

Ludwig Kraus
Alexander Pabst
Stefanie Müller

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

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

München 2010
IFT-Berichte Bd. 177
IFT-Reports Vol. 177

Epidemiologischer Suchtsurvey 2009
Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch
psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg¹

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

Ludwig Kraus, Alexander Pabst & Stefanie Müller

IFT Institut für Therapieforschung, München

1) Gefördert durch die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg

Reihe IFT-Berichte
Band Nr. 177

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 13.12.2010

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	39
5 Tabak.....	51
6 Medikamente	61
7 Diskussion.....	67
8 Literatur.....	75
9 Anhang: Instrumente.....	80

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1:	Übersicht über den Epidemiologischen Suchtsurvey 2009 in Hamburg	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:	Übersicht über den Epidemiologischen Suchtsurvey in Hamburg, 1990-2003	29
Tabelle 2-5:	Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Hamburg 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 Cannabiskonsumern der letzten 12 Monate)	34
Tabelle 3-4:	Prävalenz positiver Antworten auf die Items der Severity of Dependence Skala (SDS) (Cannabiskonsumern 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	37
Tabelle 4-1:	Verteilung des Alkoholkonsums (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen in Gramm Reinalkohol pro Tag)	39
Tabelle 4-2:	Prävalenz des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke und durchschnittliche Trinkmengen in den letzten 30 Tagen	41
Tabelle 4-3:	Häufigkeit des Rauschtrinkens nach Geschlecht und Alter (Konsumenten der letzten 30 Tage).....	41
Tabelle 4-4:	Häufigkeit des Rauschtrinkens nach Konsumkategorien (durchschnittliche Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage).....	42
Tabelle 4-5:	Anteil der Personen mit einem positiven Befund im Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (Gesamtstichprobe und Konsumenten der letzten 12 Monate)	44
Tabelle 4-6:	Anteil der Abstinenz nach Sozialschicht	44

Tabelle 4-7:	Durchschnittliche tägliche Reinalkoholmenge nach Geschlecht und Sozialschicht (Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage)	45
Tabelle 4-8:	Risikokonsum und Rauschtrinken nach Sozialschicht (Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage)	45
Tabelle 4-9:	Trends des Alkoholkonsums 18- bis 59-Jähriger (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage), 1995-2009.....	46
Tabelle 4-10:	Trends der Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und der durchschnittlichen Trinkmenge 18- bis 59-Jähriger, 1997-2009	47
Tabelle 4-11:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens, 1997-2009	48
Tabelle 4-12:	Verteilung des Alkoholkonsums für Männer und Frauen (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen in Gramm Reinalkohol pro Tag).....	49
Tabelle 4-13:	Prävalenz des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke und durchschnittliche Trinkmengen für Männer und Frauen.....	49
Tabelle 5-1:	Verteilung der Raucher, Exraucher und Nichtraucher	51
Tabelle 5-2:	Umfang des Zigarettenkonsums der Zigarettenraucher (letzte 30 Tage)	52
Tabelle 5-3:	Anteil der Personen mit einem positiven Befund für Nikotinabhängigkeit im DSM-IV (Gesamtstichprobe und Raucher der letzten 12 Monate).....	55
Tabelle 5-4:	Häufigkeit des Passivrauchens, Vermeidung von Passivrauchen und Einstellung zum Rauchen	56
Tabelle 5-5:	Anteil der Nichtraucher, Raucher und Exraucher nach Sozialschicht.....	56
Tabelle 5-6:	Prävalenz des täglichen Zigarettenrauchens nach Sozialschicht	57
Tabelle 5-7:	Prävalenz des Rauchens von täglich 20 oder mehr Zigaretten nach Sozialschicht	57
Tabelle 5-8:	Prävalenz des Rauchens (Lebenszeit) nach Sozialschicht und Geburtskohorte	57
Tabelle 5-9:	Passivrauchbelastung der Nicht- und Exraucher nach Sozialschicht	58
Tabelle 5-10:	Ort der Passivrauchbelastung der Nicht- und Exraucher nach Sozialschicht	58
Tabelle 5-11:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens 18- bis 24-Jähriger, 1980- 2009	59
Tabelle 5-12:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens, 1986-2009	59
Tabelle 5-13:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag bei 18 bis 24-Jährigen, 1980-2009	60
Tabelle 5-14:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag, 1986-2009	60

Tabelle 6-1:	12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme	62
Tabelle 6-2:	30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme	63
Tabelle 6-3:	Anteil der Personen mit einem positiven Befund im Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM).....	64
Tabelle 6-4:	Anteile positiver Antworten auf die Items des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KFM).....	64
Tabelle 6-5:	Trends der 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme 18- bis 59-Jähriger, 1995-2009	65
Tabelle 6-6:	Trends des problematischen Medikamentenkonsums (Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch) bei 18- bis 59-Jährigen, 2000-2009	66

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Cannabiskonsums.....	34
Abbildung 4-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Frauen.....	43
Abbildung 4-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Männer.....	43
Abbildung 5-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Frauen.....	53
Abbildung 5-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Männer.....	53
Abbildung 5-3: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Frauen.....	54
Abbildung 5-4: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Männer.....	54

Vorwort

Hamburg hat sich 2009 zum vierten Mal nach 1990, 1997 und 2003 mit einer erweiterten Stichprobe am Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) beteiligt. Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey werden seit 1980 in regelmäßigen Abständen Befragungen in der Allgemeinbevölkerung zum Konsum von illegalen Drogen, Alkohol, Tabak und Medikamenten durchgeführt. Der Survey ergänzt als wichtige Datenquelle die Gesundheitsberichterstattung von Bund und Ländern. Insgesamt nahmen in Hamburg 1.426 Personen zwischen 18 und 64 Jahren an der Befragung teil.

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. Surveydaten, 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 Missbrauchsverhalten und Personen mit einem abhängigen Verhalten, einschließlich pathologischen Glücksspielens. Sie leisten einen wesentlichen Beitrag zur Analyse und Verbesserung der öffentlichen Gesundheit sowie zur Gewinnung wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse zu Einflussfaktoren und damit zu einer evidenzbasierten Prävention.

Dezember 2010

PD Dr. Ludwig Kraus

Kurzfassung

Im Jahr 2009 wurde die Stichprobe des bundesweit durchgeführten Epidemiologischen Suchtsurveys zum vierten Mal so angelegt, dass differenzierte Analysen für Hamburg 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 in Hamburg 1.426 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren an der kombinierten schriftlichen, telefonischen und Online-Befragung (Mixed-Mode-Design) teil. Die Antwortrate betrug 48,3 %.

Illegale Drogen

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 44,1 % über Erfahrungen mit illegalen Drogen, 9,2 % über den Konsum in den letzten 12 Monaten und 5,0 % über den Konsum in den letzten 30 Tagen. In den letzten 12 Monaten nahmen 8,5 % Cannabis. Cannabis ist die am weitesten verbreitete illegale Substanz. Die 12-Monats-Prävalenz anderer illegaler Drogen außer Cannabis betrug 2,5 %. Knapp jeder zweite Cannabiskonsumant gab in den letzten 30 Tagen einen mindestens wöchentlichen Konsum an. Für 2,9 % der 18- bis 64-jährigen Bevölkerung und 35,9 % 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 von 30,4 % auf 52,2 % zugenommen. Beim aktuellen Konsum (letzte 30 Tage) zeigt sich eine Abnahme seit 2003. Während die 12-Monats-Prävalenz von Amphetaminen in Hamburg seit 1990 zugenommen hat, haben die Prävalenzen von Ecstasy, LSD und Opiaten seit 1997 abgenommen. Bei Kokain und Crack zeigen sich keine Veränderungen. Im Vergleich zu den gesamtdeutschen Prävalenzen des Konsums finden sich in Hamburg eine höhere Konsumfrequenz sowie erhöhte Abhängigkeitswerte unter den aktuellen Konsumenten.

Alkohol

Alkoholkonsum ist in der Allgemeinbevölkerung in Hamburg weit verbreitet, nur 3,5 % konnten als lebenslang abstinent bezeichnet werden und nur 8,3 % hatten zwar Alkoholerfahrung, lebten aber im letzten Jahr vor der Erhebung abstinent. Die Mehrheit der 18- bis 64-Jährigen berichtete einen durchschnittlichen Konsum von weniger als 24g (Männer) bzw. 12g (Frauen) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert lagen 20,3 % der Männer und 20,0 % der Frauen. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einem Trinkanlass) berichteten 45,7 % der Männer und 22,7 % der Frauen mindestens einmal in den letzten 30 Tagen. Nach den Kriterien des AUDIT wurde bei 20,3 % 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 niedrigen sozialen Schicht. Insgesamt ist es seit 1997 zu einer Verschiebung des Alkoholkonsums

hin zu einem niedrigeren Anteil von risikoarmen Konsum gekommen. Geschlechtsspezifische Analysen zeigen bei Männern eine Abnahme riskanter Konsumenten, bei Frauen hingegen ist keine Veränderung zu beobachten. Rauschtrinken hat außer bei jungen Erwachsenen zwischen 18 und 24 Jahren abgenommen.

Tabak

In den letzten 30 Tagen rauchten 35,8 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 29,4 % der gleichaltrigen Frauen. Zu den ehemaligen Rauchern zählen 27,0 % der Männer und 24,5 % der Frauen. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rauchen (20 und mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (30,1 % vs. 21,4 %). Eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV wurde für 8,5 % der Gesamtstichprobe und für 23,6 % der aktuellen Konsumenten geschätzt. Mehr junge Erwachsene, die das Rauchen ausprobierten, machten früher in ihrem Leben erste Erfahrungen mit dieser Substanz. Insgesamt 12,5 % der erwerbstätigen und auszubildenden Nicht- und Exraucher gab an, täglich dem Passivrauchen am Arbeitsplatz ausgesetzt gewesen zu sein. Bei Männern und Frauen ist der Anteil der aktuellen Raucher in der niedrigen höher als in der hohen sozialen Schicht. Die höchste Prävalenz findet sich für Männer mit 48,6 % in der mittleren, für Frauen mit 45,2 % in der unteren sozialen Schicht. In der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen zeigen sich nach einer starken Abnahme zwischen 1990 und 1997 keine signifikanten Veränderungen der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens mehr. Die Gruppe der 18- bis 39-Jährigen folgt demselben Trend, bei den 40- bis 59-Jährigen zeigen sich keine Veränderungen. Ähnliche Entwicklungen sind für starke Raucher zu beobachten, für die Gruppe der 18- bis 29-Jährigen zeigt sich eine kontinuierliche Abnahme von 17,2 % im Jahr 1990 auf 3,9 % im Jahr 2009.

Medikamente

Insgesamt 68,3 % 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 20,2 % 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 häufiger als Männer bzw. jüngere Erwachsene von mindestens einmaligem wöchentlichem bzw. problematischem Medikamentengebrauch, jedoch zeigt die Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen eine erhöhte 30-Tage-Prävalenz der Schmerzmitteleinnahme. Insgesamt weisen 4,5 % einen problematischen Medikamentengebrauch nach dem Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch auf. Trendvergleiche der zumindest einmal wöchentlichen Einnahme zwischen 1997 und 2009 zeigen insgesamt eine Zunahme des Schmerzmittelkonsums sowie einen Rückgang bei Appetitzüglern und Neuroleptika. 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 city of Hamburg. The report describes use and patterns of use of illegal drugs, alcohol, tobacco and prescription drugs. It also investigates temporal changes in consumption and substance-related problems. The survey employed self-administered questionnaires, telephone interviews and online questionnaires in combination (mixed-mode-design); the response rate was 48.3 %, resulting in 1,426 respondents aged 18 to 64 years who participated in the study in the city of Hamburg.

Illicit drugs

Overall 44.1 % of respondents aged 18 to 64 years reported lifetime illegal drug use; 9.2 % 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 8.5 % consumed cannabis. Cannabis is the most widely used illegal drug. 12-months prevalence of illegal drugs other than cannabis was only 2.5 %. Every second cannabis user smoked cannabis at least weakly within the last month. According to the Severity of Dependence Scale 2.9 % of the total sample and 35.9 % of 12-months users were cannabis dependent. Overall, lifetime experience of illegal drugs among individuals aged 18 to 39 years has increased from 30.4 % to 52.2 % between 1990 and 2009, respectively. Prevalence rates of illegal drug use in the last 30 days, however, decreased since 2003. While the 12-months prevalence of amphetamines has increased since 1990, the prevalences of ecstasy, LSD and opiates has decreased since 1997. With regard to cocaine and crack, no significant changes over time appeared. Compared to Germany, prevalence rates in the city of Hamburg 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 the city of Hamburg. Only 3.5 % were lifetime abstainers and 8.3 % 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 24g ethanol for males and 12g for females. About 20.3 % of males and 20.0 % 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 45.7 % of males and 22.7 % of females. Overall 20.3 % 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 lower proportions of moderate drinkers since 1997. Gender-specific analyses revealed that men additionally showed a reduction in at-risk drinkers whereas women showed an increase in the proportion of moderate drinkers. Decreases could be observed for heavy episodic drinking in all but young adults between 18 and 24 years.

Tobacco

Overall 35.8 % of males aged 18 to 64 years and 29.4 % of females in the same age group reported smoking during the last 30 days; and 27.0 % of males and 24.5 % of females reported former smoking. Male cigarette smokers more often reported heavy smoking (i.e., 20 cigarettes per day and more) than female smokers (30.1 % vs. 21.4 %). Altogether, 8.5 % of the total sample and 23.6 % 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 12.5 % of non-employed respondents indicated daily exposure to second hand smoke at their workplace. There is an increased risk for smoking in groups with lower socioeconomic status. For males, the highest prevalence can be found in the middle status group (48.6 %) and for females in the low status group (45.2 %). Among 18 to 24 year-olds, tobacco use prevalence declined between 1990 and 1997 and did not change in the following years. The same trend could be observed in subjects aged between 18 and 39 years, in 40- to 59-year olds no changes were found. Similar changes were found for heavy smokers. In young adults between 18 and 29 years, a steady decline in heavy smoking prevalence from 17.2 % in 1990 to 3.9 % in 2009 occurred.

Prescription medications

A total of 68.3 % 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 20.2 % 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 4.5 % showed signs of problematic use of prescription drugs according to the KFM. Analyses of intake of at least one of the listed medications between 1997 and 2009 revealed an increase in the use of analgetics as well as decreases in the prevalence of appetite suppressants and neuroleptics. These developments are similar to the overall German data.

1 Einleitung

Substanzkonsum ist weltweit einer der größten Risikofaktoren für Krankheit und vorzeitigen Tod. So berichtet die Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass Tabak und Alkohol zwei der fünf wichtigsten gesundheitlichen Risikofaktoren darstellen (World Health Organization, 2009), die 3,7 bzw. 4,4 % aller durch Krankheit verlorenen Lebensjahre (disability adjusted life years, DALYs) verursachen. 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).

Neben der individuellen Belastung durch Krankheit und Tod spielen auch gesamtgesellschaftliche Konsequenzen eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen. Beispielsweise werden die direkten und indirekten Folgekosten, die durch den Konsum legaler Substanzen in Deutschland verursacht 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).

Epidemiologische Daten, die in regelmäßigen Abständen im Querschnitt erhoben werden, leisten einen wesentlichen Beitrag zur Analyse und Verbesserung der öffentlichen Gesundheit sowie zur Gewinnung wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse zu Einflussfaktoren und damit zu einer evidenzbasierten Prävention. Sie eignen sich für die Gewinnung von Informationen zu Prävalenz und Trends des Substanzkonsums sowie substanzbezogener Störungen (Missbrauch oder Abhängigkeit).

Die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys in Deutschland erlauben seit vielen Jahren eine Schätzung der Belastung der erwachsenen Bevölkerung durch den Konsum und die Folgen des Konsums von Tabak, Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen. Die ursprünglich im Jugend- und Erwachsenenbereich angesiedelte Studie 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 die zehnte Erhebung in der erwachsenen deutschen Allgemeinbevölkerung vor.

Hamburg nahm 2009 zum vierten 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 vier 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 Hamburg möglich sind. Die Erhebung 2009 wurde als Methodenmix aus schriftlicher, telefonischer 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 Hamburg für das Jahr 2009.

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

Alter	N	Antwort-rate	Stichprobenziehung / Design	Referenz
18-64	1.426	48,3%	Einwohnermeldestichprobe, disproportionale Stichprobe, postalischer Fragebogenversand, telefonische Interviews, Online-Befragung; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus, Pabst & Müller, 2010

Stichprobe

Die Datenbasis des Suchtsurveys für Hamburg bilden alle in Privathaushalten lebenden Personen, die in den Jahren zwischen 1945 und 1991 geboren wurden. Diese Altersgruppe umfasst etwa 1,17 Mio. Personen (Stand 31.12.2008, Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein). Die Zielpersonen wurden auf der Basis der Einwohnermelderegister in einem zweistufigen Verfahren zufällig ausgewählt. In einer ersten Stufe wurden 5 Stadtteile ausgewählt. Die Auswahl der Zielpersonen erfolgte in einem zweiten Schritt aus den Einwohnermelderegistern. Je ausgewählten Stadtteil wurde dann die gleiche Zahl von Personen entnommen. Durch die bevölkerungsproportionale Verteilung der Gemeinden erhält man bei Auswahl einer konstanten Anzahl von Zielpersonen im Ergebnis eine selbstgewichtende Stichprobe. Die Ziehung der Personenadressen in den 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-Zugangscodes.

Von 18,4 % (n=627) der insgesamt in Hamburg gezogenen Einsatzadressen (N=3.405) lag vor Beginn der Studie eine Telefonnummer vor. Die verbleibenden 81,6 % (n=2.778) der Einsatzstichprobe erhielten den Fragebogen postalisch. Insgesamt nahmen 1.427 Personen (41,9 %) an der Befragung teil. Davon wurden 18,7 % (n=267) der Interviews telefonisch realisiert, 62,2 % (n=887) der Personen beantworteten den Fragebogen schriftlich und 19,1 % (n=273) im Internet. Als Resultat der Datenprüfung wurde eine Person ausgeschlossen, deren Fragebogen nicht auswertbar war. Somit verblieben 1.426 Fragebögen/Interviews als Basis für die Datenauswertung.

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 59,3 % (n=2.020) Adressen der Bruttostichprobe (N=3.405) 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 13,3 % (n=270). Dieser Anteil diente als Schätzwert für die stichprobenneutralen Ausfälle an Personen, von denen bis zum Feldende keine Information vorlag (n=1.385, 40,7 %). Aufgrund dieser Schätzung erhöhte sich die Anzahl stichprobenneutraler Ausfälle um n=185 Personen, so dass insgesamt 455 Zielpersonen als geschätzte neutrale Ausfälle angenommen wurden und sich die Bruttostichprobe auf 2.950 (86,6 %) Personen reduzierte. Nach Abzug der stichprobenneutralen Ausfälle ergibt sich somit eine Antwortrate von 48,3 %, die damit etwas niedriger ausfiel als die Ausschöpfung der Erhebung des Epidemiologischen Suchtsurveys für Gesamtdeutschland (50,1 %). Vor dem Hintergrund international abnehmender Ausschöpfungsraten und bei im Vergleich zu persönlich durchgeführten Erhebungen häufig niedriger ausfallenden Ausschöpfungsraten postalischer und telefonischer Befragungen (Groves, 2006) kann die Ausschöpfung dieser Studie als befriedigend angesehen werden.

Nonresponse-Analysen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009 weisen auf eine höhere Teilnahmebereitschaft von Personen mit Alkohol- und Drogenkonsum als von abstinent lebenden Personen hin. Modus-Effekte deuten im Vergleich zu schriftlich Befragten auf eine geringere Verbreitung von Cannabiskonsum unter telefonisch Befragten und eine geringere Prävalenz von Alkoholkonsum unter Online-Teilnehmern hin (Kraus & Pabst, 2010a). Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass Alkohol- und Drogenkonsumenten in der realisierten Stichprobe überrepräsentiert und dass Verzerrungen im Antwortverhalten durch Unterschiede zwischen den einzelnen Befragungsmodi nicht auszuschließen sind.

Gewichtung

Die Stichprobe wurde mit einer Variablen gewichtet, die sich durch Multiplikation zweier GewichtungsvARIABLEN ergab (Korn & Graubard, 1999). Das Design-Gewicht gleicht die disproportionalen Auswahlwahrscheinlichkeiten nach 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 Geburtsjahrgang in der Bruttostichprobe, der ungewichteten und gewichteten Nettostichprobe sowie der Grundgesamtheit (nach Auskunft des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein) 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 fast aller Jahrgangsguppen höher als der Anteil männlicher Befragter. Die Ausschöpfungsraten sind insbesondere bei älteren Befragten beiden Geschlechts 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 Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein) gegenüber. Vergleichswerte zur Bevölkerung liegen nur für die Variablen Staatsbürgerschaft und Familienstand vor. Aufgrund des disproportionalen Ansatzes mit überproportional vielen jungen Erwachsenen ist der Anteil Lediger in der ungewichteten Stichprobe verhältnismäßig hoch, stimmt aber nach der Gewichtung relativ gut mit den Anteilen in der Grundgesamtheit überein. Unterrepräsentiert sind in der gewichteten Stichprobe Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit.

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

	Bruttostichprobe ohne neutrale Ausfälle		Ungewichtet			Gewichtet		Anteil an der Bevölkerung ¹⁾
	n	%	n	Aus- schöpfung	% der Befragten	n	%	%
Insgesamt	3.135	100,0	1.426	45,5	100,0	1.426	100,0	100,0
Männer, gesamt	1.480	47,2	590	39,9	41,4	722	50,6	50,5
1989 - 1991	184	5,9	77	41,8	5,4	31	2,2	2,4
1985 - 1988	192	6,1	69	35,9	4,8	45	3,2	3,7
1980 - 1984	198	6,3	79	39,9	5,5	75	5,3	5,9
1970 - 1979	343	10,9	140	40,8	9,8	177	12,4	12,5
1960 - 1969	254	8,1	88	34,6	6,2	203	14,2	13,4
1950 - 1959	197	6,3	87	44,2	6,1	134	9,4	8,7
1945 - 1949	112	3,6	50	44,6	3,5	58	4,1	3,8
Frauen, gesamt	1.655	52,8	836	50,5	58,6	704	49,4	49,5
1989 - 1991	189	6,0	88	46,6	6,2	29	2,0	2,4
1985 - 1988	231	7,4	104	45,0	7,3	47	3,3	4,1
1980 - 1984	274	8,7	151	55,1	10,6	81	5,7	6,3
1970 - 1979	290	9,3	136	46,9	9,5	168	11,8	11,5
1960 - 1969	278	8,9	151	54,3	10,6	183	12,8	12,3
1950 - 1959	270	8,6	147	54,4	10,3	136	9,5	9,0
1945 - 1949	123	3,9	59	48,0	4,1	60	4,2	4,0

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	89,6	89,0	90,1	89,6	89,7	89,5	83,2	82,3	84,0
	Andere	10,3	11,0	9,8	10,4	10,3	10,4	16,8	17,7	16,0
	K.A.	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1			
Familienstand	Ledig	64,6	57,0	52,9	44,0	45,5	42,5	48,2	52,1	44,2
	Verheiratet	37,2	37,6	36,8	46,8	48,3	45,2	40,4	38,5	42,3
	Verwitwet	0,8	0,2	1,2	0,8	0,2	1,4	1,5	0,6	2,4
	Geschieden	6,7	4,4	8,3	7,6	5,2	10,1	9,9	8,8	11,0
	K.A.	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,9			
Schulabschluss ²⁾	In Schulausbildung	4,6	5,9	3,6	2,6	3,3	1,8			
	Hauptschulabschluss	10,5	13,6	8,4	12,2	15,2	9,2			
	Mittlere Reife	21,3	18,8	23,1	21,3	19,4	23,3			
	Polytechnische Oberschule	1,0	0,9	1,1	1,3	1,2	1,4			
	(Fach-) Abitur	60,0	58,0	61,4	59,5	57,6	61,5			
	Ohne Abschluss	0,8	1,0	0,6	0,8	0,9	0,7			
	Anderer Abschluss	0,9	1,5	0,5	1,3	2,0	0,6			
K.A.	1,0	0,3	1,4	0,9	0,4	1,4				
Haushaltsnetto- Einkommehn ²⁾	unter 500	3,0	4,2	2,2	2,6	3,4	1,7			
	500-1000	9,6	10,0	9,3	7,8	8,2	7,5			
	1000-1250	6,5	4,6	7,8	5,7	4,1	7,4			
	1250-1500	8,6	7,5	9,3	7,8	6,9	8,8			
	1500-2000	14,4	14,4	14,4	15,1	15,1	15,1			
	2000-2500	13,0	12,9	13,0	13,0	13,2	12,7			
	2500-3000	10,8	11,2	10,5	11,6	12,0	11,1			
	3000-4000	11,9	11,4	12,2	12,7	12,8	12,7			
	4000 und mehr	18,0	19,3	17,0	20,1	20,5	19,6			
K.A.	4,4	4,6	4,3	3,6	3,8	3,5				

1) Bevölkerung: Stand 31.12.2008, Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein.

2) Bevölkerungsstatistiken nicht erhältlich.

Instrumente

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

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

In der vorliegenden Erhebung wurde der Fragebogen um Fragemodule zu Kognitionen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum ergänzt. Erfasst werden dabei neben trinkbezogener Selbstwirksamkeit (Oei, Hasking & Young, 2005) auch Alkoholwirkungserwartungen (Hagen & Demmel, 2002). Alkopops wurden als separate Getränkesorte durch alkoholhaltige Mixgetränke ersetzt, da die Verbreitung von Alkopops in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2007). Zusätzlich zur Erfassung cannabisbezogener Störungen wurden die Items der Severity of Dependence Skala (Gossop et al., 1995) auch für die Substanzen Kokain und Amphetamine erfragt. Der Fragebereich zu illegalen Substanzen wurde um synthetische Cannabinoide (Spice, Smoke, Space o.a.) erweitert. Aus Platzgründen wurde der Fragebogen an anderer Stelle gekürzt (Kraus & Pabst, 2010b).

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 Getränks pro Trinkgelegenheit. Neben Bier, Wein/Sekt und Spirituosen wurden alkoholhaltige Mixgetränke (Alkopops, Longdrinks (z.B. Wodka-

Lemon), Cocktails (z.B. Caipirinha oder Bowle)) als Getränkesorte erfasst. Aus den Angaben zu Frequenz und Menge des Konsums der einzelnen Getränke lässt sich die Gesamtmenge reinen Alkohols in Gramm bestimmen und eine durchschnittliche Tagesmenge berechnen. Für die Umrechnung von Liter pro Getränk in Gramm Reinalkohol wurden für einen Liter Bier, Wein/Sekt und Spirituosen jeweils 4.8 Vol %, 11.0 Vol % bzw. 33.0 Vol % verwendet, was einer Alkoholmenge von 38.1 g, 87.3 g und 262.0 g Reinalkohol pro Liter entspricht (Bühringer et al., 2000). Für alkoholhaltige Mixgetränke wurde ein 0.04 Liter Glas Spirituosen zu Grunde gelegt, was bei Annahme einer durchschnittlichen Cocktailglasgröße von 0.4 Litern etwa 26.2 g Reinalkohol pro Liter alkoholische Mixgetränke entspricht.

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

Riskanter sowie bereits problematischer Alkoholkonsum, der mit hoher Wahrscheinlichkeit zu physischen, psychischen und sozialen Folgeschäden führt, wurde mit dem Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, Babor, De La Fuente, Saunders & Grand, 1989) erfasst. In den AUDIT gehen neben den Konsummengen und Konsummustern wie exzessive Trinkanlässe zusätzlich Abhängigkeitssymptome und alkoholbedingtes abweichendes Verhalten ein. Die 4-stufige Häufigkeitsskala mit Werten zwischen null und vier ergibt einen Maximalwert von 40 Punkten. Ein Skalenwert von acht und mehr Punkten wurde als Schwellenwert für riskanten oder schädlichen Konsum vorgeschlagen (Conigrave, Hall & Saunders, 1995; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente & Grant, 1993). Verwendet wurde die 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 der erweiterten Stichproben des Epidemiologischen Suchtsurveys für Hamburg von 1990, 1997, 2003 und 2009 herangezogen. Die aktuelle Erhebung von 2009 dient in der Beschreibung aller Trends als Referenzjahr. Tabelle 2-4 gibt einen Überblick über die Stichprobenkennwerte der Erhebungen des Epidemiologischen Suchtsurveys im Hamburg zwischen 1990 und 2003. Die Daten für Hamburg wurden nach den Merkmalen Geschlecht und Alter (1990: 18-24, 25-29, 30-39; 1997-2009: 18-24, 25-29, 30-39 und 40-59) poststratifiziert, um zu gewährleisten, dass die Stichprobenverteilung der zentralen Merkmale Geschlecht und Alter nicht von der Verteilung in der Grundgesamtheit in Hamburg im Jahre jeweils zum 31.12. des jeweiligen Surveyjahres abweicht.

Tabelle 2-4: Übersicht über den Epidemiologischen Suchtsurvey in Hamburg, 1990-2003

Jahr	N	Alter	Antwortrate	Stichprobenziehung / Design	Referenz
1990	890	12-39	Unbekannt	Einwohnermeldestichprobe; altersproportionale Ziehung; postalischer Fragebogenversand; dt. Staatsangehörigkeit	Simon, Herbst & Grieb (1992)
1997	702	15-59	63,4% ¹⁾	15-17 Jahre: Quotenverfahren; 18-59 Jahre: Random-Route; ADM Design (Bundestagswahlkreise); altersproportionale Ziehung; persönliche Übergabe des Fragebogen; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus, Scherer & Bauernfeind (1998)
2003	932	18-59	50,9%	Einwohnermeldestichprobe, disproportionaler Ziehung nach Alter, postalischer Fragebogenversand; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus, Augustin & Orth (2005)
2009	1.426	18-64	48,3%	Einwohnermeldestichprobe, disproportionaler Stichprobe, postalischer Fragebogenversand, telefonische Interviews, Online-Befragung; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus, Pabst & Müller (2010)

1) Antwortrate für die Stichprobe 18-59 Jahre:

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

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

Alter	1990	1997	2003	2009	Gesamt
	637 (18-24)	489 (18-29)	932 (18-39)	1.317 (18-59)	3.375 (18-59)
18-24	446	85	175	338	1044
25-29	80	64	186	230	560
30-39	111	114	182	276	683
40-59	--	226	389	473	1088
18-29	526	149	361	568	1604
18-39	637	263	543	844	2287
25-39	191	178	368	506	1243

3 Illegale Drogen

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen

Insgesamt berichteten 44,1 % der befragten 18- bis 64-Jährigen zumindest einmal im Leben den Konsum irgendeiner illegalen Droge (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack oder psychoaktive Pilze; Tabelle 3-1). In den letzten 12 Monaten haben mit 9,2 % weit weniger Personen illegale Drogen konsumiert und in den letzten 30 Tagen berichten nur noch 5,0 % den Konsum illegaler Drogen. Cannabis ist mit Abstand die am weitesten verbreitete Substanz und macht den weitaus größten Anteil der illegalen Drogen aus (Tabelle 3-1). Während der Anteil der Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen ohne Cannabis bei 13,7 % liegt (12-Monate: 2,5 %, 30-Tage: 0,8 %), erreichen die Einzelsubstanzen insgesamt nur geringe Prävalenzen. Nach Cannabis haben 7,9 % Erfahrung mit Kokain, 6,3 % mit psychoaktiven Pilzen, 5,6 % mit Amphetaminen, ebenfalls 5,6 % mit LSD und 5,0 % mit Ecstasy. Die 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen liegen mit Ausnahme von Cannabis und der 12-Monats-Prävalenz für Kokain für alle Substanzen unter 1 %.

Multiple Drogenerfahrung ist unter den 18- bis 39-Jährigen weit verbreitet. Jeder vierte Drogenerfahrene (24,7 %) hat zwei oder mehr illegale Drogen wenigstens einmal probiert, bei nahe jeder Siebte (14,9 %) drei oder mehr. Von denen, die Drogen im Jahr vor der Erhebung konsumiert haben, berichtet ca. jeder Fünfte (21,7 %) von der Einnahme von zwei oder mehr Substanzen, jeder Zehnte (10,6 %) von drei oder mehr und 5,8% von fünf oder mehr. Mit multipler Drogenerfahrung ist allerdings nicht notwendigerweise eine gleichzeitige Einnahme von Substanzen verbunden. Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung hatten etwa 515.000 (95%-KI: 483.000-546.000 Mio.) Personen Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen, 107.000 (95%-KI: 90.000-128.000) Personen gaben den Konsum irgendeiner illegalen Droge in den letzten 12 Monaten sowie 58.000 (95%-KI: 42.000-80.000) Personen in den letzten 30 Tagen an. In den letzten 12 Monaten hatten 100.000 (95%-KI: 84.000-118.000) Personen Cannabis und 30.000 (95%-KI: 19.000-45.000) Personen andere illegale Drogen als Cannabis genommen.

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Alter und Geschlecht

Die Konsumprävalenzen von illegalen Drogen sind bei Männern höher als bei Frauen (Tabelle 3-1). Lebenszeiterfahrung mit irgendeiner illegalen Droge haben 47,7 % der Männer, aber nur 40,4 % der Frauen. Im Jahr vor der Befragung berichteten 11,5 % der Männer und 6,8 % der Frauen und in den letzten 30 Tagen 6,6 % bzw. 3,3 % vom Konsum illegaler Substanzen. Ausnahmen gibt es bei Einzelsubstanzen, z.B. sind die Prävalenzen von Spice bei Frauen höher. Deutliche Unterschiede zeigen sich auch in der Verteilung der Prävalenz des Drogenkonsums über das Alter. Mit Ausnahme der Lebenszeitprävalenz der 25- bis 29-Jährigen nimmt die Drogenerfahrung mit dem Alter stark ab. Während jeder vierte (25,9 %) 18- bis 24-Jährige und jeder sechste (16,2 %) 25- bis 29-Jährige in den letzten 12 Monaten vor der Befragung illegale Drogen genommen hat, ist das nur bei jedem sechsfünftigen (1,8 %) 50- bis 64-Jährigen der Fall. Die hohen Konsumwerte gehen aber zu weiten Teilen auf die

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 ¹⁾	44,1	47,7	40,4	52,4	56,3	50,3	43,7	30,4
Cannabis	43,1	46,6	39,5	51,4	56,1	49,7	43,2	28,6
Andere Drogen als Cannabis	13,7	15,8	11,6	10,9	16,5	13,8	18,3	8,9
Amphetamine	5,6	7,6	3,5	4,9	7,4	4,1	6,6	5,5
Ecstasy	5,0	5,7	4,4	3,8	9,6	5,6	7,0	1,3
LSD	5,6	7,6	3,5	2,5	4,7	3,7	11,1	3,5
Heroin	1,4	1,8	0,9	0,5	0,7	1,1	2,9	0,7
Andere Opiate	2,7	3,2	2,1	2,4	1,8	1,9	4,2	2,3
Kokain	7,9	9,5	6,3	5,5	9,0	10,1	12,6	1,8
Crack	0,7	1,3	0,1	1,1	0,0	0,4	1,9	0,0
Pilze	6,3	8,7	3,9	6,2	9,6	5,8	9,4	2,4
Spice	0,6	0,4	0,7	2,3	2,0	0,0	0,3	0,0
12 Monate	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Irgendeine illegale Droge ¹⁾	9,2	11,5	6,8	25,9	16,2	9,9	6,5	1,8
Cannabis	8,5	10,9	6,1	24,8	15,8	9,5	5,5	1,4
Andere Drogen als Cannabis	2,5	3,4	1,7	5,2	4,8	2,2	3,1	0,3
Amphetamine	0,8	0,8	0,8	2,2	2,9	0,7	0,3	0,0
Ecstasy	0,5	0,3	0,7	1,5	1,6	0,7	0,0	0,0
LSD	0,1	0,0	0,2	0,2	0,7	0,0	0,0	0,0
Heroin	0,3	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0
Andere Opiate	0,6	0,5	0,6	0,8	0,7	0,0	1,2	0,3
Kokain	1,7	2,6	0,8	2,6	3,2	1,8	2,4	0,0
Crack	0,2	0,3	0,0	0,2	0,0	0,0	0,6	0,0
Pilze	0,7	0,9	0,5	2,1	2,2	0,4	0,6	0,0
Spice	0,2	0,1	0,3	0,5	1,3	0,0	0,0	0,0
30 Tage	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Irgendeine illegale Droge ¹⁾	5,0	6,6	3,3	12,1	10,2	4,8	5,2	0,0
Cannabis	4,8	6,5	3,0	11,6	9,9	4,4	5,2	0,0
Andere Drogen als Cannabis	0,8	1,0	0,6	1,4	1,3	0,4	1,5	0,0
Amphetamine	0,2	0,2	0,2	0,4	1,3	0,0	0,0	0,0
Ecstasy	0,1	0,1	0,1	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0
LSD	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
Heroin	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0
Andere Opiate	0,1	0,1	0,2	0,5	0,0	0,0	0,3	0,0
Kokain	0,6	0,8	0,3	0,7	0,7	0,4	1,2	0,0
Crack	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pilze	0,1	0,2	0,1	0,3	1,0	0,0	0,0	0,0
Spice	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0

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

Erfahrung mit Cannabis zurück, beispielsweise haben 24,8 % der 18- bis 24-Jährigen eine 12-Monats-Prävalenz von Cannabis, aber nur 5,2 % in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen berichtete den Konsum von anderen illegalen Drogen als Cannabis in dieser Zeitspanne.

Hochgerechnet haben 281.000 Männer (95%-KI: 248.000-314.000) und 233.000 Frauen (95%-KI: 209.000-258.000) Erfahrung mit illegalen Drogen. Von den Konsumenten der letzten 12 Monate sind 68.000 männlich (95%-KI: 51.000-90.000) und 39.000 weiblich (95%-KI: 36.000-43.000), bezogen auf die letzten 30 Tage ist die Anzahl männlicher Drogenkonsumenten (39.000, 95%-KI: 32.000-48.000) deutlich höher als die Anzahl weiblicher Drogenkonsumenten (19.000, 95%-KI: 11.000-35.000).

Häufigkeit des Cannabiskonsums

Die Häufigkeit des Cannabiskonsums in den letzten 12 Monaten ist ein Hinweis auf eine Gruppe mit problematischen Konsummustern. Von denjenigen, die einen Cannabiskonsum im letzten Jahr angaben, konsumiert mehr als die Hälfte (55,3 %) Cannabis mehr als fünfmal, jeder Vierte (24,9 %) mindestens wöchentlich (60mal oder öfter) und etwa jeder Siebte (14,0 %) täglich oder fast täglich (200mal oder öfter). Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung sind dies 14.000 (95%-KI: 5.000-43.000) Personen mit (fast) täglichem Cannabiskonsum innerhalb des Jahres vor der Befragung. Jeder Zweite (49,7 %) der 30-Tage-Konsumenten nahm im letzten Monat häufiger als wöchentlich Cannabis, 29,3 % konsumierten Cannabis an 20 bis 30 Tagen des letzten Monats (Tabelle 3-2).

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	158	4,1	17,0	23,5	9,5	10,6	10,3	3,2	7,7	14,0
	n	k.A.	1x	2-5x	6-9x	10-19x	20-30x			
30-Tage-Frequenz	83	1,9	23,1	25,3	6,7	13,7	29,3			

Alter des Erstkonsums von Cannabis

Die empirischen Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Cannabiskonsums zeigen, dass mit Ausnahme der jüngsten Kohorte in jedem Lebensalter der Anteil der Cannabiserfahrenen umso größer ist, je jünger die Befragten sind. Während z.B. bis zum Alter von 20 Jahren 16,5 % der 50- bis 64-Jährigen Erfahrungen mit Cannabis gemacht haben, sind es bei den 40- bis 49-Jährigen 26,2 %, bei den 30- bis 39-Jährigen 38,6 % und bei den 25- bis 29-Jährigen 48,9 %. Mit 49,1 % ist der Anteil der 18- bis 24-Jährigen, die bis zum Alter von 20 Jahren Cannabis zum ersten Mal probiert haben, nur geringfügig höher als der der nächst älteren Kohorte (Abbildung 3-1).

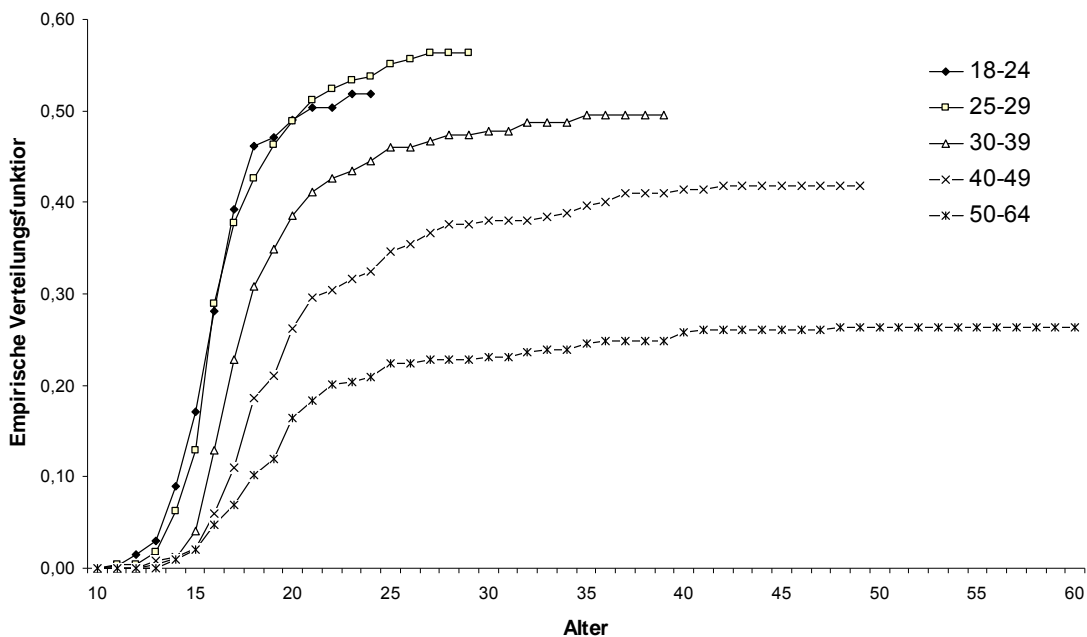


Abbildung 3-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Cannabiskonsums

Cannabisabhängigkeit

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung berichteten 8,5 % der Personen den Konsum von Cannabis. Verwendet man einen Schwellenwert von zwei Punkten auf der Severity of Dependence Skala (SDS; Steiner, Baumeister & Kraus, 2008), so liegt bei 35,9 % der Konsumenten der letzten 12 Monate und bei 2,9 % der Gesamtstichprobe eine Cannabisabhängigkeit nach Definition der SDS vor (Tabelle 3-3).

Ein Vergleich der einzelnen Items der SDS (Tabelle 3-4) zeigt, dass etwa jeder Dritte den Wunsch hat, den Konsum von Cannabis einzustellen (32,1 %) oder über seinen Cannabiskonsum besorgt ist (30,6 %). Jeder Vierte (25,5 %) hält die Beendigung des Cannabiskonsums für schwierig. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung liegen bei 34.000 Personen (95%-KI: 28.000-42.000) Hinweise auf eine Cannabisabhängigkeit nach Definition der SDS 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	582	833	329	230	275	239	342
SDS \geq 2 Punkte	2,9 (54)	3,6	2,2	8,8	5,8	3,6	1,5	0,2
Konsumenten	147	79	68	74	33	25	12	3
SDS \geq 2 Punkte	35,9 (54)	35,8	36,2	38,4	36,6	40,0	27,6	23,1

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

Konsumenten	Gesamt	Geschlecht	
		Männer	Frauen
	71	40	31
Gebrauch von Cannabis außer Kontrolle	16,1 (22)	18,3	12,3
Aussicht auf Cannabis zu verzichten beunruhigt	15,8 (23)	15,8	15,8
Über Gebrauch von Cannabis besorgt	30,6 (42)	31,1	29,6
Wunsch, Cannabiskonsum einzustellen	32,1 (49)	29,2	37,0
Cannabiskonsum einzustellen ist schwierig	25,5 (35)	29,4	18,8

Trends

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen. In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen hat die Lebenszeiterfahrung des Konsums irgendeiner illegalen Droge bis 2003 zugenommen. Dieser Trend setzt sich nach 2003 nicht mehr fort. Auch der Konsum in den letzten 12 Monaten vor der Befragung ist bis 2003 deutlich gestiegen, im Jahr 2009 ist der Anteil der Konsumenten irgendeiner illegalen Droge wieder rückläufig. Die 30-Tage-Prävalenz hat zwischen 2003 und 2009 abgenommen. Ähnliche Entwicklungen finden sich beim Konsum von Cannabis. Ecstasy zeigt bezüglich der Lebenszeiterfahrung und der 12-Monats-Prävalenz einen Rückgang in den Prävalenzwerten seit 1997. Die Lebenszeitprävalenz für Kokain und Crack steigt seit 1997 tendenziell an und findet ihren Höhepunkt im Jahr 2003. Keine Änderungen im Verlauf von 19 Jahren lassen sich im Konsum von Amphetaminen, LSD und Opiaten (Lebenszeit und 12-Monate) beobachten (Tabelle 3-5).

Auch die Trends der Gesamtgruppe der 18- bis 39-Jährigen zeigen einen Anstieg der Lebenszeitprävalenzen von illegalen Drogen, Cannabis und Kokain und Crack zwischen 1990 und 2009. Die Verläufe der 12-Monats-Prävalenzen von illegalen Drogen und Cannabis ähneln denen der 18- bis 24-Jährigen. Für Ecstasy zeigt sich eine Abnahme zwischen 1997 und 2009 (Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz). Die Lebenszeitprävalenz von Amphetaminen nimmt zwischen 1990 und 2009 ab, die 12-Monatsprävalenz zu. Es finden sich keine Veränderungen in der Erfahrung mit LSD und Opiaten, die 12-Monats-Prävalenzen zeigen eine Reduktion seit 1997 (Tabelle 3-6).

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

		Erhebungsjahr			
		1990	1997	2003	2009
Illegale Drogen	Lebenszeit	29,2*	38,8	54,5	52,4
	12 Monate	18,0*	28,5	30,9	25,9
	30 Tage	--	19,0	19,9*	12,1
Cannabis	Lebenszeit	28,8*	31,2*	54,5	51,4
	12 Monate	15,3*	22,0	30,9	24,8
	30 Tage	--	16,9	17,1	11,6
Amphetamine	Lebenszeit	6,2	7,4	5,5	4,9
	12 Monate	0,7	5,0	2,5	2,2
Ecstasy	Lebenszeit	--	21,1*	6,0	3,8
	12 Monate	--	14,0*	0,9	1,5
LSD	Lebenszeit	2,3	5,3	2,3	2,5
	12 Monate	0,4	5,3	0,3	0,2
Opiate	Lebenszeit	2,4	3,1	0,7	2,6
	12 Monate	0,6	3,3	0,7	0,8
Kokain/Crack	Lebenszeit	3,4*	3,4	7,9	6,2
	12 Monate	1,8	1,0	2,3	2,8

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

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

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

		Erhebungsjahr			
		1990	1997	2003	2009
Illegale Drogen	Lebenszeit	30,4*	33,1*	53,1	52,2
	12 Monate	12,0*	14,3	22,5*	15,1
	30 Tage	--	9,3	12,5*	7,8
Cannabis	Lebenszeit	29,6*	27,0*	52,7	51,6
	12 Monate	9,0*	9,1*	20,6*	14,6
	30 Tage	--	5,4	10,8*	7,4
Amphetamine	Lebenszeit	8,4*	5,2	6,2	5,1
	12 Monate	0,3*	2,0	1,5	1,6
Ecstasy	Lebenszeit	--	11,4*	7,4	6,1
	12 Monate	--	6,0*	0,6	1,1
LSD	Lebenszeit	4,2	4,3	4,7	3,7
	12 Monate	0,2	2,4*	0,3	0,2
Opiate	Lebenszeit	3,9	3,5	3,4	2,6
	12 Monate	0,3	3,9*	0,6	0,3
Kokain/Crack	Lebenszeit	3,5*	4,3*	10,0	8,9
	12 Monate	1,2	2,8	3,3	2,4

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

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

4 Alkohol

Abstinenz und Alkoholkonsum

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben 12,1 % der Hamburger Wohnbevölkerung auf Alkohol verzichtet. Der Anteil von Personen, die in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol trank, setzt sich zusammen aus 3,5 % Lebenszeitabstinenten, 8,3 % mit Alkoholerfahrung, die aber in den letzten 12 Monaten abstinent waren, und 12,1 %, die nur in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol getrunken haben. In jeder Abstinenzkategorie zeigen sich Geschlechtsunterschiede. Mehr Frauen als Männer gaben an, lebenslang oder während der letzten 30 Tage abstinent gewesen zu sein, aber mehr Männer gaben an, während der letzten 12 Monate auf Alkohol verzichtet zu haben (Tabelle 4-1).

Insgesamt weisen 56,0 % der Befragten in den letzten 30 Tagen einen im Durchschnitt risikoarmen Konsum auf, während 20,2 % einen im Durchschnitt riskanten Konsum berichten, d.h. mehr als 24g Reinalkohol pro Tag für Männer und 12g Reinalkohol für Frauen. Der Anteil der Männer mit einem riskanten Konsum ist mit 20,3 % nur geringfügig höher als der der Frauen mit 20,0 % (Tabelle 4-1).

Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung haben 120.000 Männer (95%-KI: 72.000-186.000) den Grenzwert von durchschnittlich mehr als 24g Reinalkohol pro Tag und 116.000 Frauen (95%-KI: 94.000-141.000) den Grenzwert von mehr als 12g Reinalkohol pro Tag überschritten.

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

	Geschlecht			Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	1379	572	807	335	223	270	229	322
Lebenslang abstinent	3,5 (57)	2,9	4,1	5,4	4,4	3,3	1,6	4,4
Letzte 12 Monate abstinent	8,3 (103)	9,1	7,5	6,0	3,1	6,6	8,5	12,8
Letzte 30 Tage abstinent	12,1 (182)	9,9	14,3	13,8	12,1	10,8	10,5	14,3
Risikoarmer Konsum ¹⁾	56,0 (763)	57,8	54,1	54,5	59,3	67,1	52,0	48,9
Riskanter Konsum ²⁾	20,2 (274)	20,3	20,0	20,3	21,1	12,2	27,3	19,7

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

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

Unter den Personen, die in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol getrunken hatten, war die Mehrheit (12,1 % der Gesamtstichprobe) nur in diesem Zeitraum abstinent. Weitere 8,3 % haben im letzten Jahr vor der Erhebung und 3,5 % noch nie im Leben Alkohol konsumiert. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben mit 14,3 % mehr Frauen als Männer (9,9 %) 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.

Der Anteil derer, die in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol getrunken haben, reicht von 10,5 % bei den 40- bis 49-Jährigen bis 14,3 % bei den 50- bis 64-Jährigen. Dabei geben die meisten 50- bis 64-jährigen Abstinente an, bereits seit mindestens einem Jahr keinen Alkohol zu trinken, während in den jüngeren Altersgruppen die meisten Personen ohne Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen irgendwann im letzten Jahr Alkohol getrunken haben. Der Anteil der Lebenszeitabstinenten liegt zwischen 1,6 % bei den 25- bis 29-Jährigen und 5,4 % bei den 40- bis 49-Jährigen. Ein im Durchschnitt riskanter Konsum tritt häufiger bei 40- bis 49-Jährigen und seltener bei 30- bis 39-Jährigen auf (Tabelle 4-1). Eine nach Geschlecht getrennte Darstellung von Abstinenz und Konsumkategorien findet sich in Tabelle 4-12.

Alkoholkonsum nach Getränk

In den letzten 30 Tagen tranken 55,2 % der Befragten Bier, 54,9 % Wein bzw. Sekt, 29,5 % Spirituosen und 25,2 % alkoholhaltige Mixgetränke (Tabelle 4-2). Im Durchschnitt trank jeder Konsument 1,7 Liter Bier, 0,7 Liter Wein bzw. Sekt, 0,06 Liter Spirituosen und 0,6 Liter alkoholhaltige Mixgetränke pro Woche. Bis auf Mixgetränke variieren die Anteile männlicher und weiblicher Konsumenten in Abhängigkeit von der Art des Getränks. Während unter den Bier- und Spirituosentrinkern mehr Männer waren (Bier: 69,1 % vs. 41,0 %; Spirituosen: 38,2 % vs. 20,5 %), tranken anteilmäßig mehr Frauen Wein bzw. Sekt (Frauen: 38,2%; Männer: 20,5%). Männer konsumierten im Durchschnitt mehr Alkohol als Frauen (Bier: 2,2l vs. 0,9l; Wein bzw. Sekt: 0,7l vs. 0,6l; Spirituosen: 0,06l vs. 0,06l; alkoholhaltige Mixgetränke: 0,7l vs. 0,5l).

Die Präferenz unterschiedlicher Getränke ist altersabhängig. Die Zahl der Konsumenten von Spirituosen und alkoholhaltigen Mixgetränken ist in den jüngeren Altersgruppen zwischen 18 und 29 Jahren am höchsten und nimmt in den darüber liegenden Altersgruppen kontinuierlich ab. Am deutlichsten zeigt sich dies für alkoholhaltige Mixgetränke. In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen hat fast jeder zweite Befragte während der letzten 30 Tage alkoholhaltige Mixgetränke konsumiert, bei den 30- bis 39-Jährigen war es jeder Vierte. In der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen sinkt der Anteil auf 11,1 %. Spirituosen werden ebenfalls am häufigsten von den 18- bis 24-Jährigen konsumiert (43,5 %).

Während Spirituosen und alkoholhaltige Mixgetränke in den untersten Altersgruppen dominieren, werden Wein bzw. Sekt häufiger in den Altersgruppen ab 25 Jahren konsumiert. Der höchste Prävalenzwert für diese Getränke zeigt sich in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen. Die altersabhängigen Präferenzen im Konsum unterschiedlicher Getränke betreffen neben dem Anteil der Konsumenten auch die Konsumintensität. Die durchschnittlich konsumierte Menge an Spirituosen und alkoholhaltigen Mixgetränken ist in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen am höchsten und nimmt mit dem Alter ab. Unter den Wein- bzw. Sekttrinkern konsumierten Personen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren im Durchschnitt 0,9 Liter pro Woche, jüngere Konsumenten tranken dagegen weniger. Eine nach Geschlecht getrennte Darstellung von Konsumprävalenz und Konsummenge findet sich in Tabelle 4-13.

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

Konsumenten von		Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
			Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Bier	% ¹⁾	55,2	69,1	41,0	59,5	66,4	60,6	57,2	42,3
	Liter ²⁾	1,7	2,2	0,9	1,7	1,5	1,6	2,1	1,5
Wein/Sekt	%	54,9	47,9	62,2	42,6	52,0	55,2	58,3	57,4
	Liter	0,7	0,7	0,6	0,4	0,5	0,4	0,8	0,9
Spirituosen	%	29,5	38,2	20,5	43,5	37,9	27,2	28,5	23,5
	Liter	0,06	0,06	0,06	0,1	0,06	0,03	0,06	0,06
Mixgetränke	%	25,2	25,3	25,2	47,6	40,1	26,4	23,5	11,1
	Liter	0,6	0,7	0,5	0,9	0,6	0,5	0,6	0,3

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

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

Rauschtrinken

Mehr als ein Drittel der Alkoholkonsumenten (letzte 30 Tage) hat während der letzten 30 Tage mindestens einmal fünf oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit getrunken und damit die Kriterien des Rauschtrinkens erfüllt (Tabelle 4-3). Rauschtrinken kommt bei Männern deutlich häufiger vor als bei Frauen: 45,7 % der Männer haben in den letzten 30 Tagen zumindest einmal fünf oder mehr Gläser getrunken, bei den Frauen waren es nur 22,7 %. Von vier- oder mehrmaligem Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen berichten 18,0 % der Männer und 6,8 % der Frauen. Außerdem treten klare Altersunterschiede auf. Der Anteil mindestens einmaligen monatlichen Rauschtrinkens ist mit 62,7 % bei den 18- bis 24-Jährigen am höchsten und nimmt dann kontinuierlich auf 20,9 % bei den 50- bis 64-Jährigen ab. Betrachtet man das häufige Rauschtrinken (4mal oder häufiger) ergibt sich mit 23,8 % die höchste Prävalenz in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen. Mit zunehmendem Alter wird das häufige Rauschtrinken seltener, wobei die Prävalenz in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen wieder leicht zunimmt.

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

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	1063	453	610	252	179	216	188	228
Nein	65,3 (657)	54,3	77,3	37,4	49,2	66,5	69,6	79,1
1-3mal	22,0 (260)	27,7	15,9	38,9	33,0	23,7	18,1	12,3
4mal oder häufiger	12,6 (146)	18,0	6,8	23,8	17,7	9,8	12,3	8,6

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

Erwartungsgemäß ist der Anteil der Rauschtrinker bei Personen mit riskantem Tageskonsum höher als bei Personen mit risikoarmem Konsum (Tabelle 4-4). Doch auch Personen mit einem durchschnittlichen Tageskonsum unter der empfohlenen Risikoschwelle von 24g für

Männer bzw. 12g für Frauen weisen Episoden des Rauschtrinkens auf. So berichten 19,8 % der risikoarmen Konsumenten von 1-3maligem Rauschtrinken innerhalb der letzten 30 Tage, aber 27,3 % der riskanten Konsumenten. Dieser Unterschied ist für mindestens 4maliges Rauschtrinken noch größer (4,5 % vs. 35,1 %). Die gleichen Muster finden sich bei beiden Geschlechtern mit der Ausnahme 1- bis 3maligem Rauschtrinkens bei Männern. Dort ist die Prävalenz von 1- bis 3maligem Rauschtrinken bei den risikoarmen Konsumenten geringfügig höher als bei den riskanten Konsumenten (27,6 % vs. 25,5 %).

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

	Gesamt	Risikoarmer Konsum²⁾	Riskanter Konsum³⁾
Gesamt	1037	756	281
Nein	65,3 (638)	75,7	37,7
1-3mal	21,9 (254)	19,8	27,3
4mal oder häufiger	12,8 (145)	4,5	35,1
Männer	442	325	117
Nein	54,5 (215)	65,2	25,1
1-3mal	27,0 (131)	27,6	25,5
4mal oder häufiger	18,5 (96)	7,1	49,4
Frauen	595	431	164
Nein	77,0 (423)	87,1	50,8
1-3mal	16,2 (123)	11,3	29,1
4mal oder häufiger	6,7 (49)	1,6	20,1

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 39 % bis zum 16. Lebensjahr begannen, mindestens einmal pro Monat Alkohol zu trinken, waren es bei den 25- bis 29-Jährigen 33 %, bei den 30- bis 39-Jährigen 24 %, bei den 40- bis 49-Jährigen nur noch 11 % bzw. 12 % in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen.

Bei den männlichen Befragten (Abbildung 4-2) sind die Altersunterschiede im Beginn des regelmäßigen Konsums bis auf die jüngste Altersgruppe geringer: während 50 % der 18- bis 24-jährigen männlichen Befragten bis zu ihrem 16. Lebensjahr begonnen hatten, mindestens einmal im Monat Alkohol zu trinken, waren es von den 25- bis 29-Jährigen 39 %, von den 30- bis 49-Jährigen 31 %, und von den 50- bis 64-Jährigen 28 %.

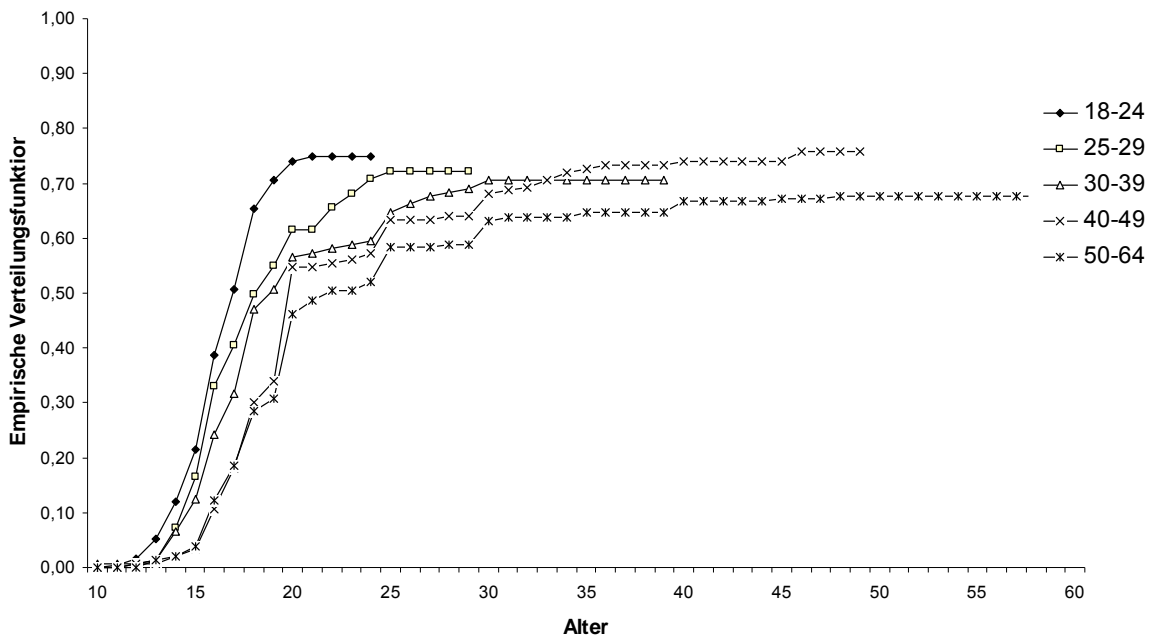


Abbildung 4-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Frauen

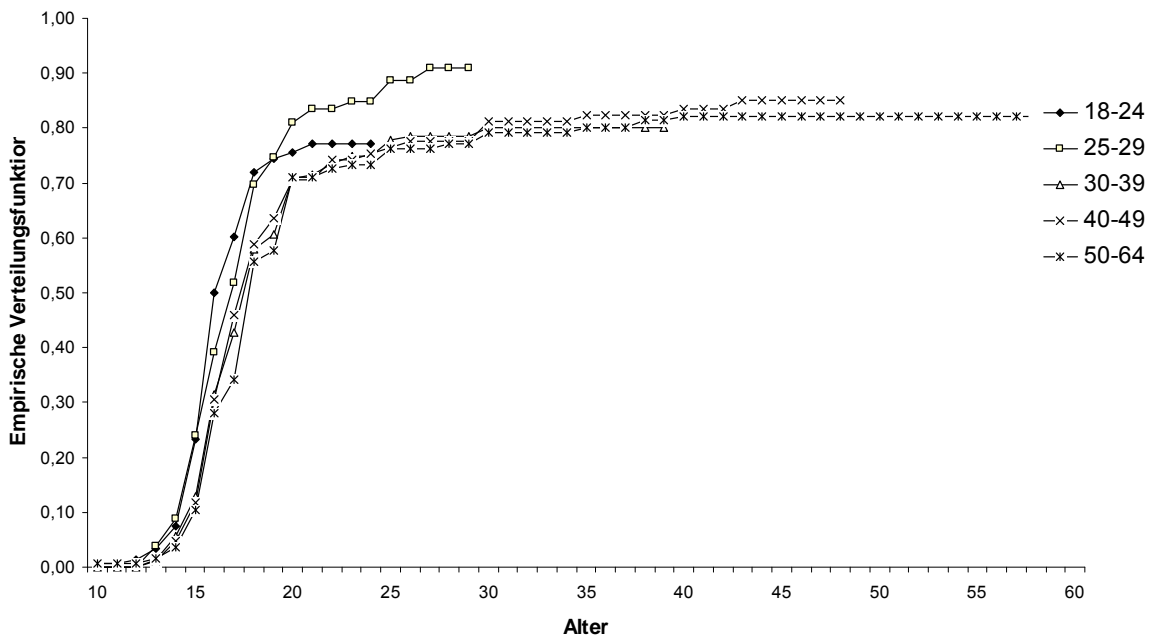


Abbildung 4-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Männer

Problematischer Alkoholkonsum

Einen problematischen Alkoholkonsum nach den Kriterien des Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) zeigen 20,3 % der Gesamtstichprobe und 23,0 % der Alkoholkonsumenten (letzte 12 Monate) (Tabelle 4-5). Bei Männern ist der problematische Alkoholkonsum in beiden Gruppen mehr als doppelt so häufig als bei Frauen (27,4 % vs. 12,9 % bzw. 31,2 % vs. 14,7 %). Darüber hinaus sind deutliche Alterseffekte erkennbar. Die höchsten Anteile problematischer Konsumenten finden sich in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen (39,4 % bzw. 44,5 %). Tendenziell nehmen die Anteile problematischen Konsums mit dem Alter ab. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung erfüllten 236.000 Personen (95%-KI: 189.000-292.000) die Kriterien für problematischen Konsum nach AUDIT. Bei den Männern sind es hochgerechnet 161.000 (95%-KI: 126.000-202.000) und bei den Frauen 75.000 (95%-KI: 62.000-90.000).

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	1400	578	822	334	226	270	237	333
AUDIT ≥ 8 Punkte	20,3 (315)	27,4	12,9	39,4	31,2	17,5	19,9	11,0
Konsumenten (12M)	1235	508	727	296	207	243	213	276
AUDIT ≥ 8 Punkte	23,0 (315)	31,2	14,7	44,5	33,8	19,4	22,2	13,3

Soziale Schicht

Die Daten veranschaulichen, dass Alkoholabstinenz von der Schichtzugehörigkeit beeinflusst wird. Legt man den oben beschriebenen Schichtindex zugrunde, wird deutlich, dass Personen niedriger Sozialschichten häufiger abstinent waren als Angehörige der höchsten Schicht. 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	12,6	2,0	1,0
12 Monate	40,9	23,6	10,4

Betrachtet man die durchschnittlich täglich konsumierte Menge Reinalkohol zeigt sich, dass Männer der Unterschicht im Mittel mehr tranken als Männer der Mittel- und Oberschicht (Tabelle 4-7). Bei den weiblichen Untersuchungsteilnehmern zeigt sich kein Schichtgradient. Auch im Hinblick auf die als riskanten Konsum definierten Trinkmengen tranken Männer aus der Unterschicht mit 29,6 % häufiger als Männer der Mittel- und Oberschicht (25,9 % bzw. 25,4 %) oberhalb des Grenzwertes (Tabelle 4-8). Bei den Frauen war der riskante Konsum ebenfalls in der Unterschicht am höchsten (32,7 %), gefolgt von der Frauen der Oberschicht (28,8 %). Frauen der Mittelschicht wiesen die niedrigsten Raten von riskantem Konsum auf (23,6 %). Für den Konsum von fünf oder mehr Getränken zu einer Trinkgelegenheit zeigt

sich bei den Männern ein starker Schichtgradient: 63,0 % der Unterschicht, 53,5 % der Mittelschicht, aber nur 37,1% der Unterschicht haben innerhalb der letzten 30 Tage fünf oder mehr Gläser Alkohol zu einer Trinkgelegenheit getrunken. Anders als beim riskanten Konsum findet sich beim Konsum von fünf oder mehr Getränken zu einer Trinkgelegenheit auch bei den Frauen ein Schichtgradient (Unterschicht: 45,7 %, Mittelschicht: 26,7 %, Oberschicht: 16,3 %).

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

	Männer			Frauen		
	gering	mittel	Hoch	gering	mittel	hoch
Mittelwert	22,1	17,5	17,2	10,9	9,9	11,1

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

	Männer			Frauen		
	gering	mittel	hoch	gering	mittel	hoch
Riskanter Konsum ¹⁾	29,6	25,9	25,4	32,7	23,6	28,8
Rauschtrinken ²⁾	63,0	53,5	37,1	45,7	26,7	16,3

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

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

Trends

Abstinenz und Konsummenge. Zwischen 2003 und 2009 nimmt der Anteil risikoarmer Konsumenten insgesamt und bei den Männern ab, bei den Frauen zwischen 1997 und 2009 zu. Für riskanten Konsum lässt sich bei den Männern eine kontinuierliche Abnahme zwischen 1997 und 2009 beobachten. Bei den Frauen zeigen sich keine signifikanten Veränderungen des riskanten Konsums. Insgesamt ist aber eher eine abnehmende Tendenz zu beobachten. Hinsichtlich der Abstinenz zeigen sich keine signifikanten Veränderungen, allerdings wird bei den Männern im Jahr 2009 mit 20,1 % die höchste Abstinenzquote im Beobachtungszeitraum erreicht (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), 1997-2009

	Erhebungsjahr		
	1997	2003	2009
Gesamt	456	885	1276
Abstinent	24,8	17,8	23,0
Risikoarmer Konsum ¹⁾	50,2	61,7*	57,0
Riskanter Konsum ²⁾	25,0	20,5	20,1
Männer	223	382	524
Abstinent	16,8	13,1	20,6
Risikoarmer Konsum	52,3	64,3*	59,1
Riskanter Konsum	30,9*	22,5*	20,3
Frauen	233	503	752
Abstinent	32,8	22,6	25,4
Risikoarmer Konsum	48,2*	58,9	54,7
Riskanter Konsum	19,0	18,5	19,9

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. Die 30-Tages-Prävalenz des Konsums von Wein bzw. Sekt nimmt zwischen 2003 und 2009 signifikant ab, die Konsumprävalenz von Spirituosen sinkt zwischen 1997 und 2009. Beide Geschlechter folgen diesen Trends. Männer zeigen aber eine signifikante Abnahme der Prävalenz des Konsums von Bier zwischen 1997 und 2009, während bei Frauen im selben Zeitraum eine Zunahme zu verzeichnen ist. Hinsichtlich der durchschnittlichen wöchentlichen Trinkmenge sinkt die Menge an Bier zwischen 1997 und 2009 in allen Gruppen. Im selben Zeitraum nimmt die Konsummenge von Spirituosen insgesamt und in der Gruppe der Männer ab, bei den Frauen leicht zu. Keine Unterschiede finden sich in der Konsummenge von Wein bzw. Sekt (Tabelle 4-10).

Tabelle 4-10: Trends der Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und der durchschnittlichen Trinkmenge 18- bis 59-Jähriger, 1997-2009

		Erhebungsjahr		
		1997	2003	2009
Gesamt		487	917	1311
Bier	% ¹⁾	55,0	55,7	56,8
	Liter ²⁾	2,92 (255)* ³⁾	1,96 (472)	1,71 (709)
Wein/Sekt	%	59,2	64,6*	54,8
	Liter	0,57 (266)	0,57 (564)	0,62 (692)
Spirituosen	%	40,3*	34,6	30,6
	Liter	0,10 (181)*	0,06 (174)	0,06 (215)
Männer		240	397	537
Bier	%	79,5*	72,4	70,3
	Liter	3,45 (186)*	2,42 (285)	2,19 (377)
Wein/Sekt	%	53,3	60,9*	48,2
	Liter	0,52 (111)	0,61 (229)	0,61 (235)
Spirituosen	%	54,4*	44,9	38,9
	Liter	0,12 (120)*	0,06 (230)	0,05 (267)
Frauen		247	520	774
Bier	%	29,7*	38,5	42,9
	Liter	1,35 (69)*	1,04 (187)	0,89 (332)
Wein/Sekt	%	65,3	68,4*	61,5
	Liter	0,61 (155)	0,53 (335)	0,62 (457)
Spirituosen	%	25,7	24,0	22,0
	Liter	0,05 (61)*	0,03 (142)	0,06 (192)

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. Rauschtrinken definiert als Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit innerhalb der letzten 30 Tage hat insgesamt über einen Zeitraum von 12 Jahren abgenommen. Sowohl insgesamt als auch bei den Männern ist eine starke Reduktion in allen Altersgruppen zwischen 1997 und 2009 zu beobachten. Eine Ausnahme stellt die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen dar, in der sich eine leichte, allerdings nicht signifikante Zunahme zeigt. Bei den Frauen ist der zeitliche Verlauf relativ konstant, bei den 25- bis 39-Jährigen hat das Rauschtrinken seit 2003 abgenommen (Tabelle 4-11).

Tabelle 4-11: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens¹⁾, 1997-2009

	Alter	Erhebungsjahr		
		1997	2003	2009
Gesamt		414	916	1304
	18-59	36,3*	27,7	27,9
	18-24	42,1	38,8	47,1
	25-39	41,7*	32,2	31,3
	40-59	29,7*	20,6	20,8
Männer		208	397	535
	18-59	51,9*	38,3	37,3
	18-24	42,1	49,0	51,8
	25-39	55,3	46,1	44,5
	40-59	51,4*	28,5	28,6
Frauen		206	519	769
	18-59	19,8	16,5	18,2
	18-24	42,1	28,8*	42,4
	25-39	26,6	17,5	18,1
	40-59	8,8	12,4	12,4

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)

	Altersgruppen						
	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64	
Männer	572	145	78	136	86	127	
Lebenslang abstinent	2,9 (23)	6,9	3,8	2,2	0,0	4,8	
Nur letzte 12 Monate abstinent	9,1 (46)	6,3	1,3	5,1	10,5	15,9	
Nur letzte 30 Tage abstinent	9,9 (61)	13,5	5,1	11,8	9,3	9,3	
Risikoarmer Konsum ¹⁾	57,8 (328)	52,1	66,7	68,4	54,7	49,6	
Risikanter Konsum ²⁾	20,3 (114)	21,2	23,1	12,5	25,6	20,4	
Frauen	807	190	145	134	143	195	
Lebenslang abstinent	4,1 (34)	3,9	4,8	4,5	3,5	4,0	
Nur letzte 12 Monate abstinent	7,5 (57)	5,8	4,8	8,2	6,3	9,8	
Nur letzte 30 Tage abstinent	14,3 (121)	14,0	18,6	9,7	11,9	19,0	
Risikoarmer Konsum	54,1 (435)	56,9	52,4	65,7	49,0	48,2	
Risikanter Konsum	20,0 (160)	19,5	19,3	11,9	29,4	19,0	

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

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

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

		Altersgruppen					
		Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Männer							
Bier	% ¹⁾	69,1	69,1	84,8	75,4	68,2	58,3
	Liter ²⁾	2,2	2,2	1,9	2,1	2,6	1,9
Wein/Sekt	%	47,9	30,1	45,6	47,1	51,1	53,0
	Liter	0,7	0,4	0,5	0,4	0,7	1,1
Spirituosen	%	38,2	45,9	49,4	36,2	37,5	33,4
	Liter	0,06	0,1	0,06	0,03	0,05	0,08
Mischgetränke	%	25,3	42,4	43,0	25,4	26,1	10,5
	Liter	0,7	1,2	0,6	0,4	0,6	0,4
Frauen							
Bier	%	41,0	49,9	49,3	45,2	45,0	26,7
	Liter	0,9	0,9	0,9	0,7	1,2	0,6
Wein/Sekt	%	62,2	55,0	58,0	63,7	66,2	61,7
	Liter	0,6	0,4	0,5	0,4	0,8	0,8
Spirituosen	%	20,5	41,2	27,3	17,8	18,5	13,9
	Liter	0,06	0,09	0,06	0,03	0,1	0,04
Mischgetränke	%	25,2	52,8	37,3	27,4	20,5	11,8
	Liter	0,5	0,7	0,5	0,5	0,4	0,2

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

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

5 Tabak

Tabakwaren

Fast alle (97,9 %) Tabakkonsumenten gaben Zigaretten als hauptsächlich gerauchte Tabakware an. Dem folgen Zigarillos mit 10,0 %, Shisha mit 9,9 %, Zigarren mit 6,2 % und Pfeife mit 5,5 %. Shisha spielt bei jüngeren Personen eine große Rolle, Pfeife bei älteren. Alle Tabakwaren werden häufiger von Männern geraucht. Ausnahme sind Zigaretten und Shisha, die von Frauen und Männern nahezu gleich häufig bevorzugt werden.

Prävalenz des Tabakkonsums

Ein Drittel (32,6 %) der 18- bis 64-jährigen Befragten gab an, im letzten Monat geraucht zu haben (Tabelle 5-1). Der Anteil an Rauchern ist bei Männern in allen Altersgruppen höher als bei Frauen, die Unterschiede sind jedoch moderat (Gesamt 35,8 % vs. 29,4 %). Über die Altersgruppen hinweg zeigt sich ein schwankender Verlauf, wobei der Anteil der Raucher in der höchsten Altersgruppe stets geringer ist als in der niedrigsten Altersgruppe. Während der Anteil der Nichtraucher mit dem Alter abnimmt, steigt der Anteil der Exraucher mit dem Alter an. Diese Alterseffekte zeigen sich für beide Geschlechter. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung rauchten in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung 210.000 Männer (95%-KI: 183.000-239.000) und 170.000 Frauen (95%-KI: 165.000-174.000) in Hamburg.

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

	Gesamt	Altersgruppen				
		18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Gesamt	1423	338	230	275	239	341
Nichtraucher ¹⁾	41,6 (644)	54,5	45,1	49,4	33,6	36,1
Exraucher ²⁾	25,8 (318)	9,9	16,0	21,1	30,4	35,6
Raucher ³⁾	32,6 (461)	35,6	38,9	29,5	36,0	28,3
Männer	587	146	79	139	88	135
Nichtraucher	37,2 (252)	57,8	43,0	47,5	22,7	32,6
Exraucher	27,0 (130)	10,5	8,9	20,1	37,5	36,1
Raucher	35,8 (205)	31,7	48,1	32,4	39,8	31,4
Frauen	836	192	151	136	151	206
Nichtraucher	46,1 (392)	51,3	47,0	51,5	45,7	39,5
Exraucher	24,5 (188)	9,3	22,5	22,1	22,5	35,2
Raucher	29,4 (256)	39,4	30,5	26,5	31,8	25,2

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

Unter den Zigarettenrauchern ist der Anteil von Personen, die nicht täglich rauchen mit 38,7 % am höchsten, gefolgt von 26,1 % starken Rauchern, d.h. Personen mit einem Konsum von 20 oder mehr Zigaretten am Tag. Männer sind häufiger starke Raucher als Frauen (30,1 % vs. 21,4 %). Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil starker Raucher kontinuierlich an, während der Anteil von Personen, die nicht täglich rauchen, sinkt. Zum Beispiel berichteten 7,2 % der 18- bis 24-Jährigen von einem starken Konsum, aber 36,3 % der 50- bis 64-Jährigen. Im Gegensatz dazu rauchten 60,9 % in der jüngsten Altersgruppe nicht täglich, in der ältesten Altersgruppe nur noch 23,9 %. Dieser Alterseffekt zeigt sich für Männer und Frauen gleichermaßen (Tabelle 5-2). Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung finden sich 60.000 Männer (95%-KI: 43.000-84.000) und 36.000 Frauen (95%-KI: 22.000-57.000), die in den 30 Tagen vor der Befragung täglich 20 oder mehr Zigaretten rauchten.

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

	Altersgruppen						
	Gesamt		18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Gesamt	446		116	83	79	78	90
Nicht täglich	38,7 (194)		60,9	53,5	39,2	34,5	23,9
Täglich bis 10	15,0 (74)		18,6	22,3	10,1	11,8	17,8
Täglich 11-19	20,1 (83)		13,3	10,2	24,0	22,8	22,0
Täglich 20 oder mehr	26,1 (95)		7,2	14,0	26,7	30,9	36,3
Männer	194		42	37	43	32	40
Nicht täglich	38,6 (84)		68,2	51,4	37,2	37,5	21,8
Täglich bis 10	13,5 (28)		17,0	24,3	7,0	12,5	12,9
Täglich 11-19	17,8 (32)		10,1	8,1	23,3	18,8	20,4
Täglich 20 oder mehr	30,1 (50)		4,7	16,2	32,6	31,3	44,9
Frauen	252		74	46	36	46	50
Nicht täglich	38,9 (110)		55,6	56,5	41,7	30,4	26,4
Täglich bis 10	16,9 (46)		19,8	19,6	13,9	10,9	23,6
Täglich 11-19	22,8 (51)		15,7	13,0	25,0	28,3	23,9
Täglich 20 oder mehr	21,4 (45)		9,0	10,9	19,4	30,4	26,1

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 36 % der 18- bis 24-Jährigen und 38 % der 25- bis 29-Jährigen die erste Zigarette geraucht, jedoch nur 24 % der 30- bis 39-Jährigen, 23 % der 40- bis 49-Jährigen und 18 % der 50- bis 64-Jährigen. 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 28 % bei den 18- bis 24-Jährigen, bei 30 % bei den 25- bis 29-Jährigen, bei 18 % bei den 30- bis 39-Jährigen, bei 41 % bei den 40- bis 49-Jährigen und bei 28 % bei den 50- bis 64-Jährigen.

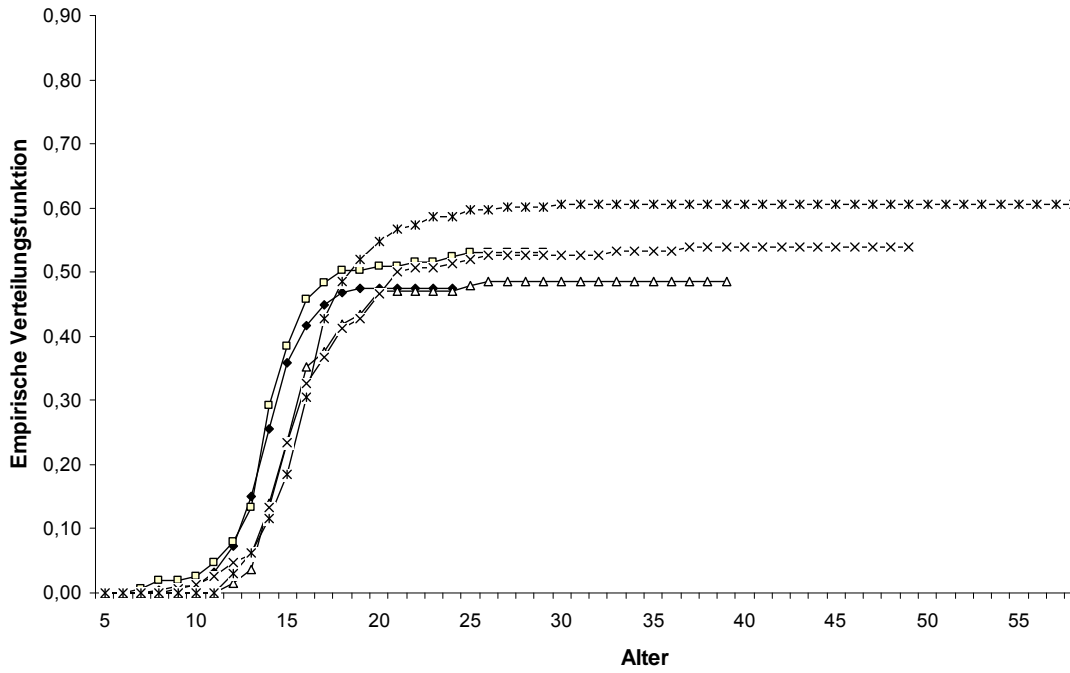
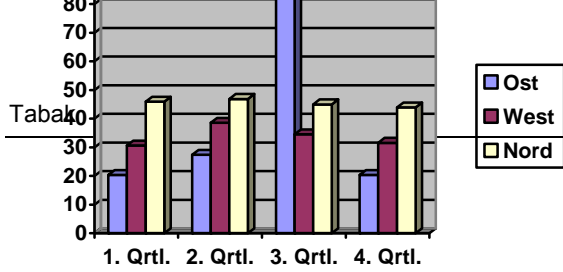


Abbildung 5-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Frauen

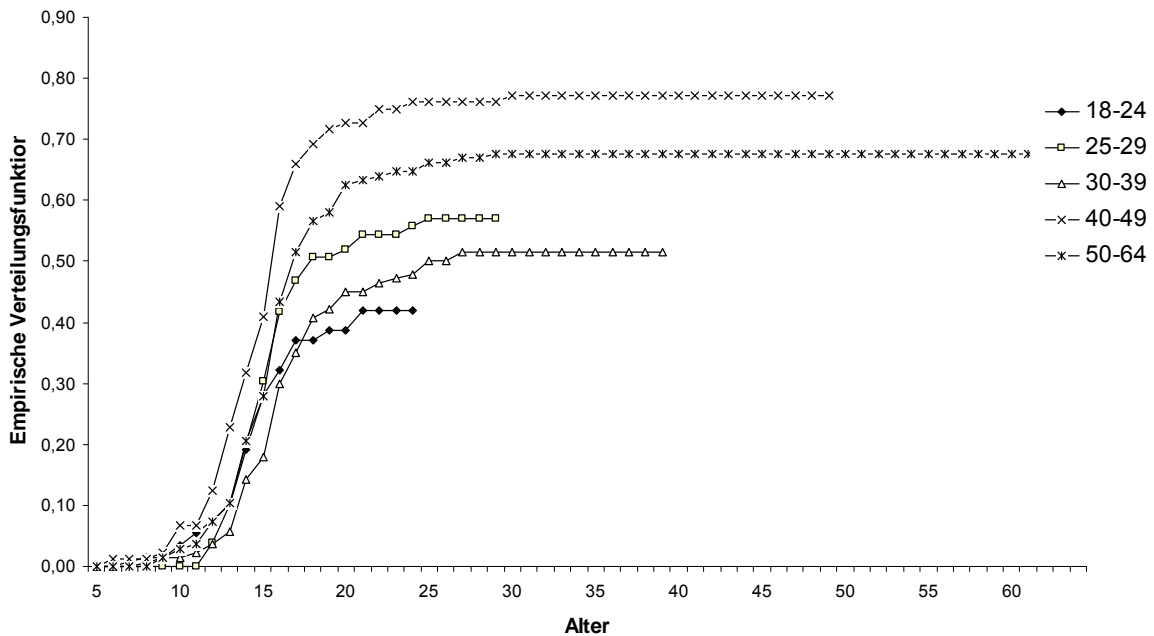


Abbildung 5-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Männer

Alter des Beginns täglichen Tabakkonsums

Der Beginn des täglichen Tabakkonsums 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 15 % der jüngsten Altersgruppe sowie 13 % der folgenden Altersgruppe bereits täglich. Bei den 30- bis 39-Jährigen waren es 9 %, bei den 40- bis 49-Jährigen waren es 7 % und in der ältesten Altersgruppe 3 %.

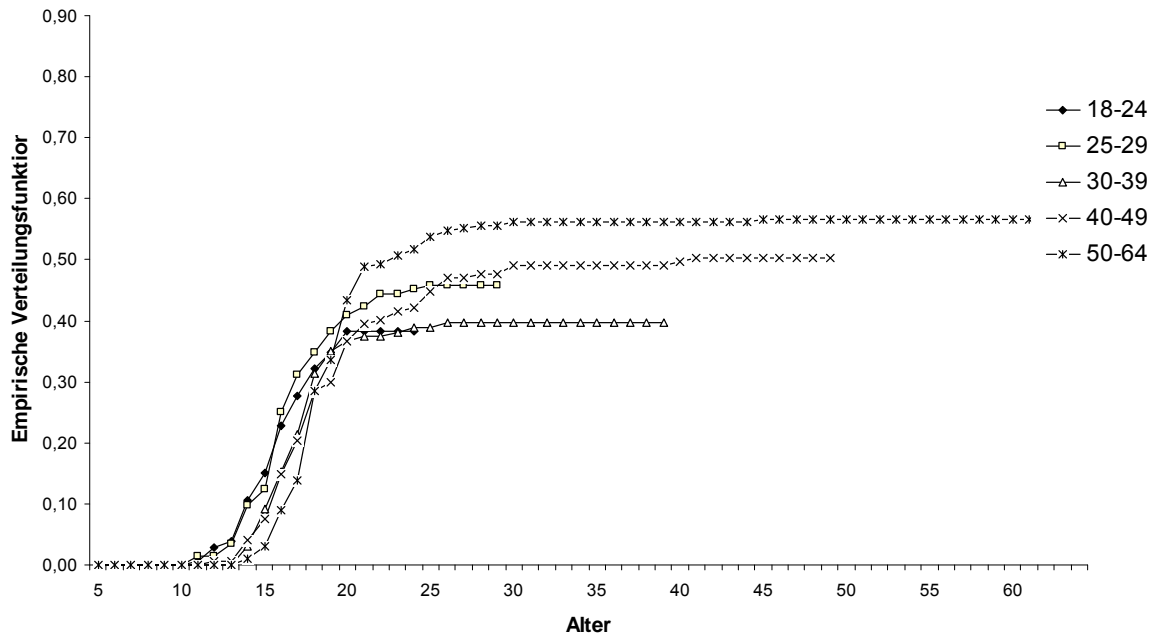


Abbildung 5-3: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Frauen

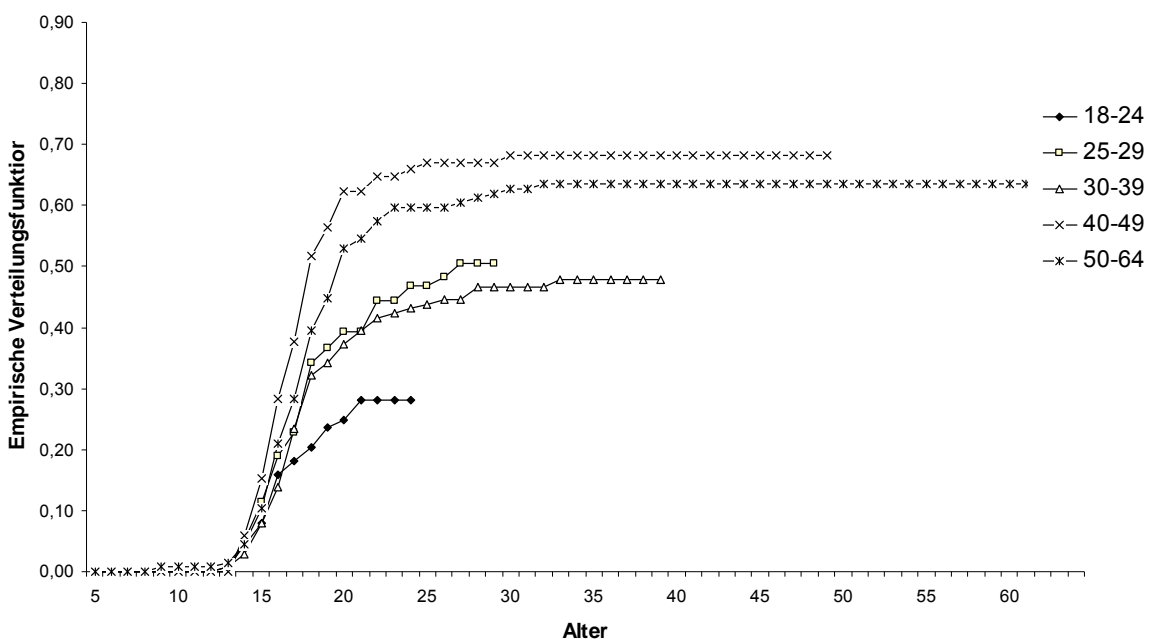


Abbildung 5-4: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Männer

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 8 % bzw. 11 % in den beiden jüngsten Altersgruppe, bei 8 % bei den 30- bis 39-Jährigen, bei 15 % bei den 40- bis 49-Jährigen sowie bei 10 % für die über 50-Jährigen.

Nikotinabhängigkeit

Nach den Kriterien des DSM-IV sind 8,5 % der Gesamtbevölkerung Hamburgs und 23,6 % der Raucher Nikotin abhängig. In beiden Gruppen ist der Anteil der Abhängigen unter den Männern etwas höher als unter den Frauen. Die Prävalenzwerte erreichen im Alter von 30 bis 39 Jahren in beiden Gruppen ihr Maximum und nehmen danach wieder ab. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung wurden 99.000 Personen (95%-KI: 75.000-128.000) als nikotinabhängig nach DSM-IV klassifiziert (12-Monats-Prävalenz). Davon 60.000 (95%-KI: 42.000-84.000) Männer und 39.000 (95%-KI: 26.000-59.000) Frauen.

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

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Gesamtstichprobe	1420	588	832	338	230	273	237	342
DSM-IV Abhängigkeit	8,5 (116)	10,1	6,8	8,3	8,1	10,3	9,8	5,7
Raucher	507	229	278	132	98	87	88	102
DSM-IV Abhängigkeit	23,6 (116)	25,3	21,5	20,7	18,3	32,3	25,0	18,6

Passivrauchen

Insgesamt waren 6,1 % der aktuell nicht rauchenden Erwerbstätigen und Auszubildenden täglich am Arbeitsplatz dem Passivrauchen ausgesetzt, weitere 6,2 % ein- bis dreimal pro Woche (Tabelle 5-4). Von täglichem Passivrauchen zu Hause berichteten 5,3 % der Untersuchungsteilnehmer. In der Freizeit liegt der Anteil des täglichen Passivrauchens bei 0,9 %. Am Arbeitsplatz wiesen Frauen eine etwas geringere Passivrauchexposition auf als Männer, zu Hause dagegen eine höhere. Mit Ausnahme von ein- bis dreimaligem Passivrauchen pro Woche in der Freizeit waren Exraucher häufiger dem Passivrauchen ausgesetzt als Nichtraucher. Stark gestört durch Raucher fühlten sich 43,6 % der Bevölkerung, davon mehr Frauen als Männer (49,3 % vs. 38,1 %). Erwartungsgemäß gaben Nichtraucher (66,6 %) häufiger als Raucher (9,5 %) und Exraucher (49,5 %) an, sich durch das Rauchen anderer gestört zu fühlen.

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

		Gesamt	Männer	Frauen	Nicht-raucher	Exraucher	Raucher
Zu Hause	(fast) täglich	5,3	3,6	6,9	4,7	6,3	
	1-3x pro Woche	2,4	1,9	2,8	2,0	3,0	
Am Arbeitsplatz ¹⁾	(fast) täglich	6,1	6,6	5,5	5,3	7,2	
	1-3x pro Woche	6,2	7,2	5,0	5,4	7,4	
In der Freizeit	(fast) täglich	0,9	0,8	1,1	0,7	1,3	
	1-3x pro Woche	12,0	12,4	11,6	14,1	8,5	
Raucher stören	Stark ²⁾	43,6	38,1	49,3	66,6	49,5	9,5
	weniger stark ³⁾	33,3	37,5	28,9	27,5	37,2	37,6
	gar nicht	23,1	24,4	21,8	5,8	13,3	52,9

1) Bezogen auf Erwerbstätige und Auszubildende.

2) Kategorien sehr leicht und ziemlich leicht.

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

Soziale Schicht

Die Daten veranschaulichen, dass es sich beim Rauchen um ein schichtspezifisches Verhaltensmuster handelt (Tabelle 5-5). Legt man den in der Studie verwendeten Winkler-Index zugrunde, dann zeigt sich bei den Männern, dass 48,6 % der Mittelschicht, 40,3 % der Unterschicht, aber nur 24,3 % der Oberschicht rauchen. Zudem gelingt es Männern aus höheren Schichten eher aufzuhören als Männern aus niedrigeren Schichten. Auch bei den Frauen ist ein klarer Schichtgradient erkennbar. Je höher die Schicht, desto weniger Frauen rauchen, desto mehr Frauen haben mit dem Rauchen aufgehört und sind Nichtraucher.

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

	Männer			Frauen		
	Gering	mittel	hoch	gering	mittel	hoch
Nichtraucher	42,4	26,7	42,6	41,7	44,2	48,1
Raucher	40,3	48,6	24,3	45,2	33,0	21,7
Exraucher	17,4	24,7	33,1	13,1	22,8	30,2

Eine nach Altersgruppe differenzierte Betrachtung der Prävalenz täglichen Zigarettenrauchens verdeutlicht, dass sich der Schichtgradient bei Männern und Frauen in allen Altersgruppen abzeichnet (Tabelle 5-6). Eine Ausnahme stellen die über 50-jährigen Männer dar, bei denen die Prävalenz in der Mittelschicht am höchsten ist. Wie in Tabelle 5-7 ersichtlich, nimmt starkes Rauchen von 20 und mehr Zigaretten in der Gesamtgruppe und bei Frauen mit höherer Schicht ab. Bei den Männern ist starkes Rauchen in der Unter- und Mittelschicht fast gleich stark verbreitet.

Tabelle 5-6: Prävalenz des täglichen Zigarettenrauchens nach Sozialschicht

	Männer			Frauen		
	Gering	mittel	hoch	gering	mittel	hoch
< 30 Jahre	15,0	16,3	17,2	18,9	15,1	13,3
30 - 49 Jahre	45,3	31,2	9,3	42,8	27,3	9,1
> 49 Jahre	23,7	42,8	9,8	28,7	23,1	9,6

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

	gering	mittel	hoch
Männer	14,6	15,6	4,6
Frauen	13,2	8,1	2,6
Gesamt	14,0	11,6	3,5

Tabelle 5-8 zeigt wie sich der Anteil der Raucher (Lebenszeit) nach Sozialschicht in verschiedenen Geburtskohorten verändert hat. Bei den Männern findet sich die höchste Prävalenz in allen Geburtskohorten in der Mittelschicht. Die geringsten Prävalenzwerte sind in den beiden jüngsten Geburtskohorten allerdings in der Unterschicht, in den älteren Geburtskohorten dagegen in der Oberschicht zu beobachten. Bei den Frauen sind die Unterschiede zwischen den Geburtskohorten weniger konsistent. Mit Ausnahme der jüngsten Geburtskohorte werden die höchsten Prävalenzen in der Unterschicht berichtet, die niedrigsten Werte finden sich nach Geburtskohorte alterierend in der Mittel- oder Oberschicht.

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

	Männer			Frauen		
	Gering (1)	Mittel (2)	Hoch (3)	Gering (1)	Mittel (2)	Hoch (3)
1985-91	27,3	51,6	44,4	50,3	47,5	53,3
1980-84	53,3	57,9	57,7	57,1	54,8	47,5
1970-79	52,0	74,3	43,6	50,0	49,0	49,3
1960-69	81,8	84,4	71,1	64,3	63,6	46,9
1945-59	67,0	81,3	58,5	65,7	58,5	62,5

Soziale Unterschiede bestehen auch in der Passivrauchbelastung (Tabelle 5-9). Von den nichtrauchenden Männern bzw. Männern, die das Rauchen beendet haben, waren nach eigener Auskunft 24,0 % der Mittelschicht, aber nur 14,4 % der Unter- und 10,6 % der Oberschicht Passivrauch mindestens zwei- bis dreimal pro Woche ausgesetzt. Bei den Nicht- und Exraucherinnen ist die Passivrauchbelastung mit 29,0 % in der Unterschicht am höchsten, gefolgt von 15,3 % in der Mittel- und 12,4 % in der Oberschicht. Die Passivrauchbelastung ist an verschiedenen Orten unterschiedlich stark (Tabelle 5-10). Männer sind am Arbeitsplatz am stärksten von Passivrauchen betroffen, gefolgt von der eigenen Wohnung und der Freizeit. An allen Orten ist bei Männern der Mittelschicht die Belastung am höchsten, bei Männern der Oberschicht am niedrigsten. Nichtraucherinnen sind insgesamt weniger passivrauchbelastet als Männer, auch sind die Schichtunterschiede weniger stark ausgeprägt. Die

stärkste Passivrauchexposition findet sich bei Frauen der Unter- und Oberschicht zu Hause, gefolgt von Arbeitsplatz und Freizeit. Frauen der Mittelschicht sind am Arbeitsplatz am stärksten belastet, dicht gefolgt von der eigenen Wohnung. Bei Frauen ist ein eindeutiger Schichtgradient beobachtbar: die höchste Belastung findet sich in der Unter-, die geringste Belastung in der Oberschicht.

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

	Männer			Frauen		
	gering	mittel	hoch	gering	mittel	hoch
< 30 Jahre	27,1	28,3	13,4	28,2	25,2	15,0
30 - 49 Jahre	4,7	26,0	8,7	29,9	13,4	11,5
> 49 Jahre	11,8	14,1	13,9	29,3	10,6	13,3
Gesamt	14,4	24,0	10,6	29,0	15,3	12,4

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

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

	Männer			Frauen		
	gering	mittel	hoch	gering	mittel	hoch
Zu Hause	6,8	10,2	2,1	15,4	7,6	7,5
Am Arbeitsplatz	7,8	14,3	7,6	12,8	7,7	5,8
Freizeit	4,2	7,8	1,3	8,2	4,8	2,2

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

Trends

Prävalenz des Rauchens. Trendbeobachtungen zwischen 1990 und 1997 zeigen einen deutlichen Rückgang in der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens bei 18- bis 24-Jährigen, danach sind die Zahlen eher konstant (Tabelle 5-11). Beobachtungen nach Altersgruppen zwischen 1990 und 2009 weisen auf sinkende Prävalenzen in diesem Zeitraum in allen Altersgruppen hin. Bei Männern ist über alle Altersgruppen hinweg eine Reduktion der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens zu beobachten, bei Frauen nur bei den 18- bis 29-Jährigen und den 30- bis 39-Jährigen. Der Rückgang ist bei den Männern deutlicher ausgeprägt, was zu einer Konvergenz der Rauchprävalenz bei Männern und Frauen führt (Tabelle 5-12).

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

	Erhebungsjahr			
	1990	1997	2003	2009
Gesamt	445	85	173	338
	50,2*	35,4	36,6	35,6

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

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

	Alter	Erhebungsjahr			
		1990	1997	2003	2009
Gesamt		636	485	922	1315
	18-29	49,7*	36,9	36,7	37,3
	30-39	50,2*	35,9	37,3	29,5
	40-59		38,5	34,4	33,0
Männer		316	240	398	538
	18-29	51,3*	42,5	35,7	39,8
	30-39	55,9*	41,2	44,7	32,4
	40-59		47,9*	35,9	36,9
Frauen		320	245	524	777
	18-29	48,0*	30,8	37,6	34,8
	30-39	44,2*	30,2	29,4	26,5
	40-59		29,2	32,8	29,0

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

Prävalenz starken Rauchens. Zwischen 1990 und 2009 zeigt sich bei 18- bis 24-jährigen jungen Erwachsenen ein starker Rückgang der Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag von 17,3 % auf 2,5 % (Tabelle 5-13). Dieser generelle rückläufige Trend zwischen 1990 und 2009 zeigt sich bei beiden Geschlechtern in allen Altersgruppen (Tabelle 5-14). Eine Ausnahme stellt die Gruppe der 40- bis 59-jährigen Frauen dar, bei denen erst seit 2003 ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen ist.

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	1997	2003	2009
Gesamt	443	85	171	336
	17,3*	4,8	7,4*	2,5

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

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

	Alter	Erhebungsjahr			
		1990	1997	2003	2009
Gesamt		629	483	910	1308
	18-29	17,2*	8,9*	7,6*	3,9
	30-39	29,2*	10,3	16,0*	7,7
	40-59		12,9	16,3*	10,3
Männer		331	238	394	533
	18-29	20,6*	15,6*	7,7	4,5
	30-39	30,9*	14,0	19,5	10,1
	40-59		21,2	17,9	12,5
Frauen		318	245	516	775
	18-29	13,7*	2,0	7,5	3,4
	30-39	27,5*	6,5	12,2	5,1
	40-59		4,6	14,5*	8,0

*) $p < .05$ 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

Gut zwei Drittel (68,3 %) der Befragten berichtete in den letzten 12 Monaten mindestens eines der erfragten Medikamente eingenommen zu haben (Tabelle 6-1). Dabei sind Schmerzmittel das am häufigsten verwendete Medikament und machen den weitaus größten Anteil der gesamten Medikamenteneinnahme aus. Seltener als Schmerzmittel wurden Schlafmittel (6,5 %), Antidepressiva (5,1 %) und Beruhigungsmittel (3,7 %) verwendet. Die Prävalenzwerte von Neuroleptika, Anabolika, Anregungsmitteln und Appetitzüglern bewegen sich bei 1 % und weniger. Eine altersspezifische Betrachtung zeigt, dass anders als erwartet die 12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme bei den 50- bis 64-Jährigen mit 62,9 % am niedrigsten und bei den 25- bis 29-Jährigen mit 75,5 % am höchsten ist. In allen Altersgruppen folgt die Verbreitung der Medikamente der in der Gesamtgruppe. Eine Ausnahme stellen die 18- bis 24-Jährigen dar, bei denen Antidepressiva eine wichtigere Rolle als Beruhigungsmittel spielen.

Frauen haben in den letzten 12 Monaten deutlich häufiger Medikamente genommen als Männer (74,5 % vs. 62,3 %). Die Reihenfolge der Medikamente folgt der in der Gesamtgruppe (Schmerzmittel, Schlafmittel, Antidepressiva, Beruhigungsmittel). Die höchsten Prävalenzraten sind in beiden Gruppen bei den 25- bis 29-Jährigen zu beobachten, die niedrigsten bei den Frauen bei den 30- bis 39-Jährigen, bei den Männern in der ältesten Altersgruppe. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung nahmen 134.000 Frauen (95%-KI: 102.000-171.000) und 104.000 Männer (95%-KI: 74.000-143.000) in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung mindestens einmal pro Woche ein psychoaktives Medikament.

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

Gesamt	Altersgruppen					
	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	65,5	65,2	74,8	65,1	69,1	58,6
Schlafmittel	6,5	4,4	3,7	6,2	8,0	7,4
Beruhigungsmittel	3,7	2,1	2,1	2,5	5,5	4,4
Anregungsmittel	0,3	1,0	0,3	0,4	0,0	0,2
Appetitzügler	0,1	0,3	0,0	0,4	0,0	0,0
Antidepressiva	5,1	1,6	3,2	4,0	6,5	7,0
Neuroleptika	1,0	0,3	1,0	0,7	0,9	1,5
Anabolika	0,8	0,3	0,3	0,4	0,9	1,6
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	68,3	66,5	75,5	68,7	71,2	62,9
Männer	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	60,1	56,9	70,9	62,6	64,4	50,3
Schlafmittel	5,0	1,9	2,5	5,8	9,2	2,0
Beruhigungsmittel	3,9	1,4	0,0	2,9	8,0	2,9
Anregungsmittel	0,3	0,9	0,0	0,7	0,0	0,0
Appetitzügler	0,2	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0
Antidepressiva	4,1	0,5	3,8	2,2	6,9	4,5
Neuroleptika	1,1	0,5	1,3	0,7	1,1	1,4
Anabolika	1,0	0,5	0,0	0,7	1,1	1,6
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	62,3	57,5	70,9	66,2	66,7	52,7
Frauen	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	71,1	73,5	78,5	67,6	74,3	66,9
Schlafmittel	8,1	7,0	4,7	6,6	6,8	12,7
Beruhigungsmittel	3,6	2,8	4,0	2,2	2,7	5,9
Anregungsmittel	0,3	1,2	0,7	0,0	0,0	0,5
Appetitzügler	0,1	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Antidepressiva	6,2	2,7	2,7	5,9	6,1	9,4
Neuroleptika	0,8	0,0	0,7	0,7	0,7	1,5
Anabolika	0,7	0,0	0,7	0,0	0,7	1,5
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	74,5	75,6	79,9	71,3	76,4	73,0

30-Tage-Prävalenz der häufigen Einnahme von Medikamenten

Wie aus Tabelle 6-2 hervorgeht, berichtete jeder fünfte Befragte (20,2 %) häufig, d.h. mindestens einmal pro Woche, ein Medikament der erfragten Arzneimittelgruppen in den letzten 30 Tagen vor der Befragung eingenommen zu haben. Wie bei der 12-Monats-Prävalenz wurden Schmerzmittel am häufigsten eingenommen. Allerdings spielen bei der häufigen Medikamenteneinnahme Antidepressiva eine wichtigere Rolle als Schlafmittel. Die Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen weist die geringste 30-Tage-Prävalenz häufiger Medikamenteneinnahme auf, die Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen die höchste. Frauen (22,9 %) nahmen häufiger als Männer (17,6 %) mindestens ein Medikament einmal oder häufiger pro Woche. In der Gruppe der Männer nahmen die 40- bis 49-Jährigen am häufigsten mindestens einmal pro Woche Medikamente und die Gruppe der 18- bis 24-Jährigen am seltensten.

Bei den Frauen sind diese Werte um eine Altersgruppe nach oben verschoben, d.h. die höchste Prävalenz findet sich bei den 50- bis 64-Jährigen, die niedrigste bei den 25- bis 29-Jährigen.

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

Gesamt	Altersgruppen					
	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	15,7	12,3	12,1	12,8	19,9	16,9
Schlafmittel	2,9	0,9	0,3	2,5	4,4	3,5
Beruhigungsmittel	2,2	0,9	0,7	0,7	4,0	2,8
Anregungsmittel	0,3	0,7	0,3	0,4	0,0	0,2
Appetitzügler	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0
Antidepressiva	4,5	1,3	2,0	2,9	6,5	6,1
Neuroleptika	0,6	0,3	1,0	0,4	0,3	1,0
Anabolika	0,2	0,3	0,0	0,0	0,3	0,3
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	20,2	14,8	13,7	15,7	25,8	23,6
Männer	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	13,8	8,4	10,1	13,0	16,1	15,5
Schlafmittel	1,5	0,5	0,0	1,4	3,4	0,6
Beruhigungsmittel	2,5	0,9	0,0	0,7	5,7	2,2
Anregungsmittel	0,3	0,9	0,0	0,7	0,0	0,0
Appetitzügler	0,2	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0
Antidepressiva	3,7	0,5	1,3	2,2	6,9	3,8
Neuroleptika	0,5	0,5	1,3	0,7	0,0	0,6
Anabolika	0,1	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	17,6	10,6	12,7	15,9	23,0	18,1
Frauen	Gesamt	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	17,7	16,3	14,0	12,5	24,2	18,2
Schlafmittel	4,2	1,2	0,7	3,7	5,4	6,3
Beruhigungsmittel	1,9	1,0	1,3	0,7	2,0	3,4
Anregungsmittel	0,3	0,6	0,7	0,0	0,0	0,5
Appetitzügler	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Antidepressiva	5,3	2,1	2,7	3,7	6,0	8,4
Neuroleptika	0,7	0,0	0,7	0,0	0,7	1,5
Anabolika	0,3	0,0	0,0	0,0	0,7	0,5
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	22,9	18,9	14,7	15,4	28,9	29,0

Problematische Einnahme von Medikamenten

Der Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) erfasst Gewohnheiten und Schwierigkeiten, die bei der Einnahme von Medikamenten auftreten können. Nach den Kriterien des KFM weisen 4,5 % der Befragten einen problematischen Medikamentengebrauch auf. Frauen zeigen mit 5,2 % einen etwas höheren Anteil mit positivem Befund als Männer mit 3,7 %.

Die Prävalenz problematischer Medikamenteneinnahme nimmt mit dem Alter tendenziell zu und ist in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen am höchsten (Tabelle 6-3).

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
	1389	576	813	334	230	271	232	322
KFM (≥ 4)	4,5 (60)	3,7	5,2	3,6	2,7	3,3	5,9	5,1

Am häufigsten wird mit 15,3 % der Aussage des zeitweiligen sozialen Rückzugs zugestimmt, die sich allerdings als einzige Frage im KFM nicht auf Medikamente bezieht („Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen“). Dem folgen die Aussagen, sich sicherheitshalber einen Vorrat an Tabletten anzulegen mit 11,4 %, Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen mit 9,8 %, bestimmte Situationen nicht ohne Medikamente bewältigen zu können mit 7,5 % und schlechteres Einschlafen mit 5,6 %. Frauen stimmen den Aussagen des KFM insgesamt häufiger zu, für das Item „Gefühl des Unwohlseins ohne Medikamente“ ergibt sich jedoch ein höherer Anteil positiver Antworten bei den männlichen Befragten (Tabelle 6-4). Altersunterschiede treten weniger deutlich zu Tage. In allen Altersgruppen wird das Rückzugsmotiv am häufigsten genannt. In der jüngsten und ältesten Altersgruppe folgt an zweiter Stelle Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen, in den mittleren steht der Tablettenvorrat an zweiter Stelle. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung erfüllten 52.000 Personen (95%-KI: 36.000-74.000) die Kriterien für einen problematischen Medikamentenkonsum.

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

	Geschlecht			Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schlechteres Einschlafen ohne Medikamente	5,6	5,3	5,9	2,6	1,4	3,7	8,6	7,1
Tablettenvorrat	11,4	10,6	12,3	11,5	10,8	11,7	12,4	10,3
Sozialer Rückzugswunsch	15,3	11,1	19,6	13,4	12,4	18,8	17,0	12,3
Ohne Medikamente können best. Situationen nicht bewältigt werden	7,5	6,3	8,8	5,5	2,8	5,9	9,9	9,4
Andere glauben, dass Person Probleme mit Medikamenten hat	0,7	0,5	0,9	0,3	0,3	0,7	1,6	0,0
Toleranzsteigerung	2,7	2,4	3,1	3,3	0,7	1,1	3,5	4,1
Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen	9,8	8,7	11,0	12,0	7,5	7,7	9,6	12,1
Geringere Nahrungsmittelaufnahme in Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme	2,1	1,6	2,6	2,5	2,6	3,3	1,6	1,0
Gefühl des Unwohlseins ohne Medikamente	3,9	3,9	3,8	1,5	0,7	3,3	5,3	5,2
Selbst über Einnahmemenge erstaunt	2,0	1,8	2,3	3,3	1,7	1,5	2,5	1,7
Mit Medikamenten leistungsfähiger	4,4	3,8	4,9	3,8	2,0	4,0	4,4	6,0

Trends

30-Tage-Prävalenz der häufigen Medikamenteneinnahme. Trendbeobachtungen zeigen, dass der Anteil 18- bis 59-Jähriger mit mindestens einmaliger wöchentlicher Einnahme von Schmerzmitteln innerhalb der letzten 30 Tage vor der Befragung zwischen 1997 und 2009 kontinuierlich ansteigt. Der Anteil von Appetitzüglern und Neuroleptika sinkt dagegen im selben Zeitraum kontinuierlich. Die beobachteten Trends der häufigen Einnahme dieser Substanzen sind vor allem auf Veränderungen des Einnahmeverhaltens von Frauen zurückzuführen. Keine signifikanten zeitlichen Änderungen der häufigen Medikamenteneinnahme finden sich bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln und Antidepressiva (Tabelle 6-5).

Tabelle 6-5: Trends der 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme 18- bis 59-Jähriger, 1997-2009

Gesamt	Erhebungsjahr		
	1997	2003	2009
Schmerzmittel	9,2*	10,5*	15,8
Schlafmittel	2,5	1,8	2,9
Beruhigungsmittel	1,8	2,3	2,1
Anregungsmittel	0,7	0,3	0,3
Appetitzügler	2,5*	0,7*	0,1
Antidepressiva	--	3,7	4,4
Neuroleptika	--	1,4*	0,5
Männer			
Schmerzmittel	6,8*	8,1*	13,6
Schlafmittel	1,1	1,4	1,5
Beruhigungsmittel	0,6	1,9	2,5
Anregungsmittel	0,3	0,3	0,3
Appetitzügler	0,7	0,3	0,2
Antidepressiva	--	1,7	3,8
Neuroleptika	--	1,7	0,4
Frauen			
Schmerzmittel	11,8*	13,1*	18,2
Schlafmittel	3,9	2,2	4,5
Beruhigungsmittel	3,0	2,7	1,8
Anregungsmittel	1,1	0,2	0,3
Appetitzügler	4,4*	1,1*	0,0
Antidepressiva	--	5,7	5,0
Neuroleptika	--	1,0	0,6

*) $p < .05$ 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) zwischen 2003 und 2009 zeigen insgesamt und für beide Geschlechter keine signifikanten Veränderungen. Dennoch findet sich bei Männern eine zunehmende, bei Frauen eine leicht abnehmende Tendenz (Tabelle 6-6).

Tabelle 6-6: Trends des problematischen Medikamentenkonsumentums (Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch) bei 18- bis 59-Jährigen, 2003-2009

	Erhebungsjahr	
	2003	2009
Gesamt	890	1293
	4,9	4,7
Männer	383	531
	2,4	4,0
Frauen	507	762
	7,5	5,3

*) $p < .05$ 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

In Hamburg berichteten 44,1% der Personen, mindestens einmal im Leben illegale Drogen genommen zu haben. Häufigerer Konsum ist hingegen deutlich seltener: 9,2 % der Wohnbevölkerung Hamburgs hat innerhalb der letzten 12 Monate illegale Drogen konsumiert, 5,0 % innerhalb der letzten 30 Tage. Der weitaus größte Anteil der Konsumprävalenz illegaler Drogen geht auf Cannabis zurück (12-Monatsprävalenz 8,5%), die 12-Monats-Prävalenzwerte der anderen Substanzen liegen mit Ausnahme von Kokain unter 1%. Diese Zahlen sprechen für eine relativ hohe Popularität von Cannabis und Kokain auch in der Allgemeinbevölkerung und nicht nur, wie die Ergebnisse aus Studien in spezifischen Populationen zeigen, für eine Beschränkung des Konsums auf Kreise der jungen erwachsenen Partybesucher (Tossmann, Boldt & Tensil, 2001) und Personen der offenen Drogenszene (Thiel, Homann, Verthein & Degkwitz, 2000; Verthein, Haasen, Prinzleve, Degkwitz & Krausz, 2001).

Im Vergleich zum gesamtdeutschen Durchschnitt (Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010) sind die Prävalenzen illegaler Drogen in Hamburg höher. So ist die 12-Monats-Prävalenz für Kokain (0,8% vs. 1,7%) und psychoaktive Pilze (0,2% vs. 0,7%) in Hamburg mehr als doppelt so hoch. Die 12-Monats-Prävalenz von Spice entspricht hingegen nur der Hälfte des bundesweiten Durchschnitts (0,2 % vs. 0,4 %). Die höheren Prävalenzwerte in Hamburg sprechen für eine Konzentration des Drogenkonsums im großstädtischen Bereich (Kraus, Heppekausen & Tretter, 2004). Darauf deuten auch ähnliche Werte des Epidemiologischen Suchtsurvey 2006 für Berlin hin. Die 12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge bei 15- bis 64-jährigen Berlinern lag bei 10,8 %, die von Cannabis bei 9,8 % und die von Kokain bei 1,8 % (Kraus, Rösner, Baumeister, Pabst & Steiner, 2008).

Männer und junge Erwachsene unter 30 Jahren haben ein erhöhtes Risiko für den Konsum illegaler Drogen. 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.

Multipler Substanzkonsum stellt eine gesundheitspolitische Herausforderung der nächsten Jahre dar, da er in besonderem Maß mit negativen Folgen verbunden ist. In den vergangenen 12 Monaten haben in Hamburg insgesamt 21,7 % mindestens zwei verschiedene illegale Substanzen konsumiert. Ein besonders hohes Risiko für substanzbezogene Folgen haben darüber hinaus auch diejenigen Personen, die häufig Cannabis konsumieren. So zeigen die vorliegenden Daten, dass etwa die Hälfte (49,7 %) der 30-Tage-Konsumenten mindestens einmal in der Woche Cannabis konsumierte und knapp jeder Dritte (29,3 %) sogar einen täglichen Konsum berichtete. Der Anteil wöchentlicher Konsumenten ist in Hamburg deutlich

höher als in anderen Bundesländern wie z.B. in Bayern (32,2 %, Kraus, Piontek & Pabst, 2010) oder in Sachsen (40,9 %, Kraus, Pabst & Piontek, 2010).

Eine Cannabisabhängigkeit nach SDS lag für 2,9 % der 18- bis 64-Jährigen vor. Dies entspricht in etwa 34.000 Personen der Wohnbevölkerung Hamburgs. Das Risiko für eine Abhängigkeit ist für Männer und junge Erwachsene deutlich höher als für Frauen und ältere Personen. Im Vergleich zu Gesamtdeutschland und Bayern sind die Prävalenzwerte für Cannabisabhängigkeit in Hamburg deutlich erhöht, im Vergleich zu Sachsen aber geringer.

Trendanalysen des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 39-Jährigen in Hamburg zeigen, dass die Lebenszeitprävalenz von illegalen Drogen insgesamt sowie Cannabis und Kokain/Crack seit 1990 angestiegen ist. Der Anteil der Personen mit Lebenszeiterfahrung mit Cannabis hat sich von 28,8 % auf 51,4 % fast verdoppelt. Die 12-Monats-Prävalenz ist dagegen zwischen 2003 und 2009 gesunken, im Vergleich zu 1990 jedoch signifikant erhöht. Während die 12-Monats-Prävalenz von Amphetaminen in Hamburg seit 1990 zugenommen hat, haben die Prävalenzen von Ecstasy, LSD und Opiaten seit 1997 abgenommen. Bei Kokain und Crack zeigen sich keine Veränderungen. Die Entwicklungen im Zeitverlauf finden sich weitgehend auch für Gesamtdeutschland. Daten des Landeskriminalamtes Hamburg (2010) weisen darüber hinaus auf eine Reduktion der Rauschgiftkriminalität hin und verzeichnen im Jahr 2009 mit 9.380 Fällen den niedrigsten Wert seit 1995. Besorgniserregend ist jedoch der Anstieg der 12-Monats-Prävalenz des Amphetaminkonsums, da Großstädte als „Trendsetter“ für Entwicklungstendenzen in anderen Regionen angesehen werden können. Daher sollte auf zeitliche Veränderungen im Amphetaminkonsum in Zukunft besonders geachtet werden.

Die Verbreitung des Konsums illegaler Drogen in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen zeigt einen ähnlichen Verlauf. Regionale und bundesweite Daten von Jugendlichen bestätigen diesen Trend. Die Hamburger SCHULBUS-Studie unter 14- bis 18-Jährigen (Baumgärtner, 2010) weist ebenfalls auf eine Abnahme der 30-Tages-Prävalenzen von Cannabis und anderen illegalen Drogen zwischen 2005 und 2007 mit anschließend kontinuierlichem Verlauf hin. Im Rahmen der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 2008 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).

Alkohol

Die Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys in Hamburg weisen auf eine hohe Verbreitung des Alkoholkonsums in der Allgemeinbevölkerung hin. Knapp 90 % der 18- bis 64-Jährigen haben im Jahr vor der Erhebung Alkohol getrunken. Die Mehrheit der Konsumenten (56,0 %) trank risikoarm, d.h. im Durchschnitt nicht mehr als 24g (Männer) bzw. 12g (Frauen) Reinalkohol pro Tag. Allerdings liegt bei etwa 20 % der Personen riskanter Alkohol-

konsum vor, bei Männern genau so häufig wie bei Frauen. Insgesamt entsprechen diese Zahlen zum Alkoholkonsum den gesamtdeutschen Ergebnissen (Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010), allerdings ist der Anteil männlicher Konsumenten mit risikoarmem Konsum niedriger und der Anteil weiblicher Konsumenten mit riskantem Konsum in Hamburg höher. Unterschiede im Alkoholkonsum zwischen Männern und Frauen sind in Hamburg damit geringer als in Gesamtdeutschland.

Einen problematischen Alkoholkonsum nach den Kriterien des AUDIT zeigt etwa jeder fünfte Erwachsene in Hamburg, wobei kaum Unterschiede zwischen der Gesamtstichprobe und den aktuellen Konsumenten (20,3 % vs. 23,0 %) festzustellen sind. Subgruppenspezifische Vergleiche belegen, dass die Prävalenz bei Männern und in jüngeren Altersgruppen deutlich erhöht ist. Möglicherweise wird die Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums in der vorliegenden Erhebung sogar noch unterschätzt, da der gewählte Cut-off des AUDIT von 8 Punkten kontrovers diskutiert wird. Vor allem jüngere Publikationen gehen davon aus, dass dieser Wert zu hoch ist (Reinert & Allen, 2007).

Die hier berichteten Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit evidenzbasierter zielgruppenspezifischer Präventionsmaßnahmen v.a. bei Personen mit niedrigem Sozialstatus. Zwar ist der Anteil alkoholabstinenter Personen in der niedrigen sozialen Schicht höher als in der mittleren und hohen sozialen Schicht, allerdings zeigen Männer der niedrigsten Schicht den höchsten Konsum sowie den größten Anteil des Rauschtrinkens. Bei Frauen zeigt die mittlere soziale Schicht den risikoärmsten Konsum mit der geringsten konsumierten Alkoholmenge und dem niedrigsten Anteil von Konsumentinnen mit riskantem Konsum. Ähnlich wie bei den Männern ist der Anteil der Rauschkonsumentinnen in der niedrigen Schicht am größten. Der Implementierung und Durchsetzung alkoholpolitischer Maßnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums und alkoholbezogener Probleme kommt daher eine große Bedeutung zu (Babor et al., 2010; Edwards et al., 1997; Kraus, Müller & Pabst, 2008).

Ähnlich wie im bundesweiten Epidemiologischen Suchtsurvey zeigen sich über die Zeit Verschiebungen hin zu einem risikoarmen Konsum (Kraus, Pabst, Piontek, Müller, 2010). Vor allem bei Männern ist die Abnahme riskanten Konsums von 30,9 % im Jahr 1997 auf 20,3 % im Jahr 2009 erfreulich. Betrachtet man einzelne Getränkesorten, so zeigt sich ein starker Rückgang beim Bier- und Spirituosenkonsum, während der Wein- und Schaumweinkonsum nahezu konstant bleibt. Auch der Pro-Kopf-Konsums in Deutschland ist seit mehreren Jahren leicht rückläufig (Gaertner, Meyer, Freyer-Adam & John, 2010). So weisen die Statistiken der Alkoholwirtschaft auf einen Rückgang des pro Kopf verbrauchten Reinalkohols von 10,8 Liter im Jahr 1995 auf 9,9 Liter im Jahr 2008 hin. Auch Analysen der ESA-Daten auf Grundlage von Konsummengen bestätigen diesen Trend (Pabst, Kraus, Piontek, Müller 2010).

Der Epidemiologische Suchtsurvey 2009 in Hamburg deutet auf die Abnahme der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens und somit auf eine Reduktion riskanter Konsummuster hin. Hinter diesem allgemeinen Rückgang verbergen sich jedoch bedeutsame subgruppenspezifische Unterschiede. So zeigt sich diese positive Entwicklung bei allen Personen mit

Ausnahme der jüngsten Altersgruppe. Bei Männern findet sich eine starke Abnahme des Rauschtrinkens in der Gesamtgruppe der 18- bis 59-Jährigen sowie in der ältesten Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen. Bei Frauen findet sich hingegen ein starker Anstieg zwischen 2003 und 2009 in der jüngsten Altersgruppe. Gesamtdeutsche Daten zeigen eine Abnahme des Rauschtrinkens bei beiden Geschlechtern (Kraus, Pabst, Piontek & Müller, 2010). Trendvergleiche bei 12- bis 17-Jährigen zwischen 2007 und 2008 zeigen einen Rückgang der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens bei Jungen und Mädchen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2008). Ein gleichbleibend hoher Anteil des Rauschtrinkens wurde zwischen 2003 und 2007 in der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) gefunden (Kraus, Pabst & Steiner, 2008). Die Hamburger SCHULBUS Studie deutet in eine andere Richtung (Baumgärtner, 2010). Die 30-Tages-Prävalenz des Rauschtrinkens nahm bei 14- bis 18-Jährigen in Hamburg zwischen 2007 und 2009 zu. Vor allem weibliche und ältere Jugendliche scheinen von diesem Anstieg betroffen. Weiterhin konnte eine aktuelle Analyse der ESA-Daten zeigen, dass im Gegensatz zu älteren Geburtskohorten in jüngeren Jahrgängen ein deutlicher Anstieg des Rauschtrinkens zu beobachten ist (Pabst, Kraus, Piontek & Müller, 2010). Eine weitere Beobachtung der Entwicklung des Rauschtrinkens in diesen Risikogruppen scheint im Hinblick auf die negativen Konsequenzen, die mit Rauschtrinken verbunden sind, notwendig (Mäkelä & Mustonen, 2007).

Tabak

Im Jahr 2009 rauchten in den letzten 30 Tagen 35,8 % der Männer und 29,4 % der Frauen in Hamburg. Erhebungen in Gesamtdeutschland berichten insgesamt etwas niedrigere Raucherraten (Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010; Robert Koch-Institut, 2010). Der Anteil der starken Raucher entspricht in Hamburg mit 26,1 % in etwa dem bundesdeutschen Durchschnitt. In Hamburg zeigt sich im Vergleich zu 1990 in der aktuellen Erhebung ein Rückgang der 30-Tage-Rauchprävalenz bei den 18- bis 39-Jährigen, allerdings ist seit 1997 keine signifikante Reduktion der 30-Tage-Rauchprävalenz mehr zu beobachten. Bei den 40- bis 59-Jährigen zeigen sich keine Veränderungen im Zeitverlauf. Die Prävalenz starken Rauchens war in allen Altersgruppen über den Beobachtungszeitraum hinweg rückläufig. Diese Tendenz wird von der Hamburger SCHULBUS-Studie (Baumgärtner, 2010) sowie von den bundesweiten ESA-Daten bestätigt (Kraus, Pabst, Piontek & Müller, 2010), was ein Hinweis darauf ist, dass Tabakkontrollmaßnahmen wie die Erhöhung der Tabaksteuer und Rauchverbote erfolgreich waren. Trotz des insgesamt rückläufigen Trends deuten die relativ hohen Raucherraten 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.

Nach wie vor ist der Anteil der aktuellen Raucher in Hamburg unter Frauen niedriger als unter Männern. Gründe für diese Unterschiede liegen vermutlich im allgemeinen geschlechtsspezifischen Gesundheitsverhalten und spezifischem Geschlechtsrollenverhalten (Sieverding, 2000). Allerdings deuten die jüngsten gesamtdeutschen Entwicklungen auf einen konvergierenden Trend beider Geschlechter und eine vergleichbare Abnahme der Prävalenz hin (Lampert & Burger, 2005; Lampert & List, 2010). Im Unterschied zu Erwachsenen zeigen sich bei Jugendlichen in aktuellen Studien nur noch geringe Unterschiede im

Rauchverhalten zwischen Mädchen und Jungen (Baumgärtner, 2010; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2008; Kraus, Pabst & Steiner, 2008). Diese Tendenz findet sich auch in den ESA-Daten. In Hamburg sind die Unterschiede in der 30-Tage-Prävalenz zwischen Männern und Frauen in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen deutlich geringer (39,8 % vs. 34,8 %) als in den älteren Altersgruppen (30- bis 39-Jährige: 32,4 % vs. 26,5 %; 40- bis 59-Jährige: 36,9 % vs. 29,0 %).

Das hohe Abhängigkeitspotential von Nikotin ist gut belegt (Lieb et al., 2000). Gerade bei Kindern und Jugendlichen besteht schon bei einem geringen Konsum ein hohes Risiko für eine Abhängigkeit. Internationale Studien konnten beispielsweise zeigen, dass sich bereits innerhalb weniger Tage oder Wochen erste Symptome einer Tabakabhängigkeit entwickeln können, wenn das Rauchen nach einem Probierversuch nicht frühzeitig wieder eingestellt wird (DiFranza et al., 2002). Vor diesem Hintergrund erscheint der zunehmend frühe Erstkonsum von Tabak bei jüngeren Geburtskohorten in Hamburg problematisch. Die nur geringen Unterschiede des Alters bei Beginn von täglichem Konsum im Vergleich zum Erstkonsum deuten darüber hinaus darauf hin, dass der Übergang vom Probierversuch zum täglichen Konsum mit einer nur geringen zeitlichen Verzögerung stattfindet. Auch wenn neueste Daten der Hamburger SCHULBUS-Untersuchung zeigen, dass das Alter des Erstkonsums bei Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahre von 12,6 Jahre im Jahr 2005 auf 13,2 Jahre im Jahr 2009 anstieg (Baumgärtner, 2010), sind frühzeitige Maßnahmen zur Verhinderung des Probierversuchs bei Jugendlichen sowie die Entwicklung und Implementation von jugendspezifischen Ausstiegsangeboten von großer gesundheitspolitischer Bedeutung. Vor diesem Hintergrund ist das Hamburgische Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens in der Öffentlichkeit, das das Rauchen an allen Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen zum 1. Januar 2010 verboten hat, zu begrüßen. Den Erfolg struktureller Maßnahmen in Gesamtdeutschland untersuchte eine aktuelle auf den ESA-Daten beruhende Studie (Müller, Kraus, Piontek & Pabst, 2010). Es zeigt sich, dass sich die Passivrauchexposition 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 die 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 Situation in Hamburg übertragen werden können. Gut 40 % der befragten Personen in Hamburg gaben an, sich durch Raucher in ihrer Umgebung stark gestört zu fühlen. Darüber hinaus berichtete etwa jeder zehnte Nichtraucher von einer Passivrauchbelastung am Arbeitsplatz. Diese Anteile sind zwar niedriger als in anderen Bundesländern wie Bayern (Kraus, Piontek & Pabst, 2010) oder Sachsen (Kraus, Pabst & Piontek, 2010), gemessen an den im Verlauf der letzten Jahre eingeführten gesetzlichen Neuregelungen zum Nichtraucherschutz allerdings nach wie vor hoch. 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.

Ähnlich wie beim Alkoholkonsum zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und aktuellem Rauchverhalten. 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, Kraus, Müller & Pabst, 2010). So findet sich seit 1980 generell ein rückläufiger Trend des Tabakkonsums in allen sozialen Schichten, allerdings kehrt sich der soziale Gradient im Zeitverlauf um. Bis etwa zum Jahr 2000 zeigen Angehörige der hohen sozialen Schicht eine höhere 30-Tage-Prävalenz sowie eine höhere Konsummenge, seit dieser Zeit ist jedoch das Risiko für Angehörige der niedrigen Schicht höher als für die mittlere und hohe soziale Schicht.

Medikamente

Gut zwei Drittel aller Befragten hat in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens ein Medikament (Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) genommen und jeder Fünfte gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens einmal pro Woche Medikamente genommen zu haben. Im Unterschied zu anderen Substanzen gilt Medikamenteneinnahme als ein Phänomen, das zu einem überwiegenden Teil Frauen und ältere Personen betrifft. Dies bestätigen auch die Zahlen des Arzneimittelsurveys (Knopf & Melchert, 2003). Für diese bereits in früheren Studien gezeigten Geschlechts- und Alterstunterschiede 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). Während die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009 aus Hamburg diese Alters- und Geschlechtsverteilungen für problematischere Formen der Medikamenteneinnahme (30-Tage-Prävalenz der häufigen und 12-Monats-Prävalenz problematischer Medikamenteneinnahme) bestätigen, zeigen Ergebnisse der 12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme eine besondere Risikogruppe. So weist die Kohorte der 25- bis 29-Jährigen eine deutlich erhöhte Prävalenz insbesondere in Bezug auf Schmerzmittel auf. Junge Frauen sind davon in besonderem Maße betroffen. Diese Risikogruppe findet sich auch in den Zahlen des deutschlandweiten Epidemiologischen Suchtsurveys (Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010).

Trendanalysen des Medikamentengebrauchs weisen auf eine deutliche Zunahme des Schmerzmittelkonsums seit dem Jahr 1997 hin. Im Vergleich dazu ist die Verbreitung anderer Arzneimittel im Verlauf der Zeit konstant geblieben bzw. rückläufig (Appetitzügler, Neuro-

leptika). Ähnliche Entwicklungen belegen der gesamtdeutsche Suchtsurvey sowie der Arzneiverordnungs-Report (Kraus, Pabst, Piontek & Müller, 2010; Schwabe & Paffrath, 2009). Der Anstieg des Schmerzmittel-Konsums ist möglicherweise auf eine zunehmende Tendenz zur Selbstmedikation sowie auf neue Versorgungs- und Beschaffungsmöglichkeiten (Internetbestellungen) zurückzuführen. So konnte beispielsweise belegt werden, dass Patienten in den letzten Jahren bei kleineren Beschwerden seltener den Arzt aufsuchten und sich dafür häufiger selbst Medikamente besorgt haben (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2006). Inadäquate Selbstmedikationen bergen ein hohes Risikopotential, da ein langfristiger Gebrauch von Analgetika zu Dauerschmerzen führen kann, die die Betroffenen dann dazu veranlassen könnten, weitere Mittel zur Linderung zu verwenden (Melchinger, Schnabel & Wyns, 1992).

Der KFM liefert Hinweise, wonach knapp 5 % der Befragten in Hamburg problematische Konsum- und Einstellungsmuster im Umgang mit Medikamenten zeigen. Entsprechende Einstellungs- und Verhaltensmuster im Arzneimittelgebrauch können den Übergang zu schädlichen und abhängigen Konsummustern fördern (Farnbacher-Lutz, 2004). Zwischen 2006 und 2009 ist der Anteil problematischer Medikamentennutzer in Hamburg wie in der Gesamterhebung des ESA allerdings konstant geblieben.

Im Vergleich zur Erfassung des Gebrauchs von illegalen Drogen, Alkohol oder Tabak ist die Erhebung der Einnahme von Medikamenten in schriftlichen Befragungen methodisch deutlich schwieriger. Aufgrund der Vielzahl der Präparate, die sich im Handel befinden, werden nur die übergeordneten Arzneimittelgruppen erfasst. Zwar wird die Zuordnung der Präparate zu den vorgegebenen Medikamentenklassen durch die Vorgabe einer Liste mit den gebräuchlichsten Handelsnamen unterstützt, allerdings ist diese Medikamentenliste nicht vollständig, sodass Fehlzusordnungen nicht ausgeschlossen werden können. Zudem fasst die Medikamentenliste Arzneimittel mit unterschiedlichen Wirkstoffen und somit unterschiedlichen Missbrauchs- und Abhängigkeitspotentialen zusammen, sodass bei der Datenanalyse keine klare Risikoeinschätzung einzelner Substanzen geleistet werden kann.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

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. 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.

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 ver-

antwortungsvollen 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 die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg. 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., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy* (2nd ed.). 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.
- Baumgärtner, T. (2010). Die Entwicklung des jugendlichen Umgangs mit Suchtmitteln in Hamburg 2004 bis 2009. Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse der SCHULBUS-Sondererhebung 2009. Zugriff am 07.12.2010. Verfügbar unter <http://www.sucht-hamburg.de/uploads/docs/6.pdf>
- 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.
- Farnbacher-Lutz, C. (2004). *Suchtberatung in der Apotheke*. Stuttgart: Deutscher Apotheker Verlag.
- 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.Glückner-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.
- 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.
- 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: Robert-Koch-Institut.
- Kolip, P. & Koppelin, F. (2002). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich* (S. 491-504). Bern: Huber.
- Konnopka, A. & König, H. H. (2007). Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany. *Pharmacoeconomics*, *25* (7), 605-618.
- Korn, E. L. & Graubard, B. I. (1999). *Analysis of health surveys*. New Jersey: Wiley and Sons.
- Kraus, L., Augustin, R. & Orth, B. (2005). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003 [2003 Epidemiological Survey of Substance Abuse in the adult population in Hamburg]* (IFT-Berichte Bd. 146). München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Kraus, L. & Baumeister, S. (2008). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, *54* (Sonderheft 1), S6-S15.
- Kraus, L., Heppekausen, K. & Tretter, F. (2004). Prävalenzschätzungen von Opiatkonsumenten in deutschen Großstädten: Methoden und Ergebnisse. *Sucht*, *50*, 11-20.
- 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 Deutschland. *Sucht*, *56* (5), 315-326.
- Kraus, L. & Pabst, A. (2010b). 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 Therapieforchung.
- 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 Therapieforchung.

- 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 Therapieforchung.
- Kraus, L., Piontek, D. & Pabst, A. (2010). Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Bayern. (IFT-Berichte Bd. 175). München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Kraus, L., Rösner, S., Pabst, A. & Steiner, S. (2008). Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Berlin. (IFT-Berichte Bd. 167). München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Kraus, L., Scherer, K. & Bauernfeind, R. (1998). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Hamburg 1997* (IFT-Berichte Bd. 97). München: IFT Institut für Therapieforchung.
- 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.
- Landeskriminalamt Hamburg (2010). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2009*. Zugriff am 07.12.2009. Verfügbar unter <http://www.hamburg.de/contentblob/2133612/data/2010-03-04-bfi-pm-kriminalstatistik-2009-gesamt.pdf>
- Lieb, R., Schuster, P., Pfister, H., Fuetsch, M., Höfler, M., Isensee, B. et al. (2000). Epidemiologie des Konsums, Mißbrauch und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *Sucht*, 46, 18-31.
- Lynch, J. & Kaplan, G. (2000). Socioeconomic position. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Hrsg.), *Social Epidemiology* (S. 13-35). Oxford: Oxford University Press.
- Manning, W. G. & Mullahy, J. (2001). Estimating log models: to transform or not to transform? *Journal of Health Economics*, 20 (4), 461-494.
- 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.
- 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.
- 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 Alcohol Depend.*, 78 (3), 297-307.

- Pabst, A., Kraus, L., Piontek, D. & Müller, S. (2010). Age, period, and cohort effects on time trends in alcohol consumption in the German adult general population. *Sucht*, 56 (5), 349-360.
- Pabst, A., Piontek, D., Kraus, L. & Müller, S. (2010). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *Sucht*, 56 (5), 327-336.
- Pattij, T., Wiskerke, J. & Schoffeleers, 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.
- 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. Kufner (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. & 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.
- Schulze, A. & Lampert, T. (2006). *Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland*. Berlin: Robert Koch Institut.
- 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., Herbst, K. & Grieb, L. (1992). *Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegaler Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. Regionalauswertung für die Hansestadt Hamburg* (IFT-Berichte Bd. 63). München: IFT Institut für Therapiefor- schung.
- 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.
- Thiel, G., Homann, B., Verthein, U. & Degkwitz, P. (2000). KokainkonsumentInnen in der offenen Hamburger Hauptbahnhofszone. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 23, 27-33.

- Topp, L. & Mattick, R. P. (1997). Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. *Addiction*, 92, 839-845.
- Tossmann, P., Boldt, S. & Tensil, M.-D. (2001). The use of drugs within the techno party scene in European metropolitan cities. *European Addiction Research*, 7, 2-23.
- Verthein, U., Haasen, C., Prinzleve, M., Degkwitz, P. & Krausz, M. (2001). Cocaine use and the utilisation of drug help services by consumers of the open drug scene in Hamburg. *European Addiction Research*, 7, 176-183.
- 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, 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