

Ludwig Kraus
Elena Gomes de Matos
Alexander Pabst
Daniela Piontek

Epidemiologischer Suchtsurvey 2012
Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch
psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Thüringen

2012 Epidemiological Survey of Substance Abuse
in the Adult Population of Thuringia

Epidemiologischer Suchtsurvey 2012.
Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch
psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Thüringen¹

2012 Epidemiological Survey of Substance Abuse
in the Adult Population of Thuringia

Ludwig Kraus, Elena Gomes de Matos, Alexander Pabst und Daniela Piontek

IFT Institut für Therapieforchung, München

Fassung vom 08.01.2014

¹⁾ Gefördert durch das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit.

Reihe IFT-Berichte
Band Nr. 186

Herausgegeben vom IFT Institut für Therapieforschung
(Verantwortlich: Prof. Dr. Ludwig Kraus)

In der Reihe IFT-Berichte sind zuletzt erschienen:

Kraus, L. Pabst, A. & Piontek, D. (2011). *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen* (IFT-Berichte Bd. 181). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Steppan, M., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2010). *Suchthilfestatistik 2009. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen des Landes Berlin* (IFT-Berichte Bd. 182). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Steppan, M., Künzel, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). *Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Jahresbericht 2009 der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)* (IFT-Berichte Bd. 183). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Steppan, M., Pfeiffer-Gerschel, T., Künzel, J. (2011). *Jahresbericht 2010 der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)* (IFT-Berichte Bd. 184). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos & Piontek, D. (2014). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Berlin* (IFT-Berichte Bd. 185). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Die Berichte können von der Webseite des Instituts (www.ift.de) heruntergeladen werden.

ISSN 0937-034X

Copyright 2014 by IFT Institut für Therapieforschung, Parzivalstr. 25, 80804 München
Tel.: 089/360804-0 (Zentrale), Fax: 089/360804-49, E-mail: ift@ift.de, Web-Site: <http://www.ift.de>
Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	7
Abbildungsverzeichnis.....	9
Vorwort.....	11
Kurzfassung	13
Summary	15
1 Einleitung.....	17
2 Methode	19
3 Illegale Drogen	31
4 Alkohol.....	37
5 Tabak	47
6 Medikamente.....	55
7 Diskussion	61
8 Literatur	71
9 Anhang: Instrumente	79

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1:	Übersicht über den Epidemiologischen Suchtsurvey in Thüringen.....	19
Tabelle 2-2:	Demographische Verteilung der Bruttostichprobe, der Nettostichprobe (ungewichtet und gewichtet) und der Grundgesamtheit sowie die Bruttorealisierung	22
Tabelle 2-3:	Soziodemographische Merkmalsverteilung in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Bevölkerung (in Prozent)	23
Tabelle 2-4:	Epidemiologischer Suchtsurvey, 1990-2012.....	28
Tabelle 2-5:	Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Thüringen 1990-2012	29
Tabelle 3-1:	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen	32
Tabelle 3-2:	12-Monats- und 30-Tage-Frequenz des Cannabiskonsums, auf Konsumenten bezogen	33
Tabelle 3-3:	Anteil der Personen mit einer cannabisbezogenen Störung nach DSM-IV.....	34
Tabelle 3-4:	Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 24-Jährigen, 1990-2012	35
Tabelle 4-1:	Verteilung des Alkoholkonsums (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen in Gramm Reinalkohol pro Tag)	37
Tabelle 4-2:	Prävalenz des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke und durchschnittliche Trinkmengen in den letzten 30 Tagen	38
Tabelle 4-3:	Häufigkeit des Rauschtrinkens nach Geschlecht und Alter (Konsumenten der letzten 30 Tage).....	39
Tabelle 4-4:	Häufigkeit des Rauschtrinkens nach Konsumkategorien (durchschnittliche Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage).....	39
Tabelle 4-5:	Anteil der Personen mit einer alkoholbezogenen Störung nach DSM-IV.....	41
Tabelle 4-6:	Anteil der Abstinenz nach Sozialschicht	42
Tabelle 4-7:	Durchschnittliche tägliche Reinalkoholmenge in Gramm nach Geschlecht und Sozialschicht (Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage)	42
Tabelle 4-8:	Riskanter Konsum und Rauschtrinken nach Geschlecht und Sozialschicht (Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage)	42
Tabelle 4-9:	Trends des Alkoholkonsums 18- bis 59-Jähriger (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage), 1995-2012.....	43

Tabelle 4-10: Trends der Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und der durchschnittlichen Trinkmenge 18- bis 59-Jähriger, 1995-2012	44
Tabelle 4-11: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens bei 18- bis 59-Jährigen, 1995-2012	45
Tabelle 4-12: Verteilung des Alkoholkonsums für Männer und Frauen (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen in Gramm Reinalkohol pro Tag).....	45
Tabelle 4-13: Prävalenz des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke und durchschnittliche Trinkmengen für Männer und Frauen.....	46
Tabelle 5-1: Verteilung der Raucher, Exraucher und Nichtraucher	47
Tabelle 5-2: Umfang des Zigarettenkonsums der Zigarettenraucher (letzte 30 Tage)	48
Tabelle 5-3: Anteil der Personen mit Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV	51
Tabelle 5-4: Anteil der Nichtraucher, Raucher und Exraucher nach Geschlecht und Sozialschicht	52
Tabelle 5-5: Prävalenz des täglichen Zigarettenrauchens nach Geschlecht und Sozialschicht	52
Tabelle 5-6: Prävalenz des Rauchens von täglich 20 oder mehr Zigaretten nach Sozialschicht	52
Tabelle 5-7: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens, 1990-2012	53
Tabelle 5-8: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag, 1990-2012	53
Tabelle 5-9: Trends der Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV bei 18- bis 59-Jährigen, 2000-2012	54
Tabelle 6-1: 12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme	55
Tabelle 6-2: 30-Tage-Prävalenz der mindestens wöchentlichen Medikamenteneinnahme	56
Tabelle 6-3: Anteil der Personen mit einer medikamentenbezogenen Störung von Schmerzmitteln nach DSM-IV (letzte 12 Monate)	57
Tabelle 6-4: Anteil der Personen mit einer medikamentenbezogenen Störung von Schlafmitteln nach DSM-IV (letzte 12 Monate)	57
Tabelle 6-5: Anteil der Personen mit einer medikamentenbezogenen Störung von Beruhigungsmitteln nach DSM-IV (letzte 12 Monate)	58
Tabelle 6-6: Trends der 30-Tage-Prävalenz der mindestens wöchentlichen Medikamenteneinnahme bei 18- bis 59-Jährigen, 1995-2012.....	58
Tabelle 6-7: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Schmerzmittelabhängigkeit nach DSM-IV bei 18- bis 59-Jährigen, 2000-2012.....	59

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Cannabiskonsums	34
Abbildung 4-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Frauen	40
Abbildung 4-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Männer	41
Abbildung 5-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Frauen	49
Abbildung 5-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Männer	49
Abbildung 5-3: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Frauen	50
Abbildung 5-4: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Männer	51

Vorwort

Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) wird seit den 1980er Jahren in regelmäßigen Abständen der Konsum von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen sowie Medikamenten in der Allgemeinbevölkerung Deutschlands erfasst. Damit ergänzt der Survey als wichtige Datenquelle die Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Darüber hinaus bietet er die Möglichkeit, die spezifische Situation des Substanzkonsums auf Ebene der Bundesländer zu beobachten. Thüringen beteiligt sich mit der aktuellen Erhebung erstmals mit einer erweiterten Stichprobe am ESA und erlaubt damit aktuelle Schätzungen zum Ausmaß des Substanzkonsums sowie substanzbezogener Störungen auf Basis bevölkerungsrepräsentativer Daten.

An der Befragung des Epidemiologischen Suchtsurveys in Thüringen nahmen insgesamt 971 Personen zwischen 18 und 64 Jahren teil. Die Daten bieten eine gute Grundlage für die Planung und Umsetzung effektiver, zielorientierter Maßnahmen zur Prävention und Frühintervention schädlichen Substanzgebrauchs. Der vorliegende Bericht leistet damit einen wesentlichen Beitrag für eine Bedarfsschätzung, für die Zuweisung von Ressourcen zu bestimmten Interventionen sowie für die Implementierung verhältnispräventiver politischer Maßnahmen. Zudem bietet er für künftige Erhebungen eine zuverlässige Ausgangsbasis zur Beobachtung zeitlicher Entwicklungen im Gebrauch psychoaktiver Substanzen.

Januar 2014

Prof. Dr. Ludwig Kraus

Kurzfassung

Thüringen nahm im Jahr 2012 zum ersten Mal an der Zusatzerhebung des bundesweit durchgeführten Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) teil. Schwerpunkt des ESA ist die Beschreibung von Verbreitung und Mustern des Konsums von illegalen Drogen, Alkohol, Tabak und Medikamenten. Weiterhin wird die zeitliche Entwicklung des Konsums und substanzbezogener Störungen seit 1990 untersucht. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung (Mixed-Modus-Design) 971 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 48,1 %.

Illegale Drogen

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 16,5 % über Erfahrungen mit illegalen Drogen, 4,0 % über den Konsum in den letzten 12 Monaten und 1,9 % über den Konsum in den letzten 30 Tagen. Mit einer 12-Monats-Prävalenz von 3,9 % war Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz. Etwa jeder Sechste (16,0 %) der 30-Tage-Konsumenten nahm im letzten Monat täglich oder fast täglich Cannabis. Für 0,9 % der 18- bis 64-jährigen Bevölkerung wurde ein Cannabismissbrauch und für 0,1 % eine Cannabisabhängigkeit nach den Kriterien des DSM-IV diagnostiziert. Insgesamt nahm die Lebenszeiterfahrung des Konsums irgendeiner illegalen Droge bei den 18- bis 24-Jährigen von 3,0 % im Jahr 1990 auf 34,0 % im Jahr 2012 deutlich zu. Seit dem Jahr 1997 fanden sich allerdings keine signifikanten Veränderungen mehr. Bei illegalen Drogen außer Cannabis zeigte sich ein statistisch bedeutsamer Rückgang des Anteils der 12-Monats-Konsumenten von 9,4 % im Jahr 2009 auf 1,8 % im Jahr 2012.

Alkohol

Alkoholkonsum ist in der Allgemeinbevölkerung in Thüringen weit verbreitet. Lediglich 2,4 % der Befragten konnten als lebenslang abstinent bezeichnet werden. Weitere 6,9 % hatten zwar Alkoholerfahrung, lebten aber im letzten Jahr vor der Erhebung abstinent. Die Mehrheit (57,0 %) der 18- bis 64-Jährigen berichtete einen durchschnittlich risikoarmen Konsum von weniger als 24 g (Männer) bzw. 12 g (Frauen) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert lagen 23,1 % der Männer und 13,6 % der Frauen. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 46,8 % der Männer und 15,5 % der Frauen. Nach den Kriterien des DSM-IV wurden bei 1,9 % der 18- bis 64-Jährigen ein Alkoholmissbrauch und bei 2,6 % eine Alkoholabhängigkeit festgestellt. Männer hatten verglichen mit Frauen ein deutlich erhöhtes Risiko eines Missbrauchs, während sich die Abhängigkeitsraten nur gering zwischen den Geschlechtern unterschieden. Schichtspezifische Analysen belegen einen erhöhten Anteil Abstinenter in der Unterschicht. Konsumenten der mittleren sozialen Schicht zeigten insgesamt ein ungünstigeres Trinkverhalten als Konsumenten anderer Sozialschichten. Zwischen 1995 und 2012 fand eine Verschiebung hin zu mehr Abstinenz und geringerem Konsum statt. Dieser Trend zeigt sich vor allem bei den Frauen.

Tabak

In den letzten 30 Tagen rauchten 38,2 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 29,2 % der gleichaltrigen Frauen. Fast ein Viertel (24,1 %) der Befragten konnte als Exraucher klassifiziert werden. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rauchen (20 und mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern weiter verbreitet als bei Frauen (28,0 % vs. 8,1 %). Eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV wurde für 10,5 % der Befragten geschätzt (Männer: 12,7 %, Frauen: 8,1 %). Der Anteil (starker) Raucher war unter Personen der niedrigen Sozialschicht höher als unter Personen der mittleren und oberen sozialen Schicht. Seit 1990 waren insgesamt keine signifikanten Veränderungen in der Prävalenz des Rauchens zu beobachten. Lediglich in der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen reduzierte sich der Anteil der Raucher zwischen dem Jahr 2000 (54,0 %) und dem Jahr 2012 (34,7 %) bedeutsam. Der Anteil nikotinabhängiger Frauen nahm seit dem Jahr 2000 zu.

Medikamente

Über die Hälfte (59,4 %) aller Befragten nahm in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) ein und ein Viertel (25,2 %) der Befragten gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Medikamente mindestens einmal pro Woche genommen zu haben. Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen. Allgemein berichteten Frauen und ältere Personen über einen höheren Medikamentengebrauch als Männer bzw. jüngere Erwachsene. Insgesamt wiesen 8,8 % der Befragten einen Missbrauch und 3,4 % eine Abhängigkeit von Medikamenten nach DSM-IV auf. Trendvergleiche der mindestens einmal wöchentlichen Einnahme zwischen 1995 und 2012 zeigten einen Anstieg in Bezug auf Schmerzmittel. Gegenüber dem Jahr 2000 zeigen sich keine signifikanten Veränderungen in der Prävalenz der Schmerzmittelabhängigkeit.

Summary

In 2012, the sample of the Epidemiological Survey of Substance Abuse (ESA) was enlarged in order to allow separate estimations for the state of Thuringia. The report describes current use and consumption patterns of illicit drugs, alcohol, tobacco and prescription drugs. It also investigates temporal changes in consumption and substance-related disorders since 1990. The survey employed self-administered questionnaires, telephone interviews and online questionnaires in combination (mixed-mode-design). The response rate was 48.1 %, resulting in 971 respondents aged 18 to 64 years who participated in the study.

Illicit drugs

Overall, 16.5 % of respondents aged 18 to 64 years reported lifetime illegal drug use; 4.0 % reported the use of illegal drugs within the last twelve months, and 1.9 % within the last 30 days. With a 12-months prevalence of 3.9 % cannabis was the most widely used illegal drug. One in six (16.0 %) past month cannabis users reported having used it daily or almost daily. Estimates for DSM-IV cannabis abuse and dependence were 0.9 % and 0.1 %, respectively. Overall, lifetime experience with illicit drug use among individuals aged 18 to 24 years increased from 3.0 % in 1990 to 34.0 % in 2012. However, prevalence rates did not significantly change since 1997. The use of illicit drugs other than cannabis within the last 12 months significantly declined from 9.4 % in 2009 to 1.8 % in 2012.

Alcohol

Alcohol use is wide-spread among the general population of Thuringia. Only 2.6 % of the respondents were lifetime abstainers. Another 6.9 % had already drunk alcohol, but not within the last twelve months. The majority (57.0 %) of respondents aged 18 to 64 years reported low-risk alcohol consumption of less than 12/24g ethanol per day within the last 30 days for females/males. A higher average daily intake was reported by 23.1 % of males and 13.6 % of females. Episodic heavy drinking (five alcoholic drinks on one day) within the last 30 days was prevalent in 46.8 % of males and 15.5 % of females. Overall, 1.9 % of the respondents fulfilled DSM-IV criteria for alcohol abuse and 2.6 % met the criteria for alcohol dependence. Males had an increased risk for alcohol abuse compared to females, whereas dependence rates were comparable. Socioeconomic differences emerged with higher abstinence rates in the lower socioeconomic status group. Individuals in the middle socioeconomic status group showed more disadvantageous drinking patterns than individuals in the other groups. Between 1995 and 2012, alcohol consumption patterns generally moved to higher proportions of abstainers and low-risk drinkers and lower proportions of at-risk drinkers. This trend is particularly seen in women.

Tobacco

Overall, 38.2 % of males and 29.2 % of females aged 18 to 64 years reported having smoked within the last 30 days. A total of 24.1 % of the respondents reported former smoking. Male cigarette smokers more often reported heavy smoking (at least 20 cigarettes per day) than female cigarette smokers (28.0 % vs. 8.1 %). Altogether, 10.5 % fulfilled DSM-IV criteria for nicotine dependence (males: 12.7 %, females: 8.1 %). The prevalence of (heavy) smoking was highest in the lower socioeconomic group in both males and females. Overall, no significant changes in the prevalence of smoking were observed since 1990. However, in 18- to 24-year-olds the proportion of smokers significantly declined between 2000 (54.0 %) and 2012 (34.7 %). The prevalence of nicotine dependence increased among women since 2000.

Prescription drugs

The majority (59.4 %) of study participants had used one or more prescription drugs of the assessed categories (analgesics, hypnotics, tranquillizers, stimulants, anorectics, antidepressants, and neuroleptics) within the last 12 months, and 25.2 % reported an intake at least once per week during the last 30 days. Analgesics were by far the most widely used prescription drugs. Females and older adults used medications more often than males and younger individuals. Overall, 8.8 % of the respondents met DSM-IV criteria for abuse and 3.4 % fulfilled the criteria for dependence of prescription drugs. Trend analyses revealed an increase in the prevalence of weekly analgesics use between 1995 and 2012. There were no significant changes in the prevalence of analgesics dependence compared to 2000.

1 Einleitung

Laut aktuellen Schätzungen der „Global Burden of Disease“ Studie der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 2010 zählen Tabak- und Alkoholkonsum weltweit zu den führenden Risikofaktoren für die Entwicklung von Krankheiten (Lim et al., 2012). Trotz eines generellen Rückgangs des Tabakkonsums in den letzten Jahren nimmt Rauchen inklusive Passivrauchen in den industrialisierten Regionen Nordamerika und Westeuropa den ersten Rang von 67 untersuchten Risikofaktoren ein. In Westeuropa folgen Alkohol auf Rang 6 und illegale Drogen auf Rang 14. Mit dem Konsum dieser Substanzen sind nicht nur erhebliche Risiken bezüglich physischer, psychischer und sozialer Schäden für den Konsumenten verbunden, sondern auch für Angehörige (Nutt, King & Phillips, 2010) sowie für Freunde, Bekannte und unbekannte Dritte (Laslett et al., 2011). Ferner ist davon auszugehen, dass der problematische Gebrauch psychoaktiver Medikamente und die damit verbundenen Folgeschäden vor allem bei älteren Personen unterschätzt wird (Glaeske & Schicktanz, 2011).

Eine aktuelle europaweite Studie zur Morbiditäts- und Mortalitätsbelastung psychischer Störungen des European Brain Council (EBC) macht deutlich, dass 26,6 % der Gesamtbelastung auf psychische und Hirnfunktionsstörungen zurückgeht. An erster Stelle stehen Depression gefolgt von Demenz, alkoholbezogenen Störungen und Schlaganfall (Wittchen et al., 2011). Bezüglich der Verbreitung in Europa nehmen Alkoholstörungen hinter Angststörungen, Schlafstörungen, bipolaren Störungen, Demenz, ADHS und somatoformen Störungen mit 3,4 % Rang 7 ein. Tabak wurde in dieser Studie nicht erfasst.

In Deutschland ist Alkohol die mit Abstand am weitesten verbreitete Substanz (Pabst, Kraus, Gomes de Matos & Piontek, 2013). Nur etwa eine von zehn Personen in der 18- bis 64-jährigen Bevölkerung hat in den letzten 12 Monaten keinen Alkohol konsumiert. Exzessiver starker Konsum von mehr als 60 Gramm Reinalkohol pro Trinkgelegenheit wird von 20,6 % der männlichen und 6,6 % der weiblichen Konsumenten mindestens einmal im Monat berichtet. Trotz der strengeren Gesetzgebung zum Nichtraucherschutz rauchen immer noch ein Drittel der Männer und ein Viertel der Frauen. Weit weniger verbreitet sind der Konsum von Cannabis (4,5 %) und anderer illegaler Drogen (<1 %). Besorgniserregend ist der Gebrauch von Medikamenten. Etwa jeder 20te berichtet die tägliche Einnahme von Scherzmitteln. Den aktuellen Schätzungen zu Folge liegen bei 3,4 Mio. Personen eine Alkoholstörung, bei 5,6 Mio. eine Tabakabhängigkeit, bei etwa 600.000 eine Störung durch illegale Drogen (insbesondere Cannabis) sowie bei 2,3 Mio. eine Medikamentenabhängigkeit vor. Die durch Tabakkonsum verursachten Folgekosten, die von der Gesellschaft getragen werden, werden auf 41 Mrd. Euro geschätzt, die von Alkohol auf 32,5 Mrd. Euro (Effertz & Mann, 2013) und die von illegalen Drogen auf etwa 4 Mrd. Euro (Mostardt, Flöter, Neumann, Wasem & Pfeiffer-Gerschel, 2010).

Das Monitoring des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen ist von großer gesundheitspolitischer Bedeutung. Es liefert die Grundlage für die Beurteilung des Ausmaßes substanzbezogener gesundheitlicher Schäden in der Bevölkerung und in bestimmten Teilgruppen. Auf dieser Grundlage können Entscheidungen für die Implementierung und Evaluierung von

Maßnahmen zur Minimierung substanzbezogener Probleme getroffen werden. Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) steht seit den 1980er Jahren ein Monitoringinstrument zur Verfügung, das mit regelmäßig im Querschnitt erhobenen Daten Schätzungen der Belastung der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland im Zusammenhang mit dem Konsum von Tabak, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten ermöglicht. Im Vordergrund stehen dabei die Beobachtung von Trends des Substanzkonsums und seiner Folgen. Daneben nimmt der Epidemiologische Suchtsurvey mit wechselnden Schwerpunkten auf aktuelle Forschungsfragen und Entwicklungen Bezug. Im aktuellen Survey von 2012 standen die Schätzung substanzbezogener Störungen für Alkohol, Tabak, Cannabis, Kokain, Amphetamine, Schmerzmittel, Schlafmittel und Beruhigungsmittel nach den Kriterien des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) und der neuen Fassung DSM-5 (Regier, Kuhl & Kupfer, 2013) im Vordergrund.

Thüringen hat im Jahr 2012 zum ersten Mal an der Zusatzerhebung des ESA teilgenommen. Im vorliegenden Bericht werden aktuelle Daten zum Substanzkonsum und den negativen Folgeerscheinungen für das Jahr 2012 sowie zeitliche Entwicklungen des Konsumverhaltens seit dem Jahr 1990 anhand ausgewählter Indikatoren dargestellt.

2 Methode

Die Stichprobe des bundesweit durchgeführten Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2012 wurde hinsichtlich der Fallzahlen in Thüringen erweitert, so dass Aussagen für die Wohnbevölkerung dieses Bundeslands möglich sind. Dazu wurde die Realisierung von 1.000 Befragungen angestrebt. Tabelle 2-1 zeigt im Überblick das Altersspektrum, den Stichprobenumfang, die Responserate, das Stichprobenverfahren und die Erfassungsmethode des Epidemiologischen Suchtsurveys in Thüringen für das Jahr 2012.

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

Alter	n	Antwort-rate	Stichprobenziehung	Referenz
18-64	971	48,1 %	Einwohnermeldestichprobe, disproportionaler Stichprobe, postalischer Fragebogenversand, telefonische Interviews, Online-Befragung; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus, Gomes de Matos, Pabst & Piontek, 2013

Stichprobe

Die Datenbasis des ESA für Thüringen bildeten alle in Privathaushalten lebenden Personen, die in den Jahren zwischen 1948 und 1994 geboren wurden. Diese Altersgruppe umfasst etwa 1,4 Mio. Personen (Stand 31.12.2011, Thüringer Landesamt für Statistik). Die Durchführung der Erhebung für die Aufstockungstichprobe in Thüringen wurde entsprechend der Bund-Studie durchgeführt. Dabei wurden die Zielpersonen in einem zweistufigen Verfahren zufällig ausgewählt. In einer ersten Stufe wurden 31 Gemeinden bzw. Stadtteile in Großstädten (Sample-Points) ausgewählt. Die Auswahl der Zielpersonen erfolgte in einem zweiten Schritt aus den Einwohnermelderegistern. Die Zahl der Sample-Points wurde proportional zur Anzahl der Größe der Einheiten gewählt und jedem ausgewählten Sample-Point wurde die gleiche Anzahl an Personen entnommen. Durch die bevölkerungsproportionale Verteilung der Sample-Points erhält man bei Auswahl einer konstanten Anzahl von Zielpersonen im Ergebnis eine selbstgewichtende Stichprobe. Die Auswahl der Sample-Points erfolgte zufallsgesteuert innerhalb von Schichtungszellen, die sich aus der Kombination von Kreisen und Regierungsbezirken mit zehn BIK-Gemeindegrößenklassen ergeben. Dieses Verfahren gewährleistet eine größtmögliche geografische und siedlungsstrukturelle Proportionalität der Stichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit.

Die Ziehung der Personenadressen in den Melderegistern der Gemeinden erfolgte über eine systematische Auswahl (Intervallziehung). Um den geringeren Anteil junger Erwachsener an der Gesamtbevölkerung auszugleichen, wurde die Personenstichprobe disproportional zur Verteilung der Geburtsjahrgänge in der Grundgesamtheit gezogen.

Design

Die Daten wurden im Zeitraum von April bis August 2012 durch infas Institut für angewandte Sozialwissenschaften GmbH erhoben. Die Durchführung erfolgte im Methodenmix aus schriftlicher, telefonischer und Online-Befragung. Hierfür wurde die Stichprobe nach Telefonnummernrecherche in einen schriftlichen und einen telefonischen Arm geteilt. Allen Zielpersonen des schriftlichen Arms wurde mit dem Anschreiben der Fragebogen postalisch zugesandt. Anschließend erfolgte ein gestuftes Verfahren, in dem alle Personen ohne Rücklauf 3mal 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, in dem eine telefonische Kontaktaufnahme durch das Feldinstitut angekündigt wurde. Im Rahmen der telefonischen Kontaktierung, die bis zum Feldende lief, wurde Personen, die sich nicht unmittelbar 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 42,0 % ($n = 1.044$) der insgesamt in Thüringen gezogenen Einsatzadressen ($N = 2.487$) lag vor Beginn der Studie eine Telefonnummer vor. Die verbleibenden 58,0 % ($n = 1.443$) erhielten den Fragebogen postalisch. Insgesamt nahmen 973 Personen (39,1 %) an der Befragung teil. Davon wurden 35,1 % ($n = 342$) der Interviews telefonisch realisiert, 56,8 % ($n = 553$) der Personen beantworteten den Fragebogen schriftlich und 8,0 % ($n = 78$) im Internet. Als Resultat der Datenprüfung wurden zwei Personen ausgeschlossen, deren Fragebogen nicht auswertbar waren. Somit verblieben 971 Fragebögen/Interviews als Basis für die Datenauswertung.

Antwortrate

Die Antwortrate ergibt sich als Verhältnis der Nettostichprobe zur um die neutralen Ausfälle bereinigten Bruttostichprobe. Für 66,7 % ($n = 1.658$) der Adressen der Bruttostichprobe ($N = 2.487$) 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, nicht in der angestrebten Altersgruppe) an diesen Personen betrug 18,9 % ($n = 313$). Dieser Anteil diente als Schätzwert für die stichprobenneutralen Ausfälle an Personen, von denen bis zum Feldende keine Information vorlag ($n = 829$, 33,3 %). Aufgrund dieser Schätzung erhöhte sich die Anzahl stichprobenneutraler Ausfälle um $n = 157$ Personen, so dass insgesamt 470 Zielpersonen als geschätzte neutrale Ausfälle angenommen wurden und sich die Bruttostichprobe auf 2.018 Personen (81,1 %) reduzierte. Nach Abzug der stichprobenneutralen Ausfälle ergibt sich somit eine Antwortrate von 48,1 %, die etwas geringer ausfiel als die Ausschöpfung der Bund-Erhebung des Epidemiologischen Suchtsurveys (53,6 %).

Non-response-Analysen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012 weisen auf eine höhere Teilnahmebereitschaft von Personen mit Alkohol- und Cannabiskonsum im Vergleich zu abstinent lebenden Personen hin. Zudem wiesen Teilnehmer an der Studie eine niedrigere Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens und Schlafmittelgebrauchs sowie geringere Tabakkonsummengen auf als Nicht-Teilnehmer. Hinsichtlich des Befragungsmodus deuten die Analysen auf eine geringere Prävalenz des Substanzkonsums unter telefonisch und im Internet Befragten im Vergleich zu schriftlich Befragten hin (Kraus, Piontek, Pabst & Gomes de Matos, 2013). 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

Für die Analysen wurde die Stichprobe mit einer Variable gewichtet, die sich durch Multiplikation zweier Gewichtungsvariablen (Designgewicht und Poststratifikationsgewicht) ergab (Korn & Graubard, 1999). Das Designgewicht gleicht die disproportionalen Auswahlwahrscheinlichkeiten nach Jahrgangsguppe aus und ergibt sich aus dem Kehrwert der Auswahlwahrscheinlichkeit der jeweiligen Altersgruppe. Das Poststratifikationsgewicht gleicht Abweichungen hinsichtlich zentraler Merkmale von der deutschen Allgemeinbevölkerung aus. Das Poststratifikationsgewicht wurde so gebildet, dass die gemeinsame Verteilung von Jahrgang und Geschlecht sowie die Verteilung des höchsten Schulabschlusses und der BIK-Gemeindegrößenklassen mit der demographischen Struktur der Grundgesamtheit am 31.12.2011 übereinstimmen. Die Gewichtung für die Trendauswertungen weicht davon leicht ab und ist im entsprechenden Abschnitt beschrieben (s.u.). Die Berechnung der Poststratifikationsgewichte erfolgte über das Verfahren des Iterative Proportional Fitting (Gelman & Carlin, 2002).

In Tabelle 2-2 sind die Verteilungen von Geburtsjahrgang und Geschlecht in der Bruttostichprobe, der ungewichteten und gewichteten Nettostichprobe sowie der Grundgesamtheit (nach Auskunft des Thüringer Landesamts für Statistik) dargestellt. Aufgrund der disproportionalen Ziehung nach Jahrgangsguppen ergeben sich in der ungewichteten Stichprobe teilweise Abweichungen zur Grundgesamtheit bezüglich der Verteilung der Altersgruppen. Dabei sind bei Männern jüngere Personen über- und ältere Personen unterrepräsentiert. Weibliche Befragte sind insgesamt überrepräsentiert. In der gewichteten Stichprobe stimmen die Jahrgangsguppenverteilungen bei Männern und Frauen sehr gut mit der Verteilung in der Grundgesamtheit überein. Die Bruttorealisierung² ist mit Ausnahme der jüngsten Altersgruppe bei Männern bei jüngeren und älteren Befragten beiderlei Geschlechts höher als im mittleren Erwachsenenalter.

Tabelle 2-3 stellt die ungewichtete und gewichtete Stichprobe anhand ausgewählter soziodemographischer Merkmale gegenüber. Für die Variablen Staatsbürgerschaft und Familien-

² Die Bruttorealisierung entspricht dem Prozentsatz der realisierten Befragungen an der Einsatzstichprobe unter Ausschluss aller nicht realisierter Interviews.

stand stehen zudem Vergleichswerte der Bevölkerung (nach Auskunft des Thüringer Landesamts für Statistik) zur Verfügung. Aufgrund des disproportionalen Ansatzes mit überproportional vielen jungen Erwachsenen ist der Anteil Lediger in der ungewichteten Stichprobe verhältnismäßig hoch, stimmt aber nach der Gewichtung gut mit den Anteilen in der Grundgesamtheit überein. Der im Vergleich zur Bevölkerung geringere Anteil an Geschiedenen bzw. Verwitweten kann durch die Gewichtung hingegen nur teilweise ausgeglichen werden. Unterrepräsentiert sind in der gewichteten Stichprobe zudem Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit. Die Berücksichtigung des höchsten Schulabschlusses im Poststratifikationsgewicht spiegelt sich in einem höheren Anteil an Personen mit Hauptschulabschluss und einem geringeren Anteil an Personen mit (Fach-)Abitur im Vergleich zur ungewichteten Stichprobe wider.

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

	Bruttostichprobe ohne neutrale Ausfälle		Ungewichtet			Gewichtet		Anteil an der Bevölkerung ¹⁾
	n	%	n	Bruttoreali- sierung	% der Befragten	n	%	%
Insgesamt	2172	100,0	971	44,7	100,0	971	100,0	100,0
Männer, gesamt	1132	52,1	434	38,3	44,7	506	52,1	51,8
1992 - 1994	102	4,7	35	34,3	3,6	14	1,5	1,6
1988 - 1991	113	5,2	49	43,4	5,0	36	3,7	4,2
1983 - 1987	227	10,5	77	33,9	7,9	52	5,4	5,3
1973 - 1982	228	10,5	80	35,1	8,2	94	9,7	9,5
1963 - 1972	234	10,8	91	38,9	9,4	121	12,5	12,8
1953 - 1962	121	5,6	51	42,1	5,3	133	13,7	13,2
1948 - 1952	107	4,9	51	47,7	5,3	55	5,7	5,2
Frauen, gesamt	1040	47,9	537	51,6	55,3	465	47,9	48,2
1992 - 1994	80	3,7	41	51,3	4,2	14	1,4	1,6
1988 - 1991	119	5,5	54	45,4	5,6	34	3,5	3,8
1983 - 1987	172	7,9	83	48,3	8,5	48	4,9	4,5
1973 - 1982	217	10,0	105	48,4	10,8	77	7,9	8,1
1963 - 1972	212	9,8	114	53,8	11,7	111	11,4	11,8
1953 - 1962	140	6,4	75	53,6	7,7	127	13,1	13,0
1948 - 1952	100	4,6	65	65,0	6,7	56	5,8	5,4

¹⁾ Bevölkerung: Stand 31.12.2011.

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

		Ungewichtete Stichprobe			Gewichtete Stichprobe			Bevölkerung ¹⁾ (18- bis 64-Jährige)		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Staatsbürgerschaft	Deutsch	98,2	98,6	97,8	99,0	99,4	98,5	97,0	96,5	97,5
	Andere	1,9	1,4	2,2	1,0	0,6	1,5	3,0	3,5	2,5
Familienstand	Ledig	47,0	54,8	40,6	37,7	46,4	28,2	37,9	42,7	33,2
	Verheiratet	43,6	38,5	47,7	50,9	45,7	56,6	46,3	46,8	45,7
	Verwitwet	2,3	0,7	3,5	3,2	1,1	5,5			
	Geschieden ²⁾	5,4	4,2	6,3	7,0	5,7	8,3	15,9	10,5	21,1
	K.A.	1,9	1,8	1,9	1,3	1,2	1,3	0,0	0,0	0,0
Schulabschluss ³⁾	In Schulausbildung	1,8	2,1	1,5	0,5	0,6	0,4			
	Hauptschulabschluss/POS bis 9. Klasse	7,5	11,5	4,3	17,6	23,4	11,3			
	Mittlere Reife/POS 10. Klasse	48,6	46,8	50,1	51,6	47,2	56,4			
	(Fach-) Abitur	40,7	37,3	43,4	26,7	22,5	31,2			
	Ohne Abschluss	0,5	0,9	0,2	2,7	5,0	0,3			
	Anderer Abschluss	0,6	0,9	0,4	0,5	0,6	0,3			
	K.A.	0,3	0,5	0,2	0,4	0,7	0,1			
Haushaltsnettoeinkommeh ³⁾	Unter 500	2,7	2,8	2,6	2,7	3,5	1,9			
	500-1.000	10,2	10,6	9,9	10,3	11,1	9,4			
	1.000-1.250	7,2	6,9	7,5	9,1	9,9	8,2			
	1.250-1.500	10,0	9,9	10,1	9,5	8,5	10,6			
	1.500-2.000	14,9	12,9	16,6	16,0	14,1	18,1			
	2.000-2.500	13,5	12,9	14,0	12,9	11,9	14,1			
	2.500-3.000	12,1	11,5	12,5	11,9	11,9	11,9			
	3.000-4.000	11,7	11,3	12,1	11,6	11,5	11,6			
	4.000 und mehr	12,2	15,2	9,7	10,9	12,8	8,9			
	K.A.	5,6	6,0	5,2	5,0	4,7	5,4			

¹⁾ Bevölkerung: Stand 31.12.2011, Thüringer Landesamt für Statistik. ²⁾ In der Bevölkerungsstatistik sind die Kategorien "verwitwet" und "geschieden" zusammengefasst.

³⁾ Bevölkerungsstatistiken nicht erhältlich.

K.A. Keine Angabe.

Instrumente

Der Fragebogen des ESA 2012 umfasst insgesamt 120 Fragen, über die auf 30 Seiten verschiedene Themenbereiche exploriert werden. Im Anhang werden die verwendeten Instrumente in einer Übersicht dargestellt. Der vollständige Fragebogen ist im Internet unter http://ift.de/fileadmin/literaturliste/Epidemiologischer_Suchtsurvey_2012.pdf abrufbar.

Im Fokus des Suchtsurveys steht die Untersuchung des Konsumverhaltens bezüglich illegaler Substanzen, Alkohol, Tabak und Medikamenten sowie psychischer Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum dieser Substanzen. Neben soziodemographischen Daten und Fragen zur ökonomischen Situation wird zudem der körperliche und psychische Gesundheitszustand erfasst. Die Erfassung soziodemographischer Merkmale in der aktuellen Erhebung orientiert sich an den Demographischen Standards für persönlich-mündliche und schriftliche Befragungen des Statistischen Bundesamts von 2010 (Statistisches Bundesamt, 2010).

In der vorliegenden Erhebung wurden die Kernfragen des Surveys um drei Themenkomplexe ergänzt. Dies waren a) das Vorliegen eines Substanzmissbrauchs oder einer -abhängigkeit nach den Kriterien des DSM-IV und DSM-5 (American Psychiatric Association, 1994; American Psychiatric Association, 2013), b) die Inanspruchnahme von Hilfe im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten, und c) das Erleben von Schäden durch den Alkoholkonsum Dritter. Die Inanspruchnahme von Hilfe und die Schädigung durch Dritte sind nicht Gegenstand der Basisauswertung und deshalb in diesem Bericht nicht dargestellt. Aus Gründen der Vollständigkeit sind sie jedoch in der folgenden Darstellung der verwendeten Erhebungsinstrumente enthalten. Dasselbe gilt für das standardmäßig erfasste Ausmaß psychischen Distresses.

Illegale Drogen. Aus den Angaben zum Substanzkonsum wurden die Prävalenzwerte des Konsums von Cannabis, Aufputschmitteln/Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Heroin, anderen Opiaten, Kokain, Crack, Pilzen und Spice/Smoke/Space/Badesalzen/Cathinonen o.a. bezogen auf die Lebenszeit, die letzten 12 Monate sowie die letzten 30 Tage vor der Erhebung ermittelt. Die Konsumenten wurden zudem nach der Häufigkeit ihres Konsums in den letzten 12 Monaten bzw. 30 Tagen und nach dem Erstkonsumalter gefragt.

Alkohol. Mit einem getränkesspezifischen Menge-Frequenz-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 Getränketyps pro Trinktag. Neben Bier, Wein/Sekt und Spirituosen wurden alkoholhaltige Mixgetränke (Alkopops, Longdrinks, Cocktails 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 wurde für Bier, Wein/Sekt und Spirituosen ein Alkoholgehalt von 4,8 Vol %, 11,0 Vol % bzw. 33,0 Vol % angenommen. Daraus ergibt sich pro Liter des jewei-

ligen Getränks eine Menge von 38,1 g, 87,3 g bzw. 262,0 g Reinalkohol (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. Zudem wurden Alkoholkonsumenten gebeten, das Alter des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums anzugeben.

Auf Basis der Prävalenzwerte sowie der durchschnittlichen Tagesmenge wurde das individuelle Trinkverhalten eingeteilt in „*lebenslang abstinent*“ (kein Alkoholkonsum jemals im Leben), „*nur letzte 12 Monate abstinent*“ (jemals Alkohol konsumiert, aber nicht in den letzten 12 Monaten), „*nur letzte 30 Tage abstinent*“ (Alkohol in den letzten 12 Monaten konsumiert, aber nicht in den letzten 30 Tagen), „*risikoarmer Konsum*“ (Männer: >0-24 g, Frauen: >0-12 g Reinalkohol pro Tag) und „*riskanter Konsum*“ (Männer: >24 g, Frauen: >12 g 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 Gesundheitsprobleme besteht (Burger, Bronstrup & Pietrzik, 2004; Seitz, Bühringer & Mann, 2008).

Das Trinkmuster des Rauschtrinkens wurde über die Anzahl der Tage erfasst, an denen in den letzten 30 Tagen fünf oder mehr Gläser Alkohol (ca. 14 g Reinalkohol pro Glas, d.h. mindestens 70 g Reinalkohol pro Rauschtrinktag) konsumiert wurden. Die Frequenz des Rauschtrinkens wurde eingeteilt in „*0mal*“, „*1-3mal*“ und „*4mal oder häufiger*“.

Tabak. Als Raucher wurden Personen klassifiziert, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung geraucht hatten. Gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, 1998) sind Nichtraucher Personen, die insgesamt im Leben nicht mehr als 100 Zigaretten (bzw. Zigarren, Pfeifen oder Zigarillos) geraucht haben. Exraucher sind Personen, die mehr als 100 Zigaretten bzw. andere Tabakprodukte im Leben konsumiert haben, in den letzten 30 Tagen jedoch abstinent waren. Die durchschnittliche Zigarettenzahl pro Tag wurde aus der Anzahl der Tage, an denen in den letzten 30 Tagen geraucht wurde, und der durchschnittlichen Anzahl der an einem Tag konsumierten Zigaretten berechnet. Der Umfang des Zigarettenkonsums der Zigarettenraucher wurden kategorisiert in „*nicht täglich*“ (Konsum an weniger als 30 Tagen), „*täglich bis zehn Zigaretten*“ (Konsum zwischen einer und zehn Zigaretten täglich in den letzten 30 Tagen), „*täglich 11-19 Zigaretten*“ und „*täglich 20 Zigaretten oder mehr*“. Aktuelle und ehemalige Raucher wurden zudem nach dem Einstiegsalter für das Rauchen und das tägliche Rauchen gefragt.

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, Neuroleptika und Anabolika (Anabole Steroide) ermittelt. Die Häufigkeitsangaben zum Gebrauch in den letzten 30 Tagen erlauben eine Prävalenzschätzung der mindestens 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 vorgegeben.

Substanzbezogene Störungen. Substanzbezogene Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol, Tabak, Cannabis, Kokain, Amphetaminen, Schmerzmitteln, Schlafmitteln und Beruhigungsmitteln wurden mit Hilfe des Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI, Wittchen et al., 1995) erfasst. Eine Abhängigkeit nach DSM-IV liegt vor, wenn mindestens drei von sieben Kriterien in den letzten 12 Monaten aufgetreten sind. Da nach den Kriterien des DSM-IV für Cannabis keine Entzugssymptome definiert sind, entfällt das Kriterium bei dieser Substanz. Ein Missbrauch nach DSM-IV liegt vor, wenn nicht zeitgleich eine Abhängigkeit von derselben Substanz besteht und mindestens eines von vier Kriterien in den 12 Monaten vor der Befragung erfüllt ist. Für Tabak ist keine Missbrauchsdiagnose nach DSM-IV definiert.

In der kürzlich publizierten fünften Version des DSM (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) wird die Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch aufgehoben. Stattdessen werden die sieben DSM-IV Abhängigkeits- und drei der vier DSM-IV Missbrauchskriterien zusammengeführt und eine „Substanzgebrauchsstörung“ erfasst. Auf die Erhebung des Missbrauchskriteriums „Ärger mit Gesetz/Polizei im Zusammenhang mit Substanzgebrauch“ wird verzichtet. Zudem wird das bereits im ICD-10 definierte Kriterium des „Starken Verlangens“ (Craving) als neues Kriterium aufgenommen. Bei Auftreten von zwei der insgesamt 11 Kriterien innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums gilt die Substanzgebrauchsstörung nach DSM-5 als erfüllt. Im vorliegenden Bericht werden die Schätzungen zu substanzbezogenen Störungen zu Vergleichszwecken mit anderen Publikationen anhand des DSM-IV vorgenommen.

Inanspruchnahme von Hilfe. Die 12-Monats-Konsumenten von Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten wurden gebeten einzuschätzen, ob ihr Konsum der jeweiligen Substanz innerhalb der letzten 12 Monate eine schädliche Wirkung auf ihre Gesundheit oder ihr Leben hatte. Zur Erfassung der Inanspruchnahme von Hilfe wurde den Personen, die diese Frage bejahten, eine Liste von möglichen Hilfsangeboten vorgegeben, deren Inanspruchnahme angegeben werden sollte (Hausarzt, Psychotherapie, ambulante Suchtberatung, stationäre Entgiftung, stationäre Rehabilitation, Selbsthilfegruppe, Unterstützung durch Freunde/Partner/Familie). Aktuelle und ehemalige Raucher wurden zunächst nach dem Zeitpunkt ihres letzten ernsthaften Aufhörversuchs und dessen Erfolg gefragt. Dann wurden sie gebeten anzugeben, welche konkreten Hilfsmittel sie bei ihrem letzten Aufhörversuch innerhalb der letzten zwei Jahre verwendet hatten (Entwöhnungskurs oder -seminar, nikotinhaltige Präparate (Pflaster, Kaugummi, Lutschtabletten, Sublingualtabletten, Nikotin-Inhaler), verschreibungspflichtige Medikamente (Bupropion, Vareniclin), Bücher/Broschüren/CDs/Videos/DVDs, Hypnose, Akupunktur/Akupressur, computergestützte Interventionen, elektronische Zigarette, ärztliche Beratung, Rauchertelefon, Unterstützung durch Partner/Freunde/Familie, andere Hilfsmittel, ohne Hilfsmittel oder Hilfen).

Psychische Störungen. Als Screening-Instrument für psychische Störungen wurde die von den Autoren ins Deutsche übersetzte Version des K6 (Kessler et al., 2002) verwendet. Das Instrument umfasst sechs Items und erfasst, wie häufig Personen innerhalb der letzten 30 Tage Symptome von unspezifischem, sozioemotionalem Distress (z. B. Rastlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Niedergeschlagenheit) erlebt haben.

Schäden durch den Alkoholkonsum Dritter. Mit der ins Deutsche übersetzten Fassung eines in Dänemark eingesetzten Instruments (Bloomfield & Grittner, 2012) wurde für alle Teilnehmer erfasst, ob sie in den letzten 12 Monaten durch den Alkoholkonsum dritter Personen Gefährdungen oder Schädigungen erlitten haben. Erfasst wurden familiäre oder Eheprobleme, Autofahrten mit einer alkoholisierten Person, Autounfälle, finanzielle Probleme, körperliche Verletzungen, Zerstörung von Kleidung oder Gegenständen, Beschimpfungen oder Beleidigungen, nächtliche Störungen, Belästigungen auf öffentlichen Plätzen, Belästigungen im privaten Rahmen sowie Verängstigung durch betrunkene Personen.

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

Auswertung

Durch sorgfältige interne Konsistenzprüfung der individuellen Angaben wurden Fehlangaben korrigiert und nicht zur Grundgesamtheit gehörige Personen aus der Stichprobe entfernt. In Anlehnung an den US National Household Survey on Drug Abuse (Biemer & Wiesen, 2002) wurde bei widersprüchlichen Angaben von einem Konsum ausgegangen. Durch fehlende Angaben weichen die angegebenen Stichprobenumfänge z. T. vom Gesamtstichprobenumfang ab. Die Besonderheiten des komplexen Stichprobenplans (Designeffekte), der disproportionalen Auswahlwahrscheinlichkeiten (Designgewichte) und der Abweichungen von externen Populationsdaten (Poststratifikation) wurden durch die Schätzung mittels Survey Verfahren in Stata 12.1 SE (StataCorp, 2007) berücksichtigt. Zur Varianzschätzung wurden Taylorreihen geschätzt (Korn & Graubard, 1999).

Trends

Für Trendanalysen wurden die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys für Thüringen von 1990 bis 2012 herangezogen. Tabelle 2-4 gibt einen Überblick über die Bundeserhebungen des Epidemiologischen Suchtsurveys (ohne Aufstockungen) zwischen 1990 und 2012.

Die resultierenden Stichprobenumfänge für die Trendanalysen Thüringen sind in Tabelle 2-5 nach Altersgruppen dargestellt. Da für die Erhebungen vor 2012 keine erweiterte Stichprobe

für Thüringen gezogen wurde, sind die Fallzahlen in diesen Jahren deutlich geringer. Das Befragungshöchstalter wurde im Laufe der Erhebungen sukzessive angehoben. Deshalb können Trendauswertungen ab 1990 für den Altersbereich 18-39 Jahre und ab 1995 für den Altersbereich 18-59 Jahre berichtet werden.

Tabelle 2-4: Epidemiologischer Suchtsurvey, 1990-2012

Jahr	n	Region	Alter	Antwort-rate	Stichprobenziehung	Referenz
1990	2.424	Deutschland Ost	12-39	65,4 %	Einwohnermeldestichprobe; altersproportionale Ziehung; postalischer Fragebogenversand; dt. Staatsangehörigkeit	(Simon & Wiblishauser, 1993)
1995	7.833	Deutschland	18-59	65,0 %	Random-Route; ADM-Design (Bundestagswahlkreise); altersproportionale Stichprobe; persönliche Übergabe des Fragebogen; dt. sprechende Wohnbevölkerung	(Herbst, Kraus & Scherer, 1996)
1997	8.020	Deutschland	18-59	64,9 %	Random-Route; ADM-Design (Bundestagswahlkreise); altersproportionale Stichprobe; persönliche Übergabe des Fragebogen; dt. sprechende Wohnbevölkerung	(Kraus & Bauernfeind, 1998b)
2000	8.139	Deutschland	18-59	51,4 %	Einwohnermeldestichprobe; altersproportionale Ziehung; postalischer Fragebogenversand; dt. sprechende Wohnbevölkerung	(Kraus & Augustin, 2001)
2003	8.061	Deutschland	18-59	54,6 %	Einwohnermeldestichprobe, disproportionaler Ziehung, postalischer Fragebogenversand; dt. sprechende Wohnbevölkerung	(Kraus & Augustin, 2005)
2006	7.912	Deutschland	18-64	44,9 %	Einwohnermeldestichprobe, disproportionaler Stichprobe, postalischer Fragebogenversand; telefonische Nachbefragung; dt. sprechende Wohnbevölkerung	(Kraus, 2008)
2009	8.030	Deutschland	18-64	50,1 %	Einwohnermeldestichprobe, disproportionaler Stichprobe, postalischer Fragebogenversand, telefonische Interviews, Online-Befragung; dt. sprechende Wohnbevölkerung	(Kraus & Pabst, 2010)
2012	9.084	Deutschland	18-64	53,6 %	Einwohnermeldestichprobe, disproportionaler Stichprobe, postalischer Fragebogenversand, telefonische Interviews, Online-Befragung; dt. sprechende Wohnbevölkerung	(Kraus & Piontek, 2013)

Aufgrund mangelnder methodischer Vergleichbarkeit werden zeitliche Veränderungen in den Konsumprävalenzen für Alkohol und Medikamente nur für die Jahre 1995 bis 2012 dargestellt. In Bezug auf illegale Drogen werden die Konsumtrends für die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen berichtet, da das Konsumrisiko in höheren Altersbereichen deutlich niedriger liegt (Kraus, Pabst, Piontek & Gomes de Matos, 2013). Aufgrund geringer Fallzahlen werden Trends medikamentenbezogener Störungen nur für Schmerzmittel berichtet und auf die Trendauswertung substanzbezogener Störungen durch illegale Drogen wird gänzlich verzichtet.

Im Rahmen der Trendanalysen wurde geprüft, ob sich signifikante Veränderungen im Vergleich zum Referenzjahr 2012 in den Prävalenzen bzw. Verteilungen ergeben. Hierzu wurden multivariate Regressionsmodelle mit Surveyjahr, Alter, Geschlecht und Erhebungsmodus (schriftlich, telefonisch, online) als Prädiktoren verwendet (Wooldridge, 2002). Für Prävalenzen wurden binär-logistische Regressionen, für rechtsschiefe Variablen (durchschnittliche Trinkmenge) wurden OLS-Modelle mit log-transformierten abhängigen Variablen (Manning, Basu & Mullahy, 2005; Manning & Mullahy, 2001) und für kategoriale Variablen (Trinkkategorien) wurden multinomiale Logit-Modelle (Williams, 2006) berechnet. Bei kleinen Zellenbesetzungen wurden exakte bivariate Tests nach Fisher berechnet.

Für die Jahre vor 2012 ist keine bundeslandspezifische Gewichtung verfügbar. Die verwendete Gewichtung nähert die Daten daher an die bundesweite soziodemografische Verteilung an. Die Trendvergleiche sind unter diesen Vorbehalten zu interpretieren. Anders als in den Querschnittsanalysen geht Schulbildung nicht in die Gewichtung der Trendanalysen ein. Grund dafür ist die bessere Vergleichbarkeit zwischen den Jahren, da eine Berücksichtigung der Schulbildung für die Erhebungen vor 2012 nicht möglich ist.

Tabelle 2-5: Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Thüringen 1990-2012

Alter	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	Gesamt
	261 (18-39)	254 (18-59)	263 (18-59)	262 (18-59)	271 (18-59)	188 (18-64)	239 (18-64)	971 (18-64)	2.709
18-24	70	26	28	38	65	47	70	179	523
25-29	48	20	23	21	43	25	29	160	369
30-39	143	66	74	70	57	29	38	185	662
40-59	--	142	138	133	106	67	81	331	998
60-64	--	--	--	--	--	20	21	116	157
18-29	118	46	51	59	108	72	99	339	892
18-39	261	112	125	129	165	101	137	524	1.554
18-59	--	254	263	262	271	168	218	855	2.291

3 Illegale Drogen

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen

Insgesamt zeigt sich, dass 16,5 % der befragten 18- bis 64-Jährigen zumindest einmal im Leben irgendeine illegale Droge (Cannabis, Amphetamine, Halluzinogene, Opiate, Kokain oder psychoaktive Pilze) genommen hatten. In den letzten 12 Monaten hatten 4,0 % illegale Drogen konsumiert. In Bezug auf die letzten 30 Tage gaben 1,9 % den Konsum von illegalen Drogen an. Cannabis ist die mit Abstand am weitesten verbreitete Substanz, der Anteil der Cannabiskonsumenten ist jeweils nur geringfügig kleiner als der für illegale Drogen insgesamt (Tabelle 3-1). Während der Anteil der Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen ohne Cannabis bei 5,0 % liegt (12-Monate: 0,4 %, 30-Tage: 0,2 %), erreichen die Einzelsubstanzen geringere Prävalenzen. Nach Cannabis haben 2,6 % Erfahrung mit Amphetaminen, 2,2 % mit Ecstasy, 2,0 % mit Pilzen, 1,8 % mit Kokain, und 1,4 % mit LSD. Die 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen liegen mit Ausnahme von Cannabis für alle Substanzen unter 1 %.

Multiple Drogenerfahrung ist unter den 18- bis 39-Jährigen weit verbreitet. Jeder vierte Drogenkonsument (27,1 %) dieser Altersgruppe hat bereits zwei oder mehr, jeder Siebte (13,1 %) drei oder mehr und jeder Zehnte (10,8 %) vier oder mehr illegale Drogen im Leben probiert. Von denen, die Drogen im Jahr vor der Erhebung konsumiert hatten, berichteten 8,6 % die Einnahme von drei oder mehr und 6,2 % von vier oder mehr illegalen Substanzen. Mit dem multiplen Drogenkonsum ist nicht notwendigerweise eine gleichzeitige Einnahme dieser Substanzen verbunden.

Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung (WB) hatten etwa 233.000 (95 %-KI: 187.000 – 287.000) Personen Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen, 56.000 (95 %-KI: 37.000 – 85.000) Personen gaben den Konsum irgendeiner illegalen Droge in den letzten 12 Monaten sowie 27.000 (95 %-KI: 14.000 – 51.000) Personen in den letzten 30 Tagen an. In den letzten 12 Monaten hatten 55.000 (95 %-KI: 36.000 – 83.000) Personen Cannabis und 5.000 (95 %-KI: 1.800 – 15.000) Personen andere illegale Drogen genommen.

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Alter und Geschlecht

Die Lebenszeitprävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge ist bei Männern etwas höher als bei Frauen (17,5 % vs. 15,3 %). Die Prävalenzrate des Drogenkonsums für die letzten 12 Monate beträgt bei Männern 4,9 % und bei Frauen 3,0 % (30-Tage: 2,6 % vs. 1,2 %). Deutliche Unterschiede zeigen sich in der Verteilung der Prävalenz des Drogenkonsums über das Alter mit den höchsten Lebenszeiterfahrungen in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen. Die Konsumwerte gehen größtenteils auf die Erfahrung mit Cannabis zurück. Beispielsweise hat jeder Vierte (25,3 %) in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen Erfahrung mit Cannabis, aber nur jeder Fünfundzwanzigste (3,7 %) mit anderen illegalen Drogen.

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

Lebenszeit	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Irgendeine illegale Droge ¹⁾	16,5	17,5	15,3	25,3	44,6	22,9	16,1	3,7
Cannabis	16,1	17,2	14,8	25,3	44,6	22,9	15,8	2,8
Andere Drogen als Cannabis ²⁾	5,0	5,2	4,8	3,7	13,4	7,6	3,5	3,0
Amphetamine	2,6	2,7	2,5	1,9	10,7	1,1	0,6	2,5
Ecstasy	2,2	2,8	1,5	2,6	7,7	1,3	2,2	1,0
LSD	1,4	2,0	0,8	0,0	4,9	2,1	0,6	1,0
Heroin	0,4	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
Andere Opiate	0,9	1,0	0,8	0,0	0,4	0,7	0,7	1,5
Kokain	1,8	2,5	1,2	1,9	6,1	3,6	0,0	1,0
Crack	0,4	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
Pilze	2,0	2,0	1,9	2,0	8,1	4,4	0,6	0,0
Spice ³⁾	0,4	0,8	0,1	0,0	0,5	0,0	0,0	1,0
12 Monate		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Irgendeine illegale Droge ¹⁾	4,0	4,9	3,0	12,1	12,0	3,2	4,0	0,0
Cannabis	3,9	4,9	2,7	12,1	10,9	3,2	4,0	0,0
Andere Drogen als Cannabis ²⁾	0,4	0,3	0,4	1,9	1,7	0,0	0,0	0,0
Amphetamine	0,3	0,3	0,3	1,9	1,3	0,0	0,0	0,0
Ecstasy	0,2	0,2	0,2	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0
LSD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Heroin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andere Opiate	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kokain	0,2	0,2	0,2	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Crack	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pilze	0,1	0,1	0,1	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0
Spice ³⁾	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
30 Tage		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Irgendeine illegale Droge ¹⁾	1,9	2,6	1,2	6,8	5,9	0,4	2,3	0,0
Cannabis	1,9	2,6	1,2	6,8	5,9	0,4	2,3	0,0
Andere Drogen als Cannabis ²⁾	0,2	0,2	0,2	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Amphetamine	0,2	0,2	0,2	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Ecstasy	0,1	0,2	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LSD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Heroin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andere Opiate	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kokain	0,1	0,0	0,2	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Crack	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pilze	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Spice ³⁾	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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

²⁾ Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack oder Pilze.

³⁾ Spice/Smoke/Space/Badesalze/Cathinone o.a.

Von den hochgerechnet 233.000 Personen mit Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen waren 129.000 Männer (95 %-KI: 96.000 – 170.000) und 104.000 Frauen (95 %-KI: 79.000 – 135.000). Von den Konsumenten der letzten 12 Monate waren 36.000 Männer (95 %-KI: 21.000 – 60.000) und 20.000 Frauen (95 %-KI: 13.000 – 32.000). Auch bezogen auf die letzten 30 Tage war die Anzahl männlicher Drogenkonsumenten (19.000, 95 %-KI: 8.000 – 42.000) deutlich höher als die Anzahl weiblicher Drogenkonsumenten (8.000, 95 %-KI: 4.000 – 19.000).

Häufigkeit des Cannabiskonsums

Die Häufigkeit des Cannabiskonsums in den letzten 12 Monaten weist auf eine Gruppe mit einem problematischen Konsummuster hin (Tabelle 3-2). Von denjenigen, die einen Cannabiskonsum im letzten Jahr angaben, konsumierten 49,0 % mehr als 5mal, jeder Achte (12,1 %) mindestens wöchentlich (60mal oder öfter) und etwa jeder Zwölfte (7,8 %) täglich oder fast täglich (200mal oder öfter). Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung sind dies 4.000 (95 %-KI: 1.000 – 15.800) Personen mit (fast) täglichem Cannabiskonsum. Jeder Sechste (16,0 %) der 30-Tage-Konsumenten nahm im letzten Monat mindestens 20mal Cannabis.

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

	n	Frequenz							
		1x	2-5x	6-9x	10-19x	20-59x	60-99x	100-199x	≥200x
12-Monats-Frequenz	50	28,2	22,8	7,4	16,2	13,3	2,4	1,9	7,8
	n	1x	2-5x	6-9x	10-19x	20-30x			
30-Tage-Frequenz	22	17,8	53,8	5,8	6,6	16,0			

Alter des Erstkonsums von Cannabis

Die empirischen Verteilungsfunktionen des Erstkonsums zeigen, dass mit Ausnahme der jüngsten Kohorte in jedem Lebensalter der Anteil der Cannabiserfahrenen umso größer ist, je jünger die Befragten sind (Abbildung 3-1). Während z. B. bis zum Alter von 20 Jahren 0,4 % der 50- bis 64-Jährigen Erfahrung mit Cannabis gemacht haben, waren es bei den 40- bis 49-Jährigen 1,0 %, bei den 30- bis 39-Jährigen 20,1 % und bei den 25- bis 29-Jährigen 38,8 %. In der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen liegen die Anteile jeweils etwas niedriger als in der nächst höheren Altersgruppe.

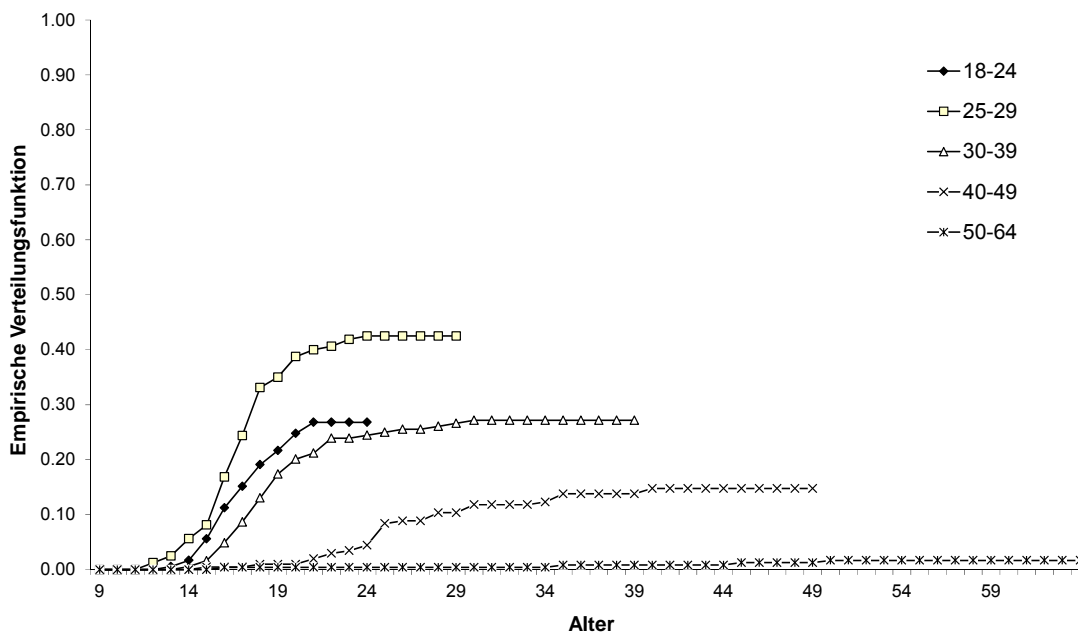


Abbildung 3-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Cannabiskonsums

Cannabisbezogene Störungen nach DSM-IV

Von den Befragten berichteten 3,9 %, in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung Cannabis konsumiert zu haben. Verwendet man die Kriterien für eine Abhängigkeit nach DSM-IV, so weisen 0,1 % der Gesamtstichprobe eine Cannabisabhängigkeit auf (Tabelle 3-3). Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung liegen bei 2.000 Personen (95 %-KI: 400 – 7.000) Hinweise auf eine Cannabisabhängigkeit vor. Weitere 0,9 % der Stichprobe weisen einen Missbrauch von Cannabis auf. Daraus ergibt sich eine Schätzung von 12.000 (95 %-KI: 3.000 – 43.000) Betroffenen im untersuchten Altersbereich.

Tabelle 3-3: Anteil der Personen mit einer cannabisbezogenen Störung nach DSM-IV

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	969	433	536	179	160	185	205	240
Missbrauch	0,9 (6)	1,6	0,1	1,0	0,5	0,9	2,3	0,0
	969	433	536	179	160	185	205	240
Abhängigkeit	0,1 (2)	0,2	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0

Trends

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen. In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen hat die Lebenszeiterfahrung des Konsums irgendeiner illegalen Droge insgesamt deutlich zugenommen (1990: 3,0 %; 2012: 34,4 %; Tabelle 3-4). Seit dem Jahr 1997 finden sich jedoch keine signifikanten Veränderungen mehr. Auch die 12-Monats-Prävalenz ist über die Zeit angestiegen. Die beobachteten Trends in Bezug auf alle illegalen Drogen sind in erste Linie auf veränderte Konsumprävalenzen von Cannabis zurückzuführen. Bei illegalen Drogen außer Cannabis zeigt sich zwischen den letzten beiden Erhebungen ein statistisch bedeut-

samer Rückgang der Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz (2009: 15,0 % bzw. 9,4 %; 2012: 7,6 % bzw. 1,8 %)

Tabelle 3-4: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 24-Jährigen, 1990-2012

		Erhebungsjahr							
		1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012
Irgendeine illegale Droge ¹⁾	Lz	3,0*	7,8*	27,8	25,1	33,2	28,8	41,1	34,4
	12 M	1,1*	2,6	19,5	12,6	17,5	13,0	19,3	12,2
	30 T	--	2,6	16,3	8,7	10,2	6,3	13,1	6,6
Andere Drogen als Cannabis	Lz	0,0 ²⁾	2,6	2,7	12,9	15,6	3,6	15,0*	7,6
	12 M	0,0	2,6	0,8	5,5	8,3	0,0	9,4*	1,8
	30 T	--	1,2	0,0	4,2	2,0	0,0	5,0*	0,9
Cannabis	Lz	3,0*	7,8*	27,8	25,1	32,3	26,9	40,3	34,4
	12 M	1,1*	2,6*	19,5	12,6	16,5	13,0	18,5	11,7
	30 T	--	2,6	16,3	8,7	10,1	6,3	10,2	6,6

¹⁾ Die Kategorie irgendeine illegale Droge umfasst alle zum jeweiligen Zeitpunkt erfassten Substanzen.

²⁾ Bei Leerzellen (0,0 %) keine Signifikanzprüfung möglich.

*) $p < 0,05$ für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2012. Logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2012), Alter, Geschlecht, Erhebungsmodus. Bei geringer Zellenbesetzungen ($n \leq 5$) wurde Fisher's exakter Test verwendet. Lz Lebenszeit. 12 M 12 Monate. 30 T 30 Tage.

4 Alkohol

Abstinenz und Alkoholkonsum

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben mit insgesamt 30,6 % mehr Frauen als Männer (18,8 %) auf Alkohol verzichtet. Der Anteil der Personen, die in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol tranken, setzt sich zusammen aus 2,4 % Lebenszeitabstinenten, 6,9 % mit Alkoholerfahrung, welche aber in den letzten 12 Monaten abstinent waren, und 15,2 %, die nur in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol getrunken haben (Tabelle 4-1).

Insgesamt weisen 57,0 % der Befragten in den letzten 30 Tagen einen im Durchschnitt risikoarmen Konsum auf, während 18,5 % einen im Durchschnitt riskanten Konsum berichteten. Der Anteil riskanter Konsumenten ist bei Männern höher als bei Frauen (23,1 % vs. 13,6 %; Tabelle 4-1).

Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung überschritten 169.000 Männer (95 %-KI: 139.000 – 214.000) den Grenzwert von durchschnittlich mehr als 24 g Reinalkohol pro Tag und 93.000 Frauen (95 %-KI: 71.000 – 119.000) den Grenzwert von mehr als 12 g Reinalkohol pro Tag.

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

	Gesamt		Geschlecht		Altersgruppen				
			Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	930		415	515	169	151	182	199	229
Lebenslang abstinent	2,4 (18)		3,6	1,0	2,9	2,8	1,7	0,7	3,5
Nur letzte 12 Monate abstinent	6,9 (57)		5,5	8,4	5,2	7,8	8,7	2,8	8,9
Nur letzte 30 Tage abstinent	15,2 (135)		9,7	21,2	18,2	12,3	16,8	13,7	15,5
Risikoarmer Konsum ¹⁾	57,0 (559)		58,1	55,8	55,8	51,9	56,6	63,1	55,0
Riskanter Konsum ²⁾	18,5 (161)		23,1	13,6	17,9	25,2	16,2	19,7	17,2

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

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

Der Anteil derer, die in den letzten 30 Tagen auf Alkohol verzichteten, reicht von 27,9 % bei den 50- bis 64-Jährigen bis 17,2 % bei den 40- bis 49-Jährigen. Durchschnittswerte von über 12/24 g Reinalkohol pro Tag wurden am häufigsten von 25- bis 29-Jährigen berichtet (25,2 %; 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 49,2 % der Befragten Bier, 46,7 % Wein/Sekt, 27,5 % Spirituosen und 20,3 % alkoholhaltige Mixgetränke (Tabelle 4-2). Im Durchschnitt nahmen die Konsumenten des jeweiligen Getränks 2,5 Liter Bier, 0,5 Liter Wein/Sekt, 0,06 Liter Spirituosen und 0,5 Liter alkoholhaltige Mixgetränke pro Woche zu sich. Die Anteile männlicher und

weiblicher Konsumenten variieren in Abhängigkeit der Art des Getränks. Während unter den Bier- und Spirituosentrinkern mehr Männer waren als Frauen (Bier: 71,7 % vs. 24,7 %; Spirituosen: 34,8 % vs. 19,6 %), tranken anteilmäßig mehr Frauen als Männer Wein/Sekt (Frauen: 58,1 %; Männer: 36,2 %) oder alkoholhaltige Mixgetränke (Frauen: 21,7 %; Männer: 19,1 %). Männer konsumierten im Durchschnitt mehr Bier als Frauen (3,0 l vs. 0,9 l), bei den anderen Getränken sind die Unterschiede zu vernachlässigen.

Zudem waren altersabhängige Effekte in der Präferenz unterschiedlicher Getränke zu erkennen. Die Zahl der Konsumenten von Spirituosen und alkoholhaltigen Mixgetränken war in den jüngeren Altersgruppen zwischen 18 und 29 Jahren am höchsten und nahm in den darüber liegenden Altersgruppen kontinuierlich ab. Am deutlichsten zeigt sich dies für alkoholhaltige Mixgetränke. In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen hat fast jeder zweite (48,8 %) Befragte während der letzten 30 Tage alkoholhaltige Mixgetränke konsumiert; bei den 30- bis 39-Jährigen waren es noch 24,2 %. In der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen sinkt der Anteil auf 6,1 %. Während Spirituosen und alkoholhaltige Mixgetränke in den untersten Altersgruppen dominierten, wurden Wein und Sekt häufiger in den Altersgruppen ab 30 Jahren konsumiert. 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

		Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
			Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Bier	% ¹⁾	49,2	71,7	24,7	51,7	52,1	47,9	53,8	45,4
	Liter ²⁾	2,5	3,0	0,9	2,2	2,8	2,8	2,3	2,5
Wein/Sekt	%	46,7	36,2	58,1	39,5	39,8	41,2	53,2	48,9
	Liter	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	0,6	0,4
Spirituosen	%	27,5	34,8	19,6	41,9	41,1	27,2	26,0	21,2
	Liter	0,06	0,07	0,04	0,09	0,08	0,05	0,05	0,05
Mixgetränke	%	20,3	19,1	21,7	48,8	40,7	24,2	19,5	6,1
	Liter	0,5	0,6	0,4	0,6	0,5	0,7	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.

Rauschtrinken

Ein Drittel der Alkoholkonsumenten (33,0 %) hat mindestens einmal während der letzten 30 Tage fünf oder mehr Gläser Alkohol an einem Tag getrunken und damit die Kriterien des Rauschtrinkens erfüllt (Tabelle 4-3). Dies kam bei Männern deutlich häufiger vor als bei Frauen. Während 46,8 % der Männer in den letzten 30 Tagen zumindest einmal fünf oder mehr Gläser alkoholhaltiger Getränke getrunken hat, waren es bei Frauen 15,5 %. Außerdem traten klare Altersunterschiede auf. Der Anteil mindestens einmaligen Rauschtrinkens war mit 52,6 % bei den 25- bis 29-Jährigen am höchsten und mit 20,2 % bei den 50- bis 64-Jährigen am niedrigsten. Betrachtet man das häufige Rauschtrinken (4mal oder häufiger) ergab sich mit 19,0 % die höchste Prävalenz ebenfalls in der Gruppe der 25- bis 29-

Jährigen. Mit zunehmendem Alter wird das häufige Rauschtrinken zwar seltener (40- bis 49-Jährige: 9,8 %), steigt allerdings bei den 50- bis 64-Jährigen wieder an (15,9 %).

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
	751	369	382	137	126	142	164	182
0mal	67,0 (498)	53,2	84,5	54,3	47,4	59,9	66,5	79,7
1-3mal	18,6 (154)	24,3	11,4	29,6	33,6	25,8	23,7	4,3
4mal oder häufiger	14,4 (99)	22,5	4,1	16,1	19,0	14,3	9,8	15,9

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

Erwartungsgemäß ist der Anteil der Rauschtrinker bei Personen mit höherem durchschnittlichem Tageskonsum größer (Tabelle 4-4). Allerdings weisen auch Personen mit einem durchschnittlichen Tageskonsum unter der empfohlenen Risikoschwelle von 24 g für Männer bzw. 12 g für Frauen Episoden des Rauschtrinkens auf. 18,0 % der im Durchschnitt risikoarmen Konsumenten berichteten von 1-3maligem Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen (Männer: 25,1 %; Frauen: 10,2 %), 7,0 % sogar von mindestens vier Trinktagen, an denen fünf oder mehr Gläser Alkohol konsumiert wurden (Männer: 11,4 %; Frauen: 2,0 %).

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

	Gesamt	Risikoarmer Konsum ²⁾	Riskanter Konsum ³⁾
Gesamt	721	557	164
0mal	66,5 (475)	75,0	40,8
1-3mal	18,8 (148)	18,0	21,0
4mal oder häufiger	14,7 (98)	7,0	38,1
Männer	355	259	96
0mal	52,2 (176)	63,5	24,6
1-3mal	24,8 (100)	25,1	24,0
4mal oder häufiger	23,0 (79)	11,4	51,4
Frauen	366	298	68
0mal	84,6 (299)	87,9	71,3
1-3mal	11,2 (48)	10,2	15,5
4mal oder häufiger	4,2 (19)	2,0	13,3

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

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

³⁾ Männer: >24 g, Frauen: >12 g 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, tendenziell höher als bei älteren (Abbildung 4-1). Während von den 18- bis 24-jährigen Frauen zwei von fünf (40,4 %) bis zum 16. Lebensjahr begannen, mindestens einmal pro Monat Alkohol zu trinken, waren es bei den 25- bis 29-

Jährigen nur noch halb so viel (20,5 %), bei den 30- bis 39-Jährigen 10,6 % und in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen 4,4 %. Auffällig ist die Gruppe der 40- bis 49-Jährigen, bei denen 18,4 % bis zum Alter von 16 Jahren mit dem regelmäßigen Alkoholkonsum begonnen haben. Bei den männlichen Befragten (Abbildung 4-2) ist die Altersverteilung für den Beginn des regelmäßigen Konsums homogener ausgeprägt: 42,9 % der 18- bis 24-jährigen männlichen Befragten hatten bis zu ihrem 16. Lebensjahr begonnen, mindestens einmal im Monat Alkohol zu trinken, von den 25- bis 29-Jährigen waren es 31,2 %, von den 30- bis 39-Jährigen 38,0 %, von den 40- bis 49-Jährigen 30,0 % und von den 50- bis 64-Jährigen 31,6 %.

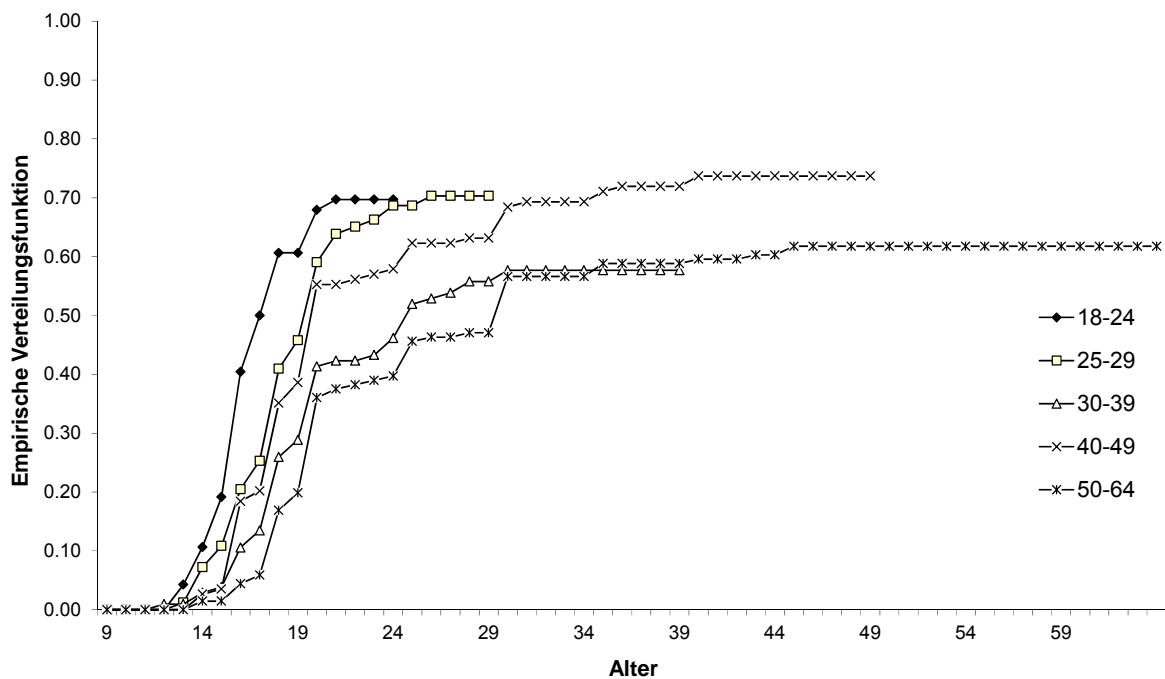


Abbildung 4-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Frauen

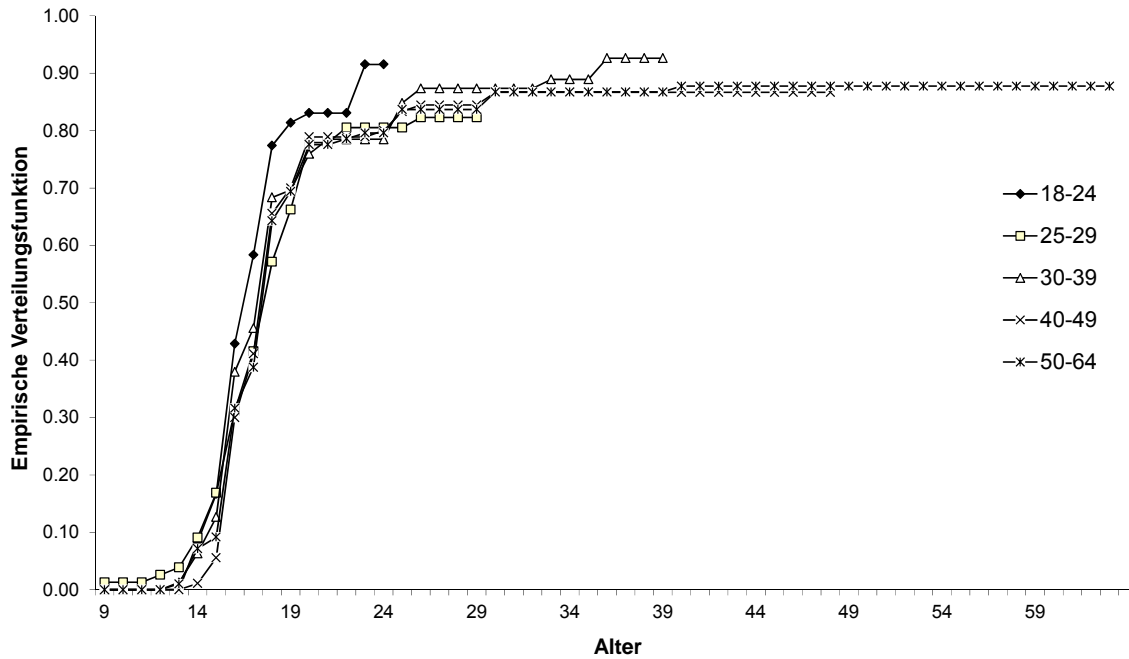


Abbildung 4-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Männer

Alkoholbezogene Störungen nach DSM-IV

Bezogen auf die letzten 12 Monate zeigten insgesamt 1,9 % der Befragten einen missbräuchlichen Alkoholkonsum und 2,6 % eine Alkoholabhängigkeit gemäß den Kriterien des DSM-IV (Tabelle 4-5). Bei Männern ist insbesondere der missbräuchliche Alkoholkonsum weiter verbreitet als bei Frauen (2,9 % vs. 0,9 %). In Bezug auf Alkoholabhängigkeit zeigen sich dagegen deutlichere Altersunterschiede. Bei den 18- bis 29-Jährigen ist die Prävalenz mit über 5 % deutlich höher als in den älteren Altersgruppen. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung erfüllten 65.000 Personen (95 %-KI: 35.000 – 120.000) die Kriterien für Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit. Bei den Männern sind es 42.000 (95 %-KI: 18.000 – 98.000) und bei den Frauen 23.000 (95 %-KI: 11.000 – 52.000).

Tabelle 4-5: Anteil der Personen mit einer alkoholbezogenen Störung nach DSM-IV

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	963	429	534	174	159	185	205	240
Missbrauch	1,9 (17)	2,9	0,9	3,3	4,2	3,6	3,2	0,5
	961	429	532	174	160	185	204	238
Abhängigkeit	2,6 (33)	2,8	2,5	5,5	5,2	1,2	1,7	1,3

Soziale Schicht

Die Daten veranschaulichen, dass es sich beim Alkoholkonsum um ein schichtspezifisches Verhaltensmuster handelt. Legt man den oben beschriebenen Schichtindex zugrunde, wird deutlich, dass Personen der unteren Sozialschicht häufiger ganz auf Alkohol verzichten als Angehörige der Oberschicht. Dieser Unterschied zeigt sich insbesondere bei der 12-Monatsabstinenz (Tabelle 4-6).

Tabelle 4-6: Anteil der Abstinenz nach Sozialschicht

	Sozialschicht		
	niedrig	mittel	hoch
Lebenszeit	7,2	0,9	0,3
12 Monate	34,6	21,8	11,7

Betrachtet man die durchschnittlich täglich konsumierte Menge Reinalkohol, zeigt sich, dass Männer der Oberschicht im Mittel weniger trinken als Männer der Mittelschicht, aber etwas mehr als die der Unterschicht (Tabelle 4-7). Bei den weiblichen Untersuchungsteilnehmern zeigt sich, dass Frauen der Unterschicht im Mittel genauso viel Alkohol trinken wie Frauen der Oberschicht.

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

	Männer			Frauen		
	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch
Mittelwert	16,2	19,9	17,1	8,3	7,3	8,3

In Hinblick auf die als riskanten Konsum definierten Trinkmengen tranken Männer der Unterschicht mit 23,6 % seltener als Männer der Oberschicht (26,7 %) oberhalb des Grenzwertes. Der Anteil riskanten Konsums ist jedoch in der Mittelschicht am höchsten (32,0 %). Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Rauschtrinken, das ebenfalls von Männern der Mittelschicht am häufigsten praktiziert wird. Bei Frauen zeigt sich ein abweichendes Muster (Tabelle 4-8). Insbesondere beim Rauschtrinken ist die Prävalenz in der Unterschicht mit 28,6 % mehr als doppelt so hoch wie in der Mittel- (12,9 %) und Oberschicht (13,1 %).

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

	Männer			Frauen		
	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch
Riskanter Konsum	23,6	32,0	26,7	22,7	17,5	21,2
Rauschtrinken	43,3	50,3	46,5	28,6	12,9	13,1

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

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

Trends

Abstinenz und Konsummenge. Zwischen 1995 und 2012 lassen sich Verschiebungen hin zu mehr Abstinenz und geringerem Konsum erkennen. Dies zeigt sich vor allem bei den Frauen. So ist insbesondere zwischen den Jahren 2000 und 2012 der Anteil der abstinenten Frauen von 13,3 % auf 29,0 % gestiegen. Der Anteil der risikoarmen Konsumentinnen ist von 67,2 % auf 56,9 % gesunken. Bei den Männern zeigen sich keine signifikanten Unterschiede über die Zeit (Tabelle 4-9).

Tabelle 4-9: Trends des Alkoholkonsums 18- bis 59-Jähriger (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage), 1995-2012

	Erhebungsjahr						
	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012
Gesamt	218	236	243	256	161	213	819
Abstinenz	16,6	19,6	13,0	13,6	20,1	23,5	22,0
Risikoarmer Konsum ¹⁾	59,6	63,9	61,3*	67,0*	59,8	53,2	59,5
Riskanter Konsum ²⁾	23,8	16,5	25,7*	19,4	20,1	23,3	18,6
Männer	92	111	115	106	79	102	367
Abstinenz	9,8	12,6	12,7	6,2	11,5	13,0	15,5
Risikoarmer Konsum	59,7	66,2	56,5	68,3	64,0	59,4	61,9
Riskanter Konsum	30,6	21,2	30,8	25,5	24,6	27,6	22,7
Frauen	126	125	128	150	82	111	452
Abstinenz	22,5	26,4	13,3*	20,7*	30,8	36,4	29,0
Risikoarmer Konsum	59,5	61,7	67,2*	65,8	54,7	45,6	56,9
Riskanter Konsum	18,0	12,0	19,5	13,5	14,5	18,1	14,1

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

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

*) p<.05 für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2012. Multinomiale Logit-Regressionen zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2012), Alter, (Geschlecht), Erhebungsmodus. Basiskategorie: Abstinenz.

Alkoholkonsum nach Getränk. Über einen Beobachtungszeitraum von 17 Jahren zeigt sich bezogen auf die letzten 30 Tage sowohl insgesamt als auch bei beiden Geschlechtern eine Abnahme der getränkesspezifischen Konsumprävalenzen. Insgesamt gingen zwischen 1995 und 2012 der Anteil der Biertrinker von 68,3 % auf 50,2 %, der Anteil der Wein-/Sekttrinker von 73,6 % auf 50,4 % und der Anteil der Spirituosenrinker von 53,8 % auf 31,5 % zurück. Hinsichtlich des Verlaufs der durchschnittlichen Trinkmengen lassen sich lediglich bei Bier Veränderungen feststellen. Bei Männern ging die durchschnittliche Menge getrunkenen Biers signifikant zurück (Tabelle 4-10).

Tabelle 4-10: Trends der Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und der durchschnittlichen Trinkmenge 18- bis 59-Jähriger, 1995-2012

		Erhebungsjahr						
		1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012
Gesamt		218	215	229	225	143	179	731
Bier	% ¹⁾	68,3*	52,1	65,9*	54,8	59,3	58,6*	50,2
	Liter ²⁾	2,7*	2,9	3,0	2,6	2,4	2,3	2,4
Wein/Sekt	%	73,6*	57,1	63,9*	62,3*	45,7	48,9	50,4
	Liter	0,5	0,4	0,6*	0,5	0,4	0,5	0,5
Spirituosen	%	53,8*	36,5	43,2	37,7	34,6	36,0	31,5
	Liter	0,10	0,09	0,12	0,05	0,06	0,06	0,06
Männer		102	115	111	102	80	97	363
Bier	%	90,3*	74,5	85,9	84,0	83,7	83,1*	73,4
	Liter	3,7*	3,6	3,8*	3,2	2,9	2,7	2,8
Wein/Sekt	%	69,6*	52,9	50,7	51,6	30,2*	45,4	42,3
	Liter	0,4	0,3	0,5	0,4	0,4	0,4	0,5
Spirituosen	%	74,4*	51,7	54,5	49,6	47,9	43,2	40,6
	Liter	0,14	0,09	0,15	0,06	0,08	0,08	0,06
Frauen		116	100	118	123	63	82	368
Bier	%	47,2*	29,7	40,4*	26,8	28,2	28,8	24,8
	Liter	0,9	1,0	0,7*	0,9	0,9	0,9	0,9
Wein/Sekt	%	77,4*	61,3	80,6*	72,5*	65,4	53,2	59,2
	Liter	0,5	0,4	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5
Spirituosen	%	34,0	21,1	28,8	26,2	17,6	27,2	21,5
	Liter	0,03	0,11	0,05	0,03	0,02*	0,03	0,04

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

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

*) $p < ,05$ für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2012. Lineare Regression zur Vorhersage der Log-transformierten Literangaben mit Jahr (Ref: 2012), Alter, (Geschlecht), Erhebungsmodus.

Rauschtrinken. Rauschtrinken, definiert als Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken pro Tag, hat in der Gesamtgruppe der 18- bis 59-Jährigen über den Zeitraum von 17 Jahren abgenommen (1995: 36,6 %; 2012: 27,5 %). Dieser allgemeine Trend geht hauptsächlich auf die Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen sowie auf Frauen zurück. Bei Männern zeigen sich in allen Altersgruppen keine signifikanten Veränderungen über die Zeit (Tabelle 4-11).

Tabelle 4-11: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens¹⁾ bei 18- bis 59-Jährigen, 1995-2012

	Erhebungsjahr						
	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012
Gesamt	253	252	258	264	166	218	846
18-59	36,6*	31,2	30,8	23,8	27,3	30,8	27,5
18-24	26,3	22,7	40,7	39,7	45,5	48,8	36,2
25-39	36,7	37,4	24,5	21,8*	22,5	34,1	32,5
40-59	39,6*	29,0	33,2	20,8	26,3	23,7	22,9
Männer	111	126	124	109	81	104	379
18-59	47,8	44,1	40,9	35,1	39,8	46,5	42,1
18-24	39,5	34,6	46,7	51,9	56,6	65,4	48,1
25-39	48,5	55,5	32,9	31,1	33,3	50,9	47,6
40-59	50,1	35,6	44,9	34,2	38,9	39,1	37,8
Frauen	142	126	134	155	85	114	467
18-59	25,9*	18,7	17,8*	13,0	12,0	12,0	11,3
18-24	9,0	16,4	34,8	28,9	22,7	33,0	23,6
25-39	26,4*	13,7	16,4	11,5	11,1	11,3	15,0
40-59	29,7*	22,8*	12,9	9,6	10,7	5,1	6,8

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

^{*}) p<.05 für Vergleich mit dem Jahr 2012. Logistische Regressionen zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2012), Alter, (Geschlecht), Erhebungsmodus.

Tabellen zu Alkohol

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

	Gesamt		Altersgruppen				
			18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Männer	415		81	75	77	88	94
Lebenslang abstinent	3,6	(12)	5,5	4,0	1,3	0,0	6,6
Nur letzte 12 Monate abstinent	5,5	(17)	3,7	5,6	5,2	1,5	8,8
Nur letzte 30 Tage abstinent	9,7	(32)	11,2	8,7	13,9	7,9	8,6
Risikoarmer Konsum ¹⁾	58,1	(261)	59,1	55,5	56,1	68,0	52,9
Riskanter Konsum ²⁾	23,1	(93)	20,5	26,2	23,5	22,6	23,0
Frauen	515		88	76	105	111	135
Lebenslang abstinent	1,0	(6)	0,0	1,5	2,2	1,5	0,3
Nur letzte 12 Monate abstinent	8,4	(40)	6,9	10,3	12,9	4,2	8,9
Nur letzte 30 Tage abstinent	21,2	(103)	26,0	16,3	20,3	19,9	22,4
Risikoarmer Konsum	55,8	(298)	52,1	47,8	57,1	57,8	57,0
Riskanter Konsum	13,6	(68)	14,9	24,1	7,5	16,6	11,4

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

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

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

		Gesamt	Altersgruppen				
Männer			18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Bier	% ¹⁾	71,7	72,1	75,0	73,9	76,1	66,8
	Liter ²⁾	3,0	2,6	3,1	3,1	2,8	3,1
Wein/Sekt	%	36,2	26,4	20,9	29,3	45,4	40,4
	Liter	0,4	0,2	0,3	0,4	0,6	0,4
Spirituosen	%	34,8	52,3	46,5	37,5	33,1	26,8
	Liter	0,07	0,11	0,08	0,05	0,06	0,06
Mischgetränke	%	19,1	49,1	33,3	22,2	19,2	5,6
	Liter	0,6	0,6	0,5	1,1	0,4	0,3
Frauen			18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Bier	%	24,7	29,8	28,0	16,5	29,7	23,0
	Liter	0,9	1,0	1,8	1,2	0,8	0,6
Wein/Sekt	%	58,1	53,5	59,8	55,5	61,7	57,7
	Liter	0,5	0,4	0,6	0,4	0,5	0,5
Spirituosen	%	19,6	30,7	35,3	14,8	18,2	15,3
	Liter	0,04	0,06	0,07	0,02	0,02	0,03
Mischgetränke	%	21,7	48,5	48,5	26,6	19,8	6,7
	Liter	0,4	0,7	0,4	0,3	0,4	0,1

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

Prävalenz des Tabakkonsums

Insgesamt 33,9 % der 18- bis 64-jährigen Befragten gaben an, im letzten Monat geraucht zu haben (Tabelle 5-1). Mehr Männer als Frauen sind aktuelle Raucher (38,2% vs. 29,2 %). Im Alter zwischen 25 und 39 Jahren ist die Prävalenz höher als in der jüngeren und den älteren Altersgruppen. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung rauchten in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung 280.000 Männer (95 %-KI: 230.000 – 333.000) und 199.000 Frauen (95 %-KI: 164.000 – 238.000) in Thüringen.

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

	Gesamt		Altersgruppen				
			18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Gesamt	965		179	160	185	205	236
Nichtraucher ¹⁾	42,0 (450)		51,8	35,6	37,6	37,0	46,5
Exraucher ²⁾	24,1 (204)		10,5	15,4	17,5	31,9	28,3
Raucher ³⁾	33,9 (311)		37,7	49,0	45,0	31,1	25,2
Männer	432		84	77	80	91	100
Nichtraucher	37,0 (173)		52,6	42,0	31,2	31,3	38,1
Exraucher	24,8 (95)		7,7	7,4	15,2	31,7	34,8
Raucher	38,2 (164)		39,7	50,6	53,6	37,0	27,1
Frauen	533		95	83	105	114	136
Nichtraucher	47,5 (277)		51,0	28,6	45,3	43,2	55,1
Exraucher	23,3 (109)		13,5	24,2	20,3	32,1	21,6
Raucher	29,2 (147)		35,5	47,2	34,4	24,7	23,3

¹⁾ Insgesamt höchstens 100mal geraucht.

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

³⁾ In den letzten 30 Tagen geraucht.

Menge des Zigarettenkonsums

Von den Zigarettenrauchern rauchten 32,6 % nicht täglich, 29,6 % gaben einen Konsum von höchstens 10 Zigaretten pro Tag und 18,3 % einen Konsum von 11-19 Zigaretten pro Tag an (Tabelle 5-2). Der Anteil starker Raucher mit einem täglichen Konsum von 20 oder mehr Zigaretten beträgt 19,5 %. Deutlich mehr Männer als Frauen rauchten stark (28,0 % vs. 8,1 %). In der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen liegt der Anteil starker Raucher mit 33,4 % deutlich über dem der beiden jüngeren Altersgruppen. Bei den 50- bis 64-Jährigen Rauchern gab noch etwa jeder Zehnte (13,3 %) an, stark zu rauchen. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung können 74.000 Männer (95 %-KI: 45.000 – 119.000) und 16.000 Frauen (95 %-KI: 8.000 – 32.000) als starke tägliche Raucher bezeichnet werden.

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

	Gesamt		Altersgruppen				
			18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Gesamt	294		54	62	71	61	46
Nicht täglich	32,6 (108)		42,3	40,4	33,8	29,7	25,4
Täglich bis 10	29,6 (89)		22,3	37,8	18,0	23,7	43,5
Täglich 11-19	18,3 (57)		25,5	12,2	14,8	23,3	17,8
Täglich 20 oder mehr	19,5 (40)		9,9	9,6	33,4	23,4	13,3
Männer	150		25	31	40	33	21
Nicht täglich	30,6 (55)		46,7	40,9	33,7	21,4	22,3
Täglich bis 10	22,5 (33)		13,0	39,4	11,2	17,6	34,7
Täglich 11-19	18,9 (33)		33,0	12,8	11,7	27,1	17,1
Täglich 20 oder mehr	28,0 (29)		7,2	6,8	43,4	34,0	25,9
Frauen	144		29	31	31	28	25
Nicht täglich	35,4 (53)		37,2	39,8	34,2	41,7	28,6
Täglich bis 10	39,1 (56)		32,8	36,0	31,2	32,5	52,8
Täglich 11-19	17,5 (24)		17,0	11,5	20,8	17,8	18,6
Täglich 20 oder mehr	8,1 (11)		13,0	12,6	13,8	7,9	0,0

Alter des ersten Tabakkonsums

Die Verteilung des Alters des ersten Tabakkonsums nach Altersgruppen zeigt bei den Frauen ein über die Alterskohorten heterogenes Muster. Während von den 18- bis 24-Jährigen 36,8 % bis zum Alter von 16 Jahren Tabak probiert hatten, waren es bei den 25- bis 29-Jährigen 61,4 %, bei den 30- bis 39-Jährigen 30,8 %, bei den 40- bis 49-Jährigen 36,8 % und bei den 50- bis 64-Jährigen 14,4 % (Abbildung 5-1). Bei den Männern haben die über 30-Jährigen im Vergleich zu den jüngeren Kohorten eine höhere Lebenszeiterfahrung mit Tabak. Bis zum Alter von 16 Jahren hatten in allen Alterskohorten mindestens 34,9 % bereits Erfahrung mit Tabak (Abbildung 5-2).

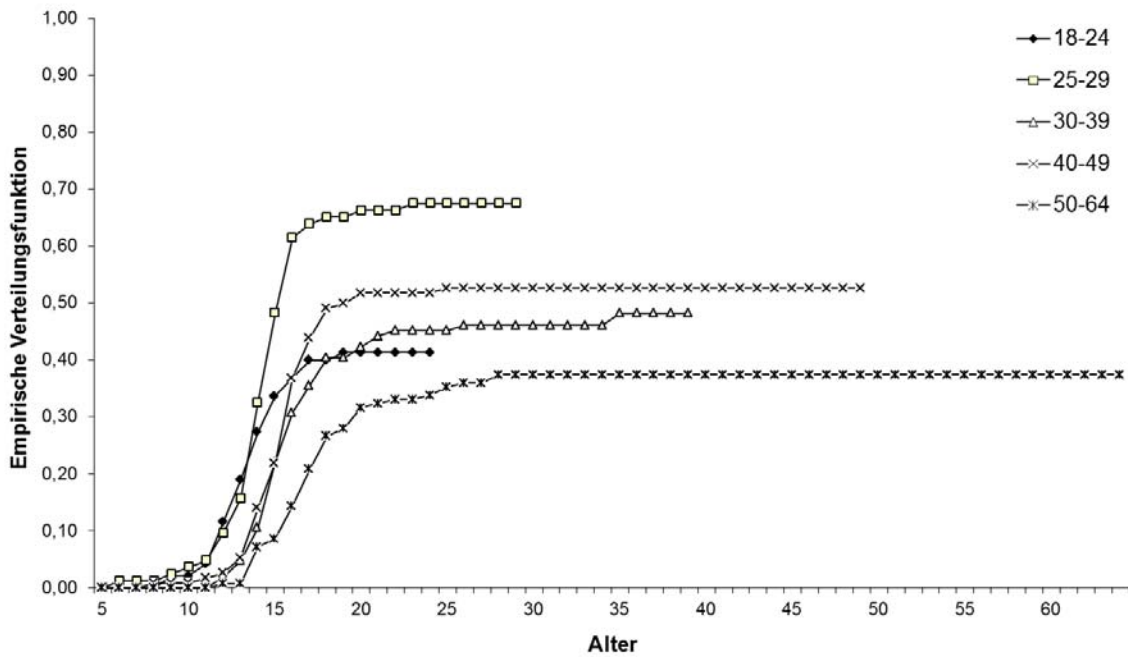


Abbildung 5-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Frauen

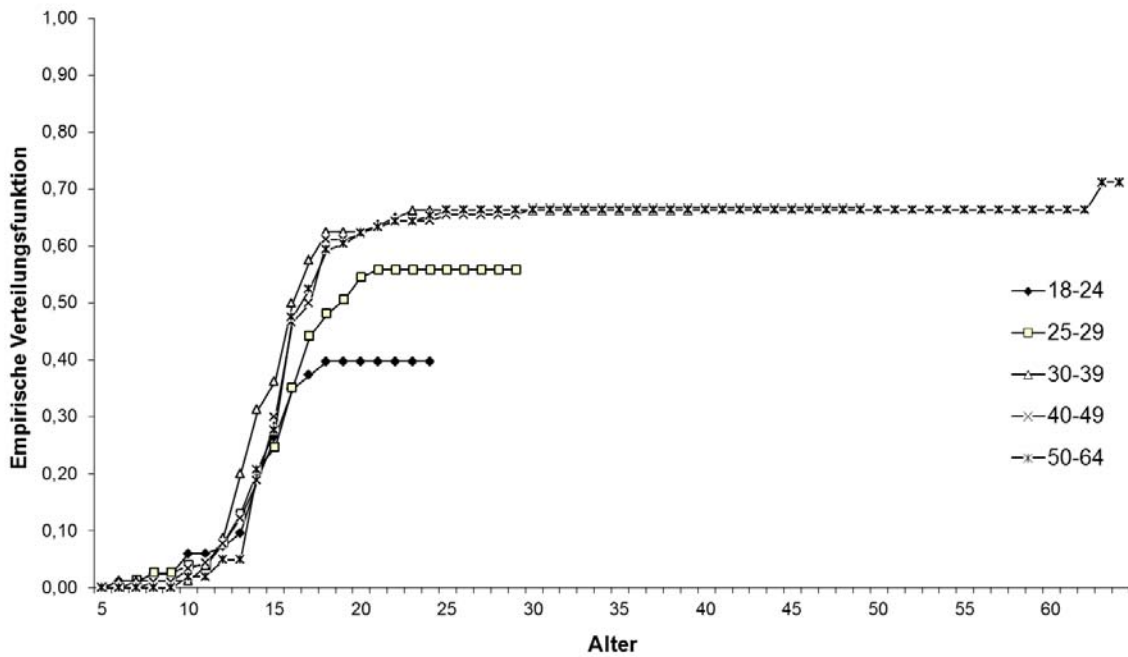


Abbildung 5-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Männer

Alter des Beginns täglichen Tabakkonsums

Der Beginn des täglichen Tabakkonsums ist zeitlich etwas verschoben zum ersten Konsum. Darüber hinaus rauchten in jeder Alterskohorte etwas weniger Personen täglich. Abbildung 5-3 zeigt, dass bei den Frauen die beiden jüngsten Alterskohorten deutlich früher mit dem

täglichen Rauchen anfangen als alle anderen Alterskohorten. Bis zum Alter von 16 Jahren rauchten 29,3 % der 18- bis 24-Jährigen und 35,4 % der 25- bis 29-Jährigen bereits täglich. Bei den 30- bis 39-Jährigen waren es 11,7 %, bei den 40- bis 49-Jährigen 10,1 % und bei den 50- bis 64-Jährigen nur 3,7 %.

Auch die Verteilung des Alters des Beginns des täglichen Rauchens bei den Männern erfolgte zeitlich versetzt zum ersten Konsum. Im Gegensatz zu den Frauen zeigt sich dabei ein nahezu homogener Verlauf des Beginns täglichen Rauchens. Im Vergleich zu den beiden jüngsten Altersgruppen weisen ältere Befragte ab dem 18. Lebensjahr einen höheren Anteil an Personen auf, die begonnen hatten täglich zu rauchen (Abbildung 5-4).

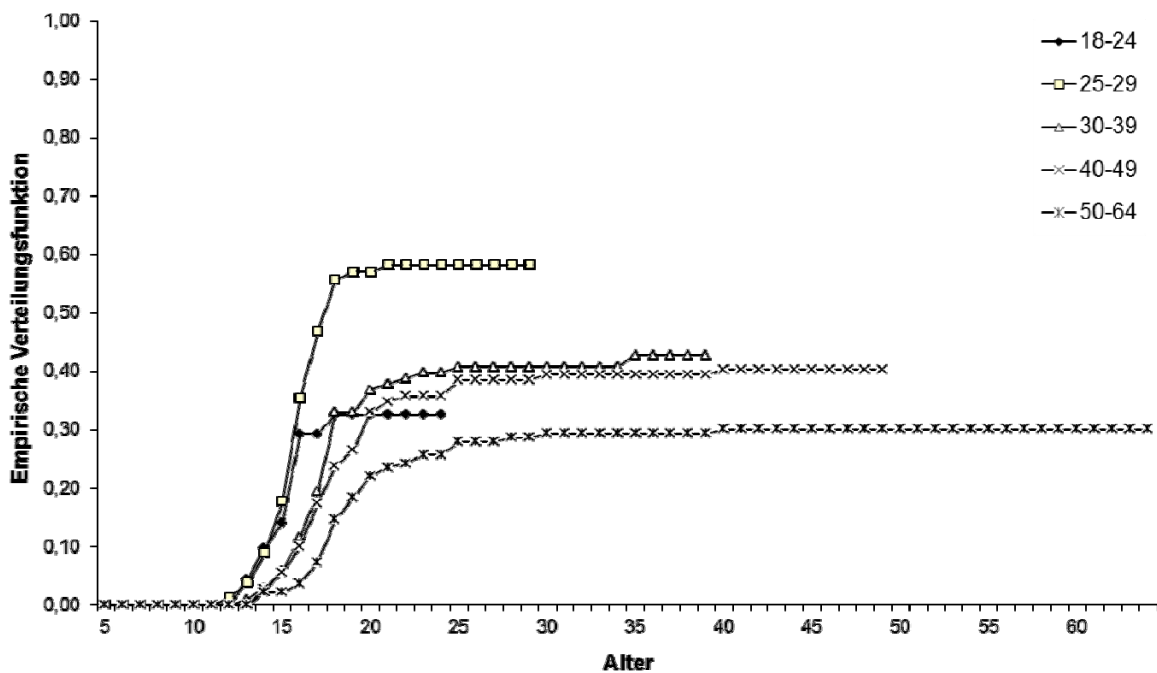


Abbildung 5-3: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Frauen

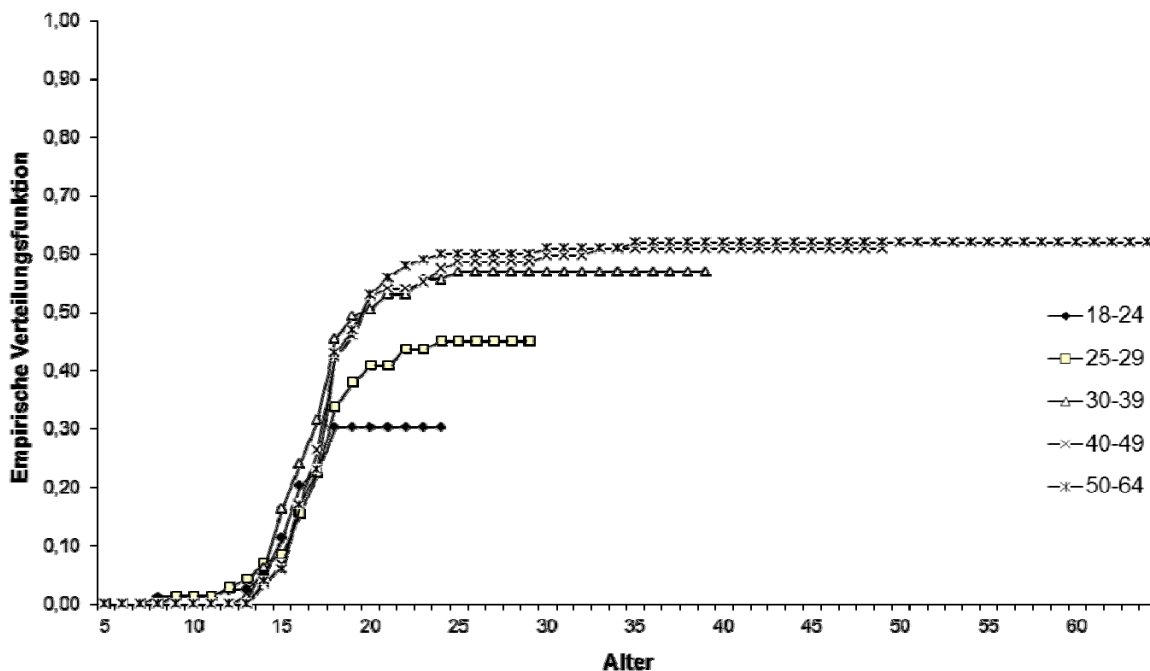


Abbildung 5-4: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Männer

Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV

Legt man für die Diagnose einer Abhängigkeit die Kriterien des DSM-IV zugrunde, wurden 10,5 % der Gesamtstichprobe als nikotinabhängig eingeschätzt (Tabelle 5-3). Die Prävalenz ist für Männer mit 12,7 % höher als für Frauen mit 8,1 %. In der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen ist Nikotinabhängigkeit am weitesten verbreitet (19,1 %), insbesondere in den älteren Altersgruppen geht die Prävalenz deutlich zurück. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung wurden 148.000 Personen (95 %-KI: 119.000 – 185.000) als nikotinabhängig klassifiziert (12-Monats-Prävalenz). Darunter sind 93.000 (95 %-KI: 67.000 – 128.000) Männer und 55.000 (95 %-KI: 39.000 – 76.000) Frauen.

Tabelle 5-3: Anteil der Personen mit Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Abhängigkeit	961 10,5 (88)	430 12,7	531 8,1	179 14,5	160 15,2	184 19,1	203 6,3	235 6,7

Soziale Schicht

Die Daten veranschaulichen, dass es sich beim Rauchen um ein im hohen Maße schichtspezifisches Verhaltensmuster handelt. Legt man den in der Studie verwendeten Index zugrunde, dann rauchten 46,8 % der Männer aus der Unterschicht, aber nur 37,5 % aus der Mittelschicht und 29,1 % der Oberschicht (Tabelle 5-4). Bei Frauen sind ebenfalls Schichtun-

terschiede festzustellen, beispielsweise gaben 45,3 % der Frauen aus der Unterschicht an zu rauchen, wohingegen aus der Oberschicht 25,3 % als Raucherinnen zu kategorisieren sind.

Tabelle 5-4: Anteil der Nichtraucher, Raucher und Exraucher nach Geschlecht und Sozialschicht

	Männer			Frauen		
	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch
Nichtraucher	30,2	37,3	45,0	28,6	48,4	57,2
Raucher	46,8	37,5	29,1	45,3	25,7	25,3
Exraucher	22,9	25,2	25,8	26,1	25,9	17,6

Eine nach Altersgruppen differenzierte Betrachtung verdeutlicht, dass die Schichtzugehörigkeit bei Männern in den älteren Altersgruppen einen größeren Einfluss auf die Prävalenz des täglichen Zigarettenrauchens hat als bei den unter 30-Jährigen (Tabelle 5-5). Entgegen dem allgemeinen Muster ist das tägliche Rauchen bei 30- bis 49-jährigen Frauen der Unterschicht mit 5,9 % weit weniger verbreitet als in der Mittel- (20,9 %) und Oberschicht (17,7 %). Starkes Rauchen von 20 und mehr Zigaretten täglich berichteten vermehrt Personen mit niedriger Sozialschichtzugehörigkeit (Tabelle 5-6).

Tabelle 5-5: Prävalenz des täglichen Zigarettenrauchens nach Geschlecht und Sozialschicht

	Männer			Frauen		
	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch
< 30 Jahre	28,6	26,3	13,4	43,1	21,7	4,4
30 - 49 Jahre	42,0	36,5	16,7	5,9	20,9	17,7
> 49 Jahre	30,3	11,9	9,3	50,0	11,3	9,2

Tabelle 5-6: Prävalenz des Rauchens von täglich 20 oder mehr Zigaretten nach Sozialschicht

	niedrig	mittel	hoch
Männer	15,5	10,6	3,2
Frauen	5,3	1,2	2,4
Gesamt	11,7	5,8	2,7

Trends

Prävalenz des Rauchens. Über den Beobachtungszeitraum von 22 Jahren zeigen sich kaum signifikante Veränderungen der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens (Tabelle 5-7). Lediglich in der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen hat sich der Anteil der Raucher zwischen dem Jahr 2000 (54,0 %) und dem Jahr 2012 (34,7 %) bedeutsam reduziert. Weiterhin hat sich der Raucheranteil bei den 40- bis 59-Jährigen zwischen 2006 und 2012 reduziert.

Tabelle 5-7: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens, 1990-2012

Alter	Erhebungsjahr							
	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012
Gesamt	261¹⁾	254	263	262	271	168	218	855
18-59	--	38,1	36,2	36,3	36,3	42,1	34,2	32,7
18-39	38,9	48,9	43,8	45,0	44,5	37,3	43,9	39,7
18-24	34,3	34,7	52,5	54,0*	49,5	38,0	42,5	34,7
25-39	40,8	54,3	40,4	42,0	42,8	37,1	44,7	41,5
40-59	--	26,4	28,2	26,4	26,7	46,7*	26,4	27,4
Männer	113	112	131	125	111	82	104	383
18-59	--	44,7	40,8	42,8	39,7	44,6	37,5	37,4
18-39	49,6	49,7	45,4	51,5	43,5	40,8	50,8	44,1
Frauen	148	142	132	137	160	86	114	472
18-59	--	31,6	31,5	28,5	33,0	39,1	30,3	27,6
18-39	28,7	48,1	42,2	39,0	45,5	32,9	35,7	34,7

¹⁾ Angegeben ist die Stichprobengröße der Altersgruppe 18-59 (1990: 18-39).

*) $p < ,05$ für Vergleich mit dem Jahr 2012. Logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2012), Alter, (Geschlecht), Erhebungsmodus.

Prävalenz starken Rauchens. Trendbeobachtungen zwischen 1990 und 2012 zeigen insgesamt einen Rückgang der Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag von 11,1 % auf 5,9 % bei den 18- bis 39-jährigen Befragten (Tabelle 5-8). Auch in der Gesamtgruppe der 18- bis 59-Jährigen ist ein Rückgang des starken Rauchens zu beobachten. Diese Trendentwicklung zeigt sich jedoch nur bei Männern.

Tabelle 5-8: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag, 1990-2012

Alter	Erhebungsjahr							
	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012
Gesamt	261¹⁾	254	263	262	271	168	218	855
18-59	--	12,7*	10,6*	7,8	10,0*	7,2	5,2	5,1
18-39	11,1*	18,0*	6,5	8,6	12,8*	5,7	9,4	5,9
Männer	113	112	131	125	111	82	104	383
18-59	--	20,9*	16,0*	11,3	14,5	9,6	8,9	8,0
18-39	21,3*	28,4*	6,7	13,1	17,2*	8,5	15,7	7,8
Frauen	148	142	132	137	160	86	114	472
18-59	--	4,3	5,2	3,6	5,7	4,3	0,9	2,1
18-39	1,4	7,0	6,2	4,6	8,3	2,2	1,9	3,7

¹⁾ Angegeben ist die Stichprobengröße der Altersgruppe 18-59 (1990: 18-39).

*) $p < ,05$ für Vergleich mit dem Jahr 2012. Logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2012), Alter, (Geschlecht), Erhebungsmodus.

Nikotinabhängigkeit. In der Gesamtgruppe der 18- bis 59-Jährigen gab es zwischen 2000 und 2012 einen signifikanten Anstieg der Prävalenz der Nikotinabhängigkeit (2000; 5,8 %; 2012: 9,6 %). Bei einer differenzierten Betrachtung nach Geschlecht findet sich dieser Effekt nur bei den Frauen (Tabelle 5-9).

Tabelle 5-9: Trends der Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV bei 18- bis 59-Jährigen, 2000-2012

	Erhebungsjahr			
	2000	2006	2009	2012
Gesamt	262 5,8* (13)	168 5,0 (9)	218 7,6 (19)	855 9,6 (84)
Männer	125 8,4 (9)	82 4,9 (4)	104 10,2 (13)	383 11,2 (42)
Frauen	137 2,8* (4)	86 5,0 (5)	114 4,3 (6)	472 7,8 (42)

*) $p < ,05$ für Vergleich mit dem Jahr 2012. Logistische Regressionen zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2012), Alter, (Geschlecht), Erhebungsmodus. Bei geringer Zellenbesetzungen ($n \leq 5$) wurde Fisher's exakter Test verwendet.

6 Medikamente

12-Monats-Prävalenz der Einnahme von Medikamenten

Insgesamt 59,4 % der Befragten nahmen in den letzten 12 Monaten mindestens eines der erfragten Medikamente ein, wobei die Prävalenz bei Frauen mit 67,5 % höher ist als bei Männern mit 52,0 % (Tabelle 6-1). Im Altersvergleich zeigen die 18- bis 24-jährigen Männer und die 30- bis 39-jährigen Frauen die höchsten Gebrauchsraten.

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

	Gesamt	Altersgruppen				
Gesamt		18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	54,8	63,4	61,9	61,0	55,8	47,3
Schlafmittel	5,3	2,4	3,9	4,1	2,0	9,0
Beruhigungsmittel	5,3	3,1	1,0	1,9	1,9	10,7
Anregungsmittel	1,0	1,9	0,9	1,0	0,0	1,5
Appetitzügler	0,3	0,7	0,9	0,3	0,5	0,0
Antidepressiva	6,3	0,8	1,5	3,7	5,1	10,9
Neuroleptika	2,3	1,6	0,9	1,0	1,0	4,3
Anabolika	0,6	0,0	3,0	0,0	0,0	0,8
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	59,4	65,2	63,2	63,9	59,1	55,1
Männer		18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	46,6	58,1	54,7	52,5	50,7	35,6
Schlafmittel	4,6	0,0	3,1	5,5	2,1	7,5
Beruhigungsmittel	5,9	3,4	0,9	2,2	0,0	13,5
Anregungsmittel	1,0	1,3	0,8	0,9	0,0	1,7
Appetitzügler	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Antidepressiva	3,2	0,0	0,7	0,8	5,4	4,6
Neuroleptika	2,1	3,1	0,9	0,0	1,1	3,8
Anabolika	0,2	0,0	0,8	0,0	0,0	0,4
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	52,0	61,5	57,2	54,7	56,2	44,0
Frauen		18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	63,8	69,0	69,7	72,0	61,4	59,2
Schlafmittel	5,9	4,9	4,7	2,3	1,8	10,6
Beruhigungsmittel	4,7	2,8	1,0	1,5	4,0	7,8
Anregungsmittel	1,0	2,5	0,9	1,2	0,0	1,2
Appetitzügler	0,7	1,4	1,8	0,7	1,1	0,0
Antidepressiva	9,6	1,6	2,4	7,6	4,9	17,3
Neuroleptika	2,6	0,0	0,9	2,2	0,9	4,9
Anabolika	1,0	0,0	5,4	0,0	0,0	1,1
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	67,5	69,0	69,7	75,8	62,2	66,4

Schmerzmittel wurden von Frauen und Männern in allen Altersgruppen am häufigsten genommen, wobei insgesamt mehr Frauen als Männer Schmerzmittel nahmen (63,8 % vs. 46,6 %). Die Einnahme von Schmerzmitteln wurde in den Altersgruppen bis 39 Jahre häufiger berichtet als von älteren Personen. Alle anderen Medikamente wurden deutlich seltener

eingegenommen. Ein bedeutsamer Alterseffekt zeigt sich vor allem in Bezug auf Schlaf- und Beruhigungsmittel, die in der ältesten Altersgruppe häufiger eingenommen wurden als in den jüngeren Altersgruppen.

30-Tage-Prävalenz der häufigen Einnahme von Medikamenten

Wie aus Tabelle 6-2 hervorgeht, berichtete etwa jeder vierte Befragte (25,2 %) die häufige Einnahme irgendeines Medikaments der erfragten Arzneimittelgruppen in den letzten 30 Tagen vor der Befragung. Frauen (28,8 %) nahmen häufiger als Männer (21,9 %) mindestens ein Medikament einmal oder häufiger pro Woche ein. Die mindestens einmal wöchentliche Medikamenteneinnahme ist bei den 50- bis 64-Jährigen am weitesten verbreitet.

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

	Gesamt	Altersgruppen				
Gesamt		18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	19,4	20,3	13,5	14,9	18,4	23,4
Schlafmittel	2,8	0,0	2,3	1,4	1,2	5,2
Beruhigungsmittel	3,6	1,0	1,0	0,7	0,5	8,3
Anregungsmittel	0,1	0,7	0,4	0,0	0,0	0,0
Appetitzügler	0,3	0,7	0,9	0,3	0,5	0,0
Antidepressiva	5,0	0,0	0,9	2,0	2,9	10,0
Neuroleptika	2,0	1,6	0,9	0,4	1,0	3,8
Anabolika	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	25,2	21,9	18,5	18,4	21,0	33,8
Männer		18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	16,8	23,3	10,9	13,1	17,2	18,2
Schlafmittel	2,5	0,0	2,3	2,5	1,3	4,0
Beruhigungsmittel	4,6	1,9	0,9	1,3	0,0	11,0
Anregungsmittel	0,1	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0
Appetitzügler	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Antidepressiva	2,1	0,0	0,7	0,0	1,1	4,6
Neuroleptika	2,1	3,1	0,9	0,0	1,1	3,8
Anabolika	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	21,9	26,4	15,7	14,4	18,5	28,6
Frauen		18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	22,3	17,2	16,3	17,3	19,8	28,7
Schlafmittel	3,0	0,0	2,3	0,0	1,1	6,4
Beruhigungsmittel	2,5	0,0	1,0	0,0	1,0	5,6
Anregungsmittel	0,1	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Appetitzügler	0,7	1,4	1,8	0,7	1,1	0,0
Antidepressiva	8,2	0,0	1,1	4,5	4,9	15,6
Neuroleptika	1,9	0,0	0,9	1,0	0,9	3,7
Anabolika	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	28,8	17,2	21,8	23,5	23,7	38,9

Die am häufigsten mindestens wöchentlich eingenommenen Medikamente waren wiederum Schmerzmittel (19,4 %), Eine häufige Einnahme von Antidepressiva gaben 5,0 % der Gesamtstichprobe an, Beruhigungsmittel wurden von 3,6 % und Schlafmittel von 2,8 % der Befragten mindestens einmal pro Woche eingenommen. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung nahmen 196.000 Frauen (95 %-KI: 167.000 – 229.000) und 161.000 Männer (95 %-KI: 129.000 – 199.000) in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung mindestens einmal pro Woche ein Medikament ein.

Missbrauch und Abhängigkeit von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln nach DSM-IV

Nach den Kriterien des DSM-IV weisen 8,8 % der Befragten einen missbräuchlichen Gebrauch von Schmerzmitteln auf. Frauen zeigen mit 9,2 % einen etwas höheren Anteil als Männer (8,4 %). In der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen ist die Prävalenz missbräuchlicher Schmerzmitteleinnahme mit 10,9 % am höchsten. Von einer Abhängigkeit sind insgesamt 3,4 % betroffen, 3,9 % der Frauen und 2,9 % der Männer (Tabelle 6-3).

Tabelle 6-3: Anteil der Personen mit einer medikamentenbezogenen Störung von Schmerzmitteln nach DSM-IV (letzte 12 Monate)

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	952	424	528	175	155	181	202	239
Missbrauch	8,8 (83)	8,4	9,2	4,5	8,5	10,9	8,4	9,2
	953	424	529	175	156	180	202	240
Abhängigkeit	3,4 (28)	2,9	3,9	5,3	0,9	2,8	3,1	4,0

Einen nach DSM-IV definierten Schlafmittelmissbrauch weisen insgesamt 0,9 % der Probanden auf, eine Abhängigkeit zeigen 0,6 %. Beide Diagnosen sind bei Frauen und bei 50- bis 64-Jährigen besonders häufig (Tabelle 6-4).

Tabelle 6-4: Anteil der Personen mit einer medikamentenbezogenen Störung von Schlafmitteln nach DSM-IV (letzte 12 Monate)

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	958	427	531	177	159	183	203	236
Missbrauch	0,9 (7)	0,8	1,0	0,0	0,7	0,3	0,4	1,8
	958	427	531	177	159	183	203	236
Abhängigkeit	0,6 (5)	0,2	1,1	0,9	0,0	0,0	0,5	1,1

Eine missbräuchliche Einnahme von Beruhigungsmitteln ist bei 1,8 % der Stichprobe zu beobachten, eine Abhängigkeit bei 0,6 %. Mehr Männer als Frauen sind von einem missbräuchlichen Konsum betroffen, wohingegen Frauen eher eine Abhängigkeit aufweisen. Sowohl für Missbrauch als auch für Abhängigkeit sind die höchsten Prävalenzzahlen in der ältesten Altersgruppe vorzufinden (3,8 % bzw. 1,5 %) (Tabelle 6-5).

Tabelle 6-5: Anteil der Personen mit einer medikamentenbezogenen Störung von Beruhigungsmitteln nach DSM-IV (letzte 12 Monate)

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen				
		Männer	Frauen	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	956	425	531	177	159	183	203	234
Missbrauch	1,8 (6)	3,0	0,6	1,0	0,0	0,0	1,1	3,8
	958	427	531	177	159	183	203	236
Abhängigkeit	0,6 (4)	0,3	0,9	0,5	0,0	0,0	0,0	1,5

Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung erfüllten 48.000 Personen (95 %-KI: 35.000 – 66.000) die Kriterien für eine Schmerzmittelabhängigkeit, davon 21.000 (95 %-KI: 11.000 – 42.000) Männer und 27.000 (95 %-KI: 17.000 – 42.000) Frauen. Die DSM-IV-Kriterien für eine Schlafmittelabhängigkeit erfüllten 9.000 (95 %-KI: 2.000 – 32.000) Personen, davon 1.000 (95 %-KI: 200 – 8.000) Männer und 8.000 (95 %-KI: 2.000 – 27.000) Frauen. Insgesamt 9.000 (95 %-KI: 3.000 – 25.000) Personen wiesen eine Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln auf.

Trends

30-Tage-Prävalenz der häufigen Medikamenteneinnahme. Ein Vergleich der Angaben zur häufigen Medikamenteneinnahme in den letzten 30 Tagen zeigt keine signifikanten zeitlichen Änderungen bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln (Tabelle 6-6). Allerdings ist der Anteil der Personen, die mindestens wöchentlich Schmerzmittel einnehmen, von 1995 (9,7 %) bis 2012 (19,2 %) signifikant gestiegen. Dieser Trend zeigt sich bei beiden Geschlechtern.

Tabelle 6-6: Trends der 30-Tage-Prävalenz der mindestens wöchentlichen Medikamenteneinnahme bei 18- bis 59-Jährigen, 1995-2012

Gesamt	Erhebungsjahr						
	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012
Schmerzmittel	9,7*	15,9	13,8*	10,9*	10,9*	15,2	19,2
Schlafmittel	6,3	1,7	4,8	0,6	0,0 ¹⁾	2,3	2,7
Beruhigungsmittel	5,8	3,1	4,7	1,6	3,4	1,8	2,9
Männer							
Schmerzmittel	8,9*	13,7	15,3	4,0*	7,5*	12,1	16,6
Schlafmittel	6,9	0,0 ¹⁾	5,7	0,0 ¹⁾	0,0 ¹⁾	3,0	2,7
Beruhigungsmittel	6,0	1,8	5,2	1,9	6,0	2,4	4,2
Frauen							
Schmerzmittel	10,4*	18,2	12,0*	17,4	15,1	19,5	22,1
Schlafmittel	5,6	3,3	3,7	1,1	0,0 ¹⁾	1,4	2,6
Beruhigungsmittel	5,6	4,3	4,0	1,3	0,0 ¹⁾	1,1	1,6

¹⁾ Signifikanzprüfung aufgrund von Leerzellen nicht möglich.

*) $p < 0,05$ für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2012. Logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2012), Alter, (Geschlecht), Erhebungsmodus. Bei kleinen Zellenbesetzungen ($n \leq 5$) wurde Fisher's exakter Test verwendet.

12-Monats-Prävalenz von Schmerzmittelabhängigkeit. Es lassen sich keine signifikanten Veränderungen in der Abhängigkeit von Schmerzmitteln nach DSM-IV zwischen 2000 und 2012 finden (Tabelle 6-7).

Tabelle 6-7: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Schmerzmittelabhängigkeit nach DSM-IV bei 18- bis 59-Jährigen, 2000-2012

	Erhebungsjahr	
	2000	2012
Gesamt	2,6 (6)	3,2 (23)
Männer	2,7 (3)	2,7 (9)
Frauen	2,5 (3)	3,8 (14)

Logistische Regressionen zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2012), Alter, (Geschlecht), Erhebungsmodus. Bei kleinen Zellenbesetzungen ($n \leq 5$) wurde Fisher's exakter Test verwendet.

7 Diskussion

Illegale Drogen

Die Konsumprävalenzen illegaler Drogen werden sehr stark von Cannabis determiniert. Der Anteil anderer Substanzen am Gesamtkonsum ist im Vergleich dazu gering. In Thüringen berichteten 16,5 % der 18- bis 64-Jährigen Erfahrungen mit illegalen Drogen; Erfahrungen mit Cannabis gaben 16,1 % an. Die Lebenszeitprävalenzwerte für andere illegale Drogen sind mit unter 3 % für die Einzelsubstanzen als gering einzustufen.

Als aktuelle (12-Monats-) Cannabiskonsumenten können 4,9 % der Männer und 2,7 % der Frauen bezeichnet werden. Die Raten liegen damit in Thüringen tendenziell leicht unter denen der Bund-Erhebung (Männer: 6,0 %, Frauen: 3,0 %; Pabst et al., 2013). Vergleichsdaten liegen zudem aus Berlin für den Altersbereich von 15 bis 64 Jahren vor (Kraus, Pabst, Gomes de Matos & Piontek, 2013). In den vergleichbaren Altersgruppen liegt die Prävalenz dort deutlich über den Werten in Thüringen (z. B. 18- bis 24-Jährige: 12,1 % vs. 24,9 %). In Thüringen wie auch bundesweit ist der Anteil an Konsumenten unter Männern etwa doppelt so hoch wie unter Frauen. Auch bezüglich der Altersstruktur spiegelt sich das Bild der Bund-Erhebung in Thüringen wider. Cannabis wird vor allem von jungen Erwachsenen bis 29 Jahre konsumiert (z. B. 12-Monats-Prävalenz Thüringen, 25-29-Jährige: 10,9 %), während der Gebrauch in höheren Altersgruppen deutlich seltener ist (0,0 % – 4,0 %).

Einen großen Teil aller 12-Monats-Konsumenten von Cannabis bilden Gelegenheits- oder Probierkonsumenten. Beispielsweise hat die Hälfte (51,0 %) dieser Personen die Substanz maximal 5mal in dieser Zeit konsumiert. Jeder Zehnte (9,7 %) nahm hingegen im Durchschnitt mehrmals wöchentlich Cannabis (über 100mal in den letzten 12 Monaten) und weist damit ein riskantes Konsummuster auf. Unter Konsumenten der letzten 30 Tage berichteten sogar 16,0 % einen (fast) täglichen Konsum.

Die Ergebnisse des Erstkonsumalters von Cannabis sind vor dem Hintergrund zu bewerten, dass ein frühes Einstiegsalter mit psychosozialen Problemen, exzessivem Substanzkonsum und neurologischen Defiziten in Verbindung steht (Fergusson, Boden & Horwood, 2006; Hermann, 2011; Meier et al., 2012; von Sydow, Lieb, Pfister, Höfler & Wittchen, 2002; Wilson et al., 2000). Es gibt Hinweise darauf, dass der Konsum über indirekte und interaktive Prozesse zumindest teilweise ursächlich für diese Benachteiligungen ist (Fergusson & Horwood, 1997; Simons & Carey, 2006). In Thüringen zeigt sich über die Alterskohorten hinweg ein zunehmend früherer Einstieg. Dabei dürfte von Bedeutung sein, dass ältere Kohorten mehr Lebenszeit in der DDR verbrachten, wo illegale Drogen wenig prävalent waren und sich erst nach der Wende sukzessive verbreiteten (Kraus, Schumann, Wiblishauser & Herbst, 1994; Reißig, 1991). Die Ergebnisse zeigen jedoch auch, dass das Einstiegsalter von der zweitjüngsten zur jüngsten Kohorte wieder anstieg. Hinweise auf eine Verzögerung des Erstkonsums in den jüngeren Kohorten liegen auch aus den Thüringer Daten der Studie Health Behavior of School Aged Children (HBSC) vor. Die Lebenszeit-Prävalenz des Cannabiskonsums nahm unter Schülerinnen und Schülern der jeweils neunten Jahrgangsstufe vom Jahr 2005 zum Jahr 2010 deutlich ab (Bilz & Melzer, 2010). Vergleichsdaten aus Berlin zeigen

ebenfalls erstmals einen Anstieg des Einstiegsalters bei Altersgruppen unter 25 Jahren (Kraus, Pabst, Gomes de Matos et al., 2013).

Der Anteil an Personen mit einer Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV liegt bei 0,2 % und damit tendenziell unter dem Wert der Bund-Erhebung des ESA (0,5 %; Pabst et al., 2013). Der Anteil an Personen mit Cannabismissbrauch ist hingegen in Thüringen tendenziell höher als im gesamten Bundesgebiet (0,9 % vs. 0,5 %). Unter Männern ist Cannabismissbrauch mit einer Prävalenz von 1,6 % deutlich häufiger als unter Frauen mit 0,1 %. Hochgerechnet auf die Bevölkerung weisen in Thüringen rund 14.000 Personen zwischen 18 und 64 Jahren eine cannabisbezogene Störung auf.

Unter den 18- bis 39-Jährigen hat fast jeder zehnte Konsument illegaler Drogen (8,6 %) in den letzten 30 Tagen mindestens zwei illegale Substanzen zu sich genommen. Von den Konsumenten der letzten 12 Monate hat sogar jeder Vierte (27,1 %) mindestens zwei illegale Substanzen konsumiert. Dieser Wert ist in Berlin vergleichbar hoch (26,8 %; 15 bis 64 Jahre), obgleich die Prävalenzen der Einzelsubstanzen dort deutlich höher liegen als in Thüringen (Kraus, Pabst, Gomes de Matos et al., 2013). Unterschiede zwischen den beiden Bundesländern bestehen somit im Anteil der Drogenkonsumenten, nicht aber in deren multiplen Gebrauchsmustern. Es ist bekannt, dass Polykonsumenten illegaler Drogen häufiger exzessiven Substanzkonsum sowie psychische Probleme aufweisen (Booth et al., 2010; Byqvist, 1999; Leri, Bruneau & Stewart, 2003). Kokkevi und Kollegen (2012) schätzen, dass mit zunehmender Anzahl konsumierter Substanzen das Risiko für Suizidversuche steigt.

Daten für Trendanalysen des Konsums junger Erwachsener sind ab 1990 verfügbar. Man kann davon ausgehen, dass die Verbreitung illegaler Drogen in Thüringen vor der Öffnung der innerdeutschen Grenze ausgesprochen gering war (Reißig, 1991). Die Daten weisen auf eine stetige Zunahme der Lebenszeit- sowie aktuellen Konsumerfahrung mit Cannabis bis Ende der 1990er Jahre hin. Veränderungen ab diesem Zeitpunkt sind nicht signifikant. Die Beurteilung der Trends anderer illegaler Drogen als Cannabis ist aufgrund generell geringerer Prävalenzen schwieriger. Die Daten zeigen jedoch, dass diese erst seit Mitte der 1990er Jahre ausreichend verbreitet sind, um in Bevölkerungssurveys beobachtet werden zu können. Damit scheinen die Trendanalysen Thüringens das Ergebnis früherer Bund-Erhebungen des ESA abzubilden, dass sich die Prävalenz illegaler Drogen in den neuen Bundesländern seit der Wende stetig an die Verbreitung in den alten Bundesländern anglich (Kraus et al., 1994; Kraus & Bauernfeind, 1998a).

Alkohol

Die Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012 in Thüringen zeigen deutlich, dass Alkohol die am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz unter 18- bis 64-Jährigen ist. Insgesamt gaben neun von zehn (90,7 %) Befragten an, in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung Alkohol getrunken zu haben. Nur 2,4 % waren lebenslang abstinent und weitere 6,9 % hatten zwar Alkoholerfahrung, haben jedoch in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung auf Alkohol verzichtet. Die 12-Monats-Abstinenzrate liegt mit 9,3 % in Thüringen unter dem in der Bund-Erhebung gefundenen Wert (13,4 %; Pabst et al., 2013).

Insgesamt haben in Thüringen etwa ebenso viele Männer wie Frauen im letzten Jahr Alkohol getrunken (90,9 % vs. 90,6 %). Der Anteil aktueller Alkoholkonsumenten (letzte 30 Tage) war jedoch unter Männern (81,2 %) deutlich höher als unter Frauen (69,4 %). Die Mehrheit der Konsumenten der letzten 30 Tage trank dabei auf risikoarmem Niveau. Allerdings konsumierte etwa jeder vierte Mann (23,1 %) und jede siebte Frau (13,6 %) mehr als die empfohlene durchschnittliche Tageshöchstmenge von 12 Gramm bzw. 24 Gramm Reinalkohol. Die Verteilung des Anteils von Risikokonsumenten über die Altersgruppen zeigt einen wellenförmigen Verlauf mit dem höchsten Prävalenzwert unter 25- bis 29-Jährigen (25,2 %) und der niedrigsten Prävalenz unter 30- bis 39-Jährigen (16,2 %). Der Vergleich mit den Ergebnissen der Bund-Erhebung zeigt, dass insbesondere Männer in Thüringen deutlich häufiger zu riskantem Konsum neigen (15,6 %; Pabst et al., 2013). Dieser Befund wird durch die Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) aus dem Jahr 2010 untermauert. Im regionalen Vergleich ließ sich für Männer im Südosten der Bundesrepublik ein deutlich erhöhter Anteil riskanten Alkoholkonsums nach den Kriterien des AUDIT-C feststellen (Robert Koch-Institut, 2012).

Neben dem Durchschnittskonsum steigt das Risiko insbesondere für akute alkoholbezogene Folgen wie Unfälle, Verletzungen, Gewalt, Selbstmord oder interpersonelle Probleme mit der Häufigkeit episodischen Rauschtrinkens deutlich an (Bondy, 1996; Kraus, Baumeister, Pabst & Orth, 2009; Kuntsche, Plant, Plant, Miller & Gmel, 2008; Rehm & Gmel, 1999; Rehm, Greenfield & Rogers, 2001). In der vorliegenden Studie gaben insgesamt 46,8 % der Männer und 15,5 % der Frauen an, mindestens einmal in den letzten 30 Tagen fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag konsumiert zu haben. In der Bund-Erhebung ist der Anteil an Männern mit Rauschkonsum identisch (46,8 %) und der Anteil an Frauen höher (21,9 %; Pabst et al., 2013). Rauschtrinken ist in Thüringen besonders unter jungen Erwachsenen zwischen 25 und 29 Jahren verbreitet und nimmt mit zunehmendem Alter in beiden Geschlechtern deutlich ab. Die Prävalenzen des Rauschtrinkens in den verschiedenen Altersgruppen entsprechen in etwa denen der Bundstichprobe. Für 18- bis 24-Jährige liegen die Schätzungen für mindestens monatliches Rauschtrinken in der Bund-Erhebung (55,5 %) und Berlin (58,2 %) jedoch deutlich über denen in Thüringen (45,7 %).

Insgesamt 2,6 % der Befragten in Thüringen konnten in der aktuellen Erhebung auf Grundlage des DSM-IV als alkoholabhängig klassifiziert werden. Dabei finden sich nur minimale Geschlechtsunterschiede (Frauen: 2,5 % vs. Männer: 2,8 %). Im Gegensatz dazu ist in der Bund-Erhebung der Anteil Abhängiger bei Männern mit 4,8 % deutlich höher als bei Frauen mit 2,0 % (Pabst et al., 2013). Klare Geschlechtsunterschiede zeigen sich jedoch hinsichtlich der Prävalenz von Alkoholmissbrauch in Thüringen (Frauen: 0,9 % vs. Männer: 2,9 %). Insgesamt erhielten mit 1,9 % der 18- bis 64-Jährigen weniger Personen in Thüringen als in der Bund-Stichprobe (3,1 %) diese Diagnose. Im Ländervergleich liegen die Schätzungen für Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch in Thüringen bei fast allen vergleichbaren Altersgruppen zum Teil deutlich unter den Schätzungen für Berlin (Kraus, Pabst, Gomes de Matos et al., 2013). Wie schon beim Konsum sind auch von alkoholbezogenen Störungen vor allem die jüngeren Altersgruppen bis 30 Jahre betroffen. Dieser Befund, der sich auch auf Bundesebene sowie verschiedenen internationalen Studien findet (Harford, Grant, Yi &

Chen, 2005; Teesson et al., 2010), dürfte sich zum einen durch ein vergleichsweise riskantes Trinkverhalten erklären. Zum anderen gibt es Evidenz für eine Überschätzung einzelner DSM-IV Kriterien unter jungen Erwachsenen, sodass die Prävalenz zumindest zum Teil messfehlerbehaftet sein dürfte (Chung & Martin, 2005; Pabst, Kraus, Piontek & Baumeister, 2012). Zudem ist nicht auszuschließen, dass ältere Alkoholabhängige schwerer zu erreichen sind und ihre Antwortbereitschaft geringer ist.

Im Hinblick auf die zeitliche Entwicklung des Alkoholkonsums in Thüringen sind nur geringe Veränderungen in der Konsumprävalenz festzustellen. So stiegen die Anteile risikoarmer Konsumenten zwischen 1995 und 2003 an und gingen danach zurück. Allerdings waren in den Folgejahren keine statistisch bedeutsamen Veränderungen im Alkoholkonsum mehr zu beobachten. Die geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt zudem, dass die im Zeitvergleich gefundenen höheren Konsumwerte zu Beginn der 2000er Jahre vor allem unter Frauen zu beobachten waren. Hinsichtlich des riskanten Konsums sind insgesamt und geschlechtsspezifisch keine signifikanten Veränderungen zu erkennen. Damit ist im Gegensatz zu Berlin und der Bund-Erhebung in Thüringen keine deutliche Verringerung geschlechtsspezifischer Unterschiede im Alkoholkonsum in den letzten Jahren festzustellen. Getränke-spezifische Trends zeigen unter Männern einen Rückgang im Bierkonsum zwischen 2009 und 2012 (83,1 % vs. 73,4 %) und unter Frauen im Konsum von Wein/Sekt zwischen 2003 und 2012 (72,5% vs. 59,2 %). Im Vergleich zu 1995 lagen in der aktuellen Erhebung alle getränkesspezifischen Prävalenzen etwa 20 Prozentpunkte niedriger. Darüber hinaus zeigen sich keine signifikanten Veränderungen in der Prävalenz episodischen Rauschtrinkens in Thüringen seit dem Jahr 1997. Dieses Ergebnis überdeckt allerdings subgruppenspezifische Entwicklungen. So sind ein Anstieg in der Prävalenz dieses riskanten Konsummusters unter 25- bis 39-Jährigen im Vergleich zum Jahr 2003 und ein deutlicher Rückgang unter 40- bis 59-jährigen Frauen im Vergleich zum Jahr 1997 zu beobachten. Ein Zunahme des Anteils an Rauschtrinkern in der jüngsten Altersgruppe ist in Thüringen im Gegensatz zur Bund-Erhebung und Berlin nicht zu erkennen (Kraus, Gomes de Matos, Pabst & Piontek, 2013; Kraus, Pabst, Gomes de Matos et al., 2013).

Tabak

Nach Alkohol ist Tabak das am weitesten verbreitete Suchtmittel in Thüringen und in der gesamten Bundesrepublik. Der Anteil der aktuellen Raucher lag in Thüringen im Jahr 2012 bei 38,2 % bei Männern und 29,2 % bei Frauen. Für beide Geschlechter sind die Werte höher als im Bundesdurchschnitt (Männer: 34,0 %; Frauen: 26,2 %; Pabst et al., 2013). Im regionalen Vergleich mit Berlin finden sich für Thüringen in allen vergleichbaren Altersgruppen etwas höhere 30-Tage-Prävalenzen (Kraus, Pabst, Gomes de Matos et al., 2013).

Sowohl das aktuelle Rauchen als auch das starke Rauchen von mindestens 20 Zigaretten täglich ist unter Männern weiter verbreitet als unter Frauen. Gründe für diese Unterschiede im Konsumverhalten liegen vermutlich im allgemeinen geschlechtsspezifischen Gesundheitsverhalten und spezifischen Geschlechtsrollenverhalten (Sieverding, 2000). Allerdings scheint sich der Raucheranteil der Geschlechter in den letzten Jahren immer weiter anzunähern, insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Bundeszentrale für

gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2013; Lampert, 2013). Diese Tendenz findet sich auch in den hier dargestellten ESA-Ergebnissen. Die Geschlechtsunterschiede sind in den mittleren Altersgruppen der 30- bis 49-Jährigen deutlich stärker ausgeprägt als bei den 18- bis 29-Jährigen. In den beiden jüngsten Altersgruppen ist die Prävalenz des starken Rauchens bei Frauen sogar höher als bei gleichaltrigen Männern.

Weitere subgruppenspezifische Vergleiche belegen einen Einfluss des Alters auf den Tabakkonsum. In Thüringen ist der Raucheranteil bei den 25- bis 39-Jährigen am höchsten, wohingegen der Anteil der Exraucher mit zunehmendem Alter ansteigt. Letzteres dürfte vor allem auf einen Anstieg tabakbedingter Erkrankungen im Alter zurückzuführen sein (Lampert, 2013). Einen bedeutenden Einfluss scheint das Alter auch auf den Erstkonsum zu haben. Die kumulierten Inzidenzraten deuten darauf hin, dass Frauen und Männer der jüngsten Altersgruppe (18 bis 24 Jahre) später mit dem Rauchen beginnen als die Gruppe der 25- bis 29-Jährigen. Eine solche Verschiebung des Einstiegsalters nach hinten findet sich auch in Trendanalysen der Drogenaffinitätsstudie (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2013). Eine Verzögerung des Einstiegs in den Tabakkonsum ist aus präventiver Sicht als positiv zu bewerten, da dies die Wahrscheinlichkeit, überhaupt mit dem Rauchen zu beginnen bzw. eine Tabakabhängigkeit zu entwickeln, verringert.

Nach den Kriterien des DSM-IV sind in Thüringen etwa 148.000 Personen nikotinabhängig. Die 12-Monats-Prävalenz von 10,5 % entspricht dem Bundesdurchschnitt von 10,8 %. Männer und Personen mittleren Alters sind besonders häufig betroffen. Im Vergleich mit anderen psychoaktiven Substanzen weist Tabak das höchste Abhängigkeitspotential auf. Internationale Studien gehen davon aus, dass bis zu 50 % der aktuellen Raucher abhängig sind (Hughes, Helzer & Lindberg, 2006). Allerdings sind das Angebot und die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten deutlich schlechter als bei anderen Substanzen. In der Suchthilfe spielt die Behandlung der Nikotinabhängigkeit keine Rolle (Pfeiffer-Gerschel, Künzel & Steppan, 2011). Ein Grund dafür könnte darin liegen, dass eine Psychotherapie in der Tabakentwöhnung bislang nicht als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen anerkannt ist (Batra, Hering & Mühlig, 2012).

Stärker als bei den meisten anderen psychoaktiven Substanzen zeigt sich beim Tabakkonsum ein erheblicher Einfluss der sozialen Schicht auf die Konsumgewohnheiten. So ist der Anteil der aktuellen Raucher bei Personen der Unterschicht (Männer: 46,8 %; Frauen: 45,3 %) deutlich höher als in der Oberschicht (Männer: 29,1 %; Frauen: 25,3 %). Aus der internationalen Literatur weiß man, dass sich dieses Verhältnis im Laufe der Zeit verschoben hat. So besagt die Diffusionstheorie, dass zu Beginn der „Tabakepidemie“, als die Substanz relativ neu war, vor allem die hohen sozialen Schichten konsumiert haben, weil diese Personen es sich leisten konnten. Im Laufe der Zeit haben die unteren Schichten das Verhalten der Oberschicht übernommen, was dadurch begünstigt wurde, dass die Substanz zunehmend günstiger zu erwerben war. Im Gegensatz zu diesem im Zeitverlauf steigenden Raucheranteil in den unteren Schichten geht die Prävalenz zuerst in der Oberschicht wieder zurück, da u.a. gesundheitliche Bedenken zuerst von dieser Personengruppe wahrgenommen werden (Lopez, Collishaw & Piha, 1994; Pampel, 2005). Dieses Muster konnte für

Deutschland in mehreren Studien bestätigt werden (Piontek, Kraus, Müller & Pabst, 2010; Schulze & Mons, 2006).

In den vergangenen zehn bis fünfzehn Jahren hat es in Deutschland eine Reihe gesundheitspolitischer Neuregelungen gegeben, die u.a. mit dem Ziel umgesetzt wurden, den Tabakkonsum in der Bevölkerung zu reduzieren (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2003). Zu diesen Änderungen zählen insbesondere Preissteigerungen durch mehrere Anhebungen der Tabaksteuer, Novellierungen der Arbeitsstättenverordnung und des Jugendschutzgesetzes, die Einführung des Nichtraucherschutzgesetzes und die Einschränkung von Tabakwerbung (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2009; Lampert, 2013). In Kombination mit einer gestiegenen Aktivität im Bereich der Verhaltensprävention mögen diese Veränderungen dazu beigetragen haben, dass der Tabakkonsum in Thüringen seit dem Jahr 2000 zurückgegangen ist. Dieser rückläufige Trend wird von zahlreichen regionalen und bundesweiten Studien bestätigt (Baumgärtner & Kestler, 2013; Bernard, Wersé & Schell-Mack, 2013; Kraus, Pabst, Piontek et al., 2013; Lampert, 2011; Müller, Kraus, Piontek & Pabst, 2010). Allerdings ist der Tabakkonsum in der Bund-Stichprobe und in Berlin stärker zurückgegangen als in Thüringen. Zum Teil zeigen sich sogar gegenläufige Effekte. So ist die Prävalenz der Nikotinabhängigkeit in Thüringen von 5,8 % im Jahr 2000 auf 9,6 % im Jahr 2012 angestiegen. Offensichtlich geht die Anzahl der Konsumenten auf Bevölkerungsebene zurück, von den verbleibenden Konsumenten weisen jedoch mehr Personen einen problematischen Konsum auf. In ähnlicher Weise argumentieren einige Studien im Sinne einer „hardening Hypothese“, nach der in der Population verbleibende Raucher stärker abhängig sind (Hughes & Burns, 2003; Warner & Burns, 2003).

Medikamente

Psychoaktive Medikamente unterscheiden sich von Substanzen wie Alkohol oder illegalen Drogen durch die Motivation, mit der sie eingenommen werden. Der Gebrauch aus medizinischen Gründen ist hier vorrangig, während der Konsum zu Genuss- oder Rauschzwecken eher selten ist. Mit zwei Dritteln (59,4 %) berichtete ein erheblicher Anteil der Befragten in Thüringen zwischen 18 und 64 Jahren, in den letzten 12 Monaten mindestens ein Medikament eingenommen zu haben (Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika).

Von den erfragten Medikamentengruppen wurden Schmerzmittel mit 54,8 % mit Abstand am häufigsten eingenommen. Die hohe Anzahl an verschreibungsfreien Schmerzmittelpräparaten im Vergleich zu anderen Arzneimittelgruppen (Schwabe & Paffrath, 2012) dürfte dabei eine Rolle spielen. Eine Sekundäranalyse aggregierter Verkaufszahlen legt nahe, dass eine Schmerzbehandlung häufig in Eigenmedikation erfolgt. So werden etwa 80 % aller verkauften Packungen an Schmerzmitteln ohne Rezept abgegeben (Glaeske, 2013). Der Anteil von Schmerzmittelkonsumenten in Thüringen liegt unter dem bundesweiten Anteil von 61,9 % (Pabst et al., 2013). Bezüglich der übrigen Arzneimittelgruppen bestehen keine wesentlichen Unterschiede zwischen der Thüringen- und der Bund-Erhebung.

Jeder vierte Befragte (25,2 %) berichtete eine häufige, d.h. mindestens einmal wöchentliche Einnahme eines Medikaments. Im Bundesland Berlin sind die Prävalenzen im jungen Erwachsenenalter niedriger und im mittleren Erwachsenenalter höher als in Thüringen (Kraus, Pabst, Gomes de Matos et al., 2013). Wie auch bei der 12-Monats-Prävalenz stellen Schmerzmittel mit 19,4 % die meistgenutzte Medikamentengruppe dar. An zweiter Stelle stehen mit einer erheblich geringeren Prävalenz von 5 % Antidepressiva.

Sowohl die mindestens einmalige als auch die häufige Medikamenteneinnahme ist unter Frauen deutlich weiter verbreitet als unter Männern. Der im Vergleich zu allen anderen erfassten Substanzen umgekehrte Geschlechtsunterschied ist auch in anderen Studien, wie z. B. der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1; Knopf & Grams, 2013), belegt. Ein Grund dafür könnte sein, dass Frauen insgesamt häufiger an bestimmten Erkrankungen wie Depression, Angst, Schlafstörungen und Schmerzerkrankungen leiden (Busch, Maske, Ryl, Schlack & Hapke, 2013; Ihle, Laucht, Schmidt & Esser, 2007; Schlack, Hapke, Maske, Busch & Cohrs, 2013). Darüber hinaus zeigen sie ein Gesundheits- und Vorsorgeverhalten wie das häufigere Aufsuchen medizinischer Versorgung, das die Einnahme von Medikamenten begünstigt (Kolip & Koppelin, 2002; Rattay et al., 2013). Zudem wird vermutet, dass insbesondere Frauen bestimmte Arzneimittel im Rahmen einer Abhängigkeit über einen unnötig langen Zeitraum verschrieben werden, um Entzugssymptome zu vermeiden (Glaeske, 2013). Eine Ausnahme im Geschlechtsunterschied stellt die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen dar, in der die häufige Einnahme unter Männern deutlich häufiger ist als unter Frauen. Dies ist vor allem auf einen höheren Gebrauch von Schmerzmitteln und Neuroleptika zurückzuführen.

Die Altersverteilung ist vom Gebrauchsindikator sowie von der Arzneimittelgruppe abhängig. Sowohl für die Gesamtheit der erfragten Medikamente als auch für Schmerzmittel nimmt die Prävalenz des mindestens einmaligen Konsums mit dem Alter ab. Der häufige Gebrauch in den letzten 30 Tagen hingegen nimmt weitestgehend mit dem Alter zu. Die gegenläufigen Alterseffekte könnten darauf hindeuten, dass jüngere Erwachsene möglicherweise bei akuten Schmerzleiden stärker zur Medikamenteneinnahme neigen als Personen im höheren Erwachsenenalter. Zu diesem Ergebnis kommt auch die Studie Arzneimittelsicherheit der ikk classic und des F.A.Z.-Instituts (Birkner, 2011). Die verstärkte häufige Arzneimittelaufnahme mit zunehmendem Alter ist durch die steigende Prävalenz chronischer Krankheiten zu erklären. Auch Schlaf- und Beruhigungsmittel, Antidepressiva und Neuroleptika werden in Thüringen am häufigsten in der ältesten Personengruppe eingenommen. Ein höheres Lebensalter und die oft damit verbundene Einnahme mehrerer Medikamente erhöht das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen (Birkner, 2011)

Die regelmäßige Verwendung von Appetitzüglern (bei Frauen) und Anregungsmitteln scheint ein Phänomen des jungen Erwachsenenalters zu sein. Möglicherweise spielt dabei Neuroenhancement, die Einnahme psychoaktiver Substanzen durch Gesunde mit dem Ziel der Verbesserung von Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden eine Rolle (Deutsche Angestellten Krankenkasse, 2009; Robert Koch-Institut (RKI), 2011).

Fast jede zehnte Person zwischen 18 und 64 Jahren (8,8 %) weist einen Schmerzmittelmissbrauch auf und 3,4 % zeigen eine entsprechende Abhängigkeit. Diese Zahlen liegen noch über den Prävalenzen für Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit. Störungen bezüglich Schlaf- und Beruhigungsmitteln sind mit jeweils unter 2 % deutlich seltener. Der Vergleich mit den Gebrauchsprävalenzen macht jedoch deutlich, dass ein bedeutender Teil der Nutzer betroffen ist. Schlaf- und Beruhigungsmittel stellen die Medikamentengruppen mit dem größten Abhängigkeits- und Missbrauchspotential dar (Glaeske, 2013). Mit Ausnahme des Beruhigungsmittelmissbrauchs weisen Frauen etwas häufiger medikamentenbezogene Störungen auf als Männer. Die Prävalenzen der Störungen weichen in Thüringen nur unwesentlich von der Bund-Erhebung ab (Pabst et al., 2013).

Die vorgestellten Trenddaten weisen auf spezifische Entwicklungen für die unterschiedlichen Medikamentengruppen hin. Sie zeigen einen Anstieg der mindestens wöchentlichen Einnahme von Schmerzmitteln bei einer gleichzeitigen Abnahme des Schlaf- und Beruhigungsmittelgebrauchs zwischen den Jahren 1995 und 2012. Dasselbe Muster ist auch in der bundesweiten Erhebung erkennbar. Die Rückgänge im Gebrauch werden dort vor allem durch die Gruppe der 40- bis 59-Jährigen bedingt. Der Anstieg der Schmerzmitteleinnahme lässt sich hingegen in allen Altersgruppen beobachten (Pabst et al., 2013). Analog zur Zunahme des Schmerzmittelgebrauchs nahm auch die Prävalenz der Schmerzmittelabhängigkeit seit dem Jahr 2000 zu. Während es sich dabei in Thüringen lediglich um eine Tendenz handelt, ist auf Bundesebene eine signifikante Zunahme schmerzmittelabhängiger Frauen zu verzeichnen (Pabst et al., 2013).

Methodische Diskussion und Schlussfolgerungen

Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey liegt ein Instrument vor, das es ermöglicht, langfristige Trends des Konsums und Missbrauchs psychoaktiver Substanzen in der Allgemeinbevölkerung zu beschreiben. Allerdings ist der ESA wie alle bevölkerungsrepräsentativen Befragungen von verschiedenen methodischen Einschränkungen betroffen, die bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden müssen. Positiv hervorzuheben ist, dass die Antwortrate des ESA durch den eingesetzten Methodenmix aus schriftlicher, telefonischer und Online-Befragung über die Jahre insgesamt stabil geblieben bzw. sogar leicht angestiegen ist (Kraus, Piontek et al., 2013). In Thüringen liegt die Nettoausschöpfung mit 48,1 % zwar niedriger als in der bundesweiten ESA-Erhebung (53,6 %; Kraus, Piontek et al., 2013), aber höher als in Berlin (45,9 %; Kraus, Pabst, Gomes de Matos et al., 2013). Vor dem Hintergrund allgemein sinkender Antwortraten in Befragungen (Aust & Schröder, 2009; Curtin, Presser & Singer, 2005; Holbrook, Krosnick & Pfent, 2008) ist dies insgesamt als positiv zu bewerten. Trotz der guten Ausschöpfung sind Selektionseffekte möglich, die die Prävalenzschätzungen beeinflussen können. So ist beispielsweise bekannt, dass bestimmte, vor allem marginalisierte, Subgruppen der Bevölkerung, die besonders häufig riskante Konsumformen zeigen, nicht Teil des Untersuchungsrahmens sind (z. B. Wohnungslose oder Gefängnisinsassen). Darüber hinaus sind Erinnerungsfehler oder Antworttendenzen im Sinne der sozialen Erwünschtheit bei Selbstangaben möglich (Groves et al., 2009). Für die bundesweite Erhebung des ESA 2012 konnte außerdem gezeigt werden, dass sich Nicht-Teilnehmer systematisch von Personen unterscheiden, die an der Studie teilgenommen haben, und

Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den verschiedenen Befragungsmodi bestehen (Kraus, Piontek et al., 2013). Speziell bei der Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf Medikamente ist die Altershöchstgrenze von 64 Jahren zu beachten, durch die die Höchstkonsumentengruppe der Bevölkerungsaltesten vernachlässigt wird (Knopf & Grams, 2013). Zum anderen ist die Erfassung der Einnahme von Medikamenten in schriftlichen Befragungen deutlich schwieriger als die Erfassung des Gebrauchs von illegalen Drogen, Alkohol oder Tabak. Aufgrund der Vielzahl der Präparate, die sich im Handel befinden, wurden nur die übergeordneten Arzneimittelgruppen erfasst. Die vom Befragten geforderte Zuordnung der Präparate zu den vorgegebenen Medikamentenklassen wurde durch die Vorgabe einer Liste mit den gebräuchlichsten Handelsnamen unterstützt. Da diese Medikamentenliste jedoch nicht vollständig sein kann, sind Fehlzuordnungen nicht ausgeschlossen. Die Trendauswertungen sind vor dem Hintergrund zu bewerten, dass für Erhebungen vor 2012 keine Aufstockungen der Stichprobe vorgenommen wurden und damit die Prävalenzschätzungen dieser Jahre auf vergleichsweise wenigen Studienteilnehmern beruhen. Insbesondere bei geringen Prävalenzen, wie sie in Bezug auf illegale Drogen vorliegen, ist damit die Gefahr zufälliger Befunde erhöht. Zudem gleicht die GewichtungsvARIABLE die Stichprobe für die Jahre vor 2012 an die bundesdeutsche, nicht an die Thüringer soziodemografische Bevölkerungsverteilung an. Dies kann zu Verzerrungen der Prävalenzschätzungen führen.

Unter Berücksichtigung möglicher methodischer Einschränkungen sprechen die Ergebnisse des ESA 2012 in Thüringen für eine insgesamt weite Verbreitung des Konsums psychoaktiver Substanzen in der Allgemeinbevölkerung. Die weite Verbreitung des Alkoholkonsums zeigt vor dem Hintergrund der damit verbundenen monetären und gesundheitlichen Kosten einen gesundheitspolitischen Handlungsbedarf auf (Kraus, Piontek, Pabst & Bühringer, 2011). Aus internationalen Studien ist bekannt, dass verhältnispräventive Bemühungen wie z. B. Preiserhöhungen, Einschränkungen der Verfügbarkeit und Werbeverbote Erfolg versprechende Maßnahmen darstellen (Babor et al., 2010). Weitere Anstrengungen in Bezug auf Prävention und Behandlung sind auch im Zusammenhang mit dem Tabakkonsum notwendig, um die hohe Zahl Abhängiger zu reduzieren. Letztlich bedarf auch der Konsum und Missbrauch psychoaktiver Substanzen im Alter im Kontext der demographischen Entwicklung der Gesellschaft einer erhöhten Aufmerksamkeit in Politik, Wissenschaft und Öffentlichkeit.

Förderhinweis

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit (AZ: IIA5-2511DSM216) gefördert, die Zusatzstichprobe und die Landesauswertung durch das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit. Mit der Finanzierung sind keine Auflagen verbunden.

8 Literatur

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aust, F. & Schröder, H. (2009). Sinkende Stichprobenausschöpfung in der Umfrageforschung - ein Bericht aus der Praxis. In M. Weichbold, J. Bacher & C. Wolf (Hrsg.), *Umfrageforschung - Herausforderungen und Grenzen* (S. 195-212). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Babor, T. F., 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* (2nd edition). Oxford: Oxford University Press.
- Batra, A., Hering, T. & Mühlig, S. (2012). Die Anerkennung der Tabakabhängigkeit als Krankheit - ein längst fälliger Schritt oder ein Kampf gegen Windmühlen? *Sucht*, 58 (3), 153-155.
- Baumgärtner, T. & Kestler, J. (2013). *Die Verbreitung des Suchtmittelgebrauchs unter Jugendlichen in Hamburg 2004 bis 2012. Basisauswertung der SCHULBUS-Daten im jahresübergreifenden Vergleich. Kurzbericht* (HLS/BfS Berichte SB 13-06-B1). Hamburg: Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V.
- Bernard, C., Werse, B. & Schell-Mack, C. (2013). *MoSyD Jahresbericht 2012. Drogentrends in Frankfurt am Main*. Frankfurt a.M.: Centre for Drug Research.
- 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 (1), 97-119.
- Bilz, L. & Melzer, W. (2010). *Schülergesundheit in Thüringen 2010. Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie und Perspektiven der schulischen Gesundheitsförderung im Freistaat Thüringen*. Dresden: Technische Universität Dresden.
- Birkner, G. (2011). *Arzneimittelsicherheit*. Frankfurt a.M.: ikk classik und F.A.Z.-Institut.
- Bloomfield, K. & Grittner, U. (2012, June). *Who harms whom with their drinking? Results from the Danish national alcohol and drug survey*. Lecture, 38th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kjetil Bruun Society, Stavanger, Norway.
- Bondy, S. J. (1996). Overview of studies on drinking patterns and consequences. Drinking patterns and their consequences: report from an international meeting. *Addiction*, 91 (11), 1663-1674.
- Booth, B. M., Curran, G., Han, X., Wright, P., Frith, S., Leukefeld, C., Falck, R. & Carlson, R. G. (2010). Longitudinal relationship between psychological distress and multiple substance use: results from a three-year multisite natural-history study of rural stimulant users. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71 (2), 258-267.
- 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.

- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003). *gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2013). *Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung 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.
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 733-739.
- Byqvist, S. (1999). Polydrug misuse patterns in Sweden. Gender differences. *Substance Use and Misuse*, 34 (2), 195-216.
- Chung, T. & Martin, C. S. (2005). What were they thinking? Adolescents' interpretations of DSM-IV alcohol dependence symptom queries and implications for diagnostic validity. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 191-200.
- Curtin, R., Presser, S. & Singer, E. (2005). Changes in telephone survey nonresponse over the past quarter century. *Public Opinion Quarterly*, 69 (1), 87-98.
- Deutsche Angestellten Krankenkasse (2009). *DAK-Gesundheitsreport 2009*. Verfügbar unter: [http://www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/A9C1DFD99A0104BAC1257551005472DE/\\$File/DAK_Gesundheitsreport_2009.pdf](http://www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/A9C1DFD99A0104BAC1257551005472DE/$File/DAK_Gesundheitsreport_2009.pdf).
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2009). *Tabakatlas Deutschland 2009*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Effertz, T. & Mann, K. (2013). The burden and cost of disorders of the brain in Europe with the inclusion of harmful alcohol use and nicotine addiction. *European Neuropsychopharmacology*, 23, 742-748.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M. & Horwood, L. J. (2006). Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*, 101 (4), 556-569.
- Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. (1997). Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction*, 92 (3), 279-296.
- 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. (2013). Medikamente 2011 - Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2013* (S. 91-110). Lengerich: Pabst.
- Glaeske, G. & Schicktanz, C. (2011). *BARMER GEK Arzneimittelreport 2011* (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 8). St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Groves, R. M., Fowler, F.-J. Jr., Couper, M. P., Lepkowski, J., Singer, E. & Tourangeau, R. (2009). *Survey methodology* (2nd). New York: John Wiley and Sons.

- Harford, T. C., Grant, B. F., Yi, H. Y. & Chen, C. M. (2005). Patterns of DSM-IV alcohol abuse and dependence criteria among adolescents and adults: results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29 (5), 810-828.
- Herbst, K., Kraus, L. & Scherer, K. (1996). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Schriftliche Erhebung 1995*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Hermann, D. (2011). Wirkung von Cannabinoiden auf das Gehirn: Ein Überblick über MRI Befunde. *Sucht*, 57 (3), 161-171.
- Holbrook, A. L., Krosnick, J. A. & Pfent, A. (2008). The causes and consequences of response rates in survey by the news media and government contractor survey research firms. In J. M. Lepkowski, C. Tucker, J. M. Brick, E. De Leeuw, J. Japac, P. J. Lavrakas, M. W. Link & R. L. Sangster (Hrsg.), *Advances in telephone survey methodology* (S. 499-528). New Jersey: John Wiley and Sons.
- Hughes, J. R. & Burns, D. M. (2003). The case for hardening of the target. In U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health & National Cancer Institute (Hrsg.), *Smoking and tobacco control monographs* (Monograph 15: Those who continue to smoke: is achieving abstinence harder and do we need to change our interventions?, S. 33-39).
- Hughes, J. R., Helzer, J. E. & Lindberg, S. A. (2006). Prevalence of DSM/ICD-defined nicotine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 85 (2), 91-102.
- 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.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., Walters, E. E. & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-976.
- Knopf, H. & Grams, D. (2013). Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 868-877 .
- Kokkevi, A., Richardson, C., Olszewski, D., Matias, J., Monshouwer, K. & Bjarnason, T. (2012). Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21 (8), 443-450.
- 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.
- Korn, E. L. & Graubard, B. I. (1999). *Analysis of health surveys*. New Jersey: Wiley and Sons.
- Kraus, L. (2008). Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S1-S63.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 47 (Sonderheft 1), S3-S86.

- Kraus, L. & Augustin, R. (2005). Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. *Epidemiologischer Suchtsurvey 2003*. *Sucht*, 51 (Sonderheft 1), S4-S57.
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998a). Konsumtrends illegaler Drogen in Deutschland: Daten aus Bevölkerungssurveys 1990-1995. *Sucht*, 44 (3), 169-182.
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998b). Repräsentativerhebung zum Konsum psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht*, 44 (Sonderheft 1), S3-S82.
- Kraus, L., Baumeister, S. E., Pabst, A. & Orth, B. (2009). Association of average daily alcohol consumption, binge drinking and alcohol-related social problems: Results from the German Epidemiological Surveys of Substance Abuse. *Alcohol and Alcoholism*, 44 (3), 314-320.
- Kraus, L., Gomes de Matos, E., Pabst, A. & Piontek, D. (2013). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Thüringen* (IFT-Berichte Bd. 186). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L. & Pabst, A. (Hrsg.) (2010). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2009*. *Sucht*, 56 (5), 309-384.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. & Gomes de Matos, E. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen: Trends in Deutschland 1980-2012. *Sucht*, 59 (6), 333-345.
- Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2013). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin* (IFT-Berichte Bd. 185). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L. & Piontek, D. (Hrsg.) (2013). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2012*. *Sucht*, 59 (6), 309-366.
- Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A. & Bühringer, G. (2011). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Mortalität, Morbidität, soziale Probleme und Folgekosten in Deutschland. *Sucht*, 57 (2), 119-129.
- Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A. & Gomes de Matos, E. (2013). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012. *Sucht*, 59 (6), 309-320.
- Kraus, L., Schumann, J., Wiblishauser, P. M. & Herbst, K. (1994). Die Entwicklung des Konsums von legalen und illegalen Drogen in den neuen Bundesländern. *Sucht*, 40 (2), 107-120.
- Kuntsche, S., Plant, M. L., Plant, M. A., Miller, P. & Gmel, G. (2008). Spreading or concentrating drinking occasions--who is most at risk? *European Addiction Research*, 14 (2), 71-81.
- Lampert, T. (2011). Rauchen - Aktuelle Entwicklungen bei Erwachsenen. *Gesundheitsberichterstattung Kompakt*, 2 (4), Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2011_4_Rauchen.pdf;jsessionid=E29E59D9176806817276353A84E42688.2_cid390?__blob=publicationFile.
- Lampert, T. (2013). Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2013* (S. 67-90). Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Laslett, A.-M., Room, R., Ferris, J., Wilkinson, C., Livingston, M. & Mugavin, J. (2011). Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia. *Addiction*, 106 (9), 1603-1611.
- Leri, F., Bruneau, J. & Stewart, J. (2003). Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. *Addiction*, 98, 7-2.
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H. & et al. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380 (9859), 2224-2260.
- Lopez, A. D., Collishaw, N. E. & Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 3, 242-247.
- 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., Basu, A. & Mullahy, J. (2005). Generalized modeling approaches to risk adjustment of skewed outcomes data. *Journal of Health Economics*, 24 (3), 465-488.
- Manning, W. G. & Mullahy, J. (2001). Estimating log models: to transform or not to transform? *Journal of Health Economics*, 20 (4), 461-494.
- Meier, M. H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R. S. E., McDonald, K., Ward, A., Poulton, R. & Moffitt, T. E. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *PNAS*, 109 (40), 2657-2664.
- 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*, 72, 886-894.
- 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.
- Nutt, D. J., King, L. A. & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*, 376 (9752), 1558-1565.
- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*, 59 (6), 321-331.
- Pabst, A., Kraus, L., Piontek, D. & Baumeister, S. E. (2012). Age differences in diagnostic criteria of DSM-IV alcohol dependence among adults with similar drinking behaviour. *Addiction*, 107 (2), 331-338.
- Pampel, F. C. (2005). Diffusion, cohort change, and social patterns of smoking. *Social Science Research*, 34, 117-139.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Künzel, J. & Steppan, M. (2011). Deutsche Suchthilfestatistik 2009 - ein Überblick der wichtigsten Ergebnisse. *Sucht*, 57 (6), 421-430.
- 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), 361-371.
- Rattay, P., Butschalowsky, H., Rommel, A., Prütz, F., Jordan, S., Nowossadeck, E., Domanska, O. & Kamtsiuris, P. (2013). Inanspruchnahme der ambulanten und

- stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 832-844.
- Regier, D. A., Kuhl, E. A. & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 12 (2), 92-98.
- Rehm, J. & Gmel, G. (1999). Patterns of alcohol consumption and social consequences. Results from an 8-year follow-up study in Switzerland. *Addiction*, 94 (6), 899-912.
- Rehm, J., Greenfield, T. K. & Rogers, J. D. (2001). Average volume of alcohol consumption, patterns of drinking, and all-cause mortality: results from the US National Alcohol Survey. *American Journal of Epidemiology*, 153 (1), 64-71.
- Reißig, M. (1991). Jugend und Suchtmittel. In W. Friedrich & H. Griesse (Hrsg.), *Jugend und Jugendforschung in der DDR* (S. 201-209). Opladen: Leske & Budrich.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2011). *Kolibri: Studie zum Konsum Leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Freizeit: Ergebnisbericht*. Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Weitere_Studien/Kolibri/kolibri.pdf?__blob=publicationFile.
- Robert Koch-Institut (2012). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010"* (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Schlack, R., Hapke, U., Maske, U. E., Busch, M. A. & Cohrs, S. (2013). Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 740-748.
- Schulze, A. & Mons, U. (2006). The evolution of educational inequalities in smoking: a changing relationship and a cross-over effect among German birth cohorts of 1921-70. *Addiction*, 101 (7), 1051-1056.
- Schwabe, U. & Paffrath, D. (2012). *Arzneiverordnungs-Report 2012*. Berlin: Springer Medizin.
- Seitz, H. K., Bühringer, G. & Mann, K. (2008). Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2008* (S. 205-208). Geesthacht: Neuland.
- Sieverding, M. (2000). Risikoverhalten und präventives Verhalten im Geschlechtervergleich: Ein Überblick. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 9, 7-16.
- Simon, R. & Wiblishauser, P. M. (1993). Ergebnisse der Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. *Sucht*, 39 (3), 177-180.
- Simons, J. S. & Carey, K. B. (2006). An affective and cognitive model of marijuana and alcohol problems. *Addictive Behaviors*, 31, 1578-1592.
- StataCorp (2007). *Stata Statistical Software: Release 10*, College Station, TX.
- Statistisches Bundesamt (2010). *Demographische Standards* (Bericht Nr. 17). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Sydow von, K., Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M. & Wittchen, H.-U. (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year

- prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 49-64.
- Teesson, M., Hall, W., Slade, T., Mills, K., Grove, R., Mewton, L., Baillie, A. & Haber, P. (2010). Prevalence and correlates of DSM-IV alcohol abuse and dependence in Australia: findings of the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Addiction*, 105 (12), 2085-2094.
- Warner, K. E. & Burns, D. M. (2003). Hardening and the hard-core smoker: concepts, evidence, and implications. *Nicotine and Tobacco Research*, 5 (1), 37-48.
- Williams, R. (2006). Generalized ordered logit/partial proportional odds models for ordinal dependent variables. *Stata Journal*, 6, 58-82.
- Wilson, W., Mathew, R., Turkington, T., Hawk, T., Coleman, R. E. & Provenzale, J. (2000). Brain morphological changes and early marijuana use: a magnetic resonance and positron emission tomography study. *Journal of Addictive Diseases*, 19 (1), 1-22.
- Winkler, J. (1998). Messung und Quantifizierung soziographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. In W. Ahrens, B. Bellach & K.-H. Jöckel (Hrsg.), *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie* (S. 69-86). München: MMV Medizin Verlag.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jonsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., Van, O. J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21 (9), 655-679.
- Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonig, A., Pfütze, E.-M., Schuster, P., Vodermaier, A., Vossen, A., Wunderlich, U. & Ziegglänsberger, 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 Organisation (1998). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: WHO.

9 Anhang: Instrumente

A. K6 (Kessler et al., 2002)

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. Schädigungen durch Alkoholkonsum Dritter (Harms to Others) (Bloomfield & Grittner, 2012)

Ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass ...

1. ... Sie wegen des Alkoholkonsums einer anderen Person familiäre oder Eheprobleme hatten?
2. ... Sie mit einer anderen Person, die zu viel Alkohol getrunken hatte, im Auto mitgefahren sind?
3. ... Sie in einen Autounfall verwickelt waren, weil eine andere Person Alkohol getrunken hatte?
4. ... Sie wegen des Alkoholkonsums einer anderen Person finanzielle Probleme hatten?
5. ... Sie von einer betrunkenen Person körperlich verletzt wurden?
6. ... eine betrunkene Person Ihre Kleidung oder andere Gegenstände zerstört hat?
7. ... Sie von einer betrunkenen Person beschimpft oder anderweitig beleidigt wurden?
8. ... Sie nachts durch betrunkene Personen wachgehalten wurden?
9. ... Sie von betrunkenen Personen auf der Straße oder anderen öffentlichen Plätzen belästigt oder gestört wurden?
10. ... Sie von betrunkenen Personen auf einer Party oder in einem anderen privaten Rahmen belästigt oder gestört wurden?
11. ... Sie durch betrunkene Personen, die Sie auf der Straße getroffen haben, verängstigt waren?

Antwortkategorien: ja, nein

C. Substanzmissbrauch nach DSM (Alkohol, Cannabis, Amphetamine, Kokain, Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel)

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihren Konsum von [...] <u>in den letzten 12 Monaten</u> .	
Probleme im Haushalt	1. Hatten Sie im Zusammenhang mit der Einnahme von [...] erhebliche Probleme bei der Arbeit, in der Schule oder bei der Versorgung Ihres Haushalts, wie z. B. Fernbleiben, schlechte Leistungen, Ausschluss von Schule, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt?
Gefährliche Situationen	2. Standen Sie unter dem Einfluss von [...], wenn Sie sich in Situationen mit erhöhter Verletzungsgefahr befanden, z. B. im Straßenverkehr oder bei der Arbeit, wenn Sie eine Maschine bedienten oder eine gefährliche Tätigkeit ausführten? 3. Haben Sie sich unabsichtlich verletzt, d. h. hatten Sie einen Unfall oder sind schwer gestürzt, nachdem Sie [...] eingenommen hatten?
Gesetz ¹⁾	4. Hatten Sie im Zusammenhang mit [...] rechtliche Probleme, z. B. wegen Besitz von [...], Diebstahl oder Fahren unter [...]einfluss?
Soziale Probleme	5. Haben Ihnen Ihre Familie oder Freunde wegen Ihrer Einnahme von [...] Vorwürfe gemacht? 6. Ging wegen Ihrer Einnahme von [...] eine Beziehung, z. B. zu Ihrem Partner, einem Familienmitglied oder einem Freund, auseinander? 7. Sind Sie wegen Ihrer Einnahme von [...] in finanzielle Schwierigkeiten geraten? 8. Haben Sie unter [...]einfluss jemanden körperlich angegriffen oder verletzt?
<i>Antwortkategorien:</i> nein; ja, einmal; ja, mehr als einmal	

¹⁾ Das Kriterium „Gesetz“ entfällt im DSM-5.

D. Substanzabhängigkeit nach DSM (Alkohol, Tabak, Cannabis, Amphetamine, Kokain, Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel)

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihren Konsum von [...]. Wenn Sie an die letzten 12 Monate denken:	
Toleranzentwicklung ¹⁾	1. Haben Sie festgestellt, dass Sie mehr [...] einnehmen mussten als vorher, um den gleichen Effekt zu erzielen oder haben Sie festgestellt, dass die gleiche Menge einen geringeren Effekt hatte als früher?
Entzugssymptome ^{2), 3)}	2. Wenn Sie [...] in geringeren Mengen als üblich oder gar nicht einnahmen, bekamen Sie da Beschwerden wie z. B. Schlafstörungen, Schwitzen, Zittern, Herzrasen, Angstgefühle, Reizbarkeit, Niedergeschlagenheit? 2a. Wenn ja, haben Sie [...] genommen, um derartige Beschwerden zu vermindern oder zu vermeiden?
Substanzgebrauch länger ...	3. Ist es vorgekommen, dass Sie mehr [...] eingenommen haben oder [...] über eine längere Zeitspanne eingenommen haben, als Sie ursprünglich beabsichtigten?
Kontrollminderung	4. Haben Sie mehrmals erfolglos versucht oder hatten den anhaltenden Wunsch, den Konsum von [...] zu reduzieren oder ganz einzustellen?
Zeitaufwand	5. Haben Sie viel Zeit damit verbracht, [...] zu besorgen, es einzunehmen oder sich von seiner Wirkung zu erholen?
Einschränkung Tätigkeiten	6. Haben Sie wegen [...] wichtige Aktivitäten, wie z. B. Sport, die Arbeit oder das Zusammensein mit Freunden oder Verwandten eingeschränkt oder gänzlich aufgegeben?
Gebrauch trotz Folgen	7. Hatten Sie im Zusammenhang mit der Einnahme von [...] gesundheitliche Probleme (z. B. anhaltender Husten, Kreislaufprobleme, Heiserkeit, Übelkeit, Augen- und Mundtrockenheit)? 7a. Wenn ja, haben Sie trotz dieser Gesundheitsprobleme den Konsum von [...] fortgesetzt? 8. Hatten Sie in Zusammenhang mit der Einnahme von [...] irgendwelche emotionalen oder psychischen Probleme – waren Sie z. B. interesselos, fühlten Sie sich niedergeschlagen, waren Sie anderen Menschen gegenüber misstrauisch, hatten Sie das Gefühl verfolgt zu werden oder seltsame Ideen zu haben? 8a. Wenn ja, haben Sie trotz dieser psychischen Probleme den Konsum von [...] fortgesetzt?
Craving ⁴⁾	9. Hatten Sie ein solch starkes Verlangen oder Drang nach [...], dass Sie dem nicht widerstehen konnten? 10. Hatten Sie ein solch starkes Verlangen nach [...], dass Sie an nichts anderes mehr denken konnten?
Antwortkategorien: nein; ja, in den letzten 12 Monaten	

¹⁾ Toleranzentwicklung wird für Alkohol und Tabak in Form von 2 Items erhoben.

²⁾ Das Vorhandensein von Entzugssymptomen wird für Alkohol und Tabak einzeln abgefragt.

³⁾ Entzugssymptome (Item 2) sind für Cannabis nur nach DSM-5, nicht aber nach DSM-IV definiert.

⁴⁾ Craving ist nur im DSM-5 als Kriterium enthalten.

