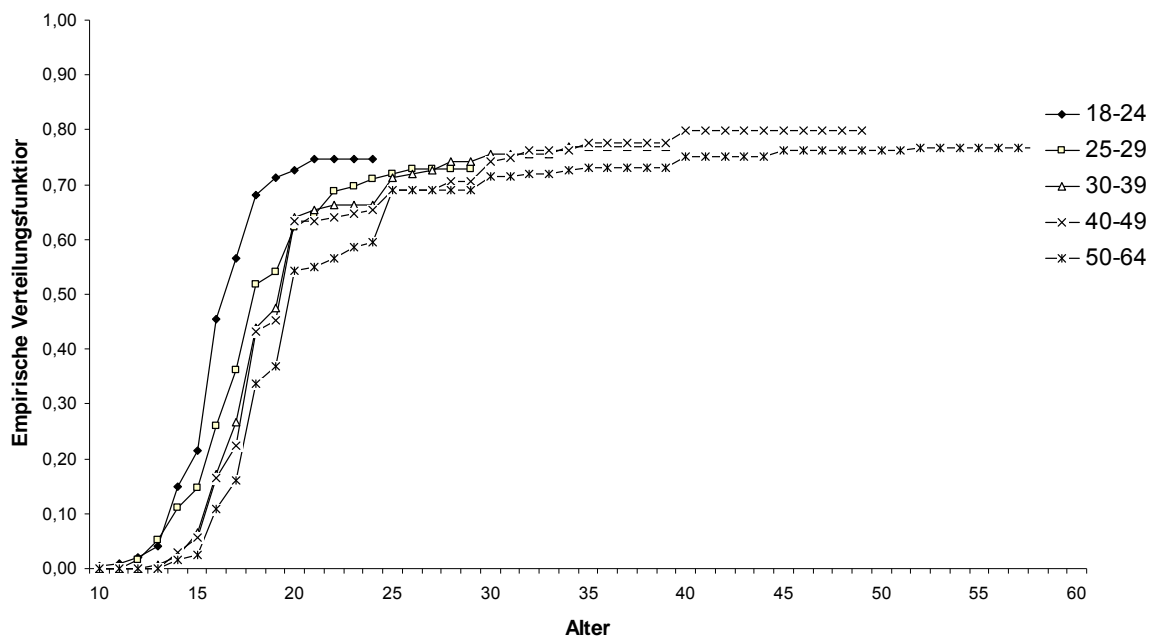


Abbildung 4-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Frauen

Bei den männlichen Befragten (Abbildung 4-2) sind die Altersunterschiede im Beginn des regelmäßigen Konsums weniger deutlich ausgeprägt: 62 % 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 48 %, von den 30- bis 39-Jährigen 30 %, von den 40- bis 49-Jährigen 43 % und von den 50- bis 64-Jährigen 26 %. Der Zeitpunkt, bis zu dem die Hälfte der Konsumenten begann, regelmäßig zu trinken, liegt zwischen 15/16 Jahren in der jüngsten Altersgruppe und 17/18 Jahren in den Altersgruppen 30 bis 39 sowie 50 bis 64 Jahre.

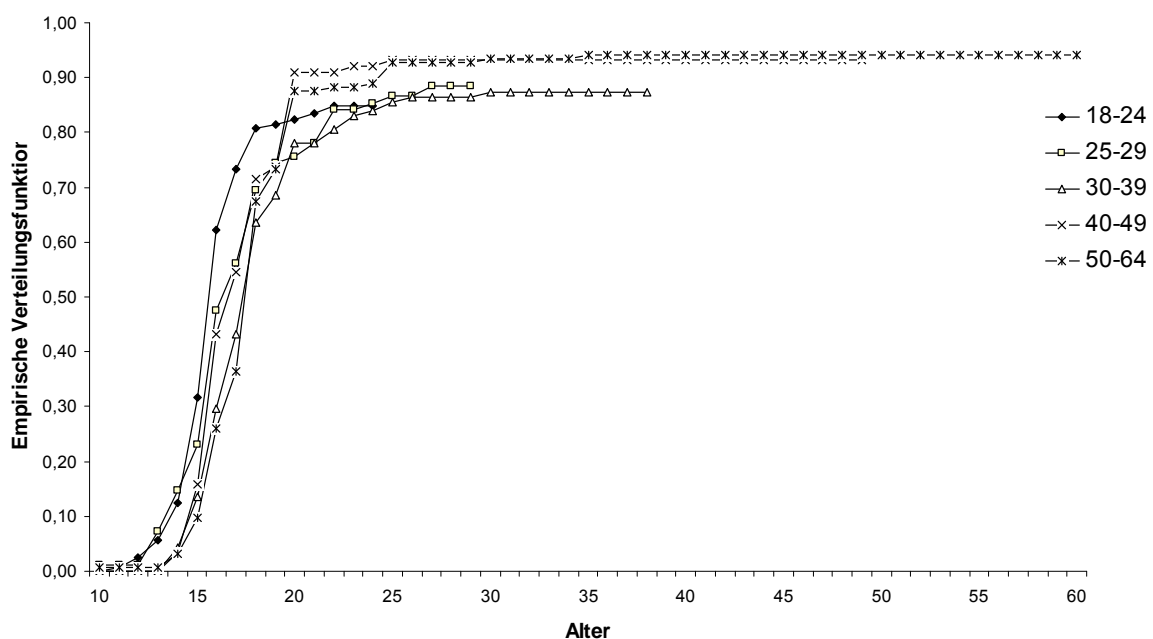


Abbildung 4-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Männer

Problematischer Alkoholkonsum

Gemäß den Kriterien des des Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) zeigte etwa jeder fünfte Erwachsene einen problematischen Alkoholkonsum in den vergangenen 12 Monaten (Tabelle 4-5). Der Anteil liegt bei 19,2 % der Gesamtstichprobe und bei 20,7 % bei den Alkoholkonsumenten. Männliche Konsumenten haben mit einer Prävalenz von 32,3 % ein deutlich erhöhtes Risiko im Vergleich zu Frauen (8,4 %). Darüber hinaus sind auch deutliche Altersunterschiede erkennbar. Tendenziell nimmt der problematische Alkoholkonsum mit zunehmendem Alter ab. Die höchsten Anteile finden sich in den zwei jüngsten Altersgruppen bei den 18- bis 29-Jährigen.

Für die sächsische Wohnbevölkerung ergeben die Hochrechnungen eine Gesamtzahl von 510.000 (95%-KI: 440.000-585.000) Personen mit problematischem Alkoholkonsum. Der überwiegende Anteil dieser Personen sind Männer (405.000; 95%-KI: 345.000-470.000).

Tabelle 4-5: Anteil der Personen mit einem positiven Befund im Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (Gesamtstichprobe und Konsumenten der letzten 12 Monate)

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Gesamtstichprobe	1399	600	799	357	214	254	227	347
AUDIT ≥ 8 Punkte	19,2 (276)	29,6	7,9	31,9	27,6	19,6	15,9	13,6
Konsumenten (12M)	1296	553	743	336	194	231	211	324
AUDIT ≥ 8 Punkte	20,7 (276)	32,3	8,4	33,9	30,6	21,6	17,3	14,4

Soziale Schicht

Alkoholkonsum ist ein schichtspezifisches Verhaltensmuster. 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 4-6).

Tabelle 4-6: Anteil der Abstinenz nach Sozialschicht

	Sozialschicht		
	Gering	Mittel	hoch
Lebenszeit	3,9	1,2	0,5
12 Monate	26,6	17,2	12,9

Gegenläufige Schichtunterschiede zeigen sich auch in Bezug auf die durchschnittliche täglich konsumierte Menge Reinalkohol bei Männern (Tabelle 4-7). Männer der Oberschicht trinken weniger als Männer der Unter- und Mittelschicht. Ein anderes Bild zeigt sich bei den Frauen, bei denen die Befragten der Mittelschicht weniger Alkohol trinken als die der Unter- 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	24,1	24,1	18,7	9,2	8,0	9,4

Auch in Hinblick auf die als riskanten Konsum definierten Trinkmengen tranken Männer aus der Unterschicht mit 33,5 % häufiger als Männer der Oberschicht (27,0 %) oberhalb des Grenzwertes (Tabelle 4-8). Der Anteil riskanten Konsums ist jedoch in der Mittelschicht am höchsten (37,7 %). Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Rauschtrinken, das von Männern der Unterschicht häufiger praktiziert wurde als von Männern der Oberschicht. Im Fall des Rauschtrinkens zeigt sich bei Frauen ein Schichtgradient, der dem der Männer entspricht. Bezüglich der durchschnittlichen Trinkmenge von mehr als 12g pro Tag zeigt sich jedoch ähnlich wie bei der Konsummenge, dass weniger Frauen der Mittel- im Vergleich zur Unter- unter Oberschicht riskant Alkohol konsumierten.

Tabelle 4-8: Riskanter Konsum¹⁾ und Rauschtrinken²⁾ nach Sozialschicht (Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage)

	Männer			Frauen		
	gering	mittel	hoch	gering	mittel	hoch
Riskanter Konsum	33,5	37,7	27,0	23,5	15,9	23,8
Rauschtrinken	48,3	43,1	36,6	26,3	15,6	15,1

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. Über den Beobachtungszeitraum von 15 Jahren zeigt sich in Bezug auf die Konsummuster in den letzten 30 Tagen eine leichte Zunahme des Anteils alkoholabstinenten Personen (11,3 % vs. 19,3 %) sowie eine zeitgleiche signifikante Abnahme des Anteils risikoarmer (63,4 % vs. 58,6 %) und riskanter Konsumenten (25,3 % vs. 22,1 %). Diese Veränderungen zeigen sich weitgehend bei beiden Geschlechtern, auch wenn die Entwicklungen bei Frauen deutlicher auftreten als bei Männern (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), 1995/97-2009

	Erhebungsjahr				
	1995/97	2000	2003	2006	2009
Gesamt	809	441	438	334	1269
Abstinent	11,3	10,0	10,4	21,4	19,3
Risikoarmer Konsum ¹⁾	63,4*	61,3*	69,4*	52,9	58,6
Riskanter Konsum ²⁾	25,3*	28,6*	20,1*	25,7	22,1
Männer	357	183	206	151	540
Abstinent	10,0	5,5	8,2	15,5	15,3
Risikoarmer Konsum	55,7	57,5*	66,5*	46,8	56,1
Riskanter Konsum	34,3*	37,0*	25,3	37,7	28,6
Frauen	452	258	232	183	729
Abstinent	12,5	14,5	13,0	27,3	23,6
Risikoarmer Konsum	70,2*	65,2*	72,7*	29,1	61,4
Riskanter Konsum	17,3*	20,3*	14,3	13,6	15,0

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. Der zuvor beschriebene allgemeine Rückgang des Alkoholkonsums seit 1995/97 zeigt sich auch in Bezug auf die Konsumprävalenzen einzelner Getränkearten (Tabelle 4-10). So ging beispielsweise der Anteil der Biertrinker von 62,8 % in den Jahren 1995/97 auf 56,3 % im Jahr 2009 zurück. Ähnliche Entwicklungen zeigen sich für Wein/Sekt (71,3 % vs. 57,7 %) und Spirituosen (44,9 % vs. 33,9 %). Dieser Rückgang zeigt sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen.

Neben der Prävalenz ist tendenziell auch die Menge der konsumierten Getränke rückläufig (Tabelle 4-10). In der Gesamtstichprobe ergeben sich allerdings nur in Bezug auf Bier signifikante Veränderungen zwischen 2006 und 2009 (3,5 vs. 2,7 Liter). In der geschlechtsspezifischen Betrachtung ergeben sich keine signifikanten Veränderungen der Konsummengen.

Tabelle 4-10: Trends der Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und der durchschnittlichen Trinkmenge 18- bis 59-Jähriger, 1995/97-2009

		Erhebungsjahr				
		1995/97	2000	2003	2006	2009
Gesamt		951	473	453	346	1296
Bier	% ¹⁾	62,8*	63,3*	56,3	53,8	56,3
	Liter ²⁾	3,4 (562) ³⁾	3,3 (276)	2,5 (229)	3,5 (172)*	2,7 (658)
Wein/Sekt	%	71,3*	70,8*	66,4*	55,3	57,7
	Liter	0,5 (605)	0,6 (328)	0,5 (292)	0,5 (187)	0,5 (742)
Spirituosen	%	44,9*	39,2*	34,5	34,4	33,9
	Liter	0,06 (344)	0,07 (165)	0,06 (151)	0,09 (113)	0,06 (430)
Männer		443	203	211	158	549
Bier	%	85,6*	86,4*	81,3	77,2	79,4
	Liter	4,5 (366)	4,3 (173)	3,1 (164)	4,5 (121)	3,4 (425)
Wein/Sekt	%	61,7*	61,3*	54,9	44,5	48,4
	Liter	0,4 (221)	0,6 (114)	0,5 (110)	0,5 (70)	0,4 (250)
Spirituosen	%	53,9*	46,5	45,6	46,9	42,1
	Liter	0,07 (204)	0,09 (85)	0,07 (95)	0,12 (69)	0,07 (236)
Frauen		508	270	242	188	747
Bier	%	40,0*	39,2*	28,8	29,3	31,4
	Liter	1,1 (196)	1,0 (103)	0,6 (65)*	0,8 (51)	0,8 (233)
Wein/Sekt	%	80,8*	80,8*	79,1*	66,7	67,8
	Liter	0,5 (384)	0,5 (214)	0,5 (182)	0,6 (117)	0,5 (492)
Spirituosen	%	35,9*	31,6	22,3	21,3	25,0
	Liter	0,04 (140)	0,04 (80)	0,05 (56)	0,02 (44)	0,03 (194)

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

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

3) Konsumenten des Getränks (ungewichtete n).

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

Rauschtrinken. Hinsichtlich des Rauschtrinkens zeigt sich über einen Zeitraum von 15 Jahren ein Rückgang in der Stichprobe der 18- bis 59-Jährigen (Tabelle 4-11). So haben 1995/97 noch 32,2 % der Befragten mindestens einmal in den letzten 30 Tagen fünf oder mehr alkoholische Getränke zu einer Gelegenheit konsumiert, im Jahr 2009 sind es noch 25,4 %. Hinter diesem allgemeinen Trend verbergen sich jedoch deutliche Geschlechts- und Altersunterschiede. Bei Männern zeigen sich bis auf die Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen keine signifikanten Veränderungen, während bei Frauen in allen Altersgruppen statistisch bedeutsame Rückgänge zu beobachten sind. Entgegengesetzt zum allgemein rückläufigen Trend zeigt sich in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen ein tendenzieller Anstieg des Rauschtrinkens, der in der Gesamtstichprobe sowie bei den Frauen für einige Jahresvergleiche signifikant ausfällt. Nach einem relativ konstanten Verlauf des Rauschtrinkens in dieser Altersgruppe in den ersten vier Erhebungen resultiert die Zunahme vor allem aus einem starken Anstieg dieses Konsummusters seit dem Jahr 2003.

Tabelle 4-11: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens¹⁾, 1995/97-2009

	Alter	Erhebungsjahr				
		1995/97	2000	2003	2006	2009
Gesamt		921	474	447	344	1291
	18-59	32,2*	22,7	21,1	25,7	25,4
	18-24	24,8	23,0*	25,0*	40,3	36,3
	25-39	38,3*	26,1	20,8	23,4	25,5
	40-59	30,4*	19,9	20,0	22,6	22,4
Männer		432	203	210	156	550
	18-59	43,6	35,7	33,0	40,5	37,1
	18-24	30,3	37,9	36,9	59,6	47,0
	25-39	50,0*	43,7	34,2	39,6	36,5
	40-59	43,5	29,1	31,0	34,9	34,7
Frauen		489	271	237	188	741
	18-59	20,9*	9,2	7,7*	10,5	12,7
	18-24	18,6	8,7*	10,0*	19,7	24,7
	25-39	26,7*	9,3	8,3	8,5	12,7
	40-59	17,6*	9,3	6,3	9,0	9,5

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

*) $p < .05$ 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)

	Gesamt		Altersgruppen				
			18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Männer	594		158	80	116	86	154
Lebenslang abstinent	1,6	(9)	1,9	1,5	1,8	2,5	0,7
Nur letzte 12 Monate abstinent	6,8	(38)	4,4	7,1	7,3	8,4	6,1
Nur letzte 30 Tage abstinent	7,5	(47)	9,3	11,5	6,5	2,4	9,8
Risikoarmer Konsum ¹⁾	55,9	(338)	61,9	47,8	57,3	56,1	55,2
Risikoarmer Konsum ²⁾	28,3	(162)	22,5	32,1	27,1	30,6	28,3
Frauen	795		195	135	134	140	191
Lebenslang abstinent	1,8	(19)	2,3	6,1	0,0	1,4	1,4
Nur letzte 12 Monate abstinent	4,8	(37)	3,2	4,6	9,8	3,6	3,8
Nur letzte 30 Tage abstinent	17,3	(142)	19,3	21,8	16,6	15,4	17,0
Risikoarmer Konsum	61,0	(466)	58,1	44,4	60,4	65,0	64,5
Risikoarmer Konsum	15,1	(131)	17,1	23,1	13,3	14,5	13,2

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

		Gesamt		Altersgruppen				
				18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Männer								
Bier	% ¹⁾	79,1	76,4	72,7	74,9	83,5	81,5	
	Liter ²⁾	3,4	3,1	4,0	3,5	3,5	3,1	
Wein/Sekt	%	47,9	37,7	39,1	57,1	53,9	44,8	
	Liter	0,5	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	
Spirituosen	%	41,7	48,7	45,1	36,3	37,9	43,8	
	Liter	0,07	0,07	0,08	0,05	0,07	0,09	
Mischgetränke	%	16,1	37,7	36,2	17,1	9,0	5,3	
	Liter	0,7	1,0	0,6	0,3	0,3	0,9	
Frauen								
Bier	%	31,5	33,6	31,3	21,2	31,6	36,2	
	Liter	0,9	0,9	1,3	0,6	0,6	1,1	
Wein/Sekt	%	66,9	64,8	56,7	68,2	71,5	66,8	
	Liter	0,5	0,4	0,6	0,5	0,6	0,5	
Spirituosen	%	24,3	33,0	25,4	25,0	21,2	22,4	
	Liter	0,03	0,03	0,05	0,02	0,04	0,02	
Mischgetränke	%	18,5	50,3	26,1	20,9	9,5	9,0	
	Liter	0,4	0,6	0,6	0,3	0,2	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.

5 Tabak

Tabakwaren

Die hauptsächlich konsumierte Tabakware der 18- bis 64-jährigen Raucher sind Zigaretten (95,6 %). Dem folgen Zigarillos (18,4 %), Shisha (12,8 %), Zigarren (7,6 %) und Pfeifen (4,8 %). Geschlechtsunterschiede zeigen sich dahingehend, dass Frauen kaum Zigarillos, Zigarren und Pfeifen rauchen. Dagegen sind Shisha bei Frauen weiter verbreitet als bei Männern (15,2 % vs. 11,5 %). Mit zunehmendem Alter nimmt vor allem der Konsum von Zigarren zu, wohingegen Shisha hauptsächlich von den 18- bis 24-Jährigen geraucht werden.

Prävalenz des Tabakkonsums

Knapp 30 % der befragten 18- bis 64-Jährigen gaben an, in den letzten 30 Tagen mindestens einmal geraucht zu haben (Tabelle 5-1). Dieser Anteil ist bei Männern deutlich größer als bei Frauen (35,5 % vs. 21,9 %). Dagegen berichteten 60,0 % der Frauen, Nichtraucher zu sein, im Vergleich zu 37,8 % der Männer. Die meisten aktuellen Raucher finden sich in den Altersgruppen von 21 bis 29 Jahren. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Raucher ab und der Anteil der Exraucher steigt kontinuierlich an.

Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung bezeichnen sich aktuell 485.000 Männer (95%-KI: 410.000-560.000) und 280.000 Frauen (235.000-335.000) als Raucher.

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

	Gesamt		Altersgruppen				
			18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Gesamt	1416		362	217	257	226	354
Nichtraucher ¹⁾	48,6	(721)	54,2	41,1	43,4	45,7	53,8
Exraucher ²⁾	22,5	(278)	8,8	22,3	22,8	26,7	24,8
Raucher ³⁾	28,9	(417)	37,0	36,6	33,7	27,6	21,4
Männer	603		162	82	118	86	155
Nichtraucher	37,8	(254)	54,3	39,2	37,9	30,9	35,9
Exraucher	26,7	(139)	9,1	19,9	22,9	35,3	32,2
Raucher	35,5	(210)	36,6	40,9	39,4	33,8	31,9
Frauen	813		200	135	139	140	199
Nichtraucher	60,0	(467)	54,1	43,2	50,2	61,1	71,5
Exraucher	18,1	(139)	8,4	25,1	22,8	17,8	17,5
Raucher	21,9	(207)	37,5	31,7	27,1	21,1	11,0

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 aktuellen Zigarettenrauchern konsumieren 31,3 % nicht täglich, 22,0 % bis zu 10 Zigaretten am Tag und 26,8 % zwischen 11 und 19 Zigaretten täglich (Tabelle 5-2). Knapp jeder vierte Raucher (19,9 %) berichtete einen starken Konsum von täglich mindestens 20 Zigaretten. Frauen rauchen häufiger nicht täglich als Männer (35,5 % vs. 28,6 %), wohingegen Männer deutlich häufiger starke Raucher sind (23,7 % vs. 14,1 %). Unter älteren Personen steigt die Prävalenz des starken Rauchens deutlich an. So werden 10,0 % der 18- bis 24-Jährigen als starke Raucher klassifiziert, jedoch 27,9 % der 50- bis 64-Jährigen.

Bezogen auf die sächsische Wohnbevölkerung sind 140.000 Personen (95%-KI: 110.000-180.000) als starke Raucher mit einem Konsum von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag zu bezeichnen. Die überwiegende Mehrheit davon (105.000; 95%-KI: 72.000-150.000) sind Männer.

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

	Altersgruppen						
	Gesamt		18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Gesamt	394		126	75	79	55	59
Nicht täglich	31,3 (134)		37,4	41,4	27,0	37,0	18,5
Täglich bis 10	22,0 (99)		30,2	18,7	20,2	21,0	20,6
Täglich 11-19	26,8 (95)		22,4	22,5	33,8	19,9	33,0
Täglich 20 oder mehr	19,9 (66)		10,0	17,4	19,0	22,1	27,9
Männer	190		53	32	42	25	38
Nicht täglich	28,6 (56)		30,8	45,5	20,5	36,4	19,2
Täglich bis 10	17,2 (35)		24,8	6,2	15,3	20,1	17,5
Täglich 11-19	30,6 (57)		29,3	27,4	41,0	17,1	35,6
Täglich 20 oder mehr	23,7 (42)		15,2	20,9	23,2	26,4	27,8
Frauen	204		73	43	37	30	21
Nicht täglich	35,5 (78)		44,0	35,8	37,6	37,9	16,9
Täglich bis 10	29,6 (64)		35,5	36,1	28,1	22,2	28,3
Täglich 11-19	20,9 (38)		15,6	15,5	22,1	24,1	26,5
Täglich 20 oder mehr	14,1 (24)		4,9	12,7	12,1	15,9	28,2

Alter des ersten Tabakkonsums

Die Verteilung des Alters ersten Tabakkonsums nach Altersgruppen zeigt bei Frauen eine deutliche Vorverlagerung des ersten Tabakkonsums über die Alterskohorten (Abbildung 5-1). Bis zum Alter von 15 Jahren haben 37 % der 18- bis 24-Jährigen und 39 % der 25- bis 29-Jährigen die erste Zigarette geraucht, jedoch nur 18 % der 30- bis 39-Jährigen, 16 % der 40- bis 49-Jährigen und 4 % der 50- bis 64-Jährigen.

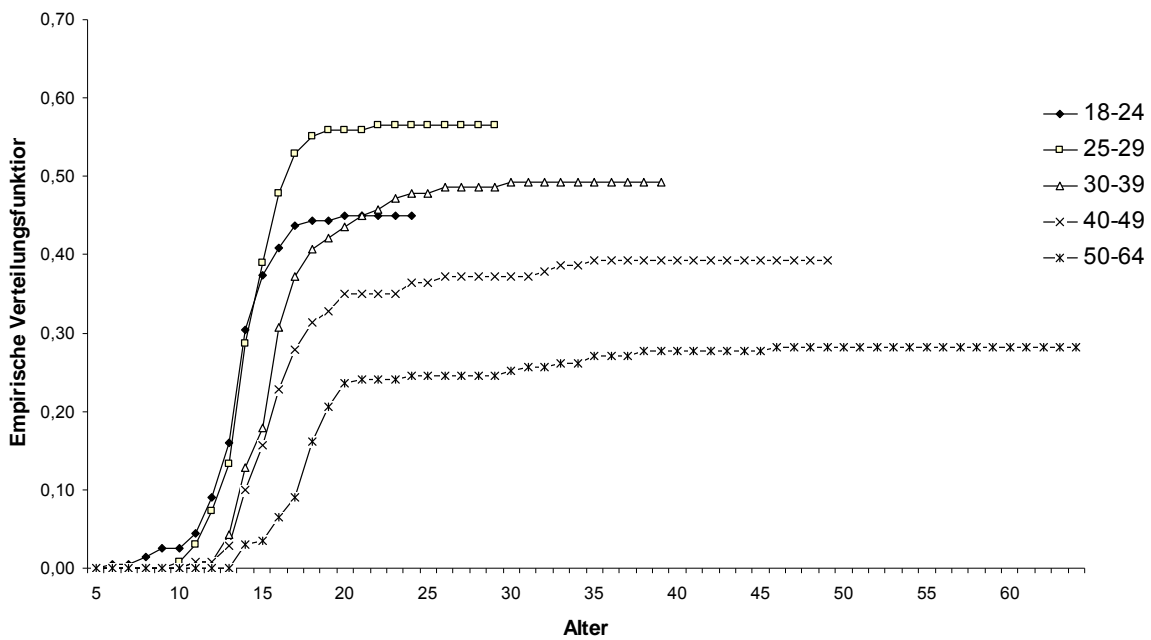


Abbildung 5-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Frauen

Bei Männern zeigen sich weniger deutliche Unterschiede im Alter des Erstkonsums über die Alterskohorten (Abbildung 5-2). Der Anteil der Raucher, die bis zum 15. Lebensjahr das erste mal Zigaretten probiert haben, liegt bei 30 % bei den 18- bis 24-Jährigen, bei 43 % bei den 25- bis 29-Jährigen, bei 25 % bei den 30- bis 39-Jährigen, bei 37 % bei den 40- bis 49-Jährigen und bei 26 % bei den 50- bis 64-Jährigen.

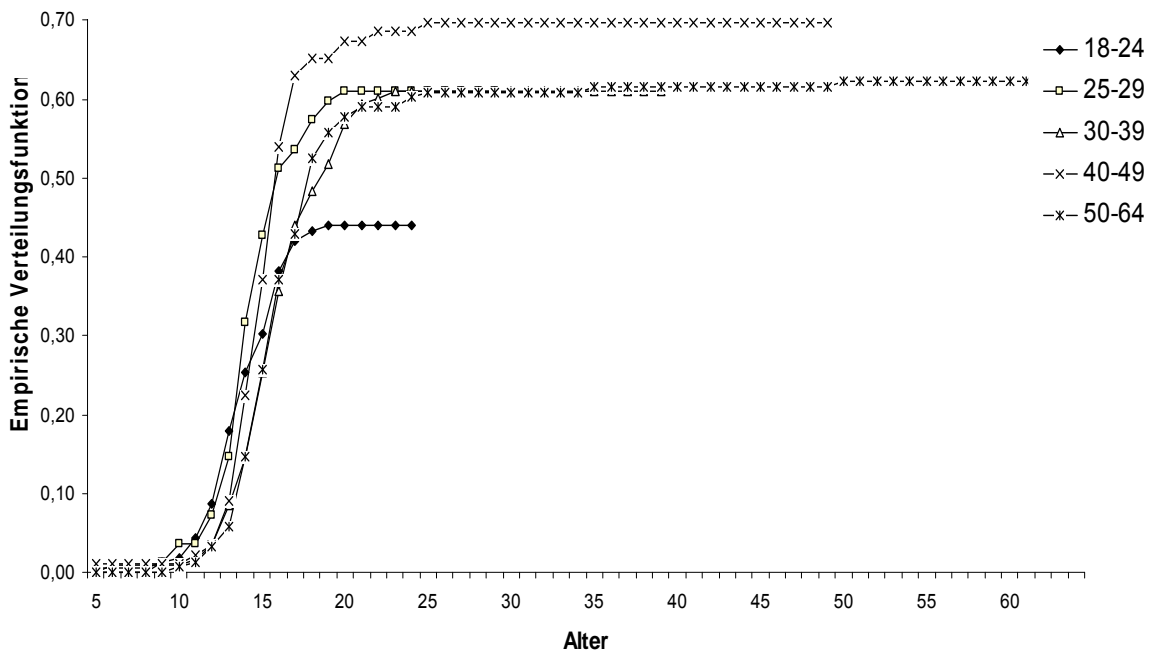


Abbildung 5-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Männer

Alter des Beginns täglichen Tabakkonsums

Der Beginn des täglichen Tabakkonsums bei Frauen ist etwas zeitlich verschoben zum ersten Konsum (Abbildung 5-3). Auch rauchten in jeder Alterskohorte etwas weniger Frauen täglich. Bis zum Alter von 15 Jahren rauchten 17 % der jüngsten Altersgruppe sowie 12 % der folgenden Altersgruppe bereits täglich. Bei den 30- bis 39-Jährigen waren es 5 % und bei den beiden ältesten Gruppen der 40- bis 64-Jährigen waren es 1 %.

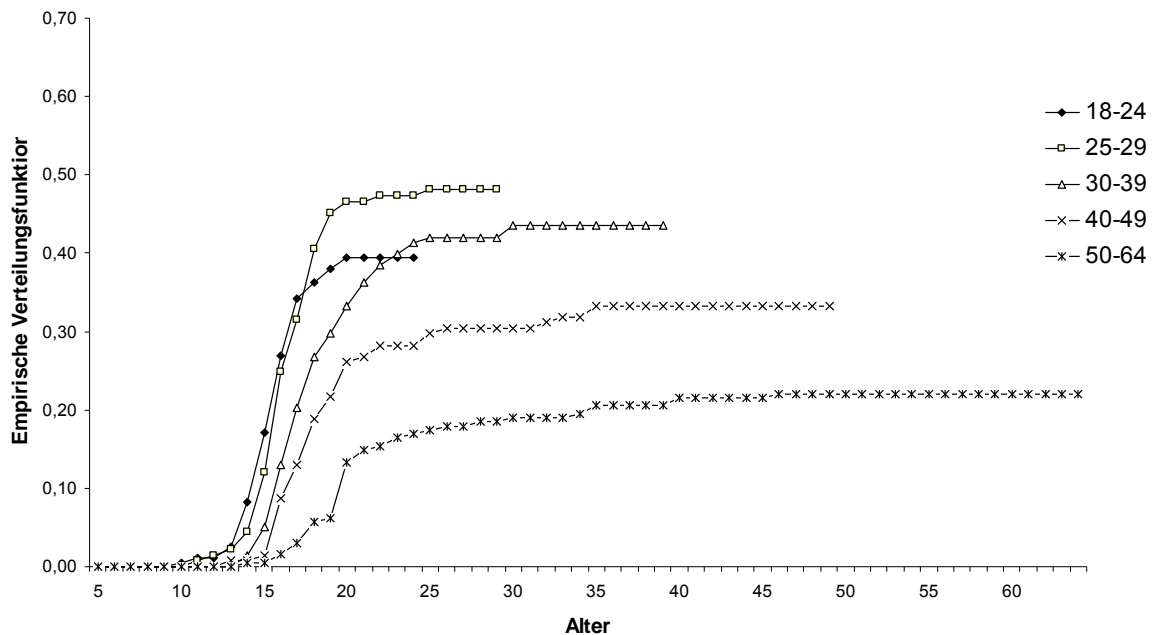


Abbildung 5-3: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Frauen

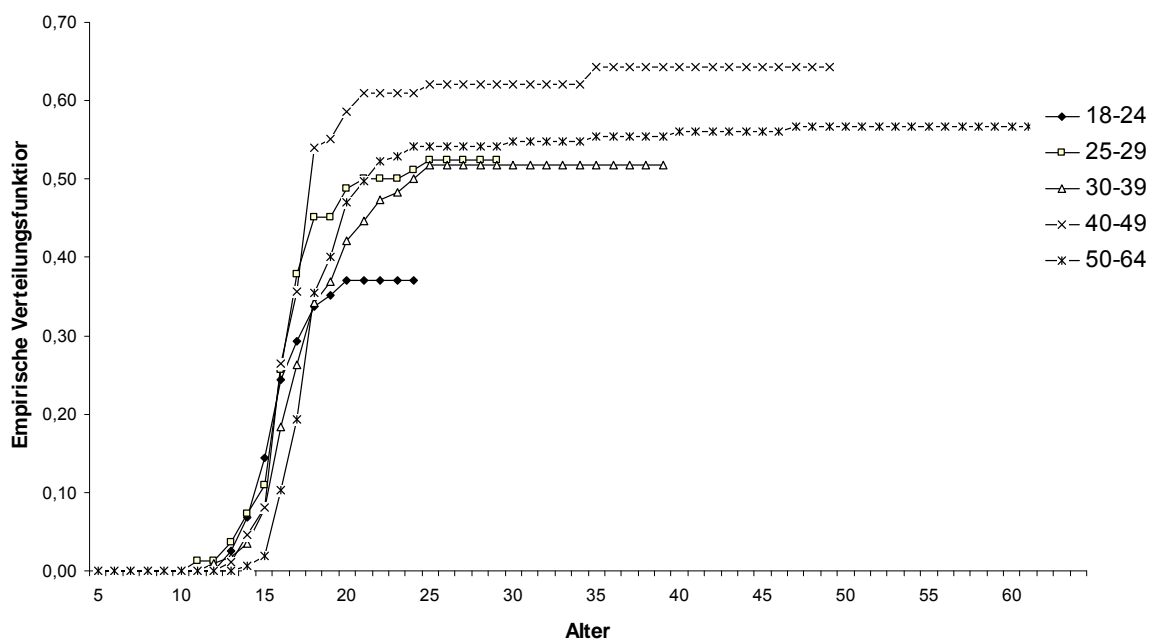


Abbildung 5-4: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Männer

Auch die Verteilung des Alters des Beginns des täglichen Rauchens bei den Männern erfolgte zeitlich versetzt zum ersten Konsum, die Unterschiede zwischen den Alterskohorten sind jedoch auch hier geringer als bei den Frauen (Abbildung 5-4). Der Anteil der Raucher, die mit 15 Jahren bereits täglich rauchten, liegt bei 14 % bzw. 11 % in den beiden jüngsten Altersgruppen, bei jeweils 8 % für die 30- bis 49-Jährigen sowie bei 2 % für die über 50-Jährigen.

Nikotinabhängigkeit

Die Diagnose einer Tabakabhängigkeit nach den Kriterien des DSM-IV liegt bei 6,8 % der Gesamtstichprobe und bei 20,8 % der Raucher vor (Tabelle 5-3). In der Gesamtstichprobe liegt der Anteil der Abhängigen bei Männern höher als bei Frauen, in der Gruppe der Konsumenten ist die Prävalenz bei Frauen geringfügig höher als bei Männern. Über die Altersgruppen hinweg zeigt sich tendenziell ein umgekehrt u-förmiger Verlauf mit höheren Anteilen Abhängiger in den drei mittleren Altersgruppen.

Für die erwachsene sächsische Wohnbevölkerung ergeben die Hochrechnungen eine Gesamtzahl von 180.000 Personen (95%-KI: 140.000-230.000) mit einer Tabakabhängigkeit. Darunter sind 115.000 Männer (95%-KI: 80.000-165.000) und 65.000 Frauen (95%-KI: 48.000-86.000).

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	1413	604	809	360	217	256	229	351
DSM-IV Abhängigkeit	6,8 (97)	8,4	5,0	7,6	9,0	8,5	8,1	3,6
Raucher	461	232	229	148	91	91	61	70
DSM-IV Abhängigkeit	20,8 (97)	20,7	21,1	18,1	20,9	22,9	25,7	16,2

Passivrauchen

Der soziale Kontext, in dem aktuell nicht rauchende Personen am häufigsten Passivrauch ausgesetzt waren, war der Arbeitsplatz. Hier gaben 6,3 % der Befragten an, ein- bis dreimal pro Woche Passivrauch ausgesetzt gewesen zu sein, 8,0 % erlebten dies (fast) täglich. Eine tägliche Exposition zu Hause und in der Freizeit gaben 3,2 % bzw. 0,9 % der Nichtraucher an. Männer sind tendenziell häufiger betroffen als Frauen. Knapp die Hälfte (48,0 %) der Befragten fühlte sich durch Raucher stark gestört. Erwartungsgemäß lag dieser Anteil bei Nichtrauchern deutlich höher als bei Exrauchern und bei Rauchern (72,8 % vs. 47,5 % vs. 7,3 %).

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

		Gesamt	Männer	Frauen	Nicht-raucher	Exraucher	Raucher
Zu Hause	(fast) täglich	3,2	1,8	4,4	3,4	2,7	
	1-3x pro Woche	3,5	4,1	2,9	3,9	2,7	
Am Arbeitsplatz ¹⁾	(fast) täglich	8,0	12,1	3,9	6,0	12,1	
	1-3x pro Woche	6,3	9,9	2,8	5,3	8,5	
In der Freizeit	(fast) täglich	0,9	1,7	0,2	0,6	1,4	
	1-3x pro Woche	8,6	11,7	5,9	8,8	8,0	
Raucher stören	Stark ²⁾	48,0	42,1	54,3	72,8	47,5	7,3
	weniger stark ³⁾	30,3	30,8	29,7	22,8	39,4	35,7
	gar nicht	21,8	27,1	16,1	4,4	13,1	57,0

1) Bezogen auf Erwerbstätige und Auszubildende.

2) Kategorien sehr leicht und ziemlich leicht.

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

Soziale Schicht

Rauchen ist ein Verhaltensmuster, das sehr stark von der sozialen Schicht beeinflusst ist (Tabelle 5-5). Bei Männern und Frauen sinkt der Anteil der aktuellen Raucher mit höherer sozialer Schicht. Die höchste Prävalenz findet sich mit 46,5 % bzw. 33,1 % in der Unterschicht. Diese Werte liegen etwa doppelt so hoch wie die in der Oberschicht. Bei beiden Geschlechtern finden sich in der sozialen Oberschicht die meisten Nichtraucher.

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

	Männer			Frauen		
	gering	mittel	hoch	gering	mittel	hoch
Nichtraucher	39,2	30,2	48,3	49,6	61,8	63,7
Raucher	46,5	37,0	24,2	33,1	20,9	15,8
Exraucher	14,3	32,8	27,4	17,2	17,3	20,5

Eine nach Altersgruppen differenzierte Betrachtung des täglichen Zigarettenrauchens verdeutlicht, dass sich der Schichtgradient bei Männern und Frauen in allen Altersgruppen zeigt (Tabelle 5-6). Entgegengesetzt zum allgemeinen Muster finden sich bei den über 49-Jährigen die niedrigsten Prävalenzen des täglichen Rauchens in der mittleren und nicht in der höchsten sozialen Schicht.

Tabelle 5-6: Prävalenz des täglichen Zigarettenrauchens nach Sozialschicht

	Männer			Frauen		
	gering	mittel	hoch	gering	mittel	hoch
< 30 Jahre	26,3	22,9	10,8	24,7	21,9	6,9
30 - 49 Jahre	35,3	28,7	8,2	22,7	15,7	11,2
> 49 Jahre	30,3	19,2	21,4	19,8	3,4	9,8

Starkes Rauchen von täglich 20 oder mehr Zigaretten ist ein Phänomen, das sich hauptsächlich bei Männern der sozialen Unterschicht zeigt (Tabelle 5-7). Die Prävalenz ist in dieser Gruppe mit 11,5 % am höchsten.

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

	gering	mittel	hoch
Männer	11,5	7,9	3,9
Frauen	4,8	3,3	1,5
Gesamt	8,7	5,6	2,7

Schichtspezifische Unterschiede im Rauchverhalten zeigen sich auch für verschiedene Geburtskohorten (Tabelle 5-8). Diese unterscheiden sich jedoch erheblich zwischen den Geschlechtern. Bei Männern der ältesten Geburtskohorte (1945-1959) haben mehr Personen der Unterschicht als der Mittel- und Oberschicht jemals geraucht. In allen anderen Kohortengruppen (seit 1960 Geborene) ist die Lebenszeitprävalenz jeweils in der Mittelschicht am höchsten, gefolgt von der Unterschicht- und der Oberschicht. Gemessen an der Differenz der Prävalenzwerte zwischen Ober- und Unterschicht haben die sozialen Unterschiede in den jüngeren Kohorten abgenommen. Ein anderes Bild zeigt sich bei den Frauen. Mit Ausnahme der jüngsten Kohorte (1985-1991) ist die Lebenszeiterfahrung mit Tabak in der Unterschicht am größten und in der Oberschicht am niedrigsten. Erst in der letzten Kohorte zeigt sich ein mit den Männern vergleichbares Bild mit den höchsten Werten in der Mittelschicht. Die Unterschiede zwischen Ober- und Unterschicht entwickeln sich bei Frauen nicht linear, liegen in der jüngsten Kohorte jedoch deutlich höher als bei den Männern.

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	43,8	50,8	40,0	-3,8	47,7	51,0	16,4	-31,3
1980-84	53,2	71,9	49,3	-3,9	64,3	61,9	36,9	-27,4
1970-79	63,7	69,3	50,3	-13,4	83,6	48,4	45,6	-38,0
1960-69	71,3	77,8	52,3	-19,0	53,6	37,2	37,1	-16,5
1945-59	72,5	70,3	54,1	-18,4	38,4	20,6	32,6	-5,8

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 30,1 % der Unterschicht und 9,8 % der Oberschicht mindestens zwei- bis dreimal pro Woche Tabakrauch ausgesetzt. Bei den Nicht- und Exraucherinnen gaben 16,2 % der Unterschicht, aber nur 4,8 % der Oberschicht an, Tabakrauch ausgesetzt gewesen zu sein. Generell sinkt die Passivrauchbelastung bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter und höherer sozialer Schicht.

Tabelle 5-9: Passivrauchbelastung¹⁾ der Nicht- und Exraucher nach Sozialschicht

	Männer			Frauen		
	gering	mittel	hoch	gering	mittel	hoch
< 30 Jahre	46,1	36,2	27,0	16,4	21,5	11,3
30 - 49 Jahre	14,5	22,4	12,1	23,2	10,2	5,3
> 49 Jahre	18,4	20,4	1,5	12,5	9,2	2,1
Gesamt	30,1	24,6	9,8	16,2	11,8	4,8

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.

Die Passivrauchbelastung war an verschiedenen Orten unterschiedlich stark (Tabelle 5-10): In der eigenen Wohnung waren 7,0 % der Männer und 11,2 % der Frauen aus der Unterschicht, aber nur 1,3 % der Männer und 3,9 % der Frauen aus der Oberschicht Tabakrauch ausgesetzt. Am höchsten war die Passivrauchexposition bei Männern und Frauen der Mittelschicht am Arbeitsplatz. Hier gab jeder fünfte Mann eine entsprechende Belastung an. Am Arbeitsplatz und in der Freizeit sind Frauen insgesamt weniger passivrauchbelastet als Männer. Im eigenen Haus ist die Prävalenz bei Frauen jedoch höher.

Tabelle 5-10: Ort der Passivrauchbelastung¹⁾ der Nicht- und Exraucher nach Sozialschicht

	Männer			Frauen		
	gering	mittel	hoch	gering	mittel	hoch
Zu Hause	7,0	5,0	1,3	11,2	5,7	3,9
Am Arbeitsplatz	18,6	20,3	5,7	5,7	6,5	1,5
Freizeit	12,9	4,8	4,0	2,1	1,1	0,0

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

Trends

Prävalenz des Rauchens. In der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen zeigen sich keine signifikanten Veränderungen der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens über die letzten 20 Jahre (Tabelle 5-11). Es sind nur leicht aber nicht signifikant höhere Werte in den Jahren 1990 und 2003 zu erkennen.

Tabelle 5-11: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens 18- bis 24-Jähriger, 1990-2009

	Erhebungsjahr					
	1990	1995/97	2000	2003	2006	2009
Gesamt	126	85	75	123	108	362
	44,3	40,9	38,9	41,8	36,0	37,0

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

Eine geschlechtsspezifische Analyse verschiedener Altersgruppen zeigt nur geringe Veränderungen in der Rauchprävalenz (Tabelle 5-12). Ausnahme ist der Survey von 1990, in dem der Anteil männlicher Raucher zwischen 18 und 39 Jahren im Vergleich zur aktuellen Erhebung von 2009 deutlich größer war. Weiterhin ist der Anteil der aktuellen Raucher bei den

30- bis 39-Jährigen von 2006 bis 2009 deutlich und signifikant angestiegen (17,0 % vs. 33,7 %). Dieser Anstieg in der Gesamtgruppe ist auf die Entwicklung bei den Frauen dieser Altersgruppe zurückzuführen, deren 30-Tage-Prävalenz von 3,0 % auf 27,1 % zunahm.

Tabelle 5-12: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens, 1990-2009

Alter	Erhebungsjahr					
	1990	1995/97	2000	2003	2006	2009
Gesamt	457	948	467	450	348	1294
18-29	44,4*	37,5	33,0	40,9	35,4	36,8
30-39	45,3*	32,3	40,3	27,7	17,0*	33,7
40-59	-	27,1	21,1	22,8	29,6	25,6
Männer	206	441	202	214	157	549
18-29	52,2*	39,0	37,8	46,6	40,6	38,5
30-39	56,5*	32,4	45,9	29,6	31,9	39,4
40-59	-	39,9	25,6	24,4	33,6	34,3
Frauen	251	507	265	236	191	745
18-29	36,7	35,9	27,8	34,0	30,3	34,9
30-39	33,9	32,1	35,7	26,1	3,0*	27,1
40-59	-	14,5	15,9	20,8	25,4	16,5

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

Prävalenz starken Rauchens. Trendbeobachtungen der Prävalenz des starken Rauchens von 20 oder Zigaretten pro Tag zeigen eine signifikante Abnahme der Prävalenz in der aktuellen Erhebung von 2009 im Vergleich zur Erhebung von 1990 (Tabelle 5-13). In den Surveys nach 1990 ist der Anteil starker Raucher zwar von 8,9 % auf 3,6 % gesunken, dieser Rückgang ist jedoch statistisch nicht signifikant.

Tabelle 5-13: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag bei 18 bis 24-Jährigen, 1990-2009

	Erhebungsjahr					
	1990	1995/97	2000	2003	2006	2009
Gesamt	125	84	75	121	108	361
	11,3*	8,9	6,1	3,8	4,0	3,6

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

Ein Rückgang des starken Rauchens zeigt sich in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen im Vergleich der Jahre 1990 und 2009 (Tabelle 5-14). Die absolute Prävalenz hat sich im Verlauf dieser 20 Jahre von 9,7 % auf 4,7 % halbiert. Vor allem unter 18- bis 29-jährigen Männern war ein signifikanter Rückgang zu beobachten. Im Jahr 1990 waren noch 17,1 % dieser Gruppe starke Raucher, in der aktuellen Erhebung von 2009 lag der Anteil jedoch nur noch

bei 6,5 %. Zudem war unter 30- bis 39-Jährigen im Jahr 2009 eine Abnahme des Anteils starker Raucher im Vergleich zu den Jahren 1990 und 2000 zu beobachten. Diese Entwicklung in der Gesamtgruppe ist insbesondere auf einen Rückgang starken Rauchens unter Männern zurückzuführen (1990: 32,7 % vs. 2009: 8,6 %).

Tabelle 5-14: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag, 1990-2009

Alter	Erhebungsjahr					
	1990	1995/97	2000	2003	2006	2009
Gesamt	455	944	463	443	345	1284
18-29	9,7*	8,9	7,0	7,8	5,0	4,7
30-39	19,5*	10,7	12,1*	6,6	5,8	6,1
40-59	-	7,3	5,0	6,9	8,5	5,4
Männer	206	439	200	212	154	542
18-29	17,1*	15,5*	10,5	11,3	8,3	6,5
30-39	32,7*	16,2	16,2	9,2	12,0	8,6
40-59	-	12,5	7,8	8,4	16,8	7,6
Frauen	249	505	263	231	191	742
18-29	2,3	1,8	2,9	3,4	1,7	2,8
30-39	5,9	5,3	8,7	4,2	0,0	3,2
40-59	-	2,3	1,8	5,0	0,0	3,2

*) $p < .05$ 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 keine signifikanten Veränderungen in der Prävalenz der Nikotinabhängigkeit (Tabelle 5-15). Allerdings hat sich der Anteil tabakabhängiger Frauen zwischen 2006 und 2009 deutlich und statistisch signifikant erhöht (2,6 % vs. 5,5 %).

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

	Erhebungsjahr		
	2000	2006	2009
Gesamt	455	348	1291
	4,9	5,2	7,2
Männer	193	158	550
	5,8	7,7	8,7
Frauen	262	190	741
	4,0	2,6*	5,5

*) $p < .05$ 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

Insgesamt gaben 58,9 % der befragten 18- bis 64-Jährigen an, in den letzten 12 Monaten mindestens ein Medikament eingenommen zu haben (Tabelle 6-1). Schmerzmittel sind dabei die am häufigsten eingenommenen Präparate (55,2 %), mit deutlichem Abstand folgen Schlafmittel (6,2 %), Antidepressiva (4,1 %) und Beruhigungsmittel (4,0 %). Neuroleptika, Anabolika, Anregungsmitteln und Appetitzüglern kommt nur eine geringe Bedeutung zu. Die Konsumprävalenzen liegen bei Frauen deutlich höher als bei Männern. So gaben beispielsweise 63,9 % der Frauen, aber nur 47,2 % der Männer an, im letzten Jahr Schmerzmittel eingenommen zu haben. Diese Unterschiede zeigen sich weniger stark ausgeprägt auch bei allen anderen einzelnen Präparaten.

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

Gesamt	Gesamt	Altersgruppen				
		18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	55,2	59,7	55,2	61,1	56,2	49,3
Schlafmittel	6,2	4,2	2,9	4,2	5,0	10,2
Beruhigungsmittel	4,0	2,1	3,4	2,2	4,2	5,9
Anregungsmittel	0,8	0,5	0,8	1,6	0,7	0,5
Appetitzügler	0,4	1,2	0,0	0,8	0,0	0,3
Antidepressiva	4,1	1,4	4,3	2,8	2,8	6,9
Neuroleptika	1,2	0,7	1,0	0,8	1,3	1,5
Anabolika	0,5	1,2	0,4	0,0	0,0	0,9
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	58,9	62,4	59,0	63,1	59,3	54,7
Männer	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	47,2	47,3	43,3	55,9	44,8	45,0
Schlafmittel	5,2	3,9	4,6	3,1	5,5	7,0
Beruhigungsmittel	2,9	0,9	5,4	1,7	2,5	3,7
Anregungsmittel	0,8	0,0	1,5	1,6	1,3	0,0
Appetitzügler	0,2	0,6	0,0	0,7	0,0	0,0
Antidepressiva	3,2	1,4	3,9	2,5	2,1	5,1
Neuroleptika	1,2	0,8	0,0	0,7	2,0	1,5
Anabolika	0,4	1,8	0,0	0,0	0,0	0,6
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	50,9	50,9	48,7	58,3	47,8	49,6
Frauen	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	63,9	73,0	68,4	67,0	68,6	53,6
Schlafmittel	7,3	4,4	0,9	5,4	4,4	13,5
Beruhigungsmittel	5,3	3,3	1,2	2,7	6,0	8,1
Anregungsmittel	0,8	1,1	0,0	1,7	0,0	1,0
Appetitzügler	0,6	1,8	0,0	0,8	0,0	0,6
Antidepressiva	5,0	1,3	4,8	3,2	3,6	8,7
Neuroleptika	1,1	0,5	2,2	0,8	0,6	1,5
Anabolika	0,5	0,5	0,8	0,0	0,0	1,2
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	67,5	74,7	70,6	68,6	71,7	59,9

Ein überraschendes Bild zeigt sich beim Vergleich der Prävalenzen über die Altersgruppen. So weisen insgesamt die Gruppen der 30- bis 39-Jährigen sowie der 18- bis 24-Jährigen die höchsten Werte auf. Fast drei Viertel (74,7 %) der jüngsten Frauen haben Medikamente eingenommen, dagegen trifft dies nur auf 59,9 % der ältesten Frauen zu. Substanzspezifische Unterschiede zeigen sich dahingehend, dass entgegen diesem allgemeinen Trend, die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln mit zunehmendem Alter zunimmt.

30-Tage-Prävalenz der häufigen Einnahme von Medikamenten

Auch in Bezug auf die mindestens wöchentliche Einnahme von Medikamenten liegt die Prävalenz von Schmerzmitteln mit 14,4 % am höchsten, gefolgt von Antidepressiva (3,3 %), Schlafmitteln (2,2 %) und Beruhigungsmitteln (1,4 %) (Tabelle 6-2). Geschlechtsunterschiede belegen auch hier eine stärkere Belastung von Frauen.

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	14,4	11,6	4,7	15,0	16,6	16,6
Schlafmittel	2,2	0,8	1,3	1,5	2,4	3,4
Beruhigungsmittel	1,4	0,6	0,0	0,4	1,2	2,9
Anregungsmittel	0,3	0,2	0,0	1,3	0,0	0,2
Appetitzügler	0,2	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Antidepressiva	3,3	1,0	3,2	1,7	2,1	6,2
Neuroleptika	1,0	0,4	0,7	0,4	1,3	1,3
Anabolika	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	18,6	14,3	8,7	17,4	20,4	23,0
Männer	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	12,5	5,4	2,4	15,5	13,6	16,2
Schlafmittel	2,2	1,0	2,5	1,6	3,4	2,2
Beruhigungsmittel	1,2	0,4	0,0	0,7	1,4	2,2
Anregungsmittel	0,3	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0
Appetitzügler	0,1	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Antidepressiva	2,9	0,7	2,3	2,4	2,1	5,1
Neuroleptika	1,2	0,8	0,0	0,7	2,0	1,5
Anabolika	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	16,2	8,3	7,3	18,6	17,6	20,0
Frauen	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	16,4	18,2	7,2	14,4	19,8	17,0
Schlafmittel	2,2	0,5	0,0	1,5	1,4	4,7
Beruhigungsmittel	1,5	0,9	0,0	0,0	0,9	3,6
Anregungsmittel	0,3	0,5	0,0	0,9	0,0	0,3
Appetitzügler	0,2	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Antidepressiva	3,8	1,3	4,2	0,9	2,2	7,3
Neuroleptika	0,7	0,0	1,5	0,0	0,6	1,1
Anabolika	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	21,2	20,8	10,2	16,1	23,5	26,1

Im Gegensatz zur 12-Monats-Prävalenz zeigt sich für die häufige Einnahme von Medikamenten ein deutlicher Anstieg in den älteren Altersgruppen. Bemerkenswert ist jedoch die sehr hohe Prävalenz für Schmerzmittel bei Frauen zwischen 18 und 24 Jahren (18,2 %).

Bezogen auf die sächsische Wohnbevölkerung haben 495.000 Personen (95%-KI: 435.000-555.000) in den letzten Tagen vor der Erhebung mindestens einmal pro Woche ein psychoaktives Medikament eingenommen. Die Mehrheit davon (275.000; 95%-KI: 235.000-315.000) sind Frauen.

Problematische Einnahme von Medikamenten

Nach dem Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) weisen 3,2 % der Befragten einen problematischen Medikamentengebrauch auf (Tabelle 6-3). Männer zeigen mit 3,3 % nur einen geringfügig höheren Anteil mit positivem Befund als Frauen (3,1 %). Tendenziell steigt die Prävalenz mit zunehmendem Alter an, wobei der Anteil der Personen mit problematischer Medikamenteneinnahme mit 4,2 % bei den 40- bis 49-Jährigen am höchsten liegt.

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

	Geschlecht			Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	1401	599	802	362	215	256	227	341
KFM ≥ 4 Punkte	3,2 (44)	3,3	3,1	2,5	2,8	2,9	4,2	3,0

Von den Einzelitems des KFM war die Zustimmung für eine Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen mit 10,4 % am höchsten, was sich mit der hohen Prävalenz von Schmerzmitteln deckt. Fast jeder zehnte (9,3 %) gab an, sich zeitweilig von allem zurückziehen zu wollen. Diese Frage hat jedoch keinen direkten Bezug zur Einnahme von Medikamenten. Auch das Anlegen eines Vorrats an Tabletten wird vergleichsweise häufig angegeben (8,3 %). Generell stimmten Frauen allen Fragen häufiger zu als Männer. Nur für einige Items (selbst über Einnahme erstaunt, Gefühl von Leistungssteigerung) ist die Zustimmung bei Männern größer.

Hochrechnungen ergeben für die erwachsene Wohnbevölkerung insgesamt 45.000 Männer (95%-KI: 27.000-74.000) und 40.000 Frauen (95%-KI: 27.000-59.000) mit einer problematischen Medikamenteneinnahme.

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 Mediamente	4,4	3,4	5,4	2,5	3,2	2,7	5,4	5,7
Tablettenvorrat	8,3	7,6	9,1	7,8	9,8	11,4	9,4	5,4
Sozialer Rückzugswunsch	9,3	7,0	11,9	9,2	8,9	12,6	10,6	6,7
Ohne Medikamente können best. Situationen nicht bewältigt werden	5,4	3,9	6,9	5,1	3,1	4,7	6,3	5,9
Andere glauben, dass Person Probleme mit Medikamenten hat	0,2	0,0	0,4	0,2	0,0	0,0	0,0	0,5
Toleranzsteigerung	2,1	1,9	2,3	2,7	1,0	1,1	2,1	2,7
Medikamenteneinnahme auf- grund von Schmerzen	10,4	9,4	11,4	8,8	8,8	9,1	13,3	9,9
Geringere Nahrungsmittel- aufnahme in Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme	1,9	1,7	2,1	3,6	1,9	0,7	2,1	1,7
Gefühl des Unwohlseins ohne Mediamente	2,8	2,7	3,0	1,5	1,8	2,1	4,7	2,8
Selbst über Einnahmemenge erstaunt	1,8	2,1	1,6	1,7	2,9	2,0	2,7	0,8
Mit Medikamenten leistungsfähi- ger	3,2	3,8	2,6	2,0	2,8	3,0	2,5	4,6

Trends

30-Tage-Prävalenz der häufigen Medikamenteneinnahme. Über den Beobachtungszeitraum von 15 Jahren zeigt sich in der erwachsenen Bevölkerung eine signifikante Zunahme der Einnahme von Schmerzmitteln, die vor allem ab dem Jahr 2000 zu beobachten ist (Tabelle 6-5). Ein abnehmender Trend zeigt sich dagegen bei Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln und Appetitzüglern. Die geschlechtsspezifische Analyse zeigt, dass der Anstieg des Schmerzmittelkonsums v.a. auf das Einnahmeverhalten der Männer zurückzuführen ist. Bei Frauen bleibt die Prävalenz konstant auf einem hohen Niveau. Bei ihnen findet sich jedoch zusätzlich ein statistisch bedeutsamer Rückgang der Schlafmitteleinnahme.

Tabelle 6-5: Trends der 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme 18- bis 59-Jähriger, 1995/97-2009

Gesamt	Erhebungsjahr				
	1995/97	2000	2003	2006	2009
Schmerzmittel	9,5*	9,9*	11,2	10,8	14,1
Schlafmittel	3,4	1,7	2,3	0,2	2,0
Beruhigungsmittel	5,0*	2,9*	1,1	1,4	1,2
Anregungsmittel	1,6*	1,0	1,2	0,2	0,3
Appetitzügler	0,7*	1,3*	1,2	0,3	0,2
Antidepressiva	--	2,2	2,0	3,0	3,1
Neuroleptika	--	0,6	1,2	0,4	0,9
Männer					
Schmerzmittel	6,0*	9,1	9,2	8,9	12,5
Schlafmittel	1,7	2,4	1,8	0,0	2,4
Beruhigungsmittel	2,8*	3,2*	1,0	0,8	1,3
Anregungsmittel	0,9	1,3	2,2	0,0	0,3
Appetitzügler	0,2	0,0	1,7	0,7	0,1
Antidepressiva	--	3,3	1,4	0,8	3,2
Neuroleptika	--	0,4	0,9	0,7	1,3
Frauen					
Schmerzmittel	13,1	10,7	13,5	12,6	15,8
Schlafmittel	5,1*	1,0	2,8	0,4	1,5
Beruhigungsmittel	7,2*	2,5*	1,2	2,0	1,0
Anregungsmittel	2,3*	0,6	0,0	0,4	0,2
Appetitzügler	1,2*	2,6*	0,5	0,0	0,3
Antidepressiva	--	1,0	2,8	5,1	2,9
Neuroleptika	--	0,7	1,5	0,0	0,3

*) $p < .05$ 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 Medikamentenkonsument. Vergleiche des problematischen Medikamentenkonsumentums auf der Grundlage des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KFM) zeigen insgesamt und für Frauen signifikante zeitliche Veränderungen zwischen 2006 und 2009 (Tabelle 6-6). Nach einem Maximum im Jahr 2006 ist die Prävalenz problematischen Medikamentenkonsumentums im letzten Erhebungszeitraum deutlich zurückgegangen. Bei Männern zeigen sich keine bedeutsamen Änderungen.

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

	Erhebungsjahr			
	2000	2003	2006	2009
Gesamt	469	436	337	1285
	3,2	2,8	6,2*	3,3
Männer	199	204	151	545
	2,8	1,8	4,3	3,6
Frauen	270	232	186	740
	3,6	3,9	8,2*	3,0

*) $p < .05$ 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

Im Bereich der illegalen Drogen geht der weitaus größte Anteil an der Prävalenz des Konsums auf Cannabis zurück. Der Anteil von 4,3 % aktuellen Konsumenten (12 Monate) bei Männern liegt unter dem gesamtdeutschen Durchschnitt von 6,4 %, wohingegen Frauen mit 3,6 % etwas über dem Gesamtwert von 3,1 % liegen (Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010). Für alle anderen Einzelsubstanzen entsprechen die sächsischen Prävalenzwerte den allgemeinen ESA-Zahlen bzw. liegen im Fall von Kokain darunter. Generell gilt, dass Männer und junge Erwachsene unter 30 Jahren ein erhöhtes Risiko für den Konsum illegaler Drogen aufweisen. Vor dem Hintergrund, dass Cannabisgebrauch gerade bei jungen Menschen mit einem hohen Risiko für kognitive und Verhaltensauffälligkeiten verbunden ist (Fergusson, Horwood & Beautrais, 2003; Pattij, Wiskerke & Schoffelmeer, 2008), scheinen gezielte frühzeitige Interventionen bei dieser Zielgruppe notwendig. Auch die Tatsache, dass jüngere Geburtsjahrgänge im Vergleich zu früheren Kohorten bereits in einem sehr jungen Alter zum ersten Mal Erfahrungen mit Cannabis machen, unterstreicht diese Forderung.

Eine besondere Risikogruppe stellen diejenigen Konsumenten dar, die häufig Cannabis konsumieren. So zeigen die vorliegenden Daten, dass etwa 40 % der 30-Tage-Konsumenten mindestens einmal in der Woche Cannabis konsumieren und jeder fünfte sogar einen täglichen Konsum berichtet. Dieser Anteil liegt in Sachsen höher als in Bayern (32,2 % wöchentliche Konsumenten; Kraus & Pabst, 2010a), aber niedriger als in Hamburg (49,7 %; Kraus, Pabst & Müller, 2010). In diesem Zusammenhang ist auch der relativ hohe Anteil an Polykonsumenten zu nennen, die in den vergangenen 12 Monaten mindestens zwei verschiedene illegale Substanzen konsumiert haben (22,0 %). Dieser multiple Substanzkonsum stellt eine gesundheitspolitische Herausforderung der nächsten Jahre dar, da er in besonderem Maß mit negativen Folgen verbunden ist. Auch Höhne (2009) berichtete, dass der Anteil riskanter Polykonsumenten im ESA 2006 bei 4,1% lag. Diese Gruppe wies bei allen Substanzen den höchsten Anteil an Störungen auf, wobei cannabisbezogene Störungen am häufigsten waren.

Für 1,4 % der sächsischen Bevölkerung liegt eine Cannabisabhängigkeit nach SDS vor, was einer Gesamtzahl von etwa 37.000 Personen entspricht. Männer und Frauen sind gleich stark betroffen, jedoch zeigt sich auch hier, dass besonders junge Erwachsene betroffen sind. Unter den aktuellen Konsumenten sind mit 42,5 % mehr Frauen als Männer (37,0 %) von einer Abhängigkeit betroffen. Ähnlich wie bei der Häufigkeit des Konsums sind diese Werte im Vergleich zu Gesamtdeutschland sowie im Vergleich zu Bayern und Hamburg deutlich erhöht.

Trendanalysen des Konsums illegaler Drogen in Sachsen zeigen, dass die Gesamtprävalenz nach einem Anstieg seit 1990 und einem Maximum im Jahr 2006 in den letzten drei Jahren wieder leicht, wenn auch nicht signifikant, zurückgegangen ist. Der aktuelle Wert liegt jedoch deutlich über dem Ausgangswert der 1990er Jahre. Substanzspezifisch zeigen sich über den gesamten Beobachtungszeitraum vor allem Zunahmen des Cannabis-, Amphetamin und

Ecstasygebrauchs. Für Opiate und Kokain/Crack findet sich ein relativ konstanter Verlauf auf einem insgesamt niedrigen Niveau. Der Vergleich zur gesamtdeutschen Entwicklung (Kraus, Pabst, Piontek & Müller, 2010) belegt weitgehend identische Veränderungen. So konnte für die 18- bis 59-Jährigen Erwachsenen ein Anstieg der Cannabisprävalenz bis zum Jahr 2003 und ein anschließender leichter Rückgang gezeigt werden. Die aktuellen Konsumentenanteile liegen aber auch hier deutlich über dem Wert von 1995. In der Gesamtstichprobe durchgeführte geschlechtsspezifische Analysen belegen zudem, dass der zeitliche Trend vom Konsum der Männer bestimmt wird und die Prävalenzwerte der Frauen mit Ausnahme von Cannabis bei allen Substanzen auf deutlich niedrigerem Niveau liegen und so gut wie keine zeitlichen Veränderungen aufweisen. Aufgrund zu kleiner Fallzahlen sind subgruppenspezifische Auswertungen mit den sächsischen Daten nicht möglich.

Ähnliche Entwicklungen des Substanzkonsums wie bei Erwachsenen zeigen sich auch bei Jugendlichen. Im Rahmen der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung konnte gezeigt werden, dass die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums bei 12- bis 17-Jährigen nach einem relativ konstanten Verlauf in den 1980er Jahren bis Anfang der 2000er Jahre anstieg und anschließend leicht zurückging (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2008). Darüber hinaus zeigen auch Trendvergleiche auf europäischer Ebene eine ähnliche Entwicklung des Cannabiskonsums (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009). Bezogen auf die Prävalenz liegt Deutschland dabei im mittleren Bereich. Ebenso weisen die Trenddaten für den 12-Monats-Gebrauch von Amphetaminen, Ecstasy und Kokain/Crack in Europa auf einen eher stabilen gleichförmigen Prävalenzverlauf mit der Einordnung von Deutschland im Mittelfeld bzw. unteren Drittel hin. Bei Kokain/Crack finden sich jedoch eine Reihe von Ländern mit zunehmender Prävalenz seit 1995 (Spanien, Großbritannien, Dänemark und Italien).

Alkohol

Die vorliegenden Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys in Sachsen belegen eine nach wie vor hohe Verbreitung des Alkoholkonsums in der Bevölkerung. Weniger als 10 % der 18- bis 64-Jährigen haben im Jahr vor der Erhebung abstinent gelebt. Die Mehrheit der Konsumenten trinkt risikoarm, d.h. weniger als 24g (Männer) bzw. 12g (Frauen) Reinalkohol pro Tag. Allerdings liegt bei mehr als jedem vierten Mann und etwa jeder sechsten Frau ein riskanter Alkoholkonsum vor. Insgesamt entsprechen diese Daten den gesamtdeutschen Ergebnissen (Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010), allerdings ist der Anteil der riskanten männlichen Konsumenten in Sachsen erhöht.

Trenddaten zeigen insgesamt eine positive Entwicklung hin zu einem höheren Anteil abstinenter Personen und einem sinkenden Anteil v.a. riskanter Konsumenten. Auch die Analysen des bundesweiten Epidemiologischen Suchtsurveys zeigen zwischen 1995 und 2009 Verschiebungen von einem riskanten hin zu einem risikoarmen Konsum bzw. zur Abstinenz (Kraus, Pabst, Piontek & Müller, 2010). Diese Tendenz ist bei beiden Geschlechtern zu beobachten. Frauen sind jedoch häufiger abstinent und trinken seltener über dem Schwellenwert riskanten Konsums. Diese Entwicklung verläuft parallel zu dem seit mehreren Jahren konstanten Rückgang des Pro-Kopf-Konsums in Deutschland (Gaertner, Meyer, Freyer-

Adam & John, 2010). Verglichen mit 1995 weisen die Statistiken der Alkoholwirtschaft im Jahr 2008 einen Rückgang des pro Kopf verbrauchten Reinalkohols von 10.8 auf 9.9 Liter auf. Bei den Getränkesorten zeigt sich ein starker Rückgang beim Bier- und Spirituosenkonsum, während der Wein- und Schaumweinkonsum nur leicht rückläufig ist. Auch Analysen der ESA-Daten auf Grundlage von Konsummengen bestätigen diesen Trend (Pabst, Kraus, Piontek & Müller, 2010).

Die hier dargestellten Daten zeigen auch positive Veränderungen der Konsummuster und eine Abnahme des Anteils von Personen mit Rauschtrinken in der Gesamtstichprobe. Hinter diesem allgemeinen Rückgang verbergen sich jedoch bedeutsame subgruppen-spezifische Unterschiede. So ist der Anteil der Personen, die mindestens einmal in den letzten 30 Tagen fünf oder mehr Getränke zu sich genommen haben, in der jüngsten Altersgruppe, und hier vor allem bei den jungen Frauen, angestiegen. Dieses Muster wird auch von anderen Studien in Deutschland bestätigt. So weisen Trendvergleiche bei 16- bis 17-Jährigen zwischen 2004 und 2007 auf eine Zunahme des Alkoholkonsums sowie auf eine Zunahme des Rauschtrinkens hin (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2007). Eine hohe Verbreitung von Rauschkonsum unter Jugendlichen wird auch in der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) 2007 berichtet (Kraus, Pabst & Steiner, 2008). Darüber hinaus konnte eine aktuelle Analyse der ESA-Daten zeigen, 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 eher zu- als abnehmen, da Rauschtrinken als wichtiger Risikofaktor für eine Vielzahl negativer Konsequenzen gilt (Kraus, Baumeister, Pabst & Orth, 2009; Mäkelä & Mustonen, 2007).

Bei etwa jedem fünften Erwachsenen in Sachsen liegt ein problematischer Alkoholkonsum nach AUDIT vor. Dabei gibt es keine Unterschiede zwischen der Gesamtstichprobe und den aktuellen Konsumenten. Die Prävalenz liegt bei Männern um ein vielfaches höher als bei Frauen. Darüber hinaus nehmen die Prävalenzen bei beiden Geschlechtern in höheren Altersgruppen ab. Einschränkend ist zu erwähnen, dass der in der vorliegenden Analyse gewählte Cut-off des AUDIT von 8 Punkten kritisch diskutiert wird. Vor allem jüngere Publikationen gehen davon aus, dass dieser Wert zu hoch ist (Reinert & Allen, 2007). Somit wird die Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums möglicherweise unterschätzt.

Mit den aktuellen Daten konnte belegt werden, dass Alkoholkonsum ein schichtspezifisches Verhaltensmuster darstellt. Zwar ist der Anteil alkoholabstinenter Personen in der Unterschicht höher als in der Mittel- und Oberschicht, allerdings zeigen Männer der untersten sozialen Schicht den höchsten Konsum sowie den größten Anteil des Rauschtrinkens. Bei Frauen zeigt die Mittelschicht den risikoärmsten Konsum mit der geringsten konsumierten Alkoholmenge und dem niedrigsten Anteil riskanter Konsumentinnen. Ähnlich wie bei den Männern ist der Anteil der Rauschtrinkerinnen in der Unterschicht am größten. Die hier berichteten Ergebnisse unterstreichen somit die Notwendigkeit evidenzbasierter zielgruppen-

spezifischer Präventionsmaßnahmen (v.a. junge Erwachsene mit niedrigem Sozialstatus). Auch die Implementierung und Durchsetzung alkoholpolitischer Maßnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums und alkoholbezogener Probleme ist von großer Bedeutung (Babor et al., 2003; Edwards et al., 1997; Kraus, Müller & Pabst, 2008).

Tabak

Der Anteil der aktuellen Raucher in Sachsen wird für das Jahr 2009 auf knapp 30 % geschätzt, wobei Männer häufiger rauchen als Frauen. Der Epidemiologische Suchtsurvey in Gesamtdeutschland (Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010) sowie die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA; Robert Koch-Institut, 2010) bestätigen diese Zahlen. Der Anteil der starken Raucher liegt in Sachsen etwa 5 Prozentpunkte unter dem gesamtdeutschen Durchschnitt. Während sich in der Bundesrepublik bereits seit 1980 ein kontinuierlicher Rückgang der Rauchprävalenz zeigt (Piontek, Kraus, Müller & Pabst, 2010), finden sich in Sachsen insgesamt keine zeitlichen Unterschiede in den letzten 15 Jahren. Allerdings ist sowohl der Anteil aktueller als auch starker Raucher in diesen Jahren niedriger als im ersten Erhebungsjahr 1990. Diese Unterschiede ähneln Entwicklungen in Bayern und Hamburg. Andere Studien deuten hingegen auf differentielle Trends des Rauchverhaltens in Ost- und Westdeutschland hin. Junge & Nagel (1999) berichten beispielsweise, 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).

Subgruppenspezifische Zeitvergleiche belegen, dass es über alle Erhebungsjahre hinweg insgesamt mehr männliche als weibliche Raucher gibt. In Deutschland zeigt sich v.a. in den 1980er und 1990er Jahren ein konvergierender Trend durch einen Zuwachs der Prävalenz bei Frauen und einen Rückgang bei Männern (Lampert & Burger, 2005). Die jüngsten Entwicklungen deuten dagegen auf eine Abnahme der Prävalenz bei beiden Geschlechtern hin (Lampert & List, 2010). Gründe für die nach wie vor deutlichen Unterschiede im Konsumverhalten liegen vermutlich im allgemeinen geschlechtsspezifischen Gesundheitsverhalten und spezifischem Geschlechtsrollenverhalten (Sieverding, 2000). Im Unterschied zu Erwachsenen zeigen sich bei Jugendlichen in aktuellen Studien kaum mehr Unterschiede im Rauchverhalten zwischen Mädchen und Jungen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2008; Kraus, Pabst & Steiner, 2008). Diese Tendenz findet sich auch in den ESA-Daten. In Sachsen sind die Unterschiede in der 30-Tage-Prävalenz zwischen Männern und Frauen in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen deutlicher geringer (38,5 % vs. 34,9 %) als in den älteren Altersgruppen (30- bis 39-Jährige: 39,4 % vs. 27,1 %; 40- bis 59-Jährige: 34,3 % vs. 16,5 %). Insgesamt weisen die Analysen darauf hin, dass weitere erhebliche präventive und therapeutische Anstrengungen notwendig sind, um die Rate der Raucher und insbesondere die Rate der starken Raucher weiter zu senken.

Problematisch erscheint der zunehmend frühe Einstieg in den Tabakkonsum bei jüngeren Geburtskohorten, v.a. bei Frauen. Die nur geringen Unterschiede des Einstiegsalters in den täglichen Konsum im Vergleich zum Erstkonsum sprechen darüber hinaus dafür, dass der Übergang vom Probierverhalten zum täglichen Konsum mit einer nur geringen zeitlichen

Verzögerung stattfindet. Dies spricht für das gut belegt hohe Abhängigkeitspotential von Nikotin (Lieb et al., 2000). Gerade bei Kindern und Jugendlichen zeigt sich das Abhängigkeitspotential von Nikotin schon bei einem geringen Konsum. Internationale Studien konnten beispielsweise zeigen, dass sich bereits innerhalb weniger Tage oder Wochen erste Symptome einer Tabakabhängigkeit entwickeln können, wenn das Rauchen nach einem Probierkonsum nicht frühzeitig wieder eingestellt wird (DiFranza et al., 2002). Vor dem Hintergrund dieser Befunde sind frühzeitige Maßnahmen zur Verhinderung des Probierkonsums bei Jugendlichen sowie die Entwicklung und Implementation von jugendspezifischen Ausstiegsangeboten von großer gesundheitspolitischer Bedeutung.

Auf Grundlage des DSM-IV wurden knapp 7 % der Gesamtbevölkerung und 21 % der aktuellen Raucher als tabakabhängig klassifiziert. Diese Zahlen decken sich mit den Ergebnissen der gesamtdeutschen Befragung (Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010). Unterschiede ergeben sich lediglich in der Verteilung der Prävalenz über die Altersgruppen. In Sachsen sind die mittleren Altersgruppen eher von einer Tabakabhängigkeit betroffen, wohingegen es in der Bundesrepublik insgesamt die jüngste Altersgruppe ist. Der in Gesamtdeutschland gefundene Rückgang der Abhängigkeit bei Männern zwischen 2006 und 2009 (Kraus, Pabst, Piontek & Müller, 2010) wurde in Sachsen nicht gefunden. Stattdessen zeigt sich eine deutliche Zunahme der Prävalenz bei Frauen.

Die hier berichteten Ergebnisse belegen einen starken Zusammenhang zwischen der sozialen Schicht und dem aktuellen Rauchverhalten. Generell ist das Risiko, Raucher zu sein, in der Oberschicht am geringsten und in der Unter- und Mittelschicht besonders hoch. Dieses Phänomen ist national und international im Rahmen zahlreicher Studien gut belegt (z. B. Schaap, van Agt & Kunst, 2008; Schulze & Lampert, 2006; Schulze & Mons, 2006). Eine aktuelle Studie mit den gesamtdeutschen Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys konnte zudem zeigen, dass es alters-, kohorten- und zeitspezifische Veränderungen im Einfluss der Sozialschicht auf das Rauchverhalten gibt (Piontek et al., 2010). So zeigt sich seit 1980 generell ein 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.

Etwa die Hälfte der befragten Personen in Sachsen gab an, sich durch Raucher in ihrer Umgebung stark gestört zu fühlen. Darüber hinaus berichtete etwa jeder siebte Nichtraucher von einer Passivrauchbelastung am Arbeitsplatz. Diese Anteile liegen etwas höher als in anderen Bundesländern wie Bayern (Kraus & Pabst, 2010a) oder Hamburg (Kraus, Pabst & Müller, 2010). Gemessen an den im Verlauf der letzten Jahre eingeführten gesetzlichen Neuregelungen zum Nichtraucherschutz sind diese Zahlen insgesamt als hoch zu bewerten. Den Erfolg dieser Maßnahmen in Gesamtdeutschland untersuchte eine aktuelle auf den ESA-Daten beruhende Studie (Müller, Kraus, Piontek & Pabst, 2010). Es zeigt sich, dass sich die Passivrauch-Exposition am Arbeitsplatz und während der Freizeit zwischen 2006 und 2009 verringerte. Auch die Anzahl gerauchter Zigaretten nahm ab. Unverändert blieben dagegen die Passivrauchbelastung zu Hause und Prävalenz des Zigarettenkonsums. Es ist

anzunehmen, dass sich die Umsetzung der gesetzlichen Neuregelungen sehr stark zwischen den einzelnen Bundesländern unterscheiden und die Daten somit nicht notwendigerweise auf die sächsische Situation übertragen werden können. Weitere Maßnahmen im Bereich der Tabakkontrolle sind nötig, um Nichtraucher langfristig vor den Folgen des Passivrauchens zu schützen. Eine besondere Bedeutung bei den strukturellen Maßnahmen kommt der besseren Umsetzung der Arbeitsstättenverordnung zum Nichtraucherschutz sowie einer bundeseinheitlichen Regelung zum Nichtraucherschutz in Restaurants, Gaststätten und Bars zu.

Medikamente

Knapp 60 % aller Befragten haben in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens ein Medikament (Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) genommen und etwa jeder Siebente gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens einmal pro Woche Medikamente genommen zu haben. Im Unterschied zu anderen Substanzen ist Medikamenteneinnahme ein Phänomen, das zu einem überwiegenden Teil Frauen und ältere Personen betrifft. Dies bestätigen auch die Zahlen des gesamten Epidemiologischen Suchtsurveys (Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010) sowie Daten des Arzneimittelsurveys (Knopf & Melchert, 2003). Für diese bereits in früheren Studien gezeigten Geschlechts- und Altersunterschiede sind verschiedene Ursachen denkbar. Frauen leiden insgesamt häufiger an den zugrunde liegenden Erkrankungen wie Depression, Angst und Schmerzen (Ihle, Laucht, Schmidt & Esser, 2007) und zeigen ein Gesundheits- und Vorsorgeverhalten, das die Einnahme von Medikamenten begünstigt (Kolip & Koppelin, 2002). Darüber hinaus zeigen zusätzliche Analysen, dass der Anteil von Langzeitverordnungen sowie die Anzahl der verordneten Wirkstoffe bei älteren Frauen größer sind als bei gleichaltrigen Männern (Glaeske & Janhsen, 2007). Mit zunehmendem Alter nimmt 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). Entgegen diesen allgemeinen und gut bestätigten Alters- und Geschlechtsverteilungen zeigen die sächsischen Zahlen eine besondere Risikogruppe auf. So weist die jüngste Kohorte der 18- bis 24-Jährigen eine deutlich erhöhte Prävalenz auf, vor allem in Bezug auf Schmerzmittel. Junge Frauen sind davon in besonderem Maße betroffen.

Bezüglich der zeitlichen Entwicklung des Medikamentenkonsums zeigt sich die auffälligste Veränderung in einer deutlichen Zunahme der Einnahme von Schmerzmitteln seit dem Jahr 2000. Die Verbreitung der meisten anderen Substanzen hat dagegen im Verlauf der Zeit abgenommen. Auch diese Zahlen decken sich mit dem gesamtdeutschen Suchtsurvey (Kraus, Pabst, Piontek & Müller, 2010). Ähnliche Entwicklungen belegt auch der Arzneiverordnungs-Report (Schwabe & Paffrath, 2009). Diesen Daten zufolge sind die Verordnungszahlen bei Schmerzmitteln v.a. in den letzten 10 Jahren deutlich angestiegen, wohingegen bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln ein Verordnungsrückgang zu beobachten ist. Der Anstieg des Schmerzmittel-Konsums ist möglicherweise auf eine zunehmende Tendenz zur Selbstmedikation zurückzuführen. So konnte beispielsweise belegt werden, dass Patienten in den letzten Jahren bei kleineren Beschwerden seltener den Arzt aufsuchten und sich dafür häufi-

ger selbst Medikamente besorgt haben (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2006). Auch neue und oftmals sehr einfach Versorgungs- und Beschaffungsmöglichkeiten über das Internet können für diesen Trend mitverantwortlich sein. Solche inadäquaten Selbstmedikationen bergen ein hohes Risikopotential, da ein langfristiger Gebrauch von Analgetika zu Dauerschmerzen führen kann, die die Betroffenen dann dazu veranlassen können, weitere Mittel zur Linderung zu versuchen (Melchinger, Schnabel & Wyns, 1992).

Erfreulich ist der Rückgang des Anteils problematischer Medikamentennutzer zwischen 2006 und 2009, der sich in der Gesamterhebung des ESA nicht zeigt. Allerdings ist die Prävalenz in Gesamtdeutschland insgesamt konstanter geblieben, ohne den in Sachsen zu beobachtenden deutlichen Anstieg im Jahr 2006.

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. 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. Verzichtet wurde auf eine detaillierte Erfassung der Einnahmemuster wie Selbstmedikation, Tagesdosen, Dauer der Einnahme oder Bezugsquelle, da dies mit einem deutlich höheren Aufwand verbunden ist, als in einer schriftlichen Studie über alle psychoaktiven Substanzen geleistet werden kann.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Zusammenfassend belegen die aktuellen Ergebnisse eine hohe gesundheitspolitische Bedeutung des Substanzkonsums in Deutschland und speziell in Sachsen. Gemessen an der Prävalenz ist der Konsum von Alkohol vor Tabak, Medikamenten und illegalen Drogen am weitesten verbreitet. Die Verbreitung des Konsums korrespondiert in etwa mit der individuellen Problembelastung in Form von Missbrauch und/oder Abhängigkeit. Auch in Schätzungen der gesellschaftlichen Belastung durch Tod, Krankheit und akute Folgen spielen Tabak und Alkohol eine weitaus größere Rolle als illegale Drogen und Medikamente (Begg et al., 2007; 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 Unter-

schätzungen 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.

Aus einer gesundheitspolitischen Perspektive belegen die vorliegenden Daten weiteren Handlungsbedarf im Hinblick auf Präventions- und Interventionsmaßnahmen. So können einerseits verhaltenspräventive Bemühungen, die schon im Kindes- und Jugendalter ansetzen, die Einstellungen zum Substanzkonsum beeinflussen und einen risikoarmen und verantwortungsvollen Konsum fördern. Auch weitere verhältnispräventive Maßnahmen (z. B. Preiserhöhungen, Werbeverbote) sind nötig, um längerfristige Veränderungen im Konsumverhalten zu bewirken. Andererseits ist die Früherkennung und Versorgung von Personen mit substanzbezogenen Störungen und solchen mit problematischem Konsum von großer Bedeutung, um die gesellschaftliche Belastung durch akute Folgen, Krankheit und Tod nachhaltig zu reduzieren.

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 Sächsische Staatsministerium für Soziales. 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., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2003). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- 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.
- 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.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H.-J., Simon, R. & Töppich, J. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 128). Baden-Baden: Nomos.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (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 (1), 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.
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H. D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L. T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J. & Skog, O.-J. (1997). *Alkoholkonsum und Gemeinwohl: Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung*. Stuttgart: Enke.
- 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.
- 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 (5), 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.
- 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.
- Junius-Walker, U., Theile, G. & Hummers-Pradier, E. (2007). Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. *Family Practice*, 24 (1), 14-19.
- Junge & Nagel (1999): Junge, B. & Nagel, M. (1999). Das Rauchverhalten in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 61, S121-S125.
- Kaye, S. & Darke, S. (2002). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction*, 97, 727-731.
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., Howes, M. J., Normand, S-L. T., Manderscheid, R. W., Walters, E. E., Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*. 60 (2), 184-189.
- Knopf, H. & Melchert, H. U. (2003). *Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch. Konsumverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RobertKoch-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 (7), 605-618.
- Korn, E. L. & Graubard, B. I. (1999). *Analysis of health surveys*. New Jersey: Wiley and Sons.
- 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. & 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., 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 (3), 314-320.
- Kraus, L., Müller, S. & Pabst, A. (2008). Alkoholpolitik in Deutschland: Möglichkeiten, Maßnahmen und ihre Umsetzung. *Suchttherapie*, 3 (9), 103-110.

- Kraus, L. & Pabst, A. (2010a). Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Bayern. (IFT-Berichte Bd. 175). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L. & Pabst, A. (Gasthrsg.) (2010b). Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. *Sucht*, 56 (5), 309-384.
- Kraus, L. & Pabst, A. (2010c). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *Sucht*, 56 (5), 315-326.
- 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., Piontek, D. & Müller, S. (2010). Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1995-2009. *Sucht*, 56 (5), 337-348.
- 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. & Baumeister, S. (2008). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S6-S15.
- Lachner, G., Wittchen, H.-U., Perkonig, A., Holly, A., Schuster, P., Wunderlich, U., Türk, D., Garczynski, E. & Pfister, H. (1998). Structure, content and reliability of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) substance use sections. *European Addiction Research*, 4 (1-2), 28-41.
- Lampert, T. & Burger, M. (2005). Verbreitung und Strukturen des Tabakkonsums in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz*, 48 (11), 1231-1241.
- Lampert, T. & List, S. M. (2010). Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2010* (S. 48-68). Geesthacht: Neuland.
- 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.
- Mäkelä, P. & Mustonen, H. (2007). How do quantities drunk per drinking day and the frequencies of drinking those quantities contribute to self-reported harm and positive consequences? *Alcohol and Alcoholism*, 42 (6), 610-617.
- Manning, W. G. & Mullahy, J. (2001). Estimating log models: to transform or not to transform? *Journal of Health Economics*, 20 (4), 461-494.
- Melchinger, H., Schnabel, R. & Wyns, B. (1992). *Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 12). Baden-Baden: Nomos.
- 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* (6), 464-471.
- 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.
- 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.
- 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* (3), 297-307.
- Reinert, D. F. & Allen, J. P. (2007). The Alcohol Use Disorders Identification Test: An update of research findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31* (2), 185-199.
- 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. Küfner (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 3.00*. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Robert Koch-Institut (2010). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Vorabdruck. Berlin: Robert Koch-Institut.
- 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* (7), 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.
- Sieverding, M. (2000). Risikoverhalten und präventives Verhalten im Geschlechtervergleich: Ein Überblick. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 9*, 7-16.
- Simon, R. & Wiblishauser, P. M. (1993). Ergebnisse der Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. *Sucht, 39* (3), 177-180.
- 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. Zugriff am 01. 06. 2010. Verfügbar unter:
http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_selbstmed_0506.pdf.
- Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonigg, A., Pfütze, E.-M., Schuster, P., Vodermaier, A., Vossen, A., Wunderlich, U. & Ziegler, S. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Paper-pencil 2.2, 2/95*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.
- Wooldridge, J. M. (2002). *Econometric analysis of cross section and panel data*. Cambridge, MA: MIT Press.
- World Health Organization (1998). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: 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 et al, 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